EXPONENT

Periodieke nieuwsbrief van de Expertisegroep Ouders onder Invloed

Jaargang 8-editie 9
December 2020

Vooraf

Beste lezer,

Het einde van 2020 nadert met rasse schreden. Voor sommigen onder jullie is het al terugkijken naar 2020 en vooruitkijken naar 2021. De meesten onder ons zullen 'het jaar dat corona het leven tekende' niet in de top 5 zetten van hun meest positieve, memorabele jaren. 2020 was stevig, maar drukte ons ook met de neus op de feiten. Je bent maar mens onder de mensen en wij zijn allen sociale wezens. Kleine gebaren kunnen grote gevolgen hebben. Dingen die we zo vanzelfsprekend vonden, worden door corona in vraag gesteld. We koesteren de momenten dat we elkaar zien en kunnen aanraken, dat we steun voelen en even ons hart kunnen luchten, wanneer iemand aan ons vraag 'hoe ist' of 'ca va'? Of nog, hoe kunnen we elkaar ondersteunen in een periode waarin ieder zo op zichzelf en de eigen bubbel wordt teruggeworpen?

Gezinnen waar één of beide ouders worstelen met een drugproblematiek hebben deze periode niet anders ervaren als wij. Ieder van hen trachtte om te gaan met de nieuwe situatie op de best mogelijke manier. Velen hebben leermomenten gehad, sommigen zijn gesneuveld. Net zoals wij… Alleen is hun bubbel vaak nog wat kleiner, nog wat fragieler, nog wat onveiliger.

We willen jullie daarom ook even laten stilstaan bij de dingen die het leven vormen; het belang van familie en netwerk, van ingrijpende levenservaringen en de impact hiervan op onze gezondheid. Hoe moet je bijvoorbeeld omgaan met een zwangere die haar eigen kind in gevaar brengt? Moet dit kind beschermd worden tegen zijn/haar eigen mama? En hoe pak je dit dan aan? Daarnaast willen we een tegengewicht bieden aan negatieve levenservaringen (ACE's) en ook stilstaan bij het belang van succeservaringen van een mama met een drugproblematiek of de geluksdriehoek die ons mogelijks kan inspireren. We willen jullie ook attent maken op de "te gek?!"-campagne die van start is gegaan in oktober 2020, maar door corona minder aandacht gekregen heeft dan het verdiende. Ook recent KOPP/KOAP-materiaal wordt even aangereikt. Als laatste hebben we een interview met een jeugdrechter op het menu staan die toch wel een boeiend en genuanceerd interview heeft afgelegd.

Kortom, we wensen jullie heel veel leesplezier! En we hopen van harte dat 2021 een jaar wordt waar ieder kan genieten van de kleine dingen in het leven zonder al te veel ACE's maar met veel geluk en succeservaringen!

De redactie

Inhoud

- De hulpverlening aan zwangere vrouwen met een verslavingsprobleem is complex
- Open brief Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid
- In de pers: 'Kind afnemen van verslaafde ouders zelden goed idee'
- Adverse Childhood Experiences (ACE's)
- Uitgelezen: Ingrijpende jeugdervaringen en gezondheidsproblemen
- Ouder aan het woord
- Interview met jeugdrechter Herman Dams
- Te Gek!?-campagne 2020-2021: Roes(t)
- Vernieuwd aanbod voor KOAP/KOPP
- Wolk in mijn hoofd - Campagne om mentale problemen in de perinatale periode bespreekbaar te maken
- Bewuster nadenken over geluk met de geluksdriehoek

ex·po·nent (de; zelfstandig naamwoord; meervoud: exponenten) [ɛkspo'nɛnt]
1(m) (wiskunde) cijfer dat de macht aangeeft waartoe een getal moet worden geheven: in 35 is 5 de exponent
2(m,v) iemand die (iets) kenmerkend vertegenwoordigt
Synoniem: representant

De zorg voor zwangere vrouwen met een verslavingsprobleem is complex

Han Mariën

Kamerleden John Crombez (SP.A) en Valerie Van Peel (N-VA) werkten afgelopen jaar aan een wettelijk kader dat het ongeboren kind beschermt tegen zijn verslaafde moeder. Organisaties die in Vlaanderen hierrond werken, pleiten voor meer nuance in dit debat. Want voor complexe problemen bestaan geen eenvoudige oplossingen.

Actie gevraagd

De telefoon gaat over bij 'Gezinnen onder Invloed Antwerpen' (GoiA). Hier kunnen gezinnen terecht waarvan één of beide ouders kampen met een drugprobleem. GoiA is een deelwerking van Free Clinic, een organisatie voor mensen met ernstige verslavingsproblemen.

Een collega hangt aan de lijn. Hij had een gesprek met een dakloze, zwangere vrouw die afhankelijk is van drugs. Hij stelde haar voor om verdere ondersteuning te zoeken. De vrouw was niet meteen enthousiast. Maar uiteindelijk stemt ze toe en bellen ze ons samen op. Even later zit een GoiA-medewerker samen met deze vrouw. Hier start het begeleidingsproces rond moeder en kind. Het doel is te zorgen dat de moeder haar toekomstige rol als ouder zo goed mogelijk kan opnemen en het ongeboren kind zich in gezonde omstandigheden kan ontwikkelen. Vaak lukt dat, maar helaas niet altijd.

Ook hulpverleners maken zich zorgen

Elk jaar kloppen bij de verslavingszorg verschillende zwangere vrouwen aan. Soms is hun gedrag ten aanzien van het ongeboren kindje zorgwekkend of houden ze de hulpverleners liever op afstand.

De situatie van die zwangere vrouwen zorgt voor angst en frustraties, niet alleen bij buren, familie, vrienden of politici, maar ook bij hulpverleners. We hebben dus alle begrip voor meer doortastende oplossingen die geëist worden ter bescherming van het ongeboren kind. Daadkrachtige wetsvoorstellen lijken een doorbraak te kunnen forceren. Helaas: dit is een complex probleem waarvoor geen eenvoudige oplossing mogelijk is.

Het debat over ingrijpen op het risicovol gedrag van de moeder, moet breed en genuanceerd gevoerd worden. Daarbij moet aandacht zijn voor begeleiding tijdens en na de zwangerschap.

Bescherming van het ongeboren kind

In België heeft het ongeboren kind wettelijk geen rechten. Het geniet wel bescherming, maar het juridisch arsenaal is minder uitgebreid dan bij het geboren kind. Zo kan een jeugdrechter geen beschermingsmaatregel opleggen in het belang van het ongeboren kind. Het belang van het ongeboren kind is ook geen voldoende reden om de zwangere vrouw gedwongen op te nemen in de geestelijke gezondheidszorg.

> *'We hebben onvoldoende zicht op de grootte van de groep druggebruikende zwangere vrouwen.'*

> *Pas als het gebruik bespreekbaar is, kan er ook mee gewerkt worden.*

Vandaar de vraag of het ongeboren kind gelijke bescherming verdient. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door het ongeboren kind het grondwettelijk recht op leven toe te kennen. Dan zou er ook een juridische basis zijn om het recht op bescherming van het ongeboren kind zwaarder door te laten wegen dan het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw.

Beperkte expertise

Hoe groot is dit probleem? Helaas hebben we in Vlaanderen onvoldoende zicht op de grootte van de groep druggebruikende zwangere vrouwen. Wel stellen we vast dat de wetenschappelijke kennis over de invloed en de schadelijkheid van het gebruik van middelen op de ontwikkeling van de foetus, voortdurend uitbreidt.

Maar niet alle terreinwerkers volgen die kennisontwikkeling op de voet. Vanuit onze praktijkervaring merken we dat sommige gynaecologen, huisdokters, pediaters, verpleegkundigen en vroedvrouwen onvoldoende vertrouwd zijn met deze materie. Kennis van verslaving en de impact van middelen zoals alcohol, medicatie, heroïne, speed, cannabis of nicotine op het ongeboren kind zijn niet altijd aanwezig om een goede inschatting te kunnen maken van de ernst van een situatie.

Vertrouwen en toevertrouwen

Soms zijn gezondheidswerkers of hulpverleners gewoon niet op de hoogte van de drugproblematiek van de zwangere vrouw. Het risico dat het dan verdoken blijft is groot want de aanstaande moeder zal het niet altijd zelf ter sprake brengen.

Een open houding van de arts of hulpverlener kan hier het verschil maken. De zwangere vrouw voelt zich dan veiliger. Dat verhoogt de kans dat ze haar bezorgdheden toch op tafel legt.

Wanneer een vrouw met een verslavingsproblematiek zwanger wordt, zal zij meestal zelf een inschatting trachten te maken over de impact van haar druggebruik op het ongeboren kind. Soms schat ze de gevolgen te licht in. Dan moet een betrokken omgeving haar bezorgdheid uitspreken over de zwangerschap en het gebruik.

Drempels voor het aanvaarden van hulp

Pas als het gebruik bespreekbaar is, kan er ook mee gewerkt worden. Veel staat of valt dus met de vertrouwensrelatie tussen de zwangere vrouw en de hulpverlening. Onze ervaring leert dat je dit vertrouwen alleen kan opbouwen als je het gebruik niet meteen veroordeelt. Dat is een lange en moeilijke weg.

Deze zwangere vrouwen worstelen met heel wat gevoelens, net zoals alle andere zwangere vrouwen overigens. Schaamte en schuldgevoel, angst voor verlies en verwerping kunnen een bron van weerstand zijn. Als zij zich gedwongen voelen of vrezen dat hun vrijheid of zelfs hun kind zal worden afgenomen, verliezen zij hun vertrouwen en keren ze zich van de hulpverlening af.

Dat brengt de opvolging van de zwangerschap in het gedrang. Hun levenswijze en druggebruik zijn niet meer bespreekbaar. Ze zullen ook proberen de zorg voor hun kind aan alle toezicht te onttrekken. Vrouwen verdwijnen dan van de radar en proberen zich zonder hulp uit de slag te trekken. Eens de baby er is, moet die zeer goed opgevolgd worden. Als niet meteen ingegrepen wordt bij ontwenningsverschijnselen, kan dat ernstige gevolgen hebben voor het kind. Daarnaast is de kans op hechtingsstoornissen en ontwikkelingsproblemen bij deze kinderen reëel omdat er niet altijd een veilige en stabiele opvoedingssituatie is.

Van onmacht naar dwang

De luide roep om ook het ongeboren kind eigen rechten toe te kennen, heeft te maken met onmacht bij schrijnende en risicovolle situaties die we niet onder controle krijgen. De zwangere moeder is verantwoordelijk voor het welzijn en de gezondheid van haar toekomstig kind. Dat houdt onder andere in dat zij voorkomt dat haar ongeboren kind schade berokkend wordt. Vaak wordt de verslaving aangegrepen als een bewijs dat de aanstaande moeder die verantwoordelijkheid niet vrijwillig en op eigen initiatief kan nemen. Dan stelt zich de vraag naar de morele plicht om niet alleen het ongeboren kind, maar ook de zwangere vrouw te beschermen tegen haar keuzes. Daar ligt de basis om ook juridisch een interventie af te dwingen. Zo kan in de geestelijke gezondheidszorg een ernstige psychische problematiek bij de moeder een gedwongen opname rechtvaardigen.

Hier is de vraag of verslaving zo'n ernstige psychische aandoening is die een gedwongen tussenkomst rechtvaardigt. Is zo'n gedwongen opname proportioneel ten aanzien van de veiligheids- en gezondheidsrisico's van moeder en kind? Of zijn er minder ingrijpende manieren om dat doel te bereiken? En wie is best geplaatst om die afweging te maken? Bovendien is het nog maar de vraag of het mogelijk is om de rechten van het ongeboren kind uit te breiden zonder daarbij het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en het recht op abortus uit te hollen.

Een open houding van de arts of hulpverlener kan het verschil maken.

Veel onbeantwoorde vragen

Er is bewijs dat gedwongen tussenkomsten tijdens de zwangerschap leiden tot minder middelengebruik.

Toch zijn er ook nog heel wat aandachtspunten. Een forse aanpak kan leiden tot stress bij de moeder en het ongeboren kind. En een dominantie van dwangmaatregelen kan uitmonden in een grotere groep van zorgmijders. We horen het wel eens: "Als ze te lastig doen, vertrek ik naar het buitenland." Door meer dwang, controle en toezicht te installeren, groeit ook de groep die eraan ontsnapt. En in hoeverre leidt die aanpak de aandacht af van andere levensdomeinen? Om moeder en kind te beschermen, kan je alles inzetten op de verslavingsproblematiek. Maar wat indien onderliggende problemen zoals een psychiatrische problematiek, zwakbegaafdheid, intra-familiaal geweld, huisvestingsproblemen of schulden onaangeroerd blijven? Bij een gedwongen opname is iemand tijdelijk geholpen, maar dit geeft geen enkele garantie op blijvend herstel na het ontslag. Een gedwongen opname kan enkel werken als het gezien wordt als een ultieme kans en niet als een strafmaatregel. Al deze vragen en aandachtspunten moeten we meenemen in het debat over welke vorm van bescherming verantwoord is. Helaas: op dit moment blijven die vragen onbeantwoord.

