

Inhoud

Voorwoord	1
Hulpverlening in cijfers	7
Hasselt: hoofdstad van de smaak.....	15
Aanbod naar jongeren vanuit de CAD vzw	21
• Visie	21
• Vroeginterventie naar jonge druggebruikers	24
• Jongerenteam	27
• Groepsaanbod voor ouders van gebruikers van illegale drugs	30
Preventie	32
Klacht tegen het straathoekwerk	38
Straathoekwerk in cijfers	41
Adressen.....	46

Voorwoord



In 2008 vierde onze vzw haar gouden jubileum. In de zomer van dat jaar was het immers precies 50 jaar geleden dat onze stichter Professor Benidictus Paesmans samen met zijn 'trawanten' ten kantore van notaris H. Van Soest de statuten van de nieuwe vzw ConsultatieBureau voor Alcoholisme (C.B.A) vzw goedkeurde.

Vanzelfsprekend hebben we dit jubileum niet ongemerkt laten voorbij gaan en werden er meerdere activiteiten georganiseerd. Daarbij was er aandacht voor het 'rijke' verleden van onze dienst maar nog meer voor de toekomst. De permanente aandacht voor nieuwe ontwikkelingen in de verslaafdenzorg en daar professioneel op inspelen is immers de leidraad geweest van 50 jaar werking.



Ter gelegenheid van onze jubileumviering in Alden Biesen werd onze nieuwe website – die we ontwikkelden in samenwerking met drughulp Kempen - www.alcoholhulp.be verder bekendgemaakt.

Met deze website doen we een nieuw complementair aanbod aan personen met alcoholproblemen. En dat we daarmee ook een nieuwe doelgroep bereiken bewijzen de bezoekerscijfers van de laatste maanden. Waar traditioneel 70 tot 80 % van de hulpzoekende personen met alcoholproblemen mannen zijn, volgen op de website www.alcoholhulp.be meer vrouwen dan mannen het zelfhulp- en online programma.

Bijzondere aandacht ging ook naar de CRA methodiek. De Community Reinforcement Approach (CRA) is een in de Verenigde Staten ontwikkelde methode voor de behandeling van verslaving. CRA heeft als doel samen met de cliënt te werken aan een vervangende, nieuwe leefstijl die meer voldoening geeft dan hun middelengebruik. In Nederland werd deze methodiek geïntroduceerd door Dr. H. Roozen, GZ-psycholoog Bouman GGZ die op onze studiedag de aanwezigen bijzonder wist te boeien. Natuurlijk was het niet allemaal nieuw wat we hoorden. Wel de systematiek waarin het toegepast wordt. We willen aan de CRA de eerst volgende jaren bijzondere aandacht schenken. In 2009 zullen enkele collega's zich dan ook in de methodiek verder verdiepen.

Ook onze hulpverlening aan cliënten die door justitie werden verwezen kwam tijdens de studiedag aan bod. Bijzonder jammer dat toenmalig Minister van Justitie dhr. Jo Vandeurzen moest verstek geven. Maar zijn boodschap - door zijn woordvoester naar voren gebracht - was duidelijk. De inzet van CAD aan justitie kan en mag niet alleen gemeten worden aan de strikte wetgeving m.b.t. de Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM). De regelgeving op de AGM financiert de hulpverlening/vorming aan justitiabelen, maar moet aan zeer strikte voorwaarden voldoen. Deze voorwaarden hebben vooral te maken met de formulering van het vonnis. Indien hierin geen strikte uren worden bepaald maar bijv. 'in ambulante begeleiding gaan met CAD' worden deze uren niet meegerekend. In de praktijk betekende dit dat vele CAD begeleidingsuren niet meetelden en we daardoor het voorziene quotum voor 2 VTE niet bereikten. De Minister gaf op onze studiedag zelf aan dat deze redenering niet vol te houden is. We kijken dan ook uit naar nieuwe richtlijnen vanwege justitie.

2008 was ook een bijzonder jaar voor onze (nu) ex collega: Lieve Jordens. Eind 2008 ging ons Lieve met pensioen en dit na 41 jaar dienst. En als we hierboven stelden dat de aandacht voor nieuwe ontwikkelingen in de verslaafdenzorg en daar professioneel op inspelen de leidraad is geweest van 50 jaar CAD, dan heeft Lieve Jordens hierin een bijzonder belangrijke bijdrage geleverd.

*Als een van de eerste maatschappelijk werkers volgde ze een doorge-
dreven therapieopleiding en is deze blijven onderhouden (intervisiegroep
én publicaties). Voor medicatieverslaafden was zij medeoprichter van de
Limburgse TOXAN groepen en zij lag aan de basis van het ruime groeps-
aanbod dat CAD in de jaren 80 en 90 ontwikkelde.*



*De uitgebreide viering die haar vanwege collega's te beurt viel, drukte niet
alleen hun dankbaarheid uit voor hun 'leermeester' maar zeker ook voor
haar grote collegialiteit.*

In 2008 startte ook, met de hulp van CAD, MSOC Kempen.



*Al meerdere jaren zijn er con-
tacten tussen CAD Limburg en
Drughulp Kempen. Drughulp
Kempen is een initiatief van
CAW en CGG Kempen, die
hierin ondersteund worden*

door meerder gemeenten uit de Antwerpse Kempen. De contacten tussen CAD en de Kempen zijn niet toevallig. We grenzen aan elkaar en de socio demografische situatie is in beide regio's vergelijkbaar. Dit is helaas niet het geval voor de ambulante drughulpverlening die er veel minder is uitgebouwd. In deze behoort De Kempen in Vlaanderen tot één van de blinde vlekken.

De initiatiefnemers van Drughulp Kempen zochten dan ook al langer naar mogelijkheden om de drughulpverlening te versterken. Gezien de vergelijkbare socio demografische situatie en de know how van CAD om in een dergelijke regio een gedecentraliseerd hulpaanbod uit te bouwen, gingen zij een samenwerkingsovereenkomst aan met CAD Limburg. CAD vroeg en kreeg van het RIZIV een uitbreiding om in de Kempen een MSOC uit te bouwen. Een stuurgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van Free Clinic, CAW en CGG Kempen en CAD Limburg, lukte erin om in enkele maanden tijd een MSOC werking in de Kempen te starten.

Met dit initiatief toont CAD nogmaals aan dat haar manier van werken niet typisch 'Limburgs' is, maar ook voor andere 'landelijkere' regio's model kan staan.

Ja, en voor de rest was 2008, een jaar zoals zovele uit de voorgaande jaren.

Opnieuw bereikte het aantal cliënten dat op onze dienst beroep deed een record, opnieuw werden nieuwe hulpverlenings- en preventie initiatieven genomen en ook vorig jaar konden hulpzoekenden op straat terecht bij onze straathoekwerkers.

Toch bereiken we stilaan onze limieten. Met een zelfde equipe steeds meer cliënten helpen, meer en nieuwe preventie-initiatieven ontwikkelen en meer gasten op straat de hand reiken kan niet anders dan vroeg of laat op grenzen botsen. We hebben gelukkig nog niet te maken met wachtlijsten, maar indien we er niet in slagen om ons op relatief korte termijn te versterken dan komen ze wel in zicht. In 2008 vroegen we een uitbreiding van onze MSOC werking, we hopen deze in 2009 te bekommen. O.a. de reacties om www.alcoholhulp.be zijn belovend en zoals hoger vermeld bereiken we

hiermee een nieuwe doelgroep, maar met dezelfde equipe van hulpverleners.

Preventief breidde ons aanbod uit met onder meer 'Blijf je plaat hangen', 'Straffe Stappen', 'Vroeginterventie', 'Gokbeleid in de gemeenten' maar ging de 'gewone' werking ook verder. We kregen weliswaar een beperkte uitbreiding, maar onvoldoende om de stijgende werkdruk op te vangen.

In Heusden-Zolder en Houthalen-Helchteren zijn nieuwe straathoekwerkers gestart die zich opnieuw moesten inwerken.

En gans deze werking moet logistiek ondersteund worden door een secretariaat dat ook in 2008 schitterend werk heeft verricht. De complexiteit van de dienst met meerdere en verschillende subsidianten en bijgevolg vele verantwoordingen, verslagen ... laat zich het best op het secretariaat voelen.

2008 was een jubileumjaar, wij hopen dat 2009 een 'kanteljaar' wordt waarin CAD de mogelijkheden krijgt om de uitdagingen van volgende decennia aan te kunnen.

*Hasselt, 27 april '09
Marcel Vanhex*

Hulpverlening in cijfers

Aantal cliënten

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal	% Mannen	% Vrouwen
Overgedragen dossiers	736	267	1003	73,4	26,6
Nieuwe dossiers	851	305	1156	73,6	26,4
Heropende dossiers	382	103	485	78,8	21,2
Onbekend	5	1	6	83,3	16,7
Totaal	1974	676	2650	74,5	25,5

In 2008 deden 2.650 cliëntsystemen beroep op de CAD. We vinden een klassieke geslachtsverdeling van 74,5% mannen en 25,5% vrouwen. De laatste 3 jaren is er een behoorlijke toename geweest van het aantal cliëntdossiers met telkens een flink stuk boven de 2.500 en in vergelijking met vorig jaar is er een stijging van 61 dossiers.

Leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
< 18 jaar	64	3,2	21	3,1	85	3,2
18 - 24 jaar	363	18,4	88	13,0	451	17,0
25 - 34 jaar	639	32,4	132	19,5	771	29,1
35 - 44 jaar	461	23,4	132	19,5	593	22,4
45 - 54 jaar	319	16,2	173	25,6	492	18,6
55 - 64 jaar	93	4,7	80	11,8	173	6,5
> 64 jaar	16	0,8	20	3,0	36	1,4
Onbekend	19	1,0	30	4,4	49	1,8
Totaal	1974	100,0	676	100,0	2650	100,0

De leeftijdsdistributie van ons cliënteel blijft sinds enkele jaren een stabiel patroon vertonen waarbij we kunnen gewag maken van een enigszins naar links verschoven Gauss-curve met een accent op jongvolwassenen en volwassenen rond middelbare leeftijd. Weerhouden we wel dat enkele jaren geleden er een toename geregistreerd werd van het aandeel van adolescenten en jongvolwassenen, doch sindsdien is er hier een stabilisatie.

Leefsituatie

Omschrijving	Aantal	%
Alleenwonend	577	21,8
Ouderlijk gezin	131	4,9
Bij beide ouders	353	13,3
Co-ouderschap	7	0,3
Bij moeder met partner	61	2,3
Bij moeder alleenstaand	183	6,9
Bij vader met partner	19	0,7
Bij vader alleenstaand	51	1,9
Bij grootouders	6	0,2
Eigen gezin	119	4,5
Samenwonend met partner	434	16,4
Samenwonend met partner en kinderen	335	12,6
Eenoudergezin	82	3,1
Bij familie	5	0,2
Bij kinderen	3	0,1
Bij andere familieleden	9	0,3
Pleeggezin	1	0,0
Collectieve woonvorm	34	1,3
Begeleidingstehuis (jeugdhulpverlening)	8	0,3
Gezinstehuis (jeugdhulpverlening)	1	0,0
Onthaal-, oriëntatie en observatiecentrum (jeugdhulpverlening)	3	0,1
Gemeenschapsinstelling (jeugdhulpverlening)	2	0,1
Gevangenis	27	1,0

Omschrijving	Aantal	%
Asielcentrum	3	0,1
Therapeutisch milieu	3	0,1
Therapeutische gemeenschap (drughulpverl.)	1	0,0
Beschut wonen	30	1,1
Ander	125	4,7
Onbekend	37	1,4
Totaal	2650	100,0

Ongeveer 1/3^{de} van ons cliënteel woont nog in het ouderlijke gezin en ongeveer 1/3^{de} verblijft in het eigen gezin. Daarnaast woont 21,8% alleen en de rest verblijft in een andere leefsituatie.

Beroep

Omschrijving	Aantal	%
Niet-beroepsactief	505	19,1
Huishouden	43	1,6
Leerling, student	203	7,7
Arbeider	573	21,6
Ongeschoolde arbeider	331	12,5
Geschoolde arbeider	362	13,7
Bediende	144	5,4
Lager bediende	55	2,1
Gekwalificeerde bediende	102	3,8
Hoger / middenkader	38	1,4
Zelfstandige	69	2,6
Zelfstandige zonder beroepsopleiding	19	0,7
Zelfstandige met beroepsopleiding	26	1,0
Vrij beroep / zelfst. met A1 diploma of hoger	11	0,4
Andere beroepsactiviteit	12	0,5
Onbekend	157	5,9
Totaal	2650	100,0

Bijna 50% van ons cliënteel is arbeider tegenover 12,7% bediende en 4,4% zelfstandige.

Inkomsten

Omschrijving	Aantal	%
Eigen beroepsactiviteiten	395	14,9
Voltijds eigen beroepsactiviteiten	603	22,8
Deeltijds eigen beroepsactiviteiten	83	3,1
Uitkeringsgerechtigde werkloze	247	9,3
Voltijds uitkeringsgerechtigd werkloos	99	3,7
Deeltijds uitkeringsgerechtigd werkloos	6	0,2
Pensioen	85	3,2
Mindervalide	20	0,8
Ziekte/invaliditeit	342	12,9
ziekte minder dan 1 jaar	98	3,7
ziekte meer dan 1 jaar (invaliditeit)	92	3,5
OCMW	75	2,8
Andere	16	0,6
Alimentatie	3	0,1
Geen	134	5,1
Voorziet in levensonderh. via inkomen partner	57	2,2
Voorziet in levensonderh. via inkomen ander familielid	155	5,8
Onbekend	140	5,3
Totaal	2650	100,0

45,8% van ons cliënteel heeft eigen beroepsinkomsten.

Opleiding

Omschrijving	Aantal	%
Geen onderwijs gevolgd	1	0,0
Lager onderwijs	70	2,6
Secundair onderwijs	124	4,7
Algemeen secundair onderwijs	122	4,6
Technisch secundair onderwijs	285	10,8
Beroeps secundair onderwijs	644	24,3
Kunst secundair onderwijs	14	0,5
Deeltijds beroepssecundair onderwijs	94	3,5
Leertijd (leercontract)	177	6,7
Buitengewoon onderwijs		
Buitengewoon lager onderwijs	4	0,2
Buitengewoon secundair onderwijs	74	2,8
Hogeschoolonderwijs	210	7,9
Universitair onderwijs	58	2,2
Andere	22	0,8
Onbekend	751	28,3
Totaal	2650	100,0

Het merendeel van ons cliënteel komt uit de richting beroepsonderwijs (34,5% als we deeltijds beroepsonderwijs en het leercontracttype onderwijs includeren) en in de 2^{de} plaats uit het technisch onderwijs. Verder zien we toch ook dat 11,1% van ons cliënteel uit het hogeschoolonderwijs of het universitaire onderwijs afkomstig is.

Problematiek

Het aantal zorgvragen rond opiaten is behoorlijk toegenomen tegenover vorig jaar met 610 cliëntsystemen tegenover 517 vorig jaar. Dit is toch een te volgen element.

Omschrijving	Hoofdproduct		2de en/of 3de product	
	Aantal	%	Aantal	%
Opiaten				
Heroïne	516	21,3	48	3,1
Opium-morfine	3	0,1	1	0,1
Codeïne	6	0,2	7	0,4
Methadon (voorgeschreven)	26	1,1	17	1,1
Methadon (niet voorgeschreven)	1	0,0	3	0,2
Buprenofine	0	0,0	1	0,1
Andere opiaten	5	0,2	2	0,1
Niet gespecificeerd	53	2,2	6	0,4
<i>Subtotaal</i>	610	25,2	85	5,5
Stimulantia				
Cocaïne	193	8,0	254	16,3
Amfetamine	261	10,8	151	9,7
XTC (MDMA)	22	0,9	77	4,9
Andere stimulantia	3	0,1	4	0,3
Niet gespecificeerd	6	0,2	19	1,2
<i>Subtotaal</i>	485	20,0	505	32,5
Slaap- en kalmeringsmiddelen				
Barbituraten e.a. slaapmiddelen	1	0,0	2	0,1
Benzodiazepine	28	1,2	124	8,0
Pijnstillers	8	0,3	9	0,6
Andere slaap- en kalmeringsm.	1	0,0	9	0,6
Niet gespecificeerd	1	0,0	37	2,4
<i>Subtotaal</i>	39	1,6	181	11,6
Hallucinogenen				
LSD	1	0,0	1	0,1
Paddestoelen e.a.	0	0,0	4	0,3
Andere hallucinogene producten	0	0,0	2	0,1
Niet gespecificeerd	1	0,0	1	0,1
<i>Subtotaal</i>	2	0,0	8	0,5
Vluchtige snuifmiddelen	1	0,0	3	0,2

Omschrijving	Hoofdproduct		2de en/of 3de product	
	Aantal	%	Aantal	%
Cannabisderivaten				
Hasj	21	0,9	17	1,1
Marihuana	356	14,7	183	11,8
Andere cannabisderivaten	0	0,0	1	0,1
Niet gespecificeerd	123	5,1	240	15,4
<i>Subtotaal</i>	500	20,6	441	28,3
Alcohol				
Bier	354	14,6	106	6,8
Wijn	110	4,5	33	2,1
Sterke drank	91	3,8	48	3,1
Aperitieven	19	0,8	10	0,6
Andere alcohol	5	0,2	4	0,3
Niet gespecificeerd	128	5,3	87	5,6
<i>Subtotaal</i>	707	29,2	288	18,5
Andere psychoactieve drugs				
Onbep. drugs of substanties	0	0,0	4	0,3
Niet gespecific. geneesmiddelen	1	0,0	1	0,1
Speedball	0	0,0	3	0,2
Antidepressiva	2	0,1	0	0,0
GHB	9	0,4	13	0,8
Andere specifieke drugs	3	0,1	7	0,4
Niet gespecificeerd	0	0	1	0,1
<i>Subtotaal</i>	15	0,6	29	1,9
Ov. verslavingen (geen midd.)				
Gokken	62	2,6	15	1,0
Internetverslaving	3	0,1	0	0,0
Niet gespecificeerd	0	0,0	1	0,0
<i>Subtotaal</i>	65	2,7	16	1,0
Totaal	2424	100,0	1556	100,0
Relevante derden	226		Onbekend	35

We zien ook een jaar na jaar stijgende zorgvraag in verband met stimulantia met 193 vragen rond cocaïne versus 183 vorig jaar en 261 vragen rond amfetamine versus 245 vorig jaar.

Vermeldenswaardig is ook dat de zorgvragen rond alcohol nog steeds de grootste groep uitmaken met 707 dossiers, vergelijkbaar met het aantal zorgvragen vorig jaar. In dit kader is het van belang te onderstrepen dat epidemiologisch gezien alcohol de meest prevalentie probleemdrug is waarbij slechts een fractie door de ambulante en residentiële zorg bereikt wordt. In die optiek is een complementair aanbod vanuit preventie en vanuit vroeghulpinitiatieven zoals www.alcohol.be zeer zinvol.

