

# Voorwoord

Het lijkt wel een wetmatigheid: **ieder jaar opnieuw stijgt het aantal hulpvragen**. In de laatste 10 jaar deden meer dan 10.000 Limburgers omwille van problemen met middelen of gokken een beroep op onze dienst ! Het zegt veel over de maatschappelijke impact van de alcohol en drugproblematiek. Achter deze toenemende cijfers gaan vele persoonlijke en gezinsdrama's schuil.

Al jaren wordt er dan ook opgeroepen om **extra te investeren in preventie**. Vanwege de Vlaamse overheid gebeurt dit met mondjesmaat. Vorig jaar breidde zo onze equipe uit met 1,5 voltijds equivalenten. Gelukkig kunnen wij rekenen op substantiële ondersteuning vanwege de lokale besturen en de provinciale overheid. Met hun gezamenlijke steun realiseerde onze preventiedienst meer dan 1000 activiteiten: planmatig, in diverse sectoren, met extra aandacht voor kwetsbare groepen, voor wie wij nieuw en aangepast preventiemateriaal ontwikkelden.

De brug leggen naar kwetsbare groepen is de kerntaak van onze straathoekwerkers. Voor vele van hun gasten zijn de straathoekwerkers nog de enige link met de reguliere samenleving. **De straathoekwerkers voelen de polsslagen** van de onderkant van onze maatschappij. Zij helpen de gasten om te 'overleven' en dit zonder het geloof in echte verandering te verliezen.

Daarvoor halen zij onder meer de inspiratie bij de CAD hulpverleners van het eerste uur. Eind 2008 gaat collega **LIEVE JORDENS** met pensioen. In een persoonlijke en unieke bijdrage overloopt zij 40 jaar ambulante verslaafdenzorg. Zonder het 'naastenliefde concept' te verloochenen schets zij hoe in de loop der jaren nieuwe theorieën de zorg professionaliseerden en het belang van een zelfstandige ambulante hulpverlening toenam.

Tot slot kijken we in dit jaarverslag naar de toekomst. **Online hulpverlening** zal nooit het persoonlijke en warme contact tussen hulpverlener en cliënt volledig kunnen vervangen. Toch zien we in meerdere zorgdomeinen het belang van internet toenemen. CAD ontwikkelt daarom de website [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be). Vanaf 2008 breiden we met deze website ons hulpaanbod substantieel uit.

Hasselt, 15 jun. 08

Marcel Vanhex

## Hulpverlening in cijfers

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal	% mannen	% vrouwen
Overgedragen dossiers	620	211	831	74,6	25,4
Nieuwe dossiers	904	322	1226	73,7	26,3
Heropende dossiers	415	87	502	82,7	17,3
Onbekend	26	4	30	86,7	13,3
<b>Totaal</b>	<b>1965</b>	<b>624</b>	<b>2589</b>	<b>75,9</b>	<b>24,1</b>

In absolute aantallen zien we dat het aantal dossiers dat in de CAD geregistreerd is in 2007 op hetzelfde niveau zit als in 2006. Er waren met name 2589 geregistreerde dossiers tegenover 2545 in 2006. Anderzijds zien we de laatste jaren een relatieve toename van het aantal nieuwe dossiers.

### Leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
< 18 jaar	61	3,1	14	3,9	75	2,9
18 - 24 jaar	407	20,7	82	10,9	489	18,9
25 - 34 jaar	630	32,1	130	17,8	760	29,4
35 - 44 jaar	457	23,3	131	26,2	588	22,7
45 - 54 jaar	294	15,0	146	25,3	440	17,0
55 - 64 jaar	85	4,3	72	8,9	157	6,1
> 64 jaar	13	0,7	20	2,0	33	1,3
Onbekend	18	0,9	29	5,2	47	1,8
<b>Totaal</b>	<b>1965</b>	<b>100,0</b>	<b>624</b>	<b>100,0</b>	<b>2589</b>	<b>100,0</b>

Als we de leeftijd van onze cliënten bekijken zien we dat het aandeel van minderjarige cliënten op het niveau van vorig jaar zit. De stijging van het aantal adolescenten en jongvolwassenen die we vorig jaar reeds zagen is stabiel gebleven in 2007.

## Leefsituatie

Omschrijving	Aantal	%
<b>Alleenwonend</b>	577	22,3
<b>Ouderlijk gezin</b>	105	4,1
Bij beide ouders	390	15,1
Co-ouderschap	10	0,4
Bij moeder met partner	59	2,3
Bij moeder alleenstaand	173	6,7
Bij vader met partner	22	0,8
Bij vader alleenstaand	45	1,7
Adoptiegezin	2	0,1
Bij grootouders	7	0,3
<b>Eigen gezin</b>	139	5,4
Samenwonend met partner	378	14,6
Samenwonend met partner en kinderen	295	11,4
Eenoudergezin	75	2,9
<b>Bij familie</b>	6	0,2
<b>Pleeggezin</b>	2	0,1
<b>Collectieve woonvorm</b>	36	1,4
Begeleidingstehuis (jeugdhulpverlening)	81	0,3
Gezinstehuis (jeugdhulpverlening)	1	0,0
Onthaal-, oriëntatie en observatiecentrum (jeugdhulpverlening)	4	0,2
Gemeenschapsinstelling (jeugdhulpverlening)	4	0,2
Gevangenis	22	0,8
Asielcentrum	2	0,1
<b>Therapeutisch milieu</b>	4	0,2
Therapeutische gemeenschap (drughulpverl.)	2	0,1
Beschut wonen	37	1,4
<b>Ander</b>	122	4,7
Onbekend	62	2,4
<b>Totaal</b>	<b>2589</b>	<b>100,0</b>

1/3 van onze populatie woont in het ouderlijke gezin. Verder woont ongeveer 1/3 in het eigen gezin en 22,3% woont alleen.

## Beroep

<b>Omschrijving</b>	<b>Aantal</b>	<b>%</b>
<b>Niet-beroepsactief</b>	491	19,0
Huishouden	51	2,0
Leerling, student	214	8,3
<b>Arbeider</b>	496	19,2
Ongeschoolde arbeider	350	13,5
Geschoolde arbeider	359	13,9
<b>Bediende</b>	167	6,5
Lager bediende	62	2,4
Gekwalificeerde bediende	94	3,6
Hoger / middenkader	32	1,2
<b>Zelfstandige</b>	67	2,6
Zelfstandige zonder beroepsopleiding	19	0,7
Zelfstandige met beroepsopleiding	26	1,0
Vrij beroep / zelfst. met A1 diploma of hoger	7	0,3
<b>Andere beroepsactiviteit</b>	20	0,8
<b>Onbekend</b>	134	5,2
<b>Totaal</b>	<b>2589</b>	<b>100,0</b>

45,7% is arbeider tegenover 13,7% bediende en 5% zelfstandige.

## Inkomsten

Omschrijving	Aantal	%
<b>Eigen beroepsactiviteiten</b>	487	18,8
Voltijds eigen beroepsactiviteiten	467	18,0
Deeltijds eigen beroepsactiviteiten	66	2,5
<b>Uitkeringsgerechtigde werkloze</b>	276	10,7
Voltijds uitkeringsgerechtigd werkloos	114	4,4
Deeltijds uitkeringsgerechtigd werkloos	6	0,2
<b>Pensioen</b>	100	3,9
<b>Mindervalide</b>	15	0,6
<b>Ziekte/invaliditeit</b>	390	15,1
ziekte minder dan 1 jaar	42	1,6
ziekte meer dan 1 jaar (invaliditeit)	40	1,5
<b>OCMW</b>	87	3,4
<b>Andere</b>	26	1,0
Alimentatie	1	0,0
<b>Geen</b>	114	4,4
Voorziet in levensonderh. via inkomen partner	48	1,9
Voorziet in levensonderh. via inkomen ander familieelid	162	6,3
<b>Onbekend</b>	148	5,7
<b>Totaal</b>	<b>2589</b>	<b>100,0</b>

39,3% heeft inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten waarbij we de laatste jaren een stijgende tendens zien. Het aantal uitkeringsgerechtigde werklozen is met 3% gedaald tegenover vorig jaar. Het aandeel van mensen die een uitkering uit ziekte en invaliditeit of mindervalide statuut hebben is op hetzelfde niveau gebleven. We zien wel een lichte stijging van het aantal mensen dat een uitkering van het OCMW geniet. 39,3% heeft inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten waarbij we de laatste jaren een stijgende tendens zien. Het aantal uitkeringsgerechtigde werklozen is met 3% gedaald tegenover vorig jaar. Het aandeel van mensen die een uitkering uit ziekte en invaliditeit of mindervalide statuut hebben is op hetzelfde niveau gebleven. We zien wel een lichte stijging van het aantal mensen dat een uitkering van het OCMW geniet.

