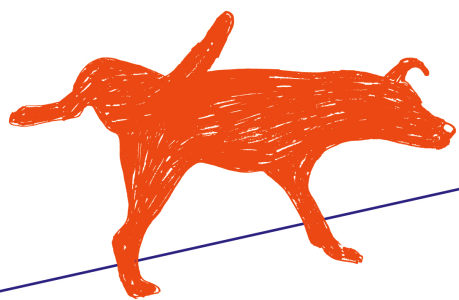


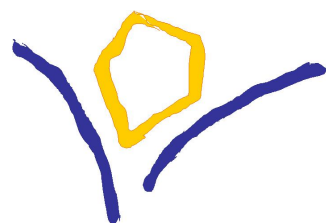


# SCHIEVE NIOUZ

**Deze krant is geen banaliteit!**  
**Het gaat over geestelijke gezondheid!**

Verantwoordelijke uitgever: Luc Detavernier, Directeur van de BPGG  
Verenigingstraat 15, 1000 Brussel  
ISSN: 2684-4206 (per kwartaal)

**Alles over de GGZ in  
Brussel met een klik:**  
[www.geestelijkegezondheid.brussels](http://www.geestelijkegezondheid.brussels)



Brussels Platform  
Geestelijke Gezondheid  
[www.platformbxl.brussels](http://www.platformbxl.brussels)



PB- PP  
BELGIE - BELGIQUE

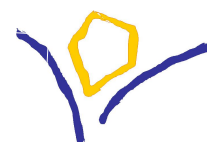
Bruxelles X  
P926503



## Ons centrale dossier: Verslavingen en de geestelijke gezondheid

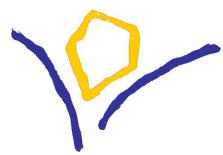
### Inhoud

|         |                                                                                                       |         |                                                                                              |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Blz 2:  | Woord van de directeur,<br>Column,<br>Erratum,<br>Gedichten                                           | Blz 11: | DUNE VZW: zorg door<br>emancipatie                                                           |
| Blz 3:  | <u>Centrale Dossier:</u><br>Verslavingen en de geestelijke<br>gezondheid: Inleiding,                  | Blz 12: | vzw Le Pélican                                                                               |
| Blz 4:  | De Brusselse Federatie van<br>Instellingen voor<br>drugsverslaafden (FEDITO BXL),<br>Decriminalisatie | Blz 14: | Fonds des Affections<br>Respiratoires - FARES vzw,<br>Infor-Drogues vzw                      |
| Blz 5:  | Het dagcentrum L'Orée                                                                                 | Blz 15: | Modus Vivendi vzw                                                                            |
| Blz 8:  | Projet Lama vzw                                                                                       | Blz 16: | Transit vzw                                                                                  |
| Blz 9:  | Sammy getuigt                                                                                         | Blz 17: | <u>Plekken in Brussel 7: GATE</u> , de<br>laag-risico consumptieruimte van<br>de vzw Transit |
| Blz 10: | CATS - Het Opvang- en<br>Behandelcentrum Solbosch                                                     | Blz 18: | Open forum: Winnie the Pooh                                                                  |
|         |                                                                                                       | Blz 19: | <b>Aktueel: «Patiëntenrechten» :</b><br><b>20 jaar wetgeving</b>                             |
|         |                                                                                                       | Blz 20: | Ours/Colofon                                                                                 |





# Le mot du directeur



« De schoonheid en nobelheid van elk van de zorgberoepen ligt in de menselijke maat die in de dagelijkse praktijk van de zorg wordt geïnjecteerd. »

**Walter Hesbeen**  
« Humanisme soignant, Un art singulier », Elsevier Masson SAS, 2017, p. 45.

Graag wil ik enkele woorden van erkentelijkheid richten tot al diegenen die in de verslavingszorg dagelijks het idee verdedigen dat ieder mens moet worden beschouwd als een persoon vol hulpbronnen. Verslavingsproblemen zijn complex en u gaat op zoek naar de rijkdom die in elk van uw patiënten schuilt, om hen te begeleiden op deze weg van herstel, re-integratie of in de begeleiding van wat zij te beleven hebben. Bernard Kouchner, voormalig Frans minister van Volksgezondheid, schreef: "Drugverslaving is geëvolueerd, maar de behoefte aan menselijkheid is intact gebleven". Laten we samen strijden tegen de uitsluiting waarvan druggebruikers nog te vaak het slachtoffer zijn. Er worden veel inspanningen geleverd om de risico's van problematisch en schadelijk gebruik beter te begrijpen, beter te behandelen, beter te ondersteunen en dus te verminderen. Er worden zeer concrete maatregelen genomen, zoals de recente oprichting van een ruimte voor laagrisico-verbruik in Brussel en de oprichting van mobiele teams die mensen die hulp nodig hebben in hun woonomgeving gaan opzoeken. Laten we blijven kijken naar de drugsgebruiker als één persoon die een actieve rol speelt in zijn of haar eigen leven. Laten we de gebruiker zijn deel van de waardigheid geven.

Luc Detavernier

# Column



Een van de fundamentele, om niet te zeggen de belangrijkste plicht van een moderne, democratische staat is de bescherming van zijn bevolking. Deze bescherming speelt zich af op verschillende niveaus. Om te beginnen zijn er de gevaren die van buitenaf komen. Deze worden verlicht door een gewapende macht. Ten tweede zijn er de interne gevaren. Maar bij deze vormen van gevaar vergeten we vaak het gevaar dat iemand voor zichzelf kan betekenen. Zo was zelfmoord in sommige landen verboden en, als de suïcidale persoon faalde, bestraft met gevangenisstraf...

Een ander gevaar dat iemand voor zichzelf kan betekenen is zijn consumptie van gifstoffen. Het voorvoegsel "toxico-" in verslaving betekent precies dat. De etymologie vertelt ons dat [toxikón] "gif (voor pijlpunten)" betekent.

Hoewel het gebruik van giftige stoffen als alcohol of nicotine lange tijd om culturele of fiscale redenen werd getolereerd of zelfs aangemoedigd, werden andere stoffen door de samenleving verbannen. Dit zijn de zogenaamde "drugs" of "narcotica". Cannabis, cocaïne, LSD, ecstasy of MDMA (en alle andere amfetaminen) en vele andere behoren tot de giftige stoffen die mensen gebruiken om zich "anders" te voelen of om activiteiten op een andere manier te ervaren. Ik denk aan het fenomeen "chemsex".

Maar! Ofschoon het begrijpelijk is dat een staat zijn burgers tegen zichzelf wil beschermen, zijn een aantal waarden en omstandigheden veranderd. In de Verklaring van de Rechten van de Mens staat bijvoorbeeld dat "de wet het recht heeft alleen handelingen te verdedigen die schadelijk zijn voor de samenleving". Het gebruik van deze stoffen is echter niet direct schadelijk voor de samenleving. Natuurlijk zullen de nawerkingen van (overmatig) gebruik vaak leiden tot kosten voor de samenleving. Maar hier kan worden geargumenteed dat niet alle drugsgebruik een probleem veroorzaakt voor de gebruiker, noch voor de maatschappij. Wie heeft er tegenwoordig niet een paar joints gerookt in zijn leven zonder gevolgen? Om nog maar te zwijgen van de dubbele moraal die alcohol en tabak in dit geval vertegenwoordigen. Beiden richten een ravage aan op ons sociale zekerheid systeem.

Zoals u ziet, hebben we het in dit nummer over geestelijke gezondheid in relatie tot verslavingen. Het is een zeer breed onderwerp met meningen en filosofieën die een bijna even breed spectrum bestrijken. FEDITO BXL, de Brusselse Federatie van Instellingen voor Verslaafden, diende als gids bij onze zoektocht naar informatie op een gebied dat ons weinig bekend was en dat wij graag bekend willen maken bij het publiek. We hebben veel gepassioneerde mensen ontmoet met interessante en relevante meningen.

Wegens de relatieve lengte van het hoofddossier hebben wij besloten in dit nummer geen tweede dossier te presenteren. Maar één "hot topic" mag hier niet ontbreken: Het is de twintigste verjaardag van de wet op patiëntenrechten!

Naast deze thema's bieden wij u zoals altijd nieuws, een opiniestuk over Winnie the Pooh en een artikel over een plaats in Brussel.

Wij wensen u veel leesplezier met dit nummer,

René Bartholemy  
Voor het redactiecomité

# Terugblik op het vorig nummer



De ene of de andere fout is helaas in een artikel in nummer 7 van Schieve Niouz geslopen. Zo hebben we in het artikel "Presentatie van de Gemeenschappelijke Adviesraad van Senioren van Sint-Jans-Molenbeek (GAO)", de namen van de sprekers verkeerd overgeschreven. Nicole Montasie (NM) zou Nicole Montois worden en Margueritte Mormale (MM) wordt Marguerite Mormal.

Deze laatste was overigens geen voorzitter van de Vereniging van Verpleegkundigen, zoals in het artikel wordt bepaald, maar wel van de vzw Alzheimer België.

Onze oprechte excuses voor het eventuele ongemak dat deze fouten kunnen hebben veroorzaakt.

René Bartholemy voor de Schieve Niouz



## Ik ga op wereldreis

Ik ga op wereldreis,  
en neem mee een tas met fantasie,  
een vleugje nostalgie,  
een fles vol verbeelding,  
en een hart van goud.

Ik neem 't op  
met m'n grote gouden dolk,  
tegen lichtschakeringen  
en zet m'n dolk zo  
dat 't licht zich splitst  
van duivel tot vriend  
omkeringen.

Ik vergeet niets,  
van m'n reis,  
dwing niemand mee te gaan  
bij terugkomst een traan,  
van parelend geluk.

## De kleur van klanken

De kleur van  
klanken in mijn hoofd  
is als een geur  
van oase-groen licht  
bij dorstige overmacht.  
De legioenen van de engelenkracht  
die zich bundelen in mijn hoogste geestelijk goed,  
m'n karakter staalden  
praten met m'n hart.

Mijn hart vroeg mijn gedachten vandaag  
mee te lopen met de wind,  
ooit kom ik die nog wel eens tegen,  
maar als volgt vroeg m'n hart  
het rumoer van m'n denken  
ondergeschikt te maken aan de liefde.

Ik ben de baas,  
zei de liefde toen tegen mij,  
ik laat jou vrij,  
je mag dansen,  
vloeken,

zingen en lachen,  
maar ik heb de macht over leven  
en dood,  
als je honger hebt,  
zal ik zonder pijn eten geven,  
bij woede zal ik je omhelzen,  
bij hoogmoed zal ik je wakker  
maken  
om je leven te herzien,  
als je denkt zal ik je tonen waar je vergissing zit,  
wil je schrijven om te blijven  
geef ik je een geest vol gezellig haardvuur.

Ik geef je eeuwen, of een seconde  
een flits om eraan te wennen,  
wil je gedijen tussen mens, dier,  
cultuur en natuur,  
wil je kort en intens of lang en lustig leven,  
wil je het nu  
of wil je een tweede kans,  
mij maakt 't niet uit,  
ik ben sterker,  
wijzer, zachter,  
ik ben zwak en hard,  
ik ben mooi  
en tooi de meisjes met een wonderlijke pracht,  
maar ik ben jouw baas,  
altijd kom jij op de tweede plaats,  
zilver en goud, een muilkorf  
en een prachti muziekstuk op een instrument uit  
hout.

De keuze is niet aan jou,  
de schuld treft jou niet,  
de twijfel heb je wel in de hand,  
ik ben koning,  
koning van land en lusten,  
ik heb het in me om je te sussen  
of te verontrusten  
identificeer je met mij,  
en je bent vrij.

Liefde.

Deze twee teksten komen uit het boek "Gedichtenbundel Zomaar" van Philippe Decraene en worden hier met zijn vriendelijke toestemming gepubliceerd. Om een exemplaar van dit boek te ontvangen, volstaat het om 18€ te storten op rekening BE26 0635 2807 7129 van Micheline Jonckheere, met de vermelding ZOMAAAR en uw naam en adres.





# Centrale dossier: Verslavingen en de geestelijke gezondheid



## Inleiding

### DEFINITIE

In biomedische zin is verslaving een chronisch terugkerende hersenaandoening, gekenmerkt door het dwangmatig zoeken en gebruiken van drugs. Deze psychopathologie is progressief, met terugvallen, en dringt geleidelijk het hele psychische leven van het individu binnen. Het gaat om een functionele verandering in hersencircuits die betrokken zijn bij beloning, stress, emotie en zelfcontrole, waaronder het dopaminerge systeem dat verbonden is met vele andere neurotransmitters. De veranderingen in de hersenen kunnen lang aanhouden nadat iemand is gestopt met het gebruik van een product, dus onthouding wordt aangeraden. Verslaving verschijnt vaak in de adolescentie of vroege volwassenheid met een geleidelijke ontwikkeling. Het gedrag van het gebruik wordt gehandhaafd ondanks de negatieve gevolgen. De subjectieve ervaring van verlangen, angst of intense opwinding tijdens de voorbereidende activiteit is aanwezig naast een gevoel van controleverlies. Tolerantie leidt ertoe dat de persoon de inname verhoogt om dezelfde effecten te ervaren. Stopzetting wordt gekenmerkt door fysiek en/of psychologisch ongemak. Ten slotte wordt een neiging tot vervanging van andere verslavingen vastgesteld.

### GEVOLGEN

Het gebruik van psychoactieve stoffen is een zeer oud gegeven dat duizenden jaren teruggaat in de geschiedenis van beschavingen. Problematisch verslavingsgedrag vormt tegenwoordig echter een ernstig gezondheids- en sociaal probleem. De meerderheid van de bevolking is er op de een of andere manier bij betrokken, ongeacht of zij al dan niet rechtstreeks contact hebben met een verslaafde. Ze hebben talrijke psychologische en fysieke gevolgen voor de betrokkene en zijn of haar omgeving, alsook een negatieve sociale impact op het gemeenschapsleven. Veel aspecten van het leven worden beïnvloed, zoals gezondheid, politiek, onderwijs, werk en justitie. Ondanks aanzienlijke vooruitgang in onderzoek en zorg in de afgelopen jaren, neemt de verspreiding van verslaving niet zo sterk af als we zouden willen. Acties om dit probleem aan te pakken zijn altijd een uitdaging vanwege de aanzienlijke complexiteit ervan. Ook de

morele oordelen die nog steeds zwaar wegen in de collectieve verbeelding belemmeren het herstelproces van patiënten.

### OORSPRONG

Het bestaan van een verslavende persoonlijkheid is een mythe. Verslaving heeft een multifactoriële oorsprong met een vervlechting van een veelheid van determinanten. Er is een hele biomedische, psychologische, emotionele, familiale, sociale, professionele en spirituele context bij betrokken. Verslaving is het resultaat van een ontmoeting tussen een product of gedrag (verslavende kracht, consumptiepatroon), een individu (aangeboren en/of verworven kwetsbaarheid, genetische aanleg, geassocieerde co-morbiditeiten, enz.) en zijn of haar omgeving (sociale omstandigheden, gemeenschap, beschikbaarheid van producten, enz.) Volgens dit model heeft elke persoon intrinsieke of extrinsieke, beïnvloedbare of niet-veranderbare risico- en beschermende factoren. Volgens dit model heeft elke persoon intrinsieke of extrinsieke risico- en beschermende factoren, die al dan niet manipuleerbaar zijn. Genetische factoren, waaronder epigenetische effecten, kunnen tot de helft van iemands kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van de aandoening verklaren. Deze variëren van een vroeg jeugdtrauma tot het specifieke metabolisme van het geconsumeerde product. De culturele context en de sociale en milieudruk moduleren deze kwetsbaarheid en andere niet-genetische factoren spelen een rol, zoals de psychologische ontwikkeling van de persoon.

### SAMENLEVING EN CULTUUR

Verslaving lijkt ook nauw samen te hangen met de samenleving en de cultuur. Volgens sommige auteurs wordt het "de ziekte van de 21e eeuw", kenmerkend voor de dynamiek en conflicten die onze sociaal-culturele omgeving op zijn grondvesten doen schudden, en voor de verlangens en paradoxen waarin het hedendaagse individu zich bevindt. De geleidelijke verdwijning van de sociale controlemethoden die ons gedrag bepaalden, de neiging tot individualisering en de cultuur van intensiteit, overdaad en onmiddellijkheid zouden leiden tot een vermenigvuldiging van syndromen die verband houden met gebrekkige impulscontrole, waarvan verslavingen een van de facetten zijn. In dezelfde zin suggereren verscheidene auteurs dat het een probleem van aanpassing en levensstijl weerspiegelt, gevormd door externe omstandigheden met kritieke ontwikkelingsperiodes waarin het individu kwetsbaarder is

voor sociale omstandigheden, tijdsdruk en andere sociale omgevingskrachten. Verslaving betreft een zeer groot deel van de bevolking zonder dat het redelijk is om alle personen als ziek te bestempelen, een etiket dat vooral een nuttige functie vervult. Sommige patiënten weigeren deze diagnose, wat vaak een belemmering is voor de huidige biomedische behandeling.

### WAT SOORT VERZORGING?

Nu verslaving steeds meer als een psychische aandoening wordt erkend en de ernst ervan in aanmerking wordt genomen, zijn de beschikbare behandelingsmogelijkheden uitgebreid. Dankzij een beter begrip van de onderliggende neurobiologische mechanismen is de hulp verschoven van een sociaal-gedragmatige benadering naar een medische en farmacologische benadering. Tegenwoordig wordt aanvaard dat de behandeling algemeen en multidisciplinair moet zijn en deel moet uitmaken van een langetermijnzorgtraject. Het hoofddoel is het verslavingsgedrag te stoppen en de roes te onderbreken. De aanbevolen geneesmiddelen zijn gericht op vervanging, een anti-honger effect of een tegenwerkend effect op de geconsumeerde producten. Wat de psychotherapie betreft, zijn motivational interviewing en gedrags- en cognitieve therapieën (CGT) de meest gebruikte van die welke effectief zijn gebleken. Het ziekenhuisverblijf, dat een tijdelijke scheiding van de omgeving biedt, wordt door patiënten en hun familie vaak gezien als een middel tot herstel. Het is echter slechts een fase of een onderbreking om de opbouw of aanpassing van een volgend therapeutisch project mogelijk te maken. Na deze intensieve behandelingsfase is ambulante follow-up het essentiële instrument om de geboekte vooruitgang te behouden en mogelijke terugvallen te voorkomen. Voor sommige auteurs moet het minstens een jaar na de behandeling worden voortgezet om een stevig herstel te garanderen.

### WAARNEMINGEN OVER DE VRAAG NAAR OF HET AANBOD VAN ZORG

- Verzoeken om hulp komen laat en verschijnen tijdens huidige complicaties of tijdens crisistoestanden die vaak door externe dwang worden veroorzaakt. Naar schatting krijgt minder dan één op de acht verslaafden binnen een jaar een adequate behandeling. Deze kloof kan verschillende oorzaken hebben, zoals een gebrek aan motivatie, gevoelens van schaamte of stigmatisering, een geringe behoefte aan behandeling en hulp, een gebrek aan screening en doorverwijzing, of gevoelens van onbereidheid. Mensen zijn geneigd hun vermogen om moeilijkheden te beheersen te overschatten of vrezen een negatief effect van de behandeling op de werkgelegenheid en het risico van financiële onzekerheid. Zorgprogramma's kunnen onvoldoende aansluiten bij de wensen van patiënten, kunnen geografisch te ver weg zijn of te strenge opnameregelingen hebben. Als gevolg daarvan stoppen veel mensen die toegang hebben tot zorg vroegtijdig, tot meer dan de helft van de patiënten, afhankelijk van de gekozen zorginstelling. De factoren die verband houden met vroegtijdige beëindiging van de behandeling lijken meer samen te hangen met de context en de behandeling dan met patiëntkenmerken.
- Biomedische behandelingen die als doeltreffend worden beschouwd, hebben momenteel nog slechts zeer beperkte voordelen, zodat terugval de norm is. De number need to treat (NNT) voor de twee belangrijkste alcoholmedicijnen



(acamprosaat en naltrexone) bedraagt ongeveer 10 per 1 patiënt. Gedrag psychotherapeutische maatregelen hebben bewezen een matig effect te hebben. Ook is de biomedische benadering te zeer geworteld in een primaire doelstelling van geheelonthouding, de enige garantie voor een mogelijke genezing volgens de classificaties. De meeste evaluatieprotocollen voor het meten van het succes van traditionele zorginstrumenten richten zich op consumptie-indicatoren die de neiging hebben andere psychosociale variabelen te negeren of de zorgen en problemen van patiënten onvoldoende weergeven. Zij negeren veel van de wensen en belangen van verslaafden die belangrijk worden geacht voor hun herstel. Het ontbreekt de visie op herstel ook aan een duidelijke definitie. Het kan te vaag zijn (het is wat de patiënt wil) of juist te normatief (het is totale onthouding van alle middelen). De inschatting van deskundigen van wat zij zich voorstellen dat patiënten nodig hebben, verschilt vaak van wat patiënten werkelijk nodig hebben, wat leidt tot verstoringen van de behandeling en een belemmering voor deelname aan de zorg.

- De aanbevelingen voor goede praktijken houden nog geen rekening met de specificiteit van elke patiënt. Ze zijn nog steeds niet gepersonaliseerd en monodisciplinair. De zorg moet echter specifiek zijn voor de toestand van de patiënt en verschillende disciplines en beroepstakken omvatten. Patiëntgerichte geneeskunde en gepersonaliseerde en geïndividualiseerde geneeskunde zouden een belangrijk antwoord kunnen zijn op de noodzaak om de zorg aan te passen aan de vele behoeften van elk individu. Deze strategieën winnen aan populariteit en zijn reeds relevant voor medische specialismen zoals oncologie. Zij pleiten voor een betere selectie van instrumenten die gericht zijn op de individuele kenmerken van de patiënt om de kans op succes te vergroten.

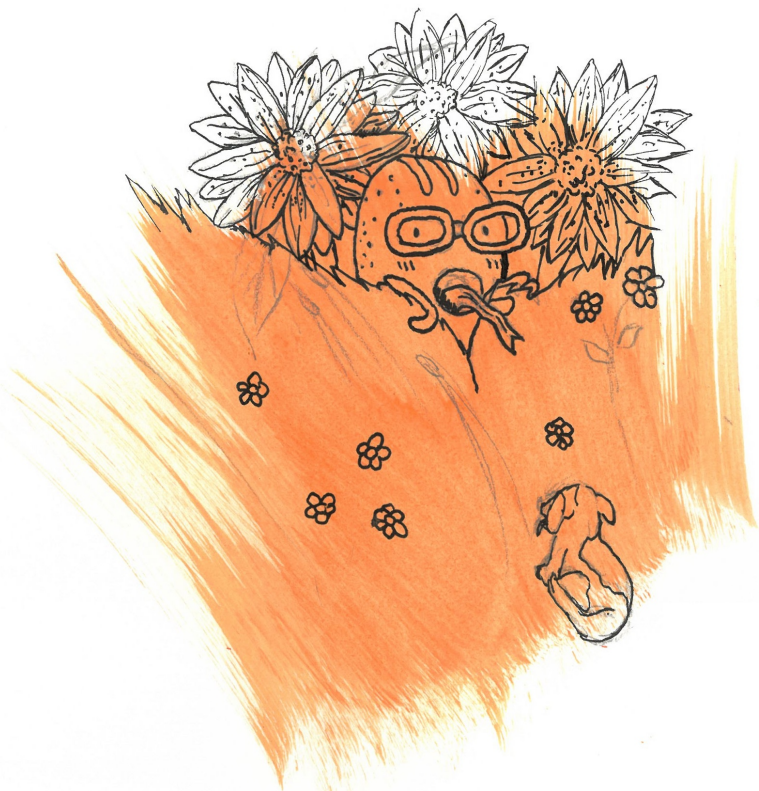


#### Dopaminerge systeem :

Dopamine is een neurotransmitter, een stofje dat in je hersenen signalen doorgeeft van de ene zenuwcel naar de andere. Dopamine wordt aangemaakt door een speciale zenuwcel, de dopaminerge zenuwcel.

#### Epigenetische effecten :

Epigenetica is een wetenschap die helemaal draait om het aan en uitzetten van bepaalde genen met behulp van voeding, zonder dat de onderliggende DNA-structuur veranderd wordt. Door epigenetische veranderingen wordt de functie van een gen anders, zonder dat de DNA-code verandert. Epigenetische veranderingen ontstaan door fysische, chemische of zelfs psychische oorzaken.





## VERSLAVINGEN EN DAARMEE VERBAND HOUDENDE SYMPTOMEN

Patiënten presenteren zich met bijkomende symptomen van depressie en angst die specifieke interventie vereisen. Deze symptomen kunnen deel uitmaken van een dubbele stoornis of niet voldoen aan de volledige diagnostische criteria van een comorbide stoornis. Deze symptomen worden vaak niet volledig aangepakt. Toch hebben ze een negatieve invloed op het functioneren van patiënten en maken ze de kans kleiner dat ze in therapie gaan en reageren op een effectieve behandeling. Deze patiënten zijn minder tevreden over de zorg die zij ontvangen en zij

melden een gebrek aan begrip voor hun behoeften bij de zorgverleners. Omgekeerd lijken zij meer tevreden met een geïntegreerde aanpak die de verschillende stoornissen combineert. Een brede aanpak van de identificatie en behandeling van deze comorbiditeiten is essentieel.