Bij het product cannabis zien we 500 zorgvragen, 48 minder dan in 2007.

Toedieningswijze

Als we de toedieningswijze van het hoofdproduct onder de loep nemen, zien we dat er bij de opiaten bij 107 van de 610 gebruikende cliënten via parenterale weg (injecteren) gebruikt wordt. Het spuitenruilproject blijkt dus zeker nog van tel te zijn. Bij de stimulantia zien we eerder beperkt parenteraal gebruik met 14 injecterende amfetamine gebruikers en 2 injecterende cocaïne gebruikers. Dus hier wordt nagenoeg steeds gesnoven of bij cocaïne in beperkte mate gebased (23 basers).

Verwijzer

28,7% van ons cliënteel komt op eigen initiatief en 10,7% komt vanuit de zogenaamde 0^{de} lijn of de onmiddellijke omgeving. Als we naar de professionele verwijzers kijken zien we dat de huisarts een belangrijke verwijzer is met 293 dossiers of 11,1% van het totaal aantal dossiers en daarnaast zien we ook wel behoorlijk wat verwijzingen vanuit de welzijnszorg en uiteraard zoals elk jaar is justitie een zeer belangrijke verwijzer met 603 dossiers.

Hasselt: hoofdstad van de smaak

Hasselt is de provinciehoofdstad en daarom ligt het hoofdkantoor van de CAD ook in Hasselt. Logisch. Toen 11 jaar geleden het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) opgericht werd, lag het zwaartepunt van mensen met een illegale drugsverslaving in Genk. Ook logisch, gezien de sociale problematiek die ontstaan was na de mijnsluitingen. Het MSOC kreeg dus zijn vaste stek in Genk en ging van daaruit opereren. In Maasmechelen, Sint-Truiden, Heusden-Zolder, Beringen, Hasselt, Neerpelt, Lommel en later ook Tongeren en Bilzen, werden antennes opgericht waar cliënten met hun problemen terecht konden bij een hulpverlener maar waar ook dagelijks methadon bedeed werd.

We zijn ondertussen ruim een decennium verder en de kaarten zijn op-nieuw geschud.

Waar Genk in de aanvangsperiode het grootste cliëntenbestand had, kunnen we nu met de hand op het hart stellen dat de problematiek er gestagneerd is, dat we door het ruime zorgaanbod een goed zicht op de scène hebben, dat de maatzorg die we er leveren zijn vruchten afwerpt. Hasselt krijgt ondertussen stilaan de allures van een grootstad. Niet op de schaal van Antwerpen, Gent of Brussel maar de trend is duidelijk. Hasselt is door die evolutie de laatste jaren niet alleen een commerciële en een culturele aantrekkingspool geworden, maar ook de gemarginaliseerde medemens heeft de weg naar de provinciehoofdstad gevonden. Logisch want niet alleen het commerciële en culturele aanbod in Hasselt is gegroeid, ook het sociale netwerk heeft zich in de provinciehoofdstad meer en meer uitgebreid.

Straathoekwerkers voelen de polsslag van de onderkant van onze maatschappij. Onze straathoekwerkers opereren in de kansarme buurten, aan het station en natuurlijk in en om onze verstrekkingplaats. Straathoekwerkers bouwen een vertrouwensrelatie op met onze gasten. Zij zijn de eerste

schakel in het contact met de hulpverlening. Vanuit de ogen en oren van de straathoekwerkers krijgen we een goed zicht op wat er aan 'de onderkant' leeft en broeit.

In de verstrekkingplaats van Hasselt valt onmiddellijk het internationale karakter van het cliënteel op. Er wordt nogal wat Engels gesproken. Indiërs (Sikhs), Georgiërs, Russen, ... behelpen zich in de eerste periode vooral met Engels, soms Frans. Meestal verloopt de communicatie erg moeizaam. Deze mensen hangen geruime tijd rond aan de verstrekkingplaats, vallen cliënten lastig en stellen zich wel eens agressief op voordat ze uiteindelijk contact nemen met de hulpverleners. Dikwijls ook hebben ze geen realistische verwachtingen. Omdat ze niet begrijpen hoe wij werken, zijn ze erg achterdochtig. Snel methadon krijgen is de bedoeling en al de rest is ballast. Mensen die illegaal in ons land verblijven zijn bang voor uitwijzing. Ze geven wel eens een valse naam op en zijn heel vaag over hun gebruik. Als er dan ernstige gezondheidsproblemen ontstaan en ze op de spoedafdeling van het ziekenhuis terecht komen, wordt de onduidelijkheid nog groter.

De meeste mensen die zich bij ons aanmelden hebben meer dan één verslavingsprobleem. Met alle gevolgen van dien. In veel gevallen gaat het zelfs om zware afhankelijkheid van heroïne en/of cocaïne maar ook van legale middelen: alcohol en benzodiazepines. Die benzo's worden meestal voorgeschreven door 'onwetende' artsen. Op die manier ontstaat er een circuit waar wij geen vat op hebben. Artsen die aan de CAD en het MSOC verbonden zijn schrijven haast nooit benzodiazepines voor. Onder invloed van benzo's en alcohol vertonen mensen erg impulsief en ook wel eens agressief gedrag. Ze gedragen zich 'dronken' en zijn niet aanspreekbaar. Een dag later kunnen ze er zich niets meer van herinneren. Onze eerste bedoeling is het benzogebied af te bouwen en het middelenmisbruik te herleiden tot één product.

Agressief gedrag op de verstrekkingplaats komt voor, maar gelukkig niet zo vaak. Toch moeten we erop bedacht zijn. Na een vorig incident hebben we aan de voordeur een sas gebouwd maar we hebben ze tot nu toe nog niet gebruikt. Indien er agressief gedrag is buiten of binnen proberen we dat in goede banen te leiden. Lukt dat niet dan wordt de politie erbij gehaald.

Naast de middelenafhankelijkheid hebben de meeste mensen die we zien een kluwen van sociale problemen. Problemen die vaak chronisch geworden zijn. Psychiatrische problemen, persoonlijkheidsproblemen, dakloosheids- en thuisloosheidsproblemen, problemen met inkomen en uitkering, problemen met justitie, werkloosheid, verveling, relatie- en familiale problemen.

Het MSOC van Hasselt is daardoor uitgegroeid tot een soort lokettendienst. Cliënten kunnen bij ons de arts raadplegen, kunnen bij de drughulpverlener terecht voor hun verslavingsprobleem, kunnen bij ons hun gebruikt injectiemateriaal inruilen voor nieuw steriel materiaal, kunnen bij een sociaal assistent terecht met hun veelheid aan maatschappelijke problemen. Van hier uit worden contacten gelegd met OCMW, Sonar, sociale verhuurmaatschappij, Basis, VDAB en werkgevers. Cliënten kunnen bij ons de krant lezen, een tas koffie drinken, een babbeltje slaan. We proberen een huis-kamersfeer te creëren, we maken tijd en we luisteren. Op regelmatige tijdstippen doet de psychiater van de CAD consultatie op de verstrekkingplaats.

Deze aanpak werkt. In zoverre zelfs dat cliënten ook aanlopen buiten de verstrekkinguren. Mensen blijven al eens langer hangen. We merken dat problemen die we jaren geleden maar sporadisch zagen nu regelmatig en vaker voorkomen. Dat gaat van psychiatrische problemen tot gebruiksgelateerde problemen zoals spuitabscessen, onverzorgd uiterlijk, loopwonden, nierproblemen, leverproblemen, herseninfarcten. Werken met verslaafden is dus werken aan alle levensdomeinen. Er kruipt heel veel tijd in netwerkvorming: telefoneren met andere diensten, contacten leggen met daklozenwerking, psychiatrische instelling, OCMW, ziekenhuis. Bij huisbezoeken stellen we vast dat de woning slecht onderhouden wordt, dat mensen er een zeer belabberde hygiëne op nahouden. Ook daar proberen we de nodige hulpverlening op gang te brengen en is het onze bedoeling rond elke cliënt een netwerk op te zetten zodat ook mensen met een zware en chronische problematiek het hoofd boven water kunnen houden. Uiteindelijk is het de bedoeling de cliënt te stabiliseren. Van daaruit kunnen we dan verder werken naar reïntegratie in de maatschappij.

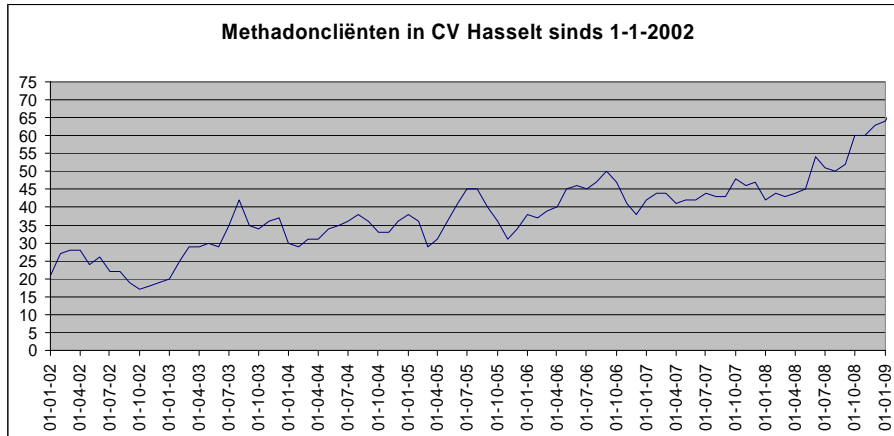
Cliënten die in het methadonprogramma van het MSOC zitten, zien we in de eerste fase dagelijks. Ze krijgen tijdens het verstrekkingmoment hun medicatie en kunnen gebruik maken van de 'loketdienst'. Indien nodig spelen we kort op de bal. We krijgen zicht op hun functioneren. Als het middelenmisbruik na verloop van tijd stabiliseert of stopt kan de cliënt overschakelen naar drie maal per week verstrekken of naar de apotheker gaan. Voor cliënten die werken hebben we andere soepele regelingen.