## Opleiding

Omschrijving	Aantal	%
<b>Geen onderwijs gevolgd</b>	1	0,0
<b>Lager onderwijs</b>	97	3,7
<b>Secundair onderwijs</b>	125	4,8
Algemeen secundair onderwijs	117	4,5
Technisch secundair onderwijs	302	11,7
Beroeps secundair onderwijs	640	24,7
Kunst secundair onderwijs	14	0,5
<b>Deeltijds beroepssecundair onderwijs</b>	76	2,9
<b>Leertijd (leercontract)</b>	173	6,7
<b>Buitengewoon onderwijs</b>		
Buitengewoon kleuteronderwijs	1	0,0
Buitengewoon lager onderwijs	4	0,2
Buitengewoon secundair onderwijs	62	2,4
<b>Hogeschoolonderwijs</b>	202	7,8
<b>Universitair onderwijs</b>	65	2,5
<b>Andere</b>	26	1,0
<b>Onbekend</b>	684	26,4
<b>Totaal</b>	<b>2589</b>	<b>100,0</b>

## Problematiek

Het aantal zorgvragen rond opiaten is stabiel gebleven met 517 vragen in 2007 tegenover 516 in 2006.

De stijging van het aantal zorgvragen rond stimulantia was de laatste jaren gestegen en dit blijft zo. We zien hier 458 zorgvragen tegenover 450 in 2006. Vooral de vragen rond amfetamines zijn vrij opvallend aanwezig toch ook de vragen rond cocaïne zitten in de lift, een tendens die aansluit bij de waargenomen stijging in prevalentie van dit product in de verslavingszorgsector de laatste jaren.

Omschrijving	Hoofdproduct		2de en/of 3 <sup>de</sup> product	
	Aantal	%	Aantal	%
<b>Opiaten</b>				
Heroïne	462	19,6	30	2,2
Opium-morfine	0	0,0	2	0,1
Codeïne	3	0,1	10	0,7
Methadon (voorgeschreven)	6	0,3	18	1,3
Methadon (niet voorgeschreven)	0	0,0	1	0,1
Andere opiaten	1	0,0	1	0,1
Niet gespecificeerd	0	1,9	8	0,6
<i>Subtotaal</i>	517	21,9	70	5,1
<b>Stimulantia</b>				
Cocaïne	183	7,8	249	18,2
Amfetamine	245	10,4	141	10,3
XTC (MDMA)	20	0,8	60	4,4
Andere stimulantia	1	0,0	5	0,4
Niet gespecificeerd	9	0,4	14	1,0
<i>Subtotaal</i>	458	19,4	469	34,3
<b>Slaap- en kalmeringsmiddelen</b>				
Barbituraten e.a. slaapmiddelen	0	0,0	5	0,4
Benzodiazepinen	35	1,5	84	6,1
Pijnstillers	1	0,0	4	0,3
Andere slaap- en kalmeringsm.	1	0,0	15	1,1
Niet gespecificeerd	7	0,3	40	2,9
<i>Subtotaal</i>	44	1,9	148	10,8
<b>Hallucinogenen</b>				
LSD	1	0,0	3	0,2
Paddestoelen e.a. plantaflleidingen	1	0,0	2	0,1
Andere hallucinogene producten	0	0,0	3	0,2
Niet gespecificeerd	1	0,0	2	0,1
<i>Subtotaal</i>	3	0,0	12	0,7
<b>Vluchtige snuifmiddelen</b>	1	0,0	2	0,1
<b>Cannabisderivaten</b>				
Hasj	19	0,8	15	1,1
Marihuana	334	14,2	132	9,6
Andere cannabisderivaten	25	1,1	10	0,7
Niet gespecificeerd	170	7,2	233	17,0
<i>Subtotaal</i>	548	23,2	390	28,5

Omschrijving	Hoofdproduct		2de en/of 3 <sup>de</sup> product	
	Aantal	%	Aantal	%
<b>Alcohol</b>				
Bier	317	13,4	59	4,3
Wijn	74	3,1	42	3,1
Sterke drank	70	3,0	40	2,9
Aperitieven	17	0,7	5	0,4
Andere alcohol	32	1,4	4	0,3
Niet gespecificeerd	198	8,4	93	6,8
<i>Subtotaal</i>	708	30,0	243	17,8
<b>Andere psychoactieve drugs</b>				
Onbepaalde drugs of substanties	2	0,1	1	0,1
Niet gespecific. geneesmiddelen	0	0,0	2	0,1
Speedball	0	0,0	2	0,1
Antidepressiva	1	0,0	0	0,0
GHB	1	0,0	3	0,2
Andere specifieke drugs	4	0,2	9	0,7
Niet gespecificeerd	0	0,0	0	0,0
<i>Subtotaal</i>	8	0,3	17	1,2
<b>Overige verslavingen (geen midd.)</b>				
Gokken	66	2,8	19	1,4
Niet gespecificeerd	7	0,3	0	0,0
<i>Subtotaal</i>	73	3,1	19	1,4
<b>Totaal</b>	<b>2360</b>	<b>100,0</b>	<b>1368</b>	<b>100,0</b>
<b>Relevante derden</b>				
onbekend	194			
	35			

De zorgvragen rond slaap- en kalmeringsmiddelen blijven beperkt. Het is een product waarbij genoegzaam gekend is dat er nogal wat problematisch en afhankelijk gebruik aanwezig is in de algemene populatie, doch waarbij deze zorgvragen beperkt tot bij de ambulante verslavingszorg geraken.

Het aantal hulpvragen rond cannabis blijft hoog met 548 dossiers in 2007. We zullen later zien dat de gestegen verwijzingen vanuit Justitie de laatste jaren hier een rol in spelen.

Het aantal zorgvragen rond alcohol is toegenomen. We zien 708 dossiers waar alcohol het hoofdproduct was tegenover 689 vorig jaar.

Als we kijken naar de frequentie van het gebruik kunnen we weerhouden dat bij de 548 zorgvragen rond cannabis er toch 291 dossiers zijn waar er dagelijks gebruik aanwezig is. Bij de mensen met een alcoholproblematiek gaat het hier om 336 dagelijkse gebruikers en bij de opiaatafhankelijke mensen de grootste groep namelijk 409 dagelijkse gebruikers.

Het aandeel van dagelijkse gebruikers van stimulantia is relatief lager: hier gaat het om 125 op 458 dossiers. Anderzijds zien we bij de slaap- en kalmeermiddelen 30 van de 44 dagelijkse gebruikers.

## **Toedieningwijze**

Bij 97 van de 517 opiatengebruikers is er injecterend gebruik aanwezig. Voor deze subgroep van injecterende gebruikers blijven de projecten rond spuitenuitwisseling onontbeerlijk ter preventie van virale hepatitis en HIV.

De stimulantia worden eerder occasioneel geïnjecteerd met 4 injecterende cocaïnegebruikers en 10 injecterende amfetaminegebruikers.

## **Verwijzer**

Meer dan een kwart van ons cliënteel komt op eigen initiatief naar het centrum en bijna 10% wordt verwezen door de onmiddellijke omgeving.

