

Mensen die er niet in slagen hun middelengebruik onder controle te krijgen, kunnen een beroep doen op een gevarieerd zorg- en hulp-aanbod. De welzijns- en gezondheidssector biedt zowel gespecialiseerde als niet-gespecialiseerde hulpverlening en ondersteuning in een dikwijls moeizaam proces van gedragsverandering.

De centrale doelstelling van hulpverlening bij problematisch middelen-gebruik is het bevorderen van de levenskwaliteit op het vlak van lichamelijke en psychische gezondheid en van sociaal welzijn, met respect voor de autonomie van de cliënt.

Gezien de complexiteit van de alcohol- en drugproblematiek is een snelle en definitieve oplossing niet steeds realistisch. Hulpverlening bij ernstig problematisch alcohol- en druggebruik en -afhankelijkheid is vaak een langdurig proces, dat in verschillende fasen verloopt en verschilt van cliënt tot cliënt. Het tijdstip van de interventie, de hulpvraag, de hulpverleningsgeschiedenis, de mogelijkheden en de motivatie van de cliënt bepalen welke interventies het meest aangewezen zijn. Er is dan ook geen standaardbehandeling voorhanden. In de loop van een behandelingsproces hebben verschillende interventies hun plaats, vaak aangeboden door verschillende instanties.

Naast de gespecialiseerde drughulpverlening spelen ook mantelzorg, zelfhulp en eerstelijnsvoorzieningen een belangrijke rol in vroegtijdige signalering, opvang en begeleiding van personen met problematisch middelengebruik.

Hieronder vindt u een overzicht van de verschillende werksoorten binnen de alcohol- en drughulpverlening.

### Mantelzorg en zelfhulp

Personen met problematisch middelengebruik kunnen buiten het professionele hulpverleningscircuit hulp vinden bij familieleden, vrienden, burens, vrijwilligers, ... Ook in zelfhulpgroepen kunnen de permanente beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen, de mogelijkheid van crisisinterventie en de regelmatige groepsbijeenkomsten met lotgenoten een belangrijke ondersteuning betekenen voor wie geen professionele hulp wenst.

De professionele hulpverlening kan van deze ondersteunende functie ook gebruikmaken tijdens en na een behandeling binnen de eigen voorzieningen.

Er bestaan verschillende zelfhulpinitiatieven:

- Anonieme Alcoholisten (AA-groepen) (T 03 239 14 15), Al-Anon (voor partners) en Alateen (voor kinderen) (T 03 218 50 56).
- Toxan (medicatie) (via AA: T 03 239 14 15).
- SOS Nuchterheid (alcohol, medicatie, illegale drugs en gokken) (T 09 330 35 25).
- Zelfhulpgroepen voor gokkers: Werkgroep tegen Gokverslaving (T 02 532 58 26), Anonieme Gokkers (T 051 63 38 23).
- Praatgroepen voor ouders, gebruikers, ... Voor meer info over deze praatgroepen, contacteer de DrugLijn op T 078 15 10 20.

## Straathoekwerk

Het straathoekwerk is als werkvorm gestart midden jaren tachtig en richt zich, naast andere doelgroepen, ook specifiek naar druggebruikers. Straathoekwerkers zoeken druggebruikers op in hun eigen milieu (op straat, in het café, thuis, ...) en zijn daar beschikbaar voor hulp en advies. Dit is de meest laagdrempelige vorm van hulpverlening, waarbij mensen bereikt worden van wie we kunnen veronderstellen dat ze anders niet zo vlug met de hulpverlening in aanraking zouden komen.

Straathoekwerkers bouwen aan een vertrouwensrelatie met gebruikers, motiveren hen om zelf iets aan hun situatie te doen en ondersteunen hen in die beslissing.

Sommige straathoekwerkers zijn verbonden aan een drughulpverleningscentrum.

Vlastrov is de Vlaamse koepel van straathoekwerk (03 340 49 23).

## De eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is de eerste, laagdrempelige, niet-gespecialiseerde stap in de georganiseerde hulpverlening. De eerste lijn staat het dichtst bij de bevolking en heeft meestal als eerste contact met de problematiek. De eerstelijnszorg is ideaal geplaatst om problematisch middelengebruik te detecteren, in te schatten en door te verwijzen indien een diepgaande begeleiding nodig is. Eerstelijnszorg kan ook voor de nazorg instaan.