Hou de deur open

De belangrijkste uitdaging blijft om maximaal in te zetten op vrijwillige zorg om moeder en kind te beschermen tegen de gevolgen van de verslaving. Zo'n vrijwillige ondersteuning combineert curatieve en herstelgerichte zorg. Curatieve zorg zet in op het terugdringen van gezondheidsrisico's, herstelgerichte zorg beoogt het verbeteren van de maatschappelijke positie van de verslaafde.

Een positieve hulpverleningservaring opent deuren naar toekomstige hulpverlening. Als deze vrouwen angst hebben voor hulpverleners of justitie, blijft die deur dicht.

Duurzame relatie

Gerichte en specialistische hulp, beperkt in tijd, is vaak niet de juiste hulp. We moeten daarom investeren in een meer duurzame relatie met zwangere vrouwen. Hulp aangepast aan de noden van de moeder en haar ongeboren kind betekent motiverend samenwerken.

Door veel te investeren in laagdrempelige hulpverlening die deze kwetsbare vrouwen steunt en versterkt, kunnen heel wat situaties verbeteren. Ze helemaal voorkomen, zullen we niet kunnen. Maar

dat lukt ook niet met louter repressie. We merken dat het noodzakelijk is om tot een vorm van samenwerking te komen tussen de toekomstige ouder(s) en andere zorgdragers.

Enkel wanneer vrijwillige zorg en directieve, warme counseling wordt afgewezen en waar de noden van het ongeboren kind ernstig in gevaar komen, kan men overgaan tot verplichte zorg.

De luide roep om het ongeboren kind rechten toe te kennen, heeft te maken met onmacht bij schrijnende en risicovolle situaties.

Testen en informeren

Enkele adviezen dragen bij tot een schadebeperkende zorg voor het (on)geboren kind. Het invoeren van een standaardtest op drug- en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan helpen bij het opsporen en bespreekbaar maken van de problematiek in een vroeg stadium van de zwangerschap. Daarnaast moeten we inzetten op psycho-educatie. Belangrijk daarbij is voldoende kennis over, opvolging en laagdrempelige beschikbaarheid van anticonceptie. Niet alleen de zwangere vrouw met een drugsproblematiek, maar ook de hulpverlening en elke vrouw met een kinderwens moet grondig geïnformeerd worden over de schadelijke effecten van middelenmisbruik. Maar ook over de noodzakelijke voorwaarden om een kind een goede opvoeding te kunnen geven en over het hulpaanbod dat er is. We moeten dus niet alleen investeren in het ongeboren kind, maar ook in de gezondheid en pedagogische vaardigheden van de ouders. Naast medische controles, moet er aandacht gaan naar de leefsituatie van gezinnen op vlak van huisvesting, onderwijs, financiën en psychisch welzijn. Dat zal meer soelaas brengen dan enkel in te zetten op een drugsvrij leven van de zwangere vrouw en

haar partner.

Goede praktijken en netwerken

Er zijn in Vlaanderen al enkele projecten die expertise verzamelen rond dit thema, onder andere GoiA Antwerpen, het KDO-project in Gent of DoDo in West-Vlaanderen. Zij bieden vrijwillige en aanklampende zorg voor ouders die drugs gebruiken. Zij vertrekken alle drie vanuit de visie van schadebeperkend werken of harm reduction. Naast deze projecten staat een netwerk om die complexe opdracht te helpen realiseren. Zo zijn lokale perinatale netwerken afgestemd op de noden van kwetsbare ouders. Deze netwerken versterken de ontwikkelingskansen van hun kinderen door de toegankelijkheid van pre- en postnatale zorg te vergroten.

Ook een multidisciplinair overlegorgaan dat zorgwekkende zwangerschappen bespreekt en opvolgt, is een meerwaarde. Het PONDO-samenwerkingsproject is zo'n ondersteunend netwerk dat samen met ouders die drugs gebruiken op zoek gaat naar verantwoord ouderschap. Ze werken vanuit vertrouwen, empowerment, engagement en openheid, vertrekkende vanuit de gedeelde zorg naar de baby.

De Vlaamse regering zou de expertise en ervaring van deze projecten en netwerken breder kunnen verspreiden over Vlaanderen.

Wanneer het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw ondergeschikt wordt gemaakt aan het belang van het ongeboren kind, moet je een warm en veilig nest voor het kind kunnen waarborgen.

Zorg en bescherming afdwingen

Indien het ongeboren kind het grondwettelijk recht op leven toegekend krijgt en wanneer het ongeboren kind bescherming nodig heeft, zou het Agentschap Opgroeien via de gerechtelijke hulpverleningspoot toezicht kunnen installeren om de veiligheid en gezondheid van het kind te waarborgen.

Wanneer vrijwillige hulpverlening op grenzen botst, kan een jeugdrechter noodzakelijke zorg afdwingen. De jeugdrechter motiveert en beslist voor elke afzonderlijke situatie. Zo kan kritisch beoordeeld worden of het toepassen van een maatregel ter bescherming van het ongeboren kind gerechtvaardigd is.

Warme jeugdhulp

Wanneer het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw ondergeschikt wordt gemaakt aan het belang van het ongeboren kind, moet je een warm en veilig nest voor het kind kunnen waarborgen. Helaas blijkt dat we hierin als maatschappij regelmatig falen.

Wachtlijsten en carrousels tonen dat in de jeugdhulp duurzame warmte en betrokkenheid soms zoek is, ondanks de grote inzet van de mensen die er werken. Indien wij als samenleving er niet in slagen om deze ouders en deze kinderen de juiste en gepaste hulp te bieden, zal de meerwaarde van deze maatregelen beperkt blijven tot het sussen van de publieke opinie en het verlichten van het ongemak bij hulpverleners. Maar wat betreft welzijn van het kind wordt dan maar weinig vooruitgang geboekt.

Verschillende invalshoeken

Deze discussie is nog lang niet beslecht. Het legt pijnpunten in onze samenleving bloot. Daarom is het belangrijk dat deze complexe problematiek vanuit verschillende invalshoeken belicht wordt. De inzet is te hoog om dit debat enkel te voeren op basis van spontane emotionele argumenten. Niet alleen politici, ook mensen met specifieke wetenschappelijke of terreinexpertise moeten onbevangen hun inbreng kunnen doen.

Deze bijdrage wordt mee onderschreven en gesteund door GoiA (Free Clinic vzw), KDO (MSOC Gent), Tipi (De Kiem vzw), DoDo (Kompas vzw), MaPa (MSOC Vlaams-Brabant), MSOC Limburg (Zorggroep Zin), OP+ (Adic vzw), KiDo (MSOC Oostende), PC St Franciscus De Pelgrim, De Sleutel en VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs).

Dit artikel verscheen eerder op Sociaal.net

Han Mariën werkt als casemanager bij GoiA (Free Clinic vzw)

Open brief Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid

Geachte Mevr Van Peel,

Geachte Heer Crombez,

Wij willen jullie bedanken voor het indienen van het wetsvoorstel m.b.t. prenatale rechtsbescherming van 13/02/2020 en hopen dat voor de verdere uitwerking van het wetsvoorstel we betrokken kunnen worden bij de uitvoeringsbesluiten. We stellen hiervoor graag onze expertise en ervaring ter beschikking.

Het Vlaamse Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, opgericht op vraag van de Vlaamse Overheid (MB 18-28213), richtte een werkgroep rond verslavingsproblematiek in de perinatale periode op met als doel adviezen m.b.t. de zorg op te stellen, alsook om de huidige tekorten aan te geven m.b.t. de organisatie van deze zorg. Onze eerste bijeenkomst ging door in november 2019.

Het wetsvoorstel m.b.t. rechtsbescherming van het ongeboren kind vinden we een stap in de goede richting in de zorg voor ouder-kind, maar tegelijkertijd zijn we ook bezorgd. Er is nood aan duidelijke aanbevelingen om dit wetsvoorstel uit te voeren en om het af te stellen op het (bestaande) zorgaanbod. De huidige gefragmenteerde zorg draagt echter niet bij tot zorgcontinuïteit en moet beter kunnen in het belang van de (aanstaande) moeder en haar (ongeboren) kind.

Het opsplitsen van zorg voor de middelenafhankelijke ouder binnen de (volwassen) verslavingszorg en de zorg voor het kind binnen de kinder- en jeugdhulpverlening zorgt voor botsende belangen, maar leidt vooral tot weinig op elkaar afgestemde zorg. We zien niet alleen problemen m.b.t. het uitwisselen van informatie, de verantwoordelijkheden m.b.t. zorgopname en het verdelen van de financiële middelen, maar tevens ook in de ethische verschillen m.b.t. de aangeboden zorg.

Het wetsvoorstel komt tegemoet aan de nood aan beschermende maatregelen voor het kind om zijn veiligheid en ontwikkelingskansen te garanderen. We zijn ons bewust van het feit dat gedwongen ingrijpen soms onvermijdelijk is om kinderen te beschermen, maar willen tevens benadrukken dat dit betrekking heeft op een klein percentage moeders met vaak complexe en multifactoriële problemen.

Deze multifactoriële problemen hebben vooral betrekking op alcohol- en/of middelenafhankelijkheid, intrafamiliaal geweld maar ook ernstige psychosociale problemen zoals problemen met huisvesting, financiële problemen, ... Een specifieke groep betreft een groep mama's met mentale beperkingen die extra zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit betekent dat de context van de (toekomstige) (vaak kansarme) ouders niet enkel mee in rekening moet gebracht worden, maar ook dat er een duurzaam, langdurig zorgtraject moet opgebouwd worden dat rekening houdt met de chroniciteit van hun problemen en hun levensomstandigheden.

Dwang uitoefenen kan een averechts effect hebben, vooral wanneer ouders zorg mijden uit angst voor gedwongen maatregelen en plaatsing van hun kind.

Dwang uitoefenen kan een averechts effect hebben, vooral wanneer ouders zorg mijden uit angst voor gedwongen maatregelen en plaatsing van hun kind. Aanklampende zorg en hulp binnen vrijwilligheid moet de eerste keuze blijven. Alsook een benadering waarbij de belangen en het welzijn van de ouder(s) met verslavingsproblemen EN hun kinderen worden bekeken, waarbij niet alleen oog is voor de verslavingsproblematiek maar ook voor de andere onderliggende problemen. Middelengebruik is vaak een coping mechanisme om met enorme stress te kunnen omgaan. Ervaring leert dat ouders wel gemotiveerd zijn om iets aan hun problemen te doen wanneer er interesse getoond wordt in hun welzijn op een niet-veroordelende manier en wanneer ze betrokken worden bij het zorgtraject voor zichzelf en hun kind.

Perinatale zorg heeft betrekking op pre-conceptuele zorg, waarbij er aandacht kan gaan naar projecten rond anticonceptie en 'nu niet zwanger', alsook antenatale en postnatale zorg. Hierbij lijkt het ons noodzakelijk dat er een samenwerking komt tussen de verschillende actoren in de zorg (jeugdhulp, pleegzorg, verslaving, GGZ, ...) die aanvangt in de zwangerschap en welke kan garanderen dat de zorg continueert in de tijd. Hiervoor is een gezamenlijke opstart noodzakelijk in de antenatale fase, omdat nog meer dan bij de andere cliëntgroepen, het opbouwen van een vertrouwensrelatie van cruciaal belang is. Extra aandacht naar zorgoverdracht is hierbij essentieel. Er dient (een niet-veroordelende) aandacht te zijn voor de leefwereld van de cliënten en het bieden van een perspectief moet centraal staan in de zorg, gebaseerd op inspraak door het bevorderen van de verantwoordelijkheid van de cliënten. Ervaringsdeskundigen kunnen hier een plaats innemen en ondersteunen naar het uitbouwen van (formele en informele) netwerken.

De belangen van ouders en kinderen hoeven immers niet te botsen, als we erin slagen om de belangen van beiden als verweven te zien. Continuïteit in zorg en in tijd is hierbij belangrijk, waarbij de zorg voor ouder en kind geïntegreerd dient te worden. In Vlaanderen zien we dat de zorg te vaak gefragmenteerd is en te vaak ook regionaal verschilt. Een eenvormig beleid gebaseerd op reeds bestaande 'good practices' zou hiertoe kunnen bijdragen.

Graag willen we hieromtrent in overleg gaan,

Met vriendelijke groeten,

Rita Van Damme, in naam van de werkgroep verslaving, onderdeel van Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid.