De huisarts is verwijzer in meer dan 10% van de gevallen. Bij 32 dossiers werd de verwijzing gerealiseerd door een psychiater en in 93 dossiers (3,6%) was er een verwijzing vanuit een CCG. 82 dossiers werden ingeleid op verwijzing van een PAAZ-dienst voor volwassenen (3,2%) en 70 dossiers werden ingeleid op verwijzing van de Psychiatrische Ziekenhuizen. 21 dossiers werden doorverwezen door projecten voor Beschut Wonen.

3,7% van de dossiers is vanuit de welzijnszorg doorgestuurd en 1,2% door Bijzondere Jeugdzorg. We zien een belangrijke verwijzing vanuit diverse justitiële kanalen met in totaal 599 cliëntensystemen of 23,1% van de dossiers. Vooral de politiebureaus zijn actief in de verwijzingen.

## In de kijker: gokken

Gokken is een oud fenomeen. Mensen willen gokken, vroeger en nu. En zolang gokken bestaat zijn er personen die hiermee een probleem zullen hebben, vroeger en nu. De technologische ontwikkelingen die we in onze maatschappij sinds de tweede helft van de 20<sup>ste</sup> eeuw zien, heeft echter ook de wereld van de kansspelen niet onaangeroerd gelaten. Enerzijds merken we een toename van het aantal kansspelen, anderzijds zijn er tal van nieuwe vormen van kansspelen. Denken we daarbij maar aan de grotere beschikbaarheid ten gevolge van het online-gokken, het ontstaan van gokautomatenhallen waardoor er op automatische kansspelen gegokt kan worden. Hoewel kansspelen dus al sinds mensenheugenis bestaan, zijn de risicofactoren die kunnen leiden tot problematisch gokken de laatste decennia wel degelijk toegenomen.

En zoals vaak met nieuwe maatschappelijke trends en evoluties hinkt het beleid, het onderzoek en de hulpverlening achterop. Gokverslaving is in onze maatschappij dan ook één van de minst gekende (en dus meest gedoogde) verslavingen: er is weinig tot geen gericht en coherent gokbeleid, er zijn weinig specifieke hulpverleningsmethodieken voor handen, en onderzoek naar en kennis over de gokproblematiek staan nog in de kinderschoenen. Toch merken we de laatste jaren een kentering op deze terreinen. Laten we hopen dat dit geen tijdelijk fenomeen is.

Dat dit achterop hinken nadelige effecten heeft voor de personen die in de problemen komen, mag duidelijk zijn. Uit onderzoek weten we dat het voorkomen van probleemgokkers binnen de algemene bevolking ligt tussen 0,6% en 1,2%. Toch, gokproblemen blijven te vaak en te lang verdoken. En wanneer gokkers ten einde raad dan toch aankloppen bij een of andere instantie begint de moeilijke zoektocht naar een gepaste plaats waar zij terecht kunnen. Het is vaak pas dan dat de aard en de omvang van de problemen aan de oppervlakte komen: de opgestapelde schuldenberg is niet meer te overzien, werk en een zinvolle vrije tijdsbesteding werden reeds lang aan de kant geschoven, relationele en familiale aanslepende problemen hebben de steunbronnen onbereikbaar gemaakt.

Preventieve acties vormen een enorm belangrijke eerste facet in de maatschappelijke omgang met deze problematiek: het sensibiliseren van de bevolking, het bewust maken van de risico's van gokgedrag, het aanwijzen van, en kennis laten maken met mogelijke hulpverleningsinstanties. Zo merken we de laatste maanden een toegenomen vraag vanuit diverse maatschappelijke sectoren. In hun zoektocht naar een gepaste en specifieke aanpak voor deze problematiek vinden zij bij de CAD-preventiedienst, een bereidwillige partner: scholen, diensten voor schuldbemiddeling, OCMW's café-uitbaters, wijk- en straathoekwerkers, jeugd- en sportclubs, politiediensten.

Een belangrijke taak is tevens weggelegd voor de lokale overheden. Ook zij zijn vragende partij om ondersteuning en advies bij het uitwerken van een onderbouwd beleidsantwoord. De noden waarop het beleid zich dient te oriënteren, hebben vaak betrekking op de raakvlakken tussen onderwijs en justitie, tussen specifieke gokhulpverlening en algemeen welzijnswerk, tussen vrijetijdsbeleving en openbare veiligheid.

## **Een lokaal Gokbeleid**

Als antwoord op deze vragen hebben we een leidraad uitgewerkt waarmee gemeentes een Lokaal Gokbeleid kunnen uitwerken. Hierin staan vragen centraal zoals: Mogen wedkantoren zich zomaar huisvesten op een plaats naar hun believen? Wat met cafébazen die minderjarigen op de bingo laten spelen? Hoe optreden naar underground pokertornooien? Waar kunnen mensen met een gokprobleem binnen de gemeente terecht? Hoe kunnen we de bevolking sensibiliseren?

Binnen een stuurgroep Lokaal Gokbeleid worden de verschillende actoren samengebracht, waardoor de gemeente een vinger aan de pols krijgt omtrent de aard en omvang van de problemen in hun gemeente. Bovendien versterkt dit gecoördineerd beleid de draagkracht m.b.t. het gokthema. Tot slot biedt een dergelijke integrale aanpak het bijkomend voordeel dat de verschillende sectoren hun acties en aanbod op elkaar afstemmen en kan er beter samengewerkt worden. Een Lokale Stuurgroep Gokpreventie zorgt voor dus voor de effectiviteit en efficiëntie van dit lokaal gokbeleid.

Een eerste taak van deze stuurgroep is informatie verzamelen over de wetgeving en de huidige lokale realiteit. Aan de hand van deze informatie kan er een gemeentelijke basisvisie uitgewerkt worden. Vanuit deze visie kan er een actieplan opgesteld worden rond de 3 pijlers regelgeving, begeleiding en preventie. Als dit actieplan goedgekeurd is door de bevoegde instanties, kan elke betrokken partij hiermee aan de slag. Tussentijds evalueren en bijsturen blijft een belangrijke taak van de werkgroep. Ook na het uitvoeren van de actiepunten is het belangrijk dit gokbeleid te blijven opvolgen: nieuwe goktendensen in de gemeente op te sporen en het gokbeleid bij te sturen.

### **Een concreet voorbeeld**

Binnen Limburg heeft de gemeente Beringen de spits afgebeten. Sinds enkele maanden komt daar de stuurgroep gokken op regelmatige basis bijeen. Concrete taken van deze stuurgroep zijn:

- kennis inwinnen en draagkracht verhogen met betrekking tot gokproblematiek;
- doelstellingen stuurgroep gokken bepalen;
- gemeentelijke basisvisie gokken uitwerken;
- gokpreventie- initiatieven naar algemene bevolking uitwerken;
- beleid uitwerken naar regelgeving gokinitiatieven;
- beleid uitwerken naar begeleiding probleemgokkers;
- halfjaarlijkse evaluatie gokbeleid, nieuwe goktendensen in de gemeente opsporen en het beleid updaten.

In deze stuurgroep participeren mensen uit verschillende sectoren die geconfronteerd worden met de gokproblematiek in de brede zin. De leden van de stuurgroep vertegenwoordigen volgende sectoren:

- gemeentebestuur
- jeugd(raad)
- scholengemeenschap
- dienst schuldbemiddeling

- wijkwerking
- politie
- cafésector
- Turkse gemeenschap
- hulpverleningsdienst
- preventiewerking
- kansspelcommissie.

## **Vormingsaanbod**

Ook werd er het voorbije jaar vanuit verschillende hoeken een duidelijk een nood gesignaleerd naar een gesystemiseerd en doelgericht preventieaanbod voor jongeren. De CAD-preventiedienst werkte een workshop rond gokken uit. Deze workshop is opgevat als een dagworkshop maar de verschillende methodieken kunnen ook afzonderlijk gebruikt worden. De handleiding bij deze workshop bevat ook uitgebreide en up-to-date achtergrondinformatie over de kansspelen, de wetgeving en over gokverslaving.

