

Het Transmurale Zorgpad Verslaving

De uitbouw van een platformwerking voor een betere zorg voor personen met een verslaving, hun naasten en de betrokken professionals.

Inhoudsopgave

Inhoud

1	INLEIDING	3
2	DE BOUWSTENEN	6
2.1	DE (POTENTIËLE) PARTNERS HEBBEN VERTROUWEN IN ELKAAR EN GELOVEN IN HET MODEL VAN EEN PLATFORMWERKING, ZOALS ONTWIKKELD IN DE KEMPEN.	6
2.2	ER ZIJN FUNDAMENTEN VAN HET SAMENWERKINGSMODEL	6
2.3	NAAMBEEKENDHEID	9
2.4	OPSTARTENDE EN BIJDRAGENDE PARTNERS	10
2.4.1	DE OPSTARTENDE ZORGORGANISATIE	11
2.4.2	BIJDRAGENDE PARTNERS:.....	12
3	HET DRAAIBOEK	13
3.1	WAT ZIJN MOGELIJKE OPPORTUNITEITEN OM HET MODEL TOEPASBAAR TE MAKEN IN EEN REGIO?	13
3.2	WAT HEB JE NODIG OM HET MODEL TOEPASBAAR TE MAKEN IN EEN REGIO?	13
3.3	WAT ZIJN DE HINDERPALEN IN EEN REGIO ?.....	14
3.4	HOE KUNNEN WE HET MODEL VERSTERKEN EN VERDUURZAMEN IN DE KEMPEN ?	14

3.5	WAT ZIJN DE ALTERNATIEVEN ?	15
3.6	CONSECUTIEVE STAPPEN VAN DE UITBOUW	15
4	<u>DEFINIËREN VAN HET INZETTEN VAN DE VRIJWILLIGERS BINNEN DE VISIE EN MISSIE</u>	16
4.1	ED VERSLAVING DIE ZICH INZETTEN ALS VRIJWILLIGER IN DE POOL VAN ERVARINGSDRAGERS (ORGANISATIE VAN DE ERVARINGSDRAGERS) (OEV).....	16
4.2	ROLLEN VAN DE ED IN DE OEV	18
4.3	ROLLEN VAN VRIJWILLIGERS-NIET ED.....	19
4.4	BIJ HERVAL VAN EEN ED	19
4.5	HOUDING VAN DE ED	20
4.6	HULPMIDDELEN VOOR ED.....	20
5	<u>SAMENVATTING EN BESLUIT.....</u>	21
6	<u>DANKWOORD</u>	22
7	<u>BIBLIOGRAFIE.....</u>	23

1 Inleiding

Deze publicatie is het resultaat van een gezamenlijke denkoefening op 17 november 2023, te Turnhout, CAW de Kempen.

Op initiatief van de Verslavingskoepel Kempen VZW (VK Kempen) werd er gereflecteerd over de fundamenteën van de platformwerking voor personen met een verslaving en hoe de samenwerking elders kan opgebouwd worden. Als inleiding is het belangrijk de platformwerking voor personen met een verslaving te beschrijven en waarom een aantal partners zich in de aparte organisatie VK Kempen verenigd hebben.

In regio Kempen was er een steeds groter wordend tekort aan hulp voor personen met een verslaving. Ook de familie stond in de kou en er was steeds meer druk op professionals die anders betrokken zijn bij verslavingszorg dan de gespecialiseerde verslavingszorg (huisartsen, spoedgevallendiensten, algemene ziekenhuizen, sociale diensten van de steden en gemeenten). Tegelijkertijd was er een groeiende groep personen met verslaving die steeds minder de stap zette naar het professionele aanbod, maar ook de stap niet meer wilde zetten naar de toen bestaande lotgenotengroepen (het zelfhulplandschap).

Dit bracht burgers-ervaringsdragers en professionals bij elkaar in 2012 (Welzijnszorg Kempen (WZK), CAW de Kempen en CGG Kempen). Gradueel kwam er vertrouwen en ze richtten in 2018 samen met de algemene ziekenhuizen van het Ziekenhuisnetwerk Kempen (ZNK) en de steden en de gemeenten van de regio Kempen de platformorganisatie VK Kempen VZW op, die de coördinatie en de uitbouw van de werking opnam. De platformwerking heeft meerdere doelen: de bestaande zorg voor personen met een verslaving en hun naasten (context) in de regio te verbeteren; ervaringskennis een duidelijke rol geven in het zorgpad en, als laatste, de professionele hulpverlening te ontzorgen.