In elke grote stad is de stationsbuurt een plaats waar mensen aan de rand samentroepen. In Hasselt is dat niet anders. Renovatie van de stationsbuurt zal daar geen verandering in brengen. Wat wel werkt, is de goede samenwerking met alle betrokken diensten. In 'Het Zorgcircuit Middelen Hasselt' zitten de CAD, het MSOC, het OCMW, de dienst WELZIJN van de stad, de wijkwerking, de huisvestingsambtenaar, de politie, CAW SONAR en CAW 't VERSCHIL, het Virga Jesse ziekenhuis, Katarsis, het straathoekwerk en de Provinciaal Coördinator Middelen rond de tafel. In een open en eerlijk overleg wordt een structurele aanpak besproken. Dit maakt de overlast in probleemwijken beheersbaar. Daarnaast bestaat er een overleg van hulpverleners waar rond concrete probleem dossiers de neuzen in dezelfde richting gezet worden. De methodiek van het Lokaal Cliënt Overleg via het OCMW is een veel gehanteerd instrument om duidelijke doelstellingen en afspraken te maken tussen de cliënt, zijn huisarts en de hulpverleners van de verschillende diensten. Door het netwerk dat er nu reeds geruime tijd is, kunnen we kort op de bal spelen als dat nodig is. Duidelijke afspraken maken, zorgt ervoor dat iedere dienst weet wat van hen verwacht wordt, maar ook waar de grens van die verwachtingen ligt.

Feit is dat de gezondheidstoestand van de Hasseltse gebruiker nu nog een stuk lager ligt dan het Limburgse gemiddeld. 80 % van de spuitomruil situeert zich in Hasselt. De psychiater stelt vast dat meer dan elders de patiënten psychiatrisch ziek zijn. Op de verstrekking van Hasselt worden de neuroleptica die de psychiater voorschrijft door de verpleegkundigen verstrekt. Rond hepatitis C en de behandeling ervan is in Hasselt nog heel wat werk aan de winkel.

Waar in Genk de mensen binnen het methadonprogramma na het onderzoek door de liaisonpsychiater van het ziekenhuis vrij vlot in een behandeling kunnen stappen, zien we dat er in Hasselt toch enige reserve is naar onze doelgroep. Hierdoor vallen heel wat patiënten voor die behandeling uit de boot. Zeer gerichte doorverwijzing en een betere samenwerking is hier duidelijk aan de orde.

Verontrustend is de stijging van het aantal cliënten sinds juni 2008 in Hasselt.



Daarvoor kenden we een gestage toename maar sinds het voorjaar van 2008 heeft het aantal cliënten een verontrustende vlucht genomen. Op 31/12/08 telden we 63 cliënten in de centrale verstrekking en 37 gingen voor hun medicatie naar de apotheker. Met een personeelsbestand van 2,5 fulltimers is de situatie niet meer houdbaar. Het is dweilen met de kraan open. Een kwaliteitsvolle hulpverlening schiet er aan over. We zijn vragende partij naar deskundige personeelsuitbreiding.

Recent stelden we vast dat i.v.m. huisvesting onze cliënten erg onwetend zijn over het aanbod, hun mogelijkheden en hun rechten. Door een systematische bevraging hebben wij kennis over hun woonsituatie verworven en informatie kunnen doorgeven. Wij leerden veel bij en we zetten een stap in de goeie richting. Al moeten we natuurlijk de vinger aan de pols blijven

houden. De mensen waar we mee werken staan onderaan de ladder. Een degelijke woning, adequate gezondheidszorg, respect voor de persoon, een basisinkomen zijn basale rechten, ook voor mensen met een verslavingprobleem.

Als Hasselt dan al de hoofdstad van de smaak is, is ze in ieder geval in Limburg dé hoofdstad. Dus ook de stad met het grootste aanbod. Op elk gebied. Pro en contra's houden zich in evenwicht. Als dat evenwicht tijdelijk verstoord is, komt dat op termijn weer goed. Dat is een wetmatigheid. Hasselt groeit en bloeit. Zowel commercieel als cultureel. Hasselt is een stad die vooruit kijkt en die initiatief durft nemen. Op het gebied van de gezondheidszorg moet dat ook zo zijn. Als nú de vraag naar 'zorg' groter is dan het aanbod, zal en moet dat op termijn ook in evenwicht komen. Dat komt iedereen ten goede. We zien Hasselt grootschaliger worden, we zien Hasselt grootstadallures krijgen en dat zien we zowel van 'boven' als van 'beneden'. De snelheid waarmee beide polen groeien is misschien niet recht evenredig. Wij, met een goed oog op die onderkant, houden de vinger aan de pols en we roepen als dat nodig is. Eerlijk is eerlijk.

Het MSOC-team

Aanbod naar jongeren vanuit de CAD vzw

Problemen met middelen treffen nooit alleen de gebruiker. Mensen leven niet in een sociaal vacuüm. A fortiori jongeren niet. Of de ouders nu bezorgd op de achtergrond afwachten of prominent op de voorgrond staan met al hun vragen, als CAD willen wij uitdrukkelijk steeds weer de ouders betrekken in de begeleiding van gebruikende jongeren.

Verbinden lijkt ons een kerntaak in de hulpverlening. Zeker als het gaat over jongeren op de drempel van volwassenheid is contact herstellen of bewaren tussen ouder(s) en kind o zo belangrijk.

Visie

De adolescentiefase is de leeftijdsfase tussen 12 en 22 jaar. (Marcoen, 1993) Deze fase duurt langer dan de voor de hand liggende leeftijd van 18 jaar omdat de schoolloopbaan vaak langer duurt en jongeren vaak langer thuis wonen. De adolescent staat voor heel wat ontwikkelingsstaken die grote veranderingen met zich meebrengen. Het eindresultaat is dat de jongvolwassene een eigenidentiteit ontwikkelt, het gezin van oorsprong verlaat en een plaats en rol in de samenleving vindt.

Adolescenten met een problematisch druggebruik stagneren in hun ontwikkeling. (Ansoms, 2003) Langdurig druggebruik kan de jongere belemmeren in zijn groeiproces naar volwassenheid (Kaufmann, 1979). Adolescenten met een problematisch druggebruik blijven soms 'steken' in deze overgangperiode naar volwassenheid.

Adolescenten en jong volwassenen experimenteren meer met producten en middelen in vergelijking met ouderen. (Kaufmann, 1979). Hoewel het correct is dat jongeren vaak met middelen experimenteren, is het ook zo dat veruit de meerderheid van de experimenterende jongeren er in slaagt om hier in de loop van hun verdere ontwikkeling geen nadelige gevolgen van te hebben. Meestal wordt er verminderd en uiteindelijk gestopt.

Verhoudingsgewijs kennen jongeren als groep een hogere incidentie van alcohol – en drugproblemen. (Dom & Bogaerts, 2004). Problemen met het gebruik van psychofarmaca beginnen vaak tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid (Wagner e.a., 2002). Een belangrijke observatie toont dat een vroege start van middelengebruik voorspellend is op latere leeftijd voor een hogere ernst van verslaving en gerelateerde morbiditeit en het gebruik van verschillende producten (polytoxicomanie). Hoe vroeger men met gebruik begint, hoe hoger het risico op latere problemen. (Taioli & Wynder, 1991; Anthony & Petronis, 1995).

Hoewel adolescenten een kwetsbare groep vormen, is het een minderheid die de drempel overschrijdt en verder evolueert naar problematisch gebruik en later mogelijks naar verslaving.

De factoren die bepalen wie de drempel zal overschrijden en wie niet zijn complex en multipel. Deze factoren bepalen de uiteindelijke kwetsbaarheid (of bescherming) tegen het ontwikkelen van middelenproblemen. Binnen de drughulpverlening wordt er vaak gesproken over risico – en protectieve factoren of de drie M's : middel (producten) – milieu (context) en mens (het individu).

Op individueel niveau kan men verschillende domeinen weerhouden waarop jongeren al dan niet een zekere kwetsbaarheid ontwikkelen om met middelen in de problemen te komen.

Zo spelen genetische factoren een rol bij verslavingsprocessen. Wat betreft illegale drugproblemen zijn er in toenemende mate argumenten die erop wijzen dat genetische belasting een belangrijke rol speelt. (Chatlos, 1996) Onderzoek naar genetica van alcoholproblemen staat momenteel verder dan wat betreft drugproblemen. Verschillende genen (verspreid over verschillende chromosomen) blijken een rol te spelen bij kwetsbaarheid voor

alcoholisme. Belangrijk is echter te beseffen dat het hebben van een zekere genetische kwetsbaarheid niet voldoende is om alcoholisme te ontwikkelen. Aanwezigheid van andere kwetsbaarheidsfactoren zijn hiervoor noodzakelijk.

