

Secundaire preventie na een residentiële ontwenningsbehandeling voor jongeren

Veerle Vergucht
Patrick Lobbens
Remi Spiers
Wouter Vanderplasschen
Sofie De Block
Marc Vermeire



kasteelplus

centrum voor integrale verslavingszorg

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	5
2. Nazorg en continuïteit van zorg: een literatuurstudie	7
3. De drugunit van PZ Sint-Camillus: behandeling van jongeren met middelenmisbruik	15
4. Het nazorgprogramma	19
4.1 De methodiek van nazorg	19
4.2 Resultaten van de nazorg	30
4.3 Ervaringen van cliënten	32
4.3.1 Ervaringen van cliënten die het programma met succes volgen of gevolgd hebben	32
4.3.2 Ervaringen van cliënten die vroegtijdig met de nazorg gestopt zijn	37
4.4 Ervaringen van teamleden	51
5. Uitkomstenmeting	53
5.1 Ontwikkeling van een meetinstrument	53
5.2 Gebruik van het instrument in de nazorg	55
6. Nabeschuiving	57
Personalia	58
BIJLAGE 1 : OVEREENKOMST INZAKE NAZORG	61
BIJLAGE 2 : DE NAZORGOVEREENKOMST	63
BIJLAGE 3 : SCORINGSLIJST LEVENSDOMEINEN	65

1. INLEIDING

Verlaving is een complexe ziekte met een chronisch verloop en opeenvolgende crisissituaties die een acute aanpak vereisen.

Het residentieel programma is een eerste stap in de behandeling. Hier wordt de basis gelegd voor een nieuw, clean leven. In de laatste fase van het residentieel programma ligt de nadruk op resocialisatie: de uitbouw van een nieuwe vriendenkring, zinvolle daginvulling, werk, hobby's en huisvesting.

Eens deze basis er is, wordt de patiënt 'losgelaten' en moet hij het waarmaken in het 'echte' leven. Hij moet de veiligheid en geborgenheid van de kliniek missen en hij is de eerste maanden na zijn ontslag uiterst kwetsbaar. Het is dan ook belangrijk dat de patiënt in die kwetsbare periode intensief kan opgevolgd worden.

Tot nog toe werd de patiënt verwezen naar een ambulante setting met ongekende therapeuten, met wie hij geen binding heeft. De patiënt ziet dit meestal niet zitten en haakt vroegtijdig af, met vaak een herval als gevolg.

Om deze 'missing link' tussen residentiële behandeling en een stabiel leven op te vullen, werd ons intensief nazorgprogramma ontwikkeld.

Het nazorgproject legt de nadruk op een actieve participatie van hulpverlener, patiënt en zijn omgeving en een intensieve wisselwerking tussen de verschillende actoren.

Er is een continuïteit van hulpverlening die de zaken verder kan opvolgen en direct kan interveniëren bij crisissituaties. Op deze manier kan vaak een herval vermeden worden of de schade beperkt gehouden.

2. NAZORG EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG: EEN LITERATUURSTUDIE ¹

Wouter Vanderplasschen en Katrien Goossens

Verslaving of middelenafhankelijkheid wordt meer en meer gezien als een chronische, recidiverende hersenziekte. Herstel dient bijgevolg beschouwd te worden als een langdurig en geleidelijk proces. Blijvende ondersteuning en opvolging zijn vanuit die optiek aangewezen, in plaats van een episodische aanpak waarbij één enkele behandeling een oplossing biedt voor de bestaande problemen (Garner, Godley, Funk, Dennis, & Godley, 2007; Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997; McLellan, 2002; Vanderplasschen, Rapp, Wolf, & Broekaert, 2004). De relatief hoge terugval bij druggebruikers – die men voornamelijk tijdens de eerste drie tot zes maanden na een behandelingsperiode vaststelt, maar met een verhoogd hervalrisico tot 24 maanden na de behandeling – is een belangrijke bezorgdheid en wordt door Gossop en collega's omschreven als een 'critical time period' (Gossop, Stewart, & Marsden, 2007). Het is voor personen met een afhankelijkheidsprobleem dan ook aan te raden om een vorm van vervolgzorg te volgen na een initiële behandeling. Meestal betreft dit een vorm van ondersteuning met een lagere intensiteit dan de initiële behandeling, die in verschillende modaliteiten bestaat, bv. "nazorg", "throughcare" of "stepdown care" (McKay, 2001). Zorgcontinuïteit kan gedefinieerd worden als "voortgezette behandelingscontacten die regelmatig en zonder onderbreking volgen op de initiële behandeling en waarbij sprake is van continuïteit over voorzieningen heen en van samenhang in de aanpak" (Greenberg, Rosenheck & Seibyl, 2002).

¹ Deze tekst is gebaseerd op het artikel: Vanderplasschen, W., Bloor, M. & McKeganey, N. (2010). Long-term outcomes of aftercare participation following various forms of drug abuse treatment in Scotland. *Journal of Drug Issues*, 40(3).

Nazorg

Nazorg dient begrepen te worden als een goed onderbouwde en specifieke vorm van zorgcontinuïteit die volgt op een ambulante of residentiële behandeling (of een behandeling in de gevangenis), waarbij er bijzondere aandacht uitgaat naar de (re)integratie in de maatschappij (Addaction, 2004; Fox, 2000).

Het belang van nazorg is voornamelijk aangetoond na residentiële behandeling (e.g. Patterson, MacPherson, & Brady, 1997; Smyth et al., 2005), maar kan ook een meerwaarde bieden na minder intensieve behandelingsvormen (bv. na een ambulante behandeling) (Schaefer, Ingudomnukul, Harris, & Cronkite, 2005). Er bestaan verschillende vormen van nazorg (bv. individuele gesprekken, groepssessies) en dit kan zowel aangeboden worden door de voorziening die de initiële behandeling verstrekt als door een andere organisatie. Over het algemeen wordt aangeraden om een holistische, lange termijn visie op nazorg te hanteren die mensen helpt om contacten te leggen met personen en voorzieningen buiten de drughulpverlening (Addaction, 2004). Nazorg moet omvattend en flexibel zijn, op maat van de noden van de cliënt.

Verscheidene auteurs hebben, voornamelijk bij alcoholverslaafden, de beschermende rol van nazorg en zorgcontinuïteit aangetoond na een initiële behandeling (Brown, Seraganian, Tremblay, en Annis, 2002; Donovan, 1998; McKay, 2001; Lash et al., 2007; Ouimette, Moos, & Finney, 1998). Verscheidene studies wijzen op de positieve impact van zorgcontinuïteit op behandelingsuitkomsten, zoals een toegenomen mate van abstinentie (Patterson et al., 1997; Schaefer, Harris, Cronkite & Turrubiartes, 2008; Smyth et al., 2005), afgenomen drinkgedrag (Bodin & Romelsjö, 2007; Magura et al., 2005), minder snelle terugval (Sannibale et al., 2003), minder recidive (Fox, 2000) en verminderde behandelingsnoden op andere leefgebieden (Moos & Moos, 2004; Sannibale et al., 2003; Siegal, Li, & Rapp, 2002). Men heeft vergelijkbare resultaten gevonden voor nazorg bij druggebruikers die een drugbehandeling volgden (in de gevangenis zie Harvey, Shakeshaft, Hetherington, Sannibale & Mattick, 2007).

Het verband tussen deelname aan nazorg/zorgcontinuïteit en middelengebruik is in het bijzonder onderzocht aan de hand van correlatief onderzoek, waarbij consistent positieve resultaten werden aangetoond (McKay, 2001). Er is echter weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van nazorg/zorgcontinuïteit op basis van gecontroleerd onderzoek. Minder dan de helft van de gecontroleerde studies wijzen op positieve effecten. Het blijven volgen van nazorg (Lash, Burden, Monteleone, & Lehmann, 2004), de frequentie en intensiteit van deelname (Bodin & Romelsjö, 2007); Schaefer et al., 2005) en de duur van de nazorg (Harris, McKellar, Moos, Schaefer, & Cronkite, 2006; Siegal et al., 2002; Smyth et al., 2005) beïnvloeden in belangrijke mate het positieve effect van nazorg. Hetzelfde geldt voor de duur van de initiële behandeling (= retentie) (Garner et al., 2007; Moos & Moos, 2004; Scott, Foss & Dennis, 2003).

AA- en NA-groepen

Eén van de meest populaire en best onderbouwde vormen van nazorg betreft het bijwonen van zelfhulpgroepen (bv. AA/NA). Men schat dat ruim driekwart van alle personen met afhankelijkheidsproblemen die een beroep doen op de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk ooit AA of NA-bijeenkomsten hebben bijgewoond (Best et al., 2001). Deelname aan AA- en NA-groepen wordt in verband gebracht met toegenomen abstinentie, minder herval en betere uitkomsten op het vlak van middelenmisbruik en psychische gezondheid (vb. Bodin & Romelsjö, 2007; Gossop et al., 2003a; Moos & Moos, 2004). Dergelijke effecten heeft men kunnen aantonen vijf tot acht jaar na de initiële behandeling (Gossop et al., 2007; Timko, Moos, Finney, & Lesar, 2000). Onderzoek heeft aangetoond dat deelname aan AA-groepen in het bijzonder bijdraagt tot zelfefficiëntie om (terugval te voorkomen (Connors, Tonigan, & Miller, 2001; McKellar, Ilgen, Moos & Moos, 2008). De frequentie en duur van de deelname aan AA-groepen zijn belangrijke mediërende factoren die de resultaten op het vlak van alcohol- en druggebruik beïnvloeden (Gossop et al., 2003a, 2007; McKellar et al., 2008; Siegal et al., 2002.).

Slechts een beperkt aantal studies hebben onderzocht of er een verschil in effect is tussen nazorg vanuit de reguliere hulpverlening en nazorg vanuit AA of andere zelfhulpprogramma's. Bodin en Romelsjö (2007) hebben aangetoond dat zowel het volgen van nazorg vanuit de reguliere hulpverlening als deelname aan AA-groepen abstinentie voorspellen na één jaar, maar vonden dat enkel participatie in zelfhulpgroepen de kans op abstinentie verhoogde na twee jaar.

Beperkte vraag en aanbod op het vlak van nazorg

Hoewel er heel wat anekdotisch en wetenschappelijk bewijs is dat aantoont dat nazorg kan helpen om de initiële behandelingsresultaten vast te houden en om de kans op terugval na het stoppen van een behandeling te verminderen, valt het op dat slechts weinig behandelingsprogramma's systematisch aangepaste nazorg voorzien voor alcohol- en druggebruikers (Gossop et al., 2003a.; Lash et al., 2007; Verster & Solberg, 2003). Een survey in het Verenigd Koninkrijk met betrekking tot nazorg in gevangenissen en in de residentiële en ambulante drughulpverlening (Addaction, 2004) toonde aan dat slechts 75% van de gevangenissen en residentiële programma's nazorg aanbiedt en dat bijzonder weinig voorzieningen dit systematisch doen voor alle cliënten. Dit mag niet al te zeer verwonderen, aangezien zeer weinig voorzieningen gefinancierd worden voor het verstrekken van nazorg/continuïteit van zorg of althans hieraan hun middelen niet besteden.

Ondanks de beschikbaarheid van heel wat nazorgmogelijkheden en zelfhulpgroepen zoals NA en AA is het verder opvallend dat de meeste druggebruikers geen gebruik maken van nazorg of een andere vorm van zorgcontinuïteit (Lash et al., 2007; Schaefer et al., 2005). Nochtans heeft onderzoek in een ontwenningencentrum aangetoond dat bijna alle druggebruikers plannen hebben op het gebied van nazorg na hun initiële ontwenning (Tuten, Jones, Lertch & Stitzer, 2007). Belangrijke barrières die mensen kunnen afhouden van deelname aan nazorg zijn een gebrek aan nazorgfaciliteiten in de onmiddellijke omgeving en allerlei voorwaarden om toegang te krijgen tot deze voorzieningen (Schmitt, Phibbs & Piette, 2003). Tevens is aangetoond dat de kans dat nazorg wordt gevolgd veel groter is, wanneer cliënten de behandeling met succes hebben afgerond in vergelijking met cliënten die het programma niet succesvol hebben beëindigd (Godley, Godley, Dennis, Funk & Passetti, 2006). Het voorbereiden van en motiveren voor nazorg/zorgcontinuïteit tijdens de initiële behandeling lijkt dan ook cruciaal voor het opnemen van nazorg en voor de uitkomsten van die behandeling (Schaefer et al., 2008).

Conclusie

We kunnen besluiten dat het noodzakelijk is om systematisch continuïteit van zorg en nazorg in het bijzonder te voorzien voor personen met afhankelijkheidsproblemen en dat er ook heel wat aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van dit soort interventies. Zowel formele nazorg via het reguliere zorgcircuit als de meer informele ondersteuning via zelfhulpgroepen hebben hun nut bewezen. Het lijkt erop dat er vooral inspanningen nodig zijn om dit aanbod verder uit te breiden en dit niet als iets apart, maar als onderdeel van alle behandelingsprogramma's aan te bieden en om ook de aantrekkelijkheid ervan voor gebruikers te verhogen. Nu is er vaak sprake van een selectiebias, omdat nazorg enkel wordt verstrekt aan personen die de initiële behandeling met succes doorlopen hebben. Gezien de chronische aard van middelenafhankelijkheid en de positieve effecten van het voorzien van zorgcontinuïteit, is het aangewezen deze vorm van ondersteuning (in minder en meer intensieve vorm) aan te raden en zelfs standaard te voorzien voor elke alcohol- en druggebruiker die een vraag naar behandeling stelt.

