

OOK MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING KUNNEN IN DE PROBLEMEN GERAKEN MET ALCOHOL OF DRUGS...

Vijf hefboomen om de handelingsverlegenheid te doorbreken

Peter DE BRUYN¹

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een alcohol- of drugsprobleem is een gedeelde zorg van zowel de sector van de gehandicaptenzorg als de verslavingszorg. In de praktijk zien we evenwel dat deze zorg (nog te) weinig gemeenschappelijk gedragen wordt. De afstemming tussen voorzieningen uit beide sectoren blijft erg beperkt. Ieder doet zijn eigen ding, met de eigen methodieken en vanuit de vertrouwde opvattingen. Hier speelt geen onwil mee, wel een gebrek aan vertrouwdheid met elkaars doelgroep, werkwijze en voorzieningen.

Gedurende een aantal jaren heb ik in vormingen gepoogd om een aantal 'basics' uit de verslavingszorg te vertalen naar het werkveld van de gehandicaptenzorg. Dit resulteerde in vijf hefboomen die we in dit artikel verder toelichten. Het is onze overtuiging – en ondertussen ook onze ervaring – dat deze hefboomen in beide richtingen kunnen werken. Om in de verslavingszorg

een antwoord geven op de hulpvragen van de groeiende groep van verslaafden met een verstandelijke beperking, moeten ook hier grenzen verlegd, nieuwe inzichten binnengehaald en drempels verlaagd worden.

Een casus ter kennismaking

Eddy meldde zich aan voor een crisisprogramma in de verslavingszorg. Dat is een programma van een zestal weken, gericht op ontwennen, motiveren en verdere indicatiestelling met oriëntering. Hij had zelf getelefoneerd. Van op het bureau van de maatschappelijk werker van het OCMW. Die had hem gezegd dat dit zo hoort bij een afkickcentrum, dat hij zelf initiatief moest nemen.

De medewerker van het ontwenningencentrum, die het intakegesprek deed, schrok wel

¹ De auteur is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Hij werkt 25 jaar in de residentiële verslavingszorg en was betrokken bij opleidingsinitiatieven rond verstandelijke beperking en verslaving bij Vibeg, Handicum, Popov, Sen Limburg en VAD. Contact: pdb.therapie@hotmail.com.

even. Niet van Eddy's behoorlijk verwaarloosde uiterlijk. Zij was wel wat gewend. Maar het was wel moeilijk praten met Eddy. Bij veel van haar vragen keek hij alsof hij haar niet verstond. Met moeite kon zij zijn verhaal reconstrueren.

Zij begreep dat hij naar school was gegaan in het BuSO. Eddy was er enkele jaren op internaat geweest. Hij gebruikte toen reeds cannabis. Hij was geen uitzondering. Vanaf zijn 18 jaar werd het verhaal chaotisch. Een periode van begeleid zelfstandig wonen was al vroeg mislukt. Een broer en een neef van Eddy gebruikten zijn studio om er te dealen. Hij kwam op straat terecht. Hij verbleef verschillende keren in onthaalcentra voor thuislozen, telkens voor een korte periode. Meestal moest hij vertrekken omdat hij betrapt werd met drugs. Andere keren bleef hij gewoon weg. De periodes tussenin verbleef hij bij kameraden, soms ook bij familie. Als hij helemaal aan de grond zat, stuurde de familie hem naar het OCMW. Het was weer eens zo ver. Op het OCMW vond men dat er nu wel echt iets moest gebeuren. Daarom had hij zich voor een opname moeten aanmelden.

Eddy zat er gelaten bij. De intakemedewerkster belde het OCMW. De maatschappelijk werker van het OCMW bevestigde aan de telefoon Eddy's verhaal in grote lijnen. Zij bevestigde ook dat Eddy inderdaad verstandelijk beperkt is.

"Als u hem al lang kent, kan u mij misschien ook helpen om wat meer zicht te krijgen op wat en hoeveel Eddy gebruikt, en sinds hoe lang," vroeg de intakemedewerkster nog.

"Ai, hierover kan ik niet zoveel zeggen. Ik ken Eddy wel, maar van drugs en zo weet ik weinig af. Ik voel me dan ook weinig op mijn gemak om het met hem daarover te hebben. Ja, ik heb hem gestuurd om hem zelf zijn verhaal eens te laten doen. Ik had trouwens ook schrik dat, wanneer ik hem op voorhand zou aanmelden,

jullie hem al direct zouden weigeren. Ik had horen zeggen dat jullie mensen met een verstandelijke beperking eigenlijk niet opnemen, dat mensen, om bij jullie mee te kunnen, zich verbaal goed uit de slag moeten kunnen trekken. Klopt dit trouwens?"

