

OP BEZOEK BIJ MR. EN MEVR. ROES

WERKEN AAN
PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK
IN DE THUISSITUATIE





INHOUDSTAFEL

INLEIDING	3
1 ALCOHOL EN ANDERE DRUGS IN HUIS	4
2 MOTIVATIE VERSTERKEN OM HET MIDDELENGBRUIK TE VERANDEREN	7
2.1 WAT IS MOTIVATIE?	7
2.2 VERSCHILLENDE VERANDERDOELEN ZIJN MOGELIJK	9
2.3 MOTIVERENDE GESPREKSVOERING	9
3 HARM REDUCTION	15
4 THUIS ONTWENNEN	18
5 OMGAAN MET TERUGVAL	25
6 WAT MET DE KINDEREN	27
7 WAT MET DE PARTNERS	31
8 ZELFHULP	33
9 ONLINE HULPVERLENING	37

VERANDERING
BETEKENT
ONTLOKKEN
VAN
MOTIVATIE



INLEIDING

Hulpverleners die werken in de thuiscontext krijgen meer en meer te maken met problematisch gebruik van legale en illegale drugs en van hen wordt verwacht ook met deze problematiek aan de slag te gaan. Dit leidt tot veel onzekerheid omdat men expertise mist of meent te missen.

Deze onzekerheid gecombineerd met het vaak zware en chronische beeld van verslaving maakt dat werken rond middelengebruik wel eens uit de weg gegaan wordt. Dat is jammer, want zelfs eenvoudige, kortdurende interventies kunnen langdurige positieve effecten hebben.

LAAGHANGEND FRUIT

Inspelen op milde en matige problemen met middelen biedt kans op verandering en succeservaringen voor hulpverlener en cliënt, en bovenal kan je voorkómen dat iemand afglijdt naar een ernstige verslaving.

Ook bij ernstige problemen kan het ter sprake brengen van middelengebruik meer opleveren dan te zwijgen (uit angst om de cliënt te verliezen, bijvoorbeeld). Wanneer je een motiverende gesprekstijl hanteert, zal je ontdekken dat er heel wat waardevolle aspecten bespreekbaar en hanteerbaar zijn. Als je weet waar te kijken, vind je veel laaghangend fruit, klaar om geplukt te worden.

KERNGEDACHTEN

Dit document is een neerslag van bijeenkomsten van verslavingswerkers en thuisbegeleiders en later in 2023 verbeterd en herwerkt door VAD in het kader van het FOD project: Opleidingsdagen Middelengebruik en Verslaving Mobiele Teams GGZ.

De volgende kerngedachten worden steeds gehanteerd:

- De cliënt blijft zo veel mogelijk aan het stuur.
- Samenwerken rond verandering veronderstelt ontlokken van motivatie aan de cliënt.
- Stoppen met gebruik is niet het enige zinvolle behandeldoel.

Deze syllabus is geen studieboek. Het is wél een instrument om tot gesprek te komen. De ambitie is, om op basis van de verzamelde expertise, telkens voort te bouwen. Op deze manier hopen we meer hulpverleners vertrouwd en gemotiveerd te maken om middelengerelateerde problemen te herkennen en aan te pakken.

1 | ALCOHOL EN ANDERE DRUGS IN HUIS

Legale of illegale middelen aantreffen bij iemand thuis geeft veel interessante aanknopingspunten voor gesprek. In uitzonderlijke situaties komt er gevaar bij kijken: bijvoorbeeld in geval van een overdosis of wanneer er kinderen aanwezig zijn.

GEBRUIK OPMERKEN EN AANKAARTEN

De beste manier om te weten te komen of iemand gebruikt, is er simpelweg naar vragen bij de intake. Als de vraag ongecompliceerd en niet-oordelend gesteld wordt, komt het antwoord meestal vanzelf.

Heel wat cliënten geven anderzijds bij de eerste contacten sociaal wenselijke antwoorden, hoe vlot het gesprek ook verloopt. Blijf dus steeds alert.

Je kan ook de effecten van gebruik of eventueel van de ontwenning proberen op te merken. Hiervoor verwijzen we naar de pagina's met productinformatie van de website van de Druglijn. Wanneer een cliënt niet ingaat op je pogingen om een gesprek aan te gaan over je observaties, kan het interessant zijn je bedenkingen bij een volgend contact te herhalen.

ZIJN ER MIDDELEN IN HUIS?

Voor cliënten met een verslaving, vormt de beschikbaarheid van middelen een 'trigger'. Alleen al te weten dat er nog iets in huis is, werkt magnetisch naar hernieuwd gebruik. Als de voorraad groot is, kan controleverlies optreden, met overmatig gebruik of zelfs overdosis tot gevolg.

Door erover te spreken, is het mogelijk dat je cliënt hulp vraagt bij het verwijderen van de middelen, om zichzelf te beschermen.

ZIE JE MIDDELEN LIGGEN?

Soms worden verslavende middelen aangetroffen bij een huisbezoek. Flessen of glazen met alcohol vormen de aanleiding om een gesprekje over alcohol te beginnen. Rondslingerende lege blisters, een toilettas vol oude medicatie e.d. kunnen de gelegenheid bieden om over rationeel gebruik van medicatie te spreken.

Illegale drugs worden meestal met meer schroom of achterdocht bewaard. Je kan ze beter opmerken, als je wat elementaire kennis hebt van producten en van de attributen om ze te gebruiken. Ook hiervoor kan je terecht op de website van de Druglijn.

WAAR LIGT HET?

Wie gebruikt, heeft allicht ergens in huis drugs, alcohol of kalmeerpillen liggen: vraag ernaar. Waar wordt het bewaard? Is het een veilige plaats, zeker als er kinderen in huis zijn?

Pak dit gesprek zo aan, dat cliënten zelf gaan nadenken over de veiligheid van hun huisgenoten en in het bijzonder de kinderen: zo worden hun competenties vergroot, en voelen ze zich in hun autonomie gerespecteerd.

Cliënten vertellen soms dat ze op verschillende plaatsen flessen of drugs bewaren of verstoppen, tot op het punt dat ze zelf niet meer weten waar precies. Wanneer iemand abstinentie wilt bereiken, wordt in de loop van een behandeling vaak gevraagd om de woning middelenvrij te maken; een klus die sommige cliënten zelf moeilijk alleen kunnen afwerken.

ALARM!

In de thuiscontext kan je in alarmerende situaties terecht komen. Neem bij twijfel contact op met de arts van je team, de huisarts, EPSI, of bel bij een noodgeval meteen de hulpdiensten. Als de cliënt weigert hulp aan te nemen, noteer dan minstens zijn weigering en deel je verantwoordelijkheid met je team. Je kan wel opvolging installeren door bijvoorbeeld de huisarts dezelfde dag nog op huisbezoek te laten komen, te vragen aan een collega om later die dag nog eens langs te gaan, ...

ZELF DOEN

Verantwoordelijkheid - 1

Over 'verantwoordelijkheid' zijn er geen vaste regels, maar is wel grote zorgvuldigheid geboden: registreer en deel wat je zelf onderneemt. Als je je eigen acties niet kan of durft te delen met je team, klopt er iets niet aan hoe je handelde.

Verantwoordelijkheid - 2

Als hulpverlener draag je wel de verantwoordelijkheid om te blijven spreken over het middelengebruik. We spreken voorzichtig én doortastend: we laten niet toe dat het onderwerp omzeild wordt. We gaan op zoek naar een gemeenschappelijk doel om een samenwerking aan te gaan. Wanneer de cliënt zich in de voorbeschouwingsfase bevindt en er dus niet aan denkt te veranderen, is het aan ons het thema toch op de agenda te houden. Dit doen we via motiverende gespreksvoering (hierover verder meer.)



VERANTWOORDELIJKHEID
LIGT
OP
MEERDERE
FRONTEN

Verantwoordelijkheid - 3

We nemen altijd verantwoordelijkheid op voor wie het zelf niet kan: de kinderen.

'Neem alsjeblieft alles mee!'

Deze woorden uitspreken, is al een grote stap. Het is mogelijk dat de mid-delen zélf verwijderen voor de cliënt moeilijk is. Bespreek in de eerste plaats of jullie het samen kunnen doen, bijvoorbeeld samen naar de apo-theek met medicijnen of samen weggooien of weggieten. Steeds zonder zelf iets aan te raken!

Wanneer de cliënt vandaag zegt dat alles weg mag, betekent dat niet dat hij morgen geen nieuwe voorraad kan hebben. Om hierop in te spelen kan je verandering installeren, door bijvoorbeeld een thuisverpleegkundige voortaan de medicatie te laten verstrekken.

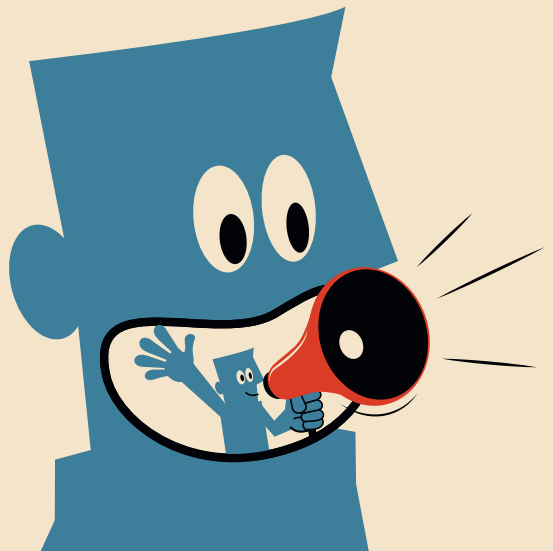
VALKUILEN

- Let op voor agressie onder invloed.
- Neem geen middelen ongevraagd in beslag.
- Raak geen middelen aan en verwijder zelf nooit middelen.
- Vervoer niet zelf een persoon onder invloed – bel de hulpdiensten.
- Leg niet zomaar de verantwoordelijkheid voor het bewaren van drugs, alcohol of medicatie bij de partner. Betrek deze persoon in het hele proces, maak goede afspraken en bewaak zijn of haar draagkracht.

MEER WETEN?

www.druglijn.be/drugs-abc

**AUTONOME
MOTIVATIE
ZORGT
VOOR
DUURZAME
VERANDERING**



2 | MOTIVATIE VERSTERKEN OM HET MIDDELENGBRUIK TE VERANDEREN

Heel wat cliënten die problematisch alcohol of andere drugs gebruiken, lijken weinig gemotiveerd om dit aan te pakken. Hoe kan je hier als hulpverlener impact op hebben? Wat is motivatie en hoe kan je die versterken?

2.1 | WAT IS MOTIVATIE?