Referenties

- Addaction (2004).** National aftercare research project report: Year 1. London: Addaction and Department of Health.
- Best, D., Harris, J., Gossop, M., Manning, V., Man, L., Marshall, J., et al. (2001).** Are the Twelve Steps more acceptable to drug users than to drinkers? *European Addiction Research*, 7, 69-77.
- Bodin, M.C., & Romelsjö, A. (2007).** Predictors of 2-year drinking outcomes in a Swedish treatment sample. *European Addiction Research*, 13, 136-143.
- Brown, T.G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H. (2002).** Matching substance abuse aftercare treatment to client characteristics. *Addictive Behaviors*, 27, 585-604.
- Connors, G.J., Tonigan, J.S., & Miller, W.R. (2001).** A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: Retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 817-825.
- Donovan, D.M. (1998).** Continuing care: Promoting the maintenance of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 317-336), New York: Plenum.
- Fox, A. (2000).** Prisoners' aftercare in Europe: a four-country study. London: The European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison.
- Garner, B.R., Godley, M.D., Funk, R.R., Dennis, M.L., & Godley, S.H. (2007).** The impact of continuing care adherence on environmental risks, substance use, and substance-related problems following adolescent residential treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 488-497.
- Godley, M.D., Godley, S.H., Dennis, M.L., Funk, R.R., & Passetti, L.L. (2006).** The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*, 102, 81-93.
- Gossop, M., Harris, J., Best, D., Man, L.H., Manning, V., Marshall, J., et al. (2003a).** Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 421-426.
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2007).** Attendance at Narcotic Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction*, 103, 119-125.
- Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A., & Seibyl, C.L. (2002).** Continuity of care and clinical effectiveness: Outcomes following residential treatment for severe substance abuse. *Medical Care*, 40, 246-259.
- Harris, A.H.S., McKellar, J.D., Moos, R.H., Schaefer, J.A., & Cronkite, R.C. (2006).** Predictors of engagement in continuing care following residential substance use disorder treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(1), 93-101.
- Harvey, E., Shakeshaft, A., Hetherington, K., Sannibale, C., & Mattick, R.P. (2007).** The efficacy of diversion and aftercare strategies for adult drug-involved offenders: a summary and methodological review of the outcome literature. *Drug and Alcohol Review*, 26, 379-387.
- Ilgen, M., McKellar, J., & Moos, R. (2007).** Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 126-132.
- Lash, S.J., Burden, J.L., Monteleone, B.R., & Lehmann, L.P. (2004).** Social reinforcement of substance abuse treatment aftercare participation: impact on outcome. *Addictive Behaviors*, 29, 337-342.
- Lash, S.J., Stephens, R.S., Burden, J.L., Grambow, S.C., DeMarce, J.M., Jones, M.E., et al. (2007).** Contracting, prompting and reinforcing substance use disorder continuing care: a randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 387-397.
- Magura, S., Fong, C., Staines, G.L., Cleland, C., Foote, J., Rosenblum, A., et al. (2005).** The combined effects of treatment intensity, self-help groups and patient attributes on drinking outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 85-92.
- McKay, J. (2001).** Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers: implications for the study of long-term treatment effects. *Evaluation Review*, 25, 211-232.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B.S., & Moos, R. (2008).** Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 148-155.
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (2004).** Help-seeking careers: connections between participation in professional treatment and Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 167-173.
- Ouimette, P.C., Moos, R.H., & Finney, J.W. (1998).** Influence of outpatient treatment and 12-step involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 513-522.
- Patterson, D.G., MacPherson, J., & Brady, N.M. (1997).** Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: A five-year follow-up study. *Addiction*, 92, 459-468.
- Sannibale, C., Hurkett, P., Van den Bossche, E., O'Connor, D., Zador, D., Capus, C., ... McKenzie, M. (2003).** Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug and Alcohol Review*, 22, 181-190.
- Schaefer, J.A., Harris, A.H.S., Cronkite, R.C., & Turrubiarres, P. (2008).** Treatment staff's continuity of care practices, patients' engagement in continuing care, and abstinence following outpatient substance-use disorder treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 747-756.
- Schaefer, J.A., Ingudomnukul, E., Harris, A.H.S., & Cronkite, R.C. (2005).** Continuity of care practices and substance use disorder patients' engagement in continuing care. *Medical Care*, 43, 1234-1241.
- Schmitt, S.K., Phibbs, C.S., & Piette, J.D. (2003).** The influence of distance on utilization of outpatient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1183-1192.
- Siegal, H., Li, L., & Rapp, R.C. (2002).** Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors*, 27, 437-449.
- Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W., & Lesar, M.D. (2000).** Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 529-540.
- Tuten, M., Jones, H.E., Lertch, E.W., & Stitzer, M. (2007).** Aftercare plans of inpatients undergoing detoxification. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 547-555.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004).** The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55, 913-922.
- Verster, A., & Solberg, U. (2003).** Social reintegration in the EU and Norway. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (EMCDDA).
- Weisner, C., Ray, G.T., Mertens, J.R., Satre, D.D., & Moore, C. (2003).** Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 281-294.

3. DE DRUGUNIT VAN PZ SINT-CAMILLUS: BEHANDELING VAN JONGEREN MET MIDDELENMISBRUIK

Situering binnen de sector verslavingszorg in Sint-Camillus

De drugunit (Kasteel 2) maakt deel uit van de sector verslavingszorg (Kasteelplus) binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus. Naast de drugunit is er binnen de sector een afdeling voor mensen met een alcohol- en/of medicatieafhankelijkheid, Kasteel 1. Een derde, kleinere unit, Kasteel 3 is een crisisunit waar mensen in crisis kunnen opgenomen worden gedurende een aantal dagen. Deze crisis kan ook een time-out zijn voor mensen van Kasteel 1 of (vooral) Kasteel 2.

Iedereen die een behandeling start op de drugunit verblijft eerst enkele dagen op deze crisisafdeling. Mensen die in behandeling komen voor hun alcohol- en/of medicatieafhankelijkheid kunnen rechtstreeks naar de behandelunit zonder de crisisunit te passeren.

Kasteel 2

De drugunit richt zich op jongeren van 15 tot 25 jaar met problemen rond illegale drugs. Een onderliggende problematiek kan secundair aanwezig zijn, maar de focus ligt primair op de afhankelijkheidsproblematiek. Jongeren moeten in staat zijn deel te nemen aan het programma. Er is plaats voor 12 jongeren.

Het programma is erop gericht jongeren te begeleiden naar een drugvrij leven dat hen voldoening geeft. In eerste instantie wordt gewerkt aan hun bereidheid tot verandering. Ondertussen helpen we hen om het contact met het drugmilieu te verbreken en oude gewoontes te veranderen. We zoeken samen uit wat het druggebruik inhield en in hun leven betekende. We helpen hen hun mogelijkheden en interesses te ontdekken en in hun 'nieuwe leven' te integreren. Via langdurige begeleiding helpen we herval te voorkomen en richten we ons op het volhouden van de gerealiseerde doelstellingen.

De aanpak om dit te verwezenlijken is eclecticisch. Vanuit verschillende hoeken en stromingen is het programma opgesteld. Een eerste invalshoek is het cliënt-centered denken. Het voornaamste hierin is de basishouding naar de cliënten. Empathie, onvoorwaardelijke aanvaarding en echtheid zijn de drie grote peilers. De tweede stroming is de cognitief- gedragstherapeutische benadering. We werken ook sterk gestructureerd, met duidelijke regels, met straffen (gele en rode kaarten) en belonen (taartje), etc. Ook het motiverend werken en zeker de hervalpreventie vallen onder dit luik. Tot slot wordt er contextgericht gewerkt en hechten we veel belang aan de hoge betrokkenheid van de naaste omgeving. Vooral de ouders van de jongere worden heel nauw bij het proces betrokken.

Het behandeltraject zelf bestaat uit verschillende fasen. Hierbij zijn we van mening dat elk onderdeel even groot belang heeft bij het bereiken en behouden van abstinentie. De verpleegkundige die de jongere begeleidt, is de centrale figuur doorheen dit proces. Welke stappen wanneer gezet worden wordt besproken zowel binnen het team als met de jongere. Dit alles wordt opgenomen in het individuele behandelingsplan, samen met de doelen en de acties om deze te bereiken.

Het traject bestaat uit twee grote stadia die elk opgedeeld zijn in kleinere fasen. Het eerste is het residentiële stadium dat uit volgende stappen bestaat: detoxificatie, observatie en motivatie, behandeling en resocialisatie. Tijdens de detox verblijven de jongeren op de crisisunit, maximum een week. Vervolgens start de observatie- en motivatiefase, gedurende een viertal weken. Er wordt gewerkt rond probleembesef, zelfvertrouwen, zelfzorg en aangepast gedrag. Gedurende deze periode verlaat de jongere het domein niet om op die manier afstand te creëren van het drugmilieu. Nadien komt de behandelfase, waar rond afhankelijkheid en gerelateerde problemen gewerkt wordt. Ook worden de eerste veranderingen verstevigd en nieuwe wegen ingeslagen. Geleidelijk aan besteedt de jongere meer tijd buiten het domein. Tot slot dient de resocialisatiefase zich aan. De reïntegratie in de maatschappij staat hier centraal.

Na een residentiële behandeling kan men overschakelen naar dagbehandeling. Jongeren die in het tussenhuis of elders verblijven, kunnen overdag therapie volgen op de afdeling. Zij volgen dan het groepsprogramma dat aangeboden wordt aan de jongeren in de residentiële fase, aangevuld met individuele activiteiten en gesprekken. De jongere kan ook in nachthospitalisatie verblijven wat betekent dat hij overdag gaat werken of school loopt en 's avonds terugkeert naar de afdeling.

We beschikken ook over een tussenhuis, waar jongeren 6 à 9 maanden kunnen verblijven afhankelijk van of ze al dan niet terug naar huis of alleen gaan wonen. Mensen die in het tussenhuis verblijven, moeten een gestructureerde dagbezigheid hebben.

Het tweede stadium is de periode van nazorg. Dit nazorgprogramma is opgestart op 1 juli 2007 met subsidies van 'Fonds ter bestrijding van verslavingen'. De subsidiëring loopt af eind 2010 maar het programma blijft doorlopen. Na het doorlopen van het residentiële traject in 'kasteel 2' kunnen jongeren gedurende een aantal maanden, maximum een jaar, nazorg volgen. Het programma beoogt het voorkomen van herval en het consolideren van de verworven positieve uitkomsten na de residentiële ontwenningbehandeling. Het wil ook, indien herval, de gevolgen tot een minimum beperken en de drempel tot een eventuele crisisopname of heropname verlagen.

De concrete invulling van dit nazorgproject wordt beschreven onder punt 4 van deze brochure.

4. HET NAZORGPROGRAMMA

4.1. De methodiek van nazorg

Inleiding

In dit gedeelte wordt toegelicht waaruit de nazorg bestaat. Eerst wordt dieper ingegaan op de inclusiecriteria en hoe die gehanteerd worden. Daarna wordt beschreven hoe elk nazorgtraject verloopt. Belangrijke elementen hierin zijn: het vastleggen van duidelijke afspraken in een contract, van de individuele doelstellingen in een nazorgplan en van evaluatiemomenten als sleutelmomenten in elke begeleiding. Daarna worden de verschillende onderdelen van het aanbod overlopen: individuele ambulante gesprekken voor de jongere en zijn ouders, een nazorggroep en een oudergroep, individuele gesprekken met de jongere en zijn omgeving (bv. leerkrachten), een tussenhuis en huisbezoeken. Ook de rol van de psychiater en de psycholoog in het geheel wordt apart even toegelicht.

Inclusiecriteria

Zoveel mogelijk jongeren moeten begeleiding kunnen krijgen nadat het residentiële luik van hun behandeling is afgerond. Met dit principe als uitgangspunt wordt elke nazorgvraag beoordeeld op de volgende criteria:

1. Is de jongere minimaal zes weken opgenomen geweest?
2. Zijn er enkele behandelresultaten waarop verder gewerkt kan worden?
3. Is er sprake van een zekere stabilisatie op vlak van verslaving?
Kan deze mogelijks via ambulante ondersteuning behouden blijven?
4. Ligt de focus op hervalpreventie of is er vnl. nog een motivationeel probleem (=is er een wil om verder te werken aan abstinentie)?
5. Is er een vertrouwensband?

Deze criteria zijn een noodzakelijk en efficiënt hulpmiddel, maar het beoordelen van sommige aanvragen blijft moeilijk in situaties waarin de residentiële behandeling vroegtijdig afgebroken wordt door het behandelteam of de jongere. Op dat moment is er namelijk vaak sprake van een vertrouwensbreuk, wat een constructieve opstart van de ambulante begeleiding bemoeilijkt.

Het derde criterium vraagt eveneens om enige nuancering. De nazorg heeft namelijk ook een schadebeperkende functie en wordt soms toch opgestart ook al voldoet de aanvraag niet aan dit criterium. De bedoeling is hier dan vooral om sneller te kunnen ingrijpen met bv. een crisisopname.

Werkwijze

Afspraken

Bij aanvang wordt een contract met een aantal afspraken ondertekend (zie bijlage 1). Een drietal afspraken worden meer toegelicht.

De jongere kan niet onaangekondigd op het domein verschijnen, maar dient steeds telefonisch contact op te nemen als hij onverwachts hulp nodig heeft. Dit vragen we om enige controle te hebben over de contacten met de opgenomen jongeren. De nazorgsgesprekken gaan door op de afdeling, maar contacten met opgenomen jongeren zorgen niet voor problemen.

Als zich een terugval voordoet, dient de jongere zijn ouders op de hoogte te brengen. Op deze manier is er continuïteit in de manier waarop de ouders betrokken worden tijdens en na de residentiële opname. Ouders zijn belangrijke actoren in de terugvalpreventie en we bekijken dan ook samen met hen hoe we (de schade bij) terugval tot een minimum kunnen beperken.

De jongere dient zich te engageren om geen illegale middelen te gebruiken gedurende de periode van de nazorg. Alcohol drinken wordt wel toegestaan, doch sterk afgeraden. Indien de jongere er toch voor kiest om te drinken, dient hij open te communiceren over zijn alcoholgebruik.

Begeleidingsstructuur

De jongeren kunnen tot een jaar na hun opname begeleiding krijgen. Na het verstrijken van deze periode zijn er nog verschillende mogelijkheden: ofwel gaat de begeleiding verder in een ambulant centrum, ofwel blijft de jongere in begeleiding bij de psycholoog of de psychiater. Beide opties kunnen aangevuld worden met verdere deelname aan de nazorggroep. Deze consultaties bij psycholoog, psychiater of verder volgen van de nazorggroep is niet gratis in tegenstelling tot het nazorgproject.

De nazorg kan zowel door de jongere als door het behandelteam vroegtijdig gestopt worden. Dit gebeurt als er sprake is van terugval die niet gecoupeerd kan worden met de ambulante begeleiding en waarbij de jongere niet bereid is om in crisisopname te komen. Ook het herhaaldelijk niet nakomen van gemaakte afspraken is een reden voor stopzetting. De jongere kan de begeleiding stoppen als hij het bv. niet langer nodig vindt en/of niet langer bereid is om de nodige inspanningen te doen om de afspraken na te leven, stipt op gesprek te komen, etc.