### DEELCONCLUSIE

De therapeutische aanpak moet integraal, gepersonaliseerd, multidisciplinair, patiëntgericht en holistisch op herstel gericht zijn. Elke patiënt is anders, evenals de omstandigheden waarin zijn problemen zich voordoen. Er is geen universele behandeling. De zorg moet gericht zijn op een volledig en

menselijk begrip van de persoon en de omstandigheden van zijn verslaving. Het maakt deel uit van een langdurig therapeutisch proces dat inspeelt op frequente terugvallen en de noodzaak van sociaal-professionele reïntegratie wanneer de gevolgen aanzienlijk zijn. Het omvat een continuïteit van gecoördineerde multisysteeminstrumenten die zijn aangepast aan het stadium, de specifieke kenmerken en de voorkeuren van het individu, opdat de complexe, dynamische en differentiële pathogene factoren die de ontwikkeling van de verslaving beïnvloeden, worden behandeld. De geschiktheid van behandelingen kan worden bevorderd door doelgerichte beoordelingsprocessen, waaronder

kwaliteit van leven. Deze doelstellingen moeten voldoende aantrekkelijk en haalbaar zijn, zodat de patiënt bereid en gemotiveerd is om deel te nemen. Zij moeten beantwoorden aan de wensen van de patiënt, die zich niet noodzakelijk laten leiden door de voorstellen voor consumptiegericht behandelingen.

Dr. Antoine Lagade

[Noot van de redactie: Voor het leesgemak hebben we de referenties weggelaten. Een volledige lijst hiervan kan op verzoek worden toegezonden].

## De Brusselse Federatie van Instellingen voor drugsverslaafden (FEDITO BXL)



De Brusselse Franstalige Federatie van Instellingen voor Drugsverslaafden (FEDITO BXL), die sinds 1987 actief is, verenigt 28 instellingen die zich bezighouden met informatieverstrekking, preventie, schadebeperking, zorg, ondersteuning en epidemiologie in verband met het gebruik van verslavende en andere psychoactieve stoffen.

Naast haar expertise op het gebied van legaal en illegaal drugsgebruik en -verslaving, wordt de Brusselse FEDITO gekenmerkt door de diversiteit van haar leden. De federatie bestaat uit ambulante consultatiediensten, residentiële crisis- en behandelingscentra, informatiediensten voor burgers, gebruikers, gezinnen, maar ook gedetineerden en professionals uit alle sectoren.

FEDITO BXL steunt ook op een netwerk van privé-artsen, een laagdrempelig sociaal en gezondheidscentrum, een sportrevalidatieproject, instellingen die gespecialiseerd zijn in dubbele diagnose (drugsgebruik en psychiatrische stoornissen), programma's voor verslavingspreventie en druggereleerde schadebeperking, enz. De lijst is niet volledig, maar deze verscheidenheid aan projecten maakt het mogelijk het complexe en steeds veranderende verschijnsel van het gebruik en de afhankelijkheid van psychoactieve producten te begrijpen.

### De doelstelling van de Federatie is :

Bekendmaking en erkenning van de behoefte aan en het bestaan van een gespecialiseerde drugs- en verslavingssector en specifieke diensten voor :

- preventie,
- schadebeperking
- zorg en psycho-medico-sociale ondersteuning
- sociale steun en sociaal-professionele integratie
- ondersteuning voor deskundigen
- onderzoek en studie,
- en elke andere dienst van algemeen belang in verband met het gebruik en misbruik van drugs en/of verslavingsgedrag.

Dit verschijnsel is namelijk evoluerend en complex en vraagt om een specifiek en gespecialiseerd antwoord om aan de behoeften van de betrokken personen en de samenleving tegemoet te komen.

- Een geprivilegieerd gesprekspartner van de overheid zijn bij de uitwerking van een beleid inzake sociaal-gezondheid en wetenschappelijk onderzoek.
- Om een bevoorrechte gesprekspartner van de media te zijn.
- Op basis van de ervaring van haar leden pleiten voor een paradigmaverschuiving en een evolutie van het juridisch kader voor het beheer van het drugsprobleem op alle betrokken gebieden (gezondheid, sociaal, economisch, justitie, mensenrechten, enz.

Zij is daartoe gemandateerd door haar aangesloten instellingen.

- Zorgen voor coördinatie en overleg tussen de aangesloten instellingen en diensten en meer in het algemeen met andere dienstensectoren. De federatie bevordert ook de dialoog met onder meer gebruikers, beroepsmensen en het grote publiek.
- Ervoor zorgen dat de aangesloten instellingen over permanente erkennings- en subsidieregelingen beschikken die hun goede werking in het belang van de begunstigde en de werknemers garanderen.

Deze moeten hen met name in staat stellen onmiddellijke zorg te verlenen aan alle personen die daarom verzoeken, ongeacht hun sociaaleconomische situatie, of te voldoen aan de veranderende behoeften van de bevolking op het gebied van voorlichting en preventie.

De organisatie wil zich richten tot alle doelgroepen, in verschillende interventieomgevingen, om een antwoord te verschaffen op alle soorten potentieel verslavend gebruik en gedrag. Dit concept brengt ons ertoe de persoon als geheel te beschouwen. Dit betekent dat wij niet alleen rekening houden met de medische, sociale en psychologische situatie, maar ook met de omgeving en alle factoren die kunnen bijdragen tot het gebruik en misbruik van stoffen en/of verslavingsgedrag.

Dit impliceert de inzet van verschillend aanvullende benaderingen:

- persoon
- met familie en vrienden
- groep
- op de gemeenschap gebaseerd
- online
- ...



De Federatie ondersteunt de ontwikkeling van al deze werkwijzen op verschillende niveaus, via de uitvoering van campagnes voor belangenbehartiging, de organisatie van seminars, de deelname aan en verspreiding van wetenschappelijke studies, de oprichting van werkgroepen over nieuwe onderwerpen of de deelname aan de werkzaamheden van verschillende lokale en internationale netwerken.

Wij hebben met name het plan voor (verkeerd) gebruik van drugs en verslavingsgedrag 2021-2023 gezamenlijk opgesteld. Dit document is een instrument om de werkzaamheden in het veld te sturen, met name door de samenwerking binnen de sector te versterken, maar ook ter attentie van politici. In het perspectief van een "geïntegreerde aanpak" die de huidige Brusselse regering bepleit, vormt het immers ook de bijdrage van de sector "drugs" aan het Geïntegreerd Plan Sociaal-Gezondheidszorg (ISSP) via zijn doelstellingen en acties die gevolgen hebben voor de Brusselse burgers, onze doelgroep, maar ook voor onze praktijken en werknemers in de sociale en gezondheidssector.

Dit jaar 2022 zijn wij medeorganisator van de week "Drugs, verslavingen en samenleving: allen belanghebbenden" en wij nodigen u uit om tussen 26 en 30 september deel te nemen door u online in te schrijven op dit adres:

[drugsandsociety.be](https://drugsandsociety.be)

We kijken uit naar uw komst.

Stéphane Leclercq  
Directeur van FEDITO BXL

## Decriminalisering van de druggebruiker in België: een eenvoudige, noodzakelijke en goedkope maatregel.



Zoals in de meeste landen van de wereld, definieert de Belgische wet een hele reeks middelen, "drugs" genaamd, waarvan het gebruik verboden en onderdrukt is. Dit verbod, dat oorspronkelijk als een volksgezondheidsmaatregel was bedoeld, wordt nu door een groeiend aantal gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers en zelfs door magistraten en politieagenten in twijfel getrokken. Niet alleen slaagt het er niet in zijn doelstellingen

te bereiken, maar het wordt ook bekritiseerd omdat het een hele reeks perverse effecten heeft. Om dit, althans gedeeltelijk, op een eenvoudige manier te verhelpen, zou België een groeiend aantal landen kunnen volgen in het decriminaliseren van drugsgebruik. In België dateert de wet die drugs verbiedt van 1921. Er moet op gewezen worden dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen handelaars en consumenten: zelfs wanneer de bestemming voor persoonlijk gebruik duidelijk is, blijft het bezit verboden, ongeacht de hoeveelheden. Uit

veldonderzoek, zowel in België als elders in de wereld, blijkt dat het verbod en de daaruit voortvloeiende repressie niet het gewenste effect opleveren: zij slagen er niet in het aanbod (stabiele of zelfs dalende prijzen, stabiele of zelfs stijgende kwaliteit, constante en aanzienlijke beschikbaarheid van de producten) en vooral de vraag (het verbruik neemt alleen maar toe) af te remmen. Het lijkt er dus op dat een verbod waarschijnlijk niet de beste manier is om het verbruik te beperken. Dit blijkt ook uit het in de buurlanden gevoerde beleid en de resultaten daarvan<sup>(1)</sup>.

### Wat betekent decriminalisering?

De term "decriminalisering" heeft betrekking op het feit dat de strafrechtelijke aard van een strafbaar feit wordt afgeschaft, waardoor zowel de procedures als de straffen worden verlicht. De wetgever kan besluiten, zoals hij voorheen in België heeft gedaan voor abortus of euthanasie,

om bepaalde handelingen of gedragingen vrij te stellen van strafrechtelijke sancties, eventueel onder bepaalde voorwaarden. Een overtreding kan dus een eenvoudige overtreding worden, of zelfs een toegestane en onbestrafte handeling of gedraging, binnen bepaalde grenzen. De meeste landen die het drugsgebruik hebben gedecriminaliseerd, hebben voor elke stof een hoeveelheid vastgesteld die wordt geacht overeen te komen met persoonlijk gebruik. In geval van bezit van een hoeveelheid drugs boven deze drempel, kan een strafrechtelijke of administratieve sanctie worden gehandhaafd.

### Decriminalisering is geen legalisatie.

Decriminalisering van drugsgebruik heeft alleen betrekking op gedragingen in verband met persoonlijk gebruik: gebruik en bezit van een door de wetgever vastgestelde redelijke hoeveelheid, en soms beperkte zelfkweek van cannabis. Legalisering daarentegen houdt in dat



alle met drugs verband houdende activiteiten, met inbegrip van productie en verkoop, binnen bepaalde grenzen legaal worden, en dit vereist de invoering van een regelgevend systeem voor productie en distributie, alsmede eventueel een staatsnetwerk van productie- en/of distributie-entiteiten, dat vrij complex kan zijn. Daarentegen is decriminalisering een eenvoudige en goedkope wetgevende maatregel (er is "slechts" een wetwijziging voor nodig), maar de voordelen kunnen aanzienlijk zijn.

### Waarom drugsgebruik uit het strafrecht halen?

Momenteel brengt het verbod op drugsgebruik aanzienlijke sociale kosten van uiteenlopende aard met zich mee, die soms hoger liggen dan de kosten die reeds door drugsgebruik worden veroorzaakt, en die zouden kunnen worden vermeden als het drugsgebruik uit het strafrecht zou worden gehaald.

- **Stop met het strafbaar stellen van gedrag dat geen problemen veroorzaakt:** Ongeacht de stof die wordt gebruikt, blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat bijna 90% van de gebruikers een gebruik vertoont dat niet problematisch is en dus minimale maatschappelijke kosten met zich meebrengt. Het is dan ook de vraag waarom dergelijke gebruikers moeten worden vervolgd, behalve op morele gronden, die niet thuishoren in een beleid dat in de eerste plaats op de volksgezondheid is gericht. Voor het merendeel van de gebruikers zou adequate voorlichting over drugs, in combinatie met initiatieven op het gebied van preventie en schadebeperking, voldoende en doeltreffend moeten zijn om problemen te voorkomen.
- **Drugsgebruik en drugsverslaving aanpakken als een volksgezondheidsprobleem in plaats van als een misdrijf:** Als druggebruik een probleem en/of een verslaving wordt, is dat een gezondheidsprobleem, lichamelijk en/of geestelijk. Problematisch drugsgebruik is meestal een symptoom en een gevolg van andere problemen: armoede, uitsluiting, trauma's, persoonlijke problemen, enz. De daaruit voortvloeiende verslaving kan deze problemen nog verergeren en zo leiden tot een drugsverslaving. De verslaving die daarvan het gevolg is, kan deze problemen

nog verergeren, wat leidt tot een neerwaartse spiraal van marginalisering. Door aan dit alles een verbod toe te voegen, met de daarmee gepaard gaande repressie en gestigmatiseerd gedrag, wordt een dubbele straf opgelegd aan mensen die toch al lijden. Hulp- en zorgdiensten bestaan, maar de mensen die ze het meest nodig hebben, nemen er vaak geen contact mee op, juist vanwege dit stigma en de gevoelens van schaamte en schuld die het oproept. In plaats van deze mensen te onderdrukken en te stalken, zou de staat moeten investeren in een echt volksgezondheidsbeleid, dat preventie en schadebeperking omvat - momenteel de armste kringen bij de verdeling van de budgetten voor drugskwesties - alsmede steun en zorg voor degenen die dat nodig hebben.

- **Ontmanteling van politie- en justitiediensten en gevangenissen, en herbestemming van de bespaarde budgetten voor gezondheidsinitiatieven:** De politie heeft soms het gevoel dat zij voor niets werkt wanneer zij voor de zoveelste keer dezelfde consument aanhoudt. De achterstand van zaken is catastrofaal, en elke verlichting is meer dan welkom. Ten slotte zit in onze overvolle gevangenissen momenteel bijna een op de twee gevangenen opgesloten wegens misdrijven die verband houden met de wet van 1921. Deze mensen horen niet thuis in de gevangenis, een instelling die hen maar al te vaak nog verder in de criminaliteit drijft, om nog maar te zwijgen van het strafblad dat hun re-integratie later zal bemoeilijken. Alle middelen die in repressie worden geïnvesteerd, zouden op een nuttiger manier kunnen worden herbestemd voor een volksgezondheidsbeleid.
- **Herstel van de samenhang en de geloofwaardigheid van het recht:** De wet moet geloofwaardig en coherent zijn. Hoe valt het bijvoorbeeld te verklaren dat een stof als alcohol, waarvan de directe en indirecte sociale kosten een veelvoud bedragen van die van alle illegale drugs samen, niet alleen legaal is maar ook commercieel kan worden aangeprezen, terwijl gebruikers van bepaalde objectief minder gevaarlijke stoffen het risico lopen gerechtelijk te worden vervolgd? Veel landen hebben deze stap al gezet.

In verband met de decriminalisering van drugsgebruik wordt vaak het voorbeeld van Portugal aangehaald. In 2001 maakte dit land een draai van 180 graden door het gebruik van alle drugs uit het strafrecht te halen en deze maatregel gepaard te laten gaan met een volksgezondheidsbeleid dat ontmoediging, preventie, schadebeperking en passende zorg omvat. Het succes van dit beleid kan worden afgemeten aan de cijfers over de gezondheid van de gebruikers, die voor de meeste van de indicatoren (overdoses, HIV/HCV-infectie, drugserelateerde sterfgevallen, sociale kosten van drugsgebruik, enz.) Wat minder bekend is, is dat momenteel 30 landen op alle 5 continenten drugsgebruik hebben gedecriminaliseerd, in verschillende mate en volgens verschillende modellen. Dit is een vaak over het hoofd geziene realiteit, die aantoon dat wij reeds ten dele in een post-prohibitionistische wereld leven. Er dient te worden opgemerkt dat deze landen het standpunt van de Verenigde Naties volgen, dat is geëvolueerd en nu aanbeveelt om drugsgebruik en drugsbezit voor persoonlijk gebruik niet langer te bestraffen.

### Wat zijn de gevolgen van decriminalisering?

De voornaamste bezorgdheid in verband met de decriminalisering van drugsgebruik is een explosie van het drugsgebruik. Er dient op gewezen te worden dat deze explosie in België niet heeft gewacht op de decriminalisering: het drugsgebruik is in ons land de laatste 20 jaar ongeveer verdubbeld<sup>(2)</sup>. Deze ontwikkeling toont eens te meer aan dat er geen verband bestaat tussen de wettelijke status van drugs en het gebruik ervan. Bovendien heeft de decriminalisering in de landen die ze reeds hebben ingevoerd, niet geleid tot de gevreesde explosie. Over het geheel genomen is de consumptie stabiel gebleven, en de problematische consumptie - de belangrijkste indicator, aangezien deze een directe invloed heeft op de volksgezondheid - is zelfs licht gedaald.

Kortom, België zou zich snel en gemakkelijk



kunnen aansluiten bij de landen die het gebruik van illegale drugs reeds hebben gedecriminaliseerd. De drie Belgische federaties van de verslavingssector vragen in hun gemeenschappelijk politiek memorandum officieel om de decriminalisering van druggebruikers. Dit zou België in overeenstemming brengen met de aanbevelingen van de Verenigde Naties, een krachtig signaal geven ten gunste van de volksgezondheid en de bescherming van de zwaksten, en een hoognodige impuls geven aan politie, justitie en het gevangeniswezen.

Stéphane Leclercq

### Nota's:

- 1) Frankrijk, dat een van de meest repressieve beleidsmaatregelen ten aanzien van cannabis in West-Europa heeft, voert de Europese landen aan wat betreft de verspreiding van cannabisgebruik, duidelijk vóór Nederland, dat sinds 1976 een beleid van getolereerd gebruik en detailverkoop voert.
- 2) L. Gisle, S. Drieskens, Gezondheidsenquête 2018: Drugsgebruik. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.44/68.

## Het dagcentrum L'Orée

Interview door René Bartholemy (RB)

**RB** : Kunt u zichzelf voorstellen en vervolgens de instelling die u vertegenwoordigt voorstellen?

**Stéphanie Deltenre (SD)** : Mijn naam is Stéphanie Deltenre, ik ben psychologe, afgestudeerd aan de UCL in 2006. Ik volgde ook het certificaat in psychotherapeutische klinieken van systemische oriëntatie aan de ULB. Ik werk sinds 2011 bij dagcentrum l'Orée als psycholoog en ben sinds 2017 ook teamcoördinator.

De VZW l'Orée, gesitueerd in Ukkel, is een opvang- en behandelingscentrum voor verslavingen (alcohol, drugs en medicatie).

Vanuit historisch oogpunt wilde Infor-Drogue in 1983 een opvangcentrum voor druggebruikers oprichten, l'Orée, naast hun preventie- en informatiedienst voor het grote publiek. In 1987 werd het centrum onafhankelijk en richtte het zijn eigen VZW op en sloot het zijn eerste overeenkomst met het



RIZIV. Deze overeenkomst had nog geen betrekking op de opvang van mensen met alcohol gerelateerde problemen. Het publiek in deze overeenkomst was vaker heroïne- en cocaïnegebruiker.

In 1990 onderhandelde het nieuwe management over een nieuwe overeenkomst en na twee jaar werd de nieuwe overeenkomst, bekend als het "Functioneel Rehabilitatie Programma", uitgebreid met meer mensen en een breder scala aan producten, waaronder alcohol en drugs.

De VZW evolueerde naar een project voor de behandeling van verslavingen via sociale therapie, d.w.z. door het gemeenschapsleven als nieuwe therapeutische invalshoek te gebruiken. Onthouding was niet langer de voorwaarde voor behandeling, maar werd een middel voor "psychosociale rehabilitatie" en voor een betere levenskwaliteit. Het doel van dit type "heropvoeding" is de mogelijkheid van ondersteuning en follow-up te bieden, zelfs in geval van moeilijkheden om de onthouding vol



te houden.

Het sociotherapeutische programma en de behandeling zijn zodanig opgezet dat wordt gewerkt aan de motivatie tot verandering, die gericht is op het steeds systematischer en intensiever aanleren van gedragingen die onthouding van producten inhouden.

Sinds 2010 is het centrum ondergebracht in Ukkel, aan de Avenue Maréchal Joffre.

De afgelopen tien jaar heeft het team heel wat verschuivingen en veranderingen ondergaan als gevolg van een nieuwe visie op praktijken en de evolutie van wetenschappelijke kennis en benaderingen van verslavingsbeheer die multifactorieel zijn geworden.

Aangezien verslaving een voortdurend evoluerende sector is, moet het team zijn aanpak en kennis voortdurend aanpassen en ontwikkelen...

Momenteel proberen wij onze patiënten multidisciplinaire zorg te bieden met herstelgerichte praktijken; rekening houdend

met somatische benaderingen (poliklinische terugtrekking, screening op pijn en osteoarticulaire functionele beperkingen (fysiotherapie), screening op comorbiditeiten en neuropsychologische repercussies (TDH/A, enz.), mind-body benaderingen

(ontspanning, mindfulness, yoga, enz.), omgevingsbenaderingen (gesprekken en ondersteuning met de naasten en families), sociale follow-up (opruimen en helpen van de patiënten), en sociale ondersteuning (ondersteuning van de familie). ), psycho-corporale benaderingen (ontspanning, mindfulness, yoga, enz.), omgevingsbenaderingen (gesprekken en ondersteuning van familie en vrienden), sociale follow-up (orde op zaken stellen en helpen bij administratieve procedures, enz.) .. Screening op co-morbide stoornissen (dubbele stoornissen) maakt ook deel uit van onze aanpak.







Om zorg te bieden die rekening houdt met de hele persoon, zijn in ons centrum verschillende functies aanwezig: psychologen, een huisarts, een psychiater, twee pedagogen, een fysiotherapeut, een verpleegkundige, een maatschappelijk werker, een ergotherapeut en een criminoloog en animator. De huidige fysiotherapeut is ook tabaksspecialist, dus we experimenteren met stoppen met roken.

Verslavingsproblemen zijn namelijk het resultaat van een complexe interactie tussen verschillende factoren (persoonlijk en omgeving) en het voorstellen van een zorgaanpak die de verschillende benaderingshoeken (lichamelijk, psychologisch, medisch, creatieve uitingen, sport, familie en systeem, spiritueel) vermenigvuldigt, vergroot de kans op succes en biedt oplossingen om de vastgelegde doelstellingen te bereiken. Wij willen ook graag snel hun levensdoelen met de patiënten bespreken om een sterke motiverende hefboom te gebruiken (projectie naar een betere toekomst) en met hen een zorgproject op te zetten en indicaties voor gerichte therapeutische activiteiten vast te stellen.

Ons centrum biedt verschillende werkterreinen, zoals activiteiten en een therapeutisch programma, individuele doorverwijzing, een gemeenschapsfocus en een persoonlijk onthaal gedurende de hele dag.

Het centrum is geopend van 9.00 tot 19.00 uur van maandag tot vrijdag en van 9.00 tot 16.00 uur op zaterdag. Wij zijn ook geopend op feestdagen van 9.00 tot 13.00 uur. Dit is een van de bijzonderheden van ons centrum, want de meeste dagcentra sluiten om 17.00 uur, in het weekend en op feestdagen.



De voorwaarden voor toelating zijn :

- Een probleem van afhankelijkheid van een product hebben en deze consumptie willen wijzigen; wij hebben namelijk geen onthouding nodig om ons centrum te integreren, maar een motivatie om iemands consumptie te wijzigen en aan te passen.
- De patiënt moet ook in orde zijn met de mutualiteit en onder de status van arbeidsongeschiktheid/ arbeidsongeschiktheid vallen.
- Wij vragen dat patiënten die zorg willen ontvangen elke dag naar het centrum komen, met een minimum van drie dagen per week.

De duur van de behandeling hangt af van de doelstellingen en de situatie van elke patiënt. De duur is variabel, want onze overeenkomst bepaalt geen maximale zorgduur. Tegelijkertijd wordt bepaald dat de behandeling in duur beperkt moet zijn. Wij moeten een medisch rapport sturen naar de raadgevend arts van de patiënt bij binnenkomst en in geval van verlenging tot na 12 maanden. De verzorging kan enkele maanden tot momenteel twee jaar duren. Voor elke patiënt die zijn verzorging in L'Orée beëindigt, wordt een verslag aan het einde van de verzorging naar de raadgevend arts gestuurd.

Belangstellenden kunnen zich inschrijven en een informatiebijeenkomst bijwonen die elke woensdag om 15.00 uur plaatsvindt.

**RB** : Wie is de doelgroep van uw instelling? Met wie en voor wie werk je? Hoe noem je je "patiënten"?

**SD** : Zoals eerder gezegd, is de zorg van ons team toegankelijk voor elke volwassen verslaafde die zijn of haar verslavingsgedrag wil wijzigen en/of stoppen of de onthouding van een product als alcohol, drugs en/of medicijnen wil versterken. Wij wensen een "brede" ontvangst, d.w.z. dat wij ons richten op alle leeftijden en alle producten. Bovendien willen wij een meer specifieke opvang voor jongvolwassenen ontwikkelen, aangezien wij weten dat het probleem van verslavingen in de adolescentie begint. Bovendien reserveren wij 5 plaatsen voor zorg- en behandelingsprocedures op grond van gerechtelijk bevel. De vrijwillige kwestie is dus geen graadmeter. Onze criminoloog beoordeelt, samen met de psychiater, de verzoeken van kandidaten die door hun omstandigheden verplicht zijn een centrum te bezoeken voor de behandeling van het probleem van het gebruik van psychotrope middelen. De doelgroep zit in de gevangenis of in een zogenaamde sociale beschermingsinstelling. De behandeling in het centrum vereist een eerste investering van de patiënten (een hulpvraag in verband met de verslaving).

Zij engageren zich om enkele regels te respecteren (het werkkader) en deel te nemen aan het voorgestelde zorgproces door regelmatig te komen (bij voorkeur elke dag met een minimum van drie dagen per week), door deel te nemen aan de voorgestelde therapeutische activiteiten, door deel te nemen aan het gemeenschapsleven...

Wij eisen geen onthoudingscontract (consumptie betekent niet dat de behandeling stopt), dat wil zeggen dat patiënten nog steeds consumenten kunnen zijn, zonder fysiek afhankelijk te zijn, en deze consumptie wordt voortdurend geëvalueerd en in vraag gesteld. Een echte motivatie en wens om de consumptie en het bijbehorende consumptiegedrag te veranderen moeten nog steeds aanwezig zijn.