MOTIVATIE IS EEN PROCES

Motivatie is geen alles-of-niets gegeven. **Het model van verandering** (p.8) kan ons helpen om daar een beeld van te krijgen.

Het model maakt duidelijk dat verandering een proces is. Er gaat vaak heel wat vooraf aan een daadwerkelijke gedragsverandering en periodes van terugval horen bij het veranderproces. Een belangrijke opmerking hierbij is dat mensen altijd gemotiveerd zijn. Ook als men niet gemotiveerd is om het middelengebruik te veranderen, is men wel gemotiveerd om andere zaken te verbeteren, bijvoorbeeld zijn woonsituatie of gezondheid. Deze doelen kunnen een motivator worden om ook het middelengebruik aan te pakken.

MOTIVATIE HEEFT TWEE ASPECTEN: WILLEN EN KUNNEN

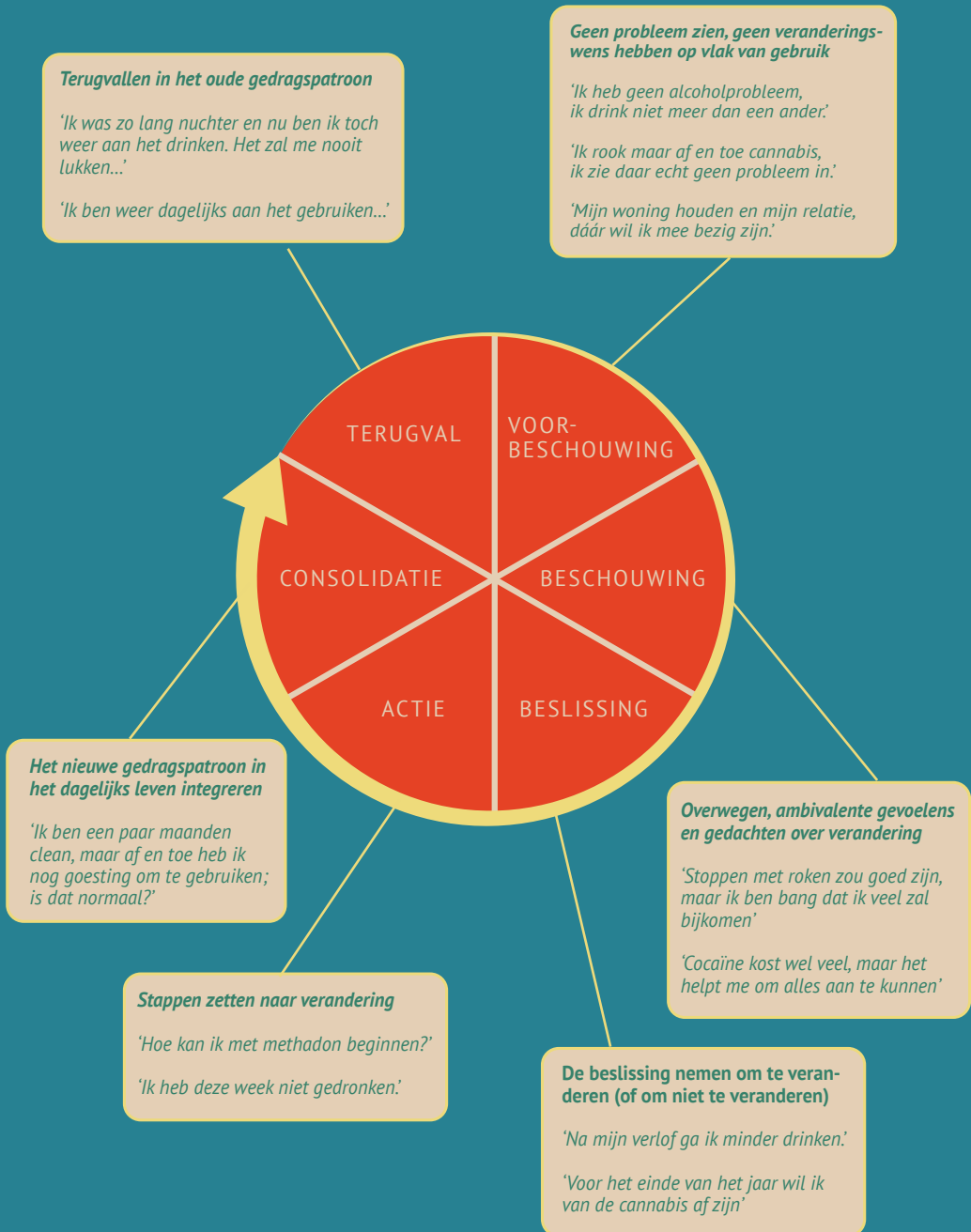
Mensen kunnen maar de stap zetten naar verandering als ze voldoende probleembesef hebben en de urgentie ervaren om nu in beweging te komen. Tegelijk is willen veranderen niet voldoende. Men moet ook het gevoel hebben te kunnen veranderen. Als men onvoldoende vertrouwen heeft in de eigen mogelijkheden om te veranderen, werkt probleembesef verlamvend.

EIGEN, AUTONOME MOTIVATIE IS EEN VOORWAARDE VOOR DUURZAME VERANDERING

Vaak hebben cliënten een andere hulpvraag en leggen ze zelf de link niet tussen de problemen waarmee ze worstelen en hun gebruik. Of ze staan onder druk van derden om iets aan hun middelengebruik te veranderen. En zelfs als de cliënt een hulpvraag heeft rond het gebruik, is de motivatie vaak kwetsbaar.

Autonome motivatie voor verandering groeit wanneer mensen ervaren dat tussen hun huidige gedrag in de weg staat van de waarden en doelen die zij hebben. Dit conflict tussen wat men doet en wat men belangrijk vindt of wie men wil zijn, kan iemand in beweging brengen.

Het model van verandering



2.2 | VERSCHILLENDE VERANDERDOELEN ZIJN MOGELIJK

Nuchterheid vraagt meer dan het stoppen met het gebruik van middelen. Als men langdurig middelen gebruikt, wordt dit een sterk automatisme. Het vraagt een blijvende inspanning en grote alertheid om niet terug te vallen in dat automatisch gedrag. Bovendien vraagt het een belangrijke verandering van levensstijl. Nuchterheid lijkt vaak onhaalbaar voor wie gebruikt. Gelukkig zijn ook andere doelen de moeite waard om na te streven.

Middelengebruik **matigen** tot het punt dat iemand er geen nadelige gevolgen van ondervindt, is een wens die heel wat gebruikers koesteren. Geen evident veranderdoel, omdat men zichzelf blijft confronteren met het middel en de situaties waarin men gebruikte, wat opnieuw een overmatig gebruik kan uitlokken. Bovendien kan het effect van het middel, het volhouden bemoeilijken, omdat het de controle verdooft (bijvoorbeeld alcohol) of overmoedig maakt (bijvoorbeeld cocaïne).

Ook **schadebeperking** is een zinvol behandeldoel. Dit betekent dat we cliënten helpen om maatregelen te nemen die de negatieve gevolgen van hun gebruik zoveel mogelijk inperken. (Zie verder in deze brochure.) Het werken aan het middelengebruik staat nooit op zichzelf.

Herstel staat als doel voorop: kwaliteit van leven, een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid en een bevredigend sociaal functioneren. De cliënt wordt ondersteund om de regie over het eigen leven te nemen en de eigen veranderdoelen te bepalen. Dit werkt motiverend en verhoogt de kans op duurzame verandering.

2.3 | MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Als hulpverlener kan je de eigen motivatie van de cliënten versterken door een motiverende gespreksstijl te hanteren. De houding van waaruit je in gesprek gaat bepaalt in welke mate cliënten de veiligheid ervaren om bij hun gebruik stil te staan, open staan voor de informatie die je geeft en motieven en krachten ontdekken om te veranderen.

DE BASIS VAN MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

1. Creëer een veilige ruimte

Het is vaak niet evident voor cliënten om open over hun middelengebruik te praten. Dit kan te maken hebben met schaamte of angst dat men geen hulp meer gaat krijgen. Of de vrees om de voordelen van hun gebruik te verliezen. Door aanvaarding uit te drukken voor de plaats die het in hun leven inneemt, creëer je een veilige ruimte om bij hun middelengebruik stil te staan.

Ook een duidelijk kader draagt bij aan die veiligheid. Wat kan de cliënt verwachten van de hulpverlening? Welke consequenties zijn er als duidelijk wordt dat men (overmatig) middelen gebruikt?

2. Laat de cliënt zelf de redenen voor verandering uitspreken

Motivatie voor verandering ontstaat wanneer iemand een verschil ziet tussen zijn huidige gedrag en wat hij eigenlijk wil, de waarden en doelen die hij heeft. Dit conflict tussen wat iemand doet en wat hij belangrijk vindt, wie hij wil zijn, kan iemand in beweging brengen. We noemen dit het belang van de verandering. Cruciaal is dat de cliënt zélf het verband ontdekt en uitspreekt tussen de verandering van zijn gebruik en belangrijke levensdoelen. Vermijd als hulpverlener om dit zelf te verwoorden, maar stel gericht vragen naar beweegredenen voor verandering.

3. Versterk het vertrouwen van de cliënt in zijn mogelijkheden om te veranderen

Willen veranderen is onvoldoende om in beweging te komen. Men moet ook het vertrouwen hebben te kunnen veranderen. Het zelfbeeld van cliënten is hiervoor belangrijk. Zien ze zichzelf als iemand die een impact kan hebben op de eigen leefsituatie? Voelen ze zich competent om het gedrag te stellen dat nodig is om de verandering door te voeren? Hoe jij naar de cliënt en naar verandering kijkt, heeft daar een sterke impact op. Door niet enkel aandacht te geven aan problemen en beperkingen, maar ook aan wat goed gaat en aan de kwaliteiten en mogelijkheden van de cliënten, versterk je hun competentiegevoel.

4. Werk samen als gelijkwaardige partners

Jij brengt kennis en vaardigheden in die passen bij jouw professionele expertise. De cliënten zijn experts in hun eigen leven: zij weten wat voor hen de redenen zijn om al dan niet te veranderen en wat kan werken in hun leven.

5. Cliënt aan het roer

De cliënt is de enige die het eigen gedrag kan veranderen. Je ondersteunt cliënten in het maken van keuzes die groei en een betere levenskwaliteit mogelijk maken, zonder het kiezen over te nemen. Wanneer je cliënten informatie geeft, bijvoorbeeld, benadruk je dat het aan hen is om te beslissen wat ze met de informatie doen. Het doel van het geven van informatie is niet cliënten te overtuigen, maar in staat stellen meer inzicht te krijgen in hun situatie en gefundeerde keuzes te maken. Kortom, hun autonomie te versterken.