Als de begeleiding van de jongere stopt, stopt ook de individuele begeleiding van de ouders. Indien zij dit wensen, worden zij doorverwezen. Zij kunnen wel de oudergroep blijven volgen.

Nazorgplan

Bij aanvang wordt een nazorgplan opgesteld dat de belangrijkste levensdomeinen omvat. Per levensdomein worden doelstellingen en acties vastgelegd. Dit nazorgplan is onderdeel van bespreking op de evaluatiemomenten en wordt indien nodig aangepast. Soms wordt bij de bespreking eerder vertrokken van een beschrijving van de evolutie van de jongere over de voorbije maanden en daaraan worden doelstellingen en te ondernemen acties gekoppeld. Hoewel dit ook een zinvolle manier van werken is, heeft dit als nadeel dat sommige aandachtspunten uit het verleden uit het oog verloren kunnen worden.

Evaluaties

Om de drie maanden worden de jongeren geëvalueerd op de teamvergadering. Op deze vergadering zijn alle betrokken begeleiders aanwezig: volgverpleegkundige, afdelingsarts, hoofdverpleegkundige, psycholoog en maatschappelijk werker. De teamvergadering duurt een half uur en binnen dit tijdsbestek worden 2 jongeren geëvalueerd. De evaluatiebesprekingen worden soms aangevuld met extra te bespreken punten i.v.m. andere jongeren of de werking van het nazorgproject op zich. Er wordt een begeleidingsgesprek georganiseerd met de ouders na elke teambespreking. Ook vooraf wordt best bij hen of bij andere belangrijke derden gepeild hoe zij de evolutie van de jongere evalueren.

Communicatie en overleg

Via het elektronisch patiëntendossier, dat ook tijdens de opname wordt gebruikt, wordt bijgehouden welke contacten er geweest zijn en in grote lijnen wat er in besproken/afgesproken werd. Verder is er vaak mondeling overleg en worden sommige gesprekken door verschillende begeleiders samen gevoerd.

Deze manier van werken beperkt misverstanden tot een minimum en maakt dat begeleiders, ouders en jongeren gemakkelijker op dezelfde lijn blijven.

Onderdelen

Individuele ambulante nazorg voor de jongere

De individuele begeleidingsgesprekken zijn gericht op het zo klein mogelijk maken van de kans op herval via coaching, het versterken van probleemoplossende en assertieve vaardigheden, crisisinterventie en het verhogen van zelfredzaamheid op verschillende domeinen. Daarnaast wordt ook veel aandacht besteed aan het verhogen van de totale levenskwaliteit van de jongere. De frequentie van de contacten is verschillend van individu tot individu, maar in het begin wordt toch gestreefd naar een wekelijks 'face-to-face' contact, eventueel aangevuld met telefonische contacten. Nadien wordt geleidelijk aan en met respect voor het individuele tempo van de jongere afgebouwd naar minimum maandelijkse contacten. De frequentie kan sterk variëren. Na een terugval of in een periode met veranderingen op één of meer leefgebieden zal de frequentie opnieuw toenemen.

De verpleegkundige die de jongere ook tijdens de residentiële behandeling begeleid heeft, blijft ook centrale figuur gedurende het nazorgtraject, behalve voor de bewoners van het tussenhuis. Daarnaast kunnen jongeren ook beroep doen op de maatschappelijk werker, psycholoog of afdelingsarts. Indien meerdere begeleiders betrokken zijn bij dezelfde jongere is het van belang om hetzelfde thema niet door verschillende begeleiders te laten behandelen. De jongere kan bv. begeleiding nodig hebben bij de keuzes die hij maakt rond het gebruik van alcohol. Het is vanzelfsprekend dat er enkel vooruitgang kan geboekt worden qua inzichten en gedrag als dit thema op een consistente manier door dezelfde begeleider behandeld wordt. Een ander belangrijk nadeel van het ontbreken van goede afspraken over de afbakening van thema's is dat de jongere op die manier gemakkelijker de mogelijkheid krijgt om bepaalde onderwerpen uit de weg te gaan.

Er worden ook urinetesten afgenomen, op onverwachte momenten. In het begin van de nazorg gebeurt dit best ongeveer wekelijks, na enkele weken kan de frequentie geleidelijk aan afgebouwd worden naar ongeveer driewekelijks of maandelijks. We doen hiervoor beroep op een labo. De testen fungeren in eerste instantie als controle, maar hebben naar terugval toe ook een belangrijke preventieve functie. Vooraleer de test af te nemen, wordt expliciet nagevraagd of de jongere gebruikt heeft, dit om hem te stimuleren zelf met eventuele problemen op de proppen te komen. Indien er een verhoogd risico bestaat op terugval, kunnen sticks gebruikt worden, die duurder zijn, maar wel onmiddellijk resultaat geven. Dit is soms nodig alvorens een begeleidingsgesprek te starten. In dat geval wordt de urine weer frequenter getest, meestal zelfs voor elk gesprek, tot zolang dit nodig is.

Individuele ambulante nazorg voor de ouders (en de jongere)

Bij aanvang worden de ouders geïnformeerd over het verloop van de nazorg en de afspraken en brengen zij hun eigen verwachtingen/noden op vlak van begeleiding nu een nieuwe fase aanbreekt. Als de ouders en/of de jongere dit wensen kunnen op systematische basis of ad hoc adviesgesprekken georganiseerd worden, samen met of zonder de jongere. De doelstellingen van deze gesprekken worden samen met de ouders en de jongere bepaald. Naargelang de doelstelling gebeuren de gesprekken door de volgverpleegkundige of de psycholoog. Vaak zijn het samenleven thuis en/of de interactie ouder-kind de belangrijkste topics van de gesprekken. Dit creëert ook de mogelijkheid om sneller in te grijpen, met bv. een crisisopname, als dit nodig is. Daarnaast zijn er telefonische contacten met de ouders, op ons of hun initiatief en vaak frequenter dan de face-to-face contacten. Soms wil men iets melden, andere keren vragen ouders via deze weg advies. De jongeren zijn uiteraard best op de hoogte van deze contacten. En ten slotte, zoals al eerder aangehaald, worden ouders betrokken bij de driemaandelijks evaluatiemomenten.

Deze nauwe samenwerking met de ouders blijkt niet nadelig te zijn voor de vertrouwensrelatie met de jongere. Integendeel, daar waar de betrokkenheid van de ouders bij de begeleiding groot is, kan juist op een effectievere wijze geïntervenieerd worden in het proces van de jongere.

Het gebeurt (zelden) dat bij een vraag naar een begeleidingsgesprek de jongere niet wil dat er contact is tussen het team en de ouders. In dat geval wordt de wens van de jongere gerespecteerd. Dit wordt wel open met de ouders besproken, teneinde deze impasse te kunnen doorbreken.

Oudergroep

De ouders kunnen, net zoals tijdens de residentiële behandeling, verder terecht in een aparte gespreksgroep. Deze gespreksgroep gaat maandelijks door en wordt begeleid door een psycholoog. De ouders blijken nog verder nood te hebben aan ondersteuning via het lotgenotencontact en het contact met de psycholoog die de jongere begeleidt of begeleid heeft. Daarnaast blijven zij ook na de opname met vragen zitten over wat de beste aanpak is bij bepaalde problemen. Tijdens deze sessies wordt een antwoord gezocht op deze vragen. Ten slotte zorgt dit contact er ook voor dat ouders de hulpverlening vlot opnieuw kunnen inschakelen in het kader van (dreigend) herval. Hiertoe kan de psycholoog overleg plegen met de individuele begeleider(s) van de jongere over extra informatie uit de oudergroep. Dit wordt op voorhand met de ouders zo afgesproken. Men kan blijven deelnemen op het moment dat de jongere zelf niet meer in begeleiding is, maar dan wel tegen betaling.

Bij het begin van elke bijeenkomst nodigt de psycholoog de ouders uit om met hun vragen, moeilijkheden te komen. Op deze zaken wordt eerst ingegaan via het stimuleren van interactie tussen de ouders en het op die manier samen zoeken naar antwoorden. Indien nodig geeft de psycholoog nadien zelf ook het nodige advies. Ouders die nog niet aan bod kwamen in deze eerste fase van de sessie worden eveneens bevraagd over hun ervaringen met de jongere in de afgelopen maand.

Het is belangrijk dat de ouders zelf de centrale figuur blijven tijdens deze gespreksgroepen. Dit betekent dat na het verhaal over de jongere, gefocust wordt op de beleving, vragen, reacties, ... van de ouders. Het volgen van het verhaal van elkaars kinderen werkt echter ook groepsbindend en ondersteunend en krijgt dus best wel voldoende ruimte.

Tussen de ouders van de bewoners van het tussenhuis is de betrokkenheid vaak vanzelf al wat groter dan tussen de andere ouders. Dit kan een nadelige invloed hebben op de groepscohesie en de begeleiding van de andere ouders. Het is dus van belang dat de psycholoog garandeert dat ook zij voldoende aan bod kunnen komen.

Individuele gesprekken met de omgeving (en de jongere)

School, CLB, justitieassistent, eventueel de werkgever, ... kunnen eveneens uitgenodigd worden voor één of meerdere gesprekken. Zij worden geïnformeerd over hoe en waarvoor zij op ons beroep kunnen doen.

Daarnaast komt verder nog het volgende aan bod: te verwachten moeilijkheden, nog resterende problemen die nadelig kunnen zijn op het betreffende levensdomein en op welke manier de jongere best benaderd wordt. Deze gesprekken gebeuren uiteraard best samen met de jongere. Via deze interventie kunnen bepaalde problemen voorkomen worden en kan sneller ingegrepen worden indien zich toch moeilijkheden voordoen. In de praktijk komt het erop neer dat dergelijk overleg vnl. voorkomt bij jongeren die de middelbare school hervatten. De volgvverpleegkundige en de maatschappelijk werker bezoeken dan de school om daar overleg te hebben met klastitularis, directeur, vertrouwensleerkracht, ... Meestal wordt dit overleg herhaald met een tussentijd van 2 à 3 maanden. Ook hier hangt de frequentie af van hoe lang iemand in nazorg is en hoe goed alles loopt. Er zijn ook soms contacten met de justitieassistent, maar dit komt minder voor, aangezien al sinds de start van de residentiële behandeling de wederzijdse verwachtingen op dit vlak duidelijk zijn en ook niet veranderen bij de start van de nazorg. De justitieassistent volgt verder zijn eigen begeleidingstraject met de jongere. Contact met de werkgever komt in de praktijk nauwelijks voor, daar de jongere er vaak voor kiest om de werkgever niet op de hoogte te brengen van zijn drugproblematiek.

Tussenhuis

Na de residentiële behandeling kan de jongere, in overleg met het team en zijn familie, beslissen tot een verder verblijf in een tussenhuis. Een tussenhuis is een woonhuis waar jongeren zich verder kunnen voorbereiden op zelfstandig wonen. Tijdens het verblijf wordt verder gewerkt aan het consolideren van de bereikte abstinentie en voorkomen van terugval, in een leefsituatie die de patiënt de mogelijkheid biedt om te experimenteren met meer vrijheid. Praktische vaardigheden worden verder ontwikkeld en onderhouden en de bewoners versterken hun gevoel van zelfwaarde via de ervaring van het zelf kunnen runnen van het huis. Zij leren verantwoordelijkheid dragen via het samenleven in groep. Ten slotte bouwen zij verder aan een zo zelfstandig mogelijke leefsituatie, met bijzondere aandacht voor de eigen woon- en werksituatie en een gezonde vrijetijdsinvulling. De verblijfsduur varieert van zes tot negen maanden al naargelang men al dan niet zelfstandig gaat wonen na het verblijf. Deze keuze moet gemaakt worden rond de vierde maand. De nazorg kan nog doorlopen tot zes maanden na ontslag uit het tussenhuis, daar de jongere vaak met nieuwe moeilijkheden zoals eenzaamheid, onzekerheid, maar ook bv. nieuwe sociaaladministratieve problemen of andere praktische problemen geconfronteerd wordt. Zeker even belangrijk om op te volgen, is het effect van het wegvallen van de extra beveiliging die het leven in het tussenhuis bood op vlak van alcohol- en druggebruik.

De maatschappelijk werker is de centrale figuur in de begeleiding van de bewoners van het tussenhuis. De volgvverpleegkundige en eventueel de psycholoog en afdelingsarts volgen de jongeren ook verder op tijdens hun verblijf. Het is opnieuw erg belangrijk om duidelijk af te spreken welke thema's door wie besproken worden, dit om overlap en misverstanden te vermijden.

De taken van de maatschappelijk werker:

1. Opvolgen van de volgende levensdomeinen: sociaal netwerk, huisvesting, (vrije) tijdsbesteding, werk/opleiding, financiën, politie/justitie.
2. Opvolgen groepsdynamiek in tussenhuis.
3. Opvolgen huishoudelijk taken.
4. Crisisopvang (bv. in geval van herval).
5. Contacteren ouders voor evaluatie.

De taken van de volgvverpleegkundige:

1. Focussen op het thema verslaving en hervalpreventie.

2. Begeleiden in bijkomende persoonlijke, sociale of familiale problemen, voor zover al niet opgenomen door de psychologe of de maatschappelijk werker.

De volgvrepleegkundige en de maatschappelijk werker overleggen wekelijks tot meerdere keren per week. Vaak kan dit kort en quasi informeel gebeuren, maar het is wel noodzakelijk om voldoende op de hoogte te blijven van elkaars benadering van de jongere. Op die momenten worden ook afspraken gemaakt over de manier waarop bepaalde problemen aangepakt worden.

De ouders worden best door de volgvrepleegkundige en de maatschappelijk werker samen gezien, zodat allerhande vragen van de ouders op datzelfde moment aan bod kunnen komen en de ouders eenduidige informatie en advies krijgen.

Ongeveer vanaf de laatste 3 maanden van het verblijf wordt de intensiteit van de begeleiding best afgebouwd, zodat men hiervan op een geleidelijke manier kan loskomen om te vermijden dat het afronden een risicosituatie op zich zou gaan vormen. Na hun verblijf in het tussenhuis wordt de volgvrepleegkundige weer de centrale figuur, cfr. de nazorg voor jongeren die na de residentiële behandeling niet verblijven in het tussenhuis.