"Wel, als we Eddy hier zouden opnemen, zal dat wel niet zo simpel zijn voor hem. Hij draait dan 24 uur op 24 mee in een groep, waar heel wat zelfredzaamheid wordt verwacht. Ik vraag mij eerlijk gezegd af of hij dit wel zal aankunnen. Zou hij niet meer baat hebben bij een ambulante begeleiding als een eerste stap in de drugshulpverlening?"

"Maar neen, mevrouw. Deze man moet direct van de straat. Een opname is echt nodig. Trouwens, klopt het dat een opname bij jullie vrijwillig is en mensen van de ene dag op de andere kunnen vertrekken?"

"Inderdaad, wij zijn geen voorziening die mensen met of tegen hun zin bijhoudt. Eigen verantwoordelijkheid geldt bij ons voor iedereen. En als mensen een basisregel overtreden, gaan ze eruit."

"Ai, maar kom, laten we toch niet direct het ergste denken... Jullie nemen hem toch wel op, mag ik hopen? Het is de eerste keer dat ik hem voor een opname gemotiveerd kreeg. Het is nu of nooit."

"Ik geloof best dat Eddy wel echt een opname wil. Maar verwacht toch niet alles van deze ene opname. Wij weten uit ondervinding dat motivatie soms erg kan wisselen. Vaak moet motivatie groeien, over verschillende opnames heen, met ups en downs."

"Als ik dat zo hoor, zijn jullie helemaal niet zeker dat hij na die zes weken clean blijft. Maar hoe krijg ik hem dan ergens weer binnen? In

de meeste woonvormen geldt voor drugs een nultolerantie. Voorzien jullie dan toch iets voor na die zes weken?"

Clënten die tussen wal en schip vallen en handelingsverlegenheid bij hulpverleners

Mensen zoals Eddy zijn al lang geen uitzondering meer. Drugs zijn veel gemakkelijker verkrijgbaar geworden voor iedereen, dus ook voor mensen met een verstandelijke beperking. Onderzoek geeft aan dat sinds de vermaatschappelijking van de zorg, het vóórkomen van middelenmisbruik binnen de groep van (licht) verstandelijk gehandicapten niet meer wezenlijk verschilt van dat binnen de algemene bevolking². We worden ermee geconfronteerd binnen de voorzieningen voor begeleiding van personen met een handicap (VAPH) en ook binnen de algemene welzijnszorg. Binnen deze circuits vindt men niet steeds gepaste antwoorden voor de problemen van middelenmisbruik en de bijhorende leefstijl en gedragsproblemen. En de drempel naar de gespecialiseerde voorzieningen in de verslavingszorg is vaak nog te hoog.

Dit betekent niet dat binnen de verslavingszorg er geen cliënten met een laag IQ zouden voorkomen. Ze zijn er zeker, maar ze lopen meestal niet te koop met hun beperkingen. Sommigen slagen er beter dan Eddy in om hun beperking te camoufleren. Zij komen er dan wel terecht, maar krijgen een behandeling of hulp die onvoldoende beantwoordt aan hun noden. Zij haken bijgevolg nog frequenter dan andere verslaafden, vervroegd af.

De groep van verslaafden met een (lichte) verstandelijke beperking dreigt dus tussen wal en

schip te vallen. Zij blijven een tijdlang 'beneden de waterlijn'. Hun probleem wordt, uit vrees om er geen gepast antwoord op te hebben, niet of nauwelijks ter sprake gebracht. Soms wordt het probleem zelfs niet herkend of niet in zijn ernst erkend. In elk geval bestaat een reserve om gepast op te treden, een 'handelingsverlegenheid'. In de VAPH-voorzieningen of andere welzijnszorgvoorzieningen wordt in bochtjes rond het verslavingsprobleem gelopen. Men weet er weinig van (zoals de begeleidster van Eddy het zelf zegt) of men wil het zelfs liever niet geweten hebben. In de verslavingszorg blijft de verstandelijke beperking bij een aantal cliënten onopgemerkt en worden de problemen in het functioneren toegeschreven aan schoolse achterstand als gevolg van het middelengebruik op jonge leeftijd of aan een gebrek aan motivatie.