6. Vermijd te argumenteren voor verandering

Zelfs met een open en aanvaardende houding, kan je ervaren dat cliënten de nadelen van hun gebruik gaan ontkennen of minimaliseren. Dit is een normaal aspect van het veranderproces. De meeste cliënten zijn immers

ambivalent over hun middelengebruik. Als je ambivalent bent, zitten er als het ware twee stemmetjes in je hoofd, één dat pleit voor verandering en één dat pleit voor behoud van de huidige situatie. Als je als hulpverlener dan pleit voor verandering en tegen gebruik, gaat de cliënt spontaan argumenten geven tegen verandering en voor het behoud van de huidige situatie. En hoe meer redenen tegen verandering de cliënt uit, hoe kleiner de kans dat hij gaat veranderen.

Vermijd daarom om in discussie te gaan. Beluister en erken ook de beweegredenen om niet te veranderen. Beide kanten van de ambivalentie mogen er zijn. Zo creëer je net openheid bij de cliënt om het ook over de nadelen van gebruik te hebben, en mogelijke redenen om te veranderen.

7. Wrijving (weerstand) is een signaal

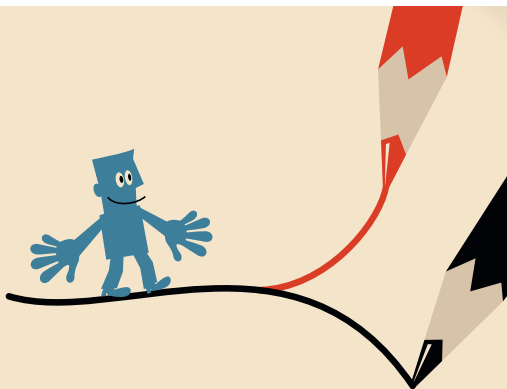
Wrijving is de reflex waarmee mensen reageren wanneer ze zich niet erkend voelen, of als ze het gevoel hebben dat er druk op hen wordt uitgeoefend. Deze druk kan binnen de hulpverleningsrelatie ervaren worden of kan van derden (partner, werkgever, ouders, ...) komen. Hoe meer wrijving, hoe kleiner de kans op verandering. Als de wrijving escaleert is er ook veel kans dat het contact helemaal verloren gaat. Hoe kan je op wrijving reageren zodat de samenwerkingsrelatie niet ondermijnd wordt? De essentie is empathisch te luisteren. Als de cliënt erkenning voelt voor de behoefte onderliggend aan de wrijving, zal deze in sterkte afnemen en komt er openheid om weer in contact te komen.

ENKELE CONCRETE GESPREKSTIPS

• Stel open vragen om de cliënt zelf aan het werk te zetten

Door open vragen te stellen nodig je cliënten uit om hun verhaal te vertellen. Vanuit hun perspectief vraag je gericht naar beweegredenen voor verandering. Je vraagt naar kwaliteiten en mogelijkheden die ze kunnen inzetten om te veranderen.

Wanneer je informatie geeft, stel je open vragen naar de beleving van de cliënt. Je laat hen verwoorden wat dit betekent voor hun situatie.



**IN
VRIJHEID
KIEZEN
IS
UITWEG
UIT
DE
WEERSTAND**

• **Luister actief door te reflecteren en samen te vatten**

Door te reflecteren en terug te geven wat cliënten zeggen en tonen, druk je begrip en aanvaarding uit. Je geeft ruimte om na te denken en helpt cliënten meer inzicht in zichzelf te krijgen. Ook door geregeld samen te vatten, druk je empathie uit. Met een samenvatting help je cliënten om hun beleving te structureren.

• **Vraag toestemming**

Vraag steeds toestemming voor je een thema aankaart of informatie geeft. Benadruk dat het aan henzelf is om te beslissen wat ze met de informatie doen. Zo bevestig je expliciet hun autonomie.

• **Versterk uitingen van motivatie om te veranderen (verandertaal)**

Wat je aandacht geeft groeit. Wanneer je een uitspraak hoort die wijst op motivatie (willen of kunnen veranderen), ga je deze versterken door ze te reflecteren of erop door te vragen. Zo stimuleer je cliënten om nog meer redenen voor en vertrouwen in verandering te uiten. Door de cliënten erover te laten uitweiden, zullen ze zichzelf meer en meer uitspraken horen doen over het belang van verandering, wat het hen zal opleveren, weke krachten ze in huis hebben om de verandering te realiseren enz. De kracht van verandertaal zit hem erin dat dit de motivatie zal doen toenemen.

C: Waar ik het meeste last van heb is geld.

HV: Welke nadelen ondervind je?

C: Ik geef soms zoveel geld uit aan cocaïne, dat ik mijn rekeningen niet meer kan betalen.

HV: Je kan soms je rekeningen niet betalen. Welke gevolgen heeft dat al gehad?

C: Ik heb al brieven van deurwaarders gekregen. Binnenkort staan ze aan de deur!

HV: Je maakt je zorgen dat er op een dag een deurwaarder aan de deur staat die je inboedel meeneemt.

C: Ik slaap er niet van... Ik moet iets doen!

WAT KAN JE DOEN ALS DE CLIËNT GEEN VERANDERWENS HEEFT (VOORBESCHOUWINGSFASE)?

Als hulpverlener vind jij soms een bepaalde verandering nodig, die niet overeenkomt met de hulpvraag van de cliënt. Een verandering die in jouw ogen essentieel is voor het welzijn van de cliënt of diens omgeving. Jij maakt je bijvoorbeeld zorgen over de impact van het gebruik, terwijl de cliënt dit niet als een probleem ziet. Je kan dan het thema op een niet-veroordelende manier aankaarten. En de cliënt uitnodigen de impact van het gebruik op diens leven te onderzoeken. Zo kan de bereidheid groeien om dit thema mee te nemen in de begeleiding. Probeer je de cliënt te overtuigen dat zijn gebruik een probleem is, dan is de kans groot dat hij zich hiertegen gaat verzetten. Dit werkt dus contraproductief.

STAP VOOR STAP NAAR VERANDERING

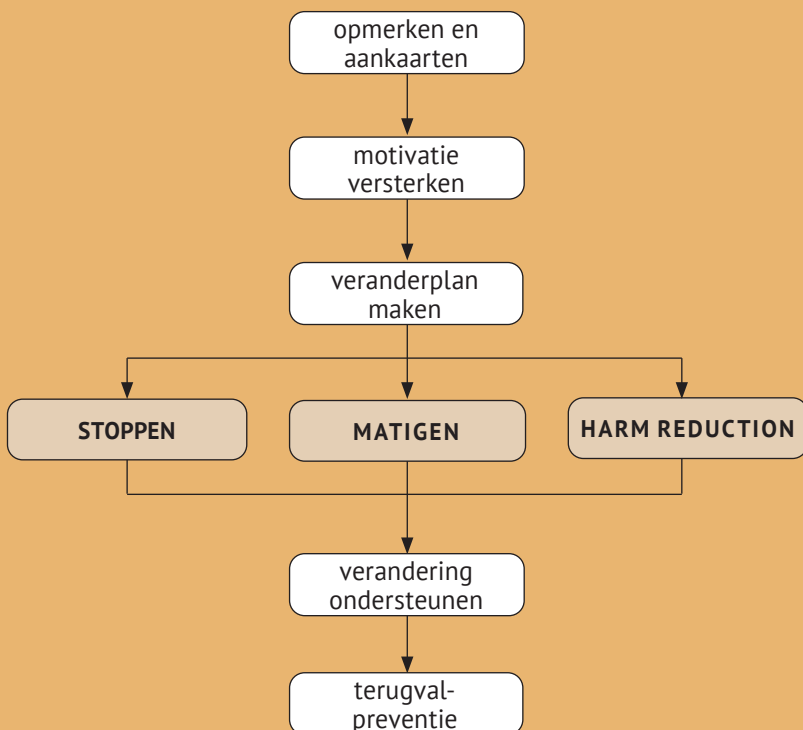
Op het moment dat cliënten gemotiveerd zijn om hun middelengebruik te veranderen, maak je samen zijn besluit concreet in een veranderplan.

Het werken aan een veranderplan start met het formuleren van een veranderdoel. Je verheldert wat de cliënt precies wil bereiken op vlak van middelengebruik. Volledig nuchter worden, minderen of de risico's van het gebruik beperken? Zorg dat het doel concreet en haalbaar is. Te hoge doelen kunnen leiden tot gevoelens van onzekerheid en falen.

Eens het doel helder is, bekijk je met de cliënten welke mogelijke wegen er naar dat doel zijn en help je hen kiezen welke weg het best bij hen past. Het gaat hier bijvoorbeeld over de keuze tussen ambulante hulpverlening of een opname.

Dan concretiseren jullie de stappen die de cliënt gaat zetten om het doel te bereiken. Door samen kleine en haalbare stappen te formuleren kan de cliënt positieve ervaringen opdoen onderweg. Dit versterkt het vertrouwen om de verandering vol te houden. Als de gekozen weg niet blijkt te werken, kunnen jullie samen naar alternatieve wegen zoeken.

In vrijheid kiezen uit meerdere keuzemogelijkheden maakt de kans op volhouden van de zelfgekozen verandering groter.



MEER WETEN?

Wil je je bekwamen in motiverende gespreksvoering? Je kan gratis en op je eigen tempo een online cursus over Motiverende Gespreksvoering volgen op www.vormingen.vad.be.

Je kan een opleiding Motiverende gespreksvoering volgen bij VAD of bij de CGG preventiewerking in jouw regio. Je vindt alle info op www.vad.be.

In '[Hoe motiveer je cliënten om aan de slag te gaan met hun middelengebruik, gamen of gokken? Een leidraad en een inspiratiebox vol methodieken voor hulpverleners](#),' vind je een waaier aan concrete methodieken om de motivatie te versterken. Werk je met cliënten met licht verstandelijke beperking, dan vind je aangepaste methodieken in '[Mijn cliënt en middelengebruik, gamen en gokken: leidraad & inspiratiebox om te gebruiken bij mensen met een beperking](#).' Je kan deze materialen gratis downloaden op www.vad.be.

Middelengebruik, preventie en hulpverlening 8 Productinformatie 10 Sportclubs 1 Trainings EUPC 6 Uitgaanleven 3

Gratis
Drugs in de hersenen
In deze online vorming staan we stil bij de invloed van drugs op de hersenen. We beantwoorden de volgende vragen. Wat is de...

Gratis
Zwangerschap & middelengebruik
In deze cursus staan we stil bij de effecten van middelengebruik tijdens de kinderswens, de zwangerschap en de...

Gratis
Motiverende gespreksvoering
In deze online vorming maak je kennis met Motiverende gespreksvoering. Je krijgt meer inzicht in wat maakt dit mensen...