Ook temperament en karakter van de jongere is een voorspellende factor. In toenemende mate toont onderzoek dat kinderen die in hoge mate externaliserend gedrag en gedragsstoornissen vertonen, later een verhoogd risico lopen om tijdens de adolescentie middelen te gaan gebruiken en misbruiken. (Tarter e.a., 2004)

Jongeren die kampen met een psychiatrische aandoening (al dan niet in ontwikkeling) blijken erg kwetsbaar wat betreft middelengebruik en daaraan verbonden problemen. Omgekeerd blijken ook dat heel wat jongeren die kampen met middelenproblemen onderliggend een bijkomende psychiatrische stoornis te hebben (Riggs, 2003).

Binnen het milieu van de jongere zijn er heel wat contexten waar we rekening moeten mee houden. De school, de vriendengroep, het gezin van herkomst en de familie zijn belangrijke factoren in het leven en de ontwikkeling van de jongere.

Het kunnen terugvallen op een ondersteunend sociaal netwerk en aansluiting vinden bij een 'peer' groep die als cultuur drugs uitsluit kunnen beschermend werken. (Soyez, 2005)

De invloed van de vriendengroep wordt vanaf de adolescentieperiode steeds groter en het is binnen deze groep dat jongeren gaan experimenteren en grenzen verleggen. Factoren als groepsdruk, zichzelf willen bewijzen, omgaan met het andere geslacht hebben soms een rol in het ontstaan van problematisch druggebruik.

De gezinssituatie en de socialisatieprocessen binnen het gezin spelen een belangrijke rol in het ontwikkelen van gewoontegedrag. (Van Reybrouck & Coillie, 1996) Het voorbeeldgedrag van (groot) ouders neemt hierin een centrale plaats. Opvoedingsvaardigheden van ouders en de gezinscultuur hebben een belangrijke invloed. (Patterson, 1992).

Veruit de meerderheid van de jongeren die zich aanmelden voor hulpverlening doen dit niet uit vrije wil. Vaak komen ze bij ons terecht onder druk van het milieu, zoals ouders, school, jeugdzorg, politie en andere. Motivatie en motivatiebevordering zijn sleutelementen in de behandeling van adolescenten met middelenproblemen.

Tijdens de behandeling moeten we dus rekening houden met een veelheid aan factoren. Zowel individuele als contextuele factoren moeten aan bod komen. Best kan er op de verschillende terreinen gelijktijdig interventies worden gepland. Om deze interventies op de verschillende terreinen te kunnen doen, is er nood aan een goed gestructureerd (net) –werkoverleg.

Een belangrijk onderdeel van zo'n netwerk vormen de ouders en/of opvoeders. Intensieve samenwerking van en met de ouders is een essentiële voorwaarde om verandering te verkrijgen en te behouden.

Vroeginterventie naar jonge druggebruikers

“Toen vond ik het nogal overdreven, die reacties. Op weg naar school reed ik met de fiets zonder handen aan het stuur. Niks gevaarlijk aan, ik kon dat immers goed. Aan het dorpsplein stond een politieagent die me aansprak. Verboden door de wet en bovendien heel gevaarlijk. Hij zou het hierbij niet laten! Tot overmaat van ramp sprak de leraar, die dit tafereel gezien had me aan. Of ik wel goed wist waar ik mee bezig was en hij zou mijn ouders aanspreken. Wat hij door middel van een telefoontje tijdens de middagpauze ook gedaan heeft. Spaans benauwd kreeg ik het toen die avond het autootje van de politie thuis voor de deur stond. Ik had een fout gemaakt er daar volgde een reactie op. Met mijn vader werd afgesproken dat hij voor een alternatieve straf zou zorgen...”

Gezien de ernst van de feiten werd bovenstaande getuigenis anoniem geregistreerd. Maar ze geeft wel aan waar we met het vroeginterventieproject echt naar toe willen. Zo vroeg mogelijk een zinvol signaal geven aan jonge-

ren van wie we weten dat ze met alcohol of andere drugs omgaan op een manier die risico's kan inhouden. Naargelang de bron verschillen cijfers wel enkele procenten, maar wijzen in dezelfde richting. Bij de RAR (Rapid Assessment and Response) ter voorbereiding van het project consulteerden we de Espad-studie, het Vlaams rapport leerlingenbevraging van de VAD en het Limburgs Scholenonderzoek naar Middelengebruik. Het zou ons in dit kader te ver leiden om de cijfers over te nemen. Vast staat wel dat een aantal jongeren op te jonge leeftijd risicovol omgaan met alcohol en dat met name het cannabisgebruik bij zowat 20% van de 16 tot 18 jarigen zorgen oproept.

Niet zozeer bij diegenen 'die zonder handen rijden', maar wel bij ouders, leerkrachten, politiediensten die er getuige van zijn.

Met het vroeginterventieproject willen we, gebaseerd op ervaringen en evaluatiestudies uit binnen- en buitenland iets doen met de 'overtreders' en met de signalen van zij die zich zorgen maken of op zijn minst vragen stellen. Let wel, het gaat niet om vroegtijdige hulpverlening en afhankelijkheid van een middel is een exclusie criterium voor vroeginterventie! Uit het aantal verwijzingen en de frequentie van de sessies (1 groep per maand) kunnen we afleiden dan dit aanbod inspeelt op een reële behoefte. Een behoefte die reeds lang bestond, maar vaak onbeantwoord bleef of een reactie kreeg die zowat alle partijen frustreerde. Jongeren vinden de reacties (een verwijzing naar de hulpverlening) nogal overdreven, verwijzers hebben moeite met enige relativering en verwachten behandeling of straf.

Met de steun van de Vlaamse Overheid, de Europese Gemeenschap (Fred goes Net) en in samenwerking met VAD en Katarsis hebben we in 2008 het project vroeginterventie gestalte gegeven in Limburg.

We richten ons tot jongeren van 14 tot 21 jaar en hun ouders of verwijzers. Zij worden omwille van signalen van experimenteel of risicovol (niet verslaafd) gebruik verwezen door politie, school, ouders, werkgever. Het gaat om gebruikers van illegale drugs (niet heroïne) en alcohol. Na verwijzing nodigen we de jongeren en hun ouders uit voor een eerste gesprek op basis waarvan aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria deelname aan de groep al dan niet geadviseerd wordt. Indien de ernst van het pro-

bleem dit vereist zal een individueel zorgtraject uitgestippeld en aangeboden worden.



Inhoud van de cursus

- Effecten en risico's van de verschillende producten
- Wettelijk kader
- Zelfevaluatie : hoe riskant is je gebruik?
- Voor- en nadelen van eigen gebruik
- Invloed van gebruik op de omgeving
- Hoe verminder of stop ik gebruik?

Praktisch

- Vooraf kennismakingsgesprek, achteraf evaluatie
- 3 sessies van 3 uur
- Certificaat voor de deelnemers
- Beroepsgeheim en vertrouwen

Betrapt worden met alcohol- of druggebruik kan niet zonder gevolgen blijven. We proberen deze gevolgen te beperken en verdere problemen te voorkomen. In 2008 werd vooral geïnvesteerd in netwerkontwikkeling en sensibilisering van potentiële doorverwijzers. In oktober en november vonden de eerste sessies plaats en werd een train-de-trainer georganiseerd om een equipe klaar te stomen voor de komende groepen. Een evaluatie-

studie, die ook nog over 2009 loopt is in handen van het onderzoeksbureau Fogs uit Keulen in het kader van het Europese Fred Goes Net Project. Het huidige curriculum is immers gebaseerd op eerdere bevindingen in Duitsland. Opmerkelijk hierin is o.a het feit dat 70% van de deelnemers leeftijdsgenoten zou aanraden deel te nemen, ondanks het vaak negatieve gevoel bij verwijzing. Daarnaast stelt men vast dat in tegenstelling tot een verwijzing naar het reguliere aanbod die gemiddeld 7 jaar na eerste gebruik plaats zal vinden, dit bij vroeginterventie gemiddeld 3 jaar na het eerste gebruik is. Volgens deze Duitse studie stopt 15 % na betrapping, louter en alleen omwille van de betrapping. Zij houden vanaf dan 'de handen aan het stuur'. Voor 6% is deelname aan de groepen een aanzet om op zoek te gaan naar een hulpverleningstraject. Bij 67 % wijzigt de attitude ten overstaan van het eigen gebruik in positieve zin. 5% wordt echter binnen de 6 maanden opnieuw betrapt.

Op basis van deze cijfers en ook op basis van de eigen ervaringen en de feedback van deelnemers en verwijzers achten wij het noodzakelijk dit aanbod ook in de toekomst verder te zetten. Al baart de tijdelijke projectfinanciering en het gebrek aan perspectief op langere termijn zeker zorgen.

Wie zonder handen blijft fietsen, kan immers lelijk vallen...

Jongerenteam

Binnen het behandelingsmodel van het jongerenteam komen de jongere en zijn ouders gelijktijdig op afspraak. De begeleiding bestaat uit vier gesprekken. De eerste drie gesprekken worden opgesplitst: de jongere en de ouders worden door een verschillende begeleider gezien. Het vierde gesprek is gezamenlijk. Nadien is er eventueel follow-up of een doorverwijzing mogelijk.

Jongeren, waarvan de ouders of voogden nog voldoende betrokken zijn in de opvoeding om aan de slag te kunnen gaan, komen in aanmerking. Er is

geen bovengrens van 18 jaar. Er moeten binnen het gezin voldoende krachten gemobiliseerd kunnen worden. Contact tussen ouders en jongere is een minimumvoorwaarde.