Outreaching – huisbezoeken

De jongere gaan opzoeken in zijn thuisomgeving heeft belangrijke voordelen: de band tussen de jongere en zijn begeleider versterkt; werkpunten gerelateerd aan de woonomgeving kunnen beter opgevolgd worden; de jongere 'speelt thuis' en krijgt de kans eens iets 'terug te doen' door een goede ontvangst, waardoor het contact een andere intensiteit krijgt. Ten slotte kan een huisbezoek ook nuttig zijn indien de jongere dreigt af te haken en actief telefonisch interveniëren onvoldoende effect blijkt te hebben. De bedoeling is om dreigend herval te vermijden of herval stop te zetten en de hulpverlening opnieuw op te starten. Er zijn echter ook nadelen verbonden aan het doen van huisbezoeken: het is tijdrovend, soms staan ouders er weigerachtig tegenover en soms is de vereiste investering niet in verhouding tot de meerwaarde van een huisbezoek.

Naast de volgvrepleegkundige kan ook de maatschappelijk werker één of meerdere huisbezoeken doen. In dat geval ligt de focus vooral op de woon- en leefomstandigheden van de jongere.

Nazorggroep

De nazorggroep gaat om de drie weken door en wordt begeleid door een vaste verpleegkundige. De afspraken die binnen deze groep gelden, zijn vastgelegd in een overeenkomst, die de jongeren ondertekenen bij hun start in nazorg (zie bijlage 2).

De focus ligt op de specifieke moeilijkheden die de jongeren ervaren na hun residentiële behandeling, zoals eenzaamheid, integratie op het werk, alcoholgebruik, confrontatie met gebruik(ers), etc. De groepsbegeleider inventariseert bij het begin van de sessie de thema's die de deelnemers willen bespreken en bewaakt dat alles aan bod komt en een antwoord krijgt. Hij stimuleert de onderlinge interactie, zodat men kan leren van de ervaringen, inzichten of visie van de anderen. Indien nodig vult hij aan met eigen advies. De jongeren die nog niet aan bod kwamen met hun eigen verhaal, krijgen in een tweede gedeelte van de sessie hiertoe nog de kans. De groep heeft vooral de bedoeling ondersteunend te werken en het veranderingsproces actief te blijven beïnvloeden. Door elkaar te confronteren, beïnvloeden de jongeren elkaar op een andere manier dan begeleiders dit kunnen: lotgenoten reageren op elkaar vanuit ervaring en dit werkt soms krachtiger in vergelijking met feedback vanuit begeleiding.

Rol psychiater

De psychiater heeft een superviserende rol t.a.v. de begeleiders en een begeleidende rol ten aanzien van de jongeren. De superviserende rol oefent hij uit via deelname aan de teamvergadering en via ad hoc overleg met de andere begeleiders. De jongeren die dit wensen kunnen maandelijks op consultatie komen.

Rol psycholoog

De psycholoog coördineert het geheel van de werking van de nazorg, volgt op of gemaakte afspraken nageleefd worden, evalueert regelmatig de werking samen met de begeleiders en doet de nodige bijstellingen. Daarnaast begeleidt de psychologe sommige jongeren. Meestal gaat dit over individuele begeleiding of gezinsgesprekken die al opgestart waren tijdens het residentiële luik van de behandeling. Enkele voorbeelden van indicaties hiervoor zijn: persoonsvorming, persoonlijkheidsproblematiek, laag zelfbeeld, emotionele problemen zoals eenzaamheid, traumabegeleiding, assertiviteitsproblemen, ...

Ten slotte leidt de psycholoog ook de oudergroep.

4.2 Resultaten van de nazorg

Er zijn in totaal 44 jongeren in begeleiding geweest. Van die 44 jongeren zijn er 2 die elk 3 nazorgtrajecten doorlopen hebben, van elkaar gescheiden door een heropname op de behandelafdeling of de crisisunit. In wat volgt gebruiken we het begrip 'herval' in de volgende betekenis: het oude gebruikerspatroon wordt opnieuw geïnstalleerd qua gebruik en algemeen functioneren. Het begrip 'terugval' slaat op die jongeren die opnieuw gebruiken, maar hun doelstelling van totale abstinentie behouden en waarbij dus het contact met ons als hulpverleners niet verloren gaat.

9 jongeren zijn momenteel nog in begeleiding. Het verloop van de begeleidingen van deze jongeren ziet er als volgt uit:

- 5 jongeren hebben nog niet opnieuw gebruikt,
- 4 jongeren hebben 1 terugval gehad die ambulante gecoupeerd kon worden. Eén van hen is een tijdje nadien op eigen vraag opgenomen op de crisisunit ter preventie van herval.

Bij 35 jongeren is de nazorg ondertussen afgerond. We stellen het volgende vast wat betreft het verloop van deze begeleidingen qua gebruik en genomen maatregelen.

- 15 jongeren hebben niet opnieuw gebruikt,
- 9 jongeren zijn hervallen, waarop de nazorg stopte,
- 5 jongeren zijn opgenomen op de crisisunit na een terugval. Nadien hebben zij nog meermaals een terugval gehad, 2 van hen was opnieuw stabiel toen de nazorg stopte,
- 1 jongere heeft 1 keer opnieuw gebruikt, waarop hij op de crisisunit opgenomen werd. Nadien werd de begeleiding hervat. Hij was stabiel toen de nazorg stopte,
- 1 jongere heeft 1 keer opnieuw gebruikt, dit gebruik kon gecoupeerd worden via de nazorg,
- 1 jongere heeft meermaals opnieuw gebruikt, maar dit kon eveneens telkens gecoupeerd worden via de nazorg,
- 1 jongere is 2 keer opgenomen geweest op de crisisopname na een terugval, daarna is de begeleiding opnieuw hervat, doch nadien herhaalde het gebruik zich, waarna de nazorg stopte,

- 1 jongere heeft 3 trajecten doorlopen, met een heropname op de behandelafdeling en een crisisopname tussentussen. De crisisopname vond plaats nadat er een 6-tal maanden geen contact meer was geweest met de jongere en daarom beschouwen we de herstart van de nazorg als een nieuw traject. In het laatste traject was er opnieuw sprake van herval,
- 1 jongere doorliep 2 trajecten met heropname op de behandelafdeling tussentussen. Ook hier was in het 2de en laatste traject opnieuw sprake van herval.

Samengevat stellen we vast dat 24 van de 44 jongeren er in slaagden om minstens clean te blijven gedurende de periode waarin zij in begeleiding zijn/waren in nazorg. 15 van de 20 overigen zijn hervallen en de 5 overigen hebben sporadisch opnieuw gebruikt, maar bleven hun doelstelling van totale abstinentie behouden.

4.3. Ervaringen van cliënten

4.3.1 Ervaringen van cliënten die het programma met succes volgen of gevolgd hebben

Naar aanleiding van de masterproef 'Evaluatie van nazorg na residentiële drugbehandeling' is binnen één van de onderzoeksluiken nagegaan wat de ervaringen en bevindingen zijn van de jongeren die hebben deelgenomen aan het nazorgproject binnen 'Kasteel 2'.

Negen personen werden uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek. Allen werden zij bevestigd aan de hand van een interview. Door middel van deze vragenlijst zijn de bevindingen en ervaringen van de cliënten nagegaan op vlak van ondersteunende en belemmerende factoren bij het bereiken en vasthouden van abstinentie en het opbouwen en volhouden van een drugvrij leven. Verder is nagegaan wat zij als sterke en minder sterke punten beschouwen aan de nazorgwerking zelf in kader van evaluatie.

In totaal zijn er zes mannen en drie vrouwen geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd is momenteel 24 jaar. Hiervan nemen vijf personen langer dan zes maanden deel aan het nazorgprogramma. Voor de vier overige personen is de nazorg al afgerond. Met ieder van hen gaat het momenteel goed tot zeer goed, op uitzondering van één persoon voor wie de zaken momenteel minder vlot lopen.

Alle participanten zijn al een hele tijd clean, gaande van elf maanden tot drie jaar.

Over de evaluatie van de nazorgwerking

Met betrekking tot het evaluerende aspect van het interview, konden jongeren voornamelijk de sterke punten van de nazorgwerking benoemen. Houd hierbij indachtig dat wat volgt, aspecten zijn die de cliënten zelf benoemen, zonder enige externe sturing.

Vooreerst is het opmerkelijk hoe positief alle respondenten staan ten aanzien van 'Kasteel 2' in zijn totaliteit. Bemerkt hierbij dat in de interviews gesproken wordt over de residentiële behandeling en de nazorg als één geheel. Een eenheid waarover men zeer tevreden is.

Eén van de punten die benoemd werd als uitermate positief door de deelnemers, is het gegeven dat de mensen van KasteelPlus altijd en eenvoudig bereikbaar zijn en er altijd voor hun cliënten zijn. Daarnaast worden elementen als begrip, steun, een echt goed gesprek waardoor een nieuw perspectief op de situatie verkregen wordt, dat het altijd dezelfde persoon is, de controle en tot slot dat er verder gekeken wordt dan louter de verslaving aangehaald als sterke punten van de (nazorg)werking.

Niemand zou iets willen toevoegen aan het nazorgprogramma. En op de volgende vraag naar wat ze minder goed vinden, klinkt het antwoord 'niets' bij ongeveer de helft van de geïnterviewden. Uit de 'stopgroep' rijst de bedenking dat het op het einde wel tijd was voor ontslag. Eén persoon geeft voorts aan dat er te lang domino's afgenomen werden, hoewel iemand anders juist van mening is dat het afnemen van domino's een heel belangrijk aspect is van de nazorgwerking.

Nog iemand merkt op dat nazorg het 'gevaar' inhoudt dat iemand zich er te sterk aan vast klampt. Dit is een punt waarvoor men waakzaam dient te zijn. Echter, tegelijkertijd is meermaals het belang benadrukt om voldoende tijd te nemen om aan een volgehouden drugvrij leven te werken. En tot slot wordt aangehaald dat afstand een bemoelijkende factor is om naar de nazorg te blijven komen.

Met betrekking tot de nazorggroep, wordt het praten met andere ex-gebruikers en het uitwisselen van ervaringen als positief ervaren.

Verder leven over deze bijeenkomsten een aantal bedenkingen. Het is moeilijk om te horen hoe goed anderen bezig zijn in vergelijking met zichzelf. Bemerkt hierbij dat deze persoon slechts één groepsgesprek heeft gevolgd. Een belangrijke aanvulling kan hierbij zijn dat het afhankelijk is van sessie tot sessie wat men er uit haalt. Nog een andere ervaring is dat er een kloof is tussen diegenen die al een tijdje clean zijn en diegenen die recent clean zijn. Op dit punt haalt de één aan dat het als 'oudere' van belang is ervaringen te delen met wie pas op ontslag gaat. De ander voelt zich dan eerder een 'schoolmeester'.

Na een residentiële ontwenningbehandeling

Het is van belang een aantal domeinen in het oog te houden tijdens het proces van de cliënt. Deze kunnen ofwel een beschermende rol ofwel een ondermijnende rol opnemen. Merk hierbij op dat deze niet als onafhankelijke en te onderscheiden factoren gezien kunnen worden. Daarnaast viel een grote diversiteit op in de verkregen antwoorden. Het is met andere woorden van belang telkens rekening te houden met individuele klemtonen, vragen en noden.

Samengevat worden elementen als steun van familie, vrienden en partner, motivatie en wil, geloof in jezelf, denken aan de negatieve gevolgen van gebruik en aan alles wat men tot nu toe bereikt heeft, nazorg, probleeminzicht en het hebben van een goede tijdsbesteding naar voor geschoven als beschermend en ondersteunend.

Naast deze positief beïnvloedende factoren, kunnen enkele belemmerende aspecten opgelijst worden. Meer bepaald gaat het om zin in gebruik, denken aan de positieve aspecten van gebruik, contact/confrontatie met gebruikers, dealers en illegale middelen, tegenslagen, negatief gemoed, zich slecht in zijn vel voelen en een bijkomende psychiatrische problematiek. Deze aspecten worden als bemoeilijkende factor benoemd bij het vasthouden van de al verworven resultaten.

Bij de bevraagde jongeren leeft het idee dat wanneer het abstinente blijven goed lukt, de rest ook wel vlot zal lopen. Er kan gesteld worden dat abstinentie als voornaamste doel en uitkomst beschouwd wordt.

Men spreekt ook van een blijvende zin en kwetsbaarheid. Echter, het kan wel een evidentie worden om geen middelen meer te gebruiken waardoor deze zin heel sterk afneemt en de last op langere termijn sterk vermindert en zelfs kan verdwijnen. Het vraagt een verandering van levenswijze. Bijgevolg moeten mensen voldoende tijd krijgen om volledig abstinente te worden en te blijven (cf. supra).

Uit dit onderzoek komt daarnaast naar voor dat de meeste personen die langer in nazorg zijn of voor wie de nazorg is afgerond, momenteel geen of minimale last of moeilijkheden ondervinden. Echter, dit is niet voor iedereen het geval. Dit punt wijst er op dat men telkens alert moet blijven en dat ieder traject naar een drugvrij leven, een individuele weg is.

Alle respondenten geven aan met betrekking tot de intensiteit dat dit aanvankelijk heel intensief is, één tot twee keer per week. Zeker tijdens de eerste maanden is het aangewezen voldoende ondersteuning te bieden, aangezien deze als het meest risicovol ervaren worden. De intensiteit van nazorg ligt dan ook tijdens deze periode op zijn hoogste punt, met voldoende aandacht voor het individuele welzijn van de cliënt. Bijkomend lijkt het opstarten van de nazorg meteen starten na ontslag, als naadloos vervolg van de residentiële behandeling ideaal.

Geleidelijk aan bouwt dit af, afhankelijk van hoe het gaat. Iemand merkt hierbij op dat het van belang is zelf eerlijk aan te geven hoe alles loopt. Ook bij een verhoogd risico op een dreigend herval, is een snelle en kortdurende opname mogelijk op de crisisunit.

Ook de respondenten geven zelf aan dat nazorg op zich een niet te miskennen rol speelt en een absolute meerwaarde is bij het vasthouden en bereiken van een drugvrij leven. Uit het onderzoek blijkt dat nazorg voor iedereen een ondersteunende en belangrijke factor is (geweest). Het is goed dat men op iemand kan terugvallen wanneer men terug op eigen benen komt te staan. De veilige en beschermde omgeving van Kasteelplus wordt immers verlaten. Eens uit deze omgeving zijn er weinig punten om op terug te vallen. Vaak is men namelijk zo goed als alles kwijt, waardoor cliënten als het ware hun leven opnieuw moeten opbouwen. Nazorg biedt op dit punt houvast.