“Men wil het probleem zo snel mogelijk doorschuiven: het middelenmisbruik van de (licht) mentaal gehandicapte naar de verslavingszorg, de verstandelijke beperking van de verslaafde naar de gehandicaptenzorg.”

Door dit doen-alsof-het-er-niet-is, wordt nagelaten om de gepaste behandeling of zorg te geven en dijt het miskende probleem verder uit. Op het moment dat het probleem dan toch boven water komt en niet meer verder kan ontkend worden, wil men het liefst zo snel als mogelijk doorschuiven naar de andere kant: het middelenmisbruik van de (licht) mentaal gehandicapte naar de verslavingszorg, de verstandelijke beperking van de verslaafde naar de gehandicaptenzorg. Men veronderstelt dat daar de deskundigheid wel aanwezig is. Men rekent

2 Geus, R., Kwiek-de Vries, M., van der Nagel, J. en Sieben, G. (2009), Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek. In: Rutten, R., Loth, C. en Hulshoff, H., *Verslaving*, Reed Business, Amsterdam.

er op dat het probleem – en de cliënt – wordt overgenomen. Men wil niet enkel een oplossing voor het probleem, men wil er ook van af. En jammer genoeg geldt hetzelfde voor de cliënt.

Van waar komt deze handelingsverlegenheid?

In de verslavingszorg heeft men de zorg uitgebreid naar complexe problemen van dubbeldiagnose. Vaak werkt men er met mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen of zware psychiatrische ziektes. Maar zelfs in settings die zich specifiek op deze problemen richten, blijft verstandelijke beperking als uitsluitingscriterium gehanteerd. Wat maakt het zo moeilijk om de hulpverlening ook aan te passen voor mensen met een verstandelijke beperking?

Professionals in de VAPH-sector voelen zich perfect in staat om te handelen op zeer uiteenlopende terreinen van het dagelijkse leven van hun cliënten. Vaak delicate onderwerpen als financies, relaties, seksualiteit... vegen zij niet onder de tafel. En op deze terreinen kan en durft men ook te interveniëren. Maar bij misbruik van middelen en verslaving, en zeker als het gaat om illegale drugs, blijkt dit plots niet meer te lukken. Hiervoor kijkt men naar de gespecialiseerde hulpverlening; en die moet het oplossen. Hoe komt het dat al de ervaring die in deze hulpverleningssector aanwezig is, zowel rond verstandelijke beperking als rond allerlei gedragsproblemen, plots niet meer volstaat om op een bevredigende manier om te gaan met problemen in het middelengebruik?

Ongetwijfeld speelt hier een gebrek aan kennis mee, evenals het minder vertrouwd zijn met bepaalde methodieken. Maar er speelt ook méér mee. Men is ook te weinig vertrouwd met de andere sector, wat vaak leidt tot een stereotiep beeld. Soms gaat het hierbij gewoon om

verouderde en onjuiste clichés (zoals 'je moet jezelf aanmelden, anders word je gezien als ongemotiveerd'), maar naast deze gemakkelijk te weerleggen clichés is er ook sprake van een heuse cultuurkloof tussen beide sectoren. In de verslavingszorg is men gewend om te gaan met deviant gedrag: het stellen en hanteren van duidelijke grenzen maakt er deel uit van de behandelcultuur. Men hecht ook veel belang aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt voor de keuzes die hij maakt. Dit brengt echter met zich mee dat men in deze sector zwakker staat als het erop aankomt de continuïteit van de zorg te verzekeren. (De maatschappelijk werker die Eddy aanmeldt is dan ook – terecht – bezorgd over wat met Eddy moet gebeuren als hij tegen advies zou vertrekken of een schorsing zou oplopen).

In de gehandicaptenzorg is vooral het omgaan met beperkingen een vertrouwd gegeven. Bijgevolg is men daar juist sterk in het verzekeren van de continuïteit van de zorg en het (steeds weer) scheppen van kansen. Wat hier haast onvermijdelijk mee samenhangt is dat men zwakker is in het stellen van grenzen. Gekeken door de bril van de verslavingszorg, sta ik er soms versteld van hoeveel de hulpverleners verdragen van hun drugsgebruikende, zwakbegaafde cliënten, vanuit de overtuiging dat men "koste wat het kost dit contact moet behouden, anders kan hij nergens meer terecht."