Bij ernstige persoonlijkheids- en/of psychiatrische problematieken, waarbij het werken vanuit een ontwikkelingsmodel te beperkend is, kan gekozen worden voor een ander behandelingsmodel of een aanpassing ervan.

Tijdens de individuele gesprekken met de jongere, trachten we een analyse te maken van het gebruik en andere mogelijke probleemgebieden.

In welke fase situeert het gebruik zich? Welke levensgebieden worden beïnvloed door het gebruik? Wat is de functie van het gebruik? We trachten een motivationeel proces op gang te brengen om het gebruik positief te beïnvloeden.

We brengen ook de individuele en contextuele factoren, die een rol spelen in het gebruik van de jongere, in kaart. Op die manier proberen we een zicht te krijgen op de kwetsbaarheden van de jongere. Kwetsbare factoren van de jongere, worden werkpunten tijdens de gesprekken.

Groot belang wordt gehecht aan de communicatie met de ouders, en de sfeer binnen het gezin. Ouders zijn immers een belangrijke factor om het gedrag van de jongere te kunnen veranderen.

Tijdens de begeleiding van ouders proberen we een evenwicht te vinden tussen het ondersteunen van de ouders zelf, en hen te helpen bij het ondersteunen van hun kinderen.

Ouders zijn een belangrijke bron van informatie. Ze geven ons een zicht op de ontwikkeling en het functioneren van het kind. Daarnaast hebben ouders zelf ook nood aan informatie. We bieden psycho-educatie aan, en informatie over verschillende producten en verschillende stadia van gebruik. We bieden ook pedagogische ondersteuning aan. Samen bekijken we in welke mate de ouders invloed kunnen hebben op hun kind. Dit is echter maar mogelijk wanneer er voldoende zelfzorg en nog voldoende

draagkracht aanwezig is. Een vaak verlamme factor is schuldgevoel. Indien nodig trachten we deze factoren positief te beïnvloeden.

Afhankelijk van de hulpvraag en onze probleemanalyse richten we de begeleiding op de communicatie binnen het gezin en/ of de pedagogische aanpak. Doorheen de individuele gesprekken en in het bijzonder tijdens het gezamenlijk gesprek, hebben we hier aandacht voor. We streven naar een nieuw evenwicht binnen het gezin. Net zoals jongeren zijn gezinnen in voortdurende ontwikkeling. Het druggebruik riskeert zowel de ontwikkeling van de jongere als van het gezin lam te leggen. Vanuit het jongerenteam proberen we hier actief stimulerend op in te spelen. Dit betekent dat we onze focus ook sterk richten op de weerbaarheid van jongeren en gezinnen.

Zich verantwoordelijk voelen voor elkaar kan hun relatie mogelijks (terug) betrouwbaar maken. Dit kan door de verschillende partijen hun behoeften te laten vertellen en erover te onderhandelen. Anderzijds wordt dit nieuw evenwicht soms ook verkregen, mede door een pedagogische aanpak door de ouder als opvoeder te versterken in zijn mandaat.

Binnen dit behandelingsconcept wordt gepleit om deze gezamenlijke gesprekken steeds voor te bereiden. Enerzijds tussen cliënt en hulpverlener, en anderzijds op een teamoverleg met de betrokken hulpverleners.

In 2008 werden 37 dossiers op die manier behandeld. Sinds de heropstart van het jongerenteam, eind 2007, merken we intuïtief een verandering op vlak van de aard van de dossiers. Vaker dan voordien melden jongeren zich bij ons aan waarbij er problemen zijn op meerdere levensgebieden, al dan niet gerelateerd aan het druggebruik. Het druggebruik is vaak het verlengstuk van een geschiedenis van gedragsproblemen. Vaker zijn er ook al meerdere diensten betrokken in het hulpverleningsnetwerk. En vaker is er al een hele hulpverleningsgeschiedenis aan vooraf gegaan.

Dit heeft ook een aanpassing gevraagd van onze manier van werken. Contacten met andere diensten, doorverwijzing, follow-up en verlenging van de begeleiding, zijn belangrijker geworden.

In kader van dit laatste wensen we vanuit het jongerenteam in 2009 meer zicht te krijgen op de sociale kaart rond jongeren. Onze doelstelling is ook onze contacten binnen het netwerk te leren kennen alsook de verschillende visies leren kennen. Wij willen tevens overleg hebben over de samenwerkingsmogelijkheden.

Daarnaast willen we onze eigen deskundigheidsbevordering continueren.

Groepsaanbod voor ouders van gebruikers van illegale drugs

Wanneer we ons aanbod naar jongeren toe omschrijven, komen we vanzelfsprekend ook terecht bij het aanbod naar de ouders. Ouders spelen een belangrijke rol in het leven van jongeren, hoezeer ook de relaties soms door het druggebruik vertroebeld zijn. Ouders hebben vaak zelf behoefte aan informatie, hulp, en ondersteuning. Zij kunnen hiervoor afzonderlijk terecht, zelfs wanneer hun zoon of dochter niet in begeleiding wenst te komen. Maar het kan ook in groep en dat blijkt voor velen een echte meerwaarde qua (h)erkenning en inspiratie om nieuwe dingen uit te proberen.

Wie kan in zo'n groep terecht? : alle ouders en personen die een expliciete ouderrol vervullen en waar de vaststelling van druggebruik door hun zoon of dochter effectief is gebeurd. Ook ouders van volwassen gebruikers zijn welkom.

Er wordt de ouders een gespreksforum geboden waar er stilgestaan wordt bij hun ongerustheid, bezorgdheid, geleverde inspanningen, hun lijden, eventuele schuldgevoelens.

Voor sommige ouders is het een gelegenheid uit het isolement te geraken dat ontstond ten gevolge van veroordeling en/of schaamte door/voor de omgeving. Ouders met gebruikende kinderen cijferen zichzelf vaak weg. Tijdens de sessies wordt veel belang gehecht aan zelfzorg: vb. terug meer

aandacht richten op de eigen relatie, de andere gezinsleden, hobby's en het eigen sociaal leven.

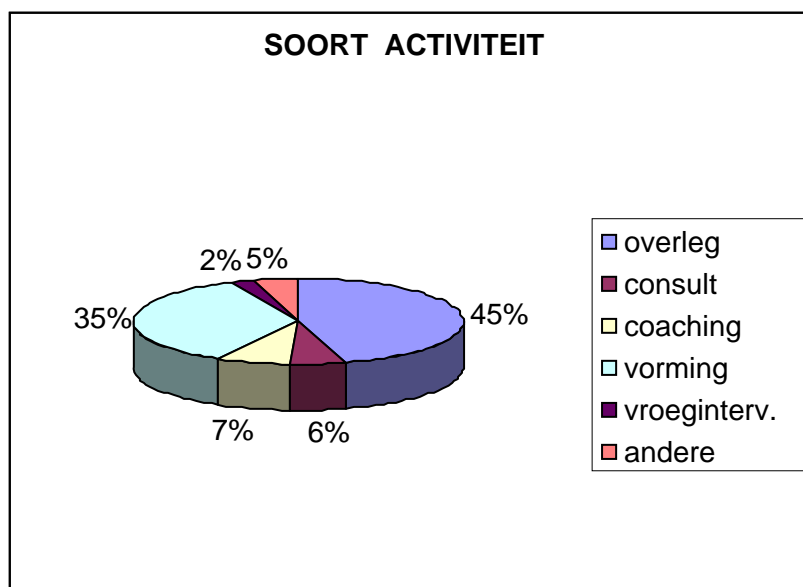
Ouders krijgen objectieve informatie over producten en hun werking, en verwerven inzicht in de dynamiek van problematisch gebruik en verslaving. Er worden handvatten aangereikt om motivatiebevorderend te werken met hun kind, en handvatten om hoe de communicatie met hun kind te verbeteren. Ouders worden aangesproken op de eigen pedagogische kracht en het probleemoplossend vermogen.

Indien gewenst wordt er informatie verschaft over de psychiatrische comorbiditeit of over praktische, sociale informatie zoals vragen gerelateerd aan domicilie en justitie.

Het aanbod omvat een traject van drie chronologisch opeenvolgende modules waarbij ouders telkens de keuze kunnen maken of zij al dan niet deelnemen aan een vervolgmodule. In eerste instantie dienen ouders zich in te schrijven voor een informatiesessie van twee uur. Nadien kunnen zij zich inschrijven voor vier tweewekelijkse sessies van twee uur met interactie rond verscheidene thema's door de deelnemers aangebracht. Er is verder nog de mogelijkheid tot terugkomsessies van 2u om de 6 à 8 weken.