Daarnaast ervaren de respondenten een groot verschil tussen theorie en praktijk. De transfer van de geleerde theorie die men ziet tijdens de residentiële behandeling is niet evident om te maken eens men terug op eigen benen staat. Hierbij is het nodig dat men op iemand kan terugvallen, iemand die ook veel expertise heeft en die het persoonlijke verhaal van de jongere ook kent. Nazorg is met andere woorden ook nodig bij de toepassing van de geleerde theorie in de praktijk.

Besluit

Een besluit dat we uit de interviews kunnen trekken is dat de deelnemers van het programma de nazorg als een heel belangrijk aspect van de behandeling beschouwen. Het is een houvast en biedt ondersteuning tijdens een moeilijk moment. Bijgevolg kan gesteld worden dat nazorg cruciaal en onontbeerlijk is op de weg naar een volgehouden drugvrij leven binnen deze onderzoekscontext. Enkele uiteenlopende factoren beïnvloeden deze weg in positieve of negatieve zin. Belangrijk bij het voorzien van (na)zorg is alleszins het rekening houden met individuele verschillen en klemtonen tussen mensen.

4.3.2. Ervaringen van cliënten die vroegtijdig met de nazorg gestopt zijn

In het kader van het rapport over nazorg leek het ons ook relevant om patiënten te bevragen die om één of andere reden vroegtijdig zijn gestopt met het nazorgproject. We hebben geprobeerd elke patiënt die vroegtijdig is gestopt te bereiken. Alle patiënten die we hebben kunnen bereiken (na maximaal drie pogingen) hebben hun verhaal gedaan. Het gaat over 8 mensen. De bevraging is telefonisch gebeurd, een gesprek duurde minimaal 15 minuten.

De verhalen van de patiënten

Omwille van de rijkdom van de verhalen die we in deze bevraging gehoord hebben brengen we een synthese van ieder gesprek. Het was telkens boeiend hen te horen vertellen.

S. is iemand die een tweetal keer bij ons in opname is geweest en dit gedurende verschillende maanden.

Hij heeft ook een periode in het tussenhuis verbleven. De nazorg is gestopt na een drietal maanden. Zijn hoofdproduct was THC, hoewel hij verschillende keren experimenteerde met andere middelen. S. gebruikt behoorlijk veel alcohol. Hij is een jonge man die ondertussen 21 is geworden. S had gedurende de opname een heel sterke band met zijn vader.

S. vertelt dat hij na een periode bij zijn vader te hebben gewoond nu binnenkort alleen gaat wonen. Hij heeft een job als kok in een druk restaurant en dit al gedurende enkele maanden. Hij heeft ook een vaste vriendin sinds een drietal maanden.

S. vertelt dat de nazorg bij hem is afgerond na herhaalde positieve urinecontroles. Hij vertelt er ook bij dat hij toen vaak loog, hij bleef ontkennen dat hij gebruikt had maar dit was flagrant onwaar. Nu ziet hij in dat hij dit beter niet gedaan had. Hij vertelt ook regelmatig alcohol te hebben gebruikt maar ook dit verzweeg hij toen.

Hij zegt in de periode van zijn nazorg vooral steun te hebben ervaren bij de begeleidende verpleegkundige; zij heeft ervoor gezorgd dat hij periodes had dat hij clean bleef en dat hij oplossingen zocht voor zijn problemen, eerder dan ervan weg te lopen.

Nazorg vindt hij een essentieel onderdeel van de behandeling, hij volgt dan ook nu nog een ambulante begeleiding, zij het minimaal. Hij kan begrijpen dat de nazorg bij hem door het team gestopt is, het was ook op voorhand heel duidelijk dat herhaald gebruik en ontkening aanleiding zou kunnen zijn om de nazorg te stoppen. Toch zegt hij het jammer te vinden dat de nazorg gestopt is. Liegen hoort bij een herval zegt hij en hij vindt het jammer dat het team daar te weinig rekening mee gehouden heeft. Hij kijkt echter met een algemeen positief gevoel op de nazorg terug.

Momenteel gebruikt hij in het weekend alcohol, met mate zegt hij. Cannabis gebruikt hij sporadisch en andere producten gebruikt hij niet meer. Hij besluit dat het met hem goed gaat in het leven, en dat zijn vader tevreden is over zijn evolutie.

K. is 24 en verbleef een vijftal maanden op de drugunit.

Zijn hoofdproduct was cocaïne, in mindere mate alcohol. K. dealde ook en was herhaalde malen zwaar agressief zowel thuis als in het uitgangsmilieu.

Hij woonde op moment van opname bij zijn ouders. Zijn opname werd door het team als positief ervaren, hij koos duidelijk om te stoppen met cocaïne, er was een grote betrokkenheid van beide ouders.

K. was ruim zes maanden in nazorg en kende één ernstig herval met cocaïne, hij kon zich echter herpakken door een korte crisisopname, de steun van zijn ouders en intensievere nazorg. De laatste maanden van de nazorg kwam hij meer niet dan wel, een viertal keer zonder verwittigen. Zijn ouders waren hiervan op de hoogte, zegt hij. Als reden geeft hij aan dat hij toen veel te veel werk had en zich niet kon vrijmaken voor de nazorgsgesprekken. De nazorggroep, die tijdens zijn nazorgperiode opgestart werd, zag hij al helemaal niet zitten. Hij had geen zin om nog eens zijn verhaal te vertellen aan nieuwe mensen. Voor hem was het een afgesloten hoofdstuk. K. nam echter na het officieel stoppen van de nazorg nog regelmatig contact met zijn begeleidende verpleegkundige of met andere mensen van het team, en dit op momenten dat hij het nodig vond. Hij ging ook tweemaal op consultatie bij een psychologe, maar dat vond hij veel te duur.

K., die amper 1,5 jaar met nazorg is gestopt, stelt het zeer goed. Hij heeft vast werk en een vaste relatie. Zijn partner is momenteel zwanger. Hij heeft ondertussen een huis gekocht en een nieuwe BMW zegt hij, niet zonder enige trots. Hij gebruikt niet meer, ook geen alcohol. In het begin, na zijn opname en dus gedurende de nazorg was het lastiger en dronk hij regelmatig alcohol. Zijn vriendin reageerde daar zeer heftig op en hij liet het dan maar voor haar. Hij moet nu ook toegeven dat het vooral zijn vriendin was die hem afraadde nog verder naar de nazorg te komen, zij vond dat hij dat niet meer nodig had. Hierin verschilde ze van mening met zijn ouders.

K. zegt heel veel aan de nazorg te hebben gehad en is hier ook bijzonder dankbaar voor. Ook zijn ouders, die me daarna ook belden, vertelden heel emotioneel hoe dankbaar ze zijn voor de geboden hulp. K. vond het wel spijtig dat hij per telefoon de boodschap kreeg dat de nazorg stopte. Hij had graag een afrondingsgesprek gehad met zijn begeleider. Ook zijn ouders vonden de manier van afronden het enige minpunt. Ze konden dit niet plaatsen bij de heel gedreven en, ik citeer, "erg liefdevolle zorg".

Dit contact echter zorgde ervoor dat er toch nog, zij het ruim na datum, een afrondingsgesprek komt.

Het verhaal van N. is minder positief dan de twee vorige.

N. is drie maanden opgenomen geweest op Kasteel 2 en is na amper een maand nazorg gestopt. Het hoofdproduct van N was GHB, in het milieu ook wel vloeibare XTC genoemd. Daarnaast gebruikte zij regelmatig speed en alcohol. N. leefde op moment van opname thuis, nadat ze een periode had samengewoond met een medegebruiker die regelmatig zeer agressief was naar haar toe. N. had op moment van opname nog werk in een bejaardentehuis, als schoonmaakster. N. is 23.

Na herhaalde telefoons kreeg ik haar toch aan de lijn. Ze vertelde direct dat het met haar niet goed ging. Ze gebruikt opnieuw GHB en ze leeft opnieuw samen met haar vriend druggebruiker die haar recent nog zwaar sloeg. Haar ouders zijn bijzonder kwaad op haar, niet alleen omwille van het gebruik, maar vooral omdat ze terug bij haar vriend is ingetrokken. Ook haar broers, nochtans ook gebruikers, zijn niet te spreken over haar keuze terug bij hem in te trekken.

Zij heeft nog steeds haar werk in het bejaardenhuis, waar naar eigen zeggen niemand op de hoogte is van haar druggebruik. Toen ze met een zonnebril kwam werken omdat haar ene oog bont en blauw stond, kreeg ze wel heel wat "vervelende" vragen van collega's en verantwoordelijken.

N. heeft zelf de nazorg gestopt omdat ze de verplaatsing naar Kasteelplus te zwaar vond in verhouding voor wat ze ervoor terugkreeg. De opname was al niet zo positief geëindigd, en ze vond dat de nazorgsgesprekken in de zelfde sfeer verliepen. N. had dus niets aan de nazorg maar zegt nu spijt te hebben dat ze niet langer, en dan spreekt ze van enkele maanden, in opname is gebleven. Zij beseft heel goed dat ze zich zal moeten herpakken of dat een opname anders onvermijdelijk zal worden. Zij zou er zeker opnieuw voor kiezen om naar Kasteelplus te komen.

Het verhaal van D. ligt een beetje in dezelfde lijn, alhoewel.

D. verbleef een viertal maanden op de drugunit en kende een positieve opname, waarin duidelijk een toenemende motivatie merkbaar was. D. haar hoofdproduct was heroïne wat ze niet intraveneus gebruikte, behalve enkele keren kort voor haar opname. D. had steun van haar moeder, zij het in niet zo grote mate. Moeder had zelf heel veel problemen vooral met haar nieuwe vriend die een ernstige spierziekte heeft. In het verleden waren er tussen moeder, natuurlijke vader en dochter herhaalde malen hoogoplopende conflicten geweest, niet in het minst door de alcoholverslaving van de vader, met wie ze geen contact meer heeft. De opname hier is gestopt omdat zij een relatie had met een andere patiënt, druggebruiker. Toch hebben we geopteerd om nazorg op te starten gezien haar sterke motivatie. De nazorg verliep een drietal maanden redelijk goed, in die zin dat D. clean bleef, behalve rond alcohol waar ze meer en meer problemen leek te hebben om het gebruik onder controle te houden. Ook de relatie met haar vriend bleef bestaan en moeder leek ervoor te zorgen dat er een zekere structuur in haar leven bleef bestaan. D. is momenteel 20 jaar.

Stilaan zagen we echter dat D. de afspraken begon te verplaatsen, uitstellen of helemaal niet kwam opdagen, al dan niet verontschuldigd. Er werd telkens gepoogd om opnieuw met haar contact te zoeken met de bedoeling om haar te motiveren verder de nazorg op te nemen. Ook de moeder wou niets liever. Op een bepaald moment, begin dit jaar hebben we een einde gemaakt aan de nazorgbehandeling omdat D. niet meer kwam.

Haar nu contacteren was geen sinecure. Ik kon haar niet direct bereiken, dus probeerde ik het via de moeder. Zij vertelde mij dat D. zwaar hervallen was met heroïne, en ook haar vriend was weer volop aan het gebruiken. Er waren zware ruzies geweest tussen moeder, D. en vriend met als gevolg dat D. ingetrokken is bij vriend en amper nog telefonisch contact heeft met moeder. Moeder was bijzonder verdrietig en apprecieerde dat ze haar verhaal eens kon brengen.

Moeder vond ook dat de periode dat D. bij ons opgenomen of in nazorg was, de beste periode van de laatste 10 jaar was. Moeder had weer hoop gekregen dat het met haar dochter toch de goede kant ging uitgaan, maar helaas... Ze had dan ook niets anders dan lof voor de zorg en nazorg, en ze begreep ook dat nazorg in deze omstandigheden gestopt werd.

Uiteindelijk, na verschillende pogingen, kon ik D. bereiken. Dit was een moeilijk gesprek, D. was duidelijk onder invloed en op de achtergrond was haar vriend prominent aanwezig. Hij drong er op aan het gesprek te stoppen. Ik citeer "dat ze met die zeveraars niet meer moest praten". Hij foeterde dan ook allerlei opmerkingen over zijn opname hier zodat ik het gesprek vriendelijk beëindigd heb. Nochtans had ik de indruk dat contact met haar mogelijk was geweest, ware het niet dat haar vriend het belemmerde.

Ik onthoud uit dit gesprek vooral de dankbaarheid van de moeder en ook de zekerheid dat haar dochter steeds bij ons terecht kan.

Het verhaal van A., een allochtone jongeman van 22 heeft mij het meest verbaasd. Hij was de week voor het gesprek papa geworden van een flinke zoon Mohammed.

Het verhaal van A. was hier nochtans niet direct een succesverhaal. Hij verbleef twee maanden in opname en herhaaldelijk werd getwijfeld aan zijn motivatie. Hij had regelmatig conflicten met de begeleiding, hij voelde zich niet goed bejegend en behandeld. De nazorg beëindigde hij zelf na een drietal gesprekken. Wij waren in de overtuiging dat hij hervallen was in heroïne, zijn hoofdproduct, en terug in het milieu was ondergedoken. Ook van zijn ouders, nochtans heel erg betrokken in de opname, hoorden we niets meer.

Wat ik van hem hoorde was echter een heel positief verhaal. Hij werkt al acht maanden bij hetzelfde bedrijf, in ploegdienst. Hij is ondertussen getrouwd, heeft een zoon, woont in een huurhuis en voelt zich heel gelukkig. Hij gebruikt geen heroïne meer, af en toe een joint, weliswaar zonder dat zijn vrouw of familie dit weten. Maar het beperkt zich tot hoogstens een tweetal keren per maand. Na de afronding van zijn nazorg hier, meer dan een jaar geleden, zocht hij geen hulp ergens anders, geen opnames, geen ambulante begeleiding. Hij had wel zijn justitieassistentie, maar ook dat is nu gestopt. Hij heeft wel heel veel steun van zijn grote familie gehad en nog steeds. Hij sprak zijn dankbaarheid uit over de behandeling en de korte nazorg hier, hij legt daar de basis van zijn welbevinden nu. Hij begreep dat wij daar een andere perceptie van hadden.

