Een beleid rond middelengebruik, gamen en gokken bij mensen met een verstandelijke beperking.

Draaiboek voor organisaties in de zorg voor personen met een handicap

VAD
VLAAMS EXPERTISECENTRUM
ALCOHOL EN ANDERE DRUGS

Legende

Dit is een interactieve pdf.

Hij zit vol met aanklikbare links en pagina's

Hoe navigeren?

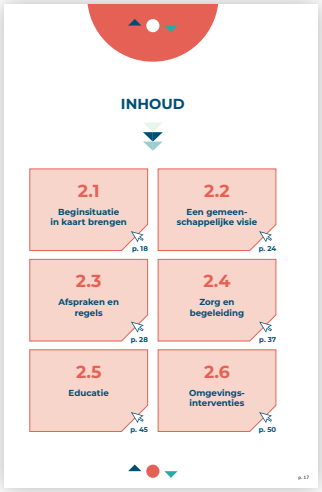
Vorig hoofdstuk /
Vorige methodiek

Volgend hoofdstuk /
volgende methodiek

terug naar overzicht

- Deze leidraad is een interactief plukboek waaruit jij die dingen haalt die voor jou of voor je cliënt relevant zijn. Je hoeft dit document dus niet van A tot Z door te nemen. De volgende pagina geeft je een overzicht van de inhoud. Klik op de informatie die jij denkt nodig te hebben, en je springt meteen naar het juiste deel van de leidraad.





Inleiding

Mijn cliënt en alcohol, drugs, medicatie, risicovol gamen en gokken

Uit onderzoek blijkt dat middelengebruik bij personen met een verstandelijke beperking niet meer voorkomt dan bij de algemene bevolking. Als ze gebruiken, gamen of gokken ondervinden ze dezelfde moeilijkheden als personen zonder beperking en zie je ook gelijkaardige signalen. Toch zijn mensen met een verstandelijke beperking extra kwetsbaar voor middelengebruik. Zo treden problemen bij hen sneller op én is de impact ervan op verschillende levensdomeinen vaak ernstiger.



Meer weten?

In het draaiboek **'Mijn cliënt en middelengebruik, gamen en gokken'** vind je in het hoofdstuk **'Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking en autisme'** meer info over specifieke kwetsbaarheden, risicofactoren, de functie en de gevolgen van gebruik, gamen en gokken bij deze doelgroep.

Met middelengebruik bedoelen we het gebruik van alcohol, illegale drugs of het niet-medisch gebruik[1] van slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva, antipsychotica of opioïde pijnstillers. In dit draaiboek noemen we deze geneesmiddelen 'psychoactieve medicatie' of 'psychofarmaca'. Ook risicovol gamen en gokken kunnen leiden tot problemen. Het zijn gedragingen die soortgelijke risico's op verslaving inhouden als het gebruik van middelen.

Sommige diensten worden in de praktijk geconfronteerd met het middelengebruik, risicovol gamen of gokken van cliënten, andere (nog) niet. Hoewel er duidelijke signalen kunnen zijn, is gebruik herkennen en correct inschatten niet eenvoudig. Zeker bij diensten voor individuele begeleiding waar de cliënt zelfstandig woont, is er minder sociale controle dan in een meer gestructureerde woonvorm. Hierdoor worden signalen van problematisch gebruik vaak later opgemerkt. Ook in de residentiële zorg (bv. leefgroepen, groepswoningen, ...) zijn er specifieke uitdagingen. Wat doe je als er overlast is voor de andere bewoners? Of als er gebruikt wordt in jullie woningen?

[1] Onder niet-medisch gebruik verstaan we het gebruiken van psychofarmaca zonder voorschrift. Mensen gebruiken de geneesmiddelen voor de (roes)effecten van het middel. Of ze gebruiken een geneesmiddel anders dan de dokter het voorschreef (bv. hogere dosis, frequenter gebruik, ...)

> *De meeste van onze cliënten zijn zelfredzaam en wonen alleen. Als we signalen opmerken is het niet gemakkelijk om correct in te schatten wat er juist aan de hand is. Bij sommige cliënten komen we verschillende keren per week langs, maar andere zien we veel minder. Veel cliënten hebben ook een psychische kwetsbaarheid, wat het plaatje nog complexer maakt. Dan bestaat de valkuil dat je signalen snel verkeerd interpreteert. Zo ontdekte ik bijvoorbeeld pas na 2 jaar dat iemand zwaar afhankelijk was van slaap- en kalmeringsmiddelen. Ik had wel gemerkt dat ze met periodes versuft was, geheugenproblemen had, onze afspraken vergat, .. Maar omdat ze voor de start van onze gesprekken nog een depressie had doorgemaakt, dacht ik dat ze opnieuw last had van depressieve klachten.*

> *Noor woont in een van onze nieuwere woningen. Bij het eten drinkt ze graag een pintje. Wanneer ze niet goed in haar vel zit of een kort lontje heeft doordat ze overprikkeld is, blijft dit echter niet bij eentje. Dan trekt ze zich terug op haar kamer en drinkt door. Vaak wordt ze erg luidruchtig, waardoor er discussies en ruzies met andere bewoners ontstaan. Onlangs liep het 's avonds uit de hand toen Noor agressief reageerde tegen een andere bewoner die klaagde dat de muziek veel te luid stond. De begeleiding moest tussenkomen.*

In beide gevallen rijzen er dan heel wat vragen. Hoe kan je de cliënt aanspreken, zonder de relatie te belasten? Hoe kan je gepast ingrijpen en daarbij zoveel mogelijk de autonomie van de cliënt respecteren? En in welke situaties neem je de verantwoordelijkheid van je cliënt (tijdelijk) over? Dit is vaak een moeilijke evenwichtsoefening.

Middelengebruik, risicovol gamen en gokken stellen begeleiders en diensten voor heel wat uitdagingen. Een alcohol- en drugbeleid biedt daarbij een ondersteunend kader. Het legt vast hoe de dienst omgaat met cliënten en middelengebruik, zowel preventief als op vlak van hulpverlening. Het is een belangrijke ruggensteun omdat het houvast biedt in individuele situaties, zowel voor begeleiders als voor cliënten.

Personen met een verstandelijke beperking nemen vaak (meerdere soorten) psychofarmaca. Voorgeschreven medicatie lijkt op het eerste zicht onschuldig, maar is dat vaak niet. Langdurig gebruik kan gepaard gaan met een verminderde levenskwaliteit en met heel wat bijwerkingen. Soms gebeurt het dat cliënten psychofarmaca omwille van hun effecten misbruiken. Ze gebruiken de medicatie op een niet-medische manier of combineren medicatie met andere verdovende middelen. Denk bijvoorbeeld aan benzodiazepines gebruiken voor het verdovende effect of ze combineren met alcohol om in een roes te komen. Het gebeurt dat cliënten medicatie delen met anderen of verkopen. Dergelijk misbruik van psychofarmaca hoort ook onder een alcohol- en drugbeleid.

> *We zien regelmatig cliënten die slaap- en kalmeringsmiddelen misbruiken - al dan niet in combinatie met alcohol of andere middelen. Ze zijn dan bijvoorbeeld heel versuft, apathisch of ze komen moeilijk op hun woorden, ze vergeten je naam of noemen je bij een verkeerde naam. Ondanks dat je hen al 8 jaar begeleidt.*

Psychofarmacabeleid

Voorgeschreven psychofarmaca kunnen – in combinatie met andere vormen van begeleiding - een grote meerwaarde betekenen voor cliënten die last hebben van matige tot ernstige psychische klachten. Deze medicatie wordt echter soms te snel voorgeschreven of te lang gebruikt. Het is nochtans belangrijk de reden waarvoor de medicatie wordt opgestart goed te evalueren. Daarnaast moet ook het onderliggend probleemgedrag worden aangepakt. Een duidelijk beleid helpt om problemen te voorkomen en geeft een houvast om passend te reageren bij probleemgedrag. Gezien de nuanceverschillen met middelengebruik, risicovol gokken en gamen spreken we van een psychofarmacabeleid. Een psychofarmacabeleid kan een onderdeel zijn van het alcohol- en drugbeleid.

Aan de slag

Dit draaiboek richt zich tot alle diensten die personen met een (licht) verstandelijke beperking ondersteunen. Dit kunnen diensten zijn met een individueel begeleidingsaanbod (mobiel en ambulant), dagondersteuning of woonondersteuning, de diensten ondersteuningsplan (DOP) of grote diensten die verschillende begeleidingsvormen aanbieden.

We bieden je concrete handvatten om een aanpak uit te werken op maat van jullie dienst, cliënten én begeleiders. Met deze aanpak werk je proactief en anticipeer je op mogelijke probleemsituaties. Zo voorkom je problemen als gevolg van middelengebruik, risicovol gamen of gokken én reageer je correct wanneer ze zich toch voordoen. Het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid is een stapsgewijs proces, waarbij jullie werkgroep het tempo en de richting bepaalt. De methodieken, tips en achtergrondinformatie helpen jullie een geïnformeerde beslissing te maken over waar jullie naartoe willen en welke stappen jullie in het alcohol- en drugbeleid wensen te verwerken. Hoe meer stappen je doorloopt, hoe meer handvaten je krijgt om met middelengebruik, risicovol gamen en gokken om te gaan en hoe meer houvast je beleid zal geven.

> *“Sinds we een alcohol- en drugbeleid hebben uitgewerkt voor onze dienst gaan we makkelijker bij elkaar te rade. Ik ben veel consequenter in mijn handelen tegenover cliënten en ik voel mij meer gesteund door de dienst. De bespreking van moeilijke casussen op de teamvergadering verloopt vlotter en collega’s hebben meer begrip voor cliënten met middelenproblemen. Ik durf de alcohol- en drugproblematiek beter aan te kaarten. Door het alcohol- en drugbeleid is er meer aandacht voor preventie en hebben we een gedeelde visie over problematisch middelengebruik.”*

Alleen op weg, of met een gids?

Je kan met dit draaiboek zelfstandig aan de slag gaan, of je kan je laten coachen door een preventiewerker tabak, alcohol en andere drugs (TAD), verbonden aan een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in je regio. In sommige regio's zijn ook lokale preventiewerkers actief met een gelijkaardig aanbod.

Een preventiewerker is een neutrale procesbegeleider, levert expertise over het thema en helpt een dienst bij de ontwikkeling van een beleid. Verwacht geen pasklare antwoorden, maar wel ondersteuning bij het uitstippelen van een route op maat van jullie dienst. Preventiewerkers kunnen ook een inleidende vorming geven, zodat jullie zo goed mogelijk voorbereid aan jullie traject beginnen.

> *"Het is een meerwaarde voor ons dat we kunnen rekenen op een externe coach. De coach staat hier objectiever in en kan ons meer uitdagen. Ze kan meer benoemen wat ze ziet en opmerkt."*

De contactgegevens van alle preventiewerkers vind je terug op www.vad.be/doorverwijsgids.
Je staat er dus niet alleen voor!

Advies en hulp

In **hoofdstuk 4** vind je een overzicht terug van alle mogelijke hulpbronnen die jullie kunnen inschakelen bij het uitwerken van jullie beleid. Gaande van advies, coaching en vorming door preventiewerkers, tot een overzicht van bruikbare materialen en methodieken (brochures, gespreksmethodieken, productinformatie, interessante websites, online cursussen en een live vormingsaanbod).

INHOUD

1. Wat is een alcohol- en drugbeleid? 8

2. Hoe werk je aan een alcohol- en drugbeleid? 15

2.1 Beginsituatie in kaart brengen 18

2.2 Een gemeenschappelijke visie 24

2.3 Afspraken en regels 28

2.4 Zorg en begeleiding 37

2.5 Educatie 45

2.6 Omgevingsinterventies 50

3. Het invoeren en evalueren van het alcohol- en drugbeleid 53

4. Advies en hulp 56

+

Fiche 1

Middelengebruik, gamen, gokken en beperking voor begeleiders



+

Fiche 2

Middelengebruik, gamen, gokken en beperking voor hulpverleners in de verslavingszorg en ggz



1.

Wat is een alcohol- en drugbeleid?

1. Wat is een alcohol- en drugbeleid?

Je wil problemen met middelengebruik, risicovol gamen of gamen het liefst voorkomen. Doen ze zich toch voor dan wil je cliënten erin begeleiden en de problemen zoveel mogelijk beperken. Daarin ben je het meest effectief als er een coherente, gemeenschappelijke aanpak is. Een standaardformule die overal werkt, bestaat niet. Iedere dienst vult dit in op maat van de eigen context, eigen rol, de samenstelling van het team en de eigenheid van de cliënten waarmee men werkt. Deze aanpak op maat werk je uit in je 'alcohol- en drugbeleid'.

Je beslist niet van vandaag op morgen om een alcohol- en drugbeleid uit te werken. Het is een geleidelijk proces. De nood aan een beleid ontstaat vanuit de praktijk. Soms is er een crisissituatie die het proces versnelt. Er kunnen heel wat aanleidingen zijn:

> *"We roken altijd een cannabisgeur in de kamer van een bewoner. Bovendien stelden we **in meerdere woningen middelengebruik** vast. We hadden hierrond eigenlijk geen afspraken: Hoe kunnen we hier op reageren? Wat zegt de wetgeving? Ondervinden andere bewoners hier last van? Er kwamen heel wat vragen van collega's waarover onze organisatie nog niet had nagedacht."*

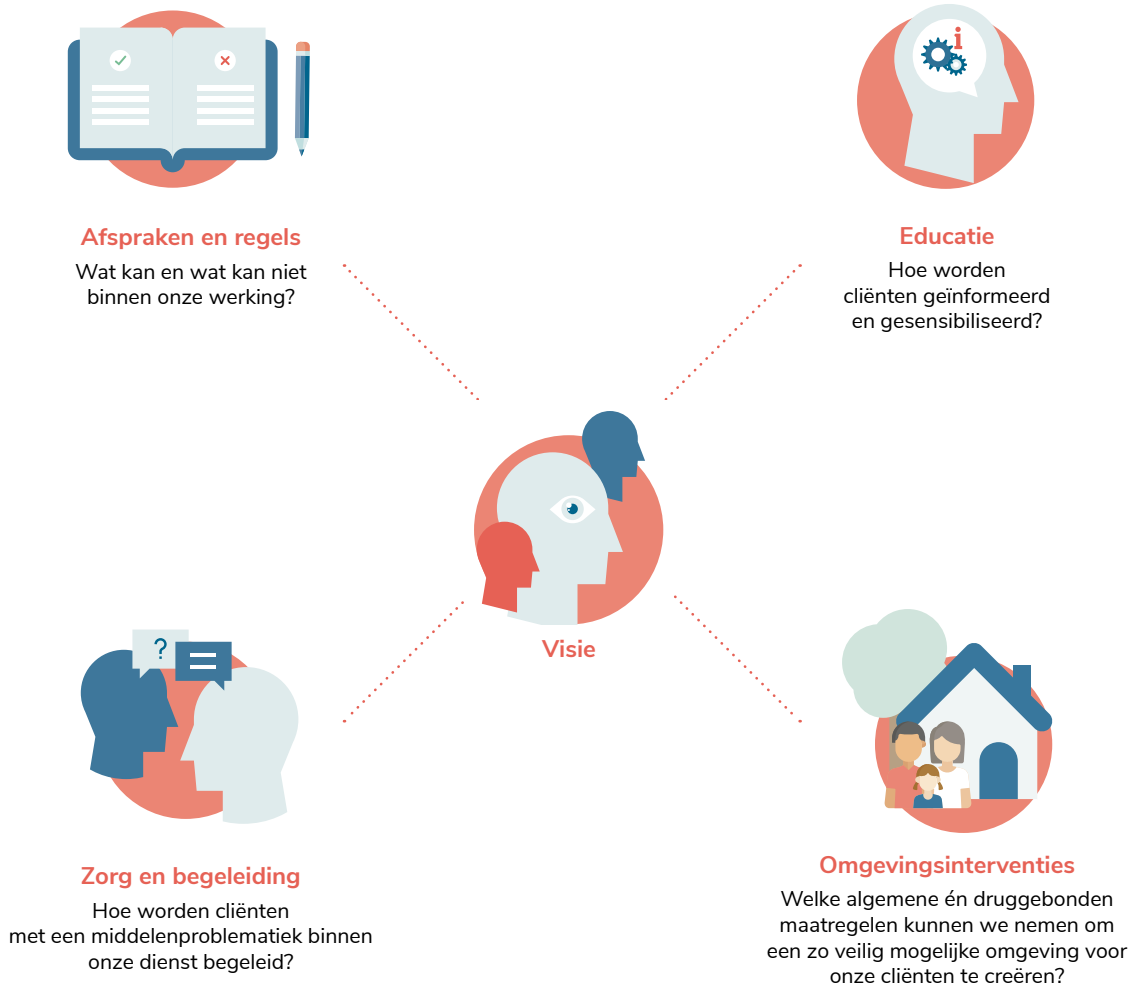
> *"We zijn sinds kort met een **nieuw woonproject** gestart. Daar zijn we niet enkel als begeleider, maar zijn we ook verantwoordelijk voor het wonen. We kregen te maken met nieuwe probleemsituaties. Zo had een van de bewoners een psychose na druggebruik. Hierdoor was hij een gevaar voor de begeleiding, maar ook voor zijn buren. Dat incident was voor ons een aanleiding om ons alcohol- en drugbeleid te updaten."*