Gratis
Het interventiecontinuüm
In deze online vorming krijg je een zicht op de aanpak van middelengebruik, gamen en gokken via preventie, vroeginterventie en...

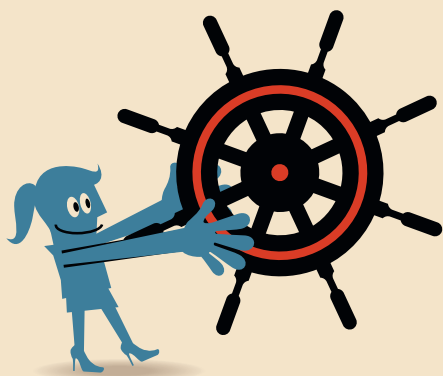
Gratis
Een kwaliteitsvol alcohol- en drugbeleid in de organisatie
In deze online cursus staan we stil bij wat een kwaliteitsvol alcohol- en drugbeleid in een organisatie inhoudt, hoe je er mee aan de sla...

Gratis
Ontstaan van middelgerelateerde en verslavingsproblemen: een dynamisch proces
Hoe ontstaan middelgerelateerde en verslavingsproblemen? In deze online vorming gaan we gaan dieper in op de veranderingen in...

Gratis
De invloed van Mens, Middel en Milieu op druggebruik en drugproblemen
Wat zijn drugs? Hoe verdeelt het Drugwiel alle drugs onder in zeven categorieën? Deze online opleiding begint met het beantwoorden van...

Gratis
Middelengebruik, gamen en gokken in de jeugdhulpverlening
Als jeugdhulpverlener ben je best alert voor signalen van middelengebruik, risicovol gamen en ookten bij jonkieren. Hoe snell...

Deze online cursussen (en meer) kan je gratis volgen via www.vormingen.vad.be.



3 | HARM REDUCTION

PRAKTISCH EN HAALBAAR

Sommige mensen willen of kunnen (nog) niet stoppen met hun gebruik. Daarop toch aansturen verstoort de therapeutische relatie. Dikwijls is het wél mogelijk andere, vaak praktische en haalbare doelen te bespreken, om de schade voor de cliënt en zijn omgeving te beperken.

De therapeutische band blijft zodoende behouden en er wordt tegelijkertijd schadebeperkend gedrag aangemoedigd.

GOEDE AFSPRAKEN

Schadebeperkingsinterventies komen voort uit wetenschappelijk onderbouwde en respectvolle afspraken. Waar heeft de cliënt last van en hoe kunnen we daar op inspelen? Tot welke minimale veranderingen is de persoon bereid, om de eigen veiligheid en die van anderen te verhogen? Interventies die de levenskwaliteit verhogen op andere gebieden dan enkel het druggebruik (bv. huisvesting) horen ook bij schadebeperking.

CLIËNT AAN HET ROER

Harm reduction zet in op autonomie: de cliënt wordt gezien als de belangrijkste speler om het eigen gedrag aan te passen.

HV: Ik heb een idee, maar het is aan jou om te zeggen of het voor jou zou kunnen werken. Sommige mensen beperken de hoeveelheid alcohol die ze drinken door tussendoor regelmatig een glas water te drinken. Wat denk je daarvan?

C: Misschien kan het helpen. Al weet ik niet of het zal lukken, zeker niet tussen elke twee biertjes.

HV: Je wil het wel eens proberen. Wat kan jou daarbij helpen?

INSPIRATIE

Ter inspiratie vermelden we een aantal klassieke ‘harm reduction’ interventies, waarmee het begrip vooral bekend is geworden. Terwijl er bij de start veel argwaan was naar het zogezegd ‘faciliteren van druggebruik’, blijkt intussen dat de gezondheidswinst ruimschoots de overhand heeft.

1. Substitutiebehandeling

Wie kampt met een verslaving aan heroïne, kan ervoor kiezen de drug te vervangen door substitutiemedicatie (methadon of buprenorfine). De lichamelijke afhankelijkheid blijft, maar anderzijds hoeven er geen (onzuivere) drugs meer op straat gekocht te worden. De persoon blijft daarmee uit de illegaliteit en ook de criminaliteit die verbonden is aan het verwerven van de drug. Verder kunnen de levensomstandigheden gestabiliseerd of zelfs verbeterd worden en tenslotte vermindert de kans op de verspreiding van virussen zoals HIV en hepatitis B en C door onveilig gebruik.

2. Spuitenruil

Steriel materiaal voor het injecteren van drugs wordt verdeeld, terwijl de gebruikte spuiten veilig worden opgeruimd. Zo wordt zowel voor de gebruiker als voor derden (bij prikongevallen met zwerfspuiten) het risico op besmetting met HIV of Hepatitis C verminderd. Bij een ruilmoment worden steeds schadebeperkende boodschappen gegeven.

3. Gebruiksruimtes

In gebruiksruimtes, zoals ze op verschillende plaatsen ter wereld zijn ingericht, kunnen drugs gebruikt worden onder medisch toezicht. Zo wordt enerzijds de veiligheid van de cliënten verhoogd en anderzijds de overlast voor de omgeving beperkt. Bovendien kunnen cliënten via deze laagdrempelige weg in contact komen met de hulpverlening.

ZELF DOEN: TOEPASSINGEN

Matiging van gebruik is een schadebeperkende maatregel. Heel wat cliënten kunnen met extra aandacht, voorbereiding of het inbouwen van afstand tot hun middel ten minste tijdelijk verminderen. Maak een plan over hoe ze dit denken te kunnen bereiken en hoe dit kan opgevolgd worden. Als hulpverlener blijf je consequent steunend en niet-veroordelend in je opvolging.

Matiging kan verschillende vormen aannemen:

- Matiging door abstinente dagen of periodes in te bouwen
 - enkel tijdens het weekend
 - niet voor 18u
- Matiging door zich concrete hoeveelheden voor te nemen.
Wat vindt de cliënt een beter niveau van gebruik?
 - slechts 1 joint per dag
 - max 3 biertjes per dag
 - geen sterke drank meer drinken
 - ...
- Maatregelen nemen om het gebruik voor de cliënt of zijn omgeving veiliger of minder schadelijk te maken:
 - niet in huis roken
 - niet gebruiken wanneer kinderen in huis zijn
 - joints vervangen door een cannabis-vaporizer
 - enkel in gezelschap gebruiken
 - ...

**BESPREEK PRAKTISCHE EN HAALBARE DOELEN
OM DE SCHADE TE BEPERKEN**



4 | THUIS ONTWENNEN

ONTWENNEN IS...

...de overgang van regelmatig middelengebruik naar (een periode van) abstinentie. Wanneer iemand verslaafd is, kan elk product een typische set klachten veroorzaken wanneer de gebruiker plots stopt of drastisch vermindert. Deze klachten zijn in grote lijnen het extreme omgekeerde van het hoofdeffect van het middel zelf.

Sederende middelen (Psycholeptica)

Alcohol, Opiaten, GHB, Benzodiazepines, Barbituraten

Opwekkende middelen (Analeptica)

Cocaïne, Amfetamine, Nicotine, Cafeïne

Bewustzijnsveranderende middelen (Psychodysleptica)

LSD, Psilocybine, XTC, THC

Deze klachten verschillen van middel tot middel en ook het tijdsverloop ervan hangt af van het gebruikte product. Deze klachten zijn in regel 'vervelend', maar niet gevaarlijk. Enkel bij ontwenning van alcohol en sedativa (benzodiazepines, GHB) zijn er belangrijke fysieke risico's.

Duur van ontwenningverschijnselen

*korte detoxificatie
1 week*

*XTC, Cocaïne, Amfetamine,
Alcohol, Ketamine*

*middellange detoxificatie
2 weken*

Opioïden, GHB

*lange detoxificatie
> 2 tot 6 weken*

*Benzodiazepines, Methadon,
Cannabis, Tabak, Polymiddelen*

...SLECHTS ÉÉN ETAPPE VAN EEN LANGE REIS

Een verslavingsprobleem is nooit opgelost met lichamelijke ontwenning alleen. Om te beginnen wordt de detox voorafgegaan door een lange fase van motivatieopbouw (voor meer info zie deel 2, p.8).

Na de detox begint een volgende stap in de behandeling: hervalpreventie. Gebruikers hebben doorgaans heel wat gewoontes en automatismen rond gebruik ontwikkeld in een leven waarin gemakkelijke toegang tot middelen geïnstalleerd is. Ze hebben het gevoel frequent getriggerd te worden en vaak de ervaring van 'drang' of 'craving' naar hernieuwd gebruik. Soms is de nuchtere beleving van psychosociale problemen een belastende ervaring.

Deze moeilijkheden verstoren het voornemen en het herstel van cliënten, ook doordat alternatief (gezonder) gedrag nog niet geïnstalleerd is en/of nog geen evenwaardig genoeg verschaft. In de mate van het mogelijke kan je in de fase van motivatieopbouw ook al rond deze thema's werken.

ONTWENNEN VAN ALCOHOL – WAT?

Plots stoppen met alcoholgebruik veroorzaakt bij verslaafde cliënten symptomen van autonome overprikkeling. Dit zijn lichamelijke klachten zoals beven, zweten, verhoogde hartslag en bloeddruk, misselijkheid en braken, maar ook psychische klachten zoals angst, prikkelbaarheid en slapeloosheid. Deze moeilijkheden ontstaan tussen de 6 en 24 uur na het laatste gebruik, pieken na zowat 48 uur en verdwijnen na 5 tot 7 dagen.

Behandeling van deze klachten is gericht op het verhogen van comfort (en dus verhogen van de kans dat wordt doorgezet) en op het voorkomen van ernstige neurologische complicaties zoals een dervingsinsult en een delirium tremens.

ONTWENNEN VAN ALCOHOL – HOE?

Ontwenning van alcohol wordt opgevangen door een benzodiazepine en een vitamine B1-supplement.

Benzodiazepines

Deze zorgen voor vermindering van symptomen en reduceren het risico op een dervingsinsult en op delirium. Gewoonlijk wordt gekozen voor langwerkende benzodiazepines, tenzij bij leverfalen. In dat geval is Lorazepam, dat minder langwerkend is maar via de nieren wordt geklaard, een alternatief.