Het idee was dat de zorg voor alle betrokken kon verbeterd worden met een geschakelde zorg, vertrekkend vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid, op basis van gelijkwaardigheid van ervarings- en professionele kennis en met respect voor elkaar eigenheid (samenwerking, schakelen door alle ‘muren’ van hulpverleners en zelfhulpgroepen door, maar geen inmenging) (“Transmuraal Zorgpad Verslaving”). Het Transmuraal Zorgpad Verslaving wil een levenslange ambulante zorg zonder wachtlijsten aanbieden. Dit kan een residentiële opname voorkomen, maar kan ook de tijd tot intake overbruggen.

De VK Kempen organiseert sinds medio 2018 enerzijds individuele gesprekken van ervaringsdragers verslaving/context met personen met een verslaving (en hun familie), en anderzijds groepswerkingen die ‘contactgroepen’ werden genoemd (zelfhulpgroepen). In tegenstelling tot andere zelfhulpgroepen zijn contactgroepen open voor alle soorten middelen, voor personen met een verslaving én hun familie en voor professionelen. Deze laatste nemen deel vanuit wat het geven van zorg aan personen met een verslaving voor hen persoonlijk betekent, dus niet vanuit hun professionaliteit.

De professionele partners melden hun patiënten/cliënten aan voor een gesprek met een ervaringsdrager. Er gebeurt een matching naar leeftijd, geslacht en gebruikt product om de (h)erkenning, het hoopgevende en het motiverende van het gesprek zo groot mogelijk te maken. Het gesprek gaat door bij de aanmelder of in de gebouwen van het CAW, het CGG of het OCMW van de woonplaats.

Centraal in deze werkingen staan de ervaringsdragers verslaving of context (synoniemen in de literatuur: peers, lotgenoten, ervaringsdeskundigen, gelijken). Het zijn onafhankelijke burgers met ervaring in het zelfhulplandschap verslaving en/of ervaring door een eigen begeleiding bij professionals. Ze vertrekken vanuit hun authentiek verhaal om de persoon met een verslaving of de naasten te “gidsen” naar (andere) ambulante zorg. De VK Kempen koos voor de naam ‘ervaringsdrager’, ook al zijn het evident ervaringsdeskundigen.

Heel in het bijzonder gidsen ze naar de contactgroepen of naar de andere zelfhulpgroepen (AA, NA, SOS nuchterheid, Toxan, Al Anon, ...) . Deze “gestabiliseerde verslaafden”, zoals ze zichzelf noemen, zijn de spil van de werking.

Ze ondersteunen de professionals in hun hulpverlening en worden ondersteund door de partnerorganisaties die participeren in de VK Kempen-werking. Ze vormen een ‘dedicated team’ met het team van de partnerorganisatie.

De verdienstelijke uitbouw in de regio Kempen deed de vraag rijzen “gaat dat ook in andere regio’s, in andere ziekenhuizen, in andere steden en gemeenten, met andere aantallen gespecialiseerde verslavingszorg en met anders gestructureerde zorg voor verslaving?”.

In deze publicatie schrijven we een draaiboek uit voor de ontwikkeling van een platformwerking verslavingszorg in Vlaanderen en België. De doelstelling van een draaiboek is een gids te bieden voor de ontwikkeling van het Transmuraal Zorgpad Verslaving dat een geschakelde en ook een geïntegreerde zorg biedt aan mensen met een verslaving en hun naasten. Het moet aan ervaringsdragers verslaving/context een duidelijke rol en omkadering geven en moet ontzorging bieden voor de professionele hulpverleners.