Deze workshop ‘Gokken’ kan uitgeleend worden in het documentatiecentrum en bevat oa. volgende spelen:

- Wat zet je op het spel?
- Waag je kans
- Cartoons
- Kop of munt
- Gokstellingen: mythes of waarheid
- Gokquiz
- Rechtbankenspel
- Bingo!

Ook bieden we met de preventiedienst vormingen op maat aan. De meeste vormingen gaan rond productinformatie, wetgeving, signalen, hoe omgaan met jongeren die gokken.

## **Sensibiliseringsmateriaal**

Naast deze doelgroepgerichte methodieken, neemt de CAD-preventiedienst ook initiatieven om de algemene bevolking te sensibiliseren rond deze problematiek.

Met een opvallend gele sticker ‘Verlies jezelf niet’, die zichtbaar gekleefd wordt op elke bingokast, proberen we de aandacht van de bingospeler te trekken en hem een spoor naar de hulpverlening te wijzen. Tot op heden hebben bijna alle bingo-exploitanten in Limburg hun toestemming gegeven om deze sticker te kleven. Daarnaast ontwikkelde we een affiche met dezelfde boodschap.

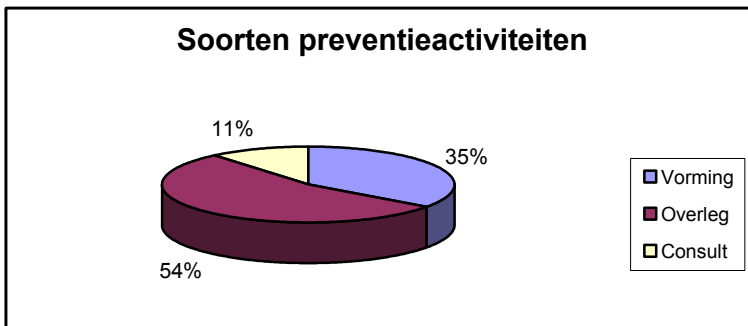
## **Wat staat er nu nog op het programma?**

In samenwerking met het Limburgs Platform Verslaving (LPV) streven we ernaar het thema ‘Gokken’ in elke Limburgse gemeente op de tafel te krijgen. Een provinciale studienamiddag, komende juni, geeft hier concreet een eerste aanzet toe. Aansluitend kan elke aanwezige gemeente met 5 actiepunten aan de slag. Natuurlijk zal ook hier de CAD- preventiedienst actief ondersteunen en adviseren.

In opdracht van de VAD werken we aan een bevraging van de eerstelijnsdiensten. De bedoeling van deze bevraging is tweëerlei. In eerste instantie biedt dit ons de noodzakelijke informatie omtrent de omvang en de aard van de gokproblematiek. Daarnaast willen we komen tot een brochure voor deze eerstelijnsdiensten, opdat hun basiskennis omtrent deze problematiek aangescherpt kan worden.

# Preventie

In 2007 organiseerden de preventie-equipe van CAD (waarvan de VGGZ-medewerkers deel uit maken) 1051 activiteiten. De registratie gebeurde met Ginger (registratieprogramma voor drugpreventieactiviteiten in Vlaanderen). Een gedetailleerd overzicht hiervan is ter inzage bij het preventieteam. Al deze activiteiten werden gepland, voorbereid en geëvalueerd in samenwerking met of op vraag van onze partners in de 42 gemeenten waar we actief zijn.

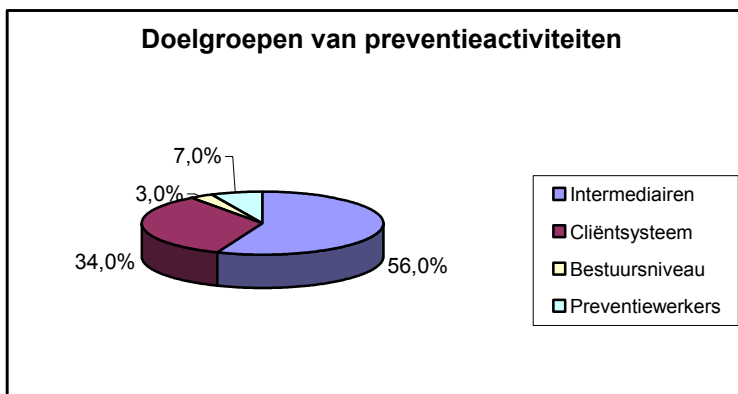


35% van deze preventieactiviteiten zijn vormen gericht op emancipatie van sleutelfiguren in de diverse maatschappelijke sectoren. Een opmerkelijke stijging (van 30% in 2005 en 33% in 2006) die wijst op een bevestiging van de eerder gemaakte beleidskeuzes conform criteria voor kwaliteitsvol preventiewerk. We onderstrepen het belang van overleg (54%). We kunnen immers ons werk enkel doen in overleg en met een mandaat van lokale partners. Hier valt echter een significante daling waar te nemen (van 66% in 2005 en 58% in 2006) als resultaat van een constructieve samenwerking op langere termijn.

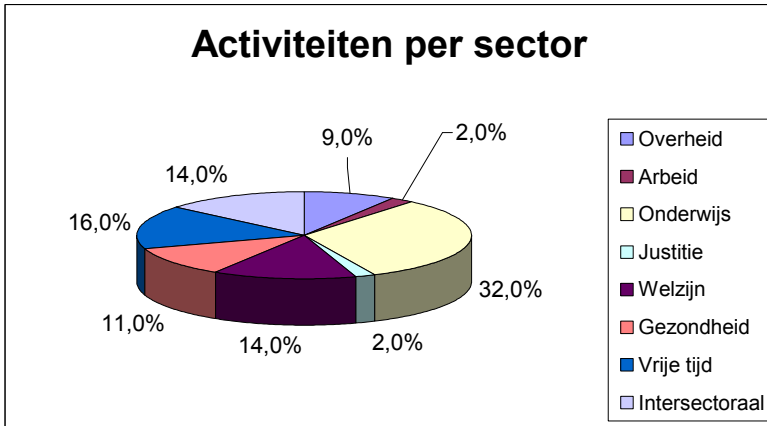
Een planmatige aanpak van preventieactiviteiten (cfr. evidence based werken en planmatige aanpak) vergt steeds een verkenning van de beginsituatie, planning en evaluatie. Via overlegmomenten creëren we een groter draagvlak, bepalen we een gemeenschappelijke strategie en beogen we een

multiplicatoreffect. De toename van jaar tot jaar van de tijd geïnvesteerd in *vormingen* en de afname van de investeringen in *overleg* is een evolutie die we toeschrijven aan de samenwerking op langere termijn waardoor de verschillende actoren elkaar beter leren kennen en verwachtingen meer en meer op elkaar afgestemd raken. De consultvragen (nu 11%, 5% in 2005 en 9% in 2006) komen uit diverse sectoren waarbij vragen van deelnemers uit onze Europarents projecten opvallen.

Met dit project (ouders ondersteunen ouders) investeren we in ruime mate in de vorming/training van ouders als peers. Niet alleen omwille van de inhoudelijke weerklank bij de doelgroep, maar ook om de mogelijkheid die zo geboden wordt om lokaal een groter en sterker draagvlak te creëren.



Continuïteit door te werken met sleutelfiguren! Wij kiezen zeer expliciet voor deze aanpak in plaats van kortstondige ‘optredens’ van een preventiewerker direct ten behoeve van het cliëntsysteem. Het aantal initiatieven naar intermediairen (56%, en dat is 10% minder dan voor twee jaar!) heeft te maken met het ontginnen van een aantal nieuwe sectoren en moeilijk bereikbare doelgroepen waarin door middel van rechtstreekse service de basis moet gelegd worden voor werken met sleutelfiguren op langere termijn. Het aantal activiteiten voor directe cliëntsystemen is in het afgelopen jaar dan ook toegenomen tot 34% wat ingaat tegen de trend van de laatste jaren. Vanuit het besef dat het hier om voorwaardenscheppende activiteiten (met het oog op grotere autonomie op langere termijn) gaat is dit niet noodzakelijk een negatief gegeven maar wel een aandachtspunt.