**SUPPLEMENTJE
NODIG?**



Benzodiazepine	Equivalentie	Halfwaardetijd
<i>Diazepam (Valium)</i>	5mg	20-80h
<i>Chlorazepate (Tranxene)</i>	10mg	>50h ¹
<i>Lorazepam (Temesta)</i>	1mg	12-16h
<i>Chlordiazepoxide (Librium)</i> ²	10mg	>50h ¹

1 Langwerkende metabolieten

2 Niet meer op de markt in België, maar referentieproduct in veel publicaties Bron: Addiction Medicine, Oxford Specialist Handbooks, Oxford University Press, 2009

Het belangrijkste risico van benzodiazepines is sedatie en daardoor een verhoogde kans op valpartijen. Oversedatie komt voor wanneer benzodiazepines samen met alcohol worden ingenomen. In de thuissituatie werken we met een afbouwschema dat anticipeert op het verloop van de ontweningsklachten en steeds ook een einddatum aan het benzo-voorschrift impliceert.

Toegediende benzo tablet	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
8.00 uur		1	1	1	1	1	0
13.00uur	1	1	1	0	0	0	0
18.00uur	2	2	1	1	1	0	0
22.00uur	2	2	2	2	1	1	1

Vitamine B1

Dit voorkomt acute neurologische decompensatie onder de vorm van het Wernicke-syndroom. Dit vitaminesupplement dient aan alle cliënten die ontwennen van alcohol te worden gegeven.

	Thiamine (B1)	Andere
Mondelinge inname		
<i>Benerva</i>	300mg	
<i>Betamine</i>	475mg	
<i>Befact forte</i>	250mg	B2, B6, B12
<i>Beforplex</i>	50mg	B2, B3, B5, B6
Injectie		
<i>Neurobion IM</i>	100mg	B6, B12
<i>Thiamine IV</i>	100-250mg/2ml	

ONTWENNEN VAN ALCOHOL – WAAR?

Kan ontwennen thuis, of moet het in het ziekenhuis? Die beslissing wordt best genomen in overleg met de teamarts. De volgende wegingstabel kan gebruikt worden.

Wegingsfactoren	Thuis	Opname
<i>Promillage</i>	<i>Beperkt: <0.5</i>	<i>Ernstig: >1.5</i>
<i>Controle over drinken</i>	<i>Ten minste een deel van dag</i>	<i>Geen, drinken van 's ochtends tot 's avonds</i>
<i>Afhankelijk van andere middelen</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
<i>Vroegere ontwenning</i>	<i>Geen of milde verschijnselen</i>	<i>Ernstige verschijnselen, insulten of delirante episoden</i>
<i>Algemene lichamelijke conditie</i>	<i>Behoorlijk</i>	<i>Slecht, ernstige comorbiditeit (bv diabetes), weken geleefd op alcohol</i>
<i>Zelfzorg</i>	<i>Vrij goed</i>	<i>Zwak – voorspelt zwakke therapietrouw</i>
<i>Vorige ontwenningen</i>	<i>Ambulant succesvol</i>	<i>Ambulant niet gelukt of snel herval</i>
<i>Psychiatrische co-morbiditeit</i>	<i>Geen ernstig toestandsbeeld</i>	<i>Diagnoses met negatief impact op herstel</i>
<i>Sociale steun</i>	<i>Ten minste 1 niet-gebruikend persoon op de hoogte en steunend</i>	<i>Alleenstaand of geen contact met niet-gebruikend persoon</i>
<i>Voorkeur van patiënt</i>	<i>Keuze voor ambulantly</i>	<i>Keuze voor opname</i>

ONTWENNEN VAN BENZODIAZEPINES – WAT?

In grote lijnen zijn de klachten dezelfde als bij alcohol, maar langer aanslepend: lichamelijke klachten zoals beven, zweten, verhoogde hartslag en bloeddruk, misselijkheid en braken, maar ook psychische klachten zoals angst, prikkelbaarheid en slapeloosheid.

De start van de ongemakken hangt af van de dosis en de werkingsduur van het gebruikte middel:

- kortwerkende benzo (bromazepam, lorazepam ...) start na 1-2 dagen, piek op 4-5 dagen, duur 2-4 weken.
- langwerkende benzo (Diazepam, Tranxene, Rivotril ...) start na enkele dagen, piek op 7-10 dagen, duur 8 of meer weken.

ONTWENNEN VAN BENZODIAZEPINES – WAAR?

Kan ontwennen thuis, of moet het in het ziekenhuis? Die beslissing wordt best genomen in overleg met de teamarts. De volgende wegingstabel kan gebruikt worden.

Wegingsfactoren	Thuis	Opname
<i>Gebruikte doses</i>	<i><32mg Diazepam</i>	<i>>32mg Diazepam, lange tijd</i>
<i>Controle over gebruik</i>	<i>Volgt voorschrift</i>	<i>Vaker inname dan voorschrift, gemis van inname belemmert functioneren</i>
<i>Afhankelijkheid andere psychoactieve stoffen</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
<i>Vroegere ontwenningverschijnselen</i>	<i>Geen dervings-insulten</i>	<i>Ernstige verschijnselen of insulten</i>
<i>Algemene lichamelijke conditie</i>	<i>Behoorlijk</i>	<i>Slecht, ernstige comorbiditeit (bv diabetes)</i>
<i>Zelfzorg</i>	<i>Vrij goed</i>	<i>Zwak – voorspelt zwakke therapietrouw</i>
<i>Vorige ontwenningsooging</i>	<i>Ambulant succesvol</i>	<i>Intramuraal moeizaam, snel herval</i>
<i>Psychiatrische comorbiditeit</i>	<i>Geen ernstig toestandsbeeld</i>	<i>Diagnoses met negatief impact op herstel</i>
<i>Sociale steun</i>	<i>Ten minste 1 niet-gebruikend persoon op de hoogte en steunend</i>	<i>Alleenstaand of geen contact met niet-gebruikend persoon</i>
<i>Voorkeur van patiënt</i>	<i>Keuze voor ambulant</i>	<i>Keuze voor opname</i>

ONTWENNEN VAN OPIATEN – WAT?

Heroïne, opium en opioïden (= pijnstillers afgeleid van opium) veroorzaken bij misbruik behalve een sterke psychische, ook een fysieke afhankelijkheid. Het ontwennen van opiaten is een zeer vervelende, maar geen gevaarlijke zaak. Ontwenningverschijnselen zijn onrust, afwisselend koud en warm hebben, buikkrampen en diarree, krampen in rug en benen en spierpijn, en een heel sterk verlangen naar opnieuw gebruiken. De ontwenning duurt gemiddeld 5-7 dagen.

ONTWENNEN VAN OPIATEN – HOE?

De sterke craving maakt ‘cold turkey’ – d.w.z. zonder medicatie – ontwennen quasi onmogelijk. De ontwenning kan opgevangen worden met substitutiemedicatie (methadon of buprenorfine). Dit kan op 2 weken afgebouwd worden, maar is in de regel een langdurige behandeling van vaak verscheidene jaren. Veel mensen kiezen na verloop van tijd voor een levenslange onderhoudsdosis in plaats van voor afbouw.

ONTWENNEN VAN OPIATEN – WAAR?

Voor substitutiemedicatie (methadon, buprenorfine) verwijs je best door naar een gespecialiseerd ambulancetransport centrum, zoals het MSOC. Daar zal een aangepast programma aangeboden worden met medicatie en gespreksbegeleiding, zodat ook het psychische luik van de verslaving aan bod komt. Deze behandeling kan dus jaren duren.

Een alternatief is een residentiële opname:

- kortdurend, waarbij enkel het fysieke luik wordt aangepakt (bijvoorbeeld EPSI of PAAZ).
- middellang (6-8 weken) waarbij ook het psychische luik bekeken wordt (bijvoorbeeld ontwenningprogramma De Spiegel).
- zeer langdurig (tot 18 maanden) waarbij rond het hele verslavingsprobleem gewerkt wordt (bijvoorbeeld Therapeutische Gemeenschap (TG) De Spiegel).

De keuze voor een ambulante of residentiële behandeling behoort de cliënt toe. Als hulpverlener kan je via motiverende gespreksvoering trachten de motivatie voor beide te verhogen.

CANNABIS – FYSIEKE ONTWENNING OF NIET?

Langzaam aan wordt erkend dat ook cannabis fysiek verslavend is. Klinisch relevante klachten worden gezien bij zowat 20% van de cannabisgebruikers. De milde symptomen omvatten prikkelbaarheid, rusteloosheid, slapeloosheid, verminderde eetlust, spierspasmen en hoofdpijn. De klachten kunnen starten vanaf 4 uur na de laatste joint, pieken op 4-7 dagen, en verdwijnen na een tweetal weken.

Omdat deze ontwenningverschijnselen op zichzelf niet gevaarlijk zijn wordt hooguit symptomatisch ondersteund. Bij onrust liggen benzo's voor de hand, maar ze hebben hun verslavend potentieel. Niet verslavende alternatieven kunnen gevonden worden in een ‘dempend’ antipsychoticum (bijvoorbeeld haloperidol 2-5mg in twee giften per dag), of een lage dosis quetiapine (25-100mg) bij agitatie of in mirtazapine (15-30mg) bij slapeloosheid.

VERANDERING VAN LEVENSTIJL



ONTWENNEN VAN ANDERE MIDDELEN?

Ontwenning van stimulerende middelen, gaande van nicotine en cafeïne tot cocaïne en amfetamine, levert geen fysiek gevaar op. Medicatietoediening is niet nodig. Er is hooguit wat symptomatische ondersteuning te overwegen. Bij sedatieve drugs, in het bijzonder GHB, en bij slaapmiddelen zoals Zolpidem, Zaleplon en Zopiclone, kan een ontwenningssyndroom risico's opleveren zoals bij ontwenning van benzodiazepines. Neem voor ontwenning van GHB (extra risicovol!) contact op met EPSI, en voor de andere middelen met de arts.

ZELF DOEN

- Motiverend werken rond abstinentie.
- Kritisch inschatten of ambulante detox haalbaar is en dit in het team bespreken.
- De detox opvolgen; eventueel CIWA of ander opvolginstrument inoefenen (zie 'verwijzingen' hieronder).

SAMENWERKEN

- Teamleden voor nabije opvolging en teampsychiater voor medicatievoorschrift.
- Nuchter persoon uit de context, thuisverpleegkundige, thuiszorg, ... om medicatie-inname op te volgen.
- Huisarts voor regelmatige medische opvolging.

MEER WETEN?

<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/05/CIWA-Ar.pdf>
<https://verslavingskundenederland.nl/documents/2023/03/Detoxificatie-psychoactieve-middelen-Richtlijn.pdf>

5 | OMGAAN MET TERUGVAL

Zelfs als je cliënt eindelijk een tijd lang op de goede weg is, kan terugval volgen. Dit hoort bij verslaving, zoals een hoge glycemie hoort bij suikerziekte: het is een onderdeel van de aandoening. Een terugval vraagt het terug opnemen van de juiste draad, eerder dan het verwerpen van alles wat tot dan toe gebeurde. De kunst, zowel voor hulpverlener als voor cliënt, is het te benaderen als een leermoment. Wat is de aanleiding geweest, wat kunnen we eruit leren om de kans op een toekomstige terugval te verkleinen?