Aan deze denkoefening ging een masterthesis vooraf (Kamp, 2023) (1) en enkele symposia vooraf. Aan de expertentafels werkten ervaringsdragers en professionals mee (17 november 2023, CAW de Kempen, Turnhout). De experts waren burgers met ervaring in het zelfhulplandschap (AA, NA, SOS nuchterheid, Al Anon, VK Kempen, Project Jongeren), medewerkers en politieke verantwoordelijken van steden en gemeenten, medewerkers CAW, CGG, Zorgnet-Icuro, WZK, ZiekenhuisNetwerk Kempen, Koning Boudewijnstichting en MSOC, vertegenwoordigers van ELZ, huisartsen en van de BVAS commissie gastro-enterologie, zelfstandige juridisch adviseurs, psychologen en arts-specialisten neurologie, spoedgevalleneeskunde en gastro-enterologie.

2 De bouwstenen

De introductie van een geïntegreerd en geschakeld zorgsysteem is niet zozeer een moment, maar veel meer een proces dat een stap voor stap ontwikkeling kent met wederzijds overleg.

Er zijn basisprincipes om de samenwerking te beginnen:

2.1 De (potentiële) partners hebben vertrouwen in elkaar en geloven in het model van een platformwerking, zoals ontwikkeld in de Kempen.

Om te starten lijkt het belangrijk in de regio te kijken waar het vertrouwen in elkaar aanwezig is. Nysmans (2005) publiceerde twee teksten (2) (3) over de valkuilen van getuigenissen in verslavingszorg. Deze publicaties werden opgepikt door burgers-“gestabiliseerde verslaafden”. Bij deze gesprekken werden directieleden van CAW de Kempen en CGG Kempen betrokken. Er groeide gradueel wederzijds vertrouwen. Dit vertrouwen bleek veelvlakking te zijn: vertrouwen in de complementariteit van elkaars werking, vertrouwen in de eigenheid van elkaars werking, vertrouwen tussen professionals en niet-professionals, vertrouwen in burgers-ervaringsdragers zonder specifieke gespreksopleiding, vertrouwen van zelfhulporganisaties in elkaar, Een eerste conclusie van de expertentafels is dat vertrouwen een erg belangrijke bouwsteen is om de platformwerking op te starten.

2.2 Er zijn fundamenten van het samenwerkingsmodel

Kamp (2023) beschreef de waarden en fundamenten van het samenwerkingsmodel (1). De expertentafels vertrokken van deze fundamenten en vulde ze aan.

Men vertrekt vanuit de **gemeenschappelijke visie dat verslaving een chronische ziekte is, die multifactorieel bepaald wordt**. Het is dus geen moreel verwerpelijk gedrag of keuze van de patiënt/cliënt. **De herstelvisie staat centraal** en op de weg naar herstel betreft men ervarings- en professionele kennis samen. Dit wordt de **‘duale’ werking** genoemd. De kracht van het model zit in de duale werking (ervaringsdrager-professional, niemand moet de zorg alleen opnemen). Het gaat om een duale werking op alle niveaus (in de somatische geneeskunde, in de geestelijke

gezondheidszorg, in de welzijnszorg, in preventiewerk, in justitiële werking, en ook in het beheer van de platformwerking en in de coördinatie van het zorgpad).

In de missie wordt er gestreefd naar een levenslange kwaliteitsvolle zorg zonder wachtlijsten. De hulpvrager staat hierbij centraal. De individuele zorgverlener en de individuele ervaringsdrager zijn samen de dragers van de werking. De werking is voor de persoon met een verslaving en zijn omgeving, maar is ook ter ondersteuning van zowel de zorgverleners als de ervaringsdraggers. Het is dus belangrijk de noden van de doelgroep te kennen maar evengoed om die van de ervaringsdraggers en de professionals te kennen.

De betrokkenheid van de partners in het netwerk is gebaseerd op een set van **gemeenschappelijke waarden: de gelijkwaardigheid van ervaringskennis en professionele kennis, het respect voor elkaars kennis, het wederzijds ondersteunen van ervaringsdraggers en professionals in hun zorg voor de patiënt/cliënt en de erkenning van ieders eigenheid van zorg en ieders eigen (ethische) principes.**

Specifiek hierin:

- Ervaringsdraggers verslaving en context staan centraal in de werking, Ze gidsen de hulpvragenden en vormen de schakel tussen de partners.
- Alle betrokkenen hebben een gezicht. Dit wil zeggen dat een ervaringsdrager de anonimiteit opgeeft om anderen te kunnen helpen. Dit is een verschil met de andere zelfhulpgroepen in het landschap.
- Het is belangrijk de verschillen in bewoordingen, in het tempo en in het aangaan van uitdagingen te respecteren.
- Alle actoren die betrokken zijn bij zorg voor personen met een verslaving en hun omgeving, of die in hun werk nood hebben aan ondersteuning om zorg te kunnen geven aan deze doelgroep, kunnen aansluiten op de werking.
- Aansluiten op de werking betekent dat men een partnerschap opneemt in de netwerk- en platformorganisatie (de 'koepel') die de samenwerking coördineert. Partnerschap betekent zich inzetten in beleid, bestuur en/of

praktische werking en financieel bijdragen om de coördinatie, samenwerking en vrijwilligerswerking mogelijk te maken.

- Het platform vormt een brug tussen ervaringsdragers en professionals, tussen het zelfhulplandschap en de professionals en hun organisaties. Het zelfhulplandschap behoudt zijn eigenheid en onafhankelijkheid maar krijgt tegelijkertijd de mogelijkheid om via individuen vertegenwoordigd te zijn in alle lagen van de samenwerking.
- Met input van alle lijnen (nulde-, eerste-, tweedelijns- gezondheidszorg en welzijnszorg). Geen van de partners is dominant in de aansturing, in het overleg en besluitvorming van de platformorganisatie. De statuten voorzien in de regels van lidmaatschap, bestuursorgaan, besluitvorming, rechten en plichten.
- Datamanagement en een patiëntensysteem dienen een vlotte communicatie en efficiënte opvolging mogelijk te maken. Dit vergt samenwerkingsverbanden die delen van gegevens mogelijk maken met respecteren van de GDPR-regels.
- Streven naar een federale en Vlaamse financiering voor het zorgpad met een verloning van elke inzet (naast de GGZ ook welzijnsactoren, ervaringsdragers, huisartsen, somatische artsen en algemene ziekenhuizen). Ontschotten van de zorguitvoering vraagt om een andere financieringsmodel dan het huidige.

De expertentafels vinden dat motivatie een erg belangrijk element is. Elke partnerorganisatie heeft een trekker van de werking nodig die voldoende ruimte krijgt om out of the box te denken. Het denken buiten het eigen kader en overkoepeling waren volgens de expertentafels ook fundamentele elementen.

De kernbegrippen ‘believers’, ‘gedreven mensen’, ‘lokale trekkers’, ‘ervaringsdragers als missionarissen naar andere regio’s’ kwamen terug.

Tweede klasse kernbegrippen waren ‘concurrentie vermijden’, ‘overkoepeling’, ‘versnippering tegengaan’, ‘kloven overbruggen’, ‘overleg’, ‘mogelijkheid tot verschuiven in het denken’, ‘eigen gelijk opgeven’, ‘gelijkwaardigheid’, ‘bereid

iets anders te doen dan men gewoon is van te doen’, ‘eigen visie loslaten, nieuwe visie leren kennen’ en ‘zich openstellen’.

Tenslotte stond het kernbegrip “nood aan een structuur die van in het begin het out of de box denken ondersteunt” ook centraal. Kernwoorden zoals ‘nood aan een netwerk’, ‘nood aan (duale) coördinatie’, ‘ruimer netwerk’, ‘ontmoetingsplaats bieden’ en ‘geeft de context een rol en een plaats’. Dit laatste gaat ook over de ervaringsdragers in het algemeen, de structuur is ook noodzakelijk om een plaats aan hen te geven, om de rol goed te omschrijven en (bv discussie over inhoud van ‘ervaringsdeskundige’, ‘coach’, ‘buddy’, ‘gids’, ...).

Na de denkdag kwam er vanuit de VK Kempen-groep nog een belangrijk element voor de werking: het ontwikkelen van eigen rituelen. Nu is er al de PICASOL-methode en de rondgang van een ‘zakje’. Maar trekkers vermeldden het belang van te kunnen opkijken naar lang ‘gestabiliseerde’ verslaafde personen en de herkenbaarheid hiervan (bv Narcotics Anonymus: verschillende kleuren sleutelhangers).