> *"We zagen de **instroom** van bewoners met een drugproblematiek al jaren toenemen en er was een grote verdeeldheid in het team over hoe we hiermee moesten omgaan. Sommige begeleiders wilden hier heel controlerend mee omgaan, anderen dan weer heel vrij. Dit leidde tot eindeloze discussies binnen het team. In theorie was onze beleidsvisie nultolerantie, maar in de praktijk bleek een te controlerende aanpak niet houdbaar te zijn bij de doelgroep jongvolwassen. We hadden dus **nood aan een geüpdatete visie** en een gemeenschappelijke aanpak."*

> *"Onze cliënten zijn veel heterogener dan vroeger. Zo zijn er veel meer verschillen in leeftijd en beperking. Het is een mix van mensen met downsyndroom en jongeren met een licht verstandelijke beperking en een psychische kwetsbaarheid. Dat maakt het allemaal veel complexer. Het **gebruik**, en dan vooral de gevolgen ervan, heeft een grote impact op andere bewoners. Denk bijvoorbeeld aan agressie, onvoorspelbaar gedrag, een onveiligheidsgevoel, onbekenden die over de vloer komen, een bewoner die dronken op de deurbel blijft duwen omdat hij zijn sleutel kwijt is,... Voor de begeleiding is het een **moeilijk evenwicht** om onze bewoners enerzijds voldoende rust te bieden, ze hun eigen plek of thuis te geven en te zorgen dat ze zich veilig voelen, maar anderzijds cliënten met een middelenproblematiek ook voldoende kansen te bieden en te ondersteunen."*

> *Onze voorziening is heel groot en bestaat uit verschillende afdelingen die telkens ook met andere doelgroepen werken. Omdat er* ***geen gedeelde visie*** *was waarop onze medewerkers konden steunen, zag je hele* ***grote verschillen in aanpak tussen de verschillende afdelingen****. In de ene afdeling werd er veel getolereerd. In de andere afdeling werd er plots massaal ingezet op drug-testen omdat de begeleiders merkten dat steeds meer bewoners cannabis begonnen te gebruiken. Er ging dus cannabis rond in de woongroep en de begeleiders wisten niet goed hoe ze dat anders moesten aanpakken. Met een beleid kunnen we onze begeleiders handvaten aanreiken om hiermee om te gaan en de aanpak tussen afdelingen onderling meer op elkaar afstemmen.*

Een alcohol- en drugbeleid is een **samenhangend geheel van afspraken over hoe een dienst omgaat met middelengebruik, risicovol gamen of gokken**.



Het vertrekt vanuit een **gemeenschappelijke visie** op alcohol, illegale drugs, niet-medisch gebruik van psychofarmaca en risicovol gamen en gokken. Die visie sluit aan bij de algemene visie en opdracht van de dienst. Vier pijlers die elkaar aanvullen, vormen de basis van dit alcohol- en drugbeleid: afspraken en regels, zorg en begeleiding, educatie en omgevingsinterventies.

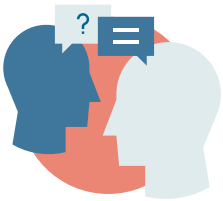
Alle pijlers zijn belangrijk en vullen elkaar aan. Als je deze pijlers evenwichtig uitwerkt, ontstaat er een beleid waarbij verschillende maatregelen en acties op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken.



Afspraken en regels

In deze pijler verduidelijkt de dienst wat wel en niet kan omtrent middelengebruik, gamen en gokken, en welke consequenties er zijn als de regels overtreden worden. De wetgeving vormt hier het kader. Hiermee anticipeer je als dienst op mogelijke incidenten. Tegelijkertijd werkt dit preventief, door duidelijk te stellen wat de normen zijn op vlak van middelengebruik.

> *Een van onze cliënten gaat elk weekend naar zijn ouders die ook een middelenprobleem hebben. Daar gebruiken ze samen speed. Het gebeurt weleens dat hij nog onder invloed is als hij op maandag terugkomt naar de woongroep. De afspraak is nochtans dat hij niet onder invloed in de woongroep mag komen, ter bescherming van andere cliënten. We vragen hem dan om naar zijn eigen kamer te gaan tot zijn roes is uitgewerkt. Daarna volgt een gesprek. Houdt hij zich in de toekomst herhaaldelijk niet aan de afspraak, dan zullen we overleggen met de coördinator of de directie welke stappen er nodig zijn.*



Zorg en begeleiding

In deze pijler leg je als dienst vast welke rol je opneemt in de begeleiding van cliënten met (vermoedelijke) middelenproblemen, risicovol gamen of gokken. De dienst zoekt antwoorden op vragen zoals: Hoe merken we signalen van (vermoedelijk) problematisch middelengebruik, risicovol gamen en gokken op? Is middelengebruik, risicovol gamen of gokken bespreekbaar maken het maximum haalbare? Of krijgen begeleiders de tijd en ruimte om in hun gesprekken de motivatie van cliënten te versterken om iets aan hun middelengebruik, risicovol gamen of gokken te veranderen? Wanneer of voor welke aspecten verwijzen we naar externe diensten? Hoe werken we met hen samen?

> *Ik begeleid een cliënt die zelfstandig woont en een alcoholprobleem heeft. Hij veroorzaakt door zijn alcoholprobleem veel overlast in de buurt. De gesprekken die ik met hem had, brachten geen verbetering. De situatie verslechterde zelfs. In samenspraak met de cliënt hebben we beslist om contact op te nemen met de alcohol- en drughulpverlening voor een meer specifieke hulpverlening. Hierdoor heb ik opnieuw ruimte om te focussen op de reguliere ondersteuning en kunnen we het ook over andere dingen hebben.*



Educatie (informatie en sensibilisering)

In deze pijler leg je als dienst vast wat je doet op preventief vlak. Hoe informeren we onze cliënten over middelengebruik, risicovol gamen of gokken? Hoe maken we hen bewust van de risico's? Op welke manier kunnen we hen vaardigheden bijbrengen in het omgaan met middelengebruik, gamen en gokken?

> *Aan de hand van een ludiek spel met een quiz en stellingen voerden we een discussie over alcohol en andere middelen met een groepje cliënten. Anders dan in een individueel gesprek, voelden de cliënten zich niet persoonlijk aangesproken (wat ze bedreigend vinden). Ze vonden het leuk om over deze onderwerpen te praten en na te denken en stelden veel vragen. In een individueel gesprek achteraf checkten we welke vragen de cliënten mogelijk niet durfden te stellen.*



Omgevingsinterventies

Omgevingsinterventies ondersteunen de doelstellingen van het alcohol- en drugbeleid. Ze zijn meestal niet middelenspecifiek, maar dragen wel steeds bij tot een omgeving die gezonde keuzes stimuleert en het welbevinden van cliënten verhoogt. Denk bijvoorbeeld aan een positief leefklimaat, open communicatie … Ook ingrepen in de infrastructuur horen hierbij, zoals een gezellige vrijetijdsruimte, oog voor privacy …

> *“Bij veel van onze cliënten is eenzaamheid een belangrijk aandachtspunt. We weten ook dat middelengebruik weleens een manier is voor hen om met die eenzaamheid om te gaan of om erbij te horen. We hebben dan ook in alle begeleidingen systematisch aandacht voor tijdsbesteding en sociale contacten en hopen zo toch al een mogelijke aanleiding voor middelengebruik weg te nemen.”*

Bekijk het filmpje

‘De vier pijlers van een alcohol- en drugbeleid’ voor meer uitleg over de vier pijlers van een beleid en hoe deze elkaar versterken.



Een alcohol- en drugbeleid voor de medewerkers

Dit draaiboek is een leidraad voor het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid in de zorg voor mensen met een licht verstandelijk beperking. Middelenproblemen kunnen echter ook bij begeleiders voorkomen. Zowel chronische problemen als acute risicosituaties kunnen zorgen voor functioneringsproblemen. Een alcohol- en drugbeleid voor het personeel zorgt ervoor dat de dienst hierop voorbereid is en weet hoe ermee om te gaan. Het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid voor het personeel is echter een apart proces. Meer info hierover vind je op www.qado.be, de website van VAD over een preventief alcohol- en drugbeleid op het werk



Succesfactoren voor het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid

Werk samen en ga ervoor!

Een alcohol- en drugbeleid uitwerken doe je niet alleen. Er wordt best een werkgroep samengesteld. Breng hiervoor verschillende mensen samen uit verschillende teams/begeleidingsvormen/doelgroepen en iemand met een coördinerende of beleidsfunctie. Bij voorkeur is de psychiater, indien die er is binnen de dienst, betrokken. Overweeg een vertegenwoordiging of inspraakprocedure voor cliënten of externe partners. Een diverse samenstelling vergroot de betrokkenheid en maakt het proces en de implementatie meer gedragen.

Bekijk voor je van start gaat hoe de directie betrokken wordt. Neemt er iemand vanuit het directieteam of een beleidsfunctie deel aan de werkgroep? Of koppelen jullie na elke werkgroep terug naar de directie? Zo zorg je ervoor dat het mandaat van de werkgroep duidelijk is. Het is niet altijd nodig om nieuwe overlegstructuren te creëren. Door gebruik te maken van bestaande overlegmomenten kan de tijdsinvestering beperkt worden.

Stel een verantwoordelijke aan en maak een planning.

Om het proces in goede banen te leiden is er een trekker of verantwoordelijke nodig. De verantwoordelijke van de werkgroep is het aanspreekpunt, de sturende kracht achter het proces en zorgt voor een vlotte doorstroming van informatie naar de medewerkers van de dienst. De verantwoordelijke maakt een planning en agendeert de ontwikkeling van het alcohol- en drugbeleid op afgesproken momenten.

Hou de planning realistisch en haalbaar. Kom bijvoorbeeld gedurende een half jaar maandelijks samen. Vermijd dat de uitwerking van het alcohol- en drugbeleid over een lange periode gespreid wordt. Een zichtbaar (tussentijds) resultaat houdt de motivatie op peil. Heldere verslaggeving en syntheses van de debatten doen de rest.

Werk je in een grote dienst die verschillende ondersteuningsvormen (dagbesteding, thuisbegeleiding, wonen, ...) aanbiedt? Of werken jullie met verschillende doelgroepen? Bekijk dan in welke mate het haalbaar is om één globaal beleid uit te werken. Het kan nuttig zijn om eerst de oefening te maken voor een specifieke werking (bv. thuisbegeleiding) of doelgroep. In discussies over welke grenzen er nodig zijn (pijler afspraken & regels) en hoe je de begeleiding van cliënten gaat aanpakken (pijler zorg & begeleiding) kunnen er namelijk grote inhoudelijke verschillen zijn tussen werkvormen en doelgroepen. Deze op elkaar afstemmen en uitklaren, vraagt in de praktijk vaak om een langduriger proces en een grotere tijdsinvestering.

Betrek cliënten

Door cliënten te betrekken, kan je zo goed mogelijk aansluiten bij hun noden en verwachtingen. Dit kan op verschillende manieren. Sluit aan bij de mogelijkheden en gewoontes in jouw werking en maak goede afspraken over wat de inbreng van cliënten kan zijn. Neem hun visie, verwachtingen en ervaringen die je tijdens gesprekken opvangt, mee in het proces en communiceer tussendoor over de ontwikkeling van het alcohol- en drugbeleid. Bekijk wat haalbaar is voor jullie doelgroep.

Informeren van collega's

Je vergroot de interesse en motivatie bij collega's door van bij het begin te communiceren over het proces. Lanceer een oproep rond cases die zich voorgedaan hebben rond middelengebruik, risicovol gamen en gokken of situaties waar collega's in vastliepen. Zo gaat iedereen het belang inzien van een alcohol- en drugbeleid. Het vergroot het draagvlak en maakt de opdracht voor de werkgroep concreter. Communiceer tussentijds en gericht. Door tijd en ruimte te voorzien voor het invoeren van het beleid motiveer je niet enkel het team of de werkgroep om verdere (of extra) stappen te zetten. Het draagt ook bij tot het behouden en versterken van een draagvlak voor het beleid bij alle collega's. Communiceer ook regelmatig over het uitwerken van het alcohol- en drugbeleid naar medewerkers die niet direct betrokken zijn bij de uitwerking ervan (denk aan het ruimere team, administratief personeel, ...).

Tussentijdse evaluatie

Voorzie regelmatig tijd om het proces dat jullie hebben doorlopen te evalueren. Evaluatie loopt als rode draad doorheen het proces. Je gaat bij elke stap in het proces na wat er goed en wat er fout ging tijdens de stap. De checklist op het einde van elke pijler kan jullie hierbij ondersteunen.

Wat verliep vlot? Wat ging moeilijker? Heb je voldoende expertise in huis of kan je (tijdelijk) ondersteuning van een procesbegeleider gebruiken?

Communiceer steeds de belangrijkste resultaten en beslissingen. Bepaal welke informatie voor wie relevant is. Sommige informatie is bijvoorbeeld erg interessant voor de werkgroep, terwijl andere informatie meer relevant is voor het volledige team.

Werk op maat

De specifieke kenmerken van de dienst, de samenstelling van het team, de eigenheid van de doelgroep en de externe partners zijn bepalend voor de invulling van het alcohol- en drugbeleid. Daarom is een beleid altijd maatwerk en kan je beter niet zomaar het beleid van een andere dienst overnemen. Bovendien heeft ook het proces van werken aan een alcohol- en drugbeleid een meerwaarde. Daar samen aan werken stimuleert de visieontwikkeling in het team en bevordert de alertheid voor het thema. Het vergroot ook de betrokkenheid bij het beleid en maakt dat het meer gedragen is.

Goed geïnformeerd begonnen, is half gewonnen

Voor je van start gaat met de ontwikkeling van een alcohol- en drugbeleid, is het zinvol om je te informeren over de alcohol- en drugthematiek. Correcte info kan de visie voeden en kan het vertrouwen in de eigen mogelijkheden versterken. In deze leidraad vind je in hoofdstuk vier 'Advies en hulp' een bundeling van verschillende informatiebronnen (brochures, productinformatie, online cursussen, ...).



Stel deze informatie beschikbaar voor het hele team. Je kan hiervoor de ondersteunende **fiches** 'Middelengebruik, gamen, gokken en beperking voor begeleiders' en 'Middelengebruik, gamen, gokken en beperking voor hulpverleners in de verslavingszorg en ggz' gebruiken.

2.

Hoe werk je aan een alcohol- en drugbeleid?

2. Hoe werk je aan een alcohol- en drugbeleid?

Het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid is een stapsgewijs proces. Elke stap in het uitwerken van een beleid heeft een eigen icoontje. De stappen zijn niet genummerd omdat er geen ideaal traject is. Als dienst bepaal je zelf in welke volgorde je te werk gaat en welke stappen je in je traject verwerkt. Dit zijn de mogelijke stappen die je kan zetten:

- Beginsituatie in kaart brengen
- Tot een gemeenschappelijke visie komen
- Pijler 'afspraken en regels' vormgeven
- Pijler 'zorg en begeleiding' vormgeven
- Pijler 'educatie' vormgeven
- Pijler 'omgevingsinterventies' vormgeven
- Het alcohol- en drugbeleid invoeren en evalueren

Waar start je?

Het in kaart brengen van jullie beginsituatie kan een eerste stap zijn, net als het formuleren van een gemeenschappelijke visie. Nagaan wat er binnen jullie dienst al bestaat, waar er nood aan is en wat de prioriteiten zijn, zal helpen om jullie route vorm te geven. Het bepaalt ook hoeveel tijd jullie hiervoor nodig hebben en kunnen vrijmaken. Een gemeenschappelijke visie helpt om de neuzen in dezelfde richting te krijgen. Van daaruit kan je de pijlers dan verder uitwerken.

Je kan als dienst ook een ander startpunt kiezen. Zo kan je bijvoorbeeld starten met de pijler 'regels en afspraken'. Sommige teams vinden het heel abstract om na te denken over een visie. De visie kan je dan afleiden van de manier waarop je invulling geeft aan de verschillende pijlers. Na het uitwerken van een pijler kan je alsnog beslissen om de huidige situatie in kaart te brengen of rond een gemeenschappelijke visie te werken.

Hoe werk je elke stap uit?