*C: Zaterdagavond is het mislukt, ik heb 2 lijnen coke gesnoven.
HV: Je bent erin geslaagd na 2 lijnen te stoppen, sterk. Hoe heb je dat gedaan?
C: Ik was slim geweest: ik had 50 euro meegenomen voor de hele avond, en mijn bankkaart thuisgelaten.
HV: Wat was de concrete trigger om opnieuw te gaan gebruiken?
C: De verkeerde mensen tegengekomen.
Ik zou beter in bepaalde cafés niet meer komen...
HV: Bepaalde cafés vermijden: goed plan. Hoe kan je dat aanpakken?*

Er zijn ontelbare triggers en allerlei factoren die kunnen leiden tot terugval:

- Gevoelens: kwaadheid, frustratie, eenzaamheid, ...
- Situaties: contact met andere gebruikers, beschikbaarheid van middelen, sociale druk, ...
- Uitlokkende gedachten en minibeslissingen, bijvoorbeeld: "Ik heb nu controle, ééntje moet toch kunnen"
- Verminderde weerbaarheid: vermoeidheid, ziekte, ... en zelfs zoiets banaals als honger

Een terugvalepisode begrijpen en samen onderzoeken kan een erg waardevolle oefening zijn, die een verder aanscherpen van een terugvalpreventieplan kan sturen.

ZELF DOEN: TERUGVALPREVENTIE

Je kan de cliënt ondersteunen om

- risicosituaties te herkennen en strategieën te ontwikkelen om ermee om te gaan
- triggers te identificeren en te vermijden of vaardigheden ontwikkelen om er anders mee om te gaan
- te leren omgaan met stress, bijvoorbeeld met behulp van relaxatietechnieken
- te leren omgaan met sociale druk

- alternatieven te bedenken voor de positieve aspecten van het gebruik: sport, hobby, sociale activiteiten, ... Waar had je vroeger plezier aan? Waar was je goed in? Wat waren je talenten?

Je kan de eigen motivatie van de cliënt om het middelengebruik te veranderen en vol te houden, blijven versterken. Het vertrouwen dat men kan veranderen komt immers sterk onder druk bij een terugval.

Je kan samen met de cliënt diens naasten betrekken en het ondersteunend sociaal netwerk helpen uitbreiden.

MEER WETEN?

Het '[Basismateriaal voor terugvalpreventie bij problemen met middelen-gebruik, gamen of gokken](#)' kan je gratis downloaden op www.vad.be. Dit materiaal biedt een aantal concrete werkinstrumenten aan die in de verslavingszorg al ruime tijd gebruikt en positief geëvalueerd worden.



TERUGVAL
VRAAGT
HET
TERUG OPNEMEN
VAN DE
JUISTE DRAAD

6 | WAT MET DE KINDEREN?

Elk kind dat opgroeit met één of beide ouders met een psychische en/of een afhankelijkheidsproblematiek, ondervindt een impact op zijn veiligheid en ontwikkelingskansen. We zien dat 1/3 van deze kinderen zelf geen problemen ontwikkelt, 1/3 matige problemen krijgt die ze kunnen overwinnen, en 1/3 zelf ernstig in de problemen komt. Deze percentages kunnen we beïnvloeden door met de ouders en kinderen te werken.

HEB JE KINDEREN?

Vraag altijd of er kinderen zijn, en breng ze in beeld door een genogram op te stellen. Kijk over de generaties heen naar gebruik en psychische klachten, maar ook naar kwaliteiten en krachten.

Je kan gebruik maken van de Kindreflex (www.kindreflex.be). De Kindreflex gaat over een basishouding waarbij je als hulpverlener gevoelig bent voor het welzijn van de kinderen van je volwassen cliënt en voor diens ouderschap. De Kindreflex stimuleert hulpverleners met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap.

Ouders krijgen de kans om in alle vrijheid over de kinderen en hun bezorgdheden te praten. Waar nodig ondersteunen hulpverleners de ouders in hun rol als moeder of vader.

HOE ZOU JE ZELF ZIJN: GEZONDE WEERSTAND

Wanneer we met ouders aan het werk willen gaan omtrent hun problematiek, en de invloed ervan op de kinderen, stuiten we vaak op weerstand. Het eigen ziekte-inzicht is zelden compleet, en mensen overhalen om de confrontatie aan te gaan met de invloed van hun problemen op hun kinderen, vraagt veel tijd. Als een ouder heel bang is om dat onderwerp aan te raken, kan je het hebben over de angsten van de ouder: angst voor plaatsing van het kind, angst om niet meer de volledige zeggenschap over het kind te hebben, angst om geen goede ouder te zijn, enzovoort.

HV: Je wilt heel graag een goede mama zijn, ook al gebruik je. Daarom wil ik graag met je op zoek naar wat je zelf wilt veranderen, opdat jij de mama kan zijn die je wilt zijn.

C: Pfff, op futloze dagen zie ik het bijvoorbeeld niet zitten om naar de speeltuin te gaan en 20 keer aan de glijbaan te staan.

HV: Wat zou je daarbij kunnen helpen? Is er iemand die mee kan gaan bijvoorbeeld?

C: Mijn zus misschien?

HV: Weet zij dat je soms geen fut hebt?

C: Ja, mijn zus begrijpt dat.

HV: Op welke manier zou je zus je nog kunnen ondersteunen als mama in die periodes dat je geen fut hebt?

GA NIET TE SNEL...

Neem een open houding aan, en volg het tempo van het gezin. Motiverend werken en niet bruuskeren is ook hier het motto.

... EN KIES ZORGVULDIG

Kies voor de minst ingrijpende vorm van hulpverlening (liefst in de thuiscontext), ga op zoek naar opvoedingsondersteuning voor de ouders en ga netwerken.

TOESTEMMING

Om met het kind te kunnen werken, is het nodig dat de ouder het kind expliciete toestemming geeft om vrijuit te spreken met de hulpverlener, en moeten er goede afspraken gemaakt worden over terugkoppeling naar de ouders.

IMPACT INSCHATTEN

Om de impact van de situatie op de kinderen in te schatten kan je gebruik maken van de Kindreflex (www.kindreflex.be). De Kindreflex helpt hulpverleners verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen.

WAT HELPT EN WAT NIET?

Risicofactoren

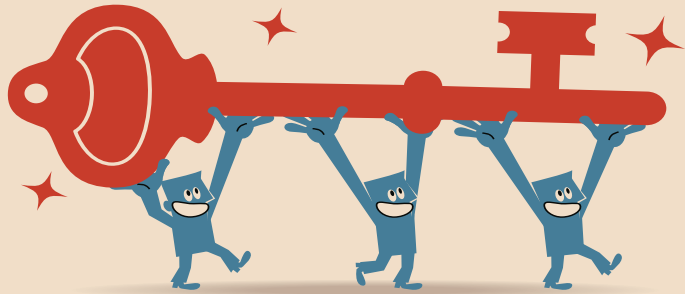
- Bij het kind: bijvoorbeeld weinig zelfvertrouwen, ontbreken cognitieve en sociale vaardigheden, weinig kennis over de ziekte van de ouder, parentificatie, jonge leeftijd, ...
- Bij de ouder(s): ernstige en chronische ziekte, al dan niet bij beide ouders.
- In de relatie tussen de ouder(s) en het kind: weinig aandacht voor het kind, onveilige hechting, agressie en kindermishandeling in het gezin, inadequate opvoedingsstrategieën en slecht voorbeeldgedrag.
- In de relatie tussen de ouders: huiselijk geweld, voortdurend ruzie, financiële problemen, afwezigheid gezonde ouder.

Beschermende factoren

- Bij het kind: positieve emotionaliteit (openstaan voor beloning, actieve betrokkenheid bij omgeving), veilige hechting, inzicht in de ziekte van de ouder, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, goed ontwikkelde sociale en cognitieve vaardigheden.
- Bij de ouder(s): goed ontwikkelde opvoedvaardigheden, goede ouder-kind interactie, ouder is in behandeling (geweest).
- Bij het gezin en de omgeving: gezonde ouder of andere verzorger aanwezig, ondersteunend sociaal netwerk voor zowel ouder als kind, aandacht van professionele hulpverleners voor het kind, afleidingsmogelijkheden voor het kind.

De gevolgen voor het kind kunnen zowel negatief (bijvoorbeeld schuldgevoelens) als positief zijn (bijvoorbeeld goed functioneren in crisissituaties).

OPGROEIEN MET DE 4 SLEUTELS VAN VEERKRACHT



ZELF DOEN: DE 4 SLEUTELS VAN VEERKRACHT

Als hulpverlener kan je werken aan de 4 sleutels van veerkracht:

- Het kind leren eigen gevoelens te uiten
- Een vertrouwenspersoon zoeken in de directe omgeving
- De kans geven om kind te kunnen zijn
- Psycho-educatie

Psycho-educatie blijkt de allerbelangrijkste factor te zijn om gezond te kunnen opgroeien, aandacht voor de emoties van het kind is daarbij een mooie bonus.

Wat zou jou geholpen hebben als kind?

Veel van onze cliënten zijn zelf kinderen van ouders die gebruikten of psychische problemen hadden. Door een goed genogram op te stellen met aandacht voor het intergenerationeel voorkomen van verslaving en psychische problemen, kan dit aspect niet aan de aandacht ontsnappen.

HV: Je doet heel hard je best om niet te gebruiken, en dat vraagt veel energie. Waaraan merk je het zelf als je het moeilijk hebt?

C: Ze moeten me dan gerust laten. Dan ben ik prikkelbaar.

HV: Doe je dan soms iets waarvan je achteraf denkt: "Dat wou ik niet doen, maar omdat ik zo hard mijn best deed om clean te blijven, gebeurde het toch"?

C: Ik verdraag dan het gedoe rond het huiswerk niet.

HV: En wat doe je dan?

C: Ik word kwaad.

HV: Wat zou kunnen helpen op zo'n momenten?

C: Ik weet het niet, er is niemand anders thuis.

HV: Wat denk je ervan de kinderen in de opvang hun huiswerk te laten maken?

C: Dat zou misschien wel kunnen.

Werken rond het verleden kan een sterke hefboom zijn tot verandering: waar heb jij je krachten gehaald, hoe kan je zelf je kinderen helpen, wat zou jou geholpen hebben als kind, ...