Leden van de werkgroep: Iris Linsen (voorzitter), Diane Slootmans, Veerle Bex, Eline Geukens , Evelien Van Rompaye, Klaas Bauters, Sylvia De Ryck, Hilde Parduyns, Vicky Brughmans, Christel Verlinden, Kristel Kluppels, Rita Van Damme

In de pers:

'Kind afnemen van verslaafde zelden goed idee'

Interview met Dirk Vandevelde, vereniging van behandelingscentra verslaafdenzorg

'Maak het voor verslaafde zwangere vrouwen mogelijk om opgenomen te worden en indien nodig verplicht af te kicken', stellen John Crombez (SP.A) en Valerie Van Peel (N-VA) voor in een nieuw wetsvoorstel. Hulpverlening en justitie moeten volgens de twee politici sneller kunnen ingrijpen in ernstig problematische situaties.

Dirk Vandevelde, voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg en directeur van therapeutisch centrum De Kiem, werkt al twintig jaar met zwangere verslaafde vrouwen en moeders met jonge kinderen. Hij pleit voor voorzichtigheid.

Bent u er voorstander van om verslaafde vrouwen verplicht te laten opnemen?

'Ik ben er voorstander van om verslaafde zwangere vrouwen beter te omringen en zelfs in aanklampende zorg te voorzien. Die kan er ook in bestaan om bijvoorbeeld te voorzien in anticonceptie. Verslaafden hebben vaak niet het geld om voorbehoedsmiddelen te betalen of een gynaecoloog te bezoeken.'

'We moeten meer mogelijkheden hebben om, desnoods met een zekere vorm van dwang, verslaafden met kinderen te kunnen ondersteunen en begeleiden, ook met betrekking tot hun rol als ouder. In zeer uitzonderlijke gevallen kan dat gaan om een verplichte opname, maar ik denk dat de ambulante zorg – zoals de ambulante revalidatiecentra voor drugsverslaafden – nog meer aandacht verdient dan gedwongen opnames.'

Wat met gedwongen afkicken?

'Hoe vroeger een verslaafde vrouw begeleid wordt, hoe beter. Maar soms is verplicht afkicken niet aan de orde. Zoals bij heroïneverslaafden – dan is afkicken zelfs schadelijker voor het ongeboren kind.

Heroïneverslaafden moeten gestabiliseerd worden met methadon tot aan de geboorte. Pas dan kan de dosis voor vrouw en kind afgebouwd worden.'

Het wetsvoorstel voorziet ook in de mogelijkheid om kinderen in extreme gevallen meteen na de geboorte te plaatsen. Een goed idee?

'Een verslaafde moeder haar kind afnemen is zelden een goed idee. We moeten goed opletten wat we precies in de wet willen gieten. Ik pleit voor extra omkadering voor verslaafde zwangere vrouwen en vrouwen of mannen met kinderen. Het risico bestaat dat we stilaan denken: mensen die verslaafd zijn mogen geen kinderen krijgen. De aandacht komt op de verslaafden te liggen, terwijl het even goed moet gaan over bijvoorbeeld emotionele verwaarlozing of misbruik.'

'Het risico bestaat dat we stilaan denken: mensen die verslaafd zijn mogen geen kinderen krijgen'

Ik denk dat de ambulante zorg – zoals de ambulante revalidatiecentra voor drugsverslaafden – nog meer aandacht verdient dan gedwongen opnames.'

Maar uitzonderlijk kan het wel?

'Kinderen plaatsen kan een noodoplossing zijn, maar vaak is het allesbehalve ideaal: zelfs als het kind weg is en een nieuwe kans krijgt, blijft de ouderwens bij de ouders vaak bestaan.'

'Een kind krijgen is voor veel vrouwen ook een ontzettend grote motivatie om iets aan hun verslavingsproobleem te doen. Dat moeten we maximaal benutten.'

'Het wetsvoorstel roept ook vragen op. Als een verslaafde moeder al twee kinderen heeft die geplaatst zijn, moet het derde dan automatisch geplaatst worden? Ik heb de voorbije twintig jaar al mooie voorbeelden gehad van moeders die het fantastisch doen met hun derde kind. Ze zoeken dan ook voorzichtig contact op met de kinderen uit hun donkere periode.'

Welke rol moet de arts spelen?

'Dat is nog onduidelijk. Kan de arts een plaatsing opleggen of wordt ze geregeld met inspraak van de patiënt? Kinderen verplicht plaatsen zonder inspraak, is niet aangewezen. Het is nodig de ouders erbij te betrekken. Hoe meer motivatie bij de ouders, hoe beter voor alle partijen.'

Bron: De Standaard - 13/02/2020

Redacteur: Klaes Maenhout

Adverse Childhood Experiences (ACE's) van naderbij bekeken

Kathleen Van Loon

Kinderen die opgroeien in (ernstige) problematische leefsituaties kunnen extreme gevolgen op psychosociaal vlak ondervinden. Mishandeling, verwaarlozing en kinderen van ouders met een verslavingsproblematiek en/of psychiatrische stoornis, zijn slechts enkele voorbeelden van zorgvragen die onder deze noemer kunnen vallen. Grietens verwijst voor de term problematische opvoedingssituatie naar Ter Horst die deze definieerde als een "door de betrokkenen als nagenoeg perspectiefloos ervaren opvoedingssituatie, waarin men zonder hulp van buitenaf er niet in slaagt het geheel zodanig te veranderen dat het weer perspectief biedend wordt." Het gaat hier om ingrijpende kinder- / en jeugdervaringen die een duidelijke impact hebben op de verdere ontwikkeling van deze kinderen en jongeren. Ondersteuning hiervoor vinden we de laatste jaren duidelijk terug in het uitgebreid onderzoek naar Adverse Childhood Experiences (ACE's).

De term ACE's wordt gebruikt als overkoepelend begrip. De oorspronkelijke term omvatte: kindermishandeling (emotioneel, fysiek en seksueel misbruik, verwaarlozing), opgroeien in gezinnen waar er sprake is van huiselijk geweld, alcohol – of druggebruik, psychiatrische problemen, echtscheiding, verlies van een ouder of crimineel gedrag. Deze term wordt in latere onderzoeken soms nog uitgebreid naar pesten, of naargelang de context, gedwongen huwelijken, getuige zijn van collectief geweld in de gemeenschap, onveilige buurt, ervaren van racisme, een geschiedenis hebben van pleegzorg…

In 1998 reeds werd met het Kaiser-onderzoek de eerste belangrijke studie gepubliceerd die de ervaringen in de kindertijd en de interactie met de actuele gezondheidsstatus en gevolgen op psychosociaal vlak als volwassene onderzocht. Ondanks het feit dat de eerste onderzoeken in de medische wereld sceptisch werden onthaald is men binnen dit domein onderzoek blijven verrichten. De resultaten hiervan bevestigen consequent dat de ACE's een risicofactor zijn voor de ontwikkeling van gezondheid en toekomstige gedragingen van kinderen die hier slachtoffer van zijn.

Onderzoek wijst uit dat stressoren zoals deze ACE's vrij vaak voorkomen. Ongeveer 65% van de bevolking krijgt in zijn of haar leven te maken met 1 ACE. Wanneer meerdere ACE's samen voorkomen blijkt er een groter verband te zijn met verschillende gezondheids- en sociale problemen.

Om het verband tussen ACE's en de impact op de verdere ontwikkeling te verklaren wordt ondermeer ondersteuning gevonden in de biologie. Zo blijkt dat langdurige blootstelling aan deze trauma's effecten heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Het continu blootgesteld worden aan extreme stress zonder het gevoel te hebben hier weg van te geraken heeft effect op de biologische ontwikkeling. Dit beïnvloedt vervolgens de manier waarop in het volwassen leven omgegaan wordt met emotieregulatie, middelengebruik, geheugen, agressie,… en heeft effect op de algemene gezondheid.

Naast gezondheids– en gedragseffecten vinden we in later onderzoek ook gegevens terug voor de impact op de socio-economische status zoals onderwijs, tewerkstelling en inkomen. Deze elementen zouden echter ook preventief ingezet kunnen worden in de begeleiding om de effecten op onder andere de algemene gezondheid tegen te gaan.

Om te begrijpen hoe deze traumatische ervaringen uit de kindertijd effect hebben op de verdere ontwikkeling vertrekt men vanuit volgende wetenschappelijk onderbouwde uitgangspunten.

1. De ervaringen van een kind starten voor de geboorte en omvatten voorgaande intergenerationele familietrauma's

2. De langdurige activering van het stressresponssysteem zonder aanwezigheid van protectieve factoren is schadelijk voor de ontwikkeling van de hersenen. Het verstoort de ontwikkeling van de hersenen en heeft dus effect op leren, geheugen, gedrag en executieve functies. Zowel uit de resultaten van onderzoek uit neurowetenschap, moleculaire biologie, epigenetica, … blijkt dat blootstelling aan trauma's en toxische stress veranderingen teweeg brengt in ons lichaam.

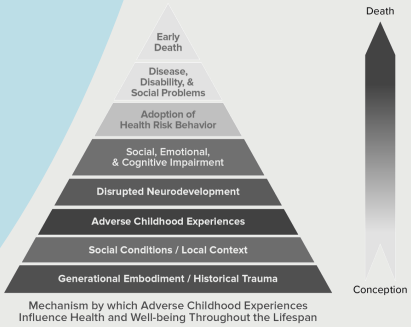
De ACE-piramide laat zien hoe de effecten van toxische stress en traumatische gebeurtenissen in de kindertijd effect hebben op de neurologische ontwikkeling en sociale, emotionele en cognitieve tekorten. Dit kan vervolgens leiden tot gezondheidsrisico's, ziektes, sociale problemen en vroegtijdig overlijden. Personen blootgesteld aan 6 ACE's, zullen gemiddeld 20 jaar korter leven dan personen die geen traumatische ervaringen hebben in de kindertijd.

Meer concreet zien we op korte termijn: verminderde concentratie op school en bij spel, schooluitval, gedragsproblemen zoals externaliserend gedrag en internaliserend gedrag, psychische stoornissen , (poging tot) suïcide, verandering in neurobiologische hersenontwikkeling. Op lange termijn zien we volgende aspecten naar voren komen: angststoornissen, depressie en depressieve stemming, risicogedrag, roken en middelengebruik, psychische ziekte, geweld in het gezin, criminaliteit, risicovol seksueel gedrag, een lager inkomen, laag zelfbeeld en (poging tot) suïcide. Daarnaast zien we ook verband met lichamelijke aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, vroegtijdige sterfte, …

Uit Nederlands onderzoek blijkt bovendien dat de kwaliteit van leven van jongeren die meerdere ACE's hebben meegemaakt beduidend lager ligt dan die van jongeren die deze ervaringen niet hadden. Deze bevindingen komen ook naar voren uit een overzichtsonderzoek van de Universiteit van Antwerpen waarin ze kijken naar de relatie tussen kwaliteit van leven in volwassenheid en samenhang met jeugdtrauma's

Wat leert ons dit over begeleiding?

De kennis over de mogelijke gevolgen van deze ACE's is wijd verspreid. Daarnaast zien we ook dat de studies over de protectieve factoren, als factoren die de effecten van deze ACE's kunnen verminderen, aan het uitbreiden zijn. Protectieve factoren op microniveau zijn onder andere familiekenmerken en een veilige stabiele opvoedingsrelatie met volwas-



Mechanism by which Adverse Childhood Experiences Influence Health and Well-being Throughout the Lifespan

senen. Daarnaast zijn op mesoniveau ook kenmerken van de gemeenschap zoals socio-eco-nomische voordelen of ondersteuning en een samenhangend sociaal netwerk van belang. Deze protectieve factoren kunnen preventief werken en bijdragen tot veerkracht en herstel. Verschillende preventieprogramma's ontwikkelen zich ondertussen en houden rekening met deze bevindingen Belangrijk is dat hulpverleners in verschillende sectoren kennis hebben van deze ACE's en hun gevolgen en traumabewust kunnen werken. Pionier binnen dit gebied is Nadine Burke Harris. Zij richtte het 'Center for Youth Wellness' op in San Fransisco waarin zij aan de slag gaat met de resultaten die blijken uit diverse onderzoeken omtrent ACE's.

Programma's die dus enkel focussen op opvoedingsvaardigheden blijken tekort te schieten. Programma's dienen alomvattend te zijn en de context kunnen veranderen om veilige, stabiele opvoedingsrelaties te waarborgen. Zo kan bijvoorbeeld goede kinderopvang de effecten van traumatische ervaringen thuis tegen gaan. Ook jongeren die traumatische ervaringen ondervinden moeten ondersteuning krijgen.