Hij vertelt dat hij de nazorg heeft gestopt omdat het gesprek bij de dokter hier veel te duur was, 50 euro. Hij beweert niet te hebben geweten dat hij daarvan 3/4e terug kreeg van het ziekenfonds. Blijkbaar is hij op dat gebied niet goed ingelicht of had hij het niet begrepen, zegt hij.

Dit gesprek leerde me dat niet alleen verslaving iets onvoorspelbaars heeft, maar ook het ontwenningproces. Niemand van ons dacht dat hij zou staan waar hij nu staat. Het is goed om weten dat hij heel veel uit de opname gehaald heeft, ondanks het moeilijke verloop ervan. Het betekent ook dat we er zeker niet kunnen van uit gaan dat mensen bij een vervroegd ontslag of stopzetting van nazorg (de zogenaamde "drop-out") per definitie hervallen.

S., een 25-jarige man, is hier drie keer in opname geweest, waarvan de laatste keer 3 jaar geleden.

Hij was al in alle Oost-Vlaamse voorzieningen voor drughulpverlening geweest, zowel ambulante als residentiële. Hij had meer dan zes maanden in de gevangenis verbleven wegens allerlei druggerelateerde feiten. Zijn hoofdproduct was heroïne, maar alle producten die bekend zijn had hij al meerdere keren gebruikt.

S. was bij de eersten die in het nazorgprogramma zijn gestart, hij heeft dus enkel individuele gesprekken gehad, de nazorggroep bestond nog niet.

S. had een moeilijke jeugd, met een alcoholverlaafde vader die zijn gezin terroriseerde en het uiteindelijk in de steek liet. Moeder had een nieuwe relatie, maar het klikte niet tussen S. en moeders vriend. Moeder koos voor haar nieuwe relatie, waardoor S. er alleen voorstond, en dit al van zijn 14 jaar. Uiteindelijk is hij bij zijn kranige grootmoeder terecht gekomen, die hem in alle omstandigheden heeft gesteund. Zij is ondertussen meer dan 80 jaar en nog steeds zijn toeverlaat wanneer hij geen vriendin heeft of in de problemen zit.

De opnames van S. werden gekenmerkt door periodes dat het goed ging, maar ook periodes dat hij op allerlei manieren aan het foefelen was. Herval, gebruik op het domein van het ziekenhuis e.d. waren nooit ver weg. Maar toch waren er in het team steeds mensen die in hem bleven geloven, wat niet altijd de waardering van andere teamleden had.

Maar S. deed zijn best in de nazorg, kwam heel regelmatig gedurende enkele maanden. Het contact met oma leerde ons dat het met hem behoorlijk liep, ondanks enkele uitschuivers met alcohol. Hij herviel echter met heroïne nadat een vriend gebruiker uit de gevangenis kwam. Hij brak onmiddellijk met alles en was opnieuw ondergedoken in het milieu. Ook zijn oma was het contact kwijt, tot hij weer kwam opdagen omdat hij geen geld meer had en de moeilijkheden zich weer opstapelden. Uiteindelijk werd hij in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis opgenomen en stelt het nu sinds meer dan een jaar goed. Hij werkt, woont alleen, heeft geen vriendin, maar ook geen contacten meer met mensen uit het milieu. Hij laat zich ambulante begeleiden door mensen van de Kiem. Hij leeft met een zeer duidelijke structuur die hij zichzelf oplegt.

Hij vond dat hij nooit de nazorg had mogen laten vallen op moment van zijn herval. Hij erkent hierin op de eerste plaats naar zijn eigen aandeel, verantwoordelijkheid. Maar toch had hij schrik om voor de zoveelste keer te moeten zeggen dat hij hervallen was, om voor de zoveelste keer mensen te ontgoochelen. Hij had gedurende zijn opname ook enkele zware confrontaties gehad, zowel met de hoofdverpleegkundige als met de arts. Hij had schrik dat dit opnieuw het geval zou zijn. Hij ging er vanuit dat hij toch zou moeten stoppen met nazorg en hield liever de eer aan zichzelf. Het is duidelijk dat hij nu, clean zijnde, de nazorggesprekken bijzonder waardeerde, hij had een groot vertrouwen in de mensen hier, die hij al lang kende.

Hij en zijn oma, waren blij hun verhaal nog eens te kunnen vertellen en hopen dat het met hem de goede kant uit blijft gaan. Ondertussen zit hij op financieel vlak met een zware erfenis van zijn drugsverleden.

Zijn oma merkte nog op dat hij heel veel rookt ...

Het verhaal van K., een meisje van ondertussen net 20, verbaasde en ontroerde mij.

Zij was hier destijds in een eerste opname geplaatst als minderjarige op bevel van de jeugdrechter. Er was toen enkel sprake van externe motivatie. Zij liet duidelijk blijken niet op Kasteel 2 te willen zijn maar gaf hieraan toch de voorkeur boven de gesloten jeugdinstelling, waar ze al geweest was. Deze eerste opname hebben we vanuit het team moeten beëindigen.

De jeugdrechter heeft haar niet naar de jeugdinstelling terug gestuurd maar haar nog een kans gegeven bij haar moeder. Dit is opnieuw verkeerd gelopen en zo is ze opnieuw in Kasteel 2 beland. Na een verblijf van drie maanden is de nazorg opgestart.

K. is iemand die al van de leeftijd van 12 jaar drugs gebruikt, en vanaf haar 14de jaar heroïne. Zij gaat niet meer naar school, is volledig ondergedoken in het drugsmilieu van haar stad, en trekt op met veel oudere gebruikers die haar misbruiken op alle vlak. Voor haar eerste opname had ze al verschillende contacten met jeugdbescherming, jeugdrechter, instellingen. Op moment van haar tweede opname was haar tweelingzus ook opgenomen in een ontwenningprogramma voor druggebruikers.

De jeugd van K. was weinig hoopgevend. Er zijn vier kinderen, moeder staat er vaak alleen voor omdat de vader regelmatig langere periodes weg is voor zijn werk. Moeder heeft ondertussen verschillende relaties, en bekommert zich weinig om de kinderen. Als vader thuis is drinkt hij regelmatig en is hij agressief. Hij heeft ook een andere relatie in het buitenland en kiest er uiteindelijk voor om naar ginder te verhuizen, de kinderen bij moeder achterlatend.

Na de eerste opname werd geen nazorg opgestart, na de tweede wel. K. deed heel veel moeite om correct om te gaan met de gemaakte afspraken. Echter vrij vlug bleek dat zij af en toe opnieuw gebruikte, cannabis en alcohol. Daardoor kreeg ze weer problemen op school. Langzaam maar zeker ging het bergaf en herviel ze opnieuw in heroïne.

De nazorgafspraken werden minder goed gevolgd, ze kwam maar als ze min of meer clean was. Telefonisch was ze vaak niet bereikbaar. Uiteindelijk is vanuit het team de beslissing genomen te stoppen met nazorg. Dit werd haar telefonisch medegedeeld door haar begeleidende verpleegkundige.

K. zegt altijd heel veel te hebben gehad aan de nazorggesprekken met haar verpleegkundige, vooral ook als het minder met haar ging. Ze was ontgoocheld dat haar telefonisch is gemeld dat we er mee stopten. De uitspraak "je moet nog eens met uw gezicht tegen de muur lopen" herinnert zij zich als was het haar gisteren verteld. "Je mag geen mensen laten vallen als ze hervallen zijn, net dan hebben we jullie nodig. Je beseft niet wat het is om weer te hervallen en niemand meer te hebben die om je geeft". K. heeft weinig begrip voor het stopzetten van de nazorg: "altijd met jullie regeltjes, het is precies het belangrijkste".

K. is momenteel clean. Het is dus niet dat ze nu in een roes dergelijke opmerkingen geeft. Ze zegt het heel sereen, rustig maar heel erg duidelijk. "Men heeft me al zo dikwijls laten vallen".

Ondertussen is ze nog in een andere instelling geweest gedurende enkele maanden. Ze is meer dan een jaar clean, heeft een opleiding gevolgd bij de VDAB als thuiszorgende. Ze woont samen met een clean iemand en start binnenkort met een job in een bejaardentehuis. Ze woont niet meer in haar geboortestad maar ver daar vandaan. Ze ziet niemand meer van vroeger.

Ondanks haar kritische opmerkingen is ze toch zeer dankbaar voor de hulp die ze hier destijds kreeg, zij het vooral de residentiële hulp. Ze is nog steeds ambulant in begeleiding.

N., een man van nu 23 jaar, was twee jaar geleden opgenomen en verbleef hier 3 maanden residentieel. Hij volgde ongeveer 6 maanden nazorg, zij het dat hij regelmatig niet op een afspraak verscheen.

N. was hier in opname gekomen nadat hij in zijn buurt een diefstal had gepleegd. Hierop was de politie verwittigd en had hij bekend. Daar werd hij ook geconfronteerd met zijn druggebruik, vooral cocaïne en speed. Hij heeft een zeer lichte straf gekregen voor die feiten, maar er was wel druk om zich residentieel te laten behandelen. Zijn ouders vonden de problemen met hem veel erger dan hij ze zelf vond. Zij waren ook heel erg beschaamd over de gepleegde feiten. In de familie zijn, vooral langs de kant van de vader, drankproblemen bekend.

N. ging voor drie maanden behandeling, geen dag langer. De behandeling verliep vrij positief. Hij was coöperatief, had een goede invloed in de groep, hoewel zijn speels gedrag regelmatig problemen gaf. Vrij vlug leek hij beslist te stoppen met cocaïne en speed. Alcohol vond hij geen probleem en dus wou hij daarmee niet stoppen. Ook cannabis wilde hij verder blijven gebruiken. Gedurende de opname hield hij zich, behalve één enkel weekend, nuchter.

Momenteel doet N. het zoals hij gezegd heeft. D.w.z. dat hij regelmatig alcohol gebruikt, vooral tijdens de weekends. Hij rookt af en toe een joint maar andere producten gebruikt hij niet meer, op een tweetal keer na dat hij coke heeft gesnoven in zijn nazorgperiode. Sinds 8 maanden woont hij samen met zijn vriendin. Met zijn ouders zijn alle plooiën glad gestreken. Hij werkt gemiddeld 11 uur per dag bij de schilders, wat hij voor zijn opname ook al deed. Hij is nergens nog in behandeling geweest, noch residentieel, noch ambulante.

De nazorg werd in onderling overleg vroegtijdig beëindigd, omdat N. niet veel zin meer had om te komen en er het nut niet meer van inzag. Het kostte hem te veel moeite om te komen omdat hij veel werkte. Hij bleef echter ook voortdurend (veel) drinken en dit was moeilijk bespreekbaar. Hij wou niet stoppen met drinken, terwijl dit hier van hem werd verwacht. Hij vond de discussies daarover soms vervelend, voor hem was het belangrijkste dat hij met coke gestopt was, zijn hoofdproduct. Aan zijn levensstijl wou hij niet veel veranderen: werken en uitgaan was zijn moto.

N. is wel heel dankbaar voor de geboden hulp, ook de nazorg vooral de eerste drie maanden. Daarna vond hij het eerder een last. Hij was het beu telkens te moeten horen dat de manier waarop dat hij met alcohol omging heel risico vol was.

“Ik heb bewezen dat ik met alcohol kan omgaan” is zijn stelling nu. Zijn ouders bevestigen dat het momenteel heel goed met hem gaat.

Conclusies uit deze verhalen

Deze getuigenissen geven ons belangrijke informatie over hoe mensen terug kijken op hun behandeling, zowel op het residentiële gedeelte maar ook over de nazorgperiode. Tegelijk zetten ze ons aan het denken over de manier waarop wij als hulpverleners omgaan met situaties maar ook met meningsverschillen tussen cliënten en teamleden over keuzes die gemaakt moeten worden. We zetten een aantal zaken op een rijtje.

- Voor de meeste is de nazorg, los van de duurtijd of hoe hij is beëindigd, een positief gegeven. Dit wordt niet altijd door de teamleden zo gepercipieerd omdat het stop zetten van de nazorg soms gepaard gaat met niet verschijnen op afspraken, enz. Dit wordt door het team dikwijls geïnterpreteerd als gebrek aan motivatie. Soms vindt de jongere de nazorg ook niet meer nodig of heeft hij er te weinig aan.
- De geïnterviewden beklemtonen regelmatig dat de opname op zich hen veel heeft geholpen, meer dan de nazorg. In waardering scoort bij deze groep het residentieel stuk van de behandeling vrij hoog. Dit zou kunnen betekenen dat een aantal cliënten zich na de residentiële behandeling sterk genoeg voelen om op eigen benen te staan en verder zonder hulp hun weg te gaan. Een aantal verhalen bewijzen dit. Ze getuigen van heel veel veerkracht.
- De visie “totale abstinentie” is regelmatig een breekpunt. Bijna niemand is totaal abtinent als we alcohol ook in rekening brengen. We merken ook bij hen die niet voortijdig afronden er regelmatig alcohol gebruikt wordt, zij het dan wel min of meer gecontroleerd. We moeten ons de vraag stellen hoeverre is totale abstinentie in nazorg haalbaar bij deze doelgroep. Misschien is een realistischer doelstelling dat het gebruik van het hoofdproduct gestopt is.
- We krijgen signalen van cliënten dat we de nazorg niet mogen stoppen bij hervat. Als we verslaving en ontwenning als een proces zien met vallen en opstaan, moeten we wellicht langer met hen op weg gaan als het gebruik opnieuw gestart is. Mogelijks zijn daar andere werkvormen voor nodig dan deze welke we nu gebruiken, b.v. meer outreachend werken, naar hen toegaan in plaats van zij naar ons.
- Bij hervat schamen patiënten zich om dit te melden. Dit kan soms aanleiding zijn tot stopzetten van de nazorg. Het is belangrijk om te zoeken hoe we patiënten kunnen helpen om het hervat niet te ervaren als iets waarvoor ze zich moeten schamen.

- De manier hoe de nazorg afgerond wordt is belangrijk. Het plots stopzetten door het team wordt door sommigen erg ervaren als een afwijzing. We moeten ons bewust zijn van de relatie, het vertrouwen dat deze mensen in ons stellen. Wanneer we dan toch vroegtijdig afronden moeten we meer tijd nemen voor de afronding waarin we het stopzetten duiden als een signaal om na te denken over de keuzes die de patiënt wil maken en niet als een afwijzing.

4.4 Ervaringen van teamleden

We hebben ons ook de vraag gesteld of het nazorgproject voor de verpleegkundigen een meerwaarde betekent. Is hun job daardoor rijker geworden? Is het werken op de drugunit boeiender, aangenamer, uitdagender geworden?