Vaak staat men argwanend tegenover elkaar omwille van de zwaktes die men aan de overkant opmerkt. Wie niet oppast, verzeilt al gauw in discussies over het eigen gelijk.

Naast deze cultuurkloof zijn er ook een aantal structurele hindernissen. Onvoldoende kennis van elkaars werkingen en procedures roepen vaak onnodige ergernissen op. Zelfs als er afspraken bestaan op instellings- of sectorniveau, is de nodige kennis van de sociale kaart en van

de doorverwijsmogelijkheden daarom nog niet steeds waar ze moet zijn, nl. bij de individuele hulpverlener. Deze blijft dan al te vaak hangen in een houding van 'de drempel is te hoog, ik krijg mijn cliënt nooit doorverwezen.' Deze attitude is weinig bevorderlijk om op zoek te gaan naar advies of ondersteuning.

Hoe doorbreken we de handelingsverlegenheid?

Het doorbreken van deze handelingsverlegenheid vraagt een inspanning op meerdere vlakken. Hieronder stellen wij vijf 'hefbomen' voor die ons kunnen helpen om vastgelopen situaties te deblokkeren.

Eerste hefboom: kennis

Kennis kan zeker bijdragen tot het doorbreken van de handelingsverlegenheid. Vooreerst is er de kennis over verslaving. Hierover bestaan meerdere theorieën en modellen. Deze hier bespreken zou ons te ver leiden. Toch wil ik hier twee elementen aanstippen die voor de werking met (licht) verstandelijk gehandicapte gebruikers belangrijk kunnen zijn.

In de eerste plaats moet gesteld worden dat niet alle problemen met het gebruik van alcohol of drugs het etiket 'afhankelijkheid' of 'verslaving' verdienen en ook geen sterk gespecialiseerde hulp of opname voor ontwenning behoeven. Voor het zover is, is er meestal sprake van 'experimenteren', 'regelmatig gebruik', 'problematiese gebruik' en 'misbruik'. Problemen in deze vroegere stadia, die veel frequenter voorkomen, verdienen wél aandacht (zeker bij een kwetsbare groep als deze), maar daarom niet steeds een doorverwijzing naar een sterk gespecialiseerde setting!

“ **Niet alle problemen met het gebruik van alcohol of drugs verdienen het etiket 'afhankelijkheid' of 'verslaving' en behoeven gespecialiseerde hulp of opname.** ”

Ten tweede moeten we goed beseffen dat, hoewel vele behandelingsvormen in de verslavingszorg erg verbaal zijn, de rol van bewuste denkprocessen in verslaving en de behandeling ervan niet mag overschat worden. De ernstige problemen in het middelengebruik, afhankelijkheid en verslaving, hebben wezenlijk te maken met controleverlies en gewoontevorming. Bewuste reflectie, denken en taal, spelen dus niet zo'n erg grote rol, ook niet bij normaal begaafde mensen. Herstel vraagt het verwerven van nieuwe, gezonde gewoontes. Bij het uitwerken van deze nieuwe gewoontes kan reflectie helpen, maar om nieuwe gezonde gewoontes te installeren is vooral oefening en herhaling nodig. En juist rond deze vormen van leren bestaat heel wat ervaring binnen de gehandicaptenzorg!

Naast kennis over verslaving verwachten mensen ook vaak veel van kennis over de verschillende producten. Deze kennis kan je gemakkelijk opzoeken: koepelorganisaties van de verslavingszorg bieden op hun websites zeer toegankelijke informatie aan over verschillende producten, hun werking en effecten, de risico's, signalen van gebruik... Zo zijn de website van de VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen; zie: www.vad.be of www.druglijn.be) en de website van de Nederlandse tegenhanger ervan, het Trimbosinstituut (www.trimbos.nl), zeker een bezoekje waard.

Kennis over producten en hun effecten moet bij deze doelgroep met de nodige voorzichtigheid aangewend worden: deze effecten kunnen vaak versterkt worden door bijkomende proble-

matiek (zowel de verstandelijke beperking als sociaal-emotionele en psychiatrische problematiek) of door de interactie met voorgeschreven medicatie.