Daarom stellen wij verschillende instrumenten voor die wij presenteren als onze "werkassen".

- Allereerst een "Welkom"-as, die ons in staat stelt een eerste schakel te creëren, deze te behouden en te onderhouden gedurende de gehele verzorging. Wij bieden een persoonlijk onthaal voor patiënten die in ons centrum worden behandeld, maar wij kunnen ook iedereen die contact met ons opneemt met raad en daad bijstaan.
- Onze as "Activiteiten" stelt patiënten in staat zichzelf te testen en deel te nemen aan verschillende therapeutische activiteiten (gespreksgroepen, CGT-groep, sportrevalidatie, sociaal-professionele reïntegratiegroep, culturele uitstapjes, creatieve bemiddeling, kookactiviteiten, enz).
- De therapeutische heropvoedingsactiviteiten die door het revalidatieprogramma van het centrum worden aangeboden, zijn erop gericht de patiënten concrete middelen aan te reiken om hun gedrag te wijzigen en indien deze wijzigingen doeltreffend blijken, zal dit deze reactie versterken en kan de frequentie ervan toenemen.
- De as "Gemeenschap" stelt onze patiënten, wiens sociaal netwerk vaak verarmd is ten gevolge van hun verslavingsstoornissen, in staat het contact met anderen te herontdekken, nieuwe banden aan te knopen, de sociale codes te (her)ontdekken die een betere integratie in de maatschappij mogelijk maken.
- De laatste as, die wij "Referentie" noemen, geeft de individuele en gepersonaliseerde follow-up aan die door een lid van het therapeutisch team wordt gegeven. Deze persoon is de coördinator van de zorg binnen en buiten de instelling (verbinding met het netwerk en de andere deskundigen van de patiënt). Deze persoon is een waardevolle hulpbron (soms een referentiepunt) voor de patiënt en het is met deze persoon dat de doelstellingen en zorg- en levensprojecten van de patiënt worden ontwikkeld.
- Wij proberen ook een "systemische" as te ontwikkelen door een ontmoeting voor te stellen met een persoon die dicht bij de patiënt staat. De redenen en doelstellingen van de bijeenkomsten zullen van patiënt tot patiënt verschillen, maar altijd rechtstreeks verband houden met de situatie die de betrokken patiënt ervaart.

We noemen deze personen "patiënten". De benaming is twijfelachtig, in het verleden werden ze "bewoners" genoemd, wat niet strookt met het concept van een dagcentrum. "Begunstigden, gebruikers, gebruikers ..." dit kan besproken worden. "Patiënt" heeft zin met het concept van zorg, behandeling, overeenkomst om de kosten te dekken gegeven door de medisch adviseur van een ziekenfonds.

Onze overeenkomst staat ons toe gemiddeld 18 patiënten per dag te ontvangen, zonder dat het aantal van 21 patiënten tegelijk wordt overschreden. Om aan de vele schommelingen in de vraag te kunnen voldoen, kunnen wij dankzij onze overeenkomst een groter aantal patiënten in ons behandelingsprogramma opnemen. De "functionele revalidatie" wordt vergoed door de basisverzekering van de patiënt, d.w.z. zijn ziekenfonds.

Een opmerking en het specifieke kenmerk van het doelpublik is dat wij toestaan dat een band wordt onderhouden met voormalige patiënten die elke dag naar L'Orée kunnen komen voor het happy hour (17 tot 19 uur), op zaterdag en op

feestdagen. Deze ruimte wordt geboden om zich te beschermen, zijn kwetsbaarheid te delen en de band met het team te behouden in geval van een kritieke periode voor gewezen patiënten.

**RB** : Hoe zou u de werkwijze omschrijven waarmee u uw patiënten helpt?

**SD** : Ons centrum is een dagcentrum dat in het verdrag semi-ambulant wordt genoemd. Wij zijn vaak de plaats van zorg na een genezing en soms daarvoor. De kuur (of lichamelijke ontwenning), die drie weken duurt, vindt namelijk meestal plaats in een ziekenhuis. Het is inderdaad belangrijk te zorgen voor medische follow-up tijdens elke abrupte stopzetting van het drugsgebruik. Er zijn grote risico's voor het lichaam wanneer het wordt afgesloten van een stof waarvan het afhankelijk is.

Het ziekenhuis begeleidt deze stopzetting en verzacht de bijwerkingen van de stopzetting van het psychotrope middel zo goed mogelijk (zweten, beven, risico op epilepsie, delirium tremens, enz).



Het centrum L'Orée kan dan ook beschouwd worden als een niet-residentieel nazorgcentrum dat deze eerste fase uitbreidt tot het werken aan psychologische afhankelijkheid en het verstevigen van vroege onthouding. Het dagcentrumteam verdiept dit werk vervolgens door structuur te bieden in het dagelijks leven en soms te streven naar sociaal-professionele reïntegratie (vrijwilligerswerk, opleiding, werk...). Netwerkvorming met de hospitalisatiediensten is dan essentieel om te proberen een herstelproject op te bouwen vanuit de behandeling, zelfs voordat men in L'Orée terechtkomt.

Soms komen patiënten ook rechtstreeks naar ons toe, bijvoorbeeld diegenen die niet opgenomen willen worden. Wij verwelkomen deze mensen die misschien aan het begin van een behandelingsproces staan, omdat de groepsdynamiek hen in staat zal stellen sneller vooruitgang te boeken in hun bezinning op hun relatie met producten. Wanneer zij L'Orée verlaten, kunnen wij met hen werken aan een stopzettingsproject, waarvoor eventueel een





ziekenhuisopname nodig is als stopzetting ambulant niet mogelijk is.

**RB** : Verslavingen maken deel uit van of gelijken op geestelijke gezondheidsproblemen, wat zijn de specifieke kenmerken van het werken met mensen met verslavingen?

**SD** : Verslaving is inderdaad een integraal onderdeel van geestelijke gezondheidsproblemen. Enerzijds omdat veel patiënten met psychische problemen producten gebruiken voor zelf therapeutische doeleinden (angst, depressie, ADHD, psychotrauma), en anderzijds omdat veel verslaafden daarmee gepaard gaande psychologische repercussies of psychologische co-morbiditeit hebben.

Een gedeelte van de verslavingsprocessen hangt af van onze hersenen. De neurobiologische mechanismen houden met name verband met het "beloningssysteem", een hersencircuit dat verantwoordelijk is voor gevoelens van plezier en motivatie na bepaalde handelingen, maar ook met het systeem van emoties, controle of gewoonten. Bij verslavingsstoornissen zijn deze mechanismen verstoord met een herschikking van deze paden, hyper- of hypo-activiteiten en dit wordt onafhankelijk van de wil. Dit probleem is complex omdat het heterogeen is, d.w.z. het bestaat uit verschillende elementen. Een biologische aanleg is meestal niet voldoende om verslaving te voorspellen. Het is vaak een combinatie van genetische, sociale, omgevings- en individuele factoren. Er bestaat geen mirakelbehandeling en men moet inventief zijn en een hele reeks multimodale en multisysteemhulpmiddelen gebruiken (groepen, individuele therapieën, analytische introspectie of gedragsmanagement, vrijwilligerswerk, enz.) Bovenal is het noodzakelijk de patiënt te laten geloven en te laten geloven dat een herstelproject mogelijk is. Ook al zijn zij niet verantwoordelijk voor hun verslaving, zij zijn wel verantwoordelijk voor hun herstel, en het is van essentieel belang een deugdzaam vertrouwen in zichzelf en in hun "zelf genezende" vermogens te wekken.

De eigenheid van het werken met verslaafden bestaat er dus in rekening te houden met alle betrokken parameters, zoals de direct objectieveerbare (fysiologische, biologische, neurologische gezondheidstoestand) en de subjectieve (overtuigingen, levensverlangen, persoonlijke, vervulling, enz.). Een bij de behandeling van verslavingen voorgestelde multifactoriële aanpak kan het dus mogelijk maken de persoon in zijn geheel te behandelen en het probleem via verschillende hefboomen aan te pakken.

Het is misschien meer bepaald de organisatie van de zorg die voornamelijk proactief en geïntegreerd moet zijn (werk tussen alle actoren van de patiënt, samen voor gecoördineerde en geplande doelstellingen: ziekenhuis, dagcentrum, ambulante zorgverleners voor geestelijke gezondheid en somatische zorg, (re)integratieprofessionals...), maar ook integratief (verbonden conventionele en niet-conventionele praktijken zoals psycho-corporale instrumenten).

**RB** : Kan elke "patiënt met een verslaving" bij u behandeld worden? Zijn er vereisten? En wat met mensen die niet voldoende "morbide bewustzijn" hebben?

**SD** : Wij verwelkomen iedereen die wil werken aan zijn problemen met drugsgebruik (inclusief alcohol en momenteel tabak). Helaas zijn wij niet specifiek getraind in de behandeling van eetverslaving (boulimie) of gedragsverslaving (gokken, videospelletjes, seks), hoewel wij deze problemen wel opnemen in de zorgplannen voor patiënten die drugs gebruiken.

In principe zijn er geen voorwaarden nodig, maar elk verzoek wordt door ons team geëvalueerd. Naast de noodzaak om administratief in orde te zijn, wordt het verbruik, indien nog aanwezig, beoordeeld. Wij accepteren geen lichamelijk afhankelijke patiënten bij de ingang (behalve voor cannabis) omdat lichamelijke ontwenning de concentratie bij de activiteiten direct verstoort,

ook in het naslagwerk.

We hebben een proefperiode van ongeveer twee weken tot een maand, waarin het team de impact van het medicijngebruik op de betrokkenheid van de patiënt en zijn deelname aan zijn zorgprogramma beoordeelt. Het is ook een periode van immersie voor de patiënt om ons kader en zijn doelen te beoordelen in relatie tot het voorgestelde therapeutische programma. Het doel is samenwerking. Een minimaal morbide bewustzijn is noodzakelijk, in ieder geval een duidelijke identificatie van een probleem in verband met consumptie. Het is ook onze taak hen te helpen dit te ontdekken door hen



te begeleiden in hun proces van bewustwording van hun probleem, met name door het "buitengewone" effect van de groep. Soms leggen sommige patiënten niet het verband tussen hun consumptie en hun probleem en dat maakt deel uit van ons werk.

Sommige patiënten zijn nog niet klaar om aan sommige van hun moeilijkheden te werken en na verschillende uitnodigingen/aanmoedigingen en soms discomfort bij bepaalde activiteiten (wij proberen vermindering te voorkomen in een veilige omgeving), kunnen zij dan proberen, zichzelf testen en geleidelijk hun visie op hun relatie met het product veranderen. In elk geval vereist het werken met verslavingen dat men aanvaardt dat de patiënt zich op een reis van bezinning bevindt en dat wij er zijn om ervoor te zorgen dat hij zich beweegt in de richting die hij wenst, volgens zijn eigen levensdoelen.

**RB** : Een patiënt is zelden alleen, hoe zit het in uw werk met zijn of haar familie en naaste verzorgers?

**SD** : De laatste jaren is de kwestie van de familie en de naaste verzorgers steeds belangrijker geworden in ons denken. De patiënt staat niet alleen voor deze moeilijkheden en ook de familie en vrienden hebben last van dit gedrag, dat vaak problematisch is en gevolgen heeft voor het gezins-, huwelijks- en/of sociale leven. Wij nodigen familie en vrienden steeds vaker uit om actief deel te nemen aan de zorg voor de patiënt. Het gaat er niet om de therapie te vervangen, maar om een plaats te bieden voor reflectie, advies en voorstellen voor hulp en een nieuwe houding (in verband met co-verslaving, co-afhankelijkheid). Wij proberen ook alle familiale en systemische problemen te belichten die voortvloeien uit het "slagen of falen" van het project of misschien de richting die het zorgpad en het einddoel van het project van de patiënt zullen uitgaan.

Daarom proberen wij ten minste één keer met de familie en vrienden om de tafel te gaan zitten. Er kan een enkele bijeenkomst zijn of een meer regelmatige follow-up, afhankelijk van de verzoeken en de investering van elke persoon. De familieleden zijn over het algemeen veeleisend en willen vooral ook geïntegreerd worden.

Daarnaast verwijzen wij patiënten en hun familie, afhankelijk van de situatie, naar gezins- of huwelijks therapie of naar gespreksgroepen voor hen.

De familie en vrienden ontmoeten is ook een manier om te communiceren, te informeren, bewust te maken en uit te leggen bij welk werk de patiënt betrokken is. Het is niet ongevoen

om te horen dat de familie en vrienden denken dat de patiënt betrokken is bij activiteiten en culturele uitstapjes, in plaats van te gaan werken of behandeld te worden in het ziekenhuis.

**RB** : Kunt u een "typische dag" beschrijven voor een "patiënt" in uw centrum?

**SD** : Ons centrum is open vanaf 9 uur. Vervolgens bieden wij patiënten die tussen 9 en 9.30 uur binnenkomen een moment van welkom om te vragen naar hun gemoedstoestand (stemming, ergernis, staat van trek of consumptie). Als zij dat wensen, kunnen wij hun een individueel gesprek aanbieden.

Mensen gaan dan het centrum binnen om te socialiseren met de andere nieuwkomers, koffie te drinken, de krant te lezen. Niet alle patiënten komen om 9 uur, ze zijn vrij volgens hun schema. Dan beginnen ze met de therapeutische activiteiten. Overdag kunnen patiënten deelnemen aan verschillende activiteiten (ongeveer 3 in de ochtend en 3 in de middag) gespreid tussen 9.30 en 13.00 uur en 14.00 en 16.00 uur.

Zij blijven vrij om deel te nemen (betrokkenheid gevraagd na inschrijving). Sommigen van hen verblijven in de gemeenschappelijke plaatsen om te discussiëren, uit te wisselen, te lezen, een kaartspel of iets anders te spelen.

Tijdens de week vinden ook individuele (referentie)vergaderingen plaats. Patiënten verlaten het centrum meestal na de middagactiviteiten, rond 15.30-4.00 uur, maar sommigen blijven tot 19.00 uur. De tijd van 5-7 uur wordt gebruikt om hun avond voor te bereiden en hen te beschermen in moeilijkere tijden.

**RB** : Wat gebeurt er wanneer de "patiënt" wordt ontslagen? [follow-up, volgende stap, enz.]

**SD** : De redenen voor ontslag lopen sterk uiteen en elk heeft een andere afloop. Wanneer het ontslag door het team en in samenwerking met de patiënt wordt gepland, stellen wij verschillende mogelijke scenario's vast. Sommigen komen aan het eind van de cursus aan, nuchter (of niet) en kunnen weer aan het werk of doorgaan met vrijwilligerswerk of een opleiding waarmee ze tijdens het centrum al waren begonnen. Anderen worden doorverwezen naar een ander centrum om het therapeutische werk voort te zetten in een continuïteitsproject. Sommigen nemen geen specifiek project aan, maar richten zich op artistieke activiteiten, reizen en de versterking van verbeterde familiebanden.







Helaas zijn sommige gevallen van einde zorg minder voorspelbaar en voorbereid. Dit kunnen patiënten zijn die nog niet klaar zijn om aan hun problemen te werken, patiënten die nog te veel gebruiken en zich daarom niet

aan het therapeutisch kader van het centrum kunnen houden of patiënten die onze regels overtreden. Voor deze patiënten kan het besluit tot stopzetting van de behandeling worden genomen, maar altijd in overleg met de patiënt en door een heroriëntatie van de zorg of de mogelijkheid van een nieuwe zorgvraag op een later tijdstip aan te bieden, altijd door bij ontslag een zorgplan voor hen op te stellen.

Het is soms mogelijk dat de behandeling in ons centrum wordt onderbroken door opnames voor ontweningsverschijnselen. Als we merken dat de patiënt fysiek afhankelijk is en het kader van onze instelling niet meer kan respecteren. In dat geval wordt de zorg tijdens het verblijf voortgezet en kan de patiënt zijn zorg hervatten zodra hij uit de behandeling wordt ontslagen.

We hebben een heel klein percentage patiënten die de therapeutische relatie zonder een woord te zeggen verbreken. Het team probeert via telefoontjes en e-mails op te hangen zonder al te veel aan te dringen om de stilte te respecteren, de afwezigheid die alleen zij kunnen definiëren.

Hun netwerk voor ambulante zorg (psychiaters en/of therapeuten buiten het huis van de patiënt), dat belangrijk is om tijdens L'Orée op te zetten, als het nog niet is opgezet, is dan voldoende. Zij hebben niet langer een geïnstitutionaliseerd kader nodig om met hernieuwde autonomie en zelfbeheer in de samenleving te kunnen functioneren.

**RB** : Nog iets toe te voegen?

**SD** : Ja, kort samengevat is een van de sleutels tot herstel en reïntegratie voor de patiënt dat hij erin slaagt zijn eigen moeilijkheden in handen te nemen. Wij moeten hen helpen om de momenten van "misstappen" zelf te beheersen om (her)gebruik, terugval of een te lange "terugval" te voorkomen. Daarom beschouwen wij (her)gebruik of terugval als een "normaal" element waarmee de patiënt verder kan en niet als een mislukking die voor de verzorgers en de patiënt soms zeer zwaar te dragen is. Psycho-educatie is daarom belangrijk. Voortijdige stopzetting van de behandeling komt nog te vaak voor, en het is noodzakelijk proactief te werk te gaan om te anticiperen op toekomstige problemen, en snel op te treden bij terugval of actieve consumptiefasen om te voorkomen dat de patiënt op hol slaat en verdwijnt. Volharding, geruststelling en zekerheid van verbinding zijn belangrijk omdat de patiënt vertrouwt op een solide en duurzaam kader, dat ook helpt om

een onzekere gehechtheid, die vaak bij patiënten voorkomt, te genezen. We besloten ook de patiënten vrij snel bij vrijwilligersprojecten te betrekken. Het feit dat zij dagen in de week hebben waarop zij een opdracht en een verantwoordelijkheid ten opzichte van anderen voelen en waarop zij het gevoel hebben dat hun vaardigheden nuttig worden gebruikt, is een sterke motiverende factor en helpt hen hun zelfvertrouwen terug te winnen. Ze zijn niet langer "patiënten". Wij veronderstellen dat dit het proces in hun gevoel van zelfredzaamheid kan versnellen. Op grond van onze ervaring kunnen wij zeggen dat dit een zeer goed instrument is om in het zorgproces in te zetten.

Ten slotte pogen wij geleidelijk een zogenaamde "geïntegreerde" aanpak te ontwikkelen die verder gaat dan de muren om ervoor te zorgen dat de patiënt profiteert van zorg die al zijn behoeften dekt en dus niet noodzakelijk afhankelijk is van L'Orée. Wij proberen dan alle professionals van de patiënt zo goed mogelijk te integreren om onze respectieve doelstellingen te delen en naar hetzelfde doel toe te werken.

# Voorstelling van het Projet Lama vzw

Interview door René Bartholemy (RB)

**RB** : Kunt u zich voorstellen en vervolgens de instelling presenteren die u vertegenwoordigt?

**Kevin Moens (KM)** : Mijn naam is Kevin Moens, ik ben psychiater van opleiding en ben sinds enkele maanden medisch directeur van het Lama Projet en psychiater in het MASS in Brussel. Voor die tijd werkte ik in de universitaire ziekenhuizen van Genève op de afdeling verslavingszorg, meer bepaald in het substitutieprogramma voor opiaten en het programma "diacetylmorfine", ook wel medische heroïne genoemd. Daarna werkte ik enkele jaren in het Brugmann Universitair Ziekenhuis als co-assistent op afdeling 73 en op de psychiatrische spoedafdeling. Ik werkte ook in het mobiele COMBO-team, dat gespecialiseerd is in de zorg voor druggebruikers in sociaal benarde situaties en/of woonachtig in de stad.

Het Projet Lama is een zorginstelling die bestaat sinds 1983, een van de eerste in België die opiaatvervangingsbehandelingen (OST) aanbiedt in een gespecialiseerde en multidisciplinaire kader. In die tijd was de mogelijkheid om OST op chronische basis aan te bieden een grote vooruitgang, aangezien veel artsen met dergelijke behandelingen problemen hadden gehad met de Medische Vereniging en/of de rechtbanken. Dit werd het in stand houden van de verslaving genoemd. Methadon moest slechts voor een paar weken worden voorgeschreven, om de ontwenning te bereiken

De klinische ervaring leerde echter dat dit vaak niet lukte, waarbij patiënten terugvielen, van arts veranderden of helemaal stopten. Er was veel pleitwerk nodig om de houding te veranderen, om uit te leggen dat er een kloof bestond tussen wat de heersende medische wereld en de samenleving wilden - onthouding - en wat praktisch haalbaar was. Er kwam een

concept dat de behandeling van "drugsverslaafden" op zijn kop zette: schadebeperking. In de jaren tachtig zaten we midden in een aids- en hepatitis C-epidemie, en er waren ook zeer veel overdoses, en we begonnen ons af te vragen wat de juiste methoden waren om deze risico's te beperken. En geleidelijk aan begonnen we te denken op een manier die we ook pragmatisch kunnen noemen: een goede methode is gewoon een methode die werkt. Dus chronische methadonbehandeling werd aanvaardbaar omdat het werkte. Het werkte om sociale en psychologische stabilisatie mogelijk te maken, om psychologische zorg mogelijk te maken, om te voorkomen dat er een heroïnesnit met veel giftige producten werd genomen, om te voorkomen dat men elke dag het geld moest vinden om het spul te kopen, om te voorkomen dat men de hele dag bezig was met het zoeken, kopen, gebruiken en uitrusten van het gebruik ervan.

Vandaag is het Lama Projet doordrenkt van deze geschiedenis, en blijft het in zijn dagelijks werk schadebeperking bevorderen, de laagst mogelijke zorgdrempel bieden, en multidisciplinaire kwaliteitsondersteuning bieden, met als doel manieren te vinden om te herstellen. Ons doel is niet "remissie" - onthouding is niet onze horizon - maar "herstel", de verbetering van de levenskwaliteit, het zoeken naar zin. Met of zonder drugs.

**RB** : Wie is het doelpubliek van uw inrichting? Met wie en voor wie werk je?

**KM** : Als "laagdrempelig" centrum geven wij voorrang aan mensen die de meeste moeite hebben om de eerste lijn te bereiken. Wij verwelkomen alle druggebruikers, ongeacht hun verzekeringsmogelijkheden, ongeacht zij gehuisvest zijn of niet, ongeacht hun verblijfsstatus. We werken met veel partners, uiteraard het verslavingsnetwerk,

ziekenhuizen, maar ook de Nieuwe Samu Social, Transit, Diogènes, Douche Flux, NGO's, de Humanitaire Hub, Fedasil, enz. Ik kan niet volledig zijn. We hebben ook een mobiel team dat werkt met mensen die in kraakpanden of noodwoningen wonen (COVER), en een team van maatschappelijk werkers dat zich ontfermt over druggebruikers in preciaire situaties (ARTHA). Ten slotte hebben wij een huisvestingsinitiatief ontwikkeld (HESTIA).

**RB** : Hoe zou u de aanpak beschrijven die u aanwendt om uw "patiënten" te helpen?

**KM** : De zorgfilosofie van Projet Lama is het aanbieden van chronische multidisciplinaire ambulante zorg met een schadebeperkende aanpak. Wij willen patiënten de snelst mogelijke toegang bieden, om onmiddellijk in te spelen op een reeks behoeften: behandeling, sociale ondersteuning, schadebeperkende materialen, informatie, gemeenschapsactiviteiten, enz. Het idee is om een stabiele, hoogwaardige relatie op te bouwen om uiteindelijk aan andere zaken te werken: psychotherapie, resocialisatie, integratie, het opnieuw opbouwen van een ondersteunend netwerk, enz. Ik zeg "uiteindelijk" omdat je nooit weet hoe een follow-up zal verlopen, en we willen graag het ritme en de behoeften van de patiënt respecteren.

**RB** : Verslavingen maken een onderdeel uit van of lijken op geestelijke gezondheid, wat zijn de specifieke kenmerken van het werken met verslaafden?

**KM** : Dit is een brede vraag, en het antwoord hangt af van de invalshoek die men wil kiezen om hem te beantwoorden. Druggebruik is inderdaad een interessant sociaal gegeven: het is neurobiologisch ongelooflijk complex, maar niet alleen omdat het verbonden is met economie, cultuur, filosofie, politiek. Tegenwoordig is druggebruik soms een crimineel probleem, soms een medisch probleem en soms helemaal geen probleem. En dit alles wordt vaak door elkaar gehaald...

**RB** : Kan elke "patiënt met een verslaving" bij u behandeld worden? Zijn er vereisten? Hoe is het gesteld met mensen die niet voldoende "moreel bewust" zijn?



**KM** : Wij verwelkomen alle drugs gebruikende patiënten, je hoeft niet per se verslaafd te zijn. We hebben echter wel een grens wat betreft stoffen: onze overeenkomst met Iriscare staat niet toe dat we mensen behandelen die "alleen" alcohol gebruiken.

Wij werken volgens de situatie, het denkniveau, de behoeften en de eisen van de patiënt. Zij die over de drempel van het Lama Projet stappen, doen dat altijd met een reden. Het is aan ons om hen zo goed mogelijk te begeleiden.

**RB** : Een patiënt staat zelden alleen, hoe is het gesteld met zijn familie, zijn verzorgers in uw werk?

**KM** : Omdat wij met mensen werken die vaak erg geïsoleerd zijn, komt het helaas voor dat hun familiebanden verzwakt of zelfs verbroken zijn. Wanneer deze banden blijven bestaan, willen wij ze uiteraard in stand houden.