Bij elke stap volgt een korte toelichting en krijg je telkens een of twee methodieken aangereikt om deze stap uit te werken. Naast heel wat praktische tips, achtergrondinfo en verwijzingen naar meer info, vind je er ook heel wat praktijkvoorbeelden van collega's terug.

Vind je het moeilijk om op basis van deze methodieken zelf een alcohol- en drugbeleid uit te werken? Passen ze niet bij jullie team? Of ervaren jullie moeilijkheden om uit de discussie een eenduidige aanpak te distilleren? Schakel dan een procesbegeleider in voor begeleiding op maat (zie 4. Advies en hulp, p.56).
Op het einde van elke pijler vind je een korte checklist die je helpt na te gaan of voor deze stap alle rand-voorwaarden vervuld zijn om het drugbeleid te kunnen invoeren en toepassen.

INHOUD

2.1 Beginsituatie in kaart brengen — p. 18

2.2 Een gemeenschappelijke visie — p. 24

2.3 Afspraken en regels — p. 28

2.4 Zorg en begeleiding — p. 37

2.5 Educatie — p. 45

2.6 Omgevingsinterventies — p. 50

2.1 Beginsituatie in kaart brengen

Geen enkele dienst start met een blanco blad. Daarom is het belangrijk om in kaart te brengen wat jullie al doen, wat sterke punten zijn, waar noden liggen, om onderling af te stemmen en de hiaten in te vullen. Vaak is er immers al nagedacht over deze problematiek. De informatie die je hier verzamelt, is in een latere fase belangrijk om na te gaan of het nieuw ontwikkelde beleid tegemoetkomt aan de geformuleerde knelpunten.

Aan de slag

De volgende twee methodieken kunnen je hierbij ondersteunen:

Optie 1 'de korte weg'

Hiermee werk je elke pijler beknopt uit. Deze methodiek is geschikt voor kleinere teams, een specifieke deelwerking (bv. ambulante diensten) of wanneer je minder tijd hebt, om het thema bespreekbaar te maken op een teamvergadering. Je brengt onderlinge visieverschillen in kaart en het kan een opstap zijn om draagvlak te creëren om op een later moment een uitgebreid traject aan te gaan, ...

Optie 2 'schema'

Hiermee krijg je een diepgaander zicht op jullie beginsituatie, wat er al bestaat, wat goed loopt en wat mogelijke knelpunten zijn. Deze methodiek kan je gebruiken als er voldoende tijd en motivatie is om een uitgebreid traject aan te gaan, als er al enkele afspraken op papier staan, bij een update van een bestaand beleid, wanneer er voor verschillende afdelingen of diensten een overkoepelend beleid wordt uitgewerkt, ...

Kies de methodiek die het beste bij jullie team of dienst en bij jullie noden past. Ben je een kleiner team en willen jullie heel grondig te werk gaan? Dan kunnen jullie uiteraard ook het schema (optie 2) gebruiken. De methodieken dienen ter inspiratie, pas ze gerust aan jullie noden aan.

Je kan beide methodieken ook met elkaar combineren. In een grote dienst kan je bijvoorbeeld alle diensten/teams 'de korte weg' (optie 1) laten doorlopen. Alle info die je hiermee verzamelt, bundel je en kan de werkgroep gebruiken bij het invullen van het schema (optie 2). Op deze manier leeft het thema al bij de teams, creëer je draagvlak en wordt het als werkgroep gemakkelijker om tussentijds feedback te vragen en het beleid uit te rollen.

OPTIE 1 - DE KORTE WEG

De korte weg is een multi-inzetbare methodiek die je kan inzetten op verschillende momenten in het proces. Zo kan je:

- Het thema bespreekbaar maken op een werk-/teamvergadering.
- Onderlinge visieverschillen in kaart brengen.
- Een draagvlak voor een beleid creëren. Het kan een opstap zijn om op een later moment een uitgebreid traject aan te gaan.
- De verschillende pijlers verkennen. Deze methodiek kan helpen om te bepalen op welke pijlers jullie extra willen inzetten: je krijgt zicht op jullie noden en prioriteiten.

Met de korte weg ga je elke pijler beknopt uitwerken. Deze methodiek is heel bruikbaar in kleine teams of als een team weinig tijd heeft om na te denken over elke pijler.

Aan de slag!

Per pijler laten we een begeleider uit een andere dienst aan het woord (rode tekst). Zo kom je te weten hoe begeleiders deze pijler in hun dienst invullen. Maar hun aanpak is misschien niet degene waarvoor jouw dienst zou kiezen. Per uitspraak vind je enkele richtvragen die je kan gebruiken om de discussie uit te diepen. Zijn deze uitspraken niet herkenbaar voor jullie dienst? Vervang ze dan door eigen uitspraken of cases.

Een voorwaarde om met deze methodiek aan de slag te gaan, is dat elke aanwezige zicht heeft op wat een alcohol- en drugbeleid inhoudt (zie p. 9).

Afspraken en regels

> *In onze werking is er de afspraak dat we geen gesprekken voeren met cliënten onder invloed. Als een cliënt onder invloed is tijdens een begeleiding, wordt hij vriendelijk maar kordaat gewezen op de afspraken. De begeleider spreekt af dat ze op een ander moment opnieuw proberen. Alle cliënten zijn van deze afspraak op de hoogte. De ervaring leert dat het uiterst belangrijk is dat alle begeleiders zich aan deze afspraak houden.*

- Wat vinden wij van deze regel? Zou deze binnen onze dienst passen of niet?
- Wat zou voor ons een goede regel zijn?
- Welke regels zijn er in onze dienst regels met betrekking tot alcohol en andere drugs?
- Zijn deze afdoende? Moeten we iets aanpassen?

Zorg en begeleiding

> *Als in de loop van de begeleiding blijkt dat een cliënt ook alcohol- of andere drugproblemen heeft, zien wij het als onze taak om ook daaraan te werken. Wat we dan precies doen, is op maat van de cliënt. Bij sommige cliënten zijn problemen met middelengebruik, gokken of gamen niet bespreekbaar. Dan werken we op andere levensdomeinen (bv. administratie, dagbesteding, financiën, relaties, ...) waar de cliënt ondersteuning bij kan gebruiken. Bij anderen is middelengebruik, gamen of gokken wel bespreekbaar. Dan nemen we het zelf op binnen de begeleiding of verwijzen we door bij ernstige problemen. In dat geval maken we concrete afspraken met de externe dienst.*

- Wat vinden wij van deze aanpak?
- Hoe zien wij onze taak op het vlak van begeleiden van cliënten met een alcohol- of andere drugproblematiek? Delen we deze visie?
- Is dit in de praktijk haalbaar?
- Wanneer maken we middelengebruik bespreekbaar in de begeleiding? Hoe ver gaat onze rol? Wanneer verwijzen we door?

Educatie (informatie en sensibilisering)

> *Voor onze cliënten is veel informatie moeilijk toegankelijk. Binnen onze dienst vinden we het dan ook onze opdracht om hen toch van de nodige info te voorzien. In de begeleidingen maken we weleens gebruik van methodieken uit mijn cliënt en middelengebruik of van folders met productinformatie. Zo weten de cliënten dat ze hun middelengebruik ook met ons kunnen bespreken. Om onze begeleiders hier zelfzeker in te maken voorzien we jaarlijks een vorming rond middelengebruik.*

- Hoe kijken we hiernaar?
- Zien wij voor onszelf een rol weggelegd op vlak van informatie en vorming?
- Hoe kunnen we dit aanpakken?

Omgevingsinterventies

> *We merken dat het sociaal netwerk van onze cliënten vaak erg klein is. Om eenzaamheid tegen te gaan en om onze cliënten te stimuleren om contacten te leggen met anderen, zijn we gestart met een laagdrempelig groepsaanbod. Cliënten kunnen hier vrijblijvend op intekenen. Deelnemers hebben inspraak in de thema's die aan bod komen. Denk bijvoorbeeld aan samen gezonde hapjes maken, tips voor hoe je om kan gaan met stress, ...*

> *In onze voorziening zetten we erg in op talentgericht werken en vinden we het belangrijk om bewoners in hun krachten te zetten. We zoeken met bewoners en hun context naar welke activiteiten het best aansluiten bij hun interesses, zodat hun daginvulling volzit met activiteiten die hen energie en succeservaringen geven.*

- Zijn er omgevingsinterventies in onze werking die kunnen bijdragen tot een betere omgang met de alcohol- en drugthematiek?
- Wat kunnen we binnen onze werking aanpassen om zo goed mogelijk in te spelen op de basisbehoeften van onze cliënten (autonomie, verbondenheid en competentie)?
- Welke drugspecifieke maatregelen kunnen we op onze dienst nemen om gebruik te ontmoedigen en de risico's daarvan te beperken?

Nabespreking

Hoe verliep de bespreking van de verschillende casussen en de conclusies die eruit werden getrokken voor jullie eigen dienst.

Als de bespreking moeilijk verliep, zijn volgende vragen interessant om dit te analyseren:

- Werd de bespreking bemoeilijkt door een gebrek aan informatie over de alcohol- en drugproblematiek? Hoe vaak komen jullie met deze problematiek in contact? Wat zijn de knelpunten? Ga naar p. 57.
- Werd de bespreking bemoeilijkt door het ontbreken van een gemeenschappelijke visie? Ga naar p. 26.
- Zijn er andere randvoorwaarden die we moeten vervullen om de discussie te vergemakkelijken en/of de conclusies te kunnen waarmaken?
- Is er nood aan bijkomende informatie, vorming, ondersteuning, ...?



OPTIE 2 - SCHEMA

Om de huidige situatie in kaart te brengen, kan je gebruik maken van onderstaand schema. Dit geeft visueel weer wat er nodig is en wat de prioriteiten zijn. Je kan op verschillende manieren te werk gaan:

- **Je kan je baseren op de feiten (je kan je hiervoor baseren op cliëntendossiers)**:
  - Hoe vaak komt middelengebruik, gamen of gokken voor bij onze cliënten?
  - Welke problemen zijn er gelinkt aan dit gebruik, gamen of gokken?
  - Over welke middelen gaat het?
  - Welke initiatieven nemen jullie al rond middelengebruik, risicovol gamen of gokken?

- **Je kan peilen naar de beleving van begeleiders en cliënten. Hiervoor kan je begeleiders en cliënten bevragen. Denk bijvoorbeeld aan een schriftelijke (of online) bevraging, ga in gesprek met de cliënten of plan het in op een teamvergadering**:
  - Hoe voelen cliënten zich bij het gebruik van andere cliënten of (mede)bewoners?
  - Hoe gaan de begeleiders hiermee om? Wat zijn hun noden?

Om het gesprek aan te gaan met cliënten vind je inspiratie in de leidraad 'mijn cliënt en middelengebruik, gamen en gokken'. Daarin staan heel wat tips (p. 11) en gespreksmethodieken (p. 27). Ga voor elk onderdeel van het beleid na wat positieve punten en knelpunten zijn van de huidige aanpak.

Om zicht te krijgen op wat er in jullie dienst al aanwezig is, kan je de volgende richtvragen stellen:

- Welke visie op middelengebruik, risicovol gamen en gokken hebben onze begeleiders?
- Welke afspraken en regels zijn er al?
- Welke mogelijkheden zijn er op vlak van begeleiding, samenwerking met andere diensten en doorverwijzing?
- Wat gebeurt er op vlak van informatie en sensibilisering?
- Welke omgevingsgerichte interventies zijn er al?
- Hebben de begeleiders behoefte aan informatie, vorming, ondersteuning, ...?

Neem er eventueel enkele concrete situaties of casussen bij om de bespreking meer inhoud te geven. Zorg ervoor dat je het niet enkel hebt over casussen die moeilijk gingen, maar ook situaties bespreekt die positief verlopen zijn. Zo heb je een goed beeld op zowel de huidige succesfactoren als op de groeipunten.



	Wat doen we al? Wat loopt er goed? Wat loopt minder goed?	Hoe tevreden zijn we hierover?	Wat is er nog nodig? Wat zijn onze doelstellingen?	Hoe prioritair is dit?	Hoe gaan we ermee aan de slag?
Visie				**1 – 2 – 3 –4 – 5**	
Afspraken en regels				**1 – 2 – 3 –4 – 5**	
Zorg en begeleiding				**1 – 2 – 3 –4 – 5**	
Educatie				**1 – 2 – 3 –4 – 5**	
Omgevings-gerichte interventies				**1 – 2 – 3 –4 – 5**	



2.2 Een gemeenschappelijke visie

Het is een uitdaging om dit bredere waarden- en normenkader te vertalen naar het thema middelengebruik: hoe staan we als dienst tegenover alcohol, illegale drugs, niet-medisch gebruik van psychofarmaca, risicovol gamen en gokken? Een gemeenschappelijke visie vormt de basis van een alcohol- en drugbeleid en is een hulpmiddel om de pijlers ervan uit te werken. Het uitgangspunt is de missie en de algemene visie van de dienst. Onderstaande visietekst komt uit het beleid van een ondersteuningscentrum voor kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking en/of bijkomende ondersteuningsnoden.

> *"Iedereen kan in aanraking komen met alcohol, drugs of andere middelen in onze samenleving. Ook onze minder- en meerderjarigen met een verstandelijke beperking of vergelijkbare ondersteuningsnoden experimenteren met middelen of komen ermee in contact door middelengebruik in het netwerk. Het gebruik van middelen kan probleemloos verlopen. Echter moeten we ons ervan bewust zijn dat onze doelgroep vaak kwetsbaarder is en de gevolgen van gebruik vaak ernstiger zijn. Mensen met een verstandelijke beperking of vergelijkbare ondersteuningsnoden kunnen minder sociaal weerbaar zijn, hebben beperktere sociale vaardigheden en worstelen vaker met bijkomende problematieken (bv. psychiatrische problematiek, armoede, ontwikkelingsstoornissen). Daarnaast zijn de kennis en het inzicht in de gevolgen van gebruik beperkter. Bovendien is de toegang tot gepaste behandeling complexer omwille van dubbele exclusiecriteria: verstandelijke beperking en middelengebruik. Veel van onze cliënten nemen medicatie. De combinatie van deze medicatie en middelen zorgt soms voor gevaarsituaties. Uit onderzoek blijkt ook dat onze populatie vaker grotere risico's neemt en makkelijker ingezet wordt in criminaliteit. Door de kwetsbaarheid van onze cliënten rond middelen is het belangrijk om als organisatie een beleid te hebben rond dit fenomeen. Eveneens is het voor begeleiders belangrijk om kennis te krijgen rond middelengebruik om dit met cliënten bespreekbaar te maken. Een beleid heeft ook als doel overlast te voorkomen en andere cliënten te beschermen. We focussen ons op gebruik van middelen en denken na om in de toekomst dit beleid breder te trekken en ook te gebruiken voor andere verslavingen zoals gamen."*

Een goede visietekst is **kort en kernachtig** en omvat volgende elementen:

- Over welke middelen gaat het alcohol- en drugbeleid?
- Hoe kijken we naar middelengebruik en naar cliënten die middelen gebruiken?
- Wat is onze rol op vlak van middelenproblemen?
- Wat willen we bereiken met het alcohol- en drugbeleid?

Zorg voor voldoende kennis in de werkgroep en bij uitbreiding in het hele team

Kennis over middelenproblematiek is cruciaal in de visieontwikkeling en de verdere uitwerking van het beleid. Daarnaast is inzicht in de gevolgen van middelengebruik voor het gedrag van cliënten en de handelingsmogelijkheden van begeleiders belangrijk.

Niet iedereen is vertrouwd met alcohol, illegale drugs, psychofarmaca, gamen en gokken. Dit is ook geen voorwaarde om deel te nemen aan de werkgroep. Want kennis kan je immers ook opdoen

tijdens het proces. Voor visieontwikkeling zijn de online cursussen 'Ontstaan van middelge-relateerde en verslavingsproblemen: een dynamisch proces' en 'De invloed van Mens, Middel en Milieu op druggebruik en drugproblemen' erg interessant. Daarnaast zijn er nog heel wat andere mogelijkheden om jezelf, de werkgroep en de teams te informeren over alcohol en andere drugs (Zie daarvoor '4. Advies en hulp' op pagina 56).

Er zijn soms heel uiteenlopende visies in een team of dienst. Let er bij het samenstellen van de werkgroep op dat al deze visies vertegenwoordigd zijn. Als trekker van een werkgroep is het niet altijd evident om al deze verschillende meningen te benoemen en naast elkaar te leggen. Je hebt namelijk zelf ook een eigen visie, waardoor het moeilijk is om neutraal te blijven. In dat geval kan je overwegen om een externe procesbegeleider in te schakelen. Deze buitenstaander kijkt met een open blik naar de verschillende meningen en kan deze benoemen en bevragen op een neutrale manier. Dit kan helpen om de neuzen in dezelfde richting te krijgen en te komen tot een gemeenschappelijke visie (Zie 'Alleen op weg, of met een gids?' Op p 6).