2.3 Naambekendheid

De expertentafels hadden veel oog voor naambekendheid als belangrijke hefboom om het samenwerkingsconcept te toetsen aan noden. Tourné Minerale en de Warmste Week werden vermeldt. Actief deelnemen aan Facebook, Instagram, ... werd ook vermeld.

NB na de denkdag werd er al meegedaan aan Tourné Mineral.

NB: als iemand een methode weet om een Facebook-account op te zeggen (gezien verloren gegaan mailadres én gsmnummer én wachtwoord), laat dit aub weten. De methodes beschreven op internet werken allemaal niet en een nieuw account wordt automatisch verwijderd door Facebook omwille van teveel gelijkenis. We zitten daarmee vast.

2.4 Opstartende en bijdragende partners

Belangrijk is dat de koepel steeds betrokken wordt en dat er dus boven de VK Kempen er gradueel een VerslavingsKoepel (VK) groeit. Dit vergt een statutenwijziging.

Zo kunnen andere partners buiten de Kempen aansluiten aan de werking. Het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met de Vlaamse en Belgische zelfhulporganisaties om lokale ervaringsdragers te kunnen rekruteren is ook noodzakelijk. Er zijn dus steeds **drie partners nodig om op te starten**: de Verslavingskoepel (zonder Kempen), een regionale zelfhulporganisatie zoals AA, NA, SOS nuchterheid, Toxan, Al-Anon, ..., en (minstens) één zorgpartner.

Er lijken **twee soort zorgpartners** te zijn. Opstartende partners (primaire partners) hebben de mogelijkheid om de werking op te starten. Daarnaast zijn er partners die vanuit hun expertise en ervaring belangrijke bijdragen kunnen leveren. Deze expertise kan betrekking hebben op preventie, detectie, acute behandeling, opvolging, hervalpreventie, ondersteuning van de ervaringsdragers, ondersteuning, van professionele zorgverleners, De bijdragende partners hebben volgens de huidige koepel een opstartende partner nodig om een platformwerking op te zetten.

De expertentafels vulden dit aan. Op dit ogenblik is verslavingszorg geen werf voor de CAW's, waardoor het toegankelijk maken van alle CAW voor verslavingszorg belangrijk was voor hen. Er werd ook aangehaald dat psychiatrische ziekenhuizen die werken met ervaringsdeskundigen baat zouden kunnen hebben bij dit model.

De expertentafels stonden bij potentiële zorgorganisaties stil, omdat het opstarten niet alleen te maken heeft met het soort organisatie, maar ook veel te maken heeft met financiering. Langs de ene kant werd benadrukt dat financiële

onafhankelijkheid, en dus financiering vanuit de partners belangrijk is. Llangs de andere kant vond men het betrekken van Federaal- en Vlaams beleid en politieke partijen in verband met de financiering ook belangrijk.

Besluit: er zijn drie partners nodig om op te starten, de Verslavingskoepel (zonder Kempen), lokale zelfhulporganisaties en een opstartende zorgorganisatie.

Wie en waar er opgestart wordt kan niet losgezien worden van de financiering van de platformwerking. Een financiering moet zowel onafhankelijkheid als stabiliteit geven. Een gemengde financiering vanuit verschillende beleidsniveaus en vanuit de partners lijkt een moeilijk maar na te streven model. Er wordt opgemerkt vanuit de juridische hoek dat met zo'n werking en zoveel partners contracten van 1 tot drie jaar onhaalbaar zijn. Opstartende partners kunnen in een projectstelsel stappen van 1 of enkele jaren, maar nadien is het contract van onbepaalde duur nodig, opzegbaar binnen een haalbare termijn.

2.4.1 De opstartende zorgorganisatie

De opstartende zorgorganisatie is een trekker die de nodige knowhow heeft om de professionele coördinatie regionaal/lokaal uit te bouwen. De professionele coördinator wordt dus ingebed in één van de opstartende zorgorganisaties. Deze coördinator wordt wel betaald vanuit de platformorganisatie, zodat er een duale werking ontstaat op alle niveaus (beleid, coördinatie, praktijk). Of een opstartende partner geschikt is om de professionele coördinator in te bedden, lijkt afhankelijk van de organisatie voldoende ingebed is in de welzijnswerking van de regio en/of in het netwerk GGZ van de regio. Volgens de huidige koepel kunnen volgende organisaties de opstartende partners zijn:

- CAW (kan de professionele coördinatierol opnemen).
- CGG (kan de professionele coördinatierol opnemen).
- Huisartsen en hun verenigingen, bij uitbreiding ELZ (niet duidelijk tot nu toe of deze de professionele coördinerende rol kunnen opnemen).