Maar dit vereist een dialectische benadering: enerzijds willen wij dat de patiënt zich het Lama Projet kan toe-eigenen als zijn of haar eigen ruimte en centraal staat in de zorg, anderzijds zijn wij ons bewust van het lijden en de behoefte van de familie om ontvangen en gehoord te worden.

Daarom is het voor ons aan de patiënt om te beslissen of hij al dan niet een plaats voor zijn naaste wil reserveren. In onze teams hebben we verschillende systeemtherapeuten die gezinsconsulten aanbieden.



Wij realiseerden ons ook het belang van gemeenschapsbanden, vooral onder migrantenpatiënten. Deze patiënten hebben heel vaak hun hele leven achter zich gelaten en bevinden zich alleen in een land waar ze soms de taal niet kennen.

Het herstellen van sociale banden via gemeenschapsactiviteiten lijkt ons daarom essentieel in de zorg voor veel van onze patiënten.

**RB** : Kunt u een "typische dag" beschrijven van een "patiënt" in uw centrum?

**KM** : Er is geen "typische dag": als poliklinisch centrum komen de meeste van onze patiënten voor raadplegingen, dus we zien hen slechts één uur per één of twee weken.

Sommigen hebben meer afspraken, sommigen komen elke dag, sommigen komen alleen voor de koffie, sommigen komen naar gemeenschapsactiviteiten.

Het is zeer variabel.

**RB** : Wat gebeurt er als de "patiënt" vertrekt?

**KM** : Aan het einde van het overleg? Geen idee, vraag het ze! (lacht)

Onze zorg heeft niet echt een einddatum, het hangt van de patiënt af. Sommigen worden een paar weken gevolgd, anderen jaren.

Als onze rol in de organisatie van de zorg erin bestaat de patiënt te revalideren zodat hij of zij een klassiek netwerk van eerstelijnszorg kan opbouwen, stuit dit in de praktijk vaak op verschillende beperkingen.

Projet Lama is immers zowel een "laagdrempelige" instelling (en als zodanig spreken we van de 0,5-lijn) als een gespecialiseerde instelling (tweede lijn).

Als een deel van ons werk dus bestaat in het opnieuw opbouwen van een zorgnetwerk, hebben veel patiënten toch grote moeite om in de eerste lijn te worden opgenomen.

Ofwel vanwege de organisatie van de zorg, ofwel vanwege de psychosociale problemen van

de patiënt, ofwel vanwege de behoefte om door een gespecialiseerde instelling te worden verzorgd.

En vaak is het allemaal tegelijk.

**RB** : Wenst u nog iets toe te voegen?

**KM** : Er is zoveel meer te zeggen over onze praktijk, en het aantal karakters in dit tijdschrift is helaas maar logisch beperkt. Ik wil Schieve Niouz bedanken dat ze ons een stem heeft gegeven en ons werk bekend heeft gemaakt!



## Sammy getuigt

Interview door René Bartholemy (RB) en  
getranscribeerd door Kristell Snoeck



**RB** : Allereerst bedankt dat je hier bent !  
Kan u zich eerst een beetje voorstellen?

**Sammy (S)** : Mijn naam is Sammy, ik woon in Brussel, ik ben 54 jaar oud en ik zit momenteel in een dagcentrum dat l'Orée heet. Het is een dagcentrum dat zich toelegt op verslavingen. De verslaving die ik heb is alcohol.

**RB** : Hoe bent u aan dit probleem gekomen en hoe hebt u gemerkt dat het een probleem was?

**S** : Laten we zeggen dat alcohol in het begin heel feestelijk was, ik moet ook zeggen dat we aan tafel bier dronken toen ik jong was, Stella Artois, vanaf welke leeftijd? Ik zou zeggen 15, 16 jaar misschien. En dan waren er tussendoor padvindende- en pioniersavonden en het bier kostte 5 Belgische franken. Daar besepte ik dat ik me staande hield en dat was een soort trots. Ik was dus zelden dronken, terwijl de anderen behoorlijk dronken waren. Dat was meer om me in de stemming te brengen en om meer vertrouwen in mezelf te hebben, want ik was eigenlijk nogal verlegen. Het gaf me een zeker zelfvertrouwen, wetende dat ik problemen zou kunnen als ik tijdens verkeerscontroles werd aangehouden door de politie ...

Dus mijn rijbewijs werd ingetrokken of ik kreeg een bekeuring, maar ik moet zeggen dat ik doordeeweeks helemaal niet dronk. Het was alleen tijdens uitjes en het begon echt een probleem te worden vanaf de leeftijd van 30, 31, ik was van baan veranderd en nadien had ik verschillende banen.

Het was mijn derde baan, ik werkte in de telecomcommunicatie, een callcenter en het was een behoorlijk zware baan. Ik had nog nooit in een Amerikaans systeem gewerkt, d.w.z. met grote dienbladen, overal telefoons en pc's. Op een dag was ik verbaasd: ik was naar een feestje gegaan met wat collega's (nieuwe collega's) en ik was erg onder de indruk van het feit dat al mijn naaste collega's drugs gebruikten! Ze rookten joints, ze rookten cocaïne, ze hadden speciale pijpen, dingen die ik nog nooit van mijn leven had gezien. Ik bracht de avond met hen door, ik rookte niets, want ik heb nooit gerookt en ik kan niet eens een sigaret rollen. Ik heb altijd gezegd dat drugs "No Way" was en dus heb ik die dag veel gedronken...

De volgende dag moesten we werken maar de enige die aan het werk was, was ik. Alle anderen waren afwezig, maar ik was echt onder de indruk om te zien hoeveel ze rookten en dronken en alles. Toen zei ik tegen mezelf dat dit werk problematisch moest zijn, want veel van deze mensen gebruikten... Dus ik, niet rokend, geen drugs gebruikend, ging gewoon door met mijn werk, met goede resultaten. Toen ontmoette ik mensen die meer van muziek hielden, zoals Rock and Roll of Rockabilly, met wie ik goed kon

opschieten. Ze dronken veel! Ik creëerde een ASBL met deze mensen en toen begon ik steeds meer te drinken.

**RB** : Een VZW waarvan?

**S** : Een VZW voor het opzetten van evenementen gericht op Rock and Roll, Rockabilly, voornamelijk in Brussel.

**RB** : En toen begon je steeds meer te drinken. Wat gebeurde er daarna?

**S** : Daarna heb ik verschillende leuke baantjes gehad waarbij ik niet hoefde te drinken, niet gestrest hoefde te zijn... Maar op een gegeven

moment gingen ze een andere kant op... Ik deed telemarketing, coaching, allerlei dingen. Ik deed werkmethoden, en op een gegeven moment veranderde de strategie.

Veel mensen werden ontslagen en de oude werden gewoon in een callcenter gezet waar we meer dan honderd telefoontjes per dag kregen en als mensen hun operator bellen, gaat het alleen maar om klacht in te dienen. Honderd klachten per dag met monitoring van wachttijden, reactiviteit, de manier waarop de programma's worden uitgevoerd om te proberen minder tijd te verspillen om het maximaal aantal klanten per dag te bedienen en om een segmentatie te kunnen maken om een bepaald aantal mensen op een bepaald moment te kunnen ontslaan... Het was een nieuw telecombedrijf, dus in het begin investeren ze veel om het bedrijf te lanceren en dan...

**RB** : Het stressniveau nam steeds meer toe?

**S** : De stress nam steeds meer toe en toen ben ik thuis ook meer beginnen drinken. Vroeger dronk ik graag mijn glaasje wijn, ik dronk best veel: makkelijk een halve fles wijn en vanaf het moment dat ik meer begon te drinken met mijn rockende collega's, dronk ik al zodra ik van mijn werk kwam: ik ging dan naar de plaatselijke kruidenier om een sterk blikje te halen om de boel een beetje te verlichten...

**RB** : Dat is het moment dat het een probleem wordt? En beseft je op dat moment dat het een probleem is? Of nog niet?

**S** : Niet écht, destijds niet, want ik had verantwoordelijkheden waardoor ik niet veel kon drinken. Ik had een partner die een kind had dat ik elke ochtend naar school reed, ik reed ook in het weekend, naar verschillende activiteiten en mijn partner had geen rijbewijs, dus reed ik haar ook naar kantoor. Ik ging haar ook ophalen. Ik dacht dat ik veel dronk, maar ik wil niet zeggen dat ik dronken was. Alleen op feestjes, en dan nog! Het "probleem" was dat ik niet snel dronken werd, ik had grote hoeveelheden nodig. Ik weet niet waar het aan lag. Als ik van 1 of 2 drankjes dronken zou worden, zou het me minder kosten en zou ik minder drinken en de volgende dag ook minder ziek zijn.

**RB** : De reis was begonnen... Heeft iets of iemand op een bepaald moment je ogen geopend voor drinken? Hoe is dat gebeurd?

**S** : Nee, er was niet echt iemand die mij de ogen opende. Ik had geen opmerkingen, ik deed mijn werk goed, enz. Toen ik in de telecom werkte kon





ik het niet meer aan, ik had bijna een burn-out, ik ging naar een dokter en legde mijn probleem een beetje uit, maar ik kreeg te horen dat hij een coole dokter was die gemakkelijk medische attesten gaf... Het is waar, ik had een paar dagen vrij genomen omdat ik het niet meer aankon en hij had me antidepressiva voorgeschreven zonder echt te weten wat ik mankeerde. Vanaf dat moment nam ik antidepressiva, maar dronk nog steeds.

Toen kon ik de telecom niet meer aan, dus zocht ik een andere baan. Ik vond er vrij snel een en verliet de telecom om te gaan werken voor een bedrijf dat bedrijfsauto's op lange termijn leasete.

Daar was ik gelukkig, leuk bedrijf, leuke collega's, banen die heel anders zijn dan in de telecom, in die zin dat je in het begin van de opdrachten echt leert om aanbiedingen te maken, er is geen telefoon, er is alleen... Het is gewoon administratief werk! In het begin tenminste, maar na een paar jaar (want ik heb er 7 jaar gewerkt) kregen we te veel telefoontjes, te veel zaken en toen ben ik weer gaan drinken! In die tijd had ik ook nog mijn organisatie, mijn non-profit muziekorganisatie...

Op een gegeven moment was ik het zat om antidepressiva te nemen en alles. Ik stopte met alles tegelijk, ik had geen follow-up, dus ik stopte. Ik was het zat om medicijnen te nemen! Ik nam ze al 4 jaar lang elke dag... En nu was ik echt, echt ziek! Ik was echt, echt ziek! En dus verliet ik deze baan voor een andere baan in hetzelfde bedrijf, maar die was niet geschikt: het was echt een heel administratieve baan met 2 collega's in een klein kamertje, 2 chagrijnige vrouwen die gewend waren alleen te werken en die mij voor een indringer en een controleur aanzagen! Het was verschrikkelijk!

Dus bleef ik drinken en toen had ik duidelijk een burn-out. Dus verliet ik het bedrijf. Toen onderhandelde ik met personeelszaken om steun te krijgen om een baan te vinden. Dat duurde meer dan een jaar... En dus vond ik na die 7 jaar plus een jaar waarin ik niet werkte (ik zat bij het ziekenfonds), na anderhalf jaar een andere baan...

**RB** : Vandaag werk je niet meer, je bent bij l'Orée ? Hoe ben je bij daar terechtgekomen?

**S** : Ik ben naar l' Orée gekomen, daar heb ik het nog niet over gehad: het is omdat ik na mijn burn-outs, de scheiding met mijn partner, meer ben gaan drinken en verschillende keren in het ziekenhuis heb gelegen, dat wil zeggen in La Ramée. En ik ben ook in andere instellingen geweest...

Nadat ik in La Ramée was geweest, werd me aangeraden naar een dagcentrum te gaan en aangezien ik in Brussel woonde, raadden ze me aan naar L'Orée te gaan. Zo ben ik er gekomen. Ik ben er nu, het is de tweede keer dat ik er ben: ik werd "bedankt" omdat ik dronk, ik dronk voordat ik kwam en ik denk dat ik op een dag alcohol in mijn tas had en dus, eh, werd ik op staande voet ontslagen bij L'Orée. Dus ging ik terug, ik ging terug naar La Ramée.

Ondertussen had ik een nieuwe partner met wie het niet goed ging omdat ze... We hadden samen een flat gekocht en ze had financiële problemen, ze kon met mij de hypotheek niet terugbetalen, dus begon ik weer te drinken... dus ging ik weer naar de Ramée en toen ging het niet goed.

Na 3 weken was ik weer heel snel aan het pieken...

**RB** : Zou het dan verkeerd zijn te zeggen dat drinken de standaardreactie is geworden op stress of problemen?

**S** : Stress, problemen, misschien ook gebrek aan communicatie, het is waar dat ik over het algemeen alles voor mezelf houd, ik vernietig mezelf door te drinken.

**RB** : Je zei dat je verschillende keren naar La Ramée bent geweest. Betekent dat dat je de eerste paar keer niet het gevoel had er thuis te horen of waarom het vanaf het begin niet lukte?

**S** : Laten we zeggen dat het de eerste keer, denk ik, 3 of 4 maanden werkte. En dan, de omstandigheden maakten het zo dat... op een bepaald moment het niet meer werkte, ik herinner me zelfs dat het zo slecht werkte dat ik midden in de nacht bij La Ramée aankwam en vroeg om terug te mogen, wat totaal geweigerd werd.

Het dagelijks leven, de omstandigheden, de frustraties, het ziek zijn die me weer deden drinken. Het ging niet goed in het koppel, dus ik had een scheiding, wel, het ene leidt tot het andere...

En vooral ook het gebrek aan communicatie: dat vind ik belangrijk! En ook het feit dat ik geen hulp zocht, omdat ik echt geen psychologische of psychiatrische follow-up had. Ja, ik zag mijn psychiater eens per maand, maar dat had niet veel zin. En ik zag veel psychologen, maar ik had nooit echt een band met een van hen... En omdat ik alleen was, was er niemand om voor me te zorgen. Ik zorgde niet voor mezelf...

Tot de dag dat ik voor de tiende keer naar La Ramée ging en het advies kreeg om naar het

dagcentrum in L' Orée te gaan. Eerst ging het goed, maar op een gegeven moment niet meer omdat ik elke dag alleen leefde en ik werd geconfronteerd met mijn wereld, mijn eenzaamheid...

**RB** : Is het dagcentrum L' Orée er ook niet om een sociaal leven mogelijk te maken? Om niet alleen te zijn? Om omringd te zijn?

**S** : Ja overdag, ja! Maar het is ook een centrum dat vrij open is: je kunt er drie keer per week terecht in plaats van vijf. Ze raden je natuurlijk aan om elke dag te komen, vooral als je net opgenomen bent. In het begin kwam ik bijna elke dag. Maar het is nogal ingewikkeld, omdat ik in een verder gelegen gemeente woon. Het was vrij duur voor mij om te reizen. Om heen en terug te gaan, moest ik de MIVB en de TEC nemen, wat een problematisch systeem is... Dus ik kwam wat minder vaak en toen betekende mijn malaise dat ik alleen thuis zat te eten en ik wist niet hoe ik elke dag moest gaan. En als je dan eenmaal L' Orée verlaat, ben je helemaal alleen, je hebt niemand thuis! Mijn vrienden zijn allemaal gesetteld en hebben kinderen...

Het is echt heel erg geïsoleerd te zijn en niet echt iets te doen te hebben 's avonds. Er is ook het financiële aspect, want als je geen geld hebt, kun je geen activiteiten doen en dat is een groot probleem voor mij. Momenteel heb ik echt grote financiële zorgen en zelfs als je beter bent en geen geld hebt, kun je geen activiteiten doen. Vrienden doen activiteiten waarvan je niet weet hoe je ze moet volgen en als je een vriendin wilt ontmoeten of wat dan ook, weet je niet hoe je voor haar een restaurant moet betalen, je weet niet hoe je voor haar een drankje moet kopen, je weet niet hoe je voor haar een bioscoop moet kopen. Je moet op alles letten en dat is echt heel erg ingewikkeld. Heel ingewikkeld!

**RB** : Hoe ziet u uw toekomst?

**S** : Mijn toekomst is her-socialiseren! In die zin dat ik nu iets meer dan een jaar bij de L' Orée zit en het maximaal twee jaar is. Je moet je dus voorbereiden. Er zijn verschillende activiteitenmodules voorgesteld in L'Orée, waaronder een activiteit die "Let's plan" heet en waarbij we ons afvragen wat we later willen doen. Er zijn nogal wat mensen die van centrum naar centrum gaan... Aangezien elk centrum min of meer 2 jaar duurt, hebben mensen niet echt een doel. Persoonlijk zou ik om te beginnen weer parttime aan het werk willen. Ik heb 9 jaar niet gewerkt, dus een deeltijdse medische job zou welkom zijn. Ik zou deeltijds willen werken, rekening houdend met mijn vorige banen, zonder dezelfde fouten te maken als in het verleden, en zonder terug te keren naar banen waar ik veel

stress zou hebben. Ik wil graag een afwisselende baan zonder al te veel druk. Dat is wat ik momenteel zoek en misschien heb ik een kans...

Dus begin ik beetje bij beetje mijn CV te schrijven, mijn sollicitatiebrief, enz. En zelfs als ik geen baan heb, zoek ik toch een baan die me veel voldoening zal geven. En zelfs als ik deze baan niet krijg, zal het al ... Ik denk dat je altijd in gedachten moet houden dat dingen vooruit gaan. Dat is heel belangrijk.

**RB** : Veel succes! We komen langzaam aan het einde van het interview, heb je nog iets toe te voegen?

**S** : Ik denk dat het heel belangrijk is om een regelmatige follow-up te hebben met de patiënten. Het zou goed zijn om elke week kleine doelen te stellen en die op te sommen en te herhalen. "Hoe ging het deze week? Ging het niet goed? Waarom niet?"

**RB** : De grote vraag van motivatie?

**S** : Motivatie, ja. Maar ook "hoe zit het met de psycholoog, de psychiater"? Ik denk dat ze een proces moeten kunnen hebben waarmee ze in contact kunnen komen met de psycholoog van de persoon.

Zet iets op zijn plaats, één keer per maand bijvoorbeeld. Het is iets dat niet bestaat, maar goed, het zou de psycholoog meer werk kunnen geven, ik denk dat het iets is dat zou moeten bestaan.



## Opvang- en Behandelcentrum Solbosch (C.A.T.S.)

### Verzorging in de relatie

Het Opvang- en Behandelcentrum Solbosch (Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch, of C.A.T.S.), opgericht in 1979, is een therapeutische gemeenschap gelegen in de gemeente Vorst en bestemd voor iedereen boven de 18 jaar die lijdt aan verslaving aan drugs, alcohol en/of medicijnen. Het C.A.T.S. is een nazorgcentrum, dus een tweedelijnsdienst. Na fysieke ontwenning in een ziekenhuis of gespecialiseerd centrum biedt C.A.T.S. nazorg aan iedereen die onthouding wil ervaren en een levensproject zonder drugs wil opstellen.



Wij bieden een kader dat ontworpen is om gunstige omstandigheden voor het beginnen of voortzetten van zelfonderzoek en onthouding te verwelkomen en te vergemakkelijken. Wij ondersteunen elke bewoner actief bij zijn of haar persoonlijke reis, met respect voor zijn of haar eigen tijdschema.

Wij beschouwen het gebruik van het giftige middel als een uiting van subjectief lijden. De patiënt, die geen minder schadelijk alternatief kan vinden om zijn angst te behandelen, wendt zich tot het product.

Door onthouding te ondersteunen, is ons doel de persoon ertoe te brengen de functie van het

product in zijn leven in vraag te stellen. Wij bieden ondersteuning per geval, met respect voor individuele behoeften.

Ons project is geïnspireerd op de institutionele psychotherapie<sup>(1)</sup>, en wij leggen de nadruk op twee specifieke werkterreinen: de therapeutische band tussen de bewoner en het team, en de groep als ondersteuning van het therapeutische werk.

Een multifunctioneel team van psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en gespecialiseerde opvoeders zorgt voor individuele zorg en follow-up. Elke bewoner wordt tijdens zijn verblijf in ons centrum begeleid door een medisch team. Naast deze individuele follow-up worden de bewoners uitgenodigd om hun ervaringen te delen en zichzelf te bevragen met de steun van de groep. Op verzoek van de bewoner kan ook een gezinsopvolging plaatsvinden.



De gemeenschapsdynamiek en de verschillende rituelen die het leven van de gemeenschap bepalen, vormen een extra hefboom en het hele therapeutische team draagt actief bij tot het behandelingsproces en ondersteunt het. Elke bewoner wordt uitgenodigd om deel te nemen en geleidelijk betrokken te raken bij het leven van de gemeenschap en bepaalde dagelijkse taken worden uitsluitend door de leden uitgevoerd (koken, onderhoud, wasserij, enz.).





In hun dagelijks leven wordt het vertrouwen in de woorden van afhankelijke personen vaak geschonden. Daarom kiezen wij ervoor te wedden dat hun woord hen kan boeien en zo de band tussen hen maar ook met het therapeutisch team en de buitenwereld mogelijk maakt en in stand houdt. Daarom ondersteunen wij actief het delen van ieders intieme ervaring en werken wij aan meer zelfstandigheid.

Het gebruik van woorden, verwelkomd door een actief en welwillend luisteren van allen, ondersteunt en neemt deel aan het verband en bijgevolg, naar onze overtuiging, aan de zorg. Het beleid van onze instelling verzet zich tegen

elk streven naar normalisering en overmatige medicalisering van de geestelijke gezondheid.

Om spraak en diepgaand introspectief werk zo goed mogelijk te ondersteunen, hebben wij ervoor gekozen geen vervangende producten aan te bieden in onze ondersteuning van onthouding, omdat wij van mening zijn dat dit soort behandeling, door de interne ervaring van de persoon te schrappen, het subject niet ondersteunt in zijn of haar creatieve proces van het zoeken naar oplossingen.

Een andere bijzonderheid van ons centrum is



de afwezigheid van werknemers op weekavonden. Sommige bewoners die gevorderd zijn in hun behandeling krijgen namelijk bepaalde extra verantwoordelijkheden op het gebied van het beheer van het gemeenschapsleven, zoals bijvoorbeeld het onderhouden van het kader tijdens de afwezigheid van de therapeuten. Het herstellen van een vertrouwensvolle en veilige relatie en het werken aan empowerment zijn volgens ons fundamentele elementen van een



behandelingsproces.

De deelnemers die wij ontmoeten hebben regelmatig lichamelijke ontwenning doorgemaakt zonder dat zij erin slaagden hun onthouding vol te houden. Ondanks het verdwijnen van de fysieke afhankelijkheid kan er inderdaad een psychische afhankelijkheid van het middel blijven bestaan. Het is niet omdat iemand stopt met het gebruik van de drug, dat de verschillende functies die de drug inneemt ook verdwijnen. Het werken aan terugvallen met de groep en het team is een basis voor het uitwerken van de redenen voor een terugval en kan een startpunt zijn voor het vinden van nieuwe en effectievere oplossingen.



Tot besluit: de reis tegen verslaving is een lang en ingewikkeld proces. Het gaat vaak gepaard met veel keuzes en veranderingen. Wij zijn ervan overtuigd dat de band een essentieel element is in dit proces. De integratie van de persoon in een welwillende en geruststellende relatie en de waarde die aan zijn of haar woord wordt gehecht, zullen het uitgangspunt vormen van het werk ter bestrijding van de verslaving.

**Julie Jaucot – Assistente van de directeur**



**Thomas Engelen – Psycholoog**  
**Jean-Pierre Martinez – Psycholoog**

Nota's:

1) Therapeutische beweging, ontstaan in de jaren zestig als alternatief voor de zogenaamde klassieke psychiatrie. Institutionele psychotherapie hecht fundamenteel belang aan groepsdynamiek, zowel tussen patiënten onderling als tussen patiënten en verzorgers.

## DUNE VZW: zorg door emancipatie



**Aanvankelijk waren burgers zoals elk ander**

In Brussel vormden druggebruikers begin jaren 90 als reactie op de aids-epidemie een zelfhulpgroep, de CCLA ("Citoyens Comme Les Autres"). In 1998, na de ontbinding van dit gezelschap, hebben enkele van zijn leden en de sociale-gezondheidssector zich verenigd om het project uit te voeren dat heeft geleid tot de oprichting van de vzw DUNE.

Aanvankelijk was DUNE gericht op injecterende druggebruikers, in een context waarin het hoofddoel was de risico's van injectiepraktijken (HIV, hepatitis, enz.) te bestrijden.

In de loop der tijd is DUNE geëvolueerd om in te spelen op de sociale en gezondheidsrisico's die samenhangen met veranderingen in het gebruik van legale en illegale psychotrope middelen - inhalatie, polydruggebruik, nieuwe producten.

**Een holistische benadering van gezondheid**

Al bijna 25 jaar werkt DUNE met druggebruikers in situaties van extreme armoede en sociale uitsluiting. Het heeft tot doel de voorwaarden voor een waardig leven en de toegang tot eerstelijnszorg en sociale bijstand te garanderen. Gezien de complexiteit van de trajecten en de verscheidenheid aan obstakels waarmee deze kwetsbare groep wordt geconfronteerd, stelt het psycho-medisch-sociale team een holistische benadering van de gezondheid voor. Hoewel de gezondheid van mensen in zorgwekkende situaties die drugs gebruiken belangrijk is in de uitgevoerde acties, staan emancipatie en eigenwaarde evenzeer centraal.