SAMENWERKEN

[Netwerken GGZ voor jongeren](#)

Binnen de verschillende Netwerken GGZ voor jongeren (één per provincie) is er specifieke aandacht voor kinderen en jongeren van ouders met een psychische en/of afhankelijkheids-problematiek. Bekijk de website voor meer info over de verschillende netwerken.

www.ckg.be

www.huizenvanhetkind.be

VALKUILEN

- Een eerste vereiste is om vanuit de organisatie een sterke visie te hebben rond kinderen van cliënten, procedures te hebben bij verontrusting, enz. Een sterke visie helpt ook de volwassenenhulpverleners om alert te blijven voor moeilijkheden bij de kinderen ten gevolge van de moeilijkheden van de ouders.
- Het niet-veroordelende is bij het spreken over de kinderen zo mogelijk nog belangrijker dan bij spreken over het middelenmisbruik. Inzetten op hun krachten als ouder, op het goed willen doen zoals elke ouder, op wat zij zelf graag anders zouden willen doen als mama of papa, ... Hen aanspreken als ouder, en niet als patiënt, als het over de kinderen gaat.
- Toegang krijgen tot de kinderen en met hen aan de slag gaan kan een tijdrovende zaak zijn: het vertrouwen van de ouders winnen, zorgen dat zij helemaal achter je interventies staan en het kind expliciet de toestemming geven om te spreken met jou als hulpverlener, contacten leggen met andere hulpverlening, ...

MEER WETEN?

www.vad.be/artikels/detail/informatie-en-hulp-op-maat-van-koap

www.kindreflex.be

www.familieplatform.be

www.koppsupport.nlwww.kopopouders.nl

www.noknok.be

www.awel.be

www.oudersonderinvloed.info

www.druglijn.be

7 | WAT MET DE PARTNERS?

Samenleven met een partner die alcohol of drugs gebruikt, is emotioneel zeer belastend. Partners proberen doorheen de tijd allerlei strategieën uit om om te gaan met de situatie. De ene strategie kan een werkelijke steun zijn (een open gesprek, een herval bespreken en samen zoeken naar een betere aanpak, ...), terwijl de andere net de verslaving ondersteunt (bijvoorbeeld de rommel opruimen, de werkgever bellen om de partner ziek te melden, ...).

Ook zijn er strategieën uit zelfzorg, die noodzakelijk zijn om de niet-gebruikende partner op de been te houden (bijvoorbeeld grenzen stellen, hobby's en sociale contacten behouden, ...). In dit hoofdstuk leer je meer over wat jij als hulpverlener kan doen om de strategieën efficiënter te maken, en de niet-gebruikende partner te ondersteunen.

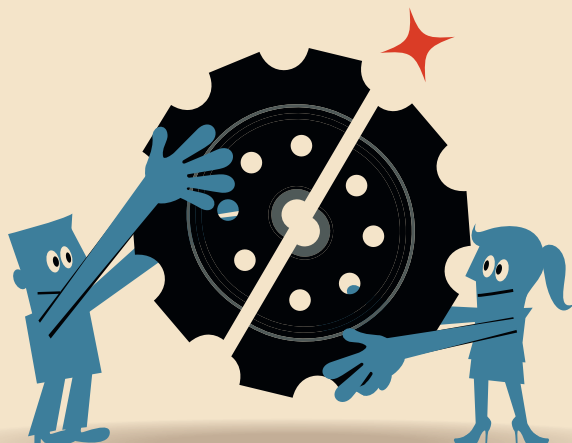
Sommige partners hebben het opgegeven, en zeggen niet langer betrokken te willen worden. Ook zij hebben wellicht behoefte aan gesprek en veel erkenning voor het geleden onrecht.

ZELF DOEN

met de partner...

- Wanneer de partner niet betrokken wilt worden, beluister dan zijn/haar goede redenen. Wellicht kan, na veel tijd en erkenning van het geleden onrecht, zijn/haar inzet in de relatie toch weer op gang komen.
- Tijd uittrekken voor de partner (zelf, een collega, of een andere dienst).
- Veel tijd nemen voor erkenning.
- Werken rond grenzen (concreet maken van afspraken en grenzen).
- Verantwoordelijkheidsgevoel van de partner relativeren.
- Hobby's, zelfzorg en sociale contacten stimuleren.

WERKEN
MET
PARTNER
OF
BEIDE
PARTNERS



... of met beide partners

- Werken rond de communicatie in de relatie in koppelgesprekken (zelf, een collega, of doorverwijzen naar een andere dienst).
- Psycho-educatie: wat is verslaving, hoe verloopt herstel, herval en hoe ermee omgaan, ... Door psycho-educatie neem je onrealistische verwachtingen weg (bijvoorbeeld stoppen met gebruik = einde van alle problemen) en kan de partner efficiënte strategieën herkennen.
- Destigmatiseren, erover leren spreken: bv waarom kan de partner niet meekomen naar het familiefeest.
- Veranderingen in de relatie bij herstel durven bekijken en voorbereiden: bijvoorbeeld wat als de herstellende partner plots weer mee ouder wilt zijn, koppel-dingen wilt doen.
- In het herstelproces moet de niet-gebruikende partner nog ruimte krijgen om te ventileren over het onrecht dat hem of haar werd aangedaan (de herstellende is enthousiast, kan hij het aan dat er nog oude koeien uit de sloot gehaald worden?).
- De niet-gebruikende partner betrekken in het hervalpreventieplan.

SAMENWERKEN

- Doorverwijzen naar familiegroep of lotgenotengroep (Al Anon, Alateen, Similes)
- Werken met familie-ervaringsdeskundige
- CAW, MSOC, CGG, privé-therapeuten

VALKUILEN

- Werk met de gezonde partner rond hoe hij of zij de verslaving ondersteunt (financiële steun, papieren in orde houden, problemen toedekken, excuses verzinnen voor familie, vrienden, werkgever enz., rommel opruimen, alcohol kopen, geen duidelijke grenzen stellen ...).
- Bekijk of je zelf ook de verslaving ondersteunt, op sommige van die boven vermelde manieren.

MEER WETEN?

www.druglijn.be/grip/partner-van#

www.druglijn.be/bezorgd-om-iemand/partners

www.drughulp.be/partners-druggebruikers

www.alcoholhulp.be/partners-van-overmatige-alcoholgebruikers

8 | ZELFHULP

WIE KAN JE BETER HELPEN ...

Als hulpverlener cliënten met problematisch middelengebruik helpen is niet eenvoudig. Alle theoretische bagage en behandelprogramma's ten spijt, zijn vooral interesse tonen, beluisteren en valideren van de persoonlijke ervaringen van cliënten elementair. Deze vaardigheden vormen het begin van elke motiverende begeleiding.

... DAN WIE HET ZELF HEEFT MEEGEMAAKT?

Een persoonlijke ervaring blijkt enorm herkenbaar voor cliënten. Een ander over zichzelf horen spreken, nodigt soms meer uit tot luisteren dan een goedbedoelende therapeut die met interpretaties en adviezen komt. De vaststelling niet de enige te zijn met dergelijke problemen helpt om het psychisch isolement te doorbreken en een positief verhaal van een ander geeft hoop.

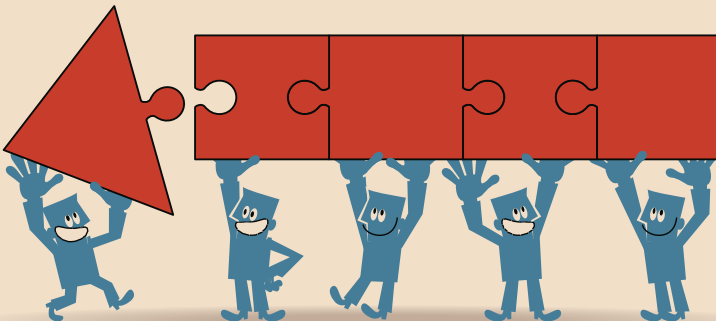
ONBEKEND IS ONBEMIND ...

De meerwaarde van zelfhulp is overduidelijk voor diegenen die deelnemen. Spijtig genoeg kunnen velen niet van deze meerwaarde proeven omwille van allerlei vooroordelen. Ook na een eerste deelname is de drop out groot, omdat zich één of ander idee-fixe installeerde.

IN DE AANBIEDING

Er zijn tientallen zelfhulpgroepen rond verslaving actief. Ze zijn allemaal gericht op abstinentie.

Heel wat groepen gebruiken een programma van 12 stappen om nuchterheid te bereiken en vol te houden. Deze 12 stappen vormen de rug-gengraat van vergaderingen van Anonieme Alcoholisten. Ze zijn een kernachtige neerslag van de ervaringen van de AA-leden van het eerste uur (1935).



ER ZIJN
TIENTALLEN
ZELFHULPGROEPEN
ACTIEF



**PERSOONLIJKE
ERVARING
BLIJKT
ENORM
HERKENBAAR**

Ze worden wereldwijd gebruikt bij alle AA-groepen, maar ook bij andere 12-stappen geïnspireerde groepen: Narcotics Anonymous voor illegale druggebruikers, Sexaholics Anonymous voor seksverslaafden en andere. Een alternatief is SOS Nuchterheid. Het is een vrijzinnig en humanistisch zelfzorginitiatief dat mensen steunt bij het overwinnen van hun problemen met alcohol, drugs, pillen e.d. Deze groepen gebruiken geen uitgewerkt programma om bijeenkomsten van lotgenoten te organiseren.

DE WENS OM NUCHTER TE WORDEN

Het doel van deelname in deze zelfhulpgroepen is abstinentie, maar dat hoeft niet meteen te lukken. Zowel nieuwkomers die nog worstelen met hun probleem als deelnemers die al wat meer ervaring hebben en soms langer nuchter zijn delen hun getuigenis over hun problematiek en hun herstel.

ALLES BINNENSKAMERS

Omdat problematisch middelengebruik door de buitenwereld nog steeds gestigmatiseerd wordt, legt men veel nadruk op de privacy binnen zelfhulpgroepen. Er mag geen info uit de groep naar buiten gaan en alle leden hebben belang bij het zich houden aan deze afspraak. Ook wie een getuigenis brengt naar de buitenwereld, zal nooit over andere leden spreken.

VERLOOP

Je kan zomaar een vergadering bijwonen zonder je vooraf in te schrijven. Nieuwe deelnemers worden door de oudere leden opgevangen. Geïnteresseerden kunnen ook via de website of via permanent bereikbare telefoonnummers contact leggen met mensen die hen helpen om de eerste keer de drempel te nemen.

Een lid van de groep is aangeduid als voorzitter. Vergaderingen kunnen opgebouwd worden vanuit het delen van persoonlijke ervaringen. Bij 12-stappen-bijeenkomsten wordt aan deze ervaringen een stap verbonden

en wordt die besproken, of wordt aan het begin van de vergadering een tekst of een stap voorgelezen om het gesprek op gang te brengen.