Kennis kan helpen, maar zeker bij deze doelgroep mag het belang van kennis, onder meer voor preventieve doelen, niet overschat worden. Een overaanbod aan informatie kan soms zelfs contraproductief werken. Bij deze doelgroep is het belangrijk zich ervan te verzekeren dat de boodschap juist begrepen wordt. Er is echter weinig informatie voor deze doelgroep aangepast. Bij het Trimbosinstituut vind je een reeks productbrochures, 'zonder flauwekul' genoemd, speciaal opgemaakt voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. De VAD paste er twee aan de Belgische situatie aan: 'Alcohol zonder boe of bah' en 'Cannabis zonder boe of bah'. Ze zijn te vinden op de twee eerder genoemde websites.

Een belangrijke bron van kennis is ook steeds de 'ervaringskennis' van de cliënten. Door met hen te spreken over hun gebruik, komt een schat aan informatie naar boven over plaatselijke gewoontes, prijzen, milieus, kortom over hún specifieke gebruikerswereld.

Tweede hefboom: vaardigheden

Ook van het verwerven van vaardigheden verwacht men veel om beter te kunnen omgaan met problemen in het gebruik van middelen. Aan drie vaardigheden wil ik hier aandacht geven: het bespreekbaar stellen van gebruik, het motiveren en het doorverwijzen.

(Problemen in) het **middelengebruik detecteren en ter sprake brengen** is een eerste stap

en een wezenlijk onderdeel van 'vroeginterventie', het niet specialistisch tussenkomen tijdens de eerder genoemde vroege stadia van middenproblematiek³.

Bij het bespreken van alcohol- of drugsproblemen is het belangrijk oprecht geïnteresseerd te zijn. Laat je niet afschrikken door het feit dat je cliënten beter vertrouwd zijn met de producten, het gebruikersmilieu en de gewoontes. Laat je door hen informeren over hún wereld. Je doet op deze manier zelf extra kennis op en je verhoogt het gevoel van competentie bij je cliënten. Bovendien blijf je ook uit een kat-en-muis-spel, dat ontstaat wanneer je mensen enkel maar wil betrappen.

Bespreek het gebruik van alcohol of drugs ook tijdig. Wacht niet tot het een dringend probleem is geworden. Het is goed de gewoonte te hebben met je cliënten te spreken over hun alcohol- of drugsgebruik vóór zich lastige beslissingen aandienen. Wacht ook niet tot de herinnering vervaagd is. Bespreek gebeurtenissen wanneer ze nog 'vers' zijn. Zowel bij problematische gebruikers in het algemeen, als bij mensen met een verstandelijke beperking vervaagt de herinnering (vooral dan aan de negatieve aspecten) zeer snel!

Bij het bespreken van (problemen in) het gebruik van alcohol en drugs, is het van belang om concreet te blijven. Verhullend en vergoelijkend taalgebruik liggen immers in de lijn van de gewoonte, zowel van de verslaafde die de ernst van zijn alcohol- of druggebruik tracht te minimaliseren, als van de persoon met een verstandelijke beperking die tracht te verhullen wat hij moeilijk begrijpt of verwoordt. Hou je daarom bij de zeer concrete vragen als wat, waar, wanneer, met wie, hoeveel? Stel je niet tevreden

3 VAD (2007), *Vroeginterventie bij riskant en / of problematisch middelengebruik*. Referatenbundel van de VAD studiedag over alcohol en andere drugs, 21-11-2007.

met nietszeggende antwoorden als “genoeg, maar niet te veel”, “niet echt erg”, “dat valt wel mee”... Tracht samen met je cliënten een beeld te krijgen over hoeveel zij gebruiken. Registratie hoeft niet complex te zijn: veel mensen kunnen streepjes zetten, of je kan samen uitzoeken hoeveel geld werd opgedaan op een avond, hoe lang iemand op café heeft gezeten; het leeggoed van een week kan verzameld worden...

“**De verslaafde tracht de ernst van zijn alcohol- of druggebruik te minimaliseren, en de persoon met een verstandelijke beperking tracht te verhullen wat hij moeilijk begrijpt of verwoordt.**”

Bij dit alles is een open en eerlijke houding van belang: niet enkel focussen op de nadelen, ook de voordelen mogen ter sprake komen, want daarvoor gebruiken mensen net. Je kan niemand beschermen tegen de negatieve gevolgen door ze te verzwijgen, en je hoeft dat ook niet te doen.