Tot de aangeboden diensten behoren: een avondreceptie, het verstrekken van schadebeperkend materiaal, een medische apotheek, een sociale dienst, outreach-diensten (straathoekwerk, medibus en mobiele ondersteuning), gemeenschapsactiviteiten, enz.

**Deelnemen om meer betrokken te worden**

Meer in het algemeen streeft het door DUNE ontwikkelde systeem ernaar de slagkracht van iedereen te versterken. Elke gebruiker is een acteur in zijn eigen herstel. Om hiertoe bij te dragen wordt de medewerking van het publiek gevraagd. Deze benadering is gebaseerd op individuele emancipatie en de democratisering van institutionele praktijken.

De individuele vaardigheden van de mensen die gebruik maken van de diensten van de vereniging worden gemobiliseerd om een evenwichtige uitwisseling tot stand te brengen. Deze aanpak maakt zowel gebruik van de middelen en de kennis van het team als van die van het publiek. De persoon kan zich zijn capaciteiten (opnieuw) toe-eigenen, om te investeren in zijn hulp en zorg. Er is ook een wens om een vertrouwensrelatie te bewerkstelligen die de instelling van een permanente follow-up vergemakkelijkt, een noodzakelijke stap om de integratie van mensen binnen de traditionele structuren van de sociale gezondheidszorg te bevorderen.

Het DUNE-systeem wordt dus vervolledigd met gemeenschapsactiviteiten - kunstatelier, vrouwenruimte, radiowerkplaats, hondenbegeleiding, multisport... - maar ook peer-to-peer projecten<sup>(1)</sup>, focusgroepen<sup>(2)</sup> en betaald alternatief werk, dat de gebruikers de mogelijkheid biedt om als betrokkenen deel te nemen aan het actieve leven van de vereniging. Overtuigd van de toepasselijkheid van deze aanpak, coördineert DUNE het Nomad Network, een groep van in Brussel gevestigde organisaties die zich inzetten voor de bevordering van participatieve praktijken (via de realisatie van inhoud, de organisatie van evenementen, werkgroepen, enz.). Meer informatie op

[www.reseautomade.be](http://www.reseautomade.be)

**Tegen elke vorm van stigmatisering, contacten leggen, opleiden en informeren**

Het publiek van DUNE wordt blootgesteld aan negatieve en discriminerende houdingen. De stigmatisering van druggebruikers, vooral van illegale drugs, vergroot de ongelijkheid in vele contexten: gezondheidsdiensten, sociale diensten, werkplaatsen, media...

Door haar geïntegreerde aanpak, haar onvoorwaardelijk toegankelijke diensten en een niet-oordelende houding ten opzichte van hun consumptie en levensstijl, creëert DUNE een bijzondere relatie met haar doelgroep. Het DUNE-team werkt met hen samen om een context te creëren die gunstig is voor hun herstel. DUNE werkt ook mee aan de destigmatisering van druggebruikers, met name door opleiding voor professionals en studenten. De vereniging ontwikkelt ook informatiemiddelen voor het grote publiek, zoals de multimediasgids "Le Bon Plan", die de toegang tot de sociale en gezondheidsvoorzieningen in de omgeving moet vergemakkelijken (meer informatie op [www.dune-asbl.be/le-bon-plan/](http://www.dune-asbl.be/le-bon-plan/)).

**De kracht om te handelen, een hefboom voor herstel**

Isolatie doorbreken, vertrouwen herstellen in de eigen stem, in het vermogen om te handelen, het gevoel van eigenwaarde versterken... Dit zijn allemaal manieren om het hoofd te bieden aan de toenemende onzekerheid, om verontwaardiging om te zetten in betrokkenheid, om van machteloosheid over te stappen op emancipatie.

DUNE bruist van de projecten, met enthousiasme ontworpen door een team dat vastbesloten is een blijvend effect te hebben op de gezondheid en het welzijn van iedereen. De vereniging werkt nu aan de uitvoering van nieuwe wegen en interventiegebieden. In een tijd waarin de levensomstandigheden van de meest behoeftigen worden verslechterd door een ongekende crisis, moeten deze nieuwe projecten DUNE in staat stellen haar totale aanbod te verrijken en de hefboomen voor herstel



en sociale participatie van de meest marginale bevolkingsgroepen te blijven vermenigvuldigen.

**Charlotte Bonbled**

[www.dune-asbl.be](http://www.dune-asbl.be)

[www.facebook.com/duneasbl](https://www.facebook.com/duneasbl)

Nota's:

1) Collegiale ondersteuning is gebaseerd op de ervaringen van de betrokkenen om mensen in moeilijkheden te ondersteunen. Het moedigt gebruikers aan zich uit te spreken door hun ervaringen te waarderen en te delen.

2) Focusgroep: de focusgroep is een methode die is geïnspireerd op de menswetenschappen: het gaat om een ontmoeting tussen professionals en begunstigden, waarbij de mening van laatstgenoemden wordt gevraagd om voltallige of in uitvoering zijnde projecten en bepaalde aspecten van de organisatie van de vereniging te evalueren.





# vzw Le Pélican

Interview door René Bartholemy (RB) en  
getranscribeerd door Kristell Snoeck



**RB** : Ik ga jullie vragen om eerst jezelf en dan elkaar voor te stellen en dan de vzw Le Pélican voor te stellen, wat de vzw doet, waar ze vandaan komt, een beetje geschiedenis, de doelstellingen, de filosofie, enz.

**Tanya Mendoza (TM)** : Mijn naam is Tanya Mendoza en ik ben psychologe hier bij Pélican.

**Florence Marsin (FM)** : Ik ben Florence Marsin, psychologe en preventieprojectleider bij Le Pélican.

Een beetje achtergrond om mee te beginnen. Le Pélican is een instelling die al vrij lang bestaat. In het begin was het een discussiegroep, maar niet per se gericht op verslavingen. Na verloop van tijd werd het een instelling die zich op dit thema richtte en uiteindelijk kreeg het de goedkeuring van de COCOF om zich echt te ontfemen over mensen die problemen hebben met hun consumptie, maar ook om opleidingsmissies in bedrijven of preventie voor te stellen. We hebben verschillende missies binnen de Pelican die rond dit thema draaien.

**TM** : Wij zijn een vzw die zich ontfemt over mensen die problemen hebben met alcohol, drugs, medicatie en gokken. Wij bieden vooral psychotherapeutische begeleiding voor mensen met drankproblemen en voor hun omgeving. Dit kan individueel, in koppels of zelfs in gezinnen. Daarnaast hebben we een gespreksgroep: 2 uur, eens in de twee weken.

**FM** : Het belang van deze groep is om gebruikers de mogelijkheid te bieden samen te komen en te bespreken wat zij meemaken op het gebied van consumptie. Het is een groep die zeer vrij is wat betreft de onderwerpen die worden besproken, we hebben geen vastomlijnde thema's, afgezien van de doelstellingen van de patiënten. We hebben mensen die voor matiging zijn en anderen voor onthouding. Dit is ook een van de specifieke kenmerken van de Pelikaan, namelijk dat wij in Brussel een VZW hebben die besloten heeft zich te positioneren door het idee van matiging te aanvaarden en die met patiënten in matiging kan werken, in tegenstelling tot andere instellingen in Brussel of elders die echt direct voorstander zijn van onthouding voor verslavingsproblemen. Het is ook dat wij het verschil maken tussen een verslaving en een problematische consumptie. Hier is iedereen welkom, tussen aanhalingstekens. Afhankelijk van hun doelstelling zullen wij hen begeleiden,



zonder noodzakelijkerwijs onthouding en niets anders te bepleiten.

**RB** : Wat is voor u het verschil tussen verslaving en problematisch gebruik? Want ik denk dat er een manier is om die twee door elkaar te halen als je niet goed geïnformeerd bent.

**FM** : Als we het over verslaving hebben, hebben we het over...

**TM** : Voor mij persoonlijk is het meer de bestempeling van een persoon als je hem in aanraking brengt met verslaving. Het is alsof het iets is waar je niet echt uit kunt komen. Terwijl problematisch gebruik minder stigmatiserend is voor mensen, en hen misschien in staat stelt de druk die ze zichzelf opleggen te verlichten. Je kunt de controle over je gebruik verliezen en dat is op zich niet erg; belangrijk is wat je ermee doet. Dat is eigenlijk mijn idee.

**FM** : Deze niet-stigmatisering is uiterst belangrijk! En trouwens, een problematische gebruiker kan iemand zijn die zelden drugs gebruikt, maar als hij dat doet, gaat hij heel, heel ver en brengt hij zichzelf in gevaar.

Ik geef vaak dit voorbeeld: als ik twee keer per jaar uitga, maar twee keer per jaar twee flessen wodka leeg moet drinken om mijn hoofd in de lucht te krijgen, dan is dat problematisch verbruik. Maar het is geen verslaving! Als ik daarentegen elke dag mijn glas of twee wijn nodig heb en er zelfs overdag aan denk dat ik vanavond mijn fles nodig heb, dan wordt dat een verslaving. Op korte termijn is het misschien geen probleem, maar op de lange termijn wel, omdat het gezondheidsproblemen gaat opleveren en zo, maar op korte termijn, zolang ik weet hoe ik 's morgens moet opstaan en mijn verantwoordelijkheden moet nakomen, zal het voor mij geen probleem zijn. Dat is ook het verschil tussen de twee.

**RB** : Je zegt patiënten. Zo noem je de mensen die hier komen, het zijn geen cliënten, gebruikers, het zijn patiënten. Waarom is dat?

**FM** : We noemen ze patiënten. Ik weet niet of we in het team hebben beantwoord waarom... Je zou kunnen zeggen begunstigde, gebruiker... Het hangt er echt vanaf waar je werkt en trouwens, dat is een groot debat in de psychologie zelf. Zeggen we cliënten, patiënten, als we cliënt zeggen betekent het dat er een monetaire relatie is...

**TM** : Ja, ik heb een beetje moeite met "cliënt". Aan de andere kant is het waar dat begunstigde, gebruiker, in plaats van patiënt, de dingen gemakkelijker maakt.

**RB** : Heeft u een bepaalde aanpak, behalve het aanvaarden van een verminderd verbruik? Is er een bepaalde filosofie?

**TM** : Ik weet het niet, het is al gezegd, maar de Pelican is een team dat voornamelijk bestaat uit psychologen. Dus in ons team van psychologen zijn we met ongeveer 8 of 9.

**FM** : Van de psychologen zou ik zeggen 8!

**TM** : En dan hebben we ook nog de directeur, de boekhouder, de opleidings- en preventiemedewerker. We hebben vier mensen die andere dingen doen, verder zijn we een team dat volledig uit psychologen bestaat. En

in dit team van psychologen hebben we verschillende oriëntaties. Ons idee is om heel open te staan voor alle instrumenten. We hebben vaak onderlinge gesprekken waarin we onze visie op de dingen delen. Persoonlijk heb ik de neiging om Cognitieve Gedragstherapie te volgen met een andere psycholoog. We hebben twee systeempsiologen, jij [Florence Marsin] bent meer lichaamspsycholoog...

**FM** : Ik ben korte tijd geïnteresseerd geweest in lichaamstherapie. Maar ik ben meer cognitief-gedragsmatig ingesteld. Ik heb belangstelling voor lichaamstherapie, maar ik sta nog aan het begin van deze belangstelling.

**RB** : Voor leken zoals ik, is lichaamstherapie?

**FM** : Het is heel breed! Hier ben ik geïnteresseerd in een vorm van lichaamstherapie waarbij we ons baseren op de diepe gevoelens van de patiënt als hij over zijn lijden praat en ons afvragen hoe dit diepe gevoel zijn hele visie op de wereld kan kleuren, en hoe hij via dit gevoel de wereld en de dingen zal benaderen... Ik sta helemaal aan het begin van deze benadering en ik heb nog veel te leren...

En als we dan praten over lichaamstherapie, dan praten we ook over alle methoden van sofrologie, enz. Methoden die ons in staat stellen terug te keren naar het lichaam en niet altijd naar wat de patiënt zichzelf vertelt, om te proberen te ontvlechten met wat er over hem verteld wordt. Maar versmelten betekent dat we vaak patiënten hebben die aankomen met een heel moeilijk verhaal dat ze zichzelf over zichzelf vertellen, en het is een verhaal dat veel lijden kan veroorzaken. Als we in plaats daarvan het lichaam benaderen, benaderen we de ervaring van de patiënt, maar met een ander ingangspunt dan het verbale en intellectuele, dat voor de persoon zeer blokkerend en beperkend kan zijn. Maar in feite kunnen we bruggen bouwen tussen veel van onze benaderingen. En ik denk dat het veel langer dan een half uur duurt als ik alles moet uitleggen!

Een van onze bijzonderheden is dat we online ondersteuning bieden. We hebben twee websites voor alcohol en een andere voor gokken. Deze sites bestaan uit drie delen: een informatiegedeelte met veel informatie over het onderwerp, een "zelfhulp"-gedeelte voor mensen die zich kunnen registreren om zichzelf te testen en een online-ondersteuningsgedeelte gedurende 12 weken, eenmaal per week, waar zij gratis en anoniem met onze psychologen kunnen chatten.

**TM** : Dit betekent dat zodra de persoon is ingeschreven op de site, er een kleine wachtlijst is. Maar zodra een van de psychologen zich over hen ontfemt, hebben zij gedurende 3 maanden altijd een afspraak met dezelfde psycholoog, eenmaal per week en schriftelijk, wat de anonimiteit garandeert. Het is ook zo dat de afspraken op verschillende tijdstippen worden gemaakt, buiten de werkuren, zodat de laatste afspraak tot 20.00 uur kan worden aangehouden.

**FM** : Dit maakt het mogelijk om mensen te bereiken die niet klaar zijn om persoonlijk te komen, die niet durven... We hebben al patiënten gehad die zeiden: "Ik zou wel willen komen, maar ik ben bekend in de buurt, ik wil niet gezien worden als ik de VZW verlaat" of dat soort dingen. Het helpt ook om bepaalde grenzen te overwinnen: mensen die het niet durven toegeven aan hun echtgenoot, hun kind, enz.



**RB** : Wordt elke patiënt met een verslavingsprobleem bij u geaccepteerd of zijn er voorwaarden (afgezien van het soort middel of het gokken)? En wat met mensen die er niet klaar voor zijn, die niet genoeg ziekte-inzicht hebben om verder te gaan?

**TM** : Om de eerste vraag te beantwoorden, er zijn enkele voorwaarden om naar Le Pélican te komen. Ten eerste, omdat wij een team van uitsluitend psychologen zijn, is het voor ons erg moeilijk om mensen met een niet gestabiliseerde psychiatrische stoornis op te vangen. Mensen met een psychiatrische stoornis zijn welkom als ze gestabiliseerd zijn, als ze niet gestabiliseerd zijn, hebben we niet de infrastructuur om voor hen te zorgen en zullen we hen eerder doorverwijzen naar iets meer geschikt.



En als de persoon zich er niet van bewust is dat zijn consumptie een probleem is: Soms hebben we mensen die komen om hun echtgenoot te plezieren, om hun kind te plezieren, om hun ouders te plezieren. Maar deze mensen komen één keer en daarna komen ze niet meer. Ons standpunt is dat we mensen de tijd geven om zich te realiseren, om te accepteren dat ze een probleem hebben met consumptie. We dwingen ze niet om te komen, we jagen ze niet op, maar als ze ons nodig hebben, zijn we er.

**FM** : Als je naar de verdedigingsmechanismen kijkt, is het eigenlijk contraproductief om te dwingen, het zal eerder versterken. We kunnen uitgaan van het principe dat de consumptiekwestie, zoals alles, een proces is en dat, als we een persoon hebben die hier komt met een verhaal, we het zaad moeten planten waardoor hij al dan niet verder kan gaan in zijn proces.

Het blijft zijn beslissing, want het is een proces dat persoonlijk moet blijven. Als hij wil blijven consumeren tot het punt dat hij zichzelf misschien in gevaar brengt, is dat in zekere zin zijn zaak. We kunnen niet werken met mensen die deze stap niet zelf willen zetten.

**RB** : Is verslaving een kwestie van geestelijke gezondheid en zo ja, waarom?

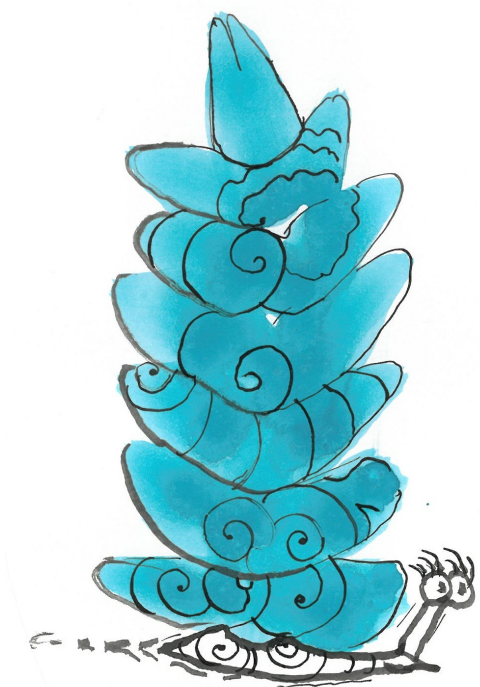
**TM** : Ik denk dat achter elke problematische consumptie iets specifiekers zit dat de persoon ertoe brengt om te consumeren en daarom is wat ik graag tegen een patiënt zeg, wat ik vaak zeg, dat consumptie niet hun echte probleem



is, consumptie is het gevolg van iets dat niet goed gaat en hier gaan we werken aan wat niet goed gaat, wat er achter de consumptie zit en dat vertel ik ze ook want vaak heb ik gesprekken waar we niet of bijna niet over consumptie praten omdat het geen zin heeft om erover te praten en te zeggen dat het goed komt als we er verder niets aan doen, maar nee, want consumptie is niet hun echte probleem. Dus voor mij is het echt een deel van...

**FM** : Ja, het is een mechanisme dat ons in staat stelt bepaalde dingen te compenseren, dus in ieder geval is het essentieel ons de vraag te stellen welke plaats consumptie in iemands leven inneemt. Er zijn vele manieren om dingen te benaderen, maar dit is het essentiële aspect als we consumptie schrappen, zit er een groot gat in het systeem.

**RB** : U zei het eerder, maar ik wil er graag op terugkomen. Een patiënt is zelden alleen, hoe zit het met de familie, de verwanten, de verzorgers en wat is hun plaats in uw werk?



**TM** : Dit is een vraag waarop geen duidelijk en precies antwoord bestaat, omdat ik denk dat het afhangt van de achtergrond van de persoon. Als het mensen zijn die aan het begin staan van het verliezen van de controle over hun consumptie, kunnen er nog mensen om hen heen zijn, maar er zijn ook mensen die al jaren met het probleem bezig zijn en daardoor is er eigenlijk niemand om hen heen.

Ik weet niet echt hoe ik deze vraag moet beantwoorden, maar ik denk dat wanneer de mensen om hen heen aanwezig zijn, dat een steun voor hen is en dus proberen we ook te werken, de banden te versterken, hen te stimuleren om terug te keren naar hun omgeving wanneer dat mogelijk is. Als het niet mogelijk is, werken we met wat we hebben en dan bin...

**FM** : Ja, en als de mensen om je heen je niet dwingen om te gebruiken. De omgeving is soms ook... we zitten met consumenten die hun hele omgeving laten consumeren, dus... omdat ze al hun ervaringen hiermee hebben opgedaan, is hun hele sociale netwerk er ook, dus soms is de omgeving niet alleen een steun, het is ook wat hen aan het consumeren houdt. We zullen zien over wat voor entourage we het hebben.

**TM** : Nou, als er een positieve externe steun is, versterken we die, als die er niet is, proberen we er een te creëren. Dat is ook een deel van ons werk.

**RB** : Vandaar het nut van paar- of zelfs

groepssessies?

**TM** : Ja.

**FM** : Of ook discussiegroepen, je gesteund voelen door mensen die hetzelfde meemaken is niets anders dan je gesteund voelen door mensen die buiten de moeilijkheden staan, nou ja buiten de moeilijkheden kunnen we goed met elkaar opschieten.

**RB** : Ik ben al bij mijn voorlaatste vraag. Wat gebeurt er als de patiënt hier weggaat? Hij is niet noodzakelijk, en ik zet grote aanhalingstekens, genezen. Sturen we hem ergens heen voor een follow-up voor de volgende stap of is hij eruit, is hij eruit?

**TM** : Zoals we in het begin hebben uitgelegd, werken we met het doel en de motivatie van de patiënt.

Dus als de persoon komt met een echt verlangen om zijn consumptie te veranderen en we kunnen ons voorstellen dat de persoon veel consumeert, misschien zou een kuur nuttig zijn, dus sturen we hem in de richting van een kuur terwijl we hem vertellen dat dit is wat we zijn begonnen maar het gaat door, het is niet omdat je een kuur gaat doen dat we elkaar niet meer zullen zien, mensen kunnen voor een behandeling gaan en terugkomen en de follow-up voortzetten, dit zijn dingen die gebeuren en zo niet, mensen komen voor een follow-up voor een tijdje en komen dan niet meer, dus het is een deel van hun reis, het is een deel van het respect van hun doel en dus als ze terugkomen, komen ze terug, als ze niet terugkomen, is het omdat ze verder gaan met andere dingen...

**FM** : Misschien. Je kunt niet controleren wat er buiten gebeurt, dus het is ook een taak om dat los te laten.

Het kan heel moeilijk zijn als sommige patiënten weggaan en om tegen jezelf te zeggen dat mijn werk daar ophoudt, dat kan heel moeilijk zijn, maar het hoort bij het proces van de persoon.

**TM** : We respecteren de fase waarin de persoon zich bevindt en dringen niets op.

**RB** : Nou, de laatste vraag en de grote vraag. Heb je daar nog iets aan toe te voegen?

**FM** : Daar heb ik eigenlijk niets aan toe te voegen. Misschien hebben we hier veel nadruk gelegd op de psychologische kant, maar in de Pelican zijn er ook andere opdrachten, maar uw vragen gingen vooral over verslaving en niet over preventietraining.

**RB** : Laten we het hebben over preventietraining. We hebben het er eerder kort over gehad. De chatrooms, die een tweede manier van communiceren zijn met psychologen, jullie doen aan preventie. Wat houdt dit in?

**TM** : Preventie is anders omdat het niet hetzelfde interventieniveau is. Als we preventie nemen om iets globaals te doen, hebben we drie vormen van preventie: primaire, secundaire en tertiaire. Bij tertiaire preventie zijn we in behandeling als we het over verslaving hebben.

Voor primaire preventie benaderen we een meer globale populatie; het probleem bestaat nog niet, er is geen verslaving, maar we zullen het bewustzijn vergroten.

Voor secundaire preventie is het doelpubliek nog duidelijker omdat het al een publiek van consumenten kan zijn en dan hebben we de tertiaire preventie, die de behandeling is. In

alles wat daarvoor komt, is er veel voorwerk om de bevolking te informeren, maar ook als we het hebben over een bevolking die al een consument is, een doelgroep die al een consument is van risicovermindering, OK je wilt consumeren, maar hoe kun je het zo bewust mogelijk doen terwijl je zo min mogelijk schade aan je gezondheid toebrengt, dus we praten ook over het plezier dat het kan brengen.

Het is heel interessant, want toen we de twee benaderingen aanvulden, was het zinvol, want als we aan preventie doen op het gebied van verslaving, op het gebied van drugsgebruik, zullen we ons realiseren dat we een positie zullen innemen ten opzichte van de wet die in de lijn ligt van de legalisering van drugs, want in feite zal een onderdrukkend systeem het drugsgebruik onder de bevolking sterk doen toenemen.

Daarom vind ik het altijd zeer interessant om beide luiken te hebben, in ieder geval de preventie te hebben doorlopen voor de behandeling, omdat het ons in staat stelt de hele populatie drugsgebruikers samen te brengen en niet alleen degenen die moeite hebben met drugsgebruik. En om los te komen van het taboe en het stigma dat consumptie op de bevolking kan leggen en om de dingen op verschillende manieren te benaderen.

Zo.

**RB** : Mijn vraag was niet zo eenvoudig... dus we praten over preventie maar je hebt ook training.

**TM** : Ja, in feite hebben we een college dat aan preventie doet in bedrijven en als gevolg daarvan krijgt ze verzoeken van werkgevers die hun beleid met betrekking tot consumptie, dus het staat in de wet op welzijn op het werk en als gevolg daarvan vragen ze onze collega om in te grijpen, eerst om het beleid op te stellen om uit te zoeken wat goed is, nou ja, wat goed is en wat niet goed is, wat ze wel of niet kunnen doen.

Zo worden ze zich bewust van dingen en hoe te reageren als ze geconfronteerd worden met een collega die gebruikt heeft, wat hem of haar helpt of niet, het is meer in het idee van als er iemand is die drugs gebruikt op het werk, hoe hem of haar te helpen in plaats van hem of haar te ontslaan of te stigmatiseren. Dat is het eigenlijk.

**FM** : En dan effectief begeleiden bij de uitvoering van het beleid, want het is gemakkelijk om iemand te ontslaan omdat hij of zij heeft geconsumeerd als er bijvoorbeeld een bar in het bedrijf is, omdat hij of zij te veel heeft geconsumeerd zal ik maar zeggen. Normaal gesproken zijn er in de bedrijfsweld veel grote vergaderingen, zeer feestelijke momenten enz. .... maar als er een probleem is, wordt de persoon gestigmatiseerd en wordt hij eruit geschopt.

Zo werkt de maatschappij, maar er zit een hypocriete kant aan: je drinkt, je consumeert, en als er een probleem is, is het de schuld van de persoon. Dus het is ook belangrijk om hierop terug te komen.