Wees alert voor begripsverwarring. Net zoals er verschillende visies kunnen zijn op middelengebruik bij cliënten, kan er ook verwarring ontstaan over begrippen. Denk maar aan **'problematisch gebruik'** of **'verslaving'**. Daarom is het belangrijk dit te omschrijven binnen jullie context.

Algemeen spreken we van problematisch gebruik als de persoon of zijn omgeving duidelijk problemen ondervindt door het gebruik. Deze **problemen kunnen zich voordoen op meerdere levensdomeinen**, bijvoorbeeld persoonlijke ontwikkeling, gezondheid, gezin, werk, financiële situatie, justitie of het algemene functioneren in de samenleving. Dit kan verergeren over de tijd heen. Soms gaan mensen namelijk meer gebruiken, net omdat ze problemen hebben.

Occasioneel gebruik op de verkeerde plaats of het verkeerde tijdstip kan problematisch zijn. Het gebruik van alcohol of psychofarmaca (bv. slaap- en kalmeringsmiddelen, opioïde pijnstillers, …) kan je minder alert maken en je motoriek verstoren. Zo kan het zowel thuis als onderweg of op het werk voor onveilige situaties zorgen. Denk bijvoorbeeld maar aan valpartijen, verkeersongevallen of ongelukken bij het werken met machines.

Er zijn verschillende signalen dat iemand **afhankelijk** is van een bepaald middel of gedrag: geen controle meer hebben over de hoeveelheid middelen die men gebruikt, hoeveel tijd er naar gamen gaat, hoeveel geld men aan gokken besteedt, steeds meer nodig hebben voor hetzelfde effect of lichamelijke ontwenningsverschijnselen hebben, … **Afhankelijkheid of verslaving** bouwt zich langzaam op. In de meeste gevallen speelt de hoeveelheid een belangrijke rol, maar ook persoonlijke en omgevingsfactoren, zoals bijvoorbeeld het mentaal welbevinden, stress, afwezigheid van vrijetijdsvoorzieningen. Afhankelijkheid gaat samen met tolerantie. Dat wil zeggen dat je steeds meer moet gebruiken om hetzelfde effect te hebben. Vaak gaat men andere zaken verwaarlozen, als gevolg van het gebruik, gamen of gokken.

Aan de slag

Over welke middelen gaat het alcohol- en drugbeleid?

Voor welke middelen willen jullie een beleid uitwerken? Gaan jullie alleen rond alcohol werken of willen jullie ook cannabis en andere illegale middelen opnemen? En wat met psychofarmaca of gedragsverslavingen zoals gokken of gamen?

Denk niet alleen aan de middelen die prominent aanwezig zijn, het meest gebruikt worden of waar de meeste moeilijkheden mee zijn. De meerwaarde van een beleid is net dat men ook kan anticiperen op toekomstige problemen en situaties. Het is niet omdat je geen problemen opmerkt dat ze er niet zijn of het is niet omdat er nu geen cliënten zijn met gokproblemen dat die er binnen een jaar niet zullen zijn. Een alcohol- en drugbeleid kan net de alertheid voor middelenproblemen aanscherpen.

> *Onder middelen verstaan we zowel de legale (alcohol, medicatie, ...) als de illegale middelen. Het gaat dus om alcohol, medicatie, illegale drugs, gamen en gokken.*

Hoe kijken we naar middelengebruik en naar cliënten die middelen gebruiken?

Voor je deze vraag binnen het team bekijkt, kan het nuttig zijn om informatie te verzamelen over middelengebruik en het verloop van middelenproblemen. Zo is iedereen vertrouwd met de thema's en wat de mogelijke gevolgen van middelengebruik kunnen zijn (zie daarvoor 'goed geïnformeerd begonnen, is half gewonnen'). Om een vlotte communicatie te garanderen, is het ook belangrijk om bepaalde termen (bv. problematisch middelengebruik, afhankelijkheid, verslaving, ...) te verduidelijken. Zo staan alle leden van de werkgroep op dezelfde lijn.

> *Onze visie is verschoven van 'verslaving is een keuze' naar 'verslaving is een ziekte'. Dit heeft consequenties voor hoe je omgaat met cliënten met een verslavingsproblematiek.*

> *We beschouwen een verslavingsproblematiek als een van de vele psychiatrische problemen waarmee cliënten kunnen worstelen. Zoals bij andere psychiatrische stoornissen is het hierdoor heel moeilijk voor hen om hun leven als kwaliteitsvol te ervaren.*

> *In het algemeen spreken we van problematisch middelengebruik wanneer middelen een negatieve, ontwrichtende impact hebben op verschillende levensdomeinen. Niet enkel de persoon zelf ervaart negatieve effecten, maar ook de omgeving of de begeleiding.*

Wat is onze rol op vlak van middelenproblemen?

De omschrijving van de missie en de algemene visie van de dienst is het vertrekpunt bij deze vraag. Je vertaalt jullie algemene principes en opdrachten naar de specifieke thematiek van middelengebruik:

- Onze algemene missie/visie is ...
- Dit betekent voor de cliënten die middelen gebruiken dat ...

Hierna kan je de rol van de dienst op vlak van middelenproblemen specifiëren voor de verschillende pijlers van een alcohol- en drugbeleid:

- Hoe kijken we naar regels en afspraken? Wat willen we ermee bereiken?
- Hoe zien we onze rol met betrekking tot de begeleiding van cliënten met middelenproblemen?
- Hoe zien we onze rol binnen het netwerk (vb. partners, ouders, andere familieleden, vrienden, betrokken hulpverleners, ...) van cliënten met middelenproblemen?
- Hoe zien we onze preventieve rol?

> *Veel van onze cliënten gebruiken middelen als een manier om met problemen om te gaan. Dit is aangeleerd gedrag. Onze rol kan zijn om samen met hen te zoeken naar wat de functie is van het gebruik en wat mogelijke alternatieven kunnen zijn. Van zodra we twijfel of bezorgdheid merken over het gebruik, proberen we met hen in gesprek te gaan.*

> *We stimuleren openheid over gebruik, misbruik en verslaving. We doen dat door deze thema's zelf actief mee bespreekbaar te maken in plaats van ze onmiddellijk te problematiseren. Zo kunnen we voldoende individueel afstemmen en op zoek gaan naar realistische en haalbare doelen en afspraken. Cliënten worden aangemoedigd hun gebruik of de gevolgen van hun gebruik regelmatig in vraag te stellen.*

> *Zodra we gedragsveranderingen opmerken waar we ons zorgen over maken of wanneer de integriteit van cliënt in gevaar komt, nemen we dit op in de begeleiding van de cliënt. Bij minderjarige cliënten die door ambulante diensten worden ondersteund, zijn het de ouders die de verantwoordelijkheid moeten nemen over het gedrag van hun kinderen. Als de minderjarige tijdens de begeleiding onder invloed is van drugs of hiermee in aanraking komt, zijn de ouders het belangrijkste aanspreekpunt.*

Wat willen we bereiken met een alcohol- en drugbeleid?

Als laatste sta je stil bij wat je wil bereiken met een alcohol- en drugbeleid. Wat is het doel?

> *Met het alcohol- en drugbeleid willen we ervoor zorgen dat we als team op dezelfde lijn zitten en dat we voorbereid zijn op en efficiënter kunnen handelen in situaties waar middelengebruik aan de orde is. Tegelijk willen we bepaalde situaties met betrekking tot middelengebruik actief proberen te voorkomen.*

> *Met het alcohol- en drugbeleid willen we een open dialoog rond middelengebruik stimuleren. We willen een duidelijk kader ontwikkelen om in te werken en om consequent op te treden bij regelovertreding. We willen gepaste begeleiding aanbieden en indien nodig doorverwijzen naar gespecialiseerde begeleiding en behandeling. We willen ook aandacht hebben voor educatie en voor omgevingsinterventies.*

> *Het doel van ons alcohol- en drugbeleid is uniformiteit en houvast creëren voor cliënten en begeleiders.*



2.3 Afspraken en regels

Om de werking van je dienst in goede banen te leiden, zijn afspraken en regels nodig. In deze pijler formuleer je de **regels** over bezit, gebruik, onder invloed zijn, doorgeven en dealen van alcohol en andere drugs, en de regels over risicovol gokken en gamen. De regels maken duidelijk wat kan en niet kan, zowel voor bewoners/cliënten als voor begeleiders. Het zijn grenzen die zorgen voor veiligheid, voorspelbaarheid en groeimogelijkheden. Weten dat iets niet mag, kan voor sommige cliënten voldoende zijn om dat gedrag niet te stellen. Duidelijke regels kunnen dus op zich al preventief werken. De wetgeving is een eerste startpunt bij het opstellen van jullie regelgeving. Deze bepaalt in eerste instantie wat kan en wat niet kan (bv. dealen is illegaal), als dienst kan je dit dan nog verder gaan verfijnen of verstrengen. Volwassen cliënten mogen volgens de wetgeving bijvoorbeeld alcohol drinken, maar dit betekent niet dat dit ook de regel binnen jullie dienst hoeft te zijn. Jullie kunnen bijvoorbeeld beslissen dat er in de gemeenschappelijke delen van de woning geen alcohol gedronken mag worden. Een verdere verfijning is dus steeds nodig.

> *Binnen al onze huizen is er de regel dat bezoekers en bewoners geen alcohol en andere drugs binnenbrengen. Deze regels zie je als je binnenkomt in de vorm van pictogrammen aan het onthaal.*

> *We verwachten van cliënten dat ze niet gebruikt hebben als ze een afspraak met ons hebben. Dit geldt zowel voor afspraken op onze dienst als voor huisbezoeken.*

> *In onze woningen hebben we de regel dat er geen alcohol gedronken mag worden in de gemeenschappelijke ruimtes. Op die manier willen we bewoners beschermen die in het verleden moeilijkheden hadden met alcohol of die geen alcohol mogen drinken op de medicatie die ze nemen.*

Daarnaast kunnen er **afspraken** gemaakt worden op individueel niveau, op maat van een specifieke cliënt. Regels zijn niet onderhandelbaar of bespreekbaar, afspraken zijn dat wel. Op die manier kan je maximaal inspelen op de mogelijkheden en kwetsbaarheden van die cliënt én geef je hem inspraak. Zo blijft de vertrouwensband tussen begeleider en cliënt in stand, ook in moeilijke situaties.

> *Al onze cliënten zijn uniek. Ze hebben elk hun eigen sterktes, talenten en moeilijkheden. Ook ieders context en voorgeschiedenis is verschillend. Onze benadering, ook rond middelen, is hierop gebaseerd. Voor elke cliënt zullen we steeds opnieuw op zoek moeten gaan naar wat wel en niet werkt. Onze visietekst geeft een aantal handvaten. Een drugproblematiek is echter complex en kan sterk verschillen naar gelang de cliënt en zijn context. De handvaten mogen dan ook niet leiden tot een vaste manier van handelen. We moeten de eigenheid van onze cliënt in het vizier houden. Om de cliënt goed te ondersteunen zijn gesprekken met cliënt en context, teamoverleg en het inschakelen van onze expertisecel drugspreventie essentieel.*

Maar het is niet omdat er regels zijn dat ze nooit overtreden worden. Daarom moeten er ook **procedures** voorzien worden bij (een vermoeden van) regelovertreding. Procedures maken duidelijk wie reageert en hoe, maar laten voldoende ruimte om de cliënt die de regels overtrad individueel te benaderen. Net zoals de regelgeving geïndividualiseerd kan worden in afspraken, kan dat ook met procedures. De bedoeling

is de cliënt attent maken op de regels, hem daarmee leren omgaan, het ongewenste gedrag stoppen en overlast vermijden. Snel reageren is erg belangrijk om deze doelen te bereiken, heel wat cliënten denken en leven namelijk in het hier-en-nu. Reageren op regelovertreding kan verschillende vormen aannemen: aanspreken op regelovertreding, samen zoeken naar manieren om de regelovertreding recht te zetten, een sanctie, uitsluiting, ...

> *“Wij kiezen voor minimale regels die voor iedereen gelden en maken aanvullend afspraken met de individuele cliënt over wat wel en niet kan, afhankelijk van zijn mogelijkheden en problematiek. Als het fout loopt, bekijken we samen met de cliënt wat hij kan doen om dit te herstellen en hoe hij zich in de toekomst wel aan de regels en afspraken kan houden. Op die manier willen we de autonomie van onze cliënten zoveel mogelijk respecteren en hen aanzetten tot zelfverantwoordelijkheid.”*

Jullie gemeenschappelijke visie is de basis voor alle afspraken en regels. De uitwerking van deze pijler kan verschillen naargelang de ondersteunings- en woonvorm. In een dagcentrum of dienst voor langdurig verblijf gebeuren regelovertredingen én mogelijke misdrijven (tegen de drugwetgeving) binnen de gebouwen van jullie dienst. Dit kan de veiligheid en het welzijn van andere cliënten in gevaar brengen. Door de pijler ‘afspraken en regels’ op te nemen in jullie huisreglement, is deze veel zichtbaarder voor cliënten én gemakkelijker afdwingbaar. In een context van thuisbegeleiding ligt dit anders, want daar kom je in de privécontext van je cliënt. Regels zijn in deze context moeilijker af te dwingen. Als begeleider is het je taak om regelovertreding (bv. t.o.v. drugwetgeving) aan te kaarten en in gesprek te gaan over mogelijke wettelijke gevolgen van illegaal druggebruik. Net omdat cliënten zelfstandig wonen, is er minder sociale controle en zijn zowel legale als illegale middelen veel gemakkelijker beschikbaar.

Overtreedt een cliënt de regels? Dan maak je je misschien zorgen over het welzijn van de cliënt. Vanuit deze bezorgdheid kan je het middelengebruik opnemen als thema in de begeleiding. Dat betekent echter niet dat je geen grenzen meer moet stellen en de cliënt dus moet aanspreken op de regelovertreding. Begeleiding heeft een ander doel en vraagt een andere aanpak dan het stellen van grenzen. Maak onderscheid tussen beide en laat ze zo nodig naast elkaar lopen. (zie pijler zorg en begeleiding, p. 37).
Op p. 36 lees je meer over de combinatie van een begrenzende en begeleidende rol.

Aan de slag

Het komt er nu op aan om concrete regels en procedures te formuleren die aansluiten bij de visie van je dienst. Je kan daarbij gebruik maken van het **schema** op pagina 31. Je kan de casussen in het schema gebruiken ter inspiratie of je kan ze vervangen door eigen casussen. Zijn jullie een grote dienst? Bieden jullie verschillende ondersteuningsvormen (begeleiding aan huis, dagcentrum, woonondersteuning, ...) aan verschillende doelgroepen (bv. kinderen en jongeren, volwassenen, ...)? Hebben jullie verschillende afdelingen? Dan kan je ervoor kiezen om aparte schema’s te voorzien voor minder- en meerderjarigen, voor verschillende ondersteuningsvormen, verschillende afdelingen, ...

Voor je van start gaat:

- Bekijk intern welke (in)formele regels en procedures er al bestaan over middelengebruik, gamen en gokken die zinvol zijn om te behouden. Gebruik hiervoor eventueel jullie overzicht uit de stap 'Beginsituatie in kaart brengen'.
- Mogelijk heeft je dienst al geïnvesteerd in een agressiebeleid of hebben jullie procedures voor crisissituaties. Bekijk wat daarin relevant kan zijn voor jullie alcohol- en drugbeleid en vul deze afspraken en procedures eventueel aan.
- Bekijk hoe je jullie cliënten/bewoners kan betrekken bij het uitwerken van deze pijler.

> *Voor we de regels vastlegden, hebben we ons oor te luisteren gelegd bij de bewoners van onze groepswoningen. We wilden van hen weten welke regels zij nodig vonden om zich veilig te voelen in hun leefomgeving. We hadden met hen een groepsgesprek over de beschikbaarheid van alcohol in huis, over gebruik in de gemeenschappelijke leefruimte, enzovoort.*

De wetgeving over alcohol, illegale drugs en gokken vormt het kader voor de regels die je vastlegt. Deze wetgeving vind je terug in de factsheets op de VAD-website. Je vindt er informatie over de wetgeving omtrent alcohol, illegale drugs, gokken en alcohol en drugs in het verkeer. De regels mogen niet meer toelaten dan wat wettelijk toegelaten is. Je kan er wel voor kiezen om strengere regels te formuleren. Ook bij het uitwerken van de procedures hou je rekening met het wettelijk kader in verband met het doorgeven van informatie, meldingsplicht, aansprakelijkheid, … Meer informatie over beroepsgeheim, aansprakelijkheid, specifieke juridische vragen en een bundeling van de wetgeving over middelen kan je raadplegen in de juridische handvatten voor alcohol en drugs in de zorg- en welzijnssector in de VAD-catalogus. Heb je specifieke vragen over beroepsgeheim? Neem dan contact op met de helpdesk beroepsgeheim / beroepsethiek van SAM. Werk je met kinderen en jongeren? Dan kan je met al je vragen ook terecht bij de helpdesk voor praktijkwerkers in de jeugdhulp.