Dergelijke open en eerlijke houding is trouwens een ideale voedingsbodem voor een **motiverende en veranderingsgerichte gespreksvoering**⁴. Deze manier van werken gaat uit van een visie op motivatie en verandering. Motivatie wordt niet gezien als ‘alles-of-niets’ of ‘het is nu of nooit’, zoals Eddy’s begeleidster het verwoordt, maar als een proces dat loopt over verschillende (zes) stadia, waarvan de ‘actieve verandering’ er slechts één is. Hieraan gaan stappen vooraf. Vaak begint het bij externe druk, maar externe druk volstaat meestal niet. Zelfs het ge-

vecht met degene die deze druk geeft, is een eerste stap in het motivationele proces, waarna iemand voor zichzelf naast de voordelen, ook de nadelen van het gebruik voor zichzelf kan beginnen te zien. De externe druk die mensen ondervinden vanuit hun omgeving, is vaak de motivatie waar je zal moeten bij aanknopen. Al is er dan nog een lange weg te gaan, waarbij je het ritme van de cliënt dient te volgen. Bovendien is motiveren een circulair gebeuren: een terugval is niet steeds uit te sluiten. Terugvallen zijn wel een kans om (telkens) weer te beginnen, met een ervaring rijker. Motivatie groeit zo geleidelijk in een opwaartse spiraal, als een draaitrap.

De term motiverende ‘gespreksvoering’ hoeft niet af te schrikken, ook niet voor iemand die werkt met mensen met een verstandelijke beperking. Het gaat niet om spitsvondige manieren van redeneren, maar het zijn vooral enkele houdingsaspecten die voorop staan.⁵ Motiverende gespreksvoering is een combinatie van enerzijds empathie tonen, aansluiting maken bij wat de cliënt zelf belangrijk vindt, bij de eigen waarden van de cliënt, en anderzijds discrepantie verhogen: de cliënt tot het inzicht, of beter nog tot de ervaring, laten komen dat hij zijn waarden door te gebruiken niet echt realiseert. Zo groeien én het probleembesef én de bereidheid om te veranderen.

Een tweede algemeen principe is het ondersteunen van competentie en zelfwaarde: slechts wie zich de moeite waard vindt en zich competent genoeg acht, zal willen en kunnen veranderen. Een derde principe is dat weerstand niet met weerstand wordt beantwoord.

4 Verdere informatie, zowel over de achterliggende visie als over de algemene principes van de motiverende gespreksvoering is terug te vinden op het e-learning project ‘het huis’ op de website www.vad.be.

5 Deze visie op motivatie en verandering wordt op vele terreinen toegepast en zij werd ook vertaald naar het werkveld van personen met een verstandelijke beperking. Vb. Verschoren, B. (2009) *Verslaving en verandering. In het werkveld beschermd wonen*. Eindwerk Graduaat Orthopedagogie, HOKTSP.

Bespreekbaar stellen en motiverende gespreksvoering zijn ingrediënten van vroege of korte interventies, die vaak zeer effectief worden toegepast door professionals buiten de verslavingszorg, in vroege stadia van problemen met het middelengebruik. Toch kan het soms nodig zijn om te **verwijzen naar de gespecialiseerde zorg**. Volgende belangrijke uitgangspunten dienen hierbij voor ogen gehouden te worden.

Verwijzen is geen einddoel of ultieme oplossing. Het is een wel overwogen stap die men zet binnen een vaak langdurig proces, op maat van de cliënt. Een goede doorverwijzing wordt voorafgegaan door een goede voorbereiding. Een doorverwijzing blijft achteraf ook opvolging vragen, zeker bij de doelgroep van (licht) verstandelijk gehandicapten. Met de behandelaar kunnen best goede afspraken gemaakt worden rond eventuele terugkeer en over de condities waaronder deze mogelijk is. Ook de verdere nazorg dient zorgvuldig voorbereid te worden.

Op het moment van de doorverwijzing neem je als hulpverlener zelf de zaak in handen. Maak er een gedeelde verantwoordelijkheid van, en neem de verantwoordelijkheid niet (volledig) uit handen van de cliënt. Het is belangrijk de cliënt te betrekken bij de voorbereiding en hem op voorhand duidelijke informatie te geven over de aard van de hulpverlening, over de procedures van contactname en intake die hem te wachten staan... Uiteindelijk is het ook de cliënt zelf die in actie zal moeten komen. Je kan dit niet in zijn plaats doen, maar je kan wel interesse tonen voor de stappen die hij zet en hem ondersteunen en bekrachtigen bij de vorderingen die hij maakt.