Onderwijs, welzijn en vrije tijd krijgen veel aandacht. Europeers, sport, buitengewoon onderwijs, bijzondere aandacht voor kansengroepen en jeugdwerk ([www.blijftjeplaathangen.be](http://www.blijftjeplaathangen.be)) zijn hierin bepalende factoren. De misvatting als zou drugpreventie iets voor alleen scholen en alleen voor jongeren zijn lijkt ten minste voor een stuk van de baan! We stellen tevens blijvend een toename vast van het aantal vragen uit de bedrijven, met bijzondere aandacht voor de sociale tewerkstelling.

## Projecten

Volgende projecten maakten deel uit van het preventiewerk in 2007: Europeers (een hertekening tot een meer haalbaar project), Europarents, Middelen en arbeid, Opleiding motivationele gespreksvoering, interculturele hulpverlening en preventie, Tupper Care, sensibilisering alcohol, groepen voor gedetineerden, deskundigheidsbevordering van intermediairen in verschillende sectoren, Act' Com, Drugs een ramp op kamp, festivalwerking, vroeginterventie en materiaalontwikkeling voor BUSO, ambras in de klas. Wil je hierover bijkomende informatie, weet dat je steeds welkom bent bij CAD Preventie en Documentatie.

## **Samenwerkingsverbanden**

Limburgs Platform Verslaving (LPV)

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Euro Net (Europees Netwerk voor praktijkgeoriënteerde drugpreventie)

Logo's

## **Documentatiecentrum**

### **Documentatiemateriaal**

Het documentatiecentrum is een kleine mediatheek waar heel wat informatie over verslaving, alcohol, drugs, medicatie, tabak, internetafhankelijkheid e.d. te verkrijgen is. Deze informatie kan men halen uit boeken, rapporten, tijdschriften, brochures, folders, affiches, lespakketten, powerpoint-presentaties, spelen en video's. Al dit materiaal kan met uitzondering van de tijdschriften uitgeleend worden. Er is ook een mogelijkheid om op internet info te zoeken.

### **Aanvragen**

In 2006 kregen we 1163 documentatieaanvragen. Van deze 1163 aanvragen kwamen er 393 van buiten de provinciegrens. 206 personen bezochten het documentatiecentrum. Er werden 187 telefonische en 675 schriftelijke aanvragen ingediend. Opvallend aan deze schriftelijke aanvragen is dat  $\frac{3}{4}$  hiervan via mail binnenkwamen. 95 aanvragen verliepen via CAD medewerkers zelf. Het aangevraagde materiaal varieerde van boeken, rapporten, video's, spelen, affiches, brochures, folders, CAD/MSOC info, video- en spellenlijsten, info over preventiemethoden, lespakketten, info rond laatste stand van zaken wetgeving cannabis en infostanden. We kregen tal van vragen van overwegend studenten over de werking van de CAD. De aanvragers zijn studenten, leerkrachten, organisaties (bijv. jeugdhuizen, verenigingen e.d.), scholen, cliënten e.a.

## **50 jaar verslavingszorg een zorg in ontwikkeling**

Na 40 jaren dienst hang ik mijn werkzaamheden op de CAD aan de spreekwoordelijke haak. Het afscheid toont zijn gezicht in vele grote dingen; het ontvangen van afscheidsbloemen en bedankjes, het ‘mogen’ schrijven van afscheidsspeeches of een overzichtsartikel in mijn laatste jaarverslag, ... Maar ik heb gemerkt dat het afscheid zich nog veel vaker toont in kleine net-niet-alledaagse dingen: het afsluiten van dossiers, het voeren van een laatste gesprek met mensen die ik jarenlang volgde, het opruimen van mijn bureau, ... Het is een intens proces.

Enkele weken geleden, bij het opruimen van mijn bureau, stuitte ik op een kaft. In deze kaft spaarde ik al een carrière lang de nodige bewijslast van mijn kennis en inzichten die ik opdeed tijdens seminaries en studiedagen. Het is een omvangrijke kaft, wat me onmiddellijk confronteerde met de talrijke verwarrende periodes die ik meemaakte als CAD-collega. Periodes waarin ik nood had aan input, aan kennis en inzicht, aan informatie en nuanceringen en aan inspirerende figuren die het vaak mooi konden verwoorden.

Terwijl ik zo vluchtig bladerde door de stapel, trof me nog iets anders... Wat zat er in deze kaft ook een mooi overzicht van de evolutie en tendensen van ‘ons’ denken en handelen binnen de verslavingssector. Geschiedenis laat zich construeren door te kijken naar datgene waar mensen in hun tijd warm voor liepen, waar zij zich voor engageerden, zich voor groepeerden. Vanuit dat opzicht heeft deze kaft, met mijn verzameling van ‘hot topics’, enige geschiedkundige waarde, nee?

Ik wil jullie in dit artikel een blik gunnen achter mijn spreekwoordelijke coulissen, achter de gordijnen van mijn letterlijke en figuurlijke werkkamer. Ik hoop dat ik also een sprekende, afscheidnemende getuigenis kan zijn van een zorg in evolutie. En het moge duidelijk zijn, ik ben niet bezorgd dat deze evolutie tot stilstand zal komen.

Voor ik verder ga wil ik ook wel de beperkingen van mijn getuigenis al aangeven. Jullie beseffen wel, het is maar één getuigenis, maar één kافت vol inzicht en kennis, maar één werkkamer. Ik heb bijvoorbeeld noodgedwongen heel wat tendensen aan mij voorbij moeten laten gaan. Doorheen mijn carrière heb ik veelal gewerkt met mensen met een alcohol- en/of medicatieprobleem. In het domein van de illegale drugs heb ik me nooit echt begeven. Dat betekent ook dat de huidige jongerencultuur wat aan mij is voorbij gegaan. Dit vinden jullie dus ook niet terug in mijn verhaal.

## Of het toen eenvoudig was?

Vaak hoor ik jongere collega's vragen: "Was het vroeger niet allemaal veel eenvoudiger?". En dan kijkt de vraagsteller me met enige nostalgische melancholie aan. En ik glimlach dan, want ik heb dit werk nooit eenvoudig gevonden. En toch moet ik bekennen: het werken in de verslavingssector is anders-moeilijk geworden. Ik verklaar me nader.

De echte inzichten omtrent wat we nu verslaving noemen zijn pas beginnen groeien vanaf het ogenblik dat er taal voor was. Pas in 1819 werd het woord 'drankzucht' voor het eerst gebruikt. Het woord 'alcoholisme' verscheen nog veel later in 1849 (F. Delmeire). Eigenlijk is het dus een erg jonge 'ziekte'. Nog veel jonger is het vakgebied waarin wij werken.

Toen Professor Paesmans samen met zijn 'trawanten', vlak na de tweede wereldoorlog, op de ruïnes van een gebombardeerd Hasselt de droom van een alcoholvrije ontspanningsruimte verwezenlijkte, kreeg de hulp aan 'alcoholzuchtige mannen' een eerste monumentaal gezicht. In die tijd was de visie omtrent alcoholisme duidelijk, en niet voor nuancering vatbaar: "*Alcoholisme is een ziekte die alleen kan genezen door geheelonthouding van alle alcoholica, en die wordt slechts mogelijk door de steun van vrienden, lotgenoten en door een alcoholvrij ontspanningslokaal als alternatief voor de verleidende herbergsfeer*" (Paesmans en zijn trawanten, 1988, p68). Zo gesteld lijkt het inderdaad een heerlijk eenvoudige tijd: van onderzoek naar verslaving was nog geen sprake, van neurotransmitters had men nog nooit gehoord, van systeemtherapie of cognitieve-gedragstherapie al evenmin, laat staan van 'evidenced-based werken'.