Schema alcohol / cannabis / andere illegale drugs / psychofarmaca

	Regels	Procedures
Bezit Cliënt heeft wijn/cannabis/speed/... op de kamer. Cliënt laat illegale drugs leveren met de post in ons woonhuis.		
Gebruik Je hebt een afspraak met een cliënt. Hij is alcohol aan het drinken en biedt je ook een glas aan/Er ligt een smeulende joint in de asbak als je binnenkomt. Een cliënt vraagt aan de begeleiding om samen alcohol te kopen. Een cliënt maakt een versufte indruk tijdens het gesprek. Ze vraagt op het einde of je met haar langs de apotheker kan gaan. Het zijn twee moeilijke weken geweest en haar maandverpakking slaap- en kalmerings-middelen is nu al op.		
Onder invloed Je hebt een gesprek met een cliënt en hij blijkt dronken/onder invloed. Een cliënt komt onder invloed toe op de dagbesteding.		
Delen/doorgeven Een cliënt viert zijn verjaardag en heeft voor veel drank gezorgd om samen te feesten. Een cliënt geeft zijn medicatie door aan anderen.		
Dealen/verkopen Een cliënt besteedt een groot deel van zijn leefloon aan cannabis en verkoopt dit door.		

Stap 1: Formuleren van regels

Stel bij elke casus de volgende vragen en pas ze toe op de verschillende middelen:

- **Wat is de regel?**
- **Waar geldt de regel?** Indien nodig kan je een onderscheid maken naar soort werking (mobiel of residentieel) en naar afdeling. Verder kunnen de regels anders zijn naargelang de plaats (bv. gemeenschappelijke leefruimte of persoonlijke leefruimte, binnenshuis of buitenhuis, bij uitstappen) of het tijdstip (bv. week of weekend).
- **Voor wie geldt de regel?** Geldt deze enkel voor cliënten of ook voor bezoekers? Geldt dit voor minder- of meerderjarige cliënten? En wat met de begeleiders[2]? In welke mate hebben zij een voorbeeldfunctie?

Maak een onderscheid tussen het vaststellen van een regelovertreding en een vermoeden van een regelovertreding. Aan een vermoeden kan je geen consequenties verbinden, maar je kan dit wel met de cliënt bespreken. Optreden bij een vermoeden is belangrijk omdat het op zich al ontradend kan werken. Daarnaast kan een melding van een vermoeden zorgen voor alertheid bij de begeleiders waardoor mogelijke problemen sneller zichtbaar worden.
Opgelet: Bij een vermoeden van regelovertreding is het doel van een gesprek dat je de regel communiceert. Je moet dus niet per se de waarheid proberen te achterhalen, want zo raak je makkelijk in een welles-nietesdiscussie verzeild. Daarnaast is het gesprek een kans om de signalen die tot het vermoeden leidden te bespreken met de betrokken cliënt(en).

Stel ook de volgende vragen:

- Maken we een onderscheid naar welk type alcohol er in de woningen is toegestaan? Maken we een onderscheid tussen bier, wijn en sterke dranken?
- Maken we een onderscheid tussen cannabis en andere illegale drugs?
- Maken we een onderscheid tussen delen of dealen?

Lijst de regels op die je op die manier vastlegt. Bundel ze waar mogelijk en zorg dat de formulering eenvoudig is. Zo blijft het geheel duidelijk en overzichtelijk. Bijvoorbeeld ‘onder invloed zijn van alcohol, cannabis en andere illegale drugs is verboden in de huizen en in de onmiddellijke omgeving ervan’ of ‘bezit, gebruik, onder invloed zijn, delen en dealen van cannabis zijn verboden, zowel voor cliënten als voor bezoekers’.

Worden ook **gamen en gokken** mee opgenomen in het alcohol- en drugbeleid? Om de regels over gamen en gokken te bepalen, stel je de vraag ‘wat mag, wanneer en waar?’ Vul de regels in het schema in:

Mogen cliënten gamen?	**Mogen cliënten gokken/spelen voor geld?**
▶ Welke games?	▶ Welke spelen/loterijen?
▶ Wanneer?	▶ Wanneer?
▶ Waar?	▶ Waar?
▶ Hoeveel tijd mag eraan besteed worden?	▶ Hoeveel budget mag eraan besteed worden?

[2] Het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid voor medewerkers is een apart proces. Meer info hierover vind je op www.qado.be.

Stap 2: Formuleer de procedures

Een procedure legt vast hoe er gereageerd wordt bij regelovertreding en wie dan wat doet.
Je kan een procedure vastleggen per regel, maar je kan ook dezelfde procedure hanteren voor verschillende regelovertredingen.

Om de procedures vast te leggen, kan je volgende richtvragen gebruiken:

- **Wordt het naleven van de regels actief gecontroleerd? Door wie en hoe?**

- **Wie reageert op een (vermoeden van) regelovertreding?**
  De begeleider die de regelovertreding vaststelt of vermoedt, de teamverantwoordelijke, de coördinator, ...?

- **Wat is de reactie op een regelovertreding?**
  Minimaal wordt consequent de regelovertreding benoemd en onder de aandacht gebracht.
  In sommige gevallen zijn er consequenties verbonden aan de regelovertreding (bv. sancties) die kunnen leiden tot het stopzetten van de begeleiding.

- **Wordt er rekening gehouden met verzachtende of verzwarende omstandigheden?** Bijvoorbeeld een eenmalige regelovertreding of herhaaldelijke regelovertreding, agressie, minderjarigheid, ...

- **Hoeveel ruimte is er om de reactie aan te passen aan de individuele situatie van de cliënt?**
  Zijn de reacties bijvoorbeeld zinvol bij de cliënt en sluiten ze aan bij zijn individuele noden en mogelijkheden. Het doel van deze pijler is om cliënten attent te maken op de regels, en er begrip voor te krijgen, zodat cliënten de regels in de toekomst zoveel mogelijk proberen na te leven. Om dit te bereiken, is het nodig dat reacties zinvol zijn voor cliënten en aansluiten bij hun individuele noden en mogelijkheden.

  Bij cliënten met een verstandelijke beperking is het nuttig om stil te staan bij hun emotionele ontwikkeling en na te gaan in welke mate ze kunnen omgaan met regels wanneer begeleiding niet in de buurt is.

  Laat dus ruimte om een betekenisvolle – aan de individuele situatie van de cliënt aangepaste – reactie te voorzien. Deze ruimte voor een reactie op maat moet goed besproken en afgebakend worden met het team, anders dreigen de procedures opnieuw een 'willekeurige' beslissing van een individuele begeleider te worden. Je kan als team objectieve criteria vastleggen voor het al dan niet toepassen van de procedures.

- **In welke mate wordt de cliënt hierbij betrokken?**
  Werden consequenties vooraf samen besproken en vastgelegd in het begeleidingsplan? Wordt er samen bekeken hoe een cliënt zich in de toekomst wel aan de regels kan houden?

- **Is er een procedure van de laatste kans? Wanneer wordt een begeleiding stopgezet?**
  Voorbeelden van criteria om het al dan niet verder zetten van een begeleiding aan af te toetsen zijn: veiligheid van de cliënt, medecliënten en begeleiders, leefbaarheid in de groep, doelstellingen van de werking, wachttijd tot start gespecialiseerde drughulpverlening, ...

- **Wie wordt geïnformeerd, hoe, door wie en wanneer?**
  Het team, de teambegeleider, de coördinator, de directie, de context (bv. ouders), de verwijzers, de politie, ... ?

Bij **strafbare feiten** wordt beslist of en wanneer er melding gemaakt wordt aan juridische instanties. Het beroepsgeheim en de relatie met de cliënt zijn hier een grote bepalende factor.

Tip: Zorg voor zo eenvoudig mogelijk geformuleerde regels, afspraken en procedures. Zo vergroot je de kans dat cliënten ze goed begrijpen en is er geen ruimte voor interpretatie. Visualiseer waar mogelijk en herhaal regelmatig. Zo worden de regels beter onthouden.

De pijler afspraken en regels in de praktijk brengen

Voorzie nadat jullie de pijler 'afspraken en regels' hebben vormgegeven even de tijd voor tussentijdse evaluatie en om de implementatie van deze pijler voor te bereiden. De checklist hieronder kan jullie hierbij ondersteunen.

- ☐ Passen de regels binnen de algemene visie van de dienst en de visie op middelengebruik in het bijzonder?
- ☐ Passen de regels binnen het wettelijk kader?
- ☐ Op welke manier worden de regels gecommuniceerd naar cliënten, bezoekers, begeleiders?
  - ○ Intakegesprek
  - ○ Opstart van de begeleiding
  - ○ Onthaalbrochure
  - ○ Huisreglement
  - ○ Bewonersvergadering
  - ○ ...
- ☐ Zijn de regels duidelijk voor zowel cliënten, bezoekers als begeleiders?
- ☐ Wie moet geïnformeerd worden over de procedures bij regelovertreding (ook directie, externen, zoals bv. familie, ...)?
- ☐ Hoe worden de procedures gecommuniceerd naar alle betrokkenen?
  - ○ Teamvergadering
  - ○ Begeleidingsgesprek
- ☐ Heeft het team nood aan vorming of andere ondersteuning om de regels en procedures in de praktijk te brengen?
  - ○ Bij de preventiewerkers tabak, alcohol en drugs kan je bijvoorbeeld terecht voor een vorming 'Grenzen stellen'. Meer info vind je op p. 56.
- ☐ Hoe wordt ervoor gezorgd dat de afgesproken regels en procedures toegepast worden en niet verwateren?
  - ○ Referentiepersoon die hier aandacht voor heeft en dit in de gaten houdt.
  - ○ Regels en procedures worden gevisualiseerd en uitgehangen.
  - ○ Regels en procedures worden in een checklist gegoten, die bij elke cliëntenbespreking waar middelengebruik aan de orde is wordt gehanteerd.
  - ○ Nieuwe medewerkers krijgen een briefing.
  - ○ ...
- ☐ Wanneer evalueren we de vernieuwde regels en procedures?
  - ○ Leg de evaluatiemomenten vooraf vast.
  - ○ Herhaal ze op regelmatige tijdstippen.

Veelgestelde vragen

bij het uitwerken van de pijler regels & afspraken

Is het opmerken van een geur (alcohol of cannabis) voldoende om een huisbezoek stop te zetten? In het uitwerken van deze pijler is het mogelijk dat je in de discussie botst op de volgende vraag: Wat doen we met cliënten die ruiken naar alcohol of cannabis, maar die aanspreekbaar zijn en normaal functioneren? Kortom, is een geur voldoende om het gesprek stop te zetten?

Baseer je niet enkel op een geur, maar neem ook andere signalen mee in je beslissing (aanspreekbaarheid, gedrag, emoties, ...). Wanneer een dienst beslist om op basis van een geur een gesprek te weigeren, gebeurt dit vaak vanuit bezorgdheid voor de veiligheid van de begeleider. Er kan echter al een alcohol- of cannabisgeur zijn na 1 glas alcohol of 1 joint, terwijl het gebruik daarom nog geen effect hoeft te hebben op iemands gedrag, emoties of functioneren.

> *Omwille van een geur kunnen we mensen niet weigeren, wel wanneer een gesprek voeren echt niet gaat. Ik heb vroeger met een bepaalde cliënt tientallen gesprekken gehad terwijl hij gedronken had, maar niet dronken was. Als het een voorwaarde was geweest dat hij nuchter op gesprek kwam, had ik mijn begeleiding moeten stoppen en had hij niet de hulp gekregen die hij nodig had.*

Het is dus belangrijk om goed na te denken over hoe jullie dienst 'onder invloed zijn' interpreteert. Is een cliënt onder invloed omdat hij naar alcohol of cannabis ruikt? Of pas wanneer je merkt dat hij niet meer in staat is om een gesprek te volgen (vermoeide indruk maken, in slaap vallen, met een dubbele tong spreken, vergeetachtig zijn, ...). Als je kiest voor een te enge regel, sluit je mogelijk een aantal cliënten uit. Dat maakt het onmogelijk om met hen een traject te volgen en een antwoord te bieden op hun hulpvraag.

Hoe kunnen we onze begrenzende en begeleidende rol op een zinvolle manier combineren?

Begeleiders moeten soms grenzen stellen. Tegelijk hebben ze een vertrouwelijke relatie met de cliënt en bieden ze ondersteuning. Voor cliënten kan deze dubbele rol erg verwarrend zijn. Je vertrouwensband met de cliënt kan onder druk komen te staan. Om dit te voorkomen, kan je de grenzen bespreken als deel van het kader waarin je werkt of als opgelegd door een derde partij. Bijvoorbeeld: 'In onze werking is het zo dat...', 'Het team/de coördinator/de directie heeft beslist dat...' Op die manier hoef je de cliënt niet vanuit je eigen positie te confronteren met deze grenzen, maar kan je dit op een ondersteunende manier bespreken. Bespreek met de cliënt wat deze grenzen voor hem betekenen en hoe jullie hiermee verder kunnen.

> *Procedures moeten werkbaar zijn en niet beperkend. Er is nog veel ruimte voor een individuele benadering. Maar deze moet wel verantwoord worden op het team. Grenzen worden gebracht als zijnde opgelegd door een ander. Bijvoorbeeld: 'Het team heeft beslist dat...', 'De coördinator wil dat...'. Op die manier kan de begeleider in zijn begeleidende rol blijven.*

Indien het niet mogelijk is om te werken via een derde partij is het belangrijk om duidelijk aan te geven vanuit welke rol je spreekt en te verwijzen naar de bestaande regels.

Botsen op grenzen en negatieve consequenties van gedrag kan bijdragen aan de motivatie van de cliënt om zijn gedrag te veranderen. Wanneer cliënten de consequenties van het overtreden van regels (binnen de dienst of in de samenleving) ondervinden, bijvoorbeeld in de vorm van sancties, worden ze geconfronteerd met de nadelen van hun gebruik. In je begeleiding kan je samen met de cliënt kijken naar hoe hij deze gevolgen ervaart. Het vermijden van de last die de cliënt ervaart, kan een motivator zijn om zijn middelengebruik te veranderen. Op die manier kunnen de begeleidende en de begrenzende rol elkaar versterken.

Er kan ook sprake zijn van begrenzing als een cliënt zichzelf (of anderen) in gevaar brengt. In de begeleiding kijk je dan samen hoe de cliënt de begrenzing of maatregelen ervaart en hoe hij zijn gedrag kan veranderen als hij dergelijke consequenties in de toekomst wil vermijden.

2.4 Zorg en begeleiding

In deze pijler concretiseer je de begeleidende rol die je opneemt op het vlak van middelenproblemen bij cliënten. Je legt de algemene lijnen vast en bepaalt tot waar de rol van de dienst reikt. Wat doe je op het vlak van opmerken, bespreekbaar maken en inschatten van middelenproblemen? Wat neem je zelf op in de begeleiding? Wanneer verwijs je door naar externe hulpverlening? Wat neem je ondertussen eventueel zelf verder op? Je werkt ten slotte ook uit hoe je het netwerk van de cliënten met middelenproblemen bij het begeleidingsproces betrekt en op welke manier je aandacht geeft aan hun noden.

Het doel van een begeleidingsproces is het verbeteren van het welzijn van de cliënt. Mogelijk overtreedt een cliënt met middelenproblemen de regels over middelengebruik. Reageren op regelovertreding vraagt een andere aanpak en houding dan de meer begeleidende rol. Hiervoor verwijzen we naar de pijler afspraken en regels (zie p. 28). Op p. 36 lees je meer over de combinatie van een begeleidende en een begrenzende rol.

Als een cliënt problemen heeft die (vermoedelijk) veroorzaakt worden door middelengebruik of risicovol gamen en gokken bestaat het begeleidingsproces uit verschillende stappen:

- **Opmerken** dat een cliënt gedragsproblemen vertoont, onder invloed is of andere signalen vertoont die kunnen wijzen op middelenproblemen en herval.
- Het middelengebruik **aankaarten** en de nood aan specifieke begeleiding **inschatten**.
- De **motivatie versterken** om het middelengebruik te veranderen.
- Een **veranderplan maken** waarin je samen bekijkt hoe de cliënt aan de slag kan gaan en welke ondersteuning er daarbij nodig is. Externe doorverwijzing kan hier nodig zijn.
- Een cliënt **ondersteunen** tijdens of na externe alcohol- en drughulpverlening.