- Een ziekenhuis, bij uitbreiding een ziekenhuisnetwerk (niet duidelijk tot nu toe of deze de professionele coördinerende rol opnemen).
- Een zorgintercommunale (zoals Welzijnszorg Kempen, ingericht door de 27 steden en gemeenten van de Kempen) (kan de professionele coördinerende rol opnemen).
- Een overheid, bv. een stad of gemeente of een zorgintercommunale (kan de professionele coördinerende rol lokaal opnemen).
- Drughulp eerste lijn/MSOC of organisaties met drughulpverlening/verslavingshulpverlening als doel (kunnen de professionele coördinerende rol opnemen).

2.4.2 Bijdragende partners:

Bijdragende partners zijn altijd belangrijk zodat een werking kan groeien.

- Professionals somatische zorg (ambulante detox/detox in opname, diagnose en behandeling complicaties van verslaving)
- Professionals geestelijke gezondheidszorg
- Professionals sociale- en welzijnszorg
- Residentiële verslavingszorg en drughulpverlening
- Juridische werkingen, bv. wat betreft overgang gevangenisstraf naar ambulante hulp
- Preventiewerk (bv Logo's, arbeidsgeneeskundige- en preventiediensten bedrijven, schoolgroepen, ...)
- Reintegratie en rehabilitatie (bv Herstelacademie, ...),

Gezien de veelheid van mogelijke bijdragen kunnen deze partners niet specifiek worden gedefinieerd. De uitbouw impliceert dat uiteindelijk alle partners, zowel primaire als bijdragende, betrokken worden in de platformwerking.

3 Het draaiboek

De expertentafels overliepen opportuniteiten, moeilijkheden, benodigdheden, alternatieven en elementen van verduurzaming. Daarna volgen consecutieve stappen in het opstarten. Hoewel elk van de stappen wordt besloten met een go/no/go besluit, leert de praktijk dat door voortschrijdend inzicht en actuele ontwikkelingen soms teruggestapt moet worden.

3.1 Wat zijn mogelijke opportuniteiten om het model toepasbaar te maken in een regio?

- een centrale koepelstructuur waar de regionale koepels kunnen aansluiten (de Verslavingskoepel).

- de aanwezigheid van out of the box denkers
- mensen uit privé-sectoren die hulp willen
- de uitbouw van zelfhulp patiëntenparticipatie ⇒ zelfhulpvriendelijke ziekenhuizen
- het erkennen van ervaringsdragers als beroep
- tekorten in zorg voor de doelgroep

3.2. Wat heb je nodig om het model toepasbaar te maken in een regio?

- vertrouwen in ervaringsdragers zonder opleiding of opleiding door andere diensten
- coördinatie
- relatie professioneel en niet-professioneel
- complementariteit van alle diensten uit alle niveaus/lijnen
- ervaringsdragers als missionarissen voor andere regio's
- CAW overall toegankelijk maken voor verslavingsproblematiek

3.3 Wat zijn de hinderpalen in een regio ?

- financiering

- Federale en Vlaamse overheid (bv Kom op tegen Kanker, de Liga's), lang en moeilijk, veel administratie.

Bv. voor Vlaanderen in orde maken van het statuut "Autonoom Vrijwilligerswerk" vergt niet alleen praktijkwerking die kwaliteitsvol is maar ook een volledige registratie daarvan. (NB de nodige aanpassingen worden sinds december 2023 gradueel gedaan).

(NB na de denkdag werd er contact gelegd met de kabinetten van Minister Crevits en Minister Demir. Er was al contact met het kabinet van Minister Vandenbroucke)

- via acties en giften (bv. eveneens Kom op tegen Kanker, de Liga's), vergt continue inzet van veel vrijwilligers en coördinatoren die niet met de corebusiness bezig zijn.