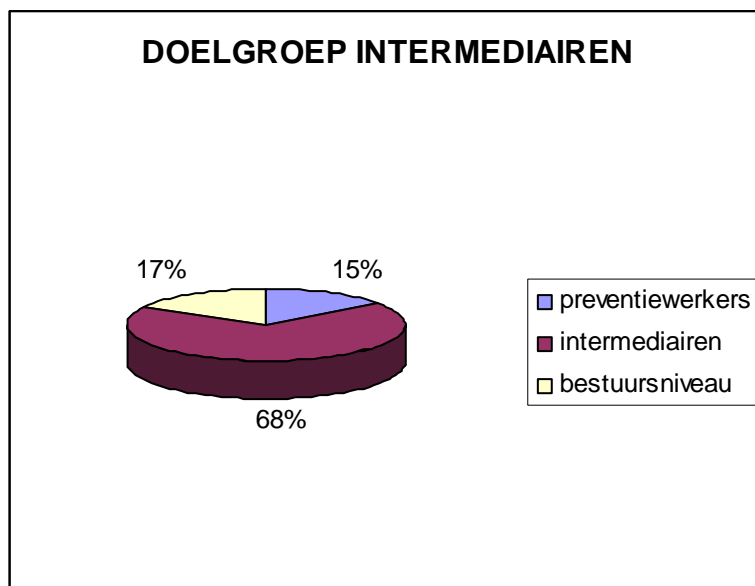
Preventie

In 2008 organiseerde de preventie-equipe van de CAD (waarvan de VGGZ-medewerkers deel uit maken) 1181 activiteiten. De registratie gebeurde met een vernieuwde Ginger (registratieprogramma voor drugpreventieactiviteiten in Vlaanderen), waardoor de vergelijkbaarheid met de cijfers van vorig jaar niet voor alles mogelijk is. Een gedetailleerd overzicht hiervan is ter inzage bij het preventieteam. Al deze activiteiten werden gepland, voorbereid en geëvalueerd in samenwerking met onze partners in de 42 gemeenten waar we actief zijn. Dat "het Limburgs Model", de geïntegreerde aanpak met ondersteuning van lokale besturen werkt, kan blijken uit het feit dat deze 1181 preventieactiviteiten ongeveer één derde uitmaken van alle in Vlaanderen geregistreerde activiteiten!

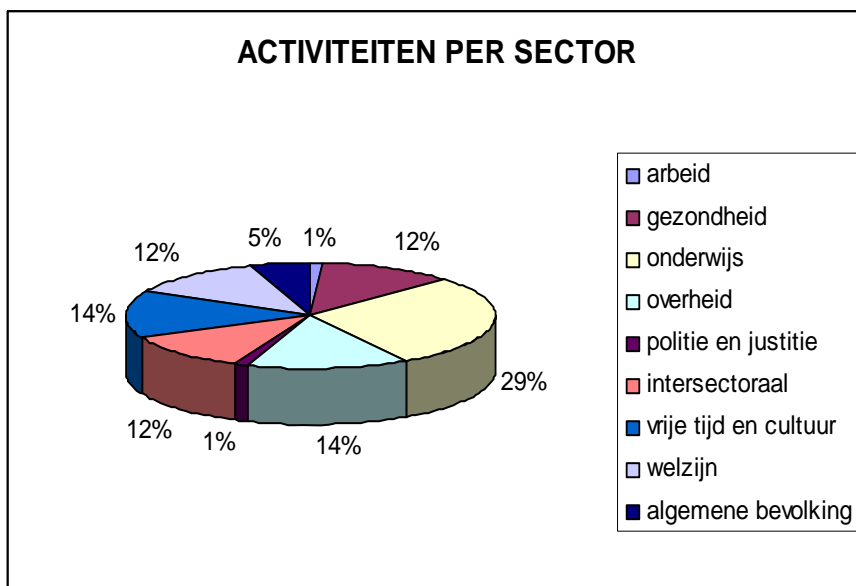


35% van deze preventieactiviteiten zijn vormingen gericht op emancipatie van sleutelfiguren in de diverse maatschappelijke sectoren. Dat is exact het aantal van vorig jaar (we komen van 30% in 2005 en 33% in 2006). Dit wijst op een bevestiging van de eerder gemaakte beleidskeuze van de CAD om te werken conform de criteria voor kwaliteitsvol preventiewerk. We onderstrepen het belang van overleg (45%). 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; 58% in 2006 en 54% in 2007). Dit kan positief geïnterpreteerd worden. Het is namelijk het 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 van de activiteit binnen de actuele context en evaluatie zowel van de activiteit als van de vooropgestelde resultaten. Via overlegmomenten creëren we een groter draagvlak, bepalen we een gemeenschappelijke strategie en beogen we een multiplicatoreffect. Nieuw zijn de gegevens voor coaching (7.3%) en vroeginterventie. Proportioneel ging meer tijd naar dit laatste maar het lage cijfer (2.3%) is te verklaren door het feit dat deze werking pas in het laatste kwartaal werd opgestart.



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 is gestegen tot 70 % van onze activiteiten. 14,7% van de preventieactiviteiten organiseerden we voor preventiewerkers en 17 % voor leidinggevenden van andere organisaties. Dit laatste heeft te maken met de aansturing van een alcohol- en drugbeleid als rode draad in het preventiegebeuren. Het aantal activiteiten voor directe cliëntsysteem is in het afgelopen jaar dan ongeveer gelijk gebleven (30%). Vaak gaat het hier om voorwaardenscheppende activiteiten (met het oog op grotere autonomie op langere termijn) en is dit niet noodzakelijk een negatief gegeven.



Onderwijs, welzijn en vrije tijd krijgen veel aandacht. Eigenlijk blijft de verdeling over de sectoren zeer constant over de laatste 5 jaren. De misvatting als zou drugpreventie alleen iets zijn voor scholen of voor jongeren lijkt ten minste voor een stuk van de baan!

Projecten

Volgende projecten maakten deel uit van het preventiewerk in 2008: Europeers, 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 BU-SO, ambras in de klas...

Wil je hierover bijkomende informatie, weet dan 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, powerpointspresentaties, spellen en video's. Al dit materiaal wordt, met uitzondering van de tijdschriften, uitgeleend. Er is ook een mogelijkheid om op internet info te zoeken.

Aanvragen

In 2008 kregen we 1074 documentatieaanvragen. Van deze 1074 aanvragen kwamen er 315 van buiten de provinciegrens. 194 personen bezochten het documentatiecentrum. Er werden 167 telefonische en 681 schriftelijke aanvragen ingediend. Opvallend aan deze schriftelijke aanvragen is dat 90 % hiervan via mail binnenkwamen. 32 aanvragen verliepen via CAD medewerkers zelf. Het aangevraagde materiaal varieerde van boeken, rapporten, video's, spellen, affiches, brochures, folders, CAD/MSOC info, videoen 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.

Klacht tegen het Straathoekwerk en andere hulpverleners omtrent bendevoering

Straathoekwerkers, hulpverleners, maatschappelijk werkers, enz. hebben steeds het beste voor met de mensen, met wie ze werken. Om al deze inspanningen goed op elkaar af te stemmen is er regelmatig overleg en dan het liefst samen met de gast waar het om draait.

Dat deze goede bedoelingen niet altijd zo ervaren worden door de gasten, mag duidelijk worden uit onderstaande tekst, geschreven vanuit het oogpunt van een gast.

“Al 5 jaren ken ik de straathoekwerker in de regio waar ik woon. Op straat had ik een gesprek met die gast en hij vertelde me dat hij op straat en cafés werkt met druggebruikers.

Natuurlijk hoorde ik tot zijn doelgroep omdat ik vroeger een heroïneverslaving had.

Via het straathoekwerk ben ik in het methadonprogramma van het MSOC geraakt en krijg ik financiële en morele ondersteuning van het OCMW. Af en toe gebruik ik eens wat bij zoals heroïne en/of benzodiazepines. Maar door mijn ziekte ben ik ook verplicht om medicatie (neuroleptica) te slikken. Omdat ik onlangs een serieuze abces had opgelopen, wat verward op straat rondliep en mijn afspraken niet was nagekomen met de verschillende instanties (OCMW, MSOC en de straathoekwerker) zijn deze hulpverleners in paniek geslagen.

Gevolg: de hulpverlener en de dokter van het MSOC hebben me doorverwezen naar de spoedafdeling van het ziekenhuis te Genk i.v.m. mijn ver-

waarloosde toestand en mijn abces. Hier was ik verplicht om mij 5 dagen te laten opnemen in de TEPSI-afdeling.

De casemanager van deze afdeling en 'mijn' straathoekwerker zijn tijdens mijn verblijf in TEPSI op mijn studio gaan kijken en waren verbaasd in welke toestand ik leefde. Braaksel, verrotte etensresten, een vuile matras, vuile kleren op de vieze vloer. Zelfs honderden gebruikte stukken aluminiumfolie vonden ze op de vloer.

Samen met de hulpverlener van het MSOC hebben ze mijn studio een poetsbeurt gegeven. Ik ben hen er dankbaar voor, maar het was niet alleen mijn schuld, hé. Ik vang in mijn kleine studio nog andere drugverslaafden en/of daklozen op. Zij gebruiken ook drugs en/of alcohol in mijn studio. De straathoekwerker wist van mijn opvang van andere lotgenoten. Hij zit steeds te zagen dat de anderen misbruik maken van mijn goedheid en naïviteit.

De medicatie die ik moet nemen voor mijn psychose is niet altijd doeltreffend, heroïne daarentegen wel. Telkens als ik heroïne gebruik verdwijnt mijn psychose. Maar dat willen zij niet snappen, volgens hen kan dat niet. Terwijl ik toch degene ben die merkt dat het wel helpt.

De straathoekwerker zou zich beter bezighouden met die andere thuis- of daklozen en druggebruikers die hij kent. Overal waar straathoekwerkers tewerkgesteld zijn worden er stuurgroepen opgericht en netwerken opgestart. Wat ze jaren geleden uitgevonden hebben is o.a. het Lokaal Cliëntoverleg (L.C.O.). Alles wordt daar op elkaar afgestemd en de cliënt heeft er inspraak.

Onlangs hadden ze een voorstel om een L.C.O. te organiseren rond mij en mijn gedrag. Ik snapte niet waarom, maar ben toch maar gegaan om te luisteren wat ze weer te zeggen hadden.