Hun situatie (bvb. voeding, onzekere huisvesting) moet veranderd worden en er moeten structurele veranderingen aangebracht worden die toegang geven tot onder andere. gezondheidszorg. Onderwijs, jeugdzorg en gezondheidszorg dat oog heeft voor de gevolgen van trauma's en hierop aangepast kan reageren, is in staat negatieve effecten in de toekomst te beperken. Socio-economische factoren zoals armoede, tewerkstelling en inkomen zijn ook belangrijke factoren die effecten kunnen versterken of verlichten.

Conclusie is dat ACE's kunnen samenhangen met kansarmoede in de toekomst. Een nieuwe context creëren voor kinderen en jongeren in deze situaties die de kansen in de toekomst doet toenemen is van belang. 'Gezonde keuzes' maken is niet voor iedereen zomaar weggelegd. Toegang hiertoe geven is werken aan de toekomst. Men moet dus gemeenschappen in beweging krijgen om hier verandering in te kunnen brengen. Mensen moeten meer betrokken zijn op elkaar.

Hoe hieraan gewerkt kan worden vinden we onder andere terug in: "Self-Healing Communities: A transformational Process Model for Improving Intergenerational Health. Het doel moet zijn een cultuur te veranderen De laatste jaren is er dan ook een beweging ontstaan die initiatieven om de gevolgen van ACE's te beperken ondersteunen in een netwerk (ACEs connection network – acestoohigh.com).

Het antwoord in begeleiding van deze kinderen / jongeren die in aanraking zijn gekomen met meerdere ACE's lijkt te liggen in het netwerk. Begeleidingsprogramma's hebben hier dan ook oog voor.

Bovenstaande tekst is met toestemming overgenomen uit de cursus 'Kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele problemen - Kinderen en jongeren met psychosociale problemen'. Auteur en titularis: Kathleen Van Loon - PB Orthopedagogie Onderwijsgroep WEG Academiejaar: 2019-2020

Bibliografie:

Anda, R. F., Buchart, A., Vincent, J. F., & W, B. D. (2010). Building a framework for global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences. American Journal of Preventive Medicine, 93-98.

Cronholm, P., Forke, C., Wade, R., Bair- Merritt, M., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., . . . Fein, J. (2015). Adverse Childhood Experiences. Expanding the Concept of Adversity. American Journal of Preventive Medicine, 354-361.

Embrechts, R., Janssens, S., Vertommen, T., De Venter, M., & Van Den Eede, F. (2016). Levenskwaliteit na jeugdtrauma: literatuuroverzicht. Tijdschrift voor geneeskunde, 157, 1-9. Opgehaald van https://www.tvg.be/article/levenskwaliteit-na-jeugdtraumaliteratuuroverzicht

Grietens, H. (2005). Kinderen en jongeren met delinquent gedrag. In H. Grietens, J. Vanderfaeillie, W. Hellinckx, & W. Rijssenaars, Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogische perspectief op kinderen en jongeren met problemen (pp. 329-366). Leuven - Voorburg: Acco.

Hochman, A. (2017, August 8). Curiosity and reciprocity: Engaging community in the ACE & resilience movement. Opgehaald van acestoohigh.com: https://acestoohigh.com/2017/08/08/curiosity-and-reciprocity-engagingcommunity-in-the-ace-and-resilience-movement/

Kalmakis, K., & Chandler, G. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 457-465.

Metzler, M., Merrick, M., Klevens, J., Ports, K., & Ford, D. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: shifting the narrative. Children and Youth Services Review, 141-149.

Simple, K., & Kansagra, S. (2018). Responding to Adverse Childhood Experiences: It Takes a Village. NCMedicalJournal, 95-98.

Stevens, J. (2017). How Cities, Counties and States use the ACEs Connection Network to Help Build Healthy Communities. Journal of Child Adolescent Trauma, 243-247.

Uitgelezen: Ingrijpende jeugdervaringen en gezondheidsproblemen.

Het helen van langetermijneffecten van adverse childhood experiences (ACE's)

*Dit boek vertelt over de zoektocht van kinderarts **Nadine Burke Harris** wanneer ze merkt dat er gezondheidsproblemen zijn bij haar patiëntjes die niet stroken met de verwachtingen. Ze neemt de lezer mee in haar queeste en legt onderweg uit welke de impact is van ingrijpende jeugdervaringen (ACE's) op ons leven en wat trauma doet met de hersenen en het lichaam.*

Hierbij komt ze tot verrassende ontdekkingen en graaft ze diep in ons DNA en de invloed van epigenetica. Harris slaagt er echter bijzonder goed in om complexe onderwerpen eenvoudig uit te leggen.

Maar zij gaat verder en heeft naast de lichamelijke gevolgen ook oog voor context en de mentale impact op lange termijn waaronder risico-gedrag en middelengebruik.
Harris beschrijft uitvoering en helder de risico– en beschermende factoren en vraagt zich vervolgens af hoe we hiermee aan de slag kunnen gaan.

Screening, trauma geïnformeerde zorg en behandeling zijn de fundamentele maatregelen die ze in kaart brengt. Ze somt zes kritische gebieden op waarmee er gewerkt kan worden: slaap, beweging, voeding, mindfulness, geestelijke gezondheid en gezonde relaties. En ze legt vervolgens helder uit waarom dat zo is.

Het is een vlot geschreven boeiend boek geschreven in zeer toegankelijke taal waarbij Harris je meeneemt in haar speurtocht. Na het lezen van dit boek sta ik stil en kijk naar de ouders waarmee ik als casemanager van GoiA mee aan de slag ben. Het geeft inspiratie en biedt een andere blik om te kijken naar hun moeilijkheden en waarom het zo belangrijk blijft om het gehele verhaal in kaart te brengen.

Hebben niet (bijna) al onze ouders een hoge ACE-score als zij terugblikken op hun kinder- en jeugdervaringen ?
Harris stelt: "als je een ouder met ACE's bent, of zelf zonder ACE's, heb je een dubbele uitdaging omdat je zowel voor jezelf moet zorgen als je kind moet beschermen". Deze ouders kunnen alle steun gebruiken om de cirkel te doorbreken die diep verankerd ligt in levenservaringen.

Of een gedwongen opname tijdens de zwangerschap een volgend trauma oplevert ofwel een eerste stap kan zijn om deze cirkel te couperen zal van veel factoren afhankelijk zijn. Opnieuw kunnen we vaststellen dat het een complexe problematiek is die een genuanceerd debat verdient.

Diane Slootmans werkt als casemanager bij GoiA (Free Clinic vzw)

Ouder aan het woord

Lise Verstappen

Beginnend bij mijn kinderjaren kan ik kort zijn : het was alles behalve gemakkelijk. Al van kinds af aan word ik geplaagd met angsten. Het gaat om sociale angst. Dit vertaalde zich in dat ik mij nooit ergens goed voelde en dat ik veel moeite had om sociale contacten te leggen. Naar school gaan was voor mij een hel en met vriendjes spelen durfde ik niet echt. Dit gebeurde dan ook niet zo vaak. Thuis was het geen makkelijke situatie om in te leven. Er zijn erge dingen gebeurd. Ondersteuning was er niet.

Toen ik 12 à 13 jaar was, ben ik voor de eerste keer in aanraking gekomen met drugs. Het begon met wiet, pillen en speed. Op mijn 15de heb ik voor het eerst GHB gebruikt. Ik merkte snel dat als ik gebruikte, mijn angsten en onzekerheden veel minder werden en sociale contacten een stuk makkelijker verliepen. De jaren nadien ben ik steeds vaker beginnen gebruiken, voornamelijk GHB, tot ik er uiteindelijk niet meer zonder kon.

Toen ik 23 jaar was, ben ik voor de eerste keer in opname geweest. Eerst op de PAAZ en dan nog 10 maanden in een psychiatrisch ziekenhuis. Ik besefte al tijdens mijn opname dat ik nog niet klaar was om met mijn angsten aan de slag te gaan. Enkele dagen na mijn opname ben ik ook weer direct hervallen in mijn oude patroon.

Op mijn 24ste heb ik mijn vriend leren kennen. Hij gebruikte ook. Ondanks dat hij niet kon begrijpen wat mijn angsten waren, heeft hij mij wel altijd proberen te ondersteunen. Ik had het gevoel dat ik de enige op aarde was die zo'n angsten had en zonderde mij dan ook zoveel mogelijk af van de buitenwereld. Het gebruik hielp ook niet meer om sociaal contacten aan te gaan. Ik was zover gekomen dat ik het voornamelijk nodig had om zonder afkick te zitten.

Zes jaar later zat ik nog steeds met mijn verslaving aan speed, GHB en benzodiazepines maar na een zwangerschapstest kwam ik te weten dat ik al 8 weken zwanger was! Een bom sloeg in. Met een klein hartje vertelde ik het aan mijn vriend en dan hebben we samen beslist om het te houden! Ik heb mij toen laten opnemen op de TEPSI-afdeling in het ziekenhuis, met de bedoeling dat ik zou overgaan naar de PAAZ. Maar ik was er zeker van dat het mij wel zou lukken want "ik zou nooit een mama worden die bewust gaat gebruiken als ze zwanger is." Maar spijtig genoeg was niks minder waar. Met speed en benzodiazepines ben ik gestopt, maar GHB lukte gewoonweg niet. Ik durfde hier ook helemaal niet over te spreken met mijn hulpverlener omdat ik schrik had voor de reactie en omdat ik mij enorm hard schaamde.

Mijn zoontje is geboren zonder ernstige complicaties. Hij is de eerste dagen wat onrustig geweest. Ondertussen was het OCJ betrokken, maar ook daartegen heb ik niets verteld over het gebruik. Niemand had iets in de gaten. Ik functioneerde vrij goed, met een minimale dosis. Tot mijn zoontje één jaar was, ben ik elke dag onder invloed geweest van GHB. Ik durfde de stap gewoon niet te zetten om te stoppen, terwijl ik iedere dag tegen mezelf zei dat dat moest.

Toen Kylian bijna 1 jaar was, heb ik de moed gevonden om open kaart te spelen en heb ik het CAD gecontacteerd. Zo is de bal aan het rollen geraakt. Ik ben eerst op TEPSI opgenomen. Dit was nodig om de zware afkick op te vangen. Nadien ben ik één maand in opname geweest en nog twee maanden in dagtherapie. Een week nadat ik uit opname was heeft mijn vriend zich laten opnemen.

Er ging een wereld voor me open. Vanaf toen hebben we niet meer gebruikt en heb ik mij gefocust op mezelf als moeder, en heb ik me afgevraagd wat ik met de rest van mijn leven wilde doen. Ik ben nu bezig met een opleiding tot ervaringsdeskundige. Dit confronteert me ook met mijn angsten maar in plaats van ervan weg te lopen, ga ik de confrontatie aan en doe ik dingen die ik ervoor nooit zou gedaan hebben. Dit maakt mijn angsten minder en minder groot. Ik voel dat dit de juiste manier van aanpakken is.

Ik ga nog steeds naar het CAD om te praten over dingen die me moeilijk liggen. Onze relatie is nog nooit zo goed geweest, en ik doe er alles aan om mijn zoontje een liefdevolle en warme jeugd te geven. Het moederschap heeft de dingen moeilijker gemaakt, maar tegelijk heeft het mij de kracht gegeven om te stoppen met GHB en aan mijn angsten te werken, iets wat ik voorheen voor onmogelijk hield.

Waar ik nog zwaar mee worstel, is de schrik dat mijn zoontje op lange termijn gevolgen gaat hebben van mijn gebruik in het verleden. Ik kan de klok helaas niet terugdraaien en focus me nu op er zo goed mogelijk voor hem zijn, helemaal clean.

Het moederschap heeft de dingen moeilijker gemaakt, maar tegelijk heeft het mij de kracht gegeven om te stoppen met GHB en aan mijn angsten te werken.

Deze getuigenis werd opgetekend door Lise Verstappen hulpverlener bij CAD Limburg

Interview met een jeugdrechter

Marein Wellens

Enkele maanden geleden verscheen in OverKop, het cliëntenblad van Free Clinic, een boeiend interview met Jeugdrechter Herman Dams van de jeugdrechtbank van Antwerpen. Het interview werd afgenomen samen met Ann, Rosita, Sonja en Guy die allen zelf als kind of als ouder al in contact waren gekomen met jeugdhulpverlening. In dit interview geeft de jeugdrechter in ontwapende inkijk in zijn vaak moeilijke opdracht om in eer en geweten keuzes te maken die het belang van het kind het beste dienen.

Hoe bent u jeugdrechter geworden?

Ik heb 24 jaar op het parket - dat is het Openbaar Ministerie - gewerkt waarvan ook 7 jaar als drugsmagistraat. Daar ben ik uiteindelijk als korpsoverste procureur des konings geëindigd. Tijdens de 7 jaar als verantwoordelijke voor het drugsbeleid, kwam ik zeer vaak met het drugsthema in al zijn facetten in aanraking. Op die manier kwam ik ook in contact met mensen uit de drughulpverlening en leerde ik het thema van de kant van de gebruiker als van de kant van de verkoper.