Bij dit alles blijven de principes van de motiverende gespreksvoering gelden. Het tempo van het veranderingsproces bij de cliënt kan niet geforceerd worden. Als de doorverwijzing vast-

loopt is dit (niet steeds, maar wel vaak) gevolg van het feit dat de hulpverlener te snel wil gaan, terwijl de cliënt nog niet toe is aan (deze stap van) verandering.

Derde hefboom: attitude

Het is vanuit de zorgcultuur van de gehandicaptenzorg niet steeds voor de hand liggend of gemakkelijk om op te treden bij of in te gaan tegen verslavingsgedrag. Het zal soms nodig zijn om anders te durven denken over wanneer en hoe je iemand voor zijn eigen verantwoordelijkheid stelt. Blijf je eindeloos kansen geven of stel je grenzen? Confronteren is niet fijn en soms moeilijk.

Het is niet de bedoeling van dit artikel om te overtuigen of een principiële discussie te voeren over attitudes, maar soms zijn het juist deze attitudes en de achterliggende overtuigingen die een sterke rem leggen op de mogelijkheid om efficiënt op te treden. En dan kan het een opluchting zijn om te zien dat een andere attitude mogelijk is, en daarvoor open te staan. Het kan helpend zijn wanneer men bij zichzelf en bij anderen leert opstellingen en overtuigingen kritisch te bevragen: niet om uit te maken welke attitude de 'juiste' is, maar wel om uit te zoeken welke attitude(verandering) de situatie vooruit kan helpen.

Vierde hefboom: steun en ruimte vanuit de eigen instelling

Belemmeringen komen niet steeds voort uit de eigen attitude of overtuiging van de individuele hulpverlener; soms missen mensen binnen hun organisatie of instelling de nodige steun of de ruimte om passend op te treden. Vaak is dit gevolg van onduidelijke of tegenstrijdige verwachtingen binnen de voorziening. Als de officiële norm is dat drugsgebruik niet mag, hoe kan

een individuele hulpverlener deze norm doen naleven, zonder dat hij het mandaat heeft om sancties te treffen? Als geweten is dat mensen gebruiken, maar de setting officieel en naar de buitenwereld drugsvrij moet zijn, wordt de marge om met cliënten open te spreken over verslaving wel erg smal. Laat de instelling bijvoorbeeld de mogelijkheid dat mensen na een ontwenning terugkeren naar de setting?

“**Als de officiële norm is dat drugsgebruik niet mag, hoe kan een individuele hulpverlener deze norm doen naleven, zonder dat hij het mandaat heeft om sancties te treffen?**”

Om als hulpverlener voldoende ruimte en steun te krijgen, om met een duidelijk mandaat te kunnen optreden, is het nodig dat op verschillende niveaus normen en regels geëxpliciteerd worden en dat ze goed op elkaar worden afgestemd. Welke normen hanteert de individuele hulpverlener voor zichzelf in het contact met cliënten? Welke zijn de normen van de eigen leefgroep, het huis of het team waar men deel van uitmaakt? Welke normen gelden in de organisatie? Heeft de organisatie een eigen beleidsplan rond het gebruik van alcohol en drugs? En hoe is dit afgestemd op de ruimere buurt en op de algemeen maatschappelijke normen?

Vijfde hefboom: plaats binnen het hulpverleningslandschap

Iedere sector, iedere organisatie, iedere werkvorm heeft zijn eigen rol en eigen plaats in het hulpverleningslandschap. Wie zichzelf binnen dit landschap weet te situeren en ook de weg leert te vinden naar andere werkvormen, organisaties en hulpverleningssectoren, opent hier

door nieuwe mogelijkheden, niet alleen voor een doorverwijzing maar ook voor samenwerking. Wat kan men leren van elkaar? Bij wie kan men terecht voor advies?

Overleg en samenwerking op instellings- en sectorniveau zijn nodig, maar ook elke (individuele) hulpverlener kan zijn mogelijkheden om effectief te handelen uitbreiden, door ruimer te kijken dan het eigen team, de eigen organisatie, de eigen sector.