Begeleidingsproces op verschillende levensdomeinen

Dit specifieke begeleidingsproces maakt deel uit van de ruimere begeleiding op verschillende levensdomeinen die je als dienst biedt.

In het draaiboek ‘Mijn cliënt en middelengebruik, gokken en gamen’ vind je meer informatie over de verschillende stappen van het begeleidingsproces, wat je als dienst en begeleider hierin kan betekenen en hoe je dit concreet kan vormgeven. Je kan dit draaiboek gratis downloaden in de catalogus van de VAD-website. Het bevat ook een inspiratiebox met meer dan 20 kant-en-klare gespreksmethodieken die begeleiders kunnen gebruiken in elk van deze stappen.



Misschien belangrijker nog dan welke rol wordt opgenomen, is de manier waarop dit gebeurt, de begeleidershouding. Wanneer je een cliënt risico's ziet nemen en zijn eigen welzijn of dat van anderen in gevaar ziet brengen, kan je geneigd zijn om de verantwoordelijkheid over te nemen en in zijn plaats beslissingen te nemen. Zo ontneem je de cliënt zijn autonomie. Probeer dus eerder de cliënt vanuit de vertrouwensband en de samenwerkingsrelatie te ondersteunen in zijn keuzeproces, zonder het kiezen van hem over te nemen. Je neemt verantwoordelijkheid op voor de relatie en de ondersteuning, zodat de handelingsmogelijkheden van de cliënt bevorderd worden. Wat je wel loslaat is de verantwoordelijkheid over zijn gebruik. Mensen nemen zelf beslissingen en kiezen zelf welke richting ze uitgaan. Het voornaamste is dat je de cliënt zelf niet loslaat in probleemsituaties.

Motiverende gespreksvoering is een goede methode om de cliënt zijn handelingsmogelijkheden te bevorderen. Met deze gespreksstijl neem je als begeleider de rol in van een gids en creëer je voorwaarden om de persoon zelf een doordachte keuze te laten maken. Het is een gidsende communicatiestijl tussen sturen (de ander vertellen wat hij moet doen en hoe) en volgen (de ander aandacht geven en proberen te begrijpen zonder zelf iets in te brengen) in. Als begeleider ga je een gelijkwaardige relatie aan met de cliënt. Je vertrekt vanuit het perspectief van de cliënt en onderzoekt samen wat - vanuit wat de cliënt belangrijk vindt - motieven kunnen zijn om te veranderen. Zo versterk je enerzijds het belang van de verandering door de cliënt tot meer probleeminzicht te laten komen en anderzijds het vertrouwen van de cliënt in de eigen mogelijkheden om te veranderen door zijn sterktes en inspanningen te bevestigen.

Wil je meer weten over motiverende gespreksvoering?

- Lees het hoofdstuk over een motiverende gesprekstijl uit 'Mijn cliënt en middelengebruik, gokken en gamen'. Hierin vind je enkele praktische tips én aandachtspunten over hoe je deze gespreksstijl kan aanpassen aan cliënten met een (licht) verstandelijke beperking en autisme.
- Volg de gratis online cursus motiverende gesprekvorming op het VAD-vormingenplatform.
- Vraag een opleiding op maat aan bij de CGG-preventiewerkers uit jouw buurt.

Aan de slag

STAP 1: Stellingen

Je legt de werkgroep telkens twee stellingen voor (A en B) die te maken hebben met het begeleiden van cliënten en middelengebruik. Je vraagt aan iedereen individueel in welk van beide stellingen ze zich het best kunnen vinden. Vervolgens bespreek je in groep waar jullie dienst zich best zou positioneren.
Aan de hand van deze stellingen krijg je helder:

- in welke mate jullie het thema middelengebruik zelf aankaarten en begeleiden dan wel doorverwijzen.
- wat jullie willen bereiken met een begeleiding voor middelengebruik.
- welke rol jullie opnemen naar het netwerk van cliënten met middelengebruik.

Mogelijk kwamen deze thema's al aan bod tijdens het uitwerken van de visie en kan je hiernaar teruggrijpen.

Stelling 1

A. Bij nieuwe cliënten gaan we systematisch na, bij de intake of tijdens de eerste gesprekken, of er sprake is van middelenproblemen. Ook als de cliënt dit thema niet zelf aanbrengt.

B. We brengen het thema middelengebruik niet zelf ter sprake. Het wordt enkel besproken als de cliënt hier zelf een hulpvraag over heeft, ook al zijn er soms sterke vermoedens of aanwijzingen dat er een middelenprobleem speelt.

Stelling 2

A. Het allerbelangrijkste is continuïteit, de cliënt blijven zien en betrokken blijven bij de cliënt. Ongeacht of en aan welke problemen er gewerkt wordt. Ook cliënten met alcohol- of drugproblemen blijven welkom.

B. Het is niet onze taak om met cliënten die problemen hebben met alcohol of drugs te werken. Dit mag ook niet van ons verwacht worden.

Stelling 3

A. Ook op het vlak van middelengebruik respecteren we zoveel mogelijk de autonomie van de cliënt. Hij beslist.

B. Niet alle cliënten zijn in staat om rationele beslissingen te nemen over hun middelengebruik. In dat geval beslissen wij voor hen.

Stelling 4

A. We motiveren cliënten met middelenproblemen om te minderen of te stoppen met gebruiken, we geven geen informatie over schadebeperking.

B. Als een cliënt zijn gebruik niet wil minderen of stoppen, dan informeren we hem over veilig gebruik. Zo kunnen we de negatieve impact zoveel mogelijk beperken voor de cliënt en voor de omgeving.

Stelling 5

A. Het netwerk van de cliënt met een middelenprobleem is evenzeer cliënt. Het is onze verantwoordelijkheid om ook hen te ondersteunen en daarin initiatief te nemen.

B. Wij hebben in de eerste plaats een verantwoordelijkheid naar de cliënt die we begeleiden. Wij hebben enkel een rol naar personen in de omgeving van de cliënt (zoals ouders, partner, kinderen, familie, ...) als zij zelf een hulpvraag stellen en mits toestemming van de cliënt.

STAP 2: Richtvragen

Met bovenstaande uitwisseling in het achterhoofd beantwoord je vervolgens onderstaande richtvragen. De richtvragen zijn ingedeeld volgens de verschillende stappen van een begeleidingsproces bij middelenproblemen.

Opmerken, aankaarten en inschatten

Hoe zorgen we ervoor dat we alert zijn voor signalen van middelengebruik?

- Wiens taak is dit?
- Welke signalen moeten zeker worden gecommuniceerd? Aan wie?
- Op welk overleg worden signalen besproken?

Wanneer vragen we naar middelengebruik bij cliënten? Doen we dit bijvoorbeeld systematisch bij elke intake of enkel wanneer we signalen opvangen of wanneer een cliënt bepaald gedrag vertoont? Over welke signalen en welk gedrag gaat het dan?

- Wiens taak is dit?
- Op welke manier gebeurt dit?
- Maken we gebruik van screeningsinstrumenten? Welke?

Hoe maken we middelenproblemen bespreekbaar met de cliënt?

- Doen we dit bij alle cliënten of enkel wanneer een cliënt (vermoedelijk) middelenproblemen heeft?
- Welke criteria hanteren we om te bepalen of een cliënt al dan niet (vermoedelijk) een probleem met middelen heeft?
- Op welke manier bespreken we middelenproblemen met de cliënt (in begeleidingsgesprekken, informele gesprekken, ...)?
- Wiens taak is dit?

Op welke manier schatten we de ernst van het middelengebruik in?

- Gebruiken we een screeningsinstrument?
- Welke factoren brengen we in kaart?

Hoe wordt er gevolg gegeven aan de ernstinschatting van middelengebruik? Zie richtvragen bij 'Werken aan (motivatie voor) gedragsverandering' op p. 40.

> *Tijdens de begeleiding is het van belang signalen op te vangen en te leren interpreteren. Elke verandering in gedrag zou een belletje moeten laten rinkelen: in slaap vallen, lichamelijke problemen, een manische of psychotische episode, een epilepsieaanval, verbaal agressief zijn, ...*

> *Als mobiele ondersteuningsdienst vinden we het onze opdracht om alert te zijn voor signalen en ze bespreekbaar te maken. Hiervoor starten we altijd vanuit de hulpvraag van de cliënt en de bezorgdheid over de impact die gebruik kan hebben op wat de cliënt wenst te bereiken op de verschillende levensdomeinen (administratie, dagbesteding, relaties, vrije tijd, ...). Signalen die we opmerken, kaarten we aan bij de cliënt en we benoemen daarbij wat we zien. Zo bereiden we onze cliënten voor op opmerkingen die in een latere fase van hun buren (bij opstart studiowonen) of chef (bij toeleiding naar maatwerk of vrijwilligerswerk) kunnen komen. Bovendien gaan cliënten op deze manier ook meer beseffen wat de impact van hun gebruik is.*

> *Gebruik hoeft niet problematisch te zijn om het bespreekbaar te maken. Ik vraag bij heel wat cliënten wat ze doen om te ontspannen of om hun zorgen te vergeten. Of ik stel een algemene vraag naar gebruik. Ik hou me vaak van den domme tijdens een gesprek om zo meer voeling te krijgen met iemands leefwereld en zicht te krijgen op hoe het gebruik juist in elkaar zit. Door eenvoudige vragen te stellen als 'Wat is dat dan juist?' of 'Hoe voelt dat?' kom ik vaak heel wat te weten.*

Tip: Veel begeleiders zijn bezorgd dat ze misschien signalen van problemen door gebruik missen en dat er heel wat verborgen middelen-, game- en gokproblemen zijn bij hun cliënten. Je kan enkel afgaan op de signalen die je tijdens een begeleiding opmerkt. Sommige begeleidingen zijn erg kort, waardoor er te weinig tijd is om hierop een duidelijk zicht te krijgen. Tenzij cliënten naar middelen ruiken of onder invloed op gesprek komen, is het dan heel moeilijk om gebruik te detecteren. Wanneer je cliënten langer ziet en er een vertrouwensrelatie is opgebouwd, zie je naast druggebonden signalen ook andere signalen die wijzen op mogelijk problematisch gebruik (financiële problemen door gebruik/gokken, gezondheidsproblemen, huisvestingsproblemen, geen werk kunnen houden, ...). Als er signalen zijn die je bezorgd maken, benoem deze dan. Zo krijgt je cliënt de mogelijkheid om aan te geven wat er aan de hand is en zo krijg jij meer informatie.

Werken aan (motivatie voor) gedragsverandering

Welke criteria hanteren we om een bewoner zelf te begeleiden voor een middelenprobleem? Wanneer verwijzen we door?

- Waar bespreken we deze criteria (ernstinschatting, overlast, veiligheid, ...)?
- Wie beslist of er gekozen wordt voor interne of externe begeleiding?
- Hoe wordt de cliënt daarbij betrokken?

Als we een cliënt zelf verder begeleiden voor zijn middelenprobleem, wiens taak is dit dan?

- Op welke manier vullen we dit in?
- Wat zijn de grenzen van onze begeleidingsopdracht?

> *Binnen onze begeleidingen proberen we zicht te krijgen op wat de functie van gebruik is. Waarom gebruikt iemand? Is het om met stress om te gaan, voor een gevoel van eigenwaarde, om beter te presteren op school of op het werk, ...? Wat zijn de voordelen van het gebruik? Door hier zicht op te krijgen, ontdek je vaak nog andere verborgen hulpvragen waarmee je aan de slag kan gaan. Vind je een alternatief voor gebruik? Dan zie je vaak het gebruik verminderen.*

> *Motiverende gespreksvoering kan je niet bij alle cliënten toepassen. Het thema middelengebruik is soms ook niet bespreekbaar. In die situaties zetten we als team volop in op het werken aan een algemene kwaliteit van leven. Als cliënten hun levenskwaliteit verbetert, zien we soms dat gebruik vanzelf verdwijnt zonder dat de cliënt de motivatie om te minderen of te stoppen had.*

> *We vinden het in begeleidingen altijd belangrijk om – na overleg met de cliënt – de context in de begeleiding te betrekken. Dan kunnen we samen nagaan hoe we de cliënt kunnen helpen het gebruik stabiel te houden, te minderen of te stoppen. Bij een cliënt met een medicatieverslaving hebben we bijvoorbeeld met hem én met de apotheek de afspraak gemaakt dat hij dagelijks langsgaat om zijn pil in te nemen en dat hij geen grote dosissen meer naar huis meekrijgt.*

Tip: Wanneer gebruik bespreekbaar is, kan je onderzoeken of de cliënt zich zorgen maakt over zijn gebruik en in welke mate. Dit geeft een indicatie voor welke mogelijke doelen er zijn: schadebeperking, verminderen van gebruik of stoppen met gebruik. Afhankelijk van wat je cliënt aangeeft, kan je samen op zoek gaan naar welke verandering er mogelijk is, welke hulp er bestaat, wat haalbaar is voor je cliënt en op welke termijn. Tegelijkertijd kan je door schadebeperking proberen om de risico's van het gebruik en de impact ervan op andere levensdomeinen (dagbesteding, gezondheid, financiën, relaties, ...) zoveel mogelijk te beperken. Zo verhoog je de levenskwaliteit van je cliënt.

> *Eén van onze cliënten is twee halve dagen per week vrijwilliger bij het lokaal dienstencentrum in de gemeente. Hij doet dit werk heel graag. Maar de afgelopen weken is hij al een paar keer naar huis gestuurd omdat hij dronken op het werk verscheen. We hebben de impact van zijn alcoholgebruik op zijn vrijwilligerswerk besproken. Samen zijn we gaan zoeken naar wat hem zou kunnen helpen om fris op het werk te verschijnen. We hebben de afspraak gemaakt dat hij de avond voor hij moet gaan werken zo weinig mogelijk alcohol probeert te drinken. Dit lijkt goed te werken. Hij heeft geen opmerkingen meer gekregen.*

Doorverwijzen naar en ondersteuning tijdens of na externe hulpverlening

Als een cliënt doorverwezen wordt, hoe beslissen we dan naar welke hulpverlening we verwijzen?

- Wie neemt deze beslissing?
- Hoe betrekken we de cliënt erbij?
- Worden er externen bij betrokken (externe partners, zorgnetwerk, ...)?
- Hoe kunnen we de cliënt ondersteunen tijdens een eventuele wachtlijstperiode?

Welke samenwerkingsverbanden maken we met de hulpverlening waar we naar doorverwijzen (over uitwisselen van informatie, manier van doorverwijzen, ...?)

Wat is onze rol tijdens een parallelle externe hulpverlening voor middelengebruik?

- Hoe kunnen we de externe hulpverlening ondersteunen?
- Wiens taak is dit?

Wat is onze rol na externe hulpverlening voor middelengebruik?

- Hoe vullen we dit in?
- Wiens taak is dit?

> *"Wanneer we cliënten doorverwijzen, zoeken we samen uit welke mogelijkheden er zijn. Als cliënten al hulpverlening gehad hebben, vragen we waar ze zelf denken dat ze het best naartoe gaan of wat hen in het verleden al geholpen heeft. We willen zo drempelverlagend mogelijk werken. Vaak heeft een cliënt meer nodig dan enkel een telefoonnummer en helpt het om samen te bellen of mee te gaan naar de eerste afspraak om de stap richting hulpverlening te zetten."*

> *"Ons alcohol- en drugbeleid heeft ervoor gezorgd dat ons netwerk sterk is uitgebreid. Vroeger werkten we vooral samen met diensten waarmee we een historische band hebben, nu werken we met meer verschillende diensten samen. We kennen de diensten waarmee we samenwerken nu ook beter, omdat we sterk geïnvesteerd hebben in kennismaking en werkbezoeken. Dit komt de hulpverlening aan onze cliënten zeker ten goede."*

De omgeving van cliënten met middelenproblemen

Wanneer betrekken we de omgeving (partner, kinderen, ouders, broers en zussen, ...) bij de verschillende stappen in het begeleidingstraject? Welke criteria hanteren we hiervoor?

Als bovenstaande vragen uitgeklaard zijn, kan je er **enkele concrete casussen** uit de eigen werking aan aftoetsen. Zit iedereen op dezelfde golflengte? Dan is de pijler zorg en begeleiding uitgewerkt.

De pijler zorg en begeleiding in de praktijk brengen

Voorzie na het finaliseren van de stap ‘zorg en begeleiding’ even de tijd voor tussentijdse evaluatie en om de implementatie van deze pijler voor te bereiden. De checklist hieronder kan jullie hierbij ondersteunen.