Uiteraard zag ik ook jonge gasten die in het drugsmilieu terecht kwamen als koeriers, kleine vissen in heel de keten van verkoop en drugshandel. Maar zag ik ook jonge ouders die zelf gebruikten waardoor de opvoeding van hun kinderen in de problemen geraakte.

In mijn visie zijn gezinnen de bouwstenen van onze maatschappij. En die bouwstenen moet je ondersteunen. Want als het in een gezin niet goed gaat, kunnen er grote en zware problemen ontstaan. In onze hedendaagse maatschappij kan dat zeer complex zijn. Want er zijn allerlei soorten gezinssamenstellingen gaande van éénoudergezinnen tot nieuw samengestelde gezinnen.

Dus toen mijn mandaat afliep als korpsoverste, als procureur des konings (want je mag dat maar een bepaald aantal jaar doen) heb ik besloten dat ik jeugdrechter wilde worden. Voornamelijk om met die gezinnen waar het vaak misloopt, aan de slag te kunnen gaan en om de problemen bij de kern te kunnen aanpakken.

Veel mensen denken dat een jeugdrechter vooral jongeren straft. Maar eigenlijk is dat niet zo. Mijn job is voornamelijk met de ouders werken, zorgen dat er een goede thuissituatie ontstaat waarin het kind waarover ik een beslissing moet nemen, op een goede en veilige manier kan leven.

Wat heeft het bijvoorbeeld voor zin om een jongere voor langere tijd te plaatsen en dan niets met dat gezin te doen? Als de problemen thuis hetzelfde blijven en die jongere komt op een zeker moment weer thuis, begint alles weer gewoon opnieuw. Dan heeft die jongere voor niets zo lang ergens anders moeten verblijven. Dus: als er een plaatsing is, wil ik dat er ondertussen ook thuis dingen veranderen. En soms is dat een zeer moeilijk parcours. Soms is het ook niet haalbaar dat een kind voltijds terug thuis kan komen wonen en moeten we naar andere oplossingen zoeken.

Ik behandel per jaar ongeveer 500 lopende dossiers. En die zijn zeker niet allemaal druggerelateerd. In al die dossiers werk ik met de jongeren, maar ook met de ouders, opvoeders of voogden.

Er zijn 2 soorten dossiers. De VOS-dossiers (verontrustende opvoedingssituaties) zijn kinderen die slachtoffer zijn van hun omgeving, zoals intrafamiliaal geweld, ouders met een verstandelijke beperking of met een verslaving,… In zulke situaties streven we altijd naar een tuimelwerking vanuit een Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning. Het uitgangspunt is dat we streven naar het naar huis toe werken, het kind terug in het gezin laten tuimelen. Dit kan soms op zeer korte termijn te realiseren zijn, maar kan ook een proces van lange adem zijn.

Daarnaast heb je de MOF-dossiers. Dit staat voor 'als misdrijf omschreven feiten'. Sinds 1 september 2018 spreken we over 'jeugddelicten'. Een jongere kan namelijk geen misdrijf plegen maar wel een als misdrijf omschreven feit. Dit heeft uiteraard met de minderjarigheid te maken. Deze situaties houden slechts 10% van alle dossiers die ik behandel in. Hier moeten we dus maatregelen nemen om jongeren te beschermen tegen hun eigen gedrag. Dan gaat het over jongeren die bijvoorbeeld naar een gesloten instelling gestuurd worden. Soms spreekt men in de media over onverbeterlijke jongeren. Maar bestaat dat wel? Eigenlijk ben ik dan kwaad op de ouders die soms keuzes maken waar hun kind slachtoffer van is. Maar ondertussen heb ik ook geleerd dat die ouders ook een kind zijn van…

...die misschien nooit iets anders gezien hebben. Dan is dat moeilijk om anders op te voeden dan ze gezien en geleerd hebben.

Dat klopt. Maar op een bepaalde leeftijd komen jongeren op een punt waarvan ik vind dat ik hen op een aantal zaken mag aanspreken. Zij kunnen zelf ook keuzes maken. Andere keuzes…Zij kunnen zelf een andere richting kiezen. Ook al besef ik dat dat niet steeds eenvoudig is.

Wat ik vaak zie is dat de jongens die in een moeilijke situatie zitten, zeer agressief gedrag gaan vertonen. Terwijl meisjes eerder vluchten in zelfverminking, suïcidegedachten of kiezen voor een foute partner die hen niet goed behandelt.

Hoe komt informatie tot u?

Een jeugdrechter kan nooit op eigen initiatief aan de slag gaan. Ook ouders of een jongere kunnen nooit zelf naar de jeugdrechter komen. Dat gaat steeds via het parket. Het parket werkt samen met de politie. De politie kan een melding doen bij het parket en de procureur kan na een onderzoek oordelen dat er een jeugdrechter gevorderd moet worden. Het kan ook zijn dat dit via de hulpverlening gebeurt. Een hulpverlener die zich zorgen maakt, kan dit melden aan een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling of aan het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg. Deze voorzieningen nemen, indien ze dit nodig achten, contact op met het parket.

De jeugdrechtbank heeft een sociale dienst. Dat is een team van consulenten De jeugdrechter heeft geen invloed op de aanstelling van een bepaalde consulent in een dossier. Wij kunnen enkel melden als er iets niet goed lijkt te lopen, maar nemen hier in geen beslissing. Soms werkt het niet goed tussen ouders, jongere en een bepaalde consulent. Dan kan het zijn dat de dienst beslist om te veranderen van consulent. Wat ook belangrijk is te weten dat consulenten hun advies en/of beslissingen nooit individueel nemen. Elk advies of beslissing wordt in team onderschreven. Dit advies gaat door naar de jeugdrechter en de jeugdrechter besluit of dit advies gevolgd wordt of niet.

Daarnaast hebben de ouders spreekrecht in de rechtbank. De jongere zelf wordt vanaf 12 jaar gehoord. Een kind kan ook vroeger gehoord worden, maar dit is dan niet verplicht.

Wanneer besluit u dat er iemand naar een gesloten instelling moet?

Stel dat er een jongere iets fout doet. Bijvoorbeeld iemand bedreigen met een mes. Dan is er nood aan een time out. Je moet dat bekijken als een rode kaart bij voetbal. Rode kaart is van het veld af. Even niet meer meedoen. Dat is altijd in eerste instantie vijf dagen. Dan herbekijken we dat. Heeft de time out effect gehad? Dan wordt er gekeken naar het vervolgtraject. Maar de time out kan ook verlengd worden. Dat gaat dan wel per maand. Ook dan wordt er een traject opgestart om te zien hoe een aantal zaken anders kunnen. Ook hier werken we dan op de thuissituatie. Als er thuis niks verandert, heeft het geen zin die jongere terug naar huis te sturen.

Een gesloten instelling is echter niet alleen voor jongeren die een strafbaar feit gepleegd hebben. Soms zijn er jongeren die helemaal vast zitten. Ze plegen geen feiten, maar zijn onhandelbaar. Dan trachten we via de instelling terug structuur in hun leven te brengen. Hier is vaak al een hele weg binnen de vrijwillige hulpverlening afgelegd. Maar als daar alles vastloopt en iedereen het gevoel heeft dat het niet werkt, dan wordt de jeugdrechter ingeschakeld. De jeugdrechter kan dan beslissen tot een plaatsing in een gesloten instelling.

Op Free Clinic zien we wel eens ouders die kiezen om hun kind vrijwillig te laten plaatsen omdat ze op dat moment voelen dat er hulp nodig is. Maar éénmaal in het systeem hebben ze het gevoel dat ze er niet meer uit geraken. Dat er steeds weer nieuwe maatregelen worden opgelegd. Hoe komt dit?

Dat is een terechte vraag. Het heeft volgens mij te maken met voorzichtigheid van de hulpverlening en de jeugdrechter. Het probleem zijn de lange wachtlijsten. Stel: we sluiten een begeleiding af, maar het loopt terug mis. Dan kunnen we niet direct terug hulp opstarten. En dan loopt het soms helemaal terug mis. Daarom durft men soms de begeleiding niet te stoppen.

Maar dat zorgt er wel vaak voor dat mensen helemaal de moed verliezen en het gevoel hebben dat het allemaal niets uithaalt wat ze doen. Ze worden moedeloos. En zo ontstaat een vicieuze cirkel.

Dat begrijp ik. Zo komen mensen in tussensituaties te zitten. Misschien zouden we soms meer moeten uitleggen waarom we bepaalde dingen besluiten.

Maar bijvoorbeeld pleegzorg. Als pleegzorg stopt en het dossier is helemaal afgerond, is er geen weg terug. Eigenlijk is dat pleeggezin dan beschikbaar voor een nieuw kindje. Dat zijn zeer moeilijke situaties. Als het misloopt, kan het kind niet meer terug naar het pleeggezin en moeten we weer een hele nieuwe situatie opzetten.. dat kind is de veiligheid van zijn eigen gezin kwijt en van het pleeggezin waar het verbleef en moet weer aan iets nieuw hechten. Dat zijn geen gemakkelijke beslissingen die ik soms moet nemen. Ik moet als rechter altijd de veiligheid van het kind voorop stellen. En soms is dat een moeilijke beslissing, zeker als ik zie hoe hard de kinderen daar van af zien.

Hoe gaat u eigenlijk om met een verschillend kader? Als jeugdrechter komt u waarschijnlijk uit een ander milieu en kijkt u anders naar een aantal situaties. Soms hebben onze ouders het gevoel dat ze moeten voldoen aan een wereld die niet overeenkomt met hun wereld.

Ik ben mij daar meer en meer van bewust. Ik probeer te kijken naar een minimum aan structuur. Ik wil zien dat ouders structuur en liefde kunnen geven. Dat er sprake is van opvoeding. Dat er regels zijn, maar ook dat er warmte is.

Ouders horen vaak dat beslissingen genomen worden in het belang van het kind, maar wat betekent dat juist 'het belang van het kind'?

Ja, dat is ook een zeer moeilijke…

Ik ga een voorbeeld geven. Een heel moeilijke jongen zit in een gesloten instelling. Niemand lijkt er tot door te dringen. Op een bepaalde dag ga ik op bezoek en de begeleiding geeft aan dat hij zich die dag zeer goed gedragen heeft. Als ik hem daar op wijs, dat hij het dus kan want dat hij het doet wanneer ik langs kom, antwoordt de jongere: "denkt gij dat ik dat voor u doe? Ik doe dat om mijn mama te mogen zien want anders mag zij misschien niet meer op bezoek komen." "Ah", zei ik, "als uw ma zo belangrijk is, ga ik dat bezoek even on hold zetten. Want blijkbaar ik dat het enige dat werkt. Ze mag niet meer komen tot ik zie dat gij hier een ander gedrag stelt."

Dat was dus een risico. Want voor hetzelfde geld was dat helemaal mislopen. Maar het heeft gewerkt. Ik wou vooral voorkomen dat het helemaal zou mislopen. Als die jongen na zijn achttiende verjaardag dezelfde feiten pleegt, dan wordt hij als meerderjarige berecht en krijgt hij een strafblad. Ik heb dus iets afgenomen in de hoop net iets te bereiken. Maar heb ik goed gehandeld? Was dat in het belang van het kind? Voor mij is dat ook niet steeds duidelijk. Daar kan ik van wakker liggen.

Ik wil zien dat ouders structuur en liefde kunnen geven. Dat er sprake is van opvoeding. Dat er regels zijn, maar ook dat er warmte is.

Zijn er dingen die zouden moeten veranderen in de jeugdhulpverlening volgens u?

Problemen worden steeds complexer en onze systemen zijn vaak niet aangepast. Een jongere kan niet in psychiatrie terecht want hij is te agressief en hij kan niet in een jeugdcentrum terecht want er is nood aan psychische zorg. Dus valt hij tussen twee systemen. Goede omkaderde zorg voor kinderen met meer dan één probleem. Daar is nood aan!

Een tweede probleem zijn de ellenlange wachtlijsten. Daar wordt ik echt moedeloos van.

Verder vraag ik me af of de trajecten met een gezin altijd zo lang moeten zijn. We experimenteren nu met kortere en zeer intensieve trajecten in het gezin zelf. Dat kan overweldigend overkomen maar we zien daar wel positieve effecten van. Het kind wordt dan ook niet weggehaald uit het gezin. Dat vind ik persoonlijk een goed systeem. Intensieve kortdurende contextbegeleiding.

Soms zien we ook het omgekeerde. Er zijn te veel mensen met een gezin bezig. Er is geen vertrouwen meer. En dan is het soms beter om dat aantal af te bouwen en met één of twee hulpverleners waar er een goede band mee is, verder te gaan.