We hadden een gesprek met de teamleden hierover.

Iedere verpleegkundige gaf aan dat het kunnen verder werken met de patiënten na hun ontslag nog meer voldoening geeft.

De betrokkenheid bij de jongere is hierdoor sterker geworden. Er is een vertrouwensrelatie opgebouwd van bij de residentiële behandeling en die wordt doorgetrokken in de nazorg. Iemand zegt: "Het creëren van openheid en vertrouwen met de jongere is wellicht het belangrijkste wat je kan bereiken. Als het minder goed gaat, gaan ze je dit vertellen en dan kan je hier mee verder werken. Tijdens de opname is de kans hiertoe minder groot omdat ze ook weten dat vb. middelengebruik gevolgen kan hebben naar uitgangsbepaling enz.". "We hebben meer het gevoel dat we er zijn als ze ons nodig hebben." Het vraagt ook moeite en zorg om de werkrelatie na een jaar ook weer af te bouwen. Zowel van de kant van de jongere als van de kant van de begeleider is het soms moeilijk om los te laten. Ook vraagt het aandacht om niet te "dienstvaardig" te zijn maar te appelleren op de zelfstandigheid van de jongere.

Sinds de opstart van het nazorgproject beseffen de teamleden meer hoe moeilijk het is om leven zonder drugs vol te houden. Dat werd vroeger onderschat. Ook wordt ingezien dat een aantal eisen die vroeger gesteld werden te weinig realistisch waren. De verwachting bv. dat de jongere ook geen alcohol zou gebruiken is in veel gevallen niet haalbaar. Sinds het nazorgproject zijn er geregeld discussies geweest in het team over de haalbaarheid van bepaalde regels en verwachtingen. Nog steeds wordt men geconfronteerd met het dilemma tussen het ideale en het haalbare. De begeleider kan dan ook minder terugvallen op de duidelijke structuur van het leefgroepgebeuren tijdens de opname. Hij moet meer zelfstandig beslissingen nemen, flexibel kunnen zijn. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat hij zijn teamleden heeft zien evolueren naar het opnemen van meer verantwoordelijkheid, het nemen van beslissingen, het sterker staan in het werk.

De begeleider ziet de jongere evolueren, veranderen. Men ziet het effect van zijn werk. Ook dat verhoogt de betrokkenheid. Vroeger beperkte dit zich tot het doorverwijzen naar een ambulante centrum. Van hoe dit verder evolueerde was men niet op de hoogte. Ook zijn de blijken van dankbaarheid veel intenser dan bij een residentiële opname.

Het effect op het engagement van de begeleider is soms ook omgekeerd. Als de begeleider het gevoel heeft dat de jongere zich niet inspant om te evolueren, als de motivatie er niet is dan daalt na een tijd de betrokkenheid van de begeleider. Men komt dan op een punt dat de vraag op tafel komt of de nazorg nog zinvol is en of er niet beter gestopt wordt.

Het opnemen van deze nazorgbegeleidingen door de verpleegkundigen is wel een organisatorische belasting. Op de momenten waarop de gesprekken gepland zijn kan het ook erg druk zijn op de afdeling en dan wordt hun aandacht verscheurd tussen beide opdrachten.

Men kan niet anders dan het nazorggesprek waarvoor de jongere speciaal langs komt voorrang te geven. Soms heeft men het gevoel dat men tekort schiet ten aanzien van de opgenomen patiënten.

Toch kiest men er niet voor om de nazorgopdracht toe te wijzen aan één of twee mensen die daar hun hoofdtaak van maken. Het werken met de jongere vanaf aanmelding (soms in crisis) tot een jaar na ontslag uit het residentiële programma geeft daarvoor teveel voldoening.

5. UITKOMSTENMETING

5.1 Ontwikkeling van een meetinstrument

Na het eerste werkjaar (2007 – 2008) wordt tijdens de evaluatievergadering van het project (juni 2008) besloten om een systeem van periodieke evaluatie op te zetten. In het tweede werkjaar (2008 – 2009) wordt hiertoe een vragenlijst (zie bijlage 3), opgesteld. Aanvankelijk dient de vragenlijst om de levenskwaliteit van de cliënten te bevragen. Naarmate de tijd vordert, wordt de evaluatie van het project op zich een bijkomende doelstelling.

Het instrument neemt de vorm aan van een gesloten vragenlijst waarmee 19 levensdomeinen bevraagd worden: algemene tevredenheid, illegale drugs, alcohol, gokken, medicatie, familie, impulsiviteit, woonst, budget, zelfzorg, zin in gebruik, denken aan positieve aspecten van gebruik, gebruik van het noodplan, lichamelijke klachten, contact met gebruikers en andere sociale contacten. Per domein zijn er vier antwoordalternatieven.

Ieder domein wordt zorgvuldig ingevuld door de volgverpleegkundige.

Dit op basis van de contacten in kader van het nazorgprogramma op enkele afgesproken momenten. In eerste instantie valt dit moment op zes maanden na het ontslag uit het residentiële programma. Later worden deze momenten bijgestuurd en vastgelegd op twee maanden in nazorg, acht maanden in nazorg en zes maanden na het ontslag uit de nazorg.

Op de evaluatievergadering van het tweede werkjaar (2008 – 2009) komen een aantal opmerkingen en bedenkingen naar voor betreffende de vragenlijst en de evaluatie. Zo blijkt dat (het gebruik van) deze lijst en het afnameprotocol grondig op punt gesteld dient te worden. Daarnaast weerklanken volgende vragen: is de verkregen totaalscore representatief voor de situatie van de cliënt, discrimineren de verschillende items voldoende en zorgt het feit dat alle items evenveel gewicht in de schaal leggen voor een vertekend beeld. Het gevoel leeft dat dit instrument onvoldoende aan de verwachtingen voldoet en heel wat vragen over de betrouwbaarheid, bruikbaarheid en validiteit dringen zich op. Hieruit groeit de belangstelling om de diverse mogelijkheden rond het meten van uitkomsten te verkennen. Het inschakelen van externe expertise acht men hiertoe wenselijk en meer bepaald wordt in de richting van de Universiteit Gent gekeken.

Dit alles met als doel voor ogen dat tegen het einde van het jaar (december 2010) een bruikbaar instrument met bijhorende handleiding een feit is in de nazorgwerking.

Meer specifieke verwachtingen zijn hierbij dat het instrument handig is in afname, praktisch bruikbaar is en een inschatting maakt op verschillende levensdomeinen. Daarnaast dient het instrument enerzijds als effectmeting van het nazorgprogramma gebruikt te worden en anderzijds als instrument in de behandeling. Met deze vragen en wensen worden de mogelijkheden aangaande het meten van uitkomsten verkend. Om hierop een antwoord te formuleren, wordt een screening van de mogelijkheden in de literatuur uitgevoerd, in combinatie met de verkenning van de bestaande meetinstrumenten. Om dit enigszins gericht te doen, is het gevoerde onderzoek door De Paepe (2009) als uitgangspunt genomen. Dit onderzoek biedt een overzicht van de meest relevante instrumenten.

Uit dit verkennend onderzoek komen drie mogelijks in te slagen wegen naar voor. Ten eerste kan een volledig nieuw instrument ontwikkeld worden. Ten tweede kan een bestaand instrument geïmplementeerd worden in de werking. Ten derde kunnen verschillende instrumenten gecombineerd worden. Als voorstel voor een meetinstrument wordt de MATE (Schipper, Broekman, & Buchholz, 2007) naar voor geschoven als meest bruikbare instrument. MATE staat voor 'Meetinstrument bij Addictie voor Triage en Evaluatie' door Schipper en Broekman (2007). Dit instrument gaat het functioneren op verschillende levensdomeinen na. Er bestaat zowel een basis als een monitoring versie. Het is een interview dat training vereist van de interviewer en duurt 45 minuten tot een uur.

Al deze verschillende wegen en resultaten worden meegenomen in overleg en de implementatie van de MATE krijgt de voorkeur. Binnen de voorziening zijn al enkele mensen getraind om dit instrument af te nemen. Dit echter in combinatie met het verder invullen van de huidige vragenlijst, wat de basis vormt voor verder onderzoek naar de effectiviteit van de vragenlijst. Dit voortgezet onderzoek wordt opgenomen door Wouter Vanderplasschen van de vakgroep Orthopedagogiek binnen de Universiteit Gent. Bedoeling is dat gedurende enkele maanden beide instrumenten worden afgenomen op dezelfde momenten. Dus na twee maanden, na acht maanden en zes maanden na de ontslagdatum, met een maximale spelings van twee weken. Dit gebeurt onafhankelijk van elkaar en bijgevolg door twee verschillende personen. De vragenlijst wordt volgens de reguliere procedure ingevuld, dus door de volgverpleegkundige. De MATE door een hiertoe getrainde persoon. De centrale onderzoeksvraag hierbij luidt wat het meest geschikte instrument is in het nazorgprogramma van 'Kasteel 2' en komen beide instrumenten tot gelijkaardige resultaten.

5.2 Gebruik van het instrument in de nazorg

Aanvankelijk was het de bedoeling om een instrument voor uitkomstenmeting te gebruiken als middel om de resultaten van de begeleiding op te volgen en bij te sturen. Het idee was dat op geregelde tijdstippen het instrument zou ingevuld worden door de cliënt en de begeleider om na te gaan waar vorderingen zich situeerden of waar vorderingen uitbleven.

Slechts wanneer het instrument ook een echte hulp is in de begeleiding zullen begeleiders dit instrument gebruiken en kunnen we ook beschikken over evaluatiegegevens.

We zijn daar uiteindelijk niet toe gekomen. De oorzaak daarvan lag deels bij het instrument, zoals we hierboven al beschreven hebben. Het instrument registreert niet de nuance die men in de gesprekken met de cliënt kon waarnemen. Er is het gevoel dat eenzelfde score niet hetzelfde functioneringsniveau aangaf. Ook de totaalscore was geen goede maat voor het functioneringsniveau van de cliënt. Sommige domeinen zijn voor een bepaalde cliënt minder cruciaal dan andere. Deze weg was niet in het instrument opgenomen.

Maar meer nog dan het instrument op zich was het feit dat de begeleiders het gevoel hadden hetzelfde te kunnen bereiken zonder formeeladministratieve wijze van werken met een observatielijst. De begeleiders zijn zodanig intensief met de cliënt bezig geweest gedurende een vrij lange periode dat de problematiek van de cliënt goed gekend is en de evaluatie van de stand van zaken op een vrij informele wijze gebeurt in de begeleidingsgesprekken.

De verpleegkundigen zagen geen meerwaarde in het instrument. Integendeel, het instrument werd beschouwd als een administratieve last die men, in kader van de projectdoelstelling erbij nam. We hebben dan ook beslist om een instrument voor uitkomstenmanagement te gebruiken enkel als evaluatie van het nazorgprogramma en niet als methodiek om de vorderingen van de cliënt te evalueren en bij te sturen.

6. NABESCHOUWING

Na meer dan 3 jaar experimenteren met nazorg volgend op een residentiële ontwenningbehandeling voor jongeren met een drugproblematiek moeten we allereerst vast stellen dat los komen van afhankelijkheid van middelen een uiterst moeilijke opdracht is. We kunnen dan ook alleen maar respect tonen voor de jongeren die daarin lukken, ook al is het misschien niet altijd definitief. Zij verdienen alle ondersteuning die we hen kunnen geven. Dit nazorgproject is voor velen een onmisbare schakel in de stap naar een nieuw leven. Het kan mensen een toekomst geven.

Tegelijk moeten we ook nederig zijn als hulpverleners. We stellen vast dat maar een deel van de patiënten goed terecht komt. Een ander deel van deze patiënten blijft hangen aan middelen, spijs alle inspanningen die zij en hulpverleners zich getroost hebben. Het is dan vooral de opdracht nooit iemand af te schrijven, hen een gevoel te geven altijd welkom te zijn en keer op keer opnieuw te beginnen. Wat nu niet kan, kan misschien later wel.

De sleutel van de hulpverlening zit in het aangaan van een bondgenootschap tussen patiënt en hulpverlener waarbij beide samen de doelstellingen en de weg om die te bereiken bepalen. Daarin is veiligheid, vertrouwen en open communicatie van groot belang. Dit is de bedding waarop telkens opnieuw kan begonnen worden als het nodig blijkt.

Nazorg na een residentieel ontwenningprogramma is een zeer efficiënte manier van zorgverlening. Het programma kost jaarlijks 45.000 euro. Dit is maar een fractie van wat een residentieel programma kost. Het is dus zeker de moeite waard om een paar residentieële plaatsen in te ruilen voor degelijke nazorg.

Ook de hulpverleners worden er beter van. Zij zien meer de resultaten van hun werk maar worden ook meer geconfronteerd met het vallen en opstaan van de patiënt. De betrokkenheid op elkaar vergroot. Dit kan alleen maar meer voldoening en energie geven om zich te blijven inzetten.

We hopen dat anderen voordeel kunnen halen van onze ervaringen gedurende deze drie jaar en wensen hen alle succes toe.

Personalia

Dr. Remi Spiers

psychiater, verslavingsarts, sectorverantwoordelijke
verslavingszorg "Kasteelplus" PZ Sint-Camillus

Patrick Lobbens

psychiatrisch verpleegkundige, hoofdverpleegkundige
sector verslavingszorg "Kasteelplus" PZ Sint-Camillus

Veerle Vergucht

klinisch psycholoog, teamcoördinator
drugunit "Kasteelplus" PZ Sint-Camillus

Wouter Vanderplasschen

docent orthopedagogiek, Universiteit Gent

Sofie De Block

master in de Pedagogische Wetenschappen,
afstudeerrichting orthopedagogiek

Marc Vermeire

algemeen directeur PZ Sint-Camillus

Het project "Secundaire preventie na een residentiële ontwenningbehandeling voor jongeren" werd in de periode 2007 – 2010 mogelijk gemaakt door de financiële steun van het Fonds ter bestrijding van de verslavingen van de Federale Overheid.

BIJLAGE 1: OVEREENKOMST INZAKE NAZORG

Tussen enerzijds het team van KA2, vertegenwoordigd door Dr. R. Spiers, en anderzijds worden een aantal afspraken gemaakt met als doel de positieve resultaten van de opname te behouden en te versterken.