Ook was het de tijd waarin de 'doelgroep' mooi omschreven was: Mannen konden de ziekte oplopen, zo heette het. Vrouwen niet, want die dronken

niet. Zij stonden in voor de zorg van hun zieke partner. Zo hoorde dat. De ziekte was ook enkel iets dat voorkwam bij volwassenen. Dus, geen nood aan zorg voor jonge drinkers. Van druggebruik was geen sprake. Inderdaad, zo gezien was het een eenvoudige tijd.

Het enige wat er máár hoefde te gebeuren was “...*de taak vervullen van een liefdevolle vader en moeder voor ontheemden, aangenomen ‘grote kinderen’*” (p79). ‘Naastentliefde’ was in die tijd de grote motor die de zorg aan alcoholisten vooruitdreef. Niet meer maar ook niet minder. Methodisch waren er ook duidelijk richtlijnen, die in 1957 met de oprichting van het Maria-legioen helder werden omschreven: “... *met als opdracht om minstens twee families van alcoholisten te bezoeken in een week en daarover verslag te schrijven in een register.*” Wat er dan moest gebeuren? Uw naastentliefde tonen!

Het ‘doelstellingenkader’ vertoonde een zelfde ‘eenvoud’: “...*hen doen aansluiten bij de geheelonthoudersgroep en de maandelijksse vormingsvergadering*”. Hoe? Door op hen in te praten, hen te doen inzien dat ze ziek waren. Hen te overtuigen! Over evidenced-based werken gesproken! Mensen met nood aan medische hulp konden terecht in het buitenland! Zo gesteld moet het voor de werkers een heel moeilijke periode geweest zijn.

In 1958 wordt het Consultatiebureau voor Alcoholisme boven de doopvont gehouden, met professor Paesmans als bezielende peter. Beide hadden wel een eigen weg te bewandelen, maar konden niet zonder elkaar. Terugkijkend kunnen we hierin reeds de eerste kiemen van een differentiëring van de zorg terugvinden. De nieuwe dienst had als doel om “...*medische, sociale en morele hulp aan alcoholisten en hun gezinnen’ aan te bieden*”. De aanwezigheid van psychiaters verraadt ons dat er reeds enige medische kennis over het ziekteproces bestond.

Inderdaad... Antabuse werd voorgeschreven. Het is te zeggen, huisartsen adviseerden de vrouw Antabuse in de koffie of de soep van de man op te lossen! Het colloqueren van alcoholisten was slechts een pennenstreek van de huisarts en de burgemeester. In Bierbeek bestond een aversiekuur met apomorfine. Een opname werd toen steevast afgesloten met een implantaat die de drinker voor de komende maanden en jaren moest vrijwaren van alcoholconsumptie. Als nazorg was er ofwel de pas opgerichte AA-groep, ofwel de gesprekken met de sociale werksters van het Consultatiebureau die op hun beurt de mensen probeerde naar de AA-vergaderingen te sturen.

Professor Paesmans bezag zijn geesteskinderen dan ook als tweelingbroers, die elk een eigen weg te bewandelen hadden, doch op een bijzondere manier aan elkaar verbonden waren. Ik heb me in mijn carrière toegelegd om deze ‘broederschap’ steeds in ere te houden.

Ik deed in november 1966 mijn intrede in de alcoholistenzorg als stagiaire op het Consultatiebureau voor Alcoholisme en had dus het ‘voorrecht’ om te grasduinen in de tot dan toe bestaande kennis en inzichten op verslavingsgebied. De “*Jellinek-curve*” en de theorie van de ‘*Aanpassingsmechanismen van Jackson*’, -de evolutie in het gezin- bestonden al. Dit waren de twee theoretische steunpilaren van een pril nieuw vakgebied. In deze theorieën werd de ziekte van alcoholisme als ‘proces’ beschouwd. De ziekte vertoonde een bepaald verloop, met verschillende fasen en een te voorspellen evolutie. Dit was een nieuw soort denken. Het concept van ‘alcoholische persoonlijkheid’ werd verlaten. Ook werd de o zo gekende ‘weerstand’ van de alcoholist gedifferentieerd en beschreven in zijn verschillende verschijningsvormen. Beide theorieën zijn conceptueel de voorloper van het huidige motivationeel werken à la Prochaska en Diclemente. Maar let vooral op het woord ‘conceptueel’! Mijn eindwerk van enkele tientallen pagina’s dik, kon toen nog volledig en up-to-date zijn. Veel meer dan dit was er niet geweten. Om maar aan te geven hoe ‘eenvoudig’ het in die tijd was.

Het spreekt dan ook voor zich dat er in die tijd nog maar weinig mensen te mobiliseren waren in het kader van studie of opleidingsdagen. Mijn kافت uit die periode bestaat uit eigen nota’s, eigen hersenspinsels en schriftelijke weergaves van ons ‘brainstormen’, onze eigen zoektocht. Dat was onze leerschool.

Theoretisch was er misschien al een eerste aanzet, methodisch overheerste nog steeds het ‘Naastenliefde’-concept. In al zijn kracht en gedrevenheid, maar ook in al zijn onduidelijkheid rond h e we dit het beste konden doen. Op basis van eigen ervaringen, door vallen en opstaan, leerden we zelf in onze aanpak differenti eren. Een voorbeeld: een vrouw komt bij mij in crisis want de ziekte van haar man is onhoudbaar geworden. Of ik hem niet wilde colloqueren? De zelfde avond verbleef de man gedwongen in de kliniek, door mijn toedoen. De volgende morgen haalde zijn vrouw hem daar weer weg. Ze zag haar man zo graag! Het zijn van die momenten geweest dat bijsturingen in mijn eigen denken en handelen zich opdrogen!

Kenmerkend ook voor deze tijd was de basisregel “*Eens alcoholicist, altijd alcoholicist*”. Dat dit ver ging bewijst onze ‘caseload’ van destijds: met 4 sociaal assistenten onderhielden wij 1000 dossiers. Afsluiten van een dossier stond synoniem voor ‘opgeven’, en dat kon niet in de ogen en oren van Professor Paesmans. Mensen werden nooit opgegeven. Welke KPI wij toen bereikten? Geen idee.

Eind jaren '70 begon meer en meer kennis en inzicht rond het verslavingsprobleem ingang te vinden. De eerste studiedagen uit mijn dikke kافت stammen uit deze periode. Ik heb in die periode op een studiedag voor het eerst de inmiddels bekende ‘*Cirkels van Van Dijk*’ horen uitleggen. Nu lijkt het een evident gegeven, destijds was dit een volkomen nieuwe invalshoek. Het had een enorme impact op ons denken en handelen: hij schetste de evolutie van experimenteren tot verslaving. Hij beklemtoonde het autonome voortschrijdende proces van de ziekte, en de samenhang van vele factoren: de theorie van de drie *M's*: *Mens-Middel-Milieu*. Eindelijk werd de ‘ziekte’ niet enkel in de persoon gezet, maar werd de link tussen de zieke en zijn context veel explicieter. De vraag naar de aard van de ‘ziekte’ en de invloed van erfelijkheid waren een constante in al die jaren. Uit ervaring leerden we reeds dat we niet alleen met de zieke moesten spreken. Door de context te beïnvloeden, in plaats van de drinker te overtuigen, konden we nu ook een invloed uitoefenen op de drinker en zijn ziekteproces. Methodisch kwamen er ook steeds nieuwe invloeden. Deze evolutie opende voor mij ook de weg naar een eigen therapieopleiding binnen de Interactie-academie. Het kijken naar de brede samenhangen van wat er tussen mensen gebeurt en dit ‘beïnvloeden’ via communicatie was de rode draad. Doorheen mijn verdere loopbaan is dit mijn basiskijk gebleven.