Heeft u goede tips naar ouders toe als ze naar de jeugdrechtbank moeten?

Wat mij betreft: als ouders zich openstellen voor hulpverlening en bereid zijn om hulp te aanvaarden, dan ben ik tot zeer veel bereid. Als ik de wil voel tot samenwerking, al loopt het zeer moeilijk, er kan dan veel.

Soms ben ik ook erg streng. Als ouders bijvoorbeeld zeggen: "dat is mijn kind en ik beslis! Ik vind! Ik eis!" dan leg ik hen wel eens het gedicht van Kahlil Gibran voor. Om aan ouders uit te leggen dat ze geen eigenaar zijn van hun kinderen. Uw kind opeisen als een stuk bezit, zo werkt het niet. Je moet er zorg voor dragen maar kan ze niet bezitten.

Waar haalt u uw energie uit om uw werk te blijven doen?

Mensen zoals jullie die in overleg willen gaan, die willen zoeken naar connectie en het overbruggen van een moeilijke verstandhouding. Maar ook kleine stappen kunnen zien en daar blij mee zijn. Maar dat heb ik door de jaren maar geleerd hoor… Ik wil ook steeds nieuwe werkingen leren kennen en met meer mensen in gesprek gaan. Om elkaar beter te leren verstaan.

Marein Wellens werkt binnen Sociaal Activeringscentrum De Nomaad (Free Clinic vzw)

Je kinderen zijn je kinderen niet

Je kinderen zijn je kinderen niet. Zij zijn de zonen en dochters van 's levens hunkering naar zichzelf.

Zij komen door je, maar zijn niet van je, En hoewel ze bij je zijn, behoren ze je niet toe.

Je mag hen je liefde geven, maar niet je gedachten, want zij hebben hun eigen gedachten

Je mag hun lichamen huisvesten, maar niet hun zielen, want hun zielen toeven in het huis van morgen,

Dat je niet bezoeken kunt, zelfs niet in je dromen. Je mag proberen gelijk hun te worden, maar tracht niet hen aan jou gelijk te maken.

Want het leven gaat niet terug, noch blijft het dralen bij gisteren.

Jullie zijn de bogen waarmee je kinderen als levende pijlen worden weggeschoten. De boogschutter ziet het doel op de weg van het oneindige en hij buigt je met zijn kracht opdat zijn pijlen snel en ver zullen gaan. Laat het gebogen worden door de hand van de boogschutter een vreugde voor je zijn: want zoals hij de vliegende pijl liefheeft, zo mint hij ook de boog die standvastig is.

Kahlil Gibran

Free CLINIC

GoiA
Gezinnen Onder Invloed Antwerpen

Free Clinic vzw

heeft momenteel voor deelwerking GoiA
(Gezinnen onder invloed Antwerpen)
een openstaande vacature voor

PROJECTMEDEWERKER - CASEMANAGER - 34u/w

Solliciteren kan tot 5 februari 2021

Alle info op free-clinic.be/vacatures of www.goia.be

Te Gek!?-campagne 2020-2021: Roes(t)

Te Gek!?, Museum Dr. Guislain, unik-id en VAD bundelen dit jaar de krachten voor de nieuwe Te Gek!? campagne Roes(t). Samen willen we de kennis over het vaak moeilijk bespreekbare onderwerp 'verslaving' vergroten en inzicht bijbrengen in de complexiteit. De campagne wordt op donderdag 1 oktober gelanceerd en in de beste Te Gek?!-traditie worden er een jaar lang tal van activiteiten georganiseerd. Door Covid-19 zijn er een paar aanpassingen maar het wordt een Te Gek jaar.

Minder stigma, meer bespreekbaarheid

Het taboe en de (voor)oordelen omtrent gebruik, misbruik en problemen werpen te veel drempels op. Drempels om te praten, drempels voor hulp, drempels voor nieuwe kansen en perspectief. Eén cijfer om dat te illustreren: het duurt gemiddeld 18 jaar voor iemand met een alcoholprobleem hulp zoekt.

Als we allemaal samen gaan beseffen dat het iedereen kan overkomen, dan zal het ook beter lukken om er mee om te gaan en om de stap te zetten naar informatie, advies of hulp wanneer dat nodig zou zijn. Minder stigma en meer bespreekbaarheid betekent ook een respectvollere bejegening. Niet alleen voor wie iets drinkt, slikt, snuift, spuit, inhaleert of wie gokt maar zeker ook voor hen die daarmee in de problemen komen. Zeker ook voor hen die zulke problemen overwonnen hebben, voor hen bij wie herval om de hoek blijft loeren, voor hen die hun leven sociaal en relationeel weer op de rails krijgen of proberen te houden. En zeker ook voor wie er in eigen gezin, relatie, familie, vriendenkring, ... mee geconfronteerd wordt. Want voor elke persoon die gebruikt of misbruikt, stopt of probeert te stoppen, hervalt of probeert niet te hervallen, is er een veelvoud aan naastbetrokkenen die mee slachtoffer zijn van het stigma, taboe en de vooroordelen.

Maakt **DRANK-, DRUG-** en **GOKPROBLEMEN** bespreekbaar

Roes(t)

Als titel voor de Te Gek!?-campagne werd gekozen voor Roes(t) (spreek uit als roes). Iedereen kent wel een roeservaring. De positieve en euforische prikkels door een overwinning of een prachtprestatie bijvoorbeeld. Of de heftige emoties die bij een verliefdheid je helemaal bedwelmen, zijn ook een vorm van roes. Of de opwinding die mensen kunnen ervaren bij het beoefenen van hun passies als sport en muziek. En natuurlijk de roes na het drinken of nemen van genotsmiddelen als alcohol en andere drugs. Of de roes nadat je gewonnen hebt bij een krasbiljet bijvoorbeeld. Roes als symbool om eventjes weg te zijn van de dagdagelijkse sleur, het 'saaie' leven,....

Maar er staat ook nog een (t) achter de Roes. Ze hangt er wat aan te bengelen maar is er wel. We zwijgen meestal over die (t). Vandaar dat we de (t) in de campagnenaam wel lezen maar bewust niet uitspreken. Als mensen teveel drinken of problemen krijgen met een verslaving, is het moeilijk om er over te praten. De roes kan roest worden.

Roest als symbool van ....

.... het feit dat dat je ook kunt vastlopen in het telkens op zoek gaan naar die roes. Het blokkeert je leven en dat van je omgeving.

.... een traag proces. Het roesten of 'corrosieproces' verloopt traag. Soms is het moeilijk om dit (verslavings)proces te keren. Hoe vlugger dat het opgemerkt wordt, hoe beter je het kan stoppen of veranderen!

.... van stigma. De roestvlek die ontstaat, als een soort schandvlek die men meedraagt.

.... de overtuiging dat herstel mogelijk is. Je kan het roestproces doorbreken, door de factoren die roest in de hand werken aan te pakken. Sommige mensen zijn roes(t) gevoelig, of er zijn de omstandigheden die roes (t) faciliteren.

... iets dat cachet, karakter en eigenheid geeft. Iets waarmee men zich onderscheid van de rest.

Tussen ons. Over leven met een verslaving

Expo met dubbelportretten van ouders & kinderen door Lieve Blancquaert en een film met getuigenissen van en door Productiehuis De chinezen. "In deze reeks aangrijpende dubbelportretten spreken ouders en kinderen over hoe een verslaving tussen hen in staat. Hoe kan je omgaan met je moeder als die de dag niet meer door komt zonder pillen en nog slechts een schim van zichzelf lijkt? Blijft er genoeg liefde over om je zoon onvoorwaardelijk te blijven steunen als die zich steeds meer in drank en drugs verliest? Hoe bang zijn kleine meisjes van hun dronken vader ? Hoe moeilijk is het om het vertrouwen tussen twee mensen te behouden? Wat als gokken voor je kind geen spelletje meer is maar een dwang? Telkens opnieuw de strijd tussen liefde en verslaving. Een gevecht tussen twee machtige krachten, met een onzekere winnaar. Alle dank en bewondering voor iedereen die zo open en eerlijk durfde te getuigen. Het heeft veel moed gevraagd."

Waar? *Museum Dr. Guislain Gent*

Wanneer? *tot zondag 30 mei 2021*

Meer info over bezoek en inschrijven:
Je kan deze expo bezoeken al dan niet in combinatie met Te Gekkewandeling. Expo is voor iedereen waardevol.

De volledige agenda met tal van andere activiteiten kan je vinden op ***www.roes-t.be***

Vernieuwd aanbod voor KOAP/Kopp

Han Mariën

Zowel in België als in Nederland is door de coronacrisis meer aandacht gekomen voor kinderen in kwetsbare situaties én voor preventie van psychische problemen. Bij de KOPP/KOAP doelgroep komen die twee direct samen, aangezien deze doelgroep een twee tot drie keer grotere kans heeft zelf op latere leeftijd psychische of verslavingsproblemen te ontwikkelen. Psychoeducatie is essentieel voor deze doelgroep en kan verschil uitmaken. We willen jullie daarom attent maken op nieuw materiaal dat gebruikt kan worden om deze groep te bereiken en te helpen.

1.Nieuwe informatieboekjes helpen kinderen van ouders met psychische problemen of verslaving, en hun ouders

*Het **Trimbos-instituut** (Nederlands onafhankelijk kenniscentrum voor alcohol, tabak, drugs en mentale gezondheid) heeft nieuwe informatieboekjes uitgebracht voor (toekomstige)ouders en kinderen van 0-18 jaar om een gesprek te openen over de psychische en/of verslavingsproblemen van een ouder. In Nederland hebben gemiddeld 5 kinderen per schoolklas een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen. Dat zijn jaarlijks 577.000 minderjarige kinderen. Deze kinderen vinden het vaak lastig om over hun thuissituatie te praten.*

"Mijn dochter begrijpt niet goed wat er met mij aan de hand is. Ik probeer het haar uit te leggen, maar ik mis de juiste woorden." – moeder met verslavingsproblematiek

De informatieboekjes KOPP/KOAP helpen om de problemen van de ouder op een voor het kind begrijpelijke manier uit te leggen en geven aan ouders en kinderen tips hoe ze goed met de situatie kunnen omgaan. KOPP/KOAP-kinderen hebben vaak vragen als: 'Waarom is mijn thuissituatie anders?' 'Wat gebeurt er als anderen er achter komen dat mijn ouders deze problemen hebben?' 'Ligt het aan mij?' 'Krijg ik het later ook?'.

"Ik vind het naar om mijn moeder zo verdrietig te zien. Ik wil natuurlijk dat ze gewoon gelukkig is en zich goed voelt. Soms heb ik er hoofdpijn van. Ook lukt het me niet altijd om huiswerk te maken omdat ik dan te veel aan het piekeren ben." – kind van een ouder met depressie

Erover praten, de problematiek van de ouder begrijpen, weten hoe je hier mee om kunt gaan en hoe je steun kunt vragen aan anderen is erg belangrijk voor deze kinderen. Zo kunnen de kinderen opgroeien tot veerkrachtige volwassenen en voorkomt het dat kinderen zelf problemen ontwikkelen. Ook voor de ouders is het belangrijk om gesteund te worden bij de extra uitdagingen binnen de opvoeding van hun kinderen.

De boekjes gebruiken ervaringsverhalen en sprekende illustraties. Ze zijn interactief en er is aandacht voor de rol van hulpverleners. Ook is er voor kinderen in de leeftijd van 5-8 jaar een nieuw voorleesboekje geschreven: 'Het weerbericht van mijn ouder'. Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden van informatiekaarten (voor kinderen tussen 8 en 14 jaar)die uitleg bieden over één specifieke psychische stoornis of verslaving. Om het kind te laten merken dat het niet de enige is met zo'n ouder, staat op elke kaart een verhaal van een kind dat zich in dezelfde situatie bevindt.

De boekjes en kaarten bieden een uitgangspunt voor een gesprek thuis, in de huisartsenpraktijk, op school of bij de psycholoog.

Er zijn 6 boekjes en 11 informatiekaarten voor ouders en kinderen van verschillende leeftijden. Alle materialen zijn gratis te downloaden. Binnenkort zijn de boekjes ook te bestellen (tegen kostprijs)

Er bestaat een informatiekaart voor de volgende psychische ziektes en verslavingen:
- Depressie
- Schizofrenie
- Manische depressie of bipolaire stoornis
- Eetstoornis
- Angststoornis of fobie
- Borderline stoornis
- Psychose
- Dwangstoornis
- Verslaving aan alcohol
- Verslaving aan drugs
- Psychische problemen algemeen: dit blad is speciaal gemaakt om uitleg te geven in situaties waarin er (nog) geen duidelijke diagnose te stellen is bij de ouder.

https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/nieuwe-informatieboekjes-helpen-kinderen-van-ouders-met-psychische-of-verslavingsproblemen-en-hun-ouders?