Gedeelde zorg

Bij de inleiding van dit artikel spraken wij van cliënten die tussen wal en schip dreigen te vallen, die als een 'hete aardappel' dreigen heen en weer geschoven te worden tussen twee sectoren, met elk hun eigen handelingsverlegenheid. We presenteerden vervolgens vijf hefboomen, bedoeld om binnen de welzijns- en gehandicaptenzorg de handelingsverlegenheid naar alcohol- en drugsproblemen te doorbreken. De stof voor dit artikel is geput uit vormingsmomenten die zijn opgezet vanuit de vragen die leven binnen de sector van de gehandicaptenzorg.

Zoals in de inleiding reeds aangegeven, kunnen deze vijf hefboomen mutatis mutandis ook geformuleerd worden naar de verslavingszorg. Om de daar bestaande handelingsverlegenheid naar mensen met een verstandelijke beperking te doorbreken moeten de werkers binnen de verslavingszorg ook kennis opdoen, andere vaardigheden oefenen, een aantal diep gewortelde attitudes en opvattingen kritisch bevragen, ruimte en steun verwerven binnen hun organisaties en verbindingen uittekenen binnen het brede hulpverleningslandschap.

Deze evolutie is gelukkig ook bezig. In de voorbije vijf jaren is er meer en meer tweerichtingsverkeer op gang gekomen. De brochures die

gemeenschappelijk door de VAD en een aantal vormingsorganisaties vanuit de gehandicapten-sector werden uitgegeven, zijn hiervan maar één voorbeeld. (zie kaderstukje) Op steeds meer fora komen werkers uit beide sectoren elkaar

tegen om van elkaars ervaring en expertise te leren. Op deze manier kan de zorg en behandeling van deze groeiende doelgroep een gedeelde, een samen gedragen zorg worden.

Middelengebruik en verstandelijke beperking

Personen met een verstandelijke beperking leven meer en meer zelfstandig in de samenleving. Hierdoor worden ze in toenemende mate blootgesteld aan risico's in de samenleving en daarmee ook aan middelen zoals alcohol en drugs. Wanneer mensen met een verstandelijke beperking middelen gebruiken, zijn ze extra kwetsbaar voor de negatieve gevolgen. Daarenboven is het vaak zo dat, wanneer mensen met een verstandelijke beperking middelen gebruiken, ze niet op de hoogte zijn van de risico's die dit gebruik met zich meebrengt. Deze doelgroep is extra kwetsbaar. Een aanpak op maat is dus aangewezen.

Een goed hulpmiddel daarbij is het pakket '**Alcohol & cannabis...zonder boe of bah**', dat door de VAD uitgewerkt werd en dat bestaat uit twee brochures over alcohol en cannabis (Wat is het, wat doet het fysiek en mentaal, en wat zegt de wet? Tekeningen of foto's maken de informatie aanschouwelijker.); beelden op A3-formaat (Jongeren zijn gevoelig voor visueel materiaal. Het werken met beelden kan het denkproces ondersteunen en deze beelden kunnen de dialoog over deze thema's op gang brengen) en begeleidende fiches, die de nodige ondersteuning en achtergrondinformatie bieden om met de brochures en de beeldenmethodiek aan de slag te gaan. 'Alcohol of cannabis... zonder boe of bah' kan individueel of in groep (bijvoorbeeld klas, leefgroep) gebruikt worden. Hoewel het pakket uitgewerkt is op maat van jongeren met een verstandelijke beperking, is het mits enige creativiteit ook bruikbaar in het werken met volwassenen met een verstandelijke beperking.

Daarnaast gaf de VAD ook **twee brochures** uit om alcohol- en/of drugproblemen bespreekbaar te maken. "Middelengebruik en verstandelijke beperking voor de verslavingszorg" biedt hulpverleners uit de verslavingszorg een inkijk in de gehandicaptensector: wat is een verstandelijke beperking? Hoe kan dit interfereren met je werkrelatie? Hoe herken je personen met een verstandelijke beperking? Bij welke organisaties kan je terecht met vragen? "Verstandelijke beperking en middelengebruik voor de gehandicaptenzorg" richt zich dan weer tot mantelzorgers en begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking. Zij krijgen in deze brochure een inkijk in de alcohol- en drugsector: wat is problematisch alcohol- en/of druggebruik? Waarom lopen bepaalde personen meer of minder risico op problemen? Welke signalen wijzen op problematisch gebruik? Bij welke organisaties uit de alcohol- en drugsector kan je terecht met vragen? Beide brochures zijn gratis te bestellen of te downloaden van de VAD-website.

Info: www.vad.be.