- via partners: de kortlopende contracten vormen een administratief en beleidsmatig probleem.

- via binnenhalen projecten: geen stabiele financiering en dus ook geen stabiele werking (van projectwerking naar projectwerking afhankelijk van de projectoproepen).

- ervaringsdragers als erkent beroep beperkt mogelijk het vinden van vrijwilligers

- betrokken worden bij het uitwerken van de adviezen en de wetgeving

(NB. na de denkdag hebben we gevraagd betrokken te worden bij de Hoge Gezondheidsraad "Advies over lotgenoten", wat ook is gebeurd)

- tijd: het vergt erg veel tijd en het vergt mankracht om op regelmatige basis met elke partner in contact te treden. Het vergt ook veel tijd om vertrouwen te laten groeien.

3.4 Hoe kunnen we het model versterken en verduurzamen in de Kempen ?

- het beleid en onze politici hebben een belangrijke rol in de uitbouw van de werking. Welzijn en gezondheidszorg zijn immers de hoekstenen van de werking. De werking zelf heeft geen kleur, ze staat open voor iedereen die zich betrokken voelt.

- naambekendheid vergroten

- verjonging

- vzw verder juridisch uitbouwen
- volledige landschap uitleggen of bekend maken
- huisartsen en thuisverpleging opleiden of elkaar en de werking beter te leren kennen (NB na de denkdag werd er vanuit Ziekenhuis Geel een tekst uitgewerkt om ambulante detox door de huisartsen te ondersteunen en werd het aanmelden voor ervaringsdragers via spoedgevallen mogelijk gemaakt)
- registreren (in de mate van het mogelijke) om vooruitgang in kaart te brengen

3.5 Wat zijn de alternatieven ?

Opmerking : gevaar voor elkaar als concurrent te zien ipv alternatief bv.

- Herstelacademie
- Balu und Du

3.6 Consecutieve stappen van de uitbouw

1. De huidige VKK vormt zich om naar een VK (statuten aanpassen) (de noodzakelijke structuur die 'out of the box' denken ondersteunt en die ervaringsdragers een duidelijke rol en veiligheid biedt. Niemand staat alleen in de werking).
2. Samenwerkingsverbanden met zelfhulporganisaties verslaving (rekruteren lokale ervaringsdragers) voor de duale werking (ervaringskennis/professionele kennis).
3. De koepelorganisatie (VK) helpt steeds met het opstarten van coördinatie, administratie, opstellen intentieverklaringen, samenwerkingsverbanden i.v.m. gegevensdeling, andere samenwerkingsakkoorden en -verbanden, website, ...
4. Aan naambekendheid werken, meedoen met de Warmste Week, Tourné Minerale, gaan spreken op symposia,... Ook inzetten op sociale media (Facebook, Instagram, ...), zodat mensen de werking kennen.
5. Aansluiting vinden bij de Vlaams en Federale overheden en bij initiatieven van de overheid zoals ZOPP (zelfhulpsteuning en patiëntenparticipatie)
6. Er is één partner of er zijn enkele partners in een regio die de visie en missie en het model van de huidige koepel onderschrijven (aspirant opstartende zorgorganisatie).

7. Het is belangrijk voor bijkomende partners te kijken in andere regio's waar het vertrouwen zit ⇒ dit is specifiek per regio.
8. Bij de opstartende partners mensen vinden die geloven in het model en willen trekken.
9. Starten van een werkgroep.
10. Organisatie voor burgers ervaringsdragers (pool van ervaringsdragers) (OEV) oprichten in de regio.
11. Gelegenheid en tijd creëren om regionaal vertrouwen op te bouwen -elkaar leren kennen vraagt aandacht. Er voor zorgen dat men elkaar niet als concurrent ziet.
12. Elkaars ethische normen leren kennen en hierop de gemeenschappelijke waarden voor de praktijk afstemmen.
13. Intervisies opnemen voor de individuele werking en de groepswerking.
14. Gradueel en op ieders tempo evolueren van geschakelde zorg naar geïntegreerde zorg. De eigen zorg wordt geschakeld, maar wordt ook afgestemd op de zorg die andere partners geven.
15. Aanpassen van de statuten van de VK met de nieuwe (aspirant) werking.