2.Kriebelkoffer/kriebelrugzak

"Ik maak wel eens eten klaar en kan nu ook de was doen… Nee, dat was niet moeilijk. Wel dat papa veel aan mij vertelde. Over zijn problemen met mama. Hij zocht steun bij mij alsof ik een vriendin was en niet zijn dochter"- kind van ouders in een vechtscheiding

https://pangg0-18.be/kriebelkoffer/

*De Kriebelkoffer is een koffer vol **methodieken** en materialen om als hulpverlener aan de slag te gaan met **kinderen (en ouders) rond de psychische of afhankelijkheidsproblemen van een ouder**.*

Deze koffer is handig bruikbaar voor élke hulpverlener, ongeacht de doelgroep of de setting waarin je werkt. Het gebruiken van de koffer of de rugzak, de methodieken en materialen draagt bij tot de preventie van psychische problemen bij kinderen die opgroeien in een ongewone thuissituatie. Als één van de ouders psychische of afhankelijkheidsproblemen heeft, vormt dit een risico voor deze kinderen op allerlei levensdomeinen (school, vriendschap, liefde, …). Voor één derde van alle kinderen van ouders met psychische of afhankelijkheidsproblemen is de kans op het ontwikkelen van eigen geestelijke gezondheidsproblemen groter dan bij kinderen die opgroeien bij gezonde ouders. De materialen en methodieken die je in de koffer of rugzak kan vinden, zullen helpen om een vertrouwensrelatie op te bouwen en verschillende moeilijke thema's bespreekbaar te maken.

In de koffer zit een handleiding die op een laagdrempelige manier uitleg geeft over het gebruik van de methodieken en materialen. Kriebel neemt jullie mee op reis langs verschillende thema-eilanden om verschillende onderwerpen bespreekbaar te maken.

De referenten KOPP/KOAP van het netwerk Ligant hebben deze koffer samengesteld met experten rond dit thema. Ze hebben deze koffer getest in de praktijk, waar deze warm onthaald werd. Ondertussen zijn de laatste aanpassingen gebeurd en werkt Ligant samen met Familieplatform om de koffer over heel Vlaanderen te verspreiden. Ze hebben ook rugzakken ontwikkeld waarin een basispakket zit om aan de slag te gaan met dit thema.

*Om je op weg te helpen bij het gebruik van de koffer is een **gratis online vorming** beschikbaar vanuit Familieplatform. Je kan hier de link vinden. Het is zinvol om deze vorming te volgen voor je aan de slag gaat met de koffer. Je kan dus eigenlijk nu al aan de slag gaan!*

3. VAD-wegwijzer KOAP

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

Deze online pagina ontwikkeld door het Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere drugs in reeds ontwikkeld in 2019 en is reeds in de Exponent aan bod gekomen. Toch willen we jullie aandacht hier terug op richten gezien het een mooi overzicht geeft van de tools die in Vlaanderen momenteel gebruikt kunnen worden om rond KOAP te werken. Gaande van websites, zelfhulpboekjes, online hulp, hulplijnen en lotgenotencontacten.

Via de VAD-wegwijzer vind je heel wat linken naar andere interessante websites. Onder andere is er een link naar www.oudersonderinvloed.info waar je ook beeldmateriaal terugvindt dat kan gebruikt worden om de veerkracht van kinderen die opgroeien in gezinnen waar één of beide ouders kampt met een alcohol- of drugprobleem te vergroten. Dit beeldmateriaal kan tevens gebruikt worden om deze ouders binnen een begeleidingscontext te sensibiliseren omtrent de mogelijke impact van het ouderlijk middelengebruik om hun kinderen maar hen tevens handvatten bieden om hier mee aan de slag te gaan.

Parentificatie

Vroeger toen ik mama was
En soms ook papa
En natuurlijk 'grote zus'
Toen zorgde ik
En zorgde ik
En zorgde ik
Dat alles altijd
Goedkwam
Alleen kwam het dat niet dus.

4. Youtube-reeks voor jongeren met donkere gedachten

Meer dan de helft van alle jongeren had al psychologische klachten. Bij 1 op de 5 waren die zelfs matig ernstig tot ernstig. En toen moest de coronacrisis nog beginnen. Organisaties als Awel en Instituut Gezond Leven zien dit najaar een piek aan donkere gedachten bij jongeren. Jeugdinformatieplatform WAT WAT zette daarom samen met hen en het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie campagne Donkere gedachten op.

Toen dagelijkse activiteiten en afspreken met vrienden niet langer konden, kregen piekergedachten plots veel tijd en ruimte. Zo vertelt Mira (18) in de eerste aflevering van de Donkere gedachten-reeks: "Ik denk dat het voor veel jongeren nu moeilijk is, omdat je heel veel tijd hebt voor jezelf. Ik weet van heel veel vrienden dat zij bijvoorbeeld last hebben van FOMO, fear of missing out, en zij willen constant bezig zijn met feestjes en andere mensen. Als je ineens zoveel tijd hebt voor jezelf, dan zit je echt met jezelf opgescheept en moet je echt wel reflecteren over wie je bent."

Op zoek naar info en steun

De coronacrisis legde heel wat bestaande gevoeligheden bloot. Bij het begin van de lockdown steeg het aantal bezoeken op de jongereninformatiewebsite watwat.be spectaculair. Meer dan 70 jongerenorganisaties schreven samen aan artikels rond corona en gaven ze op watwat.be/corona één plek. Jongeren kregen er een antwoord op de vragen die hen écht bezighielden, zoals "Mag ik mijn lief zien?" en "Seks tijdens corona: mag dat?". Maar ook pagina's zoals "Ik kan of wil niet meer thuis wonen, wat kan ik doen?" en "Hoe orden ik mijn gedachten tijdens de lockdown?" werden én worden extra veel gelezen.

Het is oké om even niet oké te zijn

Expertorganisaties zoals Awel verwachten een piek aan donkere gedachten. Awel ziet nu evenveel berichten over depressie als tijdens de eerste golf, en ook de thema's angst, spanning en eenzaamheid gaan opnieuw die richting uit. "Beginnende studenten hebben nauwelijks een studentenleven en kunnen erg moeilijk nieuwe vrienden maken." zegt Sibille Declercq, coördinator van Awel. "We zien bij jongere scholieren ook een zekere moeheid wat betreft de maatregelen zoals het dragen van een mondmasker, want in de ene situatie moet het en in de andere dan weer niet."

Awel benadrukt wel dat donkere gedachten niet nieuw zijn: hoewel de pandemie ons mentaal welbevinden extra onder druk zet, piekerden kinderen en jongeren (en volwassenen) natuurlijk ook vóór de crisis. Donkere gedachten zijn een deel van het leven, en het is niet óf je ze hebt maar wel hoe je ermee omgaat dat je leven bepaalt. Het is in de eerste plaats belangrijk dat ze er mogen zijn. Het is oké om even niet oké te zijn. Deel je zorgen ook met iemand die je vertrouwt, een professional of een vriend, zodat je samen kan voorkomen dat je gedachten het overnemen. Moeilijke momenten kennen we allemaal, laten we er open over zijn en zo samen voor onszelf en elkaar zorgen.

De jongeren die op zoek gaan naar hulp zijn daarin nog maar het topje van de ijsberg. Naast hen zijn er heel wat jongeren die geen hulp durven of kunnen vragen. Met Donkere gedachten wil WAT WAT het taboe rond mentaal welzijn doorbreken en jongeren tonen dat ze niet alleen zijn met hun donkere gedachten. 8 jongeren nemen hierin het voortouw en delen in 4 afleveringen openhartig hun eigen moeilijke momenten. De gesprekken tussen de jongeren kan je bekijken op het YouTubekanaal van WAT WAT.

https://www.youtube.com/c/watwatjijweet!

Wolk in mijn hoofd

Campagne om mentale problemen in de perinatale periode bespreekbaar te maken

1 op de 5 vrouwen ervaart psychische problemen in de perinatale periode. Bij 75 procent van hen worden de problemen niet herkend en slechts 1 op de 10 krijgt de juiste hulp. Het uitblijven van de roze wolk is vaak taboe. Het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid wil hierin verandering brengen met een nieuwe website www.wolkinmijnhoofd.be en een sensibiliseringsfilmpje. Het Netwerk roept op om over de problemen te praten en (professionele) hulp te zoeken.

Meer dan baby blues

Tijdens de zwangerschap en de maanden na de bevalling, voelen vrouwen zich vaak heel kwetsbaar. 1 op de 5 ervaart psychische problemen die gaan van een depressieve stoornis of angststoornis tot een ernstige postnatale psychose. Een postnatale depressie is niet te verwarren met een baby blues die bij 3 op de 4 vrouwen in de eerste week na de bevalling opduikt en meestal binnen enkele dagen tot een week verdwijnen.

Lien Tallieu getuigt over haar postnatale depressie: 'Ik piekerde over alles, in de eerste plaats over mezelf, maar ook over mijn relatie en mijn omgeving. Het voelde alsof ik vanbinnen leeg en verkrampt was. Als mijn zoon begon te huilen, dacht ik dat ik gek zou worden. Ik kon niets meer in perspectief plaatsen, alles leek zwart en slecht. Ik vond mezelf een rotslechte moeder en vroeg me af of ik niet beter kinderloos was gebleven.'

Taboe en stigma doorbreken

Te weinig vrouwen zoeken of aanvaarden hulp. 'Er rust een publiek taboe op mentale problemen in de perinatale periode. Je hoort immers blij te zijn met je zwangerschap of de geboorte van je kindje', vertelt psychiater prof. Gilbert Lemmens (UZ Gent). 'Vrouwen durven niet voor hun gevoelens uitkomen, ze proberen hun klachten te verbergen en stellen de zoektocht naar hulp uit.'

Nochtans zijn de klachten goed te behandelen. Het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid wil het taboe doorbreken. Prof. Lemmens: 'Met de website en het filmpje "Wolk in mijn hoofd" willen we vrouwen aanmoedigen om te praten over psychische klachten met vrienden, familie of zorgverleners. We willen vrouwen en hun omgeving ook meer bewust maken van het bestaan van deze klachten. Alleen zo kunnen we vrouwen tijdig de juiste hulp bieden.' De website informeert, ondersteunt aan de hand van getuigenissen en tips, en verwijst door naar professionele hulp.

Het Netwerk werkt voor de campagne samen met ervaringsdeskundigen. Friedl Teirlinck is één van hen: 'Ik heb er nooit een taboe van gemaakt dat ik na de geboorte van mijn zoon een postpartumdepressie had. Ik vertel eerlijk mijn verhaal om aan andere mama's te laten zien dat ze niet alleen zijn, dat het te genezen is en dat ze zich moeten laten helpen.'

Gevolgen van perinatale psychische problemen

Psychische problemen tijdens de perinatale periode kunnen negatieve effecten hebben op de gezondheid en het welzijn van de moeder, haar partner, het (on)geboren kind en de rest van het gezin. Psycholoog Rita Van Damme (UZ Gent) legt uit: 'Onderzoek toont ons onder andere gevolgen voor het verloop van de bevalling, de ontwikkeling van het kind en de moeder-kindinteracties. Ook is er een hogere kans op psychisch problemen op lange termijn. Daarom willen we deze psychische problemen snel detecteren en de juiste behandeling opstarten.'

Behandeling met de baby

De behandeling is afhankelijk van de aard van de mentale problemen, de intensiteit en de omgeving. Vrouwen kunnen therapeutische ondersteuning krijgen tijdens consultaties, dagbehandelingen of een opname. Na de bevalling bieden Moeder-Baby-Eenheden een behandeling waarbij er naast therapie voor de moeder en eventueel haar partner, ook ruimte is voor coaching van de moeder tijdens de zorg en interactie met haar baby.

En de partner?

Ook partners kampen soms met psychische problemen. Iets minder dan 10 procent ontwikkelt zelf een depressie, meestal 3 tot 6 maanden na de geboorte. De kans op die problemen is groter wanneer de moeder een perinatale depressie doormaakt. Reden te meer dus om moeders hulp te laten zoeken en hun partner daarbij te betrekken.

www.wolkinmijnhoofd.be

Info over het Netwerk en de screeningsrichtlijn

*'Wolk in mijn hoofd' is een initiatief van het **Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid**. Dit netwerk is een samenwerking tussen verschillende diensten van het UZ Gent (Vrouwenkliniek, Neonatologie, Sociale dienst, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Volwassenenpsychiatrie, Psychologie), wijkgezondheidscentra (Botermarkt, Nieuw Gent, Brugse Poort), Moeder-Baby-Eenheid Karus, Kraamkaravaan, Kind & Gezin en ervaringsdeskundigen.*

Bewuster nadenken over geluk

Vlaams Instituut Gezond Leven lanceert De geluksdriehoek

Een gelukkig leven … Dat wensen we elkaar allemaal toe. Maar je 'gelukkig voelen' of 'gelukkig zijn': wat is dat precies? Het Vlaams Instituut Gezond Leven (VIGL) verzamelde alle belangrijke wetenschappelijke kennis over geluk – Wat is het? Hoe kun je eraan werken? – in de geluksdriehoek.