Iets later, in 1981, volgde ik een andere verhelderende studiedag “*Motivatie begrijpen, het draaideurmodel van Prochaska en Di Clemente*”. De opvatting dat weerstand en dus motivatie, een circulair proces is waarop de hulpverlener, mits aangepaste methodieken, actief kon inspelen opende geheel nieuwe perspectieven. Voor ons begrippenkader anno 2008 waren dit dus zeer revolutionaire tijden. De inhoudelijke steunpilaren voor de huidige verslavingszorg vonden hier hun fundamenten. Op één manier bracht dit complexiteit, moeilijkheid: we moesten veel meer kennen en kunnen. Naast liefde was de belangrijke bodem, maar daarbovenop moest expertise komen. Dan pas kon je dit werk goed doen. Op een andere manier werd het eenvoudiger, minder verwarrend. We kregen meer houvasten, meer in-

gangspoorten, meer gesystematiseerde werkwijzen. We konden beter woorden geven aan wat we deden en hoe we dat deden.

Maatschappelijke denkers worden vertaald in subsidies. De eerste subsidies, als 'zelfstandig werkend onderdeel van het Dispensarium Geesteshygiëne' waren er reeds. In het vooruitzicht van de oprichting van de CGG's waren sociaal assistenten, waaronder ikzelf, aangetrokken. Nu werd in elk CGG ook de inbreng van een psycholoog en een vaste psychiater vereist. Voor onze dienst was het KB van 1975 het begin van een cruciale fase. Door de inspanningen van velen konden we onze eigenheid: 'provinciaal en categoriaal' behouden.

Begin jaren '80 kondigde zich een verbreding aan in ons werkdomein. Benzo's waren nieuw en werden ongevaarlijk geacht, met alle gevolgen van dien. Pijnstillers waren vlot verkrijgbaar. Naar het model van AA werd een Toxangroep opgericht. Vrouwen begonnen ook wat betreft de alcoholconsumptie meer te emanciperen, jongeren zagen hun experimenten met ongekende middelen zoals heroïne desastreus aflopen. Ikzelf, maar ook onze dienst, diende de oogkleppen af te nemen en we waren genoodzaakt ons aan te passen aan deze nieuwe maatschappelijke gegevens. Er moesten meer mensen aangeworven worden, meer specifieke expertise diende opgebouwd te worden. Als hulpverlener sloop je in die periode ook niet meer gerust. Ik merkte dat ik niet meer alles kon kennen en kunnen. Ik moest noodgedwongen kiezen wie, wat en hoe ik mensen wel en niet kon helpen. Dat was zeker geen eenvoudige tijd!

We dienden ons als dienst ook anders te profileren, anders te positioneren: onze categoriale en provinciale opdracht uitbouwen. Het is de tijd dat het CBAT, later CAD, de weg insloeg van de *'gecoördineerde en geïntegreerde aanpak'*, waarbij het Limburgse hulpverleningsnetwerk, als eerste in Vlaanderen, de handen in elkaar sloeg om met verenigde en afgestemde kracht de middelenproblematiek in de regio te bekampen. Toen al, 30 jaar geleden, stonden de monden heet van wat we nu 'netwerking', 'samenwerkingsverbanden', 'case-management' zouden noemen. Wij, hulpverleners, stonden er plots niet meer alleen voor, maar voelden ons gedragen in een vangnet van gelijkgezinden, maar anders-kunnenden. Dat was fijn en kwam soms echt goed van pas. Preventie, straathoekwerk en het documentatiecentrum werden, als onmisbare schakels in het aanbod, opgericht. De verslavingszorg kreeg zo meer een multidisciplinair gezicht. Het bio-psycho-sociale denkmodel begon, formeel althans, vorm te krijgen.

Gedragspsychologen introduceerden het begrip ‘gecontroleerd drinken’. In 1985 volgde ik daar voor het eerst een studiedag over in Tienen. Het spanningsveld tussen believers en non-believers blijft tot op de dag van vandaag het werkveld beroeren.

Begin jaren ‘90 volgden de studiedagen zich snel op. Het was alleszins een periode waarin vele nieuwe inzichten, denk- en handelkaders binnen onze sector het levenslicht zagen. ‘*Psycho-educatie*’ was zo een eerste hot-topic, overgewaaid uit de psychosezorg. Dit vloeide logischerwijze voort uit het gegeven dat de context het ziekteproces van de drinker danig beïnvloedt. “*Als we de personen uit de omgeving van de drinker informeren hoe ze best wel en niet met de drinker om gaan, dan vergroot dit de herstelkansen van de alcoholist*”, was de achterliggende redenering. Op zich een nobele gedachte, ware het niet dat het oog hebben voor het welzijn van de partner-an-sich, die vaak jarenlang onder zware last gebukt ging, hierbij geen ruimte kreeg. Een vrouw hoorde voor haar man te zorgen, nu zelfs beter dan voorheen. Dat hoorde ook toen nog zo. Vandaag behoren het geven van brede informatie en specifiek gerichte cursussen tot een vast onderdeel van het aanbod.

Hier en daar was er toch ook een studiedag waarin men wel oog had voor dit slachtofferschap van mensen uit de omgeving van de gebruiker. In 1992 volgde ik een studiedag ‘*Vergeten Kinderen*’ in Tienen. De titel spreekt voor zich: hoe kan de hulpverlening ook oog hebben voor het leed dat in gezinnen berokkend wordt door alcohol? Tegenwoordig is er veel aandacht voor deze kinderen. We noemen ze nu KOAPP-kinderen. Dat vond dus 15 jaar geleden zijn eerste woorden en begrippen.

Vanaf eind jaren ‘90 tot op heden raast er een stoomtrein van studiedagen en seminaries op verslavingsvlak door ons Vlaamse hulpverleningsland. Ook dit maakt het duidelijk: we leven in een drugtaking-society!! Diverse thema’s en ‘nieuwjes’ werden via deze talrijke studiedagen aan de man (in casu vrouw) gebracht: De invloeden van alcohol en medicatie op de werking van de hersenen, de geslachtsverschillen tussen mannen en vrouwen met een alcoholprobleem, nieuwe medicatie in de strijd tegen alcoholisme, ... Een belangrijke tendens dient zich aan wanneer opeens het woord ‘*co-morbiditeit*’ tot het vocabularium van de geestelijke gezondheidszorg gaat behoren. Het psychiatrisch denken en handelen sluit de verslavingsproblematiek langzaam in de armen. Allerlei nieuwe initiatieven zien het levenslicht, met een verdere diversificatie van het hulpverleningsland-

schap tot gevolg. Het MSOC Limburg krijgt zijn plaats binnen het versla-  
vingsgebeuren, met harm-reduction als een van de geëxpliciteerde doelstel-  
lingen. Aparte behandelingseenheden voor mensen met een dubbeldiagnose,  
voor moeders met kleine kinderen,... ontstaan. In een symposium van  
1999, gegeven door Els Noorlander wordt voor het eerst ook gesproken  
over *'De plaats van een crisiseenheid in de verslaafdenzorg'*. Dergelijk  
initiatief krijgt enkele jaren later ook in België gestalte (TEPSI-eenheden),  
voornamelijk op vraag van politie en hulpverleners in doorverwijsnood.  
Men zou zo kunnen denken dat al deze nieuwe, op maat gemaakte initia-  
tieven zouden leiden tot een vergemakkelijking van ons werken. En deels  
was het ook zo. Anderzijds ervaarde ik dat het moeilijker werd om mensen  
naar de juiste plaats of instantie door te verwijzen. Je eigen dienst kennen,  
zeker wanneer die zo groot en breed is als de CAD, was reeds lang een  
noodzaak. Maar nu volstond dit niet meer. Het was van cruciaal belang dat  
je op de hoogte raakte en bleef van het werk dat je burens/collega's deden,  
opdat je aanpak met enige continuïteit kon verlopen. Gelukkig werden we  
daarbij geholpen toen de casemanagers hun intrede deden. Zij zouden als  
draaischijf kunnen fungeren, die op gepaste tijdstippen het gepaste aanbod  
uit de hulpverleningslade toeverden, zodat de continuïteit van zorg naar de  
cliënt gegarandeerd werd.