**RB** : Persoonlijk heb ik niets meer toe te voegen, ik vond dit buitengewoon rijk, ik heb veel geleerd. Hartelijk dank daarvoor en ik kom nog steeds terug op deze hamvraag: niets meer toe te voegen?

**TM** : Ik heb een vraag. Een vraag over de prijs, kan het interessant zijn?



**RB** : Ja, als je het wilt zeggen, ga je gang.

**TM** : Als mensen een afspraak willen, kunnen ze het nummer van Pelican bellen, dat ik niet uit mijn hoofd ken [02/502.08.61], en wij zetten een gesprek met hen op, dat een gratis intakegesprek is en ons in staat stelt hun verzoek, hun levensgeschiedenis en hun verwachtingen door te nemen.

Daarna hebben we een teamvergadering waarin we al onze opvang presenteren en waarin we de tijd nemen om na te denken. En vooral met het idee of deze persoon bepaalde verwachtingen heeft, waaraan we niet weten te voldoen, zodat we hem of haar doorverwijzen naar iets dat beter bij hem of haar past.

Valt hun verzoek binnen onze competentie, dan stellen we een psycholoog in ons team aan om hen op te volgen.

Dit betekent dat zij niet noodzakelijk dezelfde persoon die haar ontvangt bij de receptie zal hebben om de follow-up te doen.

Eens de opvolging met een psycholoog begint, zal het de persoon zijn tot het einde en de consultaties zijn aan de prijs van 15 euro met een terugbetaling van de mutualiteit die mogelijk is.

**FM** : De discussiegroepen zijn gratis.

**RB** : Het klopt dat deze informatie zeer interessant kan zijn. In dat geval stel ik voor om hier te stoppen.





# Fonds des Affections Respiratoires FARES asbl



## Psychiatrie, geestelijke gezondheid en tabaksbeheer in Brussel

Het Fonds des Affections Respiratoires - FARES vzw - is een vereniging met verschillende diensten, waaronder een preventiedienst voor het verbruik van tabaksproducten en afgeleiden daarvan (sigaretten, e-sigaretten, chicha, joints, enz.). Een van haar opdrachten is beroepsmensen - uit de sociale, gezondheids- en onderwijssector - te ondersteunen bij hun preventie-inspanningen, in verschillende milieus (gemeenten, scholen, buurtcentra, ziekenhuizen, internaten, dagcentra, ...) in Wallonië en Brussel. Een ander aspect van de activiteiten van de vereniging betreft de begunstigden. Deze omvatten projecten zoals discussiegroepen, mindfulness-meditatie en outreach-activiteiten (bv. wellness/gezondheidsbeurzen).

### Een Brussels rookbeheersplan.

Op Brussels niveau werken FARES en zijn Nederlandstalige partner VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw) samen aan de coördinatie, onder de koepel van BELTA, van het Brussels plan voor de aanpak van roken/vapen, dat bijzondere aandacht besteedt aan kwetsbare groepen. Het hoofddoel van dit plan is de toegang tot ondersteunende en beheersdiensten voor tabaksgebruikers te vergemakkelijken. In dit verband moedigt BELTA de zichtbaarheid van tabaksoverleg en de daaraan gekoppelde financiële steun aan.

Hun opdrachten kunnen dus verschillende vormen aannemen (opleiding, discussiebijeenkomsten, documentatie-ondersteuning, enz.) en zijn gericht op

verschillende doelgroepen (jongeren, volwassenen, professionals, gebruikers, enz.). Alle acties maken deel uit van een gezondheidsbevorderingsaanpak, d.w.z. dat zij tot doel hebben "het individu meer controle te geven over zijn eigen gezondheid en meer middelen om deze te verbeteren", en aldus zijn vermogen tot handelen te vergroten (empowerment)<sup>(1)</sup>. Zoals de WHO het omschrijft, is gezondheid een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Het wordt daarom gezien als een positief concept met de nadruk op sociale en persoonlijke hulpbronnen.

Gezondheidsbevordering is dus niet alleen een zaak van de gezondheidszorg<sup>(1)</sup>. Gezondheid wordt beïnvloed door de interactie van verschillende factoren, die gewoonlijk sociale determinanten van gezondheid worden genoemd (onderwijs, huisvesting, sociale relaties, context, levensstijl, enz.) Om een alomvattende aanpak te bevorderen, is het dan ook noodzakelijk om intersectorale werkzaamheden op verschillende niveaus (milieu, gemeenschap, beleid, individu) tegelijk aan te moedigen.

In het kader van al deze elementen geven wij de voorkeur aan een proces van bezinning en/of projectwerk waarbij participatieve en gezamenlijke interventies worden toegepast die gericht zijn op autonomie en op de versterking van vaardigheden die gericht zijn op het persoonlijke (emotie, zelfvertrouwen, enz.) en op andere personen en de omgeving (communicatie, probleemoplossing, enz.). Deze opvatting van gezondheid omvat de versterking van de psychosociale vaardigheden van het individu.

### Geestelijke gezondheid en roken

Tot op heden blijft de omvang van het roken bij bevolkingsgroepen die aan psychische stoornissen lijden zeer hoog, aanzienlijk hoger dan bij de bevolking in het algemeen. De correlatie tussen nicotineverslaving en pathologie is bijzonder uitgesproken voor schizofrenie, en is ook zeer duidelijk voor depressie, stemmingstoornissen en angststoornissen. Ziekenhuisopname in een psychiatrische omgeving is een bijzonder moment voor roken: in de meeste gevallen, wanneer er

geen specifieke interventie wordt ondernomen, verhogen rokende patiënten hun consumptie tijdens hun verblijf. Dit is geen onbeduidend probleem: roken veroorzaakt een aanzienlijke morbiditeit en vroegtijdige mortaliteit. Bovendien heeft het een bewezen effect op de werking van de meeste bewustzijnsveranderende (psychotrope) geneesmiddelen.

De psychiatrische en de geestelijke gezondheidszorg lijken echter nogal onthutst, of soms zelfs angstig, over de houding die moet worden aangenomen ten aanzien van het roken van patiënten - dat vaak een secundair probleem lijkt te zijn, of zelfs een bron van verzachting voor mensen die bijzonder moeilijke tijden doormaken - .... Zijn er niet veel "goede redenen" om te roken, zowel in instellingen als elders?<sup>(2)</sup>

Met het oog op deze situatie ontwikkelt FARES preventie- en bewustmakingsstrategieën voor de aanpak van het tabaksgebruik binnen psychiatrische en geestelijke gezondheidsstructuren. Elke instelling of dienst kan dus baat hebben bij ondersteuning bij het rookbeleid. Dit kan worden opgesplitst in verschillende acties en stadia: een discussiebijeenkomst met een team aan de hand van het spel "Parcours sans T" om voorstellingen te bespreken en kennis bij te werken; korte cursussen over de motiverende aanpak zijn ook mogelijk voor vakmensen. Brochures over tabaksproducten in verschillende talen die in Brussel worden gesproken (tabak, chicha, elektronische sigaretten en binnenkort over CBD) kunnen worden besteld of gedownload via de website [www.aideauxfumeurs.be](http://www.aideauxfumeurs.be); er kan op verschillende niveaus worden samengewerkt voor de verwezenlijking van activiteiten, ook op het niveau van de gebruikers.

Vaak moeten de patiënten zelf in actie komen om hun zorg- en ondersteuningsbehoeften kenbaar te maken aan de structuren die hen ondersteunen.

De door onze vereniging verzamelde getuigenissen tonen dus aan dat patiënten met psychiatrische stoornissen echt willen stoppen met roken en daarin ook slagen, en dat hun initiatieven in die richting minstens even frequent zijn als in de algemene bevolking. Hun weg is echter bijzonder moeilijk: hun mate van afhankelijkheid is over het algemeen hoger en hun levenscontext is niet erg gunstig voor een dergelijke verandering. Deze mensen moeten daarom worden ondersteund om het welzijn te bereiken dat zij nastreven.



### Brussel biedt hulp aan rokers

Sommige opvang- of verzorgingsstructuren hebben een tabaksoverleg in hun structuur, maar dit blijft anekdotisch. Daarom moeten deze diensten meer worden ontwikkeld in de psychiatrische en de geestelijke gezondheidszorg, maar moet ook de toegang van de gebruikers tot tabaksconsulten en de in Brussel aanwezige Centra voor Hulp aan Rokers - CAF® worden bevorderd. Het vrijmaken van het debat over de behoeften van de gebruikers is een eerste stap die kan worden aangemoedigd door elke beroepsbeoefenaar die in contact staat met dit publiek via de organisatie van discussiegroepen, participatieve en ludieke voorlichtings sessies, enz.

### Samenvatting

#### Voor instellingen en vakmensen

Voor vragen of verzoeken om ondersteuning/hulpmiddelen/materiaal kunt u terecht bij het BELTA-team op

02/518.18.69 - [berengere.janssen@fares.be](mailto:berengere.janssen@fares.be)

(voor Nederlandstalige instellingen :

[anja.adriaens@vrgt.be](mailto:anja.adriaens@vrgt.be) )

#### Een tabakoloog vinden :

[www.tabacologues.be](http://www.tabacologues.be) – [www.tabakologen.be](http://www.tabakologen.be)

Goed om weten: tabaksconsulten geven recht op een forfaitaire bijdrage van het ziekenfonds van 30 euro voor de eerste sessie en 20 euro voor de vervolgsessies (maximaal 8 consulten gedurende 2 kalenderjaren). Een extra bijdrage is voorzien voor zwangere vrouwen (30 euro per sessie).

Een gratis nummer voor advies en informatie:

0800/111.00 – tabacstop

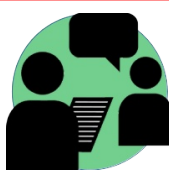
**Béregère Janssen**  
tabakspsycholoog bij Fares vzw

#### Nota's:

1) World Health Organization (WHO): The Ottawa Charter for Health Promotion, 2019. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

2) Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme – Pistes de réflexion 2018 – FARES asbl

# Infor-Drogues asbl



Interview door René Bartholemy (RB) en  
getranscribeerd door Kristell Snoeck

Korthedshalve zijn bepaalde onderdelen (aangegeven  
met het teken [...] weggelaten.

**RB** : Mag ik u vragen om elkaar om beurten voor te stellen en vervolgens Infor-Drogues voor te stellen : zijn geschiedenis, zijn filosofie, zijn doelstellingen – dat alles ?

**Maël Locomoral (AL)** : Ik ben relatief nieuw hier, een communicatie assistent en ik ben eind mei begonnen bij Infor-Drogues [2022].

**Antoine Boucher (AB)** : Mijn naam is Antoine Boucher en ik ben al heel lang verantwoordelijk voor de communicatie bij Infor-Drogues : ik ben hier in 1993 begonnen en ik ben ook trainer. We werken met teams van professionals in instellingen die te maken

hebben met drugsproblemen.

Met betrekking tot de historische kwestie, waarden, enz. Infor-Drogues is een zeer oude vereniging in de sector, ze werd opgericht in 1971. Ze werd opgericht na mei 68, na het opkomen van het druggebruik op een meer passieve manier, en vooral als reactie op de twee belangrijkste manieren om het probleem toen aan te pakken (die helaas nog steeds de meerderheid vormen), namelijk ofwel medische repressie ofwel politierepressie.

**RB** : Medische onderdrukking ? Wat betekent dat eigenlijk ?

**AB** : Medische onderdrukking is de bestrijding van consumptie, maar vooral in het medische aspect. Dat wil zeggen behandeling, de verplichting om te ontgiften, een behandeling te ondergaan, enz. Het is vaak gekoppeld aan politierepressie, omdat het vaak de rechter is

die de consument dwingt deze behandelingen te ondergaan. Dit is wat bekend staat als de alternatieve straf : om niet naar de gevangenis te gaan, moet je een behandeling volgen. Maar er is ook al veel eerder druk, ruim voor de veroordeling : de familie, de hele maatschappij die deze behandelingen zal uitvoeren, die zal proberen druk uit te oefenen op de gebruiker om via een behandeling te stoppen. Het zijn niet alleen de ziekenhuizen, er is een heel medisch of paramedisch systeem.

Daarom besloten verschillende leden van het maatschappelijk middenveld – Infor-Jeunes, de Ligue des Familles, het Aimer Centre van de ULB, het Anti-Poison Centre, en tal van instellingen uit die tijd – Infor-Drogues op te richten met het idee de stem van de consument zelf te laten horen en centraal te stellen. Want die wordt nooit gehoord in het systeem dat ik zojuist heb beschreven. Hij werd des te minder gehoord omdat hij geen waarde had, omdat het iemand was die, in de algemene vertegenwoordiging, door drugs wordt genomen. « Je neemt geen drugs, je wordt genomen door drugs. »

Op de een of andere manier is zijn woord niet



veel waard. Dat was de opvatting, en we kwamen er niet helemaal uit. Dus, in 1971, werd Infor-Drogues opgericht. En vandaag werken er twee grote teams aan dit concept :

Enerzijds een telefonische hotline, een consultatiedienst voor alle individuele gevallen. Aan de ene kant is er de telefonische hotline, een consultatiedienst voor alle individuele gevallen, of het nu gaat om ouders die zich zorgen maken, consumenten zelf die vragen stellen of professionals van allerlei aard. Een arts die geconfronteerd wordt met een patiënt, een advocaat, een opvoeder kunnen deze dienst bellen en overleg plegen.

Aan de andere kant, het preventie-opleidingsteam. Het zal te maken krijgen met instellingen die collectief worstelen met enkelvoudig of meervoudig drugsgebruik en niet echt weten hoe ze daarmee om moeten gaan. Ze zullen al verschillende oplossingen hebben geprobeerd (straffen, enz.), en het



werkt niet. Wat kunnen we in deze situaties doen ? Een meer professionele en collectieve context.

**RB** : Over wat voor soort instellingen hebben we het ?

**AB** : De instellingen die een beroep op ons doen zijn zeer gevarieerd, want drugsgebruik komt helaas overal voor. Het gaat van scholen tot alles wat een residentiële instelling is : residentiële centra voor jongeren uit de jeugdzorg, residentiële centra voor daklozen, voor vluchtelingen, voor volwassenen die de school hebben verlaten, mishandelde vrouwen, jongeren, seksuele geaardheid. Het is heel, heel breed.

**ML** : Er zijn ook gemeenschappelijke diensten, het is zeer, zeer gevarieerd.

**RB** : Iedereen heeft op een bepaald moment het verlangen om zich anders te voelen dan normaal, om anders in zijn vel te zitten, om anders te denken,... om zich anders te voelen, enz. En dus gebruiken we alcohol, we roken een of andere drug, we nemen pijnstillers, enz. Het overkomt iedereen en het is normaal.

Bent u het eens met deze opvatting die ik zojuist heb gegeven, en zo ja, op welk punt wordt het problematisch ?



**AB** : We zijn het bijna 100 % eens met wat je zei. We gaan ervan uit dat we nooit over problematische consumptie zullen praten. Dat is belangrijk. Wat wij, « professionals die goed geïntegreerd zijn in de consumptiemaatschappij », problematisch noemen is consumptie die we niet begrijpen, die het juiste niveau

overschrijdt, die misbruikt wordt, dat soort dingen.

We zeggen dan bijvoorbeeld : in principe is alcohol prima, zolang je niet boven (en iedereen bepaalt hier zijn eigen grens) 1, 2, 3 glazen per dag komt. De WHO heeft haar limiet, enz.

Wij gaan nee zeggen – en ook voor degene die gaat consumeren – tegen dit criterium van de problematische kant.

Dus, om het voorbeeld van alcohol weer te nemen : als je alcohol drinkt na je kantoor, wat je stress geeft, en je drinkt een beetje om 17.30 uur als je thuiskomt, dan drink je elke dag een beetje. Is dat een probleem of niet ? Nogmaals, dit is een subjectief standpunt. Voor uw vrouw, wier ouders aan alcoholisme zijn overleden, zal het veel te veel zijn en problematisch, terwijl het voor u volkomen

normaal is. Op de dag dat uw vrouw vertrekt en zegt « Ik heb genoeg van deze alcoholist », neemt u twee flessen sterke alcohol om uzelf knock-out te slaan. Is dat een probleem ? Nee, want je hebt een andere behoefte dan die waarvoor je gewoonlijk drinkt : om de verschrikking die je doormaakt, deze scheiding die je overhoop haalt, enz. totaal te vergeten. De motivaties zijn anders en de hoeveelheid alcohol zal ook heel anders zijn. Maar voor jou is dit geen probleem, het is normaal. Het doel is anders.

En dus, of het nu problematisch is of niet, je probeert er niet over te praten. Het is altijd een extern standpunt en het helpt niet om te begrijpen wat er voor de consument op het spel staat.

Consumptie beantwoordt aan een behoefte.

Je bevredigt je behoefte misschien te veel, en anderen zouden zeggen : « Maar eigenlijk kan het ook anders, en waarom doet hij niet aan sport ? En waarom gaat hij niet naar de bioscoop ? En waarom doet hij niet dit of dat ? Maar jij houdt niet van sport, de films zijn erg stom of er zijn geen bioscopen bij jou in de buurt... Kortom, het is altijd een beetje makkelijk, als je niet in de situatie zit, om te zeggen hoe de ander het zou moeten doen.

Het is heel vervelend en het helpt de band tussen de persoon die drugs gebruikt en de buitenwereld niet. We blijven in een enigszins superieure positie en oordelen over een drugsgebruik dat we duidelijk problematisch of misbruikend vinden. Dit is oppervlakkig en helpt niet veel.

**RB** : Wat is uw aanpak dan ? Hoe beantwoordt u al die vragen ?

**AB** : De vragen die ons gesteld worden gaan bijna altijd in eerste instantie over het product. Is dit product gevaarlijk ? Blijft mijn consumptie binnen een bepaald kader ? Wij proberen in deze vragen te graven door bij de motivatie te blijven : wat gebeurt er met de persoon ? Wat zijn de oorzaken ? enz.

Dan zijn er de « Waarom komt mijn zoon mij niet meer opzoeken ? Want daarom gebruik ik drugs, wat is er aan de hand? », wat in feite veel belangrijkere, fundamentele vragen zijn.

Als een behoefte is om vermaakt te worden en ik weet niet hoe ik moppen moet vertellen, neem ik af en toe lachgas of dat soort dingen, die waarschijnlijk niet mijn leven zullen overnemen.

Dan zijn er zwaardere vragen : « Mijn man heeft me verlaten... » en die volgorde. Dat zijn veel indringender vragen. Hier is het niet de drug die invasief is, het is de moeilijkheid om te doen, om te blijven leven met wat mij is overkomen. We gaan echt werken met deze vragen, deze vragen van motivatie.

Als we werken met een team leraren, een team opvoeders, een team verpleegkundigen, zullen we proberen te werken aan dezelfde vragen met betrekking tot hun publiek.

Hier zijn de zorgassistenten die naar het tehuis gaan : ze ontmoeten zo iemand die elke dag alcohol gebruikt. Als ze praten, beseffen ze dat dit iemand is die dit of dat probleem heeft, enz. Van het een komt het ander, het idee is om het verband te leggen tussen deze moeilijkheden en het gebruik, en dus te stoppen met het gebruik. Vaak is dit de enige manier. Dat is waar het bij verslaving om gaat : je bent verslaafd aan een manier, aan een oplossing om met deze moeilijkheid om te gaan, en als je probeert naar deze oplossing te handelen, dan werkt het niet : deze persoon gaat volledig tegenovergestelde strategieën toepassen : Er wordt gezegd dat ze naar een dokter moeten gaan, maar er wordt nooit een afspraak gemaakt.

De producten worden in beslag genomen, en het resultaat is dat ze die in elke kast opbergen, waar ze ook gebruiken. Het is een oud verhaal dat we al lang kennen, de tegengestelde strategieën. En uiteindelijk valt het vertrouwen weg.

Je hoort dingen over drugsverslaafden : het zijn allemaal leugenaars, dieven, etc. Het komt door het niet handelen naar het juiste. Het is niet de bedoeling van de verslaafde om tegen de persoon te liegen, wat hij vooral wil is behouden wat hem op de been houdt, wat hem in staat stelt zich staande te houden. En daarvoor is hij bereid « elk compromis te sluiten » (zonder in een cliché te willen vervallen).

En toch is hij vaak te goeder trouw : « Ja, ja, ik zal stoppen ! Op dat moment handelt hij te goeder trouw, maar dan realiseert hij zich dat het niet mogelijk is, dat hij beloftes heeft gedaan die hij niet kan nakomen.

Kortom, iedereen voelt zich zo in een systeem dat vastzit, omdat we uiteindelijk handelen naar de oplossing en niet naar het probleem ! Het standpunt van de consument : Ze handelen naar mijn oplossing, ze proberen me te beroven, terwijl ik geen andere weg zie.

Waarom zeggen professionals vaak « hij is in ontkenning »?

« Nee, het is geen probleem, ik ben niet in ontkenning, het is echt mijn oplossing. Ja, het heeft wat nadelen, maar ik zou niet zonder kunnen, dus het is meer een oplossing dan een probleem. »

Dat proberen we professionals duidelijk te maken en het is ingewikkeld, het is een grote rouw om te doen. Deze behoeften zijn natuurlijk essentieel.

Daarom roken we, ook al is roken dodelijk. Omdat het een hyperbelangrijke, hyperessentiële behoefte is voor de roker, en de complicatie voor de professional is dat hij de roker niet kan vragen : « Vertel me waarom je rookt ! Dat ga je me uitleggen, en dan zal ik je steunen. Want al deze behoeften zijn vaak onbewust. [...]

Je moet aan dit alles werken met de professionals. Het is een hele klus. [...]

**RB** : Wat zijn uw dromen zijn voor onze samenleving ? Dingen die zouden moeten veranderen om de situatie van druggebruik in het algemeen te verbeteren ?

**ML** : Ik zou zeggen dat we fundamenteel werk moeten doen. We moeten het beeld van de media duidelijk ontkrachten. Het is vooral een beeld van bestraffing – terwijl het beeld dat Infor-Drogues probeert op te bouwen door naar professionals te gaan en hen informatie te geven, is dat we alle delen van de samenleving moeten bereiken ! In feite zou het goed zijn om een opleiding te doen, zoals preventie doet, maar dan in de RTBF-toren om te proberen alle decriminaliseringsboodschappen die we in de krant of in de media zien te deconstrueren. [...]

**AB** : Onze samenleving moet echt veel dingen omgooien.

We moeten werken aan 3 hoofdcategorieën van motivaties voor drugsgebruik :

Om een band met anderen te creëren. Vandaag de dag zijn we daar niet zo mee bezig, we devalueren echte menselijke relaties zo erg en dat heeft veel problemen met drugsgebruik, geestelijke gezondheidsproblemen, etc. opgeleverd.

Identiteit. We moeten deze kwestie echt opnieuw bekijken als een vraag op zich : positieve identiteiten geven, vooral aan jongeren. Door hen negatieve identiteiten op te plakken, eindigen we met samenlevingen die op een ramp afstevenen.

En de derde grote categorie, de grootste : « Hoe gaan we om met onze emoties ». Dit kan niet geleerd worden. Hoe ga ik om met mijn woede, mijn verdriet, mijn vreugde ? Je moet weten hoe je ermee omgaat, maar ze leggen nooit uit hoe dat moet. Of je hebt het door omdat je het je ouders goed hebt zien doen, maar je weet niet hoe...

Maar als je ouders het niet konden, of het alleen konden door alcohol te drinken, elkaar of de kinderen te slaan, etc., dan weet je niet hoe. Dat is een beetje de manier waarop je het gaat doen... [...]

We worden elk teruggestuurd naar onze emoties : Je hebt een belangrijke rouwverwerking ? Je hebt twee of drie dagen vrij. En wat doe je dan ? Zo zit je een week na de dood van je man en je gaat weer aan het werk. Daar zijn je 200 dossiers voor die dag. Het is niet menselijk. [...]

Dat is het ! Als we dat allemaal konden veranderen, zou dat ons helpen ! [...]

RB : Dank u !



## Modus Vivendi vzw



**Modus Vivendi** is een vereniging zonder winstoogmerk die in 1993 is opgericht en actief is op het gebied van schadebeperking in verband met drugsgebruik. Schadebeperking is een volksgezondheidsstrategie die de gebruiker als geheel beschouwt en niet alleen zijn of haar consumptiepatroon.

Deze strategie is een reactie op de HIV/AIDS-epidemie in de jaren tachtig, die vooral mensen trof die psychotrope stoffen inspuitten. Op basis van een benadering waarin de persoon en de

behoeften die zij van vitaal belang acht centraal staan, verschilt zij van de ontwenning- en zorgprogramma's waarmee zij verbonden is, met als doel "de schade" te beperken. Terwijl het doel van behandeling is een verandering in de gezondheids- en/of psychosociale omstandigheden te bewerkstelligen, en het doel van preventie is de verspreiding van drugsgebruik onder de bevolking te verminderen, is het doel van schadebeperking de risico's te verminderen en de schade te voorkomen die drugsgebruik kan veroorzaken bij mensen die zich niet van



drugsgebruik kunnen of willen onthouden.

In de voorbije 30 jaar heeft Modus Vivendi zich verder ontwikkeld dan de schadebeperkende aanpak in verband met de HIV/AIDS-epidemie. Het begon met het beschikbaar stellen van steriele injectieapparatuur en de strijd voor de invoering van opiaat vervangende behandelingen. Dankzij zijn expertise is het ook actief op het terrein in de

Brusselse en Waalse partyscene (festivals, clubs, enz.) en onder studenten, en in een gemeenschapsruimte, Modus Fiesta. Daar kunnen mensen die drugs gebruiken elkaar ontmoeten en hun ervaringen en kennis delen, en het is ook mogelijk om ter plaatse een psycholoog te ontmoeten voor gratis individuele ondersteuning.