NIET ENKEL IN GROEP

Terwijl groepssessies de rode draad vormen bij AA, bieden binnen sommige groepen ervaren leden zichzelf aan als 'sponsor.' De sponsors voeren ook individuele gesprekken met nieuwkomers om hun evolutie te ondersteunen.

LEVENSLANG?

Wie lang de groep blijft bezoeken, en daar stuurt AA/NA op aan, wordt zich meer en meer bewust van het feit dat de problematiek nooit volledig opgelost zal zijn. Het delen van je ervaring met andere verslaafden blijft belangrijk en helpend.

In SOS Nuchterheid legt men de klemtoon op een persoonlijke evolutie naar zelfstandig nuchter verder kunnen leven, al blijft de groep beschikbaar zo vaak en zo lang als nodig.

KRACHT

De kracht van lotgenotengroepen schuilt in veel aspecten en evolueert voor deelnemers in de loop van de tijd. Het gevoel van herkenning en begrip staat aanvankelijk op de voorgrond. Later in de evolutie wordt het kunnen delen van een (gunstige) evolutie en het blijven cultiveren van het belang van nuchterheid belangrijk.

Zelfhulpgroepen vormen bovendien een structurele bron van sociaal contact voor cliënten die door hun problematiek ofwel geïsoleerd waren geraakt, ofwel enkel gebruikende kennissen hadden.

ZELF DOEN

Herhaaldelijk zelfhulp aanhalen en faciliteren in de begeleiding, steeds in een motiverende gesprekstijl.

HV: Je vindt het op dit moment moeilijk om vol te houden. Een van de mogelijkheden is om steun te krijgen van lotgenoten, in een zelfhulpgroep.

Hoe kijk jij daarnaar?

C: Met lotgenoten spreken zou misschien wel goed zijn, maar ik ben geen groepsmens.

HV: Wat vind je moeilijk aan een groep?

C: Niet het feit om tussen de mensen te zijn, maar wel om voor een groep te moeten spreken.

HV: Je bent wel benieuwd naar de gedachten van lotgenoten, naar hoe zij het aanpakken, zolang je zelf niet voor een groep moet spreken.

C: Als ik niet moét praten, zou ik dat wel zien zitten, ja.

Informatie uit de eerste hand

Als hulpverlener kan je zelf eens een 'open' vergadering van AA/NA of een presentatie van iemand van een groep bijwonen. Je eigen vertrouwen in de zin van zelfhulp moet er zijn, alvorens je succesvol kan doorverwijzen. De gegevens rond 'open' vergaderingen zijn te vinden op de website van AA. SOS Nuchterheid biedt geen open vergaderingen.

Correct informeren

Informeer je cliënt correct over de algemene werking van de groepen en verwijz naar websites en/of contactpersonen. Via deze weg kan je heel wat vooroordelen en weerstand wegwerken.

Blijven motiveren

Ook na het eerste bezoek blijft het belangrijk om aandacht te geven aan de motivatie. De eerste keer in een groep komen is per definitie vreemd. Je kan de motivatie versterken door de stappen die de cliënten zetten te bekrachtigen, de moeilijkheden die zij ondervonden te beluisteren en hun autonomie en eigen werkzaamheid te valideren.

HV: Je bent gisteren naar een bijeenkomst van de AA geweest.

Dat is een moedige stap.

C: Tja, ik vind het toch maar raar die AA, net een sekte!

HV: Wat deed je aan een sekte denken?

C: Het gaat alsmaar over God, dat is niets voor mij.

HV: Het woord 'God' komt vaak voor in hun teksten en dat ervaar jij niet als helpend.

C: Nee, daar heb ik niet veel aan.

HV: Mag ik je vertellen hoe ik ernaar kijk?

C: Ja.

HV: Niet alle deelnemers aan een groep zijn religieus, ieder geeft zijn eigen invulling aan dat woord 'God'. Het kan bijvoorbeeld ook staan voor hoop, het goede in de wereld. Je hoeft ook niet met alles akkoord te zijn om er toch wat aan te hebben.

C: Ik denk dat ik me er ga aan blijven storen. Maar ik wil het nog wel eens proberen.

Contactpersoon

Vóór het eerste bezoek kan hulp bij het leggen van contact met een lid van de zelfhulpgroep faciliterend zijn om 'de eerste keer binnenkomen' te vergemakkelijken.

Samen gaan

Open vergaderingen bieden de kans om met je onzekere cliënt (of meerdere cliënten) mee te gaan (enkel AA), of als er geen open vergaderingen zijn, kan je je cliënt op weg helpen door mee te gaan tot aan de deur.

Online

Je kan de drempel verlagen via online zelfhulp en fora (samen websites bekijken).

SAMENWERKEN

- Ervaringsdeskundige in je eigen team
- Contactpersonen van AA, SOSN, ...
- Leg voor je regio contacten met de groepen: aanspreekpunt, meer details over de groepen, waar en wanneer, welk noodnummer (permanent bereikbaar)
- AA of SOS kunnen ook binnen het eigen team worden uitgenodigd

MEER WETEN?

www.aavlaanderen.org

www.na-belgium.org

www.sosnuchterheid.org

9 | ONLINE HULPVERLENING

DREMPELVERLAGEND

Er is heel wat wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van online hulp voor de aanpak van problematisch gebruik of gedrag. Bovendien kan online hulp voor sommige mensen de drempel naar andere vormen van hulp verlagen en kan de combinatie van online hulp met face-to-face therapie (i.e. blended care) de kans op het vroegtijdig afbreken van deze laatste verlagen.

In het licht van het sociale stigma dat rond afhankelijkheidsproblemen bestaat, is het voor velen vaak een (te) grote drempel om de stap te zetten naar traditionele hulp (face-to-face). Online hulp is ook toegankelijker voor individuen die te maken hebben met beperkte mobiliteit of die vanwege tijdsgebrek (e.g. alleenstaande ouders, zelfstandigen,...) moeilijk de stap kunnen zetten naar traditionele hulp. Daarnaast is online hulp ook gratis. Naast voornoemde potentiële voordelen kan het gebrek aan persoonlijk contact als een gemis worden ervaren en vraagt online hulp van de zorgvrager bepaalde technische en schriftelijke vaardigheden. Verder is er ook een zekere niveau van zelfstandigheid nodig en een actieve inzet op regelmatige basis.

Om op het voorgaande te kunnen inspelen bestaat er in Vlaanderen een uitgebreid en kwalitatief online hulpaanbod voor zowel middelen- als gedragsafhankelijkheid. In wat volgt worden deze verschillende vormen van online hulp kort toegelicht en de concrete mogelijkheden waarover zorgvragers kunnen beschikken voorgesteld.

ONLINE PSYHULP

Op de website van OnlinePsyHulp kunnen mensen online hulp vinden voor angstproblemen, depressieve klachten en problemen met middelen of gokken. Deze website geeft toegang tot de volgende online programma's: Depressiehulp, Angsthulp, Alcoholhulp, Cannabishulp en Drughulp. De sites zijn ook rechtstreeks toegankelijk.

Als gebruiker van de website kan je thema's en oefening van verschillende hulpprogramma's combineren. Een deelnemer hoeft zich dus niet bij verschillende programma's aan te melden. Zo kan iemand die een programma volgt op Gokhulp, maar die naast het gokprobleem ook last heeft van depressieve klachten ook aan de slag met thema's en oefeningen uit Depressiehulp. En dit wordt dan aangeboden in het Gokhulp programma zelf.

Als deelnemer aan een online programma hoef je je geen zorgen te maken over je privacy. Je hoeft geen persoonsgegevens te delen, je kan een account aanmaken met een zelfgekozen nickname. De hulpverleners van de websites zelf, zijn uiteraard ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Zelfhulp is niet altijd voldoende maar kan een eerste stap zijn!

Online hulp kan bestaan uit/omvat:

Zelftesten

Het afleggen van een zelftest kan je een idee geven over de ernst van je klachten of hoe risicovol je gebruik is. Een zelftest kan geen diagnose stellen, maar geeft dus een indicatie van de mate van risico die iemand loopt. Als hulpverlener kan de uitkomst en het doorlopen van de resultaten van een zelftest ook een opening bieden voor een gesprek over het gebruik.

De uitkomst van de zelftest kan dus het probleembesef en het zelfinzicht bevorderen. Verder kan de uitkomst ook motiverend werken om verdere stappen te zetten/of om aan de slag te gaan met het gebruik.

Zelfhulpprogramma

Met dit programma doorloop je zelfstandig een aantal modules. Je start met een aantal voorbereidende oefeningen en je kiest zelf de doelen die je wilt bereiken en op welke tempo.

Een zelfhulpprogramma werkt aan de hand van een dagboek waarin je je gebruik noteert. Ook geef je meer informatie over de omstandigheden van je gebruik. Je kan dan je eigen evolutie volgen aan de hand van grafieken en tabellen. Zo neemt het inzicht in je gebruik toe.

In het programma sta je ook stil bij mogelijke risicosituaties en momenten van terugval en hoe dat je dit kan aanpakken. Via een aantal oefeningen word je gestimuleerd om je zelfcontrole te vergroten en je leven terug in handen te nemen.

Je kan ook anoniem contact houden met andere deelnemers via een afgeschermd forum met het oog op wederzijdse ondersteuning.

Online begeleiding

De begeleiding bestaat uit wekelijkse chatgesprekken met een vaste hulpverlener. Tussendoor kunnen deelnemer en hulpverlener elkaar online berichten toesturen via de website.

Daarnaast ga je ook zelfstandig aan de slag met dezelfde oefeningen als deze in het zelfhulpprogramma. Tijdens deze begeleiding is het ook mogelijk om anoniem contact te hebben met andere deelnemers. Een online begeleiding duurt doorgaans 12 weken.

Blended care

Sinds 2022 kunnen de online modules gecombineerd worden met face-to-face gesprekken. Deze combinatie biedt als voordeel dat je concreet aan de slag kan gaan tussen de gesprekken door. Dat is ook goed voor de zelfredzaamheid. Daarnaast worden patronen in het gebruik ook vlugger zichtbaar. Hulpverleners van een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), of een andere ambulante dienst kunnen cliënten aanmelden voor een online module. Een deelnemer hoeft zich dus niet zelf te registreren via de website.

COLOFON

Redactie:

Dr. Hendrik Peuskens (Alexianen Zorggroep Tienen),
Katrien Van Eeckhaut (MSOC Vlaams-Brabant),
Tiny Devriendt (VAD), Joke Claessens (VAD)

Met dank aan heel wat collega's voor hun bijdrage.

Layout: FABworks.be

Tekeningen: iStockphoto.com

V.U.: Hendrik Peuskens, Alexianen Zorggroep, Tienen - ©2023

Met dank aan FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.