Met de geluksdriehoek wil het VIGL informeren en inspireren. Het wil mensen bewuster doen nadenken over geluk. En over hoe ze zich gelukkig en goed in hun vel kunnen voelen en hen de weg wijzen over wat mensen kunnen doen om zelf aan hun geluksgevoel te werken.

Een uitgebreide wetenschappelijke literatuurstudie lag aan de basis van de geluksdriehoek. Zo verzamelde het VIGL de meest recente wetenschappelijke informatie over mentaal welbevinden. Een groep onafhankelijke academische experten gaf advies en feedback bij deze onderbouwing. Bij de visuele uitwerking van de geluksdriehoek stond de burger centraal. Daarom werden de driehoeken op verschillende momenten bij een groep van 177 burgers getest op begrijpelijkheid, bruikbaarheid en vormgeving. In dat panel zaten verschillende doelgroepen zoals jongeren, ouderen, volwassenen met en zonder kinderen en mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie. Tenslotte lichtte het VIGL in een laatste fase de nieuwe geluksdriehoek toe aan een ruime groep van stakeholders, met als doel draagvlak te creëren.

Doelgroep en doelstelling

Het doel van de geluksdriehoek is mensen bewustmaken over mentaal welbevinden en hen motiveren om ermee aan de slag te gaan. De geluksdriehoek is een model voor iedereen vanaf 3 jaar en houdt rekening met diversiteit door te kiezen voor een inclusieve benadering.

Dit model is bedoeld om mensen te ondersteunen bij het versterken van hun mentaal welbevinden. Het is een educatief-sensibiliserend model, wat evenwel ook als basis of ondersteuning gebruikt kan worden binnen therapeutische interventies gericht op het verhogen van mentaal welbevinden .

De geluksdriehoek bestaat uit 3 bouwblokken. Ze zijn alle drie belangrijk en onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Het bouwblok 'Je goed omringd voelen' *verwijst naar het gevoel dat je warme en vertrouwelijke relaties hebt met de mensen om je heen. Je voelt je oprecht betrokken bij die mensen. Je weet dat je op hen kan rekenen wanneer nodig en zij kunnen ook steunen op jou.*

Het bouwblok 'Je goed voelen' *gaat over je 'emotioneel' goed in je vel voelen. Dat betekent in de eerste plaats dat je positieve gevoelens kunt ervaren: plezier beleven, interesse hebben om dingen aan te pakken, energie hebben om dingen aan te pakken. Maar het gaat ook over een veel ruimer gevoel van levenstevredenheid: je ervaart innerlijke rust, je hebt het gevoel dat je wensen en behoeften grotendeels vervuld worden. Ook minder positieve gevoelens hebben een plek in deze bouwblok: ze kunnen én mogen er zijn.*

Het derde bouwblok heet 'Jezelf kunnen zijn'*. Hier gaat het erom dat je jezelf kunt aanvaarden en een positieve houding kunt aannemen over jezelf – ook in relaties met anderen. Je kent jezelf (Wie ben ik? Waar ben ik trots op?). Vanuit die aanvaarding kan je gemakkelijker een richting kiezen in het leven (Wat wil ik? Wat is mijn doel? Wat maakt mijn leven waardevol?). Je kunt min of meer je eigen weg volgen, zonder dat je je laat leiden door sociale druk. Je hebt controle over je gedachten en gedrag. Dat laat je toe om open te staan voor nieuwe ervaringen.*

Aan elke bouwblok zijn ***3 vragen*** *gekoppeld die je uitnodigen om na te denken. Er is geen 'juist' of 'fout' antwoord op de vragen. Maar wanneer je er dieper over nadenkt, stel je misschien wel vast dat je aan iets wilt werken. En dat kan. Op* ***www.geluksdriehoek.be*** *vind je tools en oefeningen die je op weg helpen, onderverdeeld in verschillende thema's en levensmomenten. Zo kan je bouwen aan je geluksgevoel.*

Onder de driehoek zie je een ***oranje bol****. Die bol kan je uit balans brengen. Je moet en kan je niet altijd gelukkig voelen. Er is altijd wel iets - stress, een tegenslag, ….- wat je uit balans brengt. En dat is oké. Soms is de bol groter, soms is hij heel klein. Weet dat de bol er is en stoor je er niet aan. Wanneer je erin slaagt om, ondanks de bol, ondanks tegenslagen, toch (opnieuw) balans te creëren, vertoon je veerkracht. Dat doe je door (leren) om te gaan met stress en emoties, door je flexibel aan te passen aan de situatie en door fouten te durven maken en hieruit te leren.*

Wil je de ***geluksdriehoek beter leren kennen****, dan kan je terecht op* ***www.gezondleven.be/geluksdriehoek****. Daar vind je een uitgebreide toelichting van de geluksdriehoek.*

Expertisegroep Ouders Onder Invloed

De Expertisegroep Ouders Onder Invloed komt driemaandelijks samen en bestaat momenteel uit vertegenwoordigers van onderstaande werkingen. Doel van deze expertisegroep is om de hulpverlening aan gezinnen onder invloed te verbeteren door uitwisseling van praktijkervaringen, opvolging van wetenschappelijk onderzoek en het signaleren van knelpunten aan de overheid.

DoDo (Kompas vzw)

DoDo is een project voor (ongeboren) kinderen (0-3 jaar) met drugafhankelijke ouders van Kompas VZW. DoDo ondersteunt de prenatale zorg en wenst de ontplooiingskansen van de kinderen te bevorderen door de gezinnen zo vroeg mogelijk te ondersteunen. DoDo heeft een aanbod op drie niveaus: Informatie, verkenning en advies, casemanagement met partners en aanklampend mobiel werken waarbij de interventies worden afgestemd op de noden, bronnen en mogelijkheden van het gezin.
www.vzwkompas.be

De Tipi (De Kiem vzw)

De Tipi is een apart woonhuis vlakbij de Therapeutische Gemeenschap (TG) van De Kiem waar zwangere vrouwen en verslaafde moeders met hun kinderen tot ongeveer 6 jaar terecht kunnen. Ook alleenstaande vaders met jonge kinderen kunnen er opgenomen worden. In de Tipi kunnen deze vrouwen (of mannen) de zorg voor zichzelf (hun drugproblematiek) en de zorg voor hun kind(eren) combineren. Overdag volgen zij het programma in de TG en 's avonds, op woensdagnamiddag en in de weekends, dragen ze zelf de zorg voor hun kind(eren).
www.dekiem.be

GoiA – Gezinnen onder invloed Antwerpen (Free Clinic vzw)

GoiA is een deelwerking van Free Clinic (vzw) die zich richt op gezinnen met ouders met een drugprobleem. Via intensief casemanagement brengen we de zorgbehoeften van ouder én kind in kaart. Vervolgens zoeken we samen met de ouders naar het best aansluitende hulpverleningsaanbod en stemmen we het aanbod van de verschillende betrokken diensten op elkaar af. Daarnaast biedt GoiA vorming op maat voor intermediairen rond het thema ouderschap en middelengebruik.
www.goia.be

KDO (MSOC Gent)

KDO-project (Kinderen & Drugsverslaafde Ouders) is een vrijwillig en laagdrempelig project voor (ex-)drugverslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen. Zij bieden een luisterend oor en hulp op maat van de cliënt. Door middel van huisbezoeken benaderen ze de cliënt in hun eigen leefomgeving en zoeken ze samen naar antwoorden op vragen over opvoeding, zwangerschap en druggebruik.

KiDO (MSOC Oostende)

KiDO biedt op proactieve wijze in multidisciplinair teamverband outreachende, geïntegreerde en intensieve begeleiding aan drugafhankelijke ouders en hun jonge kinderen.

MaPa (MSOC Vlaams-Brabant)

Binnen het project MaPA van het MSOC Vlaams-Brabant wordt samen met de cliënt gekeken naar de impact van het druggebruik op zijn/haar ouderschap. Er wordt gezocht hoe de veiligheid en het welzijn van het kind (opnieuw) een primaire plaats kan hebben in het leven van de cliënt. Het project is doorheen de jaren geëvolueerd naar een brede werkvorm bestaande uit drie peilers. Een professioneel én sociaal ondersteunend netwerk uitbouwen met (aanstaande) ouders, intensieve prenatale zorg bieden en netwerking opdat de (ex-)druggebruikende ouders ook effectief meer als "ouder" benaderd worden.
www.msoc-vlaamsbrabant.be/het-mapa-project

MSOC Limburg (CAD Limburg)

CAD Limburg biedt hulpverlening aan mensen (en hun omgeving) die problemen ervaren met alcohol, medicatie, illegale drugs en gokken. De activiteiten van CAD omvatten: informatie en vorming, preventie, ondersteuning van zelfhulpgroepen, straathoekwerk, ambulante hulpverlening, advies en overleg inzake hulpverlening en preventie, een documentatiecentrum, en beleidsadviezen. CAD beschikt over een netwerk van plaatselijke kantoren over heel Limburg.
www.cadlimburg.be

OP+ (Adic vzw)

OP+ is het ontwenningsprogramma voor druggebruikende vaders of moeders en hun kinderen (0-6jaar) van ADIC vzw. Het doel van een opname in het OP+ is om op korte termijn zicht te krijgen op de probleemsituatie waarin het gezin verkeert. Het programma omvat ontwenning, screening en observatie. Daarnaast wordt er gewerkt aan de motivatie van de druggebruikende ouder en aan de ouder-kindrelatie. Op het einde van het programma wordt er een behandeladvies geformuleerd, rekeninghoudend met de noden van het gezin.
www.adicvzw.be

Ouderschapsproject (Katarsis vzw)

Katarsis is een revalidatiecentrum in Genk voor mannen en vrouwen tussen 16 en 45 jaar met problemen rond drugs, alcohol of medicatie. Drugsafhankelijke ouders worden tijdens hun behandeling geconfronteerd met hun ouderschapsverplichtingen, vaak beladen met schuldgevoelens en een gebrek aan opvoedingsvaardigheden. Binnen het Ouderschapsproject van Katarsis wordt op deze noden in gegaan en worden ouders ondersteunt in hun natuurlijke behoefte om hun ouderschap op te nemen.
www.katarsis.be

PROject (Free Clinc vzw)

PROject is een deelwerking van Free Clinic vzw en fungeert als een doelgroepspecifieke antenne van MSOC Antwerpen. PROject is m.a.w. een ambulant en genderresponsief zorgprogramma binnen de drughulpverlening dat vrouwen met een min of meer gestabiliseerd verslavingsprobleem persoons- en veranderingsgerichte zorg aanbiedt in een kleinschalige en kindvriendelijke omgeving. Doel is om de gezondheid en het welzijn van vrouwen die beschadigd zijn door of via middelengebruik - en hun kinderen - ten goede te veranderen en samen met hen toe te werken naar her-integratie & resocialisatie.
www.free-clinic.be/PROject

Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (De Sleutel)

De therapeutische gemeenschap Merelbeke (TGM) is een langdurig residentieel behandelprogramma voor volwassenen met een verslavingsproblematiek, die ook problemen ervaren op verschillende andere leefgebieden. Hoewel de kinderen niet permanent in TGM kunnen aanwezig zijn, proberen we het ouderschap toch een belangrijke plaats te geven in de behandeling, door -onder andere- een ouderschapsgroep (uitwisselen van ervaringen en psycho-educatie over ouderschap en opvoeding) en kinderbezoek (eventueel met overnachting).
www.desleutel.be/professionals/hulpverlening/residentieel/tgalgemeen

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD)

VAD is de koepelorganisatie van verenigingen en instellingen die zich in Vlaanderen bezighouden met alcohol- en andere drugproblemen. Regelmatig organiseert VAD vormingen voor hulpverleners en preventiewerkers in het begeleiden en ondersteunen van kinderen van gebruikers.
www.vad.be

Colofon

Aan deze Exponent werkten mee:

Gilles Geeraerts
Han Mariën
Diane Slootmans
Kathleen Van Loon
Lise Verstappen
Marein Wellens

Eindredactie:
Dirk Rombouts

Redactieadres Exponent
GoiA
Zeilstraat 16 - 2060 Antwerpen
Info@goia.be

Exponent wordt gratis verstuurd per email.

Alle reeds verschenen edities van Exponent zijn te downloaden via: www.goia.be/nieuwsbrief

Meer info over de Expertisegroep Ouders onder Invloed: www.oudersondersinvloed.info