Door de betrokkenheid van mensen bij de vaststelling van prioriteiten en de besluitvorming te versterken, geven wij de gebruiker een plaats als deskundige op het gebied van zijn praktijken en behoeften. Dit geldt met name voor onze Snowball-projecten,







om consumptiemateriaal te vinden. Sindsdien wordt dit project - De Pijler - voortgezet en begeleidt en verwelkomt het de gebruikers in de binnenstad.

Wij blijven van jaar tot jaar vernieuwen, bijvoorbeeld door psychoactieve producten te analyseren zodat de gebruiker de samenstelling van zijn of haar product kan achterhalen. Het testen van producten vindt zowel binnen de instelling plaats als op bepaalde plaatsen dicht bij de

gebruikers.

Lange tijd werden drugsgebruikers voornamelijk doorverwezen naar instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of naar de gevangenis - of naar beide. Deze kinderlijkheid, en het daaruit voortvloeiende onvermogen om zelf beslissingen te nemen, kan sterk lijken op de behandeling van neuro-atypische mensen tot voor kort in de moderne geneeskunde, die wij niet als ziek of als delinquent beschouwen. Het is duidelijk dat er een verband bestaat tussen het gebruik van psychoactieve producten en de geestelijke gezondheid, maar

de meerderheid van de mensen die drugs gebruiken houdt zich niet bezig met dit probleem. Gebruiken neuroatypische mensen eerder psychoactieve producten? Of is het het ontbreken van middelen voor de zorg voor mensen die dat vanuit psychologisch of psychiatrisch oogpunt nodig hebben? Welk gewicht hebben de onzekerheid van mensen en maatschappelijke discriminatie (LGBT-fobie, racisme, enz.) in de ontwikkeling van verslavingsstoornissen? Deze vragen verdienen het om gesteld te worden.

Ons werk als schadebeperkers bij Modus Vivendi bestaat erin aan te tonen dat er geen enkel, globaal antwoord is op een probleem dat veelvoudig is. Daarom blijven wij, na 30 jaar deskundigheid, trouw aan de waarden die tot onze oprichting hebben geleid: een onvoorwaardelijk en niet-oordelend onthaal van mensen om hen toegang te geven tot objectieve informatie en de wens om de maatschappelijke beeldvorming over druggebruikers te veranderen.

Modus Fiesta is gevestigd in de

Van Arteveldestraat 130:

- Maandag van 16 tot 20 uur in aanwezigheid van een psycholoog.
- Woensdag van 16.00 tot 20.00 uur
- Vrijdag van 18.00 tot 22.00 uur met de mogelijkheid deze producten te laten analyseren

Le Pilier is gevestigd in de

**Van Arteveldestraat 83  
1000 Brussel**

met een inloopdienst en uitwisseling van steriel materiaal op maandag, woensdag en vrijdag van 14 tot 18 uur.

**Robin Drevet**



## Transit vzw



### Vernieuwing in het hart van de opvang van mensen en toegang tot het recht op gezondheid

Gelegen op het grondgebied van de Stad Brussel, tussen het Noordstation en de Van Praetbrug (Stephensonstraat 96 - 1000 Brussel), ontvangt Transit VZW al bijna 30 jaar mensen die legale en/of illegale drugs gebruiken. De instelling is 7 dagen per week en 24 uur per dag geopend en biedt een breed scala aan diensten die zijn afgestemd op de behoeften van een heterogene populatie, die zich meestal in een kwetsbare, problematische of noodlijdende situatie bevindt. Wij bieden u een onderdompeling in deze plaats die gewijd is aan die mensen.

kunnen kijken. Aan de andere kant grenst een eetzaal aan de keuken, waar de lunch wordt bereid en gegeten. Deze ruimte kijkt uit op een binnenplaats en een tuin aan de achterzijde van het gebouw.



Op de binnenplaats van de instelling

### Verbinding om in de behoeften te voorzien

Pauline, Juliette, Abderahmane en Nico doen het verbindingswerk en delen tijd met de "begunstigden" door participatieve projecten te bespreken en op te zetten. Het doel van deze aanpak is de erkenning van het burgerschap van drugsgebruikers, hun vermogen om projecten uit te voeren en hun deskundigheid over te brengen. De toegepaste filosofie is duidelijk die van Harm Reduction, en zij dringt door in alle praktijken van de Transit-medewerkers, op alle niveaus, van de opvang en ondersteuning tot het crisiscentrum (overdag en accommodatie), via het L.A.I.R.-loket. (opvang- en informatiecentrum voor schadebeperking), straatwerk, de verpleegdienst, de verstrekte opleiding, het vrouwen centrum, het werk met (ex-)gevangenen, en het aanbieden van individuele studio's onder toezicht (fase IV) en het vergemakkelijken van de toegang tot sociale huisvesting (fase V).

Voor Transit gaat het erom diensten aan te bieden die aangepast zijn aan de behoeften van een kwetsbare bevolkingsgroep die binnen de instelling hulp, een luisterend oor en troost vindt. Volgens Muriel Goessens, directeur van de instelling, is het noodzakelijk zich voortdurend aan te passen aan de realiteit van de mensen. Als wij laagdrempelige zorg bieden,

moeten wij in een noodsituatie kunnen reageren op de meest uiteenlopende situaties. Het kan gaan om een crisis waarvoor primaire zorg nodig is, of om opvang voor één of meer nachten.

In haar rol van ORBA (Regionale Onderwijs Operator van Brussel), neemt Transit actief deel aan de coördinatie en de operationalisering van de maatregelen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op het gebied van het drugs- en verslavingspreventiebeleid met alle openbare en particuliere betrokkenen op het terrein.

### Vier strategieën

De werkwijze van het centrum is gebaseerd op vier samenhangende strategieën die goed verankerd zijn in de verschillende projecten.

De eerste is de laagdrempelige aanpak, die de zorg voor een gebruiker mogelijk maakt zonder administratieve, financiële of onthoudingsvereisten. De diensten zijn volledig gratis en 24/7 toegankelijk. Dit is een kenmerk van de instelling dat ons publiek wordt ontvangen zonder oordeel, zonder voorwaarden en met respect voor zijn eigen tijdelijkheid (geen sociaal project of opgelegd behandeltraject). Zo kunnen wij de nadruk leggen op het relationele aspect van de zorg en het opbouwen van een vertrouwensband met de zorgvrager. Het team wil de fysieke en symbolische afstand tussen onze cliënten en de instellingen verkleinen en zo een einde maken aan het rondlopen van de meest gemarginaliseerde gebruikers", verklaart Julien Fanelli, directeur van de harm reduction unit.

Het tweede standpunt vloeit rechtstreeks voort uit deze principes van niet-oordelen en zelfbeschikking: schadebeperking. Door een op de praktijk gerichte houding ten opzichte van drugsgebruik wil zij boodschappen, kennis en instrumenten inzetten die ertoe bijdragen dat de consument zich bewust wordt van de gezondheidsrisico's en volksgezondheidsvraagstukken die aan bepaalde vormen van gebruik verbonden zijn.

De ingewikkelde situatie van de gebruikers, waarbij het vaak gaat om verslavingsproblemen, geestelijke gezondheidsproblemen, sociale uitsluiting of juridische problemen, vereist netwerken. Dit is



de derde strategie die is ontwikkeld om de continuïteit van de zorg voor gebruikers te waarborgen; hun traject moet tussen verschillende betrokken partijen worden gecoördineerd. Transit ontwikkelt dus een breed intersectoraal werk (opvangcentra, ziekenhuizen, OCMW's, MIVB, enz.) en maakt deel uit van vele netwerken (WaB, Bitume, Hepatitis C, enz.). Bovendien heeft Transit ook een interdisciplinaire aanpak, zodat de rollen en functies van iedereen worden gedeeld en uitgewisseld.

Deze kringloop maakt een beter overzicht mogelijk, voorkomt emotionele slijtage en bevordert een positieve werkdynamiek.

Ten slotte stelt outreachend werken (straathoekwerk) ons in staat gebruikers in hun leefomgeving te ontmoeten en zo de meest achtergestelde groepen te bereiken. Dit werk gebeurt zowel in de onmiddellijke omgeving van het crisiscentrum als op ruimere schaal, in nauwe samenwerking met de 19 Brusselse gemeenten en in de gevangenis.

### Een ontwikkeling die aansluit bij de nieuwe uitdagingen

Muriel Goessens herinnert zich: "We begonnen met 18 maatschappelijk werkers, een verpleegster, drie administratieve posten en één werkster. Wij waren relatief onervaren in het uitvoeren van een gloednieuwe missie in een veranderend, maar grotendeels geneeskundig landschap van hulpverlening aan druggebruikers. Op dat moment zat Transit tussen twee vuren. Enerzijds waren we niet medisch verantwoord, anderzijds waren we geen burgerinitiatief om de verspreiding van besmettelijke ziekten onder het drugspubliek te beperken. Als veiligheidsproject gericht op de volksgezondheid is onze integratie in het gemeenschappelijke landschap moeilijk, gezien de uitdagingen om in het overheidsbeleid rekening te houden met alle dimensies van drugsverslaving: de persoon, de context en het product.



Gevel bouwen



Tegenwoordig is er aanzienlijke vooruitgang geboekt op alle gebieden die met verslaving te maken hebben. De wetenschappelijke kennis heeft zich ontwikkeld, de zorg is verruimd, de diensten zijn beter gecoördineerd, maar bovenal heeft de gezondheidsdimensie de veiligheidsoriëntatie van het vroegere beleid naar de achtergrond verdrongen. Preventie en hulpverlening zijn de prioriteiten bij de aanpak van drugs en het gebruik ervan. Schadebeperking wordt erkend, terwijl repressie wordt beschouwd als de "Ultieme remedie"<sup>(1)</sup>.

Julien Fanelli bevestigt de globale en geïntegreerde aanpak van het overheidsbeleid met betrekking tot drugs, de evolutie van de sector en van Transit. Toen ik bij het crisiscentrum begon, wisten we dat de behoeften van ons publiek breder waren dan noodhulp en onderdak. Mensen vertelden ons bijvoorbeeld over hun problemen bij het vinden van steriel materiaal, bij het vinden van huisvesting of bij het terugkrijgen van hun rechten bij vrijlating uit de gevangenis. Het klimaat van vertrouwen dat in de loop der jaren met onze begunstigden is opgebouwd, is in veel opzichten nuttig geweest, vooral wat betreft de deskundigheid. Zij hebben ons in staat gesteld veel behoeften vast te stellen, niet alleen op het gebied van consumentenmateriaal. Samen met hen en met externe partners heeft Transit zich ontwikkeld. We openen het schadebeperkingsloket (informatie, steriele apparatuur, enz.) in 1999. Sindsdien hebben wij ons gediversifieerd en is onze legitimiteit op het gebied van verslaving gevestigd. Vandaag heeft Transit 10 projecten, 101 medewerkers, een front- en tweedelijns team, de exploitatie van de eerste verbruiksruimte met laag risico in Brussel en de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en verwezenlijking van een toekomstig geïntegreerd centrum in de hoofdstad tegen 2026.

### **Van belangenbehartiging tot innovatie: De opening van de "GATE"-ruimte voor consumptie met een laag risico**

Zoals reeds gezegd, heeft de instelling zich aangepast aan de behoeften van haar

begunstigden en beantwoordt zij ook aan de grote tendensen in het politieke beheer van drugsverslaving, die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen door in te werken op de determinanten ervan, waarbij het individu en zijn omgeving centraal staan. Maar Transit is ook de ontwikkeling van belangenbehartiging, praktijk en deskundigheid die de situatie helpt veranderen. Door ons werk met (ex-)gedetineerden dragen wij de boodschap uit van de gelijkwaardigheid van zorg in de gevangenis<sup>(2)</sup>. Wij constateren een reeks contraproductieve effecten in verband met het strafrechtelijk verbod op drugs en de legalisering van gedrag dat volgens ons een zaak van volksgezondheid is. Onze praktijken worden hierdoor bepaald, van de behandeling van druggebruikers tot de vooruitzichten op re-integratie.

De in de instelling gehanteerde filosofie van "laagdrempelige opvang" maakt het mogelijk in contact te komen met de groepen die het meest te lijden hebben onder de schadelijke gevolgen van hun verslaving. We worden vaak geconfronteerd met het ergste scenario van drugsgebruik. Het gaat om alle risico's, alle schade die verband houdt met de producten en de consumptiecontext. Verslaving, in de zin van een chronische ziekte, betekent dat het ingewikkeld is om ervan af te komen. Het stabiliseren, een verbetering van de algemene gezondheidstoestand en levensomstandigheden van onze cliënten is voor ons een enorme overwinning. We hebben al lang niet meer alleen onthouding als doel. Bereidheid is niet genoeg, onze cliënten hebben een combinatie van kwetsbaarheidsfactoren die het risico op vallen of terugval vergroten. Dit is vooral opvallend bij gebruikers wiens leven is onderbroken door periodes van opsluiting, aldus Kris Meurant, directeur psychosociale zorg bij Transit.

Deze vaststellingen hebben ons ertoe aangezet om meer dan tien jaar geleden in Brussel een standpunt in te nemen ten gunste van verbruiksruimtes met een laag risico. Vandaag is op initiatief van de stad Brussel, met steun van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en IRISCARE, de eerste Brusselse SCMR geopend.

Onder de naam GATE opende de SCMR (sociaal medische voorziening) op 8 juni jl. haar deuren, Woeringestraat 9, 1000 Brussel. Na Luik is Brussel de tweede Belgische stad die deze strategische keuze maakt op basis van wetenschappelijke gegevens, academische aanbevelingen en waarnemingen op het terrein.

### **Brussel: Een geïntegreerd centrum tegen 2026 om ongelijkheden op gezondheidsgebied te helpen verminderen**

Voor Muriel Goessens, directeur van VZW Transit, mag drugsverslaving niet langer een ziekte zijn waarvan de symptomen worden bestraft. Er is een grote onrechtvaardigheid, ongelijkheid, in de behandeling van verslaving, naargelang deze wordt veroorzaakt door een legale of illegale drug. Het concept van geïntegreerde zorg is een strategie om deze ongelijkheden te verminderen, zoals bepleit door de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie). In het geval van multimorbiditeit doen zich vaak bepaalde complexe situaties voor die een ommezwaai vereisen.

Dit vereist een gecombineerde aanpak van schadebeperking, ondersteuning in de leefomgeving (straat en gevangenis, enz.), opvang, zorg, psychosociaal werk, huisvesting en sociaal-professionele integratie. Deze heroriëntatie, die wij binnen Transit reeds doorvoeren, stelt ons in staat de versnippering van de zorg te voorkomen en brengt ons tot de noodzaak van integratie.

In het kader van deze vaststelling wilde het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een geïntegreerd laagdrempelig centrum voor druggebruikers ontwikkelen, gebaseerd op de reeds bestaande ervaring van Transit. Om deze doelstelling operationeel te maken heeft het Gewest samengewerkt met lokale instanties waarvan de vaardigheden elkaar aanvullen. Zo ontstond een nauwe samenwerking tussen de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, haar administratie "Safe.Brussels", de VZW Transit, het Lama-project en Médecins du Monde.

Het toekomstige geïntegreerde centrum moet een plek om te roken of te schieten... Je zult zien.

De deur wordt geopend en u komt in de ontvangstruimte. Als dit uw eerste bezoek is, wordt u apart genomen om elkaar beter te leren kennen, maar ook om de regels uit te leggen. Deze zijn eenvoudig: je moet meerderjarig zijn, geen uitwisseling van apparatuur tussen bezoekers, zeker geen verkoop of uitwisseling van drugs tussen bezoekers (je dealt geen drugs ter plaatse en je haalt je drugs zeker niet bij de GATE). Als u komt gebruiken, wordt u gevraagd te laten zien wat u hebt meegebracht.

Als u gekomen bent om schoon materiaal te ontvangen, krijgt u dat gratis bij de receptie. Deze dienst is van vitaal belang: veel ziekten worden verspreid door gebruikte of gedeelde

een boost geven aan een dynamiek gericht op versterking van het opvang- en zorgaanbod voor druggebruikers, niet alleen door de toevoeging van aanvullende capaciteiten op het gebied van diensten en opvang, maar ook door de uitvoering van innovatieve projecten", aldus Muriel Goessens. Het moet in 2026 klaar zijn.

In de dertig jaar van zijn bestaan heeft Transit vele veranderingen ondergaan en blijft het een dynamische vernieuwer. Zonder de steun van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zou een dergelijke evolutie niet mogelijk geweest zijn en zouden de talrijke perspectieven voor de humanisering van het drugbeleid beperkt gebleven zijn tot het domein van de belangenbehartiging, besluit Muriel Goessens.

**Bruno Valkeneers**

**Communicatieverantwoordelijke, Transit vzw.**



*De zuidgevel van het toekomstige gebouw, aan de kant van het toekomstige Parc Béco.*

© Bogdan & Van Broeck – BC Architects & Studies

Nota's:

- 1) Een alomvattend en geïntegreerd drugsbeleid voor België, Gezamenlijke verklaring van de Interministeriële Conferentie over drugs, 25 januari 2010
- 2) Gelijkwaardigheid van zorg is vastgelegd in de artikelen 89 en 90 van de beginselenwet.

## **Plekken in Brussel 7: GATE, de laag-risico consumptieruimte van de vzw Transit**



In "Plekken in Brussel" praten we over plaatsen die verband houden met geestelijke gezondheid. Soms gaat het om duidelijke links, andere keren gaat het om een veel lossere relatie en zoals deze keer is het af en toe een plaats van directe link met het centrale thema... Voor deze zevende "plek" gaan we praten over

### **GATE: de laag-risico consumptieruimte van de vzw Transit**

Bij het lezen van de titel van dit artikel is het gemakkelijk om te vervallen in een aantal vooringenomen ideeën die, alles welbeschouwd, niet echt overeenkomen met de werkelijkheid.

Om te ontdekken wat een "laag-risico consumptieruimte" of kortweg SCMR is, lijkt ons een virtueel bezoek ter plaatse een betere oplossing dan welke theoretische uitleg dan

ook.

Dus laten we ons tijdelijk in de voet van een GATE-gebruiker plaatsen:

Als u regelmatig verdovende middelen injecteert of rookt (we hebben het hier over "hard" drugs, niet over cannabis, nicotine of alcohol bijvoorbeeld), bel dan aan bij het GATE-centrum, Woeringestraat 9, 1000 Brussel. Centrum? Ja, want het is veel meer dan



*De ontvangstruimte*



*Het schoon materiaal*

pijpjes of spuiten.

Ben je alleen gekomen om te praten? Een maatschappelijk werker kan u ontvangen in een daarvoor bestemde kamer.

Ook een douche kan je goed doen? Ga ervoor! Beter nog, je voelt je niet zo goed, je bent ziek, je bent bang dat je een virus hebt opgelopen? Een verpleegster en een dokter kunnen je zien.



*De medische dienst*

Al deze diensten zijn van het grootste belang: ze stellen ons in staat u psycho-medico-sociale ondersteuning, sociale en administratieve ondersteuning of zelfs een instap in een zorgprogramma aan te bieden, als u hen bezoekt. Zonder dat u zich gedwongen voelt om "iets te doen", wordt u uitgenodigd om tijdens uw consumptie op de hygiëne te letten, en



wordt u geholpen om gezondere consumptiekeuzes te maken (zo is het gebruik van ammoniak bij de zuivering van crack zeer schadelijk, terwijl de methode met zuiveringszout veel minder schadelijk is). Wij informeren u, wij helpen u, zonder u te veroordelen, wij zien u als een mens met behoeften en waardigheid.



Activiteitsruimte



Wachtkamer voor consumptie

Maar je bent vandaag gekomen om te consumeren. Soms moet u wachten in een aangewezen kamer. Zodra er een consumptieruimte is vrijgekomen, wordt één persoon per keer uitgenodigd om naar een van de twee kamers te gaan. Eén kamer is voor injecties, de andere om te roken.

Het aspect van deze twee ruimtes zal u een beetje afschrikken: de drinkplaatsen zijn van roestvrij staal, gemakkelijk schoon te maken en te ontsmetten. Pragmatisch, geen franje, niets 'gezelligs' aan. Maar misschien is dat ook een aanwijzing voor jou. De straat is zeker niet de



Verbruiksruimte (inhalatie)



Dezelfde verbruiksruimte



Deze ruimte wordt constant geventileerd

perfecte plaats voor wat je gaat doen.

Dus je gaat crack roken. Het is in een gesloten kamer met 4 grote ventilatoren die het volume van de lucht in de kamer in ongeveer 30 seconden verversen. Ook hier zijn de tafelbladen van roestvrij staal. Een ziekenboek ligt direct naast de twee rookkamers, je weet maar nooit.

Als u klaar bent, wordt u gevraagd een paar minuten te blijven in een veel comfortabelere kamer dan de vorige. Het is beter om niet meteen naar buiten te gaan, een beetje rust doet wonderen en als je ooit slecht reageert, is het personeel er om je te redden.



"Chill out room"

Na deze periode vertrekt u door een andere deur dan waardoor u bent binnengekomen. Laten we het verkeer vermijden, de burens tevreden houden...

Hier is alles doordacht, zorgvuldig overwogen, om de druggebruikers een zo positief mogelijke overgangstijd te bieden. Als er een episode van paranoia of conflict is, is er een gespecialiseerde bemiddelaar aanwezig om de problemen te kalmeren.

Hiermee eindigt uw bezoek.

« Maar wat is uiteindelijk het voordeel voor de samenleving? »

zult u vragen, misschien op paternalistische toon. Laten we beginnen met het feit dat elke consumptie die ter plaatse plaatsvindt, niet in een openbare plaats is. Minder naalden in de struiken, minder openbare overlast. Maar terwijl dit punt belangrijk lijkt, zijn er nog zoveel andere. Uiteindelijk is het gewenste resultaat de overleving van druggebruikers en de toename van sociale (re)integratie. Een SCMR maakt het mogelijk contact te leggen met een moeilijk te bereiken publiek, gebruikers die medische zorg nodig hebben op te sporen en door te verwijzen, en de risico's

van drugsgebruik te beperken. Na een bepaalde periode vergroot zo'n kamer ook de kans dat de gebruiker een behandeling, een afkickkuur, accepteert.

Bij gebrek aan het spreekwoordelijke "toverstokje" lijkt een SCMR een WIN-WIN-situatie op te leveren voor zowel de gebruiker als de samenleving...

De GATE SCMR is de tweede in België, na die in Luik, genaamd "Sâf ti First" of kortweg "Saf-Ti", die sinds 2018 bestaat (meer dan 800 geregistreerde personen met gemiddeld 50 bezoeken per dag).

GATE is niet ex nihilo ontstaan, het is een samenwerking tussen de VZW Transit en MASS, de preventiedienst van de stad Brussel (BRAVVO), het OCMW van Brussel en de politie.

Een aantal politieagenten heeft een specifieke opleiding in de SCMR gekregen en verwijst gebruikers nu door naar de ruimte. Dit verschijnsel beperkt zich niet langer tot de politiezones Brussel of BXL-Zuid, want ook politiemensen uit andere zones beginnen naar GATE te verwijzen.

In het verleden had een politieagent die een drugsgebruiker op straat aanhield niet veel keuze: hem laten vertrekken of hem arresteren. Vandaag is er een positievere keuze beschikbaar.

Er zij op gewezen dat het hier niet gaat om werken voor de politie, maar in partnerschap met de politie.

Waarom "GATE"?

"Uit de wetenschappelijke literatuur over consumptiekamers met een laag risico blijkt dat ze fungeren als een toegangspoort tot de zorg. De naam Poort symboliseert deze oriëntatie op welzijn. Het roept veiligheid op, beschutting, de overgang van de straat naar een plek waar toezicht wordt gehouden.

Poort betekent een stap in het leven, het idee dat iets anders mogelijk is. (Persmap van 8 juni 2022, Transit vzw)

René Bartholemy met de vriendelijke medewerking van het GATE-team

hyperactiviteit of impulsiviteit? Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)!

Coco Lapin is altijd bezig met het verbouwen van groenten in zijn tuin en het opruimen van zijn huisje. Een maniak van orde, hij lijkt te lijden aan een Obsessieve Compulsieve Stoornis in verband met opruimen.

Meester Uil vertegenwoordigt wijsheid, maar zijn uitleg is vaak onbegrijpelijk. En dit komt door zijn... dyslexie! Maar aan de andere kant, deze manie om altijd alles om zichzelf te laten draaien en te pronken met een Narcistische Persoonlijkheidsstoornis.

Guru, daarentegen, lijkt volledig op te gaan in haar obsessie om haar welp te beschermen, Guru houdt er niet van om met anderen om te gaan en lijdt daarom misschien aan een sociale angststoornis.

Na Guru, willen we het hebben over zijn kleine: Little Guru. Ondanks de obsessieve aandacht van zijn moeder bevindt hij zich vaak op onwaarschijnlijke plaatsen of in gevaarlijke situaties, zonder het ooit te beseffen. Wanneer hij echter bij zijn moeder is, blijft hij erg stil, alsof hij zich afsluit voor de werkelijkheid om hem heen. Dit zijn tekenen van een autistische stoornis.

Winnie zelf heeft obsessieve voorkeuren, vooral voor honing, zijn lievelingseten. Hij is rommelig, ondeugend, aarzelend en lijkt weinig kortetermijngeheugen te hebben. Hij kan een

combinatie van stoornissen hebben: Attention Deficit Disorder (ADD) en mogelijk een eetstoornis.