Op de eerste lijn bevinden zich onder meer de huisartsen, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Diensten voor Thuisverpleging, de JongerenAdviesCentra (JAC) en de Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk (OCMW).

## Ambulante alcohol- en drughulpverlening

### *Medisch-Sociaal Opvangcentrum (MSOC)*

MSOC zijn laagdrempelige, categoriale zorgvoorzieningen die niet alleen tot doel hebben bij hun cliënten de sociale, psychologische en gezondheidsrisico's door druggebruik te verminderen, maar ze trachten ook voor de omgeving het risico te verminderen om geconfronteerd te worden met druggerelateerde criminaliteit. De doelgroep bestaat voornamelijk uit problematische gebruikers van illegale drugs.

Vanuit het harm-reductionmodel (risicobeperking) maken substitutiebehandelingen (methadon, buprenorfine), naast medische en sociale begeleiding, een groot deel uit van de dagelijkse werking. Deze centra coördineren ook de spuitenruil.

### *Ambulante drugzorg/dagcentrum*

Deze laagdrempelige, categoriale voorzieningen richten zich op een zeer brede groep van mensen met een drugprobleem (experimenteel gebruik tot afhankelijkheid) en tot hun naaste omgeving. De ondersteuning kan individueel of in groep gebeuren en situeert zich vooral op psychosociaal, administratief en juridisch vlak. Totale abstinentie is geen absolute must, maar de cliënten mogen tijdens de activiteiten niet onder invloed zijn. Substitutiebehandelingen (methadon, buprenorfine) zijn mogelijk.

In de dagcentra ligt de nadruk vooral op een begeleiding naar een gezonde dagstructuur.

### ***Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)***

De mate van specialisatie in begeleiding en behandeling van problematisch middelengebruik verschilt onderling sterk tussen de diverse CGG in Vlaanderen. Enkele centra leggen zich al vele jaren volledig toe op de alcohol-, medicatie-, illegale drug- en/of gokproblematiek. De meeste centra zijn echter niet gespecialiseerd, alhoewel ze deze cliënten wel begeleiden. De laatste jaren is hierin wel een evolutie merkbaar. Door de ontstane fusies in deze sector beschikken de meeste van de fusiecentra nu over een team dat cliënten met problematisch middelengebruik begeleidt. De behandelingsfinaliteit in alle CGG is het herstel van de gedeeltelijke en/of totale geestelijke gezondheid, inclusief het middelengebruik. Totale abstinentie of op zijn minst het verminderen van het gebruik van een van de middelen is het einddoel van deze begeleidingen.

Het aanbod van therapeutische mogelijkheden is erg gedifferentieerd. Er kunnen zowel individuele als relatie-, gezins- en groepstherapieën worden verstrekt. Cliënten met een complexere problematiek, zoals dubbediagnoseproblematiek, kunnen hier een aanbod op maat krijgen, met aandacht voor continuïteit.

### **Semi-residentiële alcohol- en drughulpverlening**

#### ***Psychiatrische deeltijdsbehandeling***

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn er afdelingen voor semi-residentiële zorg.

Sommige van deze diensten zijn specifiek gericht naar mensen met een alcohol-, medicatie- of illegaledrugprobleem.

Dagbehandelingen zijn meestal georiënteerd op terugvalpreventie en psychosociale begeleiding en er wordt veel aandacht besteed aan de sociale en maatschappelijke omkadering van de patiënt. Sommige dagklinieken richten zich tot patiënten die reeds een (lange) opname in een ontwenningafdeling achter de rug hebben, maar nog een vrij intensieve ondersteuning en behandeling nodig hebben wanneer de veiligheid van de ziekenhuismuren wegvalt.

### **Residentiële alcohol- en drughulpverlening**

#### ***Thuislozenwerking***

Er zijn laagdrempelige niet-categoriale woonvoorzieningen die thuislozen en/of kansarmen met een problematisch middelengebruik opvangen en begeleiden op een niet-gedwongen manier. De thuislozencentra werken nauw samen met andere ambulante diensten.