- ☐ Is de uitgewerkte aanpak duidelijk en haalbaar?
- ☐ Past de manier van werken in de algemene visie van onze dienst en in de visie op middelengebruik in het bijzonder?
- ☐ Op welke manier communiceren we dit naar de medewerkers?
- ☐ Welke afspraken moeten ook naar de directie en andere diensten gecommuniceerd worden? Welke naar externe partners? Op welke manier?
- ☐ Moeten bepaalde samenwerkingsafspraken herzien worden?
- ☐ Hoe bouwen we de nieuwe afspraken in de werking in? Hoe vermijd je dat dezelfde discussies steeds opnieuw gevoerd worden?
  - ○ Aanpassen intakeformulier
  - ○ Aanpassen infobrochure voor cliënten
  - ○ Checklist met criteria om bij de hand te hebben tijdens een teambespreking
  - ○ Persoon die blijvend aandacht heeft voor de aanpak
  - ○ Het thema middelenproblemen regelmatig agenderen en evalueren
  - ○ ...
- ☐ Beschikken we over de nodige instrumenten en materialen, zoals een screeningsinstrument, een doorverwijsgids, folders voor de cliënt en zijn omgeving, ...?
- ☐ Kennen we de doorverwijsmogelijkheden in de regio voldoende? Kennen we de manier van werken, de voorwaarden en de doelen van deze diensten? Hebben we persoonlijke contacten?
- ☐ Hebben we de nodige samenwerkingsafspraken in functie van consultvragen en doorverwijzing?
- ☐ Hebben de teamleden nood aan vorming of andere ondersteuning om hun rol op het vlak van begeleiding van middelenproblemen in de praktijk te kunnen brengen?
  - ○ Welke deskundigheid hebben we in huis?
  - ○ Wat willen we nog leren (via vorming of andere leervormen)?
  - ○ Wanneer is het zinvol om een beroep te doen op consult (advies bij de aanpak in een specifieke casus)?
- ☐ Wanneer evalueren we onze aanpak?
  - ○ Leg de evaluatiemomenten vooraf vast.
  - ○ Herhaal ze op regelmatige tijdstippen.

Veelgestelde vragen

bij het uitwerken van de pijler zorg & begeleiding

Wat mag je verwachten van externe alcohol- en drughulpverlening?
Diensten hebben verschillende manieren van werken en verschillende doelstellingen. Waar de ene dienst als voorwaarde stelt dat de cliënt gemotiveerd is om zijn middelengebruik te stoppen, stelt de andere zich juist tot doel de motivatie van de cliënt te versterken. De ene dienst heeft abstinentie als doel, de andere is gericht op harm reduction.

> *“Het doorverwijzen van onze bewoners naar de alcohol- en drughulpverlening verliep altijd heel moeizaam. Daarom zijn we tijdens het uitwerken van de pijler ‘begeleiding’ van ons alcohol- en drugbeleid bij een aantal diensten op bezoek geweest. We hadden bij verschillende diensten een gesprek met een van de intakers en kregen zo een beter zicht op de werking.”*

Persoonlijke contacten zijn belangrijk om hier een goed zicht op te krijgen. Je kan de doorverwijzing dan beter laten aansluiten bij de noden, mogelijkheden en wensen van de bewoner.

Op www.vad.be vind je een doorverwijsgids. Ook bij De Druglijn kan je terecht voor advies bij doorverwijzing.

2.5 Educatie

In de pijler educatie (informatie en sensibilisering) bepaal je hoe je cliënten en hun netwerk kan informeren en sensibiliseren rond alcohol, illegale drugs, niet-medisch gebruik van psychofarmaca, risicovol gokken en gamen. Het gaat daarbij niet alleen over het voorkomen van gebruik, maar ook over het vermijden of beperken van risico's of problemen door middelengebruik. Je stemt je doelen af op het (al dan niet) gebruik van je cliënten, hun leefwereld en hun cognitief niveau.

Vaak blijkt dat cliënten met een (licht) verstandelijke beperking een tekort hebben aan kennis over middelen of uitgaan van verkeerde informatie. Net omdat ze extra gevoelig zijn voor sociale druk, is het belangrijk om hen correcte informatie op maat mee te geven. Tegelijkertijd moet je opletten dat je niet hun interesse prikkelt voor middelen die ze nog niet kennen. Dit is soms een moeilijk evenwicht.

Aan de slag

STAP 1: Welke doelgroep en welke boodschap?

Omschrijf een aantal profielen van cliënten met specifieke noden, bijvoorbeeld:

- Jonge cliënten die experimenteren met middelengebruik
- Cliënten die geen middelen gebruiken (geheelonthouders)
- Cliënten met een verhoogde kwetsbaarheid voor middelengebruik
- Cliënten die een behandeling voor hun middelenproblematiek hebben afgerond en nood hebben aan extra ondersteuning om herval te voorkomen
- Het netwerk van cliënten met een afhankelijkheidsprobleem
- ...

Welke thema's of boodschappen zijn voor hen belangrijk?
Hoe komen zij aan informatie?
Welke manier van informeren spreekt hen het meest aan? Om hier een beter zicht op te krijgen, kan je dit ook bij de cliënten zelf bevragen.

Is er een groot verschil in gebruik tussen de cliënten? Maak je je zorgen dat cliënten elkaar zouden kunnen aanzetten tot gebruik? Geef dan geen vorming of sessie voor de hele groep, maar bied een traject op maat van elke cliënt aan. Kies vervolgens waar mogelijk voor een een-op-eenaanpak.

Welke middelen maken deel uit van hun leefwereld? Dit kan ook gaan over hun omgeving. Er is veel kans dat enkel alcohol tot de leefwereld behoort. Als een middel geen deel uitmaakt van de leefwereld van cliënten, kan erover spreken contraproductief werken: het kan namelijk hun nieuwsgierigheid prikkelen en zo gebruik uitlokken. Spreek dus niet over middelen waarmee cliënten niet in contact komen.

> *"Met de woongroep hebben we regelmatig themamomenten. We hebben al rond tabaksstop gewerkt en rond pepdranken. Ook alcohol en medicatie staan nog op het programma. We proberen informatie te geven en van gedachten te wisselen over het thema aan de hand van eenvoudige methodieken, zoals stellingen of een quiz."*

> *We hebben met een groepje cliënten dat regelmatig uitgaat 'het Tripspel' gespeeld, een spel over drank en drugs. Tijdens dit spel gingen we met elkaar in discussie over alcohol en drugs. Op deze manier was het leuk en niet bedreigend om erover na te denken en te praten.*

Tip: Door te vragen naar wat een cliënt weet over een middel geef je de boodschap dat hij over best wat kennis beschikt. Zo werk je indirect ook aan het zelfvertrouwen van de cliënt. Door dan te vragen of het voor hem goed is om samen nog meer info op te zoeken, geef je hem de keuze en respecteer je zijn autonomie.

In het draaiboek 'Mijn cliënt en middelengebruik, gamen en gokken' vind je heel wat gespreksmethodieken om een inschatting te maken van welke middelen de cliënt kent én gebruikt. Je vindt er ook de methodiek 'info geven' terug die stap voor stap en met concrete richtvragen beschrijft hoe je op een motiverende manier informatie kan meegeven

STAP 2: Hoe en met welk materiaal?

Vervolgens leg je vast hoe en met welk materiaal je de boodschap bij de doelgroep kan brengen. De voorwaarde is natuurlijk dat je weet welk materiaal er bestaat en dat je het ook ter beschikking hebt (zie hieronder: 'Welk materiaal kan je gebruiken?') Check zeker ook welk materiaal jullie zelf al in huis hebben.

STAP 3: Actieplan

Stel een actieplan op en leg vast wanneer je de verschillende initiatieven zal uitvoeren.

Welk materiaal kan je gebruiken?

Er is heel wat preventief materiaal beschikbaar dat interessant kan zijn voor cliënten. Deze materialen zijn hulpmiddelen om mensen aan het denken te zetten over of te laten werken aan hun eigen situatie.

De functies van verschillende soorten materiaal

- Affiches, postkaartjes, flyers en gadgets bevatten slechts minimale informatie en zijn bedoeld om de aandacht te vestigen op een specifieke boodschap, interesse te wekken of specifieke informatie door te geven.
- Folders en brochures bevatten meer informatie. Daardoor kan het onderwerp wat grondiger uitgediept worden. Ze kunnen de boodschappen van affiches en dergelijke ondersteunen en uitdiepen.
- Zelfhulptools bevatten meer dan informatie alleen, bijvoorbeeld opdrachten om mensen aan het denken te zetten, concrete tips, ...
- Meer en meer raken ook online tools verspreid, denk maar aan filmpjes, kennis- en zelftests, ...
- Regelmatig worden er ook campagnes gelanceerd die je met je dienst mee kan ondersteunen, denk bijvoorbeeld aan Tournée Minérale.

Maak ook De Druglijn bekend bij cliënten. Misschien willen cliënten bepaalde zaken (nog) niet bespreken met de begeleiding, maar zien ze een anoniem gesprek wel zitten. Dat kan via telefoon, mail of chat op www.druglijn.be.

Als je gebruik wil maken van preventiemateriaal, ga dan na of dit voldoende op maat is van jouw cliënten. Meestal is het standaard preventiemateriaal onvoldoende aangepast aan de cognitieve capaciteiten van personen met een (licht) verstandelijke beperking. Als je een preventieve actie of activiteit uitwerkt, bekijk dan steeds hoe je deze kan aanpassen om aan te sluiten bij de vermogens van jullie cliënten.

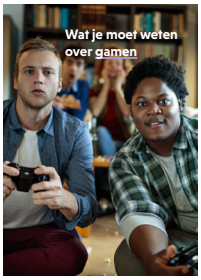
Onderstaande materialen zijn specifiek op maat van personen met een (licht) verstandelijke beperking:

Brochures

Met de brochurereeks 'Wat je moet weten over...' geef je op een eenvoudige manier informatie over alcohol, hasj en wiet, gamen, gokken of psychofarmaca aan volwassenen die verbaal en/of cognitief minder sterk zijn. De brochures zijn volledig op maat van volwassenen die baat hebben bij eenvoudige en eenduidige informatie, zoals mensen met een beperking, anders lerenden en mensen met een beperkte kennis van het Nederlands.











Kennistesten

Op slimkicken.be vind je kennistesten over alcohol, cannabis en tabak op maat van anders lerenden: in eenvoudige taal en met een beperkt aantal vragen.

Ben je op zoek naar tests over andere middelen?
Neem dan een kijkje op https://www.druglijn.be/test-jezelf. Let op, deze kennistesten zijn op maat van een algemeen publiek. Ze zijn uitgebreider (10-15 vragen) en moeilijker geformuleerd. Bekijk dus of dit haalbaar is voor jouw cliënt.

Tip: Een overzicht van zowel Vlaamse als Nederlandse materialen om cliënten met middelengebruik en een (licht) verstandelijke beperking te informeren vind je in deze inventaris terug. Via www.vad.be/catalogus kan je de materialen van VAD downloaden of bestellen.



Succesfactoren

Of je informatie nu op een informele of formele manier brengt, aan individuele cliënten of in groep of misschien aan het netwerk van een cliënt, er zijn een aantal principes waarop je kan letten. Door deze tips in gedachten te houden, vergroot je de kans dat cliënten openstaan voor de informatie die je brengt en dat ze deze ook onthouden:

- Vraag altijd **toestemming** aan de cliënt voor je informatie geeft. Op deze manier verhoog je de betrokkenheid van de cliënt, geef je keuzemogelijkheden en respecteer je zijn autonomie.
- **Link** de informatie die je meegeeft zoveel mogelijk **aan de hulpvraag** van de cliënt.
- Blijf qua toon en inhoud objectief en feitelijk. **Benoem zowel voor- als nadelen van gebruik**. Door enkel over nadelen te spreken kom je niet geloofwaardig over én ga je voorbij aan de voordelen die het gebruik heeft voor de cliënt. Het benoemen van voordelen kan ook een ingangspoort zijn om samen met de cliënt na te denken over alternatieven voor middelengebruik, gamen of gokken. Als een cliënt op café drinkt om sociaal contact te hebben, kunnen jullie samen zoeken naar een hobby.
- **Doseer** de info die je geeft en stem deze zoveel mogelijk af op de cliënt (cognitief niveau, leefwereld, gebruik, ...). Spreek zoveel mogelijk de taal van de cliënt, maak gebruik van doe-activiteiten en visueel materiaal, geef telkens korte stukjes info mee, pas de tijdsduur van een sessie aan, ... Geef duidelijke boodschappen zonder te veel nuances.
- Gebruik bovendien **geen** dramatische, confronterende of **angstaanjagende boodschappen**. Die staan vaak namelijk zo ver af van de beleving of ervaring van cliënten dat ze zich er niet mee associëren. Dat kan contraproductief werken.
- **Vel geen waardeoordeel** over het gebruik. Als cliënten zich veroordeeld voelen, staan ze niet meer open voor de informatie die je geeft en de vragen die je stelt.
- Soms kan je op het eerste zicht de indruk hebben dat cliënten correct geïnformeerd zijn, maar blijkt dat toch niet het geval te zijn eens je verder doorvraagt. **Vraag dus altijd door** als begeleider en pik hierop in met de juiste informatie.
- Corrigeer verkeerde beeldvorming. Soms denken cliënten dat 'iedereen gebruikt' of dat 'iedereen zoveel drinkt'. Dit kan het geval zijn in hun directe omgeving, maar daarom geldt dit nog niet in het algemeen. Het aanleveren van **objectieve en actuele cijfers** over alcohol- en druggebruik is essentieel om deze sociale norm bij te sturen. Zo kan je verkeerde beeldvorming over alcohol- en ander druggebruik corrigeren.
- Focus op de **kortetermijngevolgen** van gebruik. Vooral voor jonge mensen en cliënten met een (licht) verstandelijke beperking is dit belangrijk. Zij denken vooral in het hier en nu, gevolgen op lange termijn lijken voor hen nog erg ver weg.
- **Herhaling werkt!** Voorlichting is een proces, met veel herhaling om informatie beter te laten doordringen. Op verschillende manieren hetzelfde vertellen, zorgt ervoor dat de cliënt de info beter kan onthouden. Ook samen vaardigheden oefenen (bv. nee leren zeggen) en alternatieven bespreken stimuleert dit.
- Zorg voor een **transfer** van de voorlichting/vorming naar het dagelijkse leven. Dat kan door vaardigheden samen met de cliënt in te oefenen of door een buddy in te schakelen (bv. ouders, vrienden, familie, begeleider, ..) waarmee iemand in het dagelijkse leven kan oefenen.

Tip: In 'Mijn cliënt en middelengebruik, gokken en gamen' vind je gespreksmethodieken om het gesprek aan te gaan over deze thema's. Een aantal van deze methodieken kan je ook in groep gebruiken. Dit staat steeds aangeduid bij 'alternatieven'.

De pijler educatie in praktijk brengen

Voorzie na het finaliseren van de stap ‘educatie (informeren en sensibiliseren)’ even de tijd voor tussentijdse evaluatie en om de implementatie van deze pijler voor te bereiden. Onderstaande checklist kan jullie hierbij ondersteunen.



- ☐ Is het duidelijk welke initiatieven genomen zullen worden?
- ☐ Passen de gekozen initiatieven in de algemene visie en de visie op middelengebruik in het bijzonder?
- ☐ Zijn de nodige materialen beschikbaar?
- ☐ Kennen de begeleiders de beschikbare materialen en weten ze hoe ze ermee aan de slag kunnen gaan?
- ☐ Voelen de begeleiders zich voldoende deskundig en comfortabel om rond deze thema’s te werken of is er nood aan vorming, ondersteuning, ...?
- ☐ Zijn er teamafspraken over de grenzen van vertrouwelijkheid tijdens groepsactiviteiten?
- ☐ Is de informatie te begrijpen voor en afgestemd op de noden en kwetsbaarheden van de doelgroep?
- ☐ Is de informatie zo objectief en volledig mogelijk?
- ☐ Zijn de initiatieven zo actief en interactief mogelijk?
- ☐ Maken we geen gebruik van waarschuwende en afschrikwekkende boodschappen? Een positieve benadering heeft meer effect.
- ☐ Wanneer evalueren we onze aanpak?
- ☐ Leg de evaluatiemomenten vooraf vast.
- ☐ Herhaal ze op regelmatige tijdstippen.



2.6 Omgevingsinterventies

Omgevingsinterventies ondersteunen de doelstellingen van het alcohol- en drugbeleid. Ze hoeven niet altijd alcohol- of drugspecifiek te zijn, maar dragen wel altijd bij tot een omgeving die gezonde keuzes stimuleert en het welbevinden van cliënten verhoogt. Omgevingsinterventies veranderen de fysieke omgeving, de infrastructuur de sociale omgeving of het (leef)klimaat. We maken een onderscheid tussen algemene omgevingsinterventies en middelenspecifieke omgevingsinterventies.