Die straathoekwerkers hebben contact met zoveel andere druggebruikers, zelfs poligebruikers, en hebben daar hun handen al meer dan mee vol. Dat ze mij met rust laten. Ik ben ziek, vandaar dat ik medicatie en methadon neem en af en toe heroïne erboven op. Soms vergeet ik mijn medicatie te nemen en dan is heroïne mijn enige reddingsmiddel om mijn psychose in te

tomen. Mijn lotgenoten zijn gasten die bovenop hun heroïne ook nog medicatie, cocaïne, benzo's en alcohol gebruiken. Zelfs de jongeren gebruiken tegenwoordig verschillende middelen (speed, benzo's, cannabis en/of alcohol) door mekaar. Dit is allemaal gemakkelijk verkrijgbaar. Op bijna elke hoek van de straat vind je illegale drugs en in de talrijke nachtwinkels en tankstations kan je 's avonds terecht voor je flessen alcohol.

Dat de straathoekwerkers en andere hulpverleners zich daar mee bezig houden.

Een echte bende is het geworden, al die hulpverleners. Na mijn ontslag uit TEPSI werd er direct een L.C.O. georganiseerd waarbij alle bemoeials en ik zelf rond tafel zaten. Ze hebben wel naar mijn verhaal geluisterd en iedereen heeft wat 'water bij de wijn' gedaan. Dus is er (voorlopig) geen sprake van een collocatie. Zij geloven oprecht in mij. Afspraken zijn dat ik me dagelijks aanmeld bij het MSOC voor het methadonprogramma, elke dag bezoek krijg van een verpleegkundige voor de verzorging van mijn abces en een wekelijkse huisbezoek krijg van mijn maatschappelijk werker van het OCMW. Mijn straathoekwerker springt regelmatig binnen en ik kom hem bijna dagelijks tegen op straat of café. Ik weet dat ik op iedereen kan beroep doen in geval van nood of voor een gewoon babbeltje.

Om van hun gezaag en bemoeienissen af te zijn ruim ik mijn studio nu en dan op en neem ik mijn medicatie zoals voorgeschreven. Af en toe gebruik ik wat bij, maar nu let ik op dat ik niet overdrijf. Anders heb ik binnen de kortste keren die hele bende weer op mijn dak."

Straathoekwerk in cijfers

Geslacht	Aantal	%
Man	568	87,65
Vrouw	80	12,35
Totaal	648	100,00

Het blijft een vast gegeven dat straathoekwerk vooral mannen bereikt.

Leeftijd	Aantal	%
< 18 jaar	25	3,86
18 - 20 jaar	63	9,72
21 - 25 jaar	88	13,58
26 - 35 jaar	139	21,45
> 35 jaar	333	51,39
Totaal	648	100,00

Druggebruikers zijn een vrij constante groep. De meeste van deze doelgroep hebben een verslaving waardoor deze problematiek een groot deel van hun leven blijft voortduren. Dit maakt dan ook dat de groep gasten steeds ouder wordt. Er komen nu en dan jongeren bij

maar de ouderen blijven ook de contacten met het straathoekwerk onderhouden.

Inkomen	Aantal	%	
Ziekte	182	28,09	
Werkloos	157	24,23	61,27
OCMW	58	8,95	
Werk	164	25,30	25,30
Geen	26	4,01	4,01
School	50	7,72	7,72
Pensioen	11	1,70	1,70
Totaal	648	100,00	100,00

Ongeveer 60% van de gasten leeft van een vervangingsinkomen. Dit is en blijft ook een jaarlijks terugkomend signaal. De gasten die een invaliditeit verwerven zijn niet zo snel geneigd om deze zekerheid op te geven. Dit zijn

bijna allemaal gasten waarbij we spreken van een poligebruik. Toch is voor deze doelgroep het deel dat werkt (25,3%) nog een vrij grote groep.

Hoofdproduct	Aantal	%
Alcohol	115	17,75
Poligebruik	235	36,27
Heroïne	4	0,62
Amfetamine	9	1,39
Cocaïne	26	4,01
Cannabis	67	10,34
Benzodiazepines	29	4,48
Gokken	15	2,31
Methadon	11	1,70
Geen / onbekend	137	21,14
Totaal	648	100,00

Alcohol wordt als sociaal aanvaarde drug veel gebruikt maar poligebruikers blijven de grootste groep. Poligebruik duidt op minimaal 3 verschillende middelen, meestal zijn het er echter nog meer. Deze gasten hebben meestal een heroïneverslaving, zijn hierover in behandeling via een methadonverstrekking en hebben dan vaak ook nog een bijgebruik van alcohol, benzodiazepines.

Voornaamste contactplaats	Aantal	%
Straat	266	41,05
Café	234	36,11
Sociaal restaurant	55	8,49
Bureel	42	6,48
Gevangenis	7	1,08
Psychiatrische instelling	1	0,15
Therapeutische gemeenschap	2	0,31
Huisbezoek	5	0,77
Telefonisch	4	0,62
Jeugdhuis / Buurthuis	32	4,94
Totaal	648	100,00

De meeste gasten worden op straat en op café bereikt. Dit ondanks het feit dat er minder klachten komen van overlast op straat door druggebruikers. De gasten hangen niet meer allemaal in groep rond, maar eerder verspreid en op verschillende momenten.

Levensdomeinen	Aantal	%
Drugs	798	17,44
Wonen	452	9,88
Vrije tijd	349	7,63
Socio-emotioneel	1228	26,84
Administratief	249	5,44
School	65	1,42
Werk	385	8,41
Psychisch	116	2,53
Medisch	151	3,30
Justitie	148	3,23
Financieel	334	7,30
Preventie en info (spuitenruil, condooms)	109	2,38
Samenleving	70	1,53
Opvoeding	34	0,74
Relaties	88	1,92
Totaal	4576	100,00

Druggebruik, wonen, tijdsbesteding, werk, administratie en het financiële zijn de voornaamste levensdomeinen die de gasten ter sprake brengen.

Het thema wonen gaat tegenwoordig niet meer zozeer over het vinden van een woning als wel over het betalen van alle kosten en leefbaar houden van de woning. Dit is dan ook een belangrijk aandachtspunt naar het volgende jaar.

Veel gasten hebben weinig scholing gehad en vinden hun weg daarom niet in de hele administratieve rompslomp. Ook hiervoor kloppen ze vaak bij het straathoekwerk aan.

Het financiële blijft ook steeds terugkomen. Het is voor gasten vaak moeilijk om te leven van hun kleine vervangingsinkomen. Als je het echter met hen hebt over de mogelijkheid om het vervangingsinkomen op te geven en te gaan werken, haken ze af. De reden hiervoor is vaak dat ze met een hele schuldenberg zitten. Als ze dan meer verdienen worden de schulden afbetaald, maar hebben ze naar hun gevoel nog niets meer.

Socio-emotionele problemen komen ook vaak voor. Als straathoekwerker proberen we tijd te maken om te luisteren. Gasten kunnen dan hun frustraties, gevoelens, dromen kwijt. Op andere diensten zit men vaak met tijds-kort waardoor dit stuk meestal weg valt. Privé zijn de mensen waarmee we werken vaak eenzaam zodat ze met deze beslommingen nergens terecht kunnen. Ook de problemen die ze ervaren in hun relaties met anderen vallen onder dit levensdomein.

Samenwerkingsverbanden	Aantal	%
CAD / MSOC	785	37,76
OCMW	300	14,43
Stad / gemeente	124	5,96
Justitie	163	7,84
Nood / Crisisopvang	129	6,20
Jeugd / Buurtwerk	64	3,08
LISS / VLASTROW	47	2,26
CGG	33	1,59
Huisarts / Psychiater	120	5,77
Diensten i.v.m. huisvesting	73	3,51
Diensten i.v.m. tewerkstelling	84	4,04
VZW i.v.m. goede doelen	85	4,09
Residentiële instellingen	60	2,89
Andere	12	0,58
Totaal	2079	100,00

De CAD en het OCMW zijn de voornaamste samenwerkingspartners. Dit omdat deze ook bijna altijd betrokken zijn bij een lokaal cliëntoverleg (LCO).

Daarnaast zijn collega straathoekwerkers belangrijke partners. Als we vragen van gasten krijgen of in situaties komen waarin we het even niet meer weten, zijn zij de eersten aan wie we op ons wekelijkse team om raad vragen.

Adressen

CAD Limburg vzw
Luikersteenweg 134
3500 Hasselt
Tel. 011/27 42 98
Fax 011/27 53 68

MSOC
Weg naar As 54 bus 12
3600 Genk
Tel. 089/32 97 72
Fax 089/32 97 73

PREVENTIE
Weg naar As 54 bus 12
3600 Genk
Tel. 089/32 97 75
Fax 089/32 97 73

STRAATHOEKWERK
Weg naar As 54 bus 12
3600 Genk
Tel. 089/32 97 72
Fax 089/32 97 73

REGIONALE ANTENNES

Laan op Vurten 57
3581 Beringen-Beverlo
Tel. 011/45 10 69

Kerkstraat 5
3910 Neerpelt
Tel. 011/64 78 11
Fax 011/80 68 12

Sint-Willibrordusplein 4
3550 Heusden-Zolder
Tel. 011/45 61 57

Halmaalweg 2
3800 Sint-Truiden
Tel. 011/67 30 40

Pastorijstraat 7 bus 2
3620 Lanaken
Tel. 089/71 16 04

Henisstraat 17
3700 Tongeren
Tel. 012/39 43 80

Oude Baan 207
3630 Maasmechelen
Tel. 089/77 87 20
Fax 089/77 87 01

Website www.cadlimburg.be
E-mail info@cadlimburg.be