Het behandelteam engageert zich om de jongere de nodige begeleiding en ondersteuning te geven om herval te voorkomen en zijn/haar levenskwaliteit te verhogen. De doelstellingen, acties en afspraken worden in onderling overleg vastgelegd in een nazorgplan. Dit nazorgplan wordt geregeld geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

De jongere engageert zich om de doelstellingen die in het nazorgplan vastgelegd zijn na te streven en om de afspraken met de hulpverlener na te komen.

De jongere zal niet onaangekondigd op het kasteel of het domein te verschijnen op momenten dat er geen afspraak vastgelegd werd. Indien hij/zij op een onverwachts moment hulp nodig heeft, wordt gevraagd om liefst telefonisch of, indien niet anders mogelijk, via de receptie zijn vraag stellen.

In de eerste 14 dagen van het nazorgtraject zal de jongere twee maal per week een contact hebben met één van de hulpverleners. Vanaf de derde week zal het contact doorgaans eenmaal per week zijn.

De jongere engageert zich om deel te nemen aan de nazorggroep en dit gedurende de eerste 6 maanden van de nazorg. Nadien is verdere deelname de eigen vrije keuze van de jongere. Het behandelteam is sterk overtuigd van het nut van een langere deelname.

De jongere engageert zich om zich medisch te laten begeleiden door de arts van het behandelteam. De inhoud van deze begeleiding wordt bepaald in overleg tussen de jongere en de arts.

Gedurende het nazorgtraject zal de jongere geen illegale middelen gebruiken. De hulpverlener kan dit via testen controleren. Weigeren van deze testen kan leiden tot stopzetten van de overeenkomst. De kosten voor de testen zijn ten laste van de jongere. In geval van een positieve test wordt aan de jongere gevraagd om zijn ouders en/of partner in te lichten. Indien dit niet gebeurt, doet de begeleiding dit en wordt de jongere hiervan op de hoogte gebracht. Er wordt naar gestreefd ouders en/of partner te blijven betrekken bij de behandelstrategie na de terugval.

De jongere geeft toestemming aan de hulpverleners om zijn ouders en/of partner te betrekken bij de nazorg, voor zover zij dit wensen. De ouders en/of partner kunnen ook op eigen initiatief beroep doen op het behandelteam voor advies en ondersteuning. Ook anderen uit de omgeving van de jongere (vrienden, leerkrachten, werkgever, ...), hebben deze mogelijkheid of zij kunnen zelf uitgenodigd worden door de hulpverleners.

Indien er signalen zijn dat de jongere de hulpverlening dreigt stop te zetten (vb. door afwezigheid op afspraken) zal de hulpverlener acties ondernemen om hem/haar opnieuw geëngageerd te krijgen. Dit kan door de jongere telefonisch te contacteren, hem/haar thuis op te zoeken of de ouders of andere betrokkenen te contacteren.

In geval beide partijen van oordeel zijn dat verdere begeleiding niet meer nodig is, wordt het nazorgtraject stop gezet. De jongere kan eenzijdig beslissen deze overeenkomst stop te zetten. Ook de hulpverlener kan eenzijdig een einde stellen aan de begeleiding in geval de jongere de afspraken in deze overeenkomst niet naleeft : herhaaldelijk niet op afspraken verschijnen, meerdere malen van herval, de afspraken van het nazorgplan niet nakomen, ... De ouders en/of partner van de jongere worden steeds op de hoogte gebracht van het beëindigen van het nazorgtraject. Indien relevant wordt ook justitie ingelicht.

Datum:

Voor akkoord

De jongere

Namens het behandelteam
Dr. R. Spiers

BIJLAGE 2: DE NAZORGOVEREENKOMST

Naam cliënt:

Datum:

Welkom in de nazorggroep! De bedoeling van deze bijeenkomst is het vasthouden van het clean zijn of met andere woorden het voorkomen van terugval in middelenmisbruik.

Om de groep vlot te laten verlopen is het belangrijk enkele duidelijke afspraken te maken:

1. Men komt niet onder invloed naar de groep. Indien er een vermoeden van gebruik is, kan men verzocht worden om een toxico af te leggen bij de verpleging van kasteel 2.
2. Middel – en alcoholgebruik en terugval dienen besproken te worden in de groep.
3. Indien men niet kan aanwezig zijn, dan verwittigt men op voorhand via email (patrick.lobbens@sint-camillus.be).
4. Deze nazorggroep gaat door van 19.30 tot 20.30 uur in de vergaderzaal van kasteelplus.
5. Er wordt gevraagd om niet in de leefruimtes van kasteel 2 te komen.

Voor akkoord

Cliënt:

Begeleider:

BIJLAGE 3: SCORINGSLIJST LEVENSDOMEINEN

Naam:

Datum afname:

Datum start nazorg:

Datum stop nazorg:

HUIDIGE SITUATIE (BV. IN NAZORG, CRISISOPNAME, OPNAME OP BEHANDELAFDELING, ...):

1. Hoe tevreden voelt de jongere zich momenteel?

- 4 De jongere is tevreden met hoe zijn leven loopt momenteel.
- 3 De jongere voelt zich op één of meer levensgebieden (woonst, werk, vrije tijd, sociaal leven, ...) ontevreden, maar heeft verhoudingsgewijs meer levensgebieden waarover hij tevreden is.
- 2 De jongere voelt zich op meer levensgebieden ontevreden dan tevreden.
- 1 De jongere voelt zich slecht over bijna alle levensgebieden.

2. Illegale drugs

- 4 De jongere gebruikt geen illegale middelen.
- 3 De jongere heeft gedurende de laatste 6 maanden één keer een illegaal middel gebruikt.
- 2 De jongere heeft gedurende de laatste 6 maanden meerdere keren een illegaal middel gebruikt, maar is momenteel clean.
- 1 De jongere gebruikt momenteel illegale middelen.

3. Alcohol

- 4 De jongere drinkt niet.
- 3 De jongere drinkt één keer per maand of minder.
- 2 De jongere drinkt wekelijks.
- 1 De jongere drinkt meerdere keren per week of dagelijks.

4. Medicatie

- 4 De jongere misbruikt (=zich niet aan het voorschrift houden) geen medicatie.
- 3 De jongere heeft gedurende de laatste 6 maanden één keer medicatie misbruikt.
- 2 De jongere heeft gedurende de laatste 6 maanden meerdere keren medicatie misbruikt.
- 1 De jongere misbruikt momenteel medicatie.

5. Gokken

- 4 De jongere gokt niet.
- 3 De jongere gokt één keer per maand of minder.
- 2 De jongere gokt wekelijks.
- 1 De jongere gokt meerdere keren per week of dagelijks.

6. Contact met gebruikers

- 4 De jongere onderhoudt geen contact met gebruikers/gebruik.
- 3 De jongere komt hoogstens maandelijks in contact met gebruikers/gebruik, zonder hen/het specifiek op te zoeken of met hen af te spreken.
- 2 De jongere komt meerdere keren per maand in contact met gebruikers/gebruik, zonder hen/het specifiek op te zoeken of met hen af te spreken.
- 1 De jongere zoekt gebruikers op en brengt samen met hen tijd door.

7. Denken aan de positieve aspecten van gebruik

- 4 De jongere denkt nog zelden tot nooit aan de positieve aspecten van gebruik.
- 3 De jongere denkt geregeld aan de positieve aspecten van gebruik, doch enkel naar aanleiding van duidelijk aanwijsbare inwendige of uitwendige prikkels.
- 2 De jongere denkt geregeld aan de positieve aspecten van gebruik, zonder aanleiding.
- 1 De jongere denkt voortdurend aan de positieve aspecten van gebruik, met of zonder aanleiding.

8. Zin in gebruik

- 4 De jongere heeft zelden tot nooit zin in gebruik.
- 3 De jongere heeft geregeld zin in gebruik, maar dit gevoel is doorgaans niet erg sterk.
- 2 De jongere heeft geregeld zin in gebruik en dit gevoel is vaak erg sterk.
- 1 De jongere heeft voortdurend sterke zin in gebruik.

9. Gebruik noodplan

- 4 De jongere werkt actief met een noodplan om zich op situaties voor te bereiden en past meestal ook toe wat hij hierin opgenomen heeft.
- 3 De jongere werkt actief met een noodplan om zich op situaties voor te bereiden, maar houdt zich vaak niet aan wat hij hierin opgenomen heeft.
- 2 De jongere werkt niet spontaan met een noodplan en is meestal afhankelijk van de begeleiding om risico's te zien en de nodige beslissingen te nemen op vlak van beveiliging.
- 1 De jongere werkt niet spontaan met een noodplan en laat zich ook slechts moeizaam begeleiden op dit vlak.

10. Familie

- 4 De jongere vindt dat hij voldoende vaak contact heeft met (stief)ouders, broer/zus of andere belangrijke derden. Hij is ook tevreden hierover en vraagt hulp indien nodig en/of bespreekt problemen open met hen.
- 3 De jongere vindt dat hij voldoende vaak contact heeft met (stief)ouders, broer/zus of andere belangrijke derden. Hij is ook tevreden hierover, maar vraagt zelden tot nooit hulp indien nodig en/of bespreekt problemen niet open met hen. Zij fungeren dus niet als volwaardige steunfiguren.
- 2 De jongere vindt dat hij te weinig contact heeft met (stief)ouders, broer/zus of andere belangrijke derden en/of dat dit contact moeizaam verloopt of te oppervlakkig is.
- 1 Er zijn te vaak conflicten tussen de jongere en zijn (stief)ouders, broer/zus of andere belangrijke derden.

11. Andere sociale contacten

- 4 De jongere is tevreden over zijn sociaal leven. Hij voelt zich zelden eenzaam en heeft dagelijks contact met andere mensen.
- 3 De jongere heeft enkele vrienden, maar vindt dit te weinig. Hij voelt zich soms eenzaam of heeft te weinig te doen in zijn vrije tijd.
- 2 De jongere heeft geen vertrouwenspersonen en lijdt hieronder. Hij voelt zich vaak eenzaam maar heeft wel geregeld oppervlakkig sociaal contact op het werk, in de sportclub, ...
- 1 De jongere heeft geen vertrouwenspersonen en lijdt hieronder. Hij voelt zich vaak eenzaam en legt op het werk, in de sportclub geen contacten.

12. Impulsiviteit

- 4 De jongere komt niet in de problemen door impulsiviteit.
- 3 De jongere komt soms in de problemen door impulsiviteit, maar slaagt erin deze te beperken.
- 2 De jongere komt soms in de problemen door impulsiviteit en doet weinig geslaagde pogingen om deze op te lossen.
- 1 De jongere komt vaak in de problemen door impulsiviteit.

13. Dagbesteding

- 4 De jongere volgt een opleiding of heeft werk en voelt zich goed bij wat hij doet.
- 3 De jongere volgt een opleiding of heeft werk, maar is op zoek naar iets anders.
- 2 De jongere volgt een opleiding of heeft werk, maar voelt zich niet goed bij wat hij doet en neemt geen initiatief om er iets aan te veranderen en/of werkt onregelmatig.
- 1 De jongere heeft geen dagbesteding.

14. Vrije tijd

- 4 De jongere heeft 1 of meer georganiseerde vrijetijdsbestedingen, kan deze goed volhouden en vult de overblijvende vrije tijd ook goed in.
- 3 De jongere heeft 1 of meer georganiseerde vrijetijdsbestedingen, maar verveelt zich daarbuiten vaak.
- 2 De jongere heeft 1 of meer georganiseerde vrijetijdsbestedingen, maar hij gaat er vaak niet naartoe en verveelt zich vaak.
- 1 De jongere verveelt zich vaak.

15. Woonst

- 4 De jongere zit in een stabiele en veilige woonsituatie en is er tevreden over.
- 3 De jongere zit momenteel in een stabiele en veilige woonsituatie, maar wil deze op korte termijn veranderen omdat hij er zich niet goed genoeg bij voelt.
- 2 De jongere zit niet in een stabiele en veilige woonsituatie, maar zoekt mogelijkheden om dit te veranderen.
- 1 De jongere zit niet in een stabiele en veilige woonsituatie, maar zet geen stappen om hierin iets te veranderen.

16. Juridisch (zaken die moeten voorkomen, boetes, voorwaarden, ...)

- 4 De jongere heeft geen juridische problemen.
- 3 De jongere had juridische problemen in het verleden en houdt zich aan de opgelegde voorwaarden (indien van toepassing).
- 2 De jongere had juridische problemen in het verleden en houdt zich niet aan de opgelegde voorwaarden en/of moet nog voorkomen.
- 1 De jongere moet voorkomen wegens recente feiten en/of wegens het niet nakomen van zijn voorwaarden.

17. Lichamelijke klachten, eetpatroon, lichaamsbeweging

- 4 De jongere heeft weinig tot geen lichamelijke klachten, eet gezond en sport voldoende.
- 3 De jongere heeft weinig tot geen lichamelijke klachten, maar eet niet zo gezond en/of sport minder vaak dan wekelijks.
- 2 De jongere heeft geregeld lichamelijke klachten, maar eet wel gezond en/of sport voldoende.
- 1 De jongere heeft geregeld lichamelijke klachten en eet niet zo gezond en/of sport minder vaak dan wekelijks.

18. Zelfzorg

- 4 De jongere heeft een goede hygiëne, een goed voorkomen en raadpleegt een arts indien nodig.
- 3 De jongere heeft een goede hygiëne, een goed voorkomen, maar wacht te lang om een arts te raadplegen of doet dat niet.
- 2 De jongere besteedt te weinig aandacht aan zijn hygiëne of voorkomen. In geval van lichamelijke klachten raadpleegt hij wel een arts.
- 1 De jongere besteedt te weinig aandacht aan zijn hygiëne of voorkomen. In geval van lichamelijke klachten wacht hij te lang om een arts te raadplegen of doet dat niet.

19. Budget

- 4 De jongere kan zijn budget volledig zelfstandig beheren en heeft voldoende financiële mogelijkheden.
- 3 De jongere is in budgetbegeleiding.
- 2 De jongere heeft onvoldoende financiële middelen en/of budgetbegeleiding is niet opgestart.
- 1 De jongere heeft of maakt schulden en er is geen budgetbegeleiding.

Score: /76

Sint-Camillus

Psychiatrisch ziekenhuis

PZ Sint-Camillus vzw
Beukenlaan 20
9051 Sint-Denijs-Westrem
Tel. 09 222 58 94
Fax 09 221 10 47
E-mail: mail@sint-camillus.be
www.sint-camillus.be

Gedegen en Gedreven