Algemene omgevingsinterventies

Naast begeleiding, kunnen ook omgevingsinterventies sterk beïnvloeden hoe cliënten evolueren: het onthaal, de inrichting van de leefomgeving, de sfeer in huis, contacten met medebewoners en andere begeleiders, … Alles wat de cliënt ervaart vanaf het moment dat hij met jullie dienst in contact komt, heeft een impact. Probeer binnen de dienst een positief klimaat te creëren dat groei bij de cliënten bevordert. Dit kan je doen door[3]:

1. Cliënten zoveel mogelijk **autonomie** te geven, zowel op het vlak van keuzes en inspraak, als op het vlak van verantwoordelijkheid voor eigen beslissingen:
   - Stimuleer het opnemen van verantwoordelijkheid.
   - Geef inspraak in de werking van de dienst: inrichting van de gemeenschappelijke leefruimtes, betrekken bij het uitwerken van het alcohol- en drugbeleid, …
   - Geef inspraak in het eigen begeleidingsproces door altijd keuzes aan te bieden.
   - Creëer ruimte voor maatwerk bij regels en afspraken.

2. Creëer een **warm en veilig klimaat** dat de behoefte aan verbondenheid ondersteunt:
   - Zet in op een sfeer van openheid, veiligheid en vertrouwen in de relatie met de cliënten.
   - Zorg dat middelengebruik bespreekbaar is.
   - Heb oog voor eventuele onveiligheidsgevoelens bij cliënten.
   - Heb in de begeleiding oog voor betekenisvolle relaties in het leven van een cliënt.
   - Respecteer de privacy van cliënten.

3. Zorg voor **een klimaat dat structuur biedt** en zo de behoefte aan competentie ondersteunt:
   - Leg zo helder mogelijk uit wat de cliënt van jou en de dienst mag verwachten.
   - Als begeleider en als team is het belangrijk een positieve visie te hebben op verandering en te geloven dat verandering altijd mogelijk is. Dit straal je uit in je begeleidingen, waardoor cliënten meer vertrouwen krijgen in hun eigen kunnen.
   - Benoem vooruitgang in begeleidingen, hoe klein ook.
   - Toets bij doorverwijzing voldoende af wat haalbaar is voor de cliënt, geef keuzemogelijkheden en formuleer samen de doelen zo realistisch mogelijk.

Meer inspiratie over een positief leefklimaat vind je op de website opgroeien.be.

[3] Gebaseerd op de Zelfdeterminatietheorie: Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). Vitamines voor groei: ontwikkeling voeden vanuit de Zelf-Determinatie Theorie. Acco.

Middelenspecifieke omgevingsinterventies

Omgevingsgerichte maatregelen stimuleren niet-gebruik of gebruik met een laag risico. Ze verminderen de kans dat er problemen ontstaan door (overmatig) gebruik:

- Zorg dat er geen alcohol aanwezig is in de gemeenschappelijke leefruimtes en bezoekruimtes.
- Hanteer een aangepast prijsbeleid in de cafetaria, waarbij alcoholische dranken duurder zijn dan andere dranken.
- Heb aandacht voor triggerende effecten van bijvoorbeeld bepaalde decoratie (lege flessen, posters, ...), bepaalde films, ...
- Zorg op festiviteiten en andere gelegenheden voor een uitgebreid aanbod aan alcoholvrije dranken.
- Informeer nachtwinkels in de buurt over de kwetsbaarheid van cliënten en vraag hen de wetgeving na te leven.
- Neem contact op met het lokaal bestuur als bijvoorbeeld blijkt dat nachtwinkels grote hoeveelheden alcohol verstrekken aan een kwetsbare doelgroep (minder- en meerderjarige cliënten).
- Informeer cafés met geldautomaten en gokkantoren in de buurt over de kwetsbaarheid van cliënten en vraag hen de wetgeving na te leven.
- Zorg dat de omgeving van de woning goed verlicht is.

Aan de slag

Wil je reflecteren over de mate waarin je werkcontext de behoefte aan autonomie, relationele verbondenheid en competentie van de cliënten bevordert? Je inleven in het traject dat een cliënt binnen je werking aflegt, is daarvoor een goede oefening. Op basis hiervan kan je verbeterpunten formuleren.

- Benoem de verschillende elementen van het traject, vanaf de aanmelding tot de eventuele afronding van de hulpverlening. Denk aan telefonisch contact, wachttijd, kennismakingsgesprek, verhuis en verblijf, begeleidingsgesprekken, informele contacten, verblijf in leefruimtes, verblijf in persoonlijke ruimte, samenleven/contacten met andere bewoners, afrondend gesprek, doorverwijzing, ...
- Stel je voor dat jij de cliënt bent. Hoe ervaar je deze verschillende elementen dan? Welke impact hebben ze op jouw behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie? Denk aan het contact met medewerkers en anderen, aan wat de cliënt gevraagd wordt te doen en aan de fysieke ruimte waarin dit plaatsvindt.
- Formuleer ten slotte welke verbeterpunten je ziet en wat je wil bereiken op deze punten.
- Je kan dit ook vragen aan de cliënten zelf. Bouw hierrond bijvoorbeeld enkele vragen in de (afrondende) gesprekken in.

Op het vlak van middelenspecifieke omgevingsinterventies kan je een opsomming maken van de maatregelen die al bestaan:

- op vlak van beschikbaarheid van middelen
- om gebruik binnen of in de omgeving van de werking te ontraden
- om de risico's van middelengebruik te beperken

Bekijk wat je nog meer kan doen en wat nog beter kan. Denk aan situaties waarin het misgelopen is. Wat kan je doen om de kans te verminderen dat dit zich opnieuw voordoet?

Je kan niet alle verbeterpunten tegelijk aanpakken. Maak een planning op:

- Welke punten zijn prioritair? Wanneer ga je wat aanpakken?
- Welke stappen wil je hiervoor zetten?
- Wie is verantwoordelijk voor welke stap?
- Wanneer ga je de genomen maatregelen evalueren?

De pijler omgevingsinterventies in praktijk brengen

Voorzie na het finaliseren van de stap ‘omgevingsinterventies’ even de tijd voor tussentijdse evaluatie en om de implementatie van deze pijler voor te bereiden. De checklist hieronder kan jullie hierbij ondersteunen.



- ☐ Is het duidelijk welke maatregelen we zullen nemen?
- ☐ Hebben we nagedacht over algemene én middelenspecifieke omgevingsinterventies?
- ☐ Passen de gekozen initiatieven in de algemene visie en in de visie op middelengebruik in het bijzonder?
- ☐ Houden de voorgestelde maatregelen rekening met de wetgeving?
- ☐ Zijn de maatregelen toepasbaar in de praktijk?
- ☐ Hebben we de maatregelen een plaats gegeven in ons kwaliteitsbeleid?
- ☐ Op welke manier communiceren we de maatregelen naar alle betrokkenen?
- ☐ Wanneer evalueren we de genomen maatregelen?
- ☐ Leg de evaluatiemomenten vooraf vast.
- ☐ Herhaal ze op regelmatige tijdstippen.

3.

Het invoeren en evalueren van het alcohol- en drugbeleid

3. Het invoeren en evalueren van het alcohol- en drugbeleid

Om een alcohol- en drugbeleid in te voeren, hoef je niet te wachten tot alle vier de pijlers zijn uitgewerkt. Staat bijvoorbeeld de pijler 'afspraken en regels' al op punt? Dan kan je het resultaat voorleggen aan je collega's en cliënten en deze pijler in de praktijk beginnen toe te passen. Een dergelijk zichtbaar tussentijds resultaat motiveert niet enkel de werkgroep om verder te werken, maar draagt ook bij tot het behouden en versterken van het draagvlak bij het hele team. Het geeft het team ook de mogelijkheid om bij te sturen als er bepaalde knelpunten of goede praktijken naar voren komen. Houd mogelijke incidenten bij om hier in de toekomst op in te spelen.

Je kan ook wachten om het alcohol- en drugbeleid in te voeren tot alle pijlers zijn uitgewerkt en samen met de visie werden samengebracht in één alcohol- en drugbeleidsplan. Dit communiceer je dan naar alle betrokkenen. Tegelijk ga je na welke initiatieven er nodig zijn om de implementatie van het beleid te ondersteunen. Mogelijk heb je tussendoor ook al nagedacht hoe je het beleid bekend ging maken bij medewerkers en cliënten, of er vorming of ondersteuning nodig is voor medewerkers, en hoe en wanneer je een pijler wilt evalueren...

Hoe gemotiveerd het team ook is om het alcohol- en drugbeleid in te voeren en toe te passen, een aantal richtvragen moet beantwoord zijn om het te doen slagen:

- Heeft het team nood aan deskundigheidsbevordering om de verschillende rollen in het kader van een alcohol- en drugbeleid te kunnen opnemen (bijvoorbeeld motiveren, grenzen stellen, ...)?
- Hoe kunnen we het beleid verder bekendmaken?
- Hebben we de nodige methodieken en materialen in huis om cliënten te informeren en te sensibiliseren?
- Is er ruimte om persoonlijke contacten te leggen met andere hulpverleners (netwerken), bijvoorbeeld in functie van consult of doorverwijzing?
- Is er een aanspreekpersoon binnen de dienst voor alles wat met middelengebruik en/of het alcohol- en drugbeleid te maken heeft?
- Werd het alcohol- en drugbeleid ingebouwd in bestaande documenten en werkinstrumenten? Denk aan het kwaliteitsbeleid, huisreglement, ...
- Wat hebben we ondernomen om het draagvlak voor het beleid bij alle teams te vergroten? Hoe kunnen we hier nog extra op inzetten?
- ...

Hiervoor kan je ook teruggrijpen naar de checklists per pijler waarmee je naging of de randvoorwaarden vervuld zijn om de verschillende pijlers te kunnen invoeren en toepassen.

Ook bij de implementatie van het alcohol- en drugbeleid heeft de werkgroep die het beleid uitwerkte nog een rol te spelen: activiteiten opvolgen en eventueel bijsturen, het draagvlak en de planning bewaken en feedback op het beleid verzamelen.

Spreek een periode af waarna jullie het beleid een eerste keer evalueren en bijsturen. Spreek af wie in deze periode alle vragen en bedenkingen verzamelt, zodat een systematische opvolging op korte termijn mogelijk is.

Alleen door te evalueren kan je nagaan of de invoering van het alcohol- en drugbeleid resultaten oplevert en tegemoetkomt aan de vastgestelde knelpunten. Cliënten en medewerkers blijven veranderen, hierdoor is een beleid nooit af. Blijf dus altijd openstaan voor updates en bijsturing. Evaluatie geeft bovendien de betrokkenheid en motivatie een nieuwe impuls.

Het beleid levend houden op lange termijn

De betrokkenheid en de motivatie rond een beleid nemen na een tijd onvermijdelijk af: er is minder aandacht, er zijn nieuwe prioriteiten, het personeelsbestand is continu in evolutie, … Je kan hierop anticiperen aan de hand van een aantal acties:

- **Organiseer regelmatig een vorming over het thema**: dit geeft je medewerkers de mogelijkheid om opgedane kennis te onderhouden, vaardigheden in te oefenen en mee te zijn in nieuwe evoluties op vlak van middelengebruik, gamen en gokken.
- **Voorzie variatie in het vormingsaanbod**: zorg zowel voor introductiesessies voor nieuwe medewerkers als diepgaande vormingen voor andere medewerkers (bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering).
- **Verwerk het alcohol- en drugbeleid in het onthaalpakket van nieuwe medewerkers**: zo zijn ze op de hoogte van welke afspraken en regels er gelden rond gebruik, wat hun rol is in begeleidingen en welke informatie en methodieken er beschikbaar zijn om cliënten te informeren en te sensibiliseren.
- **Agendeer het thema jaarlijks** op een themavergadering of tijdens cliëntbespreking.
- **Plan op regelmatige basis een evaluatie** van het beleid en stuur bij waar nodig.
- **Stel een verantwoordelijke/aanspreekpersoon aan** voor het alcohol- en drugbeleid.

4.

Advies en hulp

4. Advies en hulp

Vraag naar coaching, advies, vorming

Je kan zelfstandig met dit draaiboek aan de slag gaan, of je kan je laten **coachen** door een **preventiewerker tabak, alcohol en andere drugs (TAD)**, verbonden aan een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in je regio. In sommige regio's zijn ook lokale preventiewerkers actief met een gelijkaardig aanbod.

Een preventiewerker is een neutrale procesbegeleider, levert expertise over het thema en helpt een dienst bij de ontwikkeling van een beleid. Verwacht geen pasklare antwoorden, maar wel ondersteuning bij het uitstippelen van een route op maat van jullie dienst. Preventiewerkers kunnen ook een inleidende vorming geven, zodat jullie zo goed mogelijk voorbereid aan jullie traject beginnen. Maar ook met **consultvragen** en voor **vorming op maat** van je team kan je bij hen terecht.

> *"Het is een meerwaarde voor ons dat we kunnen rekenen op een externe coach. De coach staat hier objectiever in en kan ons meer uitdagen. Ze kan meer benoemen wat ze ziet en opmerkt."*

Voor consult bij een individuele casus kan je ook terecht bij de alcohol- en drughulpverlening.
De contactgegevens van preventiewerkers en alcohol- en drughulpverlening in je regio vind je terug op www.vad.be/doorverwijsgids. Je staat er dus niet alleen voor!

Informatie over middelengebruik, risicovol gokken of gamen

- Op deze pagina vind je een overzicht van alle **materialen** voor organisaties die werken met **mensen met een verstandelijke beperking**.

- Op www.druglijn.be vind je zowel **productinformatie als kennis- en zelftesten** over alcohol, cannabis en andere illegale drugs, psychofarmaca, gamen en gokken. De Druglijn richt zich tot het grote publiek en heeft ook specifieke informatie voor mensen die middelen gebruiken, voor hun omgeving, ...



Meer weten?
Deze inventaris bundelt alle nuttige informatie en tools uit Vlaanderen en Nederland: methodieken, interventies, praktische tools voor gesprekken, ... Als organisatie vind je er ondersteuning om een visie uit te werken. De inventaris bevat ook een overzicht van literatuur, boeken en richtlijnen.

- www.vad.be richt zich tot professionelen. Je vindt er meer gespecialiseerde productinfo, cijfergegevens, materialen en methodieken, een doorverwijsgids, ...

- VAD biedt **online vormingen** aan over diverse thema's op het VAD-vormingsplatform via: vormingen.vad.be/online-aanbod/. In de online cursus 'Een kwaliteitsvol alcohol- en drug-beleid' sta je stil bij wat een kwaliteitsvol alcohol- en drugbeleid in een organisatie inhoudt, hoe je ermee aan de slag gaat en wie je erbij kan helpen. Er zijn ook verschillende modules die productinfo bieden en modules die dieper ingaan op het ontstaan en evolueren van middelenproblemen. Zeker aan te bevelen in het kader van visieontwikkeling is de module 'Ontstaan van middelgerelateerde en verslavingsproblemen: een dynamisch proces'.
- Er worden ook vormingen georganiseerd in het VAD-gebouw. Daarvan zijn bijvoorbeeld de 'Basisvorming voor hulpverleners in de alcohol- en drughulpverlening' en de 'Basisvorming motiverende gespreksvoering' interessant.

- Voor juridische vragen over het omgaan met vertrouwelijke informatie (beroepsgeheim, schuldig verzuim, verontrusting, ...) kan je de 'Juridische handvatten voor alcohol en drugs in zorg en welzijn' raadplegen op de website van VAD.

Al deze info is ook terug te vinden in de ondersteunende fiches:
'Middelengebruik, gamen, gokken en beperking voor begeleiders' en
'Middelengebruik, gamen, gokken en beperking voor hulpverleners in de verslavingszorg en ggz'.

Colofon

Auteur

Joyce Borremans, VAD-stafmedewerker VAPH, psychofarmaca
Kaatje Popelier, VAD-stafmedewerker psychofarmaca

Met dank aan

leden van de VAD-werkgroep middelengebruik en beperking
Claire Vekemans, vzw OpWeg, Herentals
Philip Van Everdingen, Oikonde vzw, Mechelen
Leen Jochems, Thuisbegeleidingsdienst Kadodder, Zoersel
Joke Hoedt en Nele Doolaeghe, Groep Ubuntu, Zwevegem
Sylvie Bastiaens, Orthopedagogisch Centrum Clara Fey

Lay-out

Mojoville [www.mojoville.be]

Verantwoordelijke uitgever

Dr. Hendrik Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

© 2026

VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be
Ondernemingsnummer: 0424.327.587.
RPR Brussel

Het gebruik van (delen van) deze publicatie is toegestaan mits behoud van visie en doelstellingen van de publicatie, met duidelijke bronvermelding en als er geen financiële winst mee beoogd wordt.

VAD

VLAAMS EXPERTISECENTRUM
ALCOHOL EN ANDERE DRUGS