## **Of het ooit eenvoudig zal worden?**

Aan woorden hebben we vandaag geen gebrek. Dany Baert spreekt over  
'inflatoire tijden in het moderne beheersmatige jargon'. Vraagsturing, partici-  
patie, evidenced-based werken, behandelmodules en -protocollen vlie-  
gen ons tegenwoordig om de oren. Dat zie en hoor ik als ik omhoog kijk.  
En, misschien is het mijn leeftijd, maar ik vind het moeilijk om dat nog  
allemaal te volgen.

Als ik dan om mij heen kijk dan zie ik een stel jonge(re) collega's die 'ge-  
woon' goed werk willen doen, die bezield zijn van het helpen van mensen  
in nood, die tijd willen om naar hun cliënten luisteren. Want is het niet in  
die concrete dialoog, van mens tegenover medemens, dat het verschil ge-  
maakt wordt tussen stilstaan of vooruitgaan? En dan glimlach ik, want in-  
derdaad, zo 'eenvoudig' kan ons werk nog zijn!

# Website alcoholhulp

Het project ‘Alcoholhulp’ is een website bestaande uit drie delen: een informatief gedeelte, een zelfhulpgedeelte en een online begeleiding. Het project is een gezamenlijk initiatief van CAD Limburg en Drughulp Kempen. Het werd tot nu toe gefinancierd door toenmalig minister Demotte van Volksgezondheid, in het kader van het ‘Fonds ter bestrijding van de Verslavingen’.

Het informatieve gedeelte richt zich tot een zo breed mogelijk publiek van betrokkenen bij alcoholproblemen. De zelfhulp en de online begeleiding richten zich tot de alcoholgebruikers zelf, die iets aan hun drinkgedrag willen veranderen.

## Achtergrond

Internet is voor een groot deel van de bevolking uitgegroeid tot een belangrijk informatiekanaal, dat snel toegankelijk en laagdrempelig is. Ook mensen met persoonlijke vragen en problemen maken er in toenemende mate gebruik van. Ervaringen in binnen- en buitenland tonen aan dat hulpverlening via internet efficiënt kan zijn in het kader van informatie, preventie, begeleiding en nazorg. In Vlaanderen wordt deze vorm van hulpverlening nog vrij weinig gebruikt. Er zijn echter duidelijke voordelen verbonden aan deze manier van werken.

1. **Het is anoniem(er).** Veel mensen die problemen ervaren schamen zich hierover. Bij online hulp hoeven de betrokkenen elkaar niet te zien of te horen. Anonimiteit heeft daarbij dikwijls het bijkomende voordeel dat mensen opener zijn over zichzelf en minder informatie achterhouden.
2. **Onafhankelijk van plaats en tijd.** Men kan vanuit een vertrouwde omgeving werken en men is niet gebonden aan de klassieke kantooruren.

3. **Automatisering.** Verschillende onderdelen van de hulpverlening kunnen geautomatiseerd worden (intake, vragenlijsten, enz.). Hierdoor kan er meer tijd vrijkomen om op persoonlijke vragen in te gaan via chat of e-mail. Het aanbod wordt meer gestandaardiseerd, en informatie of inhoud van gesprekken kan eenvoudiger worden opgeslagen en bewaard.
4. **Vroegdetectie.** Door de laagdrempeligheid kunnen mensen met problemen er sneller toe komen om hulp te zoeken, dikwijls vooraleer de problemen allesoverheersend geworden zijn. In die zin past online hulpverlening in het zogenaamde ‘stepped-care model’.
5. **Drempelverlagend voor ‘face-to-face’ hulpverlening.** De online hulpverlening is niet bedoeld om de reeds bestaande ambulante en residentiële hulpverlening te vervangen. In sommige gevallen kan de stap naar de ambulante hulpverlening echter verkleind worden, waarbij mensen die niet voldoende baat vinden bij de online hulpverlening kunnen verwezen worden naar andere diensten.

Uit de eerste onderzoeken in het buitenland (voornamelijk Nederland) blijkt dat online hulpverlening dikwijls effectief is, en blijken bovenstaande voordelen ook te werken in de praktijk.

## Doelgroep(en)

In eerste instantie richt de website zich op een zo breed mogelijk publiek. Daarnaast is het echter de bedoeling om een aantal doelgroepen aan te spreken die momenteel minder goed door de klassieke hulpverlening kunnen bereikt worden.

Hierbij denken we vooral aan:

- vrouwen (vooral de thuiswerkende vrouwen)
- hoger opgeleiden
- ouderen (leeftijdsgroep boven 50 jaar)
- jongeren (die uit zichzelf al vlotter gebruik maken van internet).

Het informatieve gedeelte en de zelfhulp zijn in principe toegankelijk voor iedereen in Vlaanderen. De online begeleiding zal in deze fase echter enkel toegankelijk zijn voor de inwoners van provincie Limburg en de regio Turnhout-Geel-Mol.

## **Inhoud van de website**

### **Informatief gedeelte**

Dit gedeelte richt zich op een zo breed mogelijk publiek van betrokkenen bij alcoholproblemen. Naast de alcoholgebruikers zelf, wordt er ook informatie geboden aan partners, familieleden, vrienden, werkgevers en scholen.

Een belangrijk onderdeel is de alcoholtest, die grotendeels gebaseerd is op de **audit** (een test ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie om ‘riskant alcoholgebruik’ te detecteren). Na het invullen van de test, krijgen deelnemers een uitgebreide bespreking van de resultaten en een persoonlijk advies.

Het informatieve gedeelte werd online gezet in oktober 2007

### **Zelfhulp**

Het zelfhulpgedeelte is een volledig geautomatiseerd programma, waarbij mensen met alcoholproblemen anoniem en zelfstandig aan de slag kunnen om hun drinkgedrag te veranderen.

Het programma is voornamelijk gebaseerd op cognitiefgedragstherapeutische technieken, bedoeld om de zelfcontrole te bevorderen. Deelnemers dienen een aantal opdrachten uit te voeren, zoals: dagelijkse registratie van hun drinken, het maken van doelstellingen, risicosituaties leren herkennen, alternatieve gedragingen uitproberen, en terugvalpreventie. Het programma duurt maximaal 12 weken.

Het zelfhulp gedeelte kwam online in januari 2008.

### **Online begeleiding**

De online begeleiding is een gedeeltelijk geautomatiseerd programma dat grotendeels dezelfde modules omvat als de zelfhulp. Deelnemers hebben daarnaast de mogelijkheid om wekelijks een afspraak te maken met een hulpverlener via chat. De hulpverleners zullen de verschillende modules aanbieden, naarmate de cliënt er klaar voor is.

Dit programma is niet anoniem, maar biedt toch meer anonimiteit dan de gewone ambulante hulpverlening. Bij aanmelding dienen deelnemers een screeningvragenlijst in te vullen, waarna het hulpverleningsteam beslist of de kandidaat aan het programma kan deelnemen.

Uitsluitingscriteria zijn: een te lange drankgeschiedenis met aanwezigheid van ontwenningsverschijnselen en/of permanent controleverlies, te ernstige medische risico's en te ernstige emotionele of maatschappelijke problemen.

Het programma duurt eveneens maximaal 12 weken. Achteraf kunnen deelnemers nog 6 maanden gebruik maken van het alcoholdagboek en de andere modules, maar is er geen mogelijkheid meer tot chat met een hulpverlener.

De online begeleiding zal in juni 2008 beschikbaar zijn.

## **Toekomstplannen**

Afhankelijk van de financiering, is het de bedoeling om op termijn ook andere hulpverleningsinstanties gebruik te laten maken van het systeem voor online begeleiding. Zodoende zou deze voor heel Vlaanderen beschikbaar kunnen worden.

Eveneens afhankelijk van de financiering door de overheid, zijn er plannen om gelijkaardige websites te ontwikkelen gericht op de 'illegale' drugs.