#### ***Crisisinterventiecentrum (CIC)***

De CIC, die uit de therapeutische gemeenschappen gegroeid zijn, staan in voor crisisopvang, fysieke ontwenning en motivatiebevordering voor verdere abstinentie. Zij zorgen ook voor verdere oriëntatie naar het meest geschikte vervolgprogramma.

De doelgroep bestaat voornamelijk uit problematische gebruikers van illegale drugs.

Eén crisisinterventiecentrum heeft ook een Bed-Bad-Brood-module (BBB). De werking van de BBB is zeer laagdrempelig en richt zich op de basisbehoeften. De cliënten kunnen zelf hun activiteiten doorheen de dag bepalen, in overleg met de staf. De doelgroep van de BBB zijn mensen die zich gedurende een korte periode willen laten opnemen.

### ***Crisisopvang op Eenheid Psychiatrie Spoed Interventie (EPSI)***

Recent werd per provincie één psychiatrische spoedinterventiedienst versterkt om crisisopvang te voorzien voor personen met problematisch middelengebruik en om een functie case management uit te bouwen.

Patiënten krijgen er een intensieve behandeling van maximum vijf dagen, met als belangrijkste doelstelling de patiënt te stabiliseren. Na overleg met de cliënt geeft de case manager ondersteuning bij doorverwijzing naar een ambulante of residentiële dienst en volgt hij of zij het hulpverleningsproces verder op.

### ***Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)***

In PAAZ-diensten worden mensen met diverse psychiatrische problemen opgenomen, waaronder ook problematisch middelengebruik. Deze voorzieningen richten zich vooral naar crisisopvang, detoxificatie en de behandeling van acute psychiatrische complicaties ten gevolge van middelenmisbruik. De lichamelijke gevolgen van middelengebruik krijgen hier extra aandacht. Doorverwijzingen gebeuren meestal vanuit de spoeddienst van het eigen ziekenhuis, via huisartsen of door andere hulpverleners. Een opname op een PAAZ is meestal kortdurend en beperkt zich vaak tot de volgende zorgfuncties: detoxificatie, observatie en diagnosestelling en motiveren tot verdere behandeling. Middelengebruik is niet toegestaan tijdens de opname.

### ***Ontwenings- en behandelingsafdeling van een Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ)/ ontweningskliniek***

De meeste PZ hebben een specifieke afdeling voor de behandeling van problematisch middelengebruik. Vanuit hun traditie hebben ze vooral ervaring met problematisch alcohol- en medicatiegebruik, maar de laatste jaren doet men in deze sector in toenemende mate expertise op in de behandeling van illegaledruggebruikers. Binnen een medisch-psychiatrisch denkkader en een geïndividualiseerde benadering biedt men een globaal pakket van zorgfuncties aan zoals crisisopvang, screening, detoxificatie, behandeling, maatschappelijke integratie en nazorg. Uiteraard is deze werksetting goed geplaatst om uitgebreid te werken aan een eventueel onderliggende psychopathologie.

Meestal wordt er gestreefd naar volledige abstinentie en is dit ook een voorwaarde tijdens de behandeling.

***Therapeutische Gemeenschap (TG)***

De TG zijn categoriale voorzieningen met een multidisciplinair team, die meer pedagogisch herstructurend en groepsdynamisch georiënteerd zijn en zich vooral tot illegaledruggebruikers richten. Deze settings vertrekken vanuit de optimale doelstelling om druggebruikers te ontwennen en drugvrij te reïntegreren in de maatschappij. Het programma is langdurig.

Naast aparte units voor crisisopvang en detoxificatie (zie CIC) zijn er ook settings met een kortdurend therapeutisch programma (KTP). De reïntegratiefase vindt vaak plaats in een aparte woonsituatie (ook wel 'tussenhuizen' genoemd).

***Beschut wonen***

Binnen de brede psychiatrische zorg zijn er beschutte woonprojecten specifiek voor patiënten met een verslavingsproblematiek. Deze woonvoorzieningen dienen om de patiënt na langdurige opname in een ontwenningafdeling terug te integreren in de maatschappij. De klemtoon ligt op sociale- en woonbegeleiding. Daarnaast vormt terugvalpreventie een belangrijk thema.

In vergelijking met wat gebeurt bij psychiatrische opname is de psychotherapeutische begeleiding hier minimaal.