Jean-Christophe: Het Bos van Blauwe Dromen, waar Winnie en haar vrienden wonen, is een wereld die volledig uit de geest van dit jongetje komt. Elk van de personages is niets meer dan één van de knuffels van het kind. Net als een schizofreen die zich geleidelijk terugtrekt uit de realiteit van zijn wereld, ervaart Jean-Christophe een soort onderdompeling in zijn denkbeeldige wereld. (Ik geef toe dat ik een probleem heb met dit voorbeeld: alle kinderen laten hun poppen, knuffels of ander speelgoed praten...)

Dit alles geeft me zin om dit kinderboek, dat over vier jaar honderd jaar oud is (in de oorspronkelijke versie verschenen op 15 oktober 1926), opnieuw te lezen.

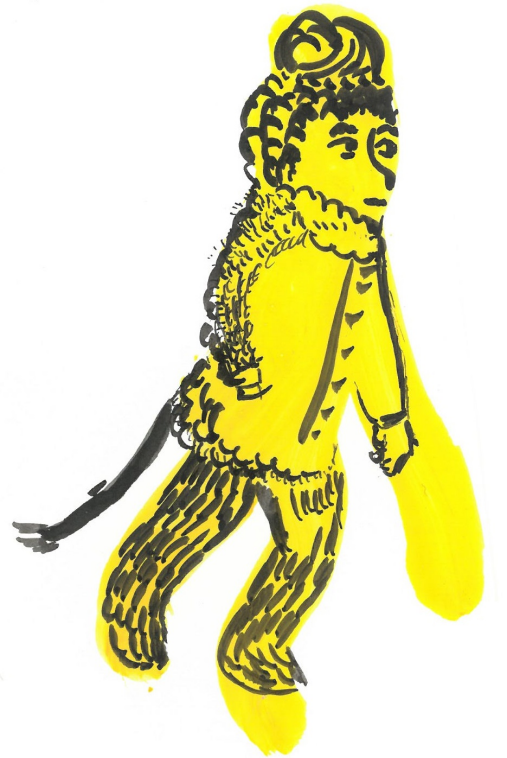
Ooit zal ik het ook moeten hebben over twee mogelijke interpretaties van een ander bekend literair werk dat door Walt Disney in een tekenfilm is vertaald: Alice in Wonderland. Pedofilie en drugs zijn thema's die Lewis Carol nauwelijks verbergt in de twee boeken die geïnspireerd zijn door zijn zeer jonge buurmeisje Alice Liddell.

Goed, vooruit, ik ben terug aan de rechterkant van de spiegel...

René Bartholemy

Open forum: Winnie the Pooh

Lang geleden heb ik een tekst gelezen van de Canadian Medical Association waarin werd uitgelegd dat elk hoofdpersoonage in de Winnie the Pooh-verhalen, verzonden door Alan A. Milne en universeel beroemd gemaakt door de versies



geproduceerd door Disney, kon worden geïnterpreteerd als een voorbeeld van een psychische stoornis. Je zult zien, het is heel opvallend:

Het is gemakkelijk te begrijpen dat Iejoor, de melancholische ezel wiens voornaamste uitdaging is een dak boven zijn hoofd te krijgen en te houden, en enige controle over zijn staart te behouden, een klinische depressie zou vertegenwoordigen. Het is onmogelijk om een glimlach uit hem te krijgen, de beroemde ezel is altijd verdrietig en ongelukkig, hij is gewoon een onherstelbare pessimist.

Maar hoe zit het met de andere bewoners van het Blauwe Droom Bos?

Knorretje wil vooral zijn huis gezellig en comfortabel maken. Hij wordt gekenmerkt door grote verlegenheid en angst. Een constante aanwezigheid van zorgen die moeilijk te controleren zijn, vergezeld van buitensporige fysieke manifestaties? Gegeneraliseerde angst! Om nog maar te zwijgen van het feit dat hij stottert, wat de zaak niet helpt.

Teigetje springt rond en maakt plezier zonder even te kunnen stoppen en soms onderbreekt hij mensen. Trouwens, dat is alles wat hij doet en het irriteert iedereen... Concentratieproblemen met of zonder



# Aktueel: « Patiëntenrechten » : 20 jaar wetgeving



Op 22 augustus 2002 is de wet inzake de patiëntenrechten in werking getreden. Deze wet vormt geen grote revolutie in het gezondheidslandschap, maar bundelt en verduidelijkt in één tekst een reeks reeds bestaande rechten en wettelijke beschermingen. De wetgever heeft ook twee belangrijke nieuwigheden opgenomen: de bemiddeling bij klachten en het vertegenwoordigingssysteem.

De wet van 2002 maakt deel uit van een maatschappelijke ommekeer in de richting van het zelfbeschikkingsrecht van individuen. In de zorgfilosofie staan de waarden autonomie en communicatie tussen partners centraal, waarbij zowel de verzorger als de patiënt betrokken zijn bij de zorgrelatie. Na een korte herinnering aan de inhoud van de wet, zal ik mijn gevoelens als bemiddelaar ontwikkelen wanneer ik geconfronteerd word met de moeilijkheden die de toepassing ervan op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg met zich meebrengt.

## Wat zijn de rechten van de patiënt (Hoofdstuk III)?

- Het recht op kwaliteitszorg (Art. 5) : elke zorgverlening moet zowel aan technische (volgens de bestaande criteria) als aan relationele (met respect voor de menselijke waardigheid) kwaliteitseisen voldoen.
- Het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (Art.6) : een patiënt kan een beroepsbeoefenaar kiezen/veranderen en/of ander advies inwinnen. Deze "keuzevrijheid" is geen absoluut recht in die zin dat de wet voorziet in uitzonderingen (noodgevallen, beschikbaarheid, enz.).
- Het recht op informatie (Art.7) : De arts moet in duidelijke en passende taal alle informatie verstrekken die de patiënt nodig heeft om zijn gezondheidstoestand en de mogelijke evolutie daarvan te begrijpen. Evenzo moet de arts de wens van een patiënt die niet wil weten, respecteren (tenzij het niet meedelen van de informatie schadelijk is voor de gezondheid van de patiënt of een derde). De tekst bepaalt ook in welke situaties de arts kan weigeren bepaalde

informatie bekend te maken indien hij of zij van mening is dat dit de patiënt ernstig zou schaden: dit is de therapeutische uitzondering. Ten slotte heeft de wetgever in dit kader de "vertrouwenspersoon" ingevoerd, d.w.z. een door de patiënt aangewezen derde met wie alle informatie kan worden gedeeld, ook in geval van een therapeutische uitzondering.

- Het recht op toestemming (Art.8) : de toestemming van de patiënt moet vrij (zonder fysieke of morele druk) en geïnformeerd (met voorafgaande informatie) zijn. Ook kan een patiënt zijn toestemming intrekken. In ieder geval veronderstelt toestemming voor een behandeling of ingreep dat de patiënt in staat is zijn keuze te begrijpen en uit te drukken.

- Rechten met betrekking tot medische dossiers (Art.9) :

elke patiënt heeft recht op een up-to-date en veilig dossier dat hij of zij op verzoek van de arts kan raadplegen of zelfs een kopie kan krijgen. Ook hier kan een beroep worden gedaan op de therapeutische uitzondering. Er dient te worden opgemerkt dat noch de persoonlijke aantekeningen van de arts, noch de gegevens van derden aan de patiënt worden meegedeeld. Toegang tot het dossier kan ook indirect zijn, met behulp van een deskundige.

- Het recht op privacy en intimiteit (Art.10) : naast de herinnering aan het beroepsgeheim voor de beroepsbeoefenaar onderstreept dit artikel ook de plicht om geen inbreuk te plegen op de intimiteit van de patiënt.

- Het recht om een klacht in te dienen bij een bevoegde bemiddelingsdienst (Art.11) :

de modaliteiten van de werking van de bemiddelingsdiensten in de gezondheidszorg zijn door de wetgever vastgesteld<sup>(1)</sup>.

- Het recht op pijnbestrijding, toegevoegd in 2005 (Art.11), waarin wordt erkend dat pijnbestrijding een basisbehoefte is voor het comfort van de patiënt.

- Het recht om te weten of de beroepsbeoefenaar verzekerd is (Art. 8/1) en een vergunning heeft (Art. 8/2) werd in 2014 toegevoegd.

Bovendien voert de wet van 2002 een systeem in van vertegenwoordiging in geval van onbekwaamheid om de rechten van de patiënt uit te oefenen. De wet bepaalt uitdrukkelijk dat de patiënt zoveel mogelijk betrokken blijft (art.14§4). De vertegenwoordiging van de volwassen patiënt is in een cascade voorzien en zal derhalve in de volgende volgorde worden uitgeoefend door

- De eerder door de patiënt aangewezen gemachtigde
- De bewindvoerder van de persoon die door een vrederechter is benoemd
- De echtgenoot of wettelijk samenwonende
- Een meerderjarig kind
- Een ouder
- Een meerderjarige broer of zus.

Indien een vertegenwoordiger afwezig is of weigert mee te werken, of indien er meningsverschillen zijn tussen vertegenwoordigers op hetzelfde niveau, is het

aan de behandelaar om, na multidisciplinair overleg, de situatie te beoordelen en beslissingen te nemen, rekening houdend met de belangen van de patiënt.

In het geval van minderjarige patiënten zullen de wettelijke voogden de patiënt vertegenwoordigen. De wetgeving bepaalt ook dat zij hun rechten als patiënt zelf kunnen uitoefenen indien zij in staat zijn tot een billijke beoordeling van hun belangen (art. 12).

## De mensenrechten van de psychiatrische patiënt

De hierboven beschreven rechten gelden voor iedereen: de wetgever heeft geen onderscheid willen maken tussen patiënten op grond van hun pathologie. In hun huidige vorm gelden zij dus ook voor patiënten met psychische stoornissen. Het voorbereidende werk voor de wet gaf echter aanleiding tot discussies waaruit bleek hoe moeilijk het is om de psychiatrie te integreren in een overweging over patiëntenrechten.

Hoewel het debat door de wetgever werd geregeld door een nieuwe discriminerende grondslag te vermijden, zijn de vragen die bij de inwerkingtreding van de wet werden opgeworpen, niet volledig weggenomen. Als ik ze zou samenvatten op basis van mijn ervaring met bemiddeling in de geestelijke gezondheidszorg, zou ik het zo zeggen: hoe kunnen patiënten met verminderde geestelijke vermogens worden beschouwd als redelijke partners in de zorgrelatie?

Deze kwestie is bijzonder opmerkelijk in de context van gedwongen zorg (wet op de bescherming van de persoon van geesteszieken), d.w.z. situaties waarin de patiënt zichzelf bijna per definitie niet als "ziek" erkent en zorg weigert. Het is zelfs door hun verwerping dat de zorg onder dwang wordt verleend. Elke handeling zal door de patiënt als zinloos, absurd of zelfs schadelijk worden ervaren, en de medewerking van de patiënt zal vaak moeilijk te verkrijgen zijn. De toepassing van de rechten van patiënten wordt dus bemoeilijkt door zowel de weigering van patiënten om patiënt te worden als de terughoudendheid van beroepsbeoefenaren om patiënten de bevoegdheid te verlenen hun rechten als patiënt volledig uit te oefenen.

De wisselwerking tussen de wet van 2002 en het recht inzake gedwongen zorg<sup>(2)</sup> staat in feite haaks op twee tegenstrijdige beginselen: het recht op zelfbeschikking en het verlangen naar gedwongen bescherming. Het behoeft geen betoog dat er veel ethische kwesties op het spel staan en dat zij het conflict illustreren tussen twee morele waarden die beide centraal staan in de zorg: autonomie en welwillendheid.

Natuurlijk vertegenwoordigt de context van dwangmaatregelen alleen niet het hele spectrum van zorg in de geestelijke gezondheidszorg, en beweren dat dit het geval is, zou in vele opzichten een beperking en stigmatisering betekenen. Maar ik geloof dat de ethische overwegingen rond deze extreme situaties zeer nuttig zijn om de globale overdenking over de toepassing van de rechten van de patiënt in de psychiatrie te voeden. Tenslotte stuit het aanzien van de geesteszieke patiënt als partner op de angst voor inmenging van de geestesziekte. Het in twijfel trekken van het vermogen van de persoon om zijn rechten als patiënt volledig uit te oefenen, wordt door de patiënt ervaren als een aanval op zijn menselijke waardigheid.

Wij zijn het erover eens dat een patiënt in comateuze toestand zijn rechten als patiënt niet kan uitoefenen. Wij kunnen begrijpen dat in bepaalde crisissituaties de vrije wil van de patiënt



in twijfel wordt getrokken. Maar hoe zit het met de rest? A priori wordt het vermogen om autonomie te genieten voor iedereen erkend. Bij patiënten met een psychische stoornis worden deze capaciteiten echter onmiddellijk in twijfel getrokken. En in tegenstelling tot de comateuze patiënt, neemt de psychiatrische patiënt waar en heeft een wisselwerking met de omgeving: hij of zij kan nog steeds een wil uiten en deze verdedigen. En dit is waar de discussie een meningsverschil of zelfs een klacht kan worden, ook al doet de beoefenaar zijn best om de geest van de wet van 2002 te respecteren.

## Bemiddeling bij gezondheidsklachten

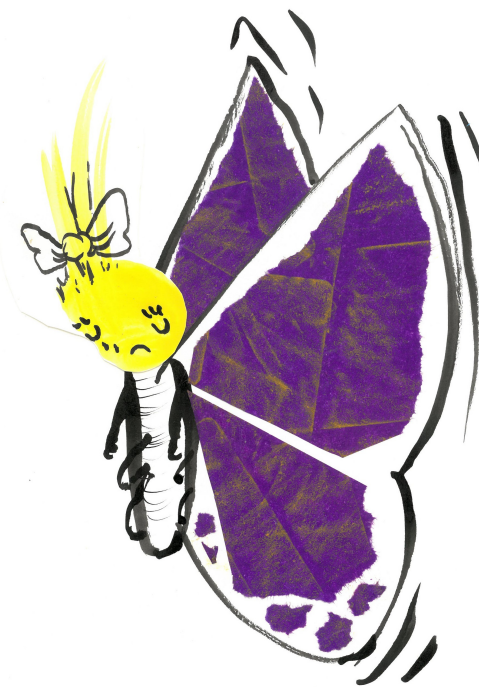
De wetgever voorzag deze conflicten die in de zorgrelatie kunnen ontstaan en creëerde bemiddeling als oplossing. Bemiddeling is in wezen een proces waarbij de nadruk niet ligt op het oplossen van het conflict, maar op wederzijdse erkenning van de betrokken partijen en respect voor hun eigenheid. Om deze ruimte voor derden te garanderen, moet de bemiddelaar voldoen aan verschillende fundamentele beginselen die door de wet en haar ethiek worden opgelegd: onpartijdigheid, neutraliteit, vertrouwelijkheid, onafhankelijkheid en respect voor het vrijwillige karakter van het proces...

Concreet kan een gebruiker (patiënt?) bij ontevredenheid over de geleverde zorg de behandelaar rechtstreeks aanspreken of de interne beroepskanalen binnen de zorginstelling volgen. Maar sinds 2002 kunnen zij ook terecht bij de bevoegde bemiddelingsdienst<sup>(3)</sup>.

De bemiddelaar neemt dan de tijd om naar de patiënt te luisteren om het verzoek te achterhalen en het kader te verduidelijken. Aan het einde van het eerste gesprek en in overleg met de patiënt neemt de bemiddelaar een aantal stappen: dit kan eenvoudige informatie zijn over







wettelijke bepalingen, een verwijzing naar andere meer geschikte plaatsen om het verzoek te behandelen, of zelfs bemiddeling in de ware zin van het woord. Kortom, niet elke klacht zal leiden tot een driegesprek, maar de bemiddelaar zal proberen zo min mogelijk in te gaan op de verzoeken van de patiënt<sup>(4)</sup>. Het hele bemiddelingsproces is gebaseerd op de mondigheid van de patiënt en de beoefenaar: zij zijn verantwoordelijk voor de co-constructie van de oplossing. De bemiddeling is gebaseerd op hun persoonlijke middelen, waarbij de bemiddelaar een communicatiemiddel is.

### De bemiddelingsdienst van het Brussels Platform

In de geestelijke gezondheidszorg is de organisatie van de bemiddelingsfunctie in 2003 toevertrouwd aan de platforms. Zo beslaat onze dienst in Brussel een dertigtal instellingen, met name de residentiële en de ziekenhuissector, terwijl de ambulante sector nog niet door de lokale bemiddelingsdiensten wordt gedekt. Ik geef graag toe dat wij een gedeeltelijk beeld hebben van de algemene problemen, aangezien de sector van de geestelijke gezondheidszorg zo veelvormig is en wij slechts een deel van de klachten die daar vandaan komen, behandelen.

Toch kan ik bepaalde constante factoren vaststellen aan de hand van de klachten die wij behandelen:

- Het eerste punt van klacht in de vorm van cijfers betreft het recht op kwaliteitszorg en heeft bijna uitsluitend betrekking op het intermenselijke aspect van de zorgrelatie in de geestelijke gezondheidszorg (gebrek aan empathie, luisteren, beschikbaarheid, enz.). Wij constateren een zeer uitgesproken affectieve dimensie; aangezien psychiatrische pathologieën meestal langdurig zijn, zijn er veel interacties met het verplegend personeel.
- Het tweede punt van klacht is het bestaan van wetten inzake gedwongen zorg. Deze door een derde (Justitie) opgelegde zorgcontext wordt door de patiënt ervaren als een belemmering van zijn vrijheid. Wij zijn dan getuige van een herbevestiging door de patiënt van zijn recht op zelfbeschikking, dat door de wet van 2002 wordt toegekend, met name zijn vrije toestemming en in mindere mate de keuze van de arts.
- Een laatste bijzonderheid betreft de kwetsbaarheid van psychiatrische

patiënten. Voor sommige patiënten is het vanwege hun pathologie uiterst moeilijk om hun autonomie uit te oefenen bij de uitvoering van hun rechten als patiënt. De bemiddelaars van het Brusselse platform hebben een nabijheidsaanpak ontwikkeld om de gebruikers tegemoet te komen (gratis nummer, informatiesessie, wachtdienst, ...). Om te handelen in overeenstemming met de taken die haar door de wet zijn toevertrouwd, werken wij ook zoveel mogelijk samen met partnerinstellingen voor de preventie van klachten.

Ofschoon de invoering van de bemiddelingsfunctie een moeilijke start kende door de invoering van een externe derde partij in de zorgrelatie, kan ik getuigen dat er een bevoorrechte band van wederzijds vertrouwen bestaat. De erkenning van de bemiddelaar als een volwaardige beroepspersoon maakt het mogelijk communicatieruimten te openen, zowel voor de behandeling van klachten als daarbuiten, hetgeen het werk aan de drie hierboven ontwikkelde moeilijkheden vergemakkelijkt.

### Besluit

Wij herinneren eraan dat de wet van 2002 een kader biedt voor de bescherming van de autonomie van de partners in de zorgrelatie. Zo verleent de patiënt "bijstand" (hoofdstuk II, art. 4) voor de correcte naleving van de wettelijke bepalingen inzake zorg. De "patiënt" blijft de wettelijke gelijke van de verzorger: ook al is de verzorgingsrelatie asymmetrisch van aard, zij houdt geen machtspositie in. Integendeel, het maakt deel uit van een samenwerkingskader dat de menselijke waardigheid, met name die van de kwetsbare persoon, eerbiedigt. Zo bepaalt de wet dat ook in gevallen waarin vertegenwoordiging van toepassing is, de patiënt zoveel mogelijk betrokken blijft bij de uitoefening van zijn rechten.

De toepassing van patiëntenrechten in de psychiatrie roept vragen op omwille van de pathologische profielen. Niettemin ben ik van

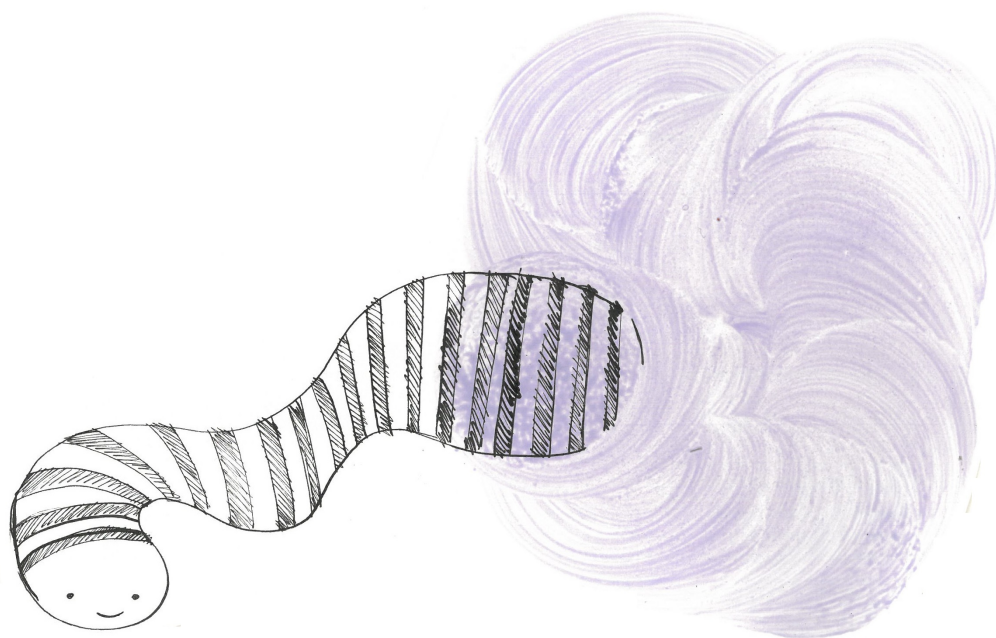
mening dat communicatie binnen de zorgactoren, zorgverlener en patiënt, een absolute prioriteit blijft. Geen zorg zonder relatie: de tijd nemen om met elkaar te praten schept een band van wederzijds vertrouwen die essentieel is voor de zorg. Het gebruik van klachtenbemiddeling is ongetwijfeld een van de manieren om de band... terwijl hij een van de rechten van de patiënt uitoefent.

Hajar Laghmiche  
Ombudsvrouw

Voor meer informatie:  
[www.mediatio.be](http://www.mediatio.be)  
0800/99 091

### Nota's :

- 1) Koninklijk besluit van 8 juli 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de bemiddeling in ziekenhuizen moet voldoen.
- 2) Een bijzondere wet wijkt slechts af van de beginselen van een algemene wet voor zover daarin uitdrukkelijk wordt bepaald.
- 3) De bevoegde bemiddelaar hangt af van de plaats van zorg: globaal gezien de interne bemiddelaar van de instelling, een bemiddelaar van de platformen voor geestelijke gezondheidszorg of een bemiddelaar van de federale dienst voor het overige. Voor meer details zie Mediatio.be
- 4) Dit geldt met name voor bemiddeling in de geestelijke gezondheidszorg. Inderdaad, bijna de helft van de door onze dienst geregistreerde klachten hebben betrekking op problemen die niet rechtstreeks verband houden met de rechten van de patiënt: de verwevenheid van sociale en psychologische problemen is zodanig dat zij ook tot uiting komt in het werk van de bemiddelaars van het Platform van Brussel.



## OURS / COLOFON



### Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever:

Luc Detavernier (Plateforme bruxelloise pour la Santé Mentale)  
Rue de l'Association 15, 1000 Bruxelles  
Dépôt légal/Wettelijk depot: 03 2023 ISSN: 2684-4206

© 2023 PBSM/BPGG

### Comité de rédaction/Redactie Comité:

René Bartholemy (coord.), Sophie Céphale, Olivier De Gand, Hassane Moussa, Valérie Müller-Kurz.

### Rédaction/Redactie:

René Bartholemy, Charlotte Bonbled, Antoine Boucher, Philippe Decraene, Luc Detavernier, Stéphanie Deltenre, Robin Drevet, Thomas Engelen, Bérengère Janssen, Julie Jaucot, Dr. Antoine Lagaude, Hajar Laghmiche, Stéphane Leclercq, Maël Locomoral, Jean-Pierre Martinez, Kevin Moens, Sammy, Kristell Snoeck, Bruno Valkeneers

### Traduction/Vertaling:

René Bartholemy, Ria Dewinter.

### Relecture/Verbetering:

René Bartholemy, Sophie Céphale, Ria Dewinter, Arlette Ghys, Véronique Petel, Kristell Snoeck, Marc Villain.

### Infographie et mise en page/Infografie en layout: René Bartholemy (sur Scribus)

### Illustrations/Tekeningen:

Flore Balthazar © [p. 5, 9];  
Patients du Centre d'Activités Thérapeutiques de la Clinique Fond'Roy [p. 1, 2, 3, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 20]

### Photos et logos/foto's en logos © :

Photos/Foto's René Bartholemy [p. 1, 17, 18];  
Bogdan & Van Broeck - BC Architects & Studies [p. 17 (haut/bovenste)]

Couvertures de livres: Reproduites dans le but d'informer le lecteur.

Boekomslagen: Alleen voor het gemak van de lezer gereproduceerd.

Autres logos et photographies: avec l'aimable autorisation des auteurs ou institutions/

Aandere logos en photo's: met dank aan de auteurs of instellingen;

Contact & info: [info@schieveniouz.brussels](mailto:info@schieveniouz.brussels) - [www.schieveniouz.brussels](http://www.schieveniouz.brussels)