4 Definiëren van het inzetten van de vrijwilligers binnen de visie en missie

4.1 ED verslaving die zich inzetten als vrijwilliger in de pool van ervaringsdragers (organisatie van de ervaringsdragers) (OEV)

Een persoon kan vrijwilliger worden van de OEV als ED verslaving indien hij of zij voldoet aan volgende voorwaarden:

Is gestabiliseerd in verslaving of is context. Het aantal maanden of jaren clean is op zich niet zo belangrijk. Wel is het inzicht in de eigen kwetsbaarheid erg belangrijk. ED moeten blijvend werken aan het eigen herstel (professionele begeleiding en/of deelname aan zelfhulpgroepen) en moeten een persoonlijk plan bij herval hebben. Daarnaast zijn alle andere punten die hieronder worden vernoemd belangrijk.

- gelooft in de meerwaarde van het zelfhulplandschap en van professionele hulp en is bereid *zich als burger-vrijwilliger* voor het zelfhulplandschap en professionele landschap als geheel in te zetten. Hij/zij is dus bereid de anonimiteit op te geven. (Noot1: een deelnemer aan de contactgroepen kan zijn/haar anonimiteit kan behouden.) (Noot 2: de persoon met een zorgnood geeft zijn anonimiteit op om in gesprek te gaan met een ervaringsdrager).
- heeft een persoonlijk plan voor zijn eigen herstel als het moeilijker gaat. Indien er herval is kan hij/zij, om gestabiliseerd te worden en te blijven, aan een begeleider van een partnerorganisatie van de VK of aan een andere deskundige terzake begeleiding vragen. *Hij/zij kan actief blijven participeren als deelnemer aan een zelfhulpgroep verslaving om dit doel te bereiken;*
- heeft een open blik voor *een geschakeld en geïntegreerd zorgpad verslaving* (“*transmuraal zorgpad verslaving*”);
- staat open voor nieuwe dingen en voor verhalen van anderen;
- spreekt vanuit het eigen verhaal en eigen ervaring, en draagt authenticiteit uit;
- *volgt de opleidingen voor ervaringsdeskundigen, die aangeboden worden door de VK of andere partners. Indien er geen opleidingen gevolgd worden gedurende het eerste jaar, wordt de vrijwilliger inactief. Hij/zij kan actief blijven participeren als deelnemer aan de contactgroepen; Om terug actief te worden als ED kan er contact opgenomen worden met de ED-coördinator van de OEV of de professionele coördinator om de opleidingen in te plannen.*
- *is deel van de OEV* en wil zich inzetten voor de groepsvorming- en de ontwikkeling van de OEV;
- heeft de contactgroep-werking leren kennen, door minstens één keer te participeren;
- neemt actief deel aan intervisies. Indien er meer dan 1 jaar geen deelname aan intervisies is geweest, is de vrijwilliger-ervaringsdrager geen actieve vrijwilliger meer. Om terug actief te worden kan er contact opgenomen worden met de ED-coördinator van de OEV of de professionele coördinator;

- *houdt zich aan de deontologische- en GDPR-regels en doet geen rekrutering voor een eigen zelfstandige praktijk;*
- *Is bereid ambassadeur te zijn van de werking en in dit kader contact te houden met de sociale dienst van de stad/gemeente en mee te doen aan symposia, getuigenissen met professionele partners, overlegvergaderingen of activiteiten.*

4.2 Rollen van de ED in de OEV

De ED van de OEV kan verschillende rollen opnemen:

- *Trekker van een contactgroep: een trekker is de organisator en de contactpersoon van één of meerdere contactgroepen. Hij/zij is samen met de ED-coördinator het gelaat voor de sociale dienst van de stad of gemeente waar de contactgroep is.*
- *Gespreksleider van een contactgroep: deze rol roteert in de groep. De gespreksleider leidt het gesprek in één specifieke contactgroep en helpt de trekker in de organisatie van de contactgroep.*
- *Starters/helpers: helpt de contactgroepen op te starten. Ze maken deel uit van een vliegende ploeg. De leden van de vliegende ploeg kunnen gevraagd worden om personen die afgehaakt hebben te contacteren.*
- *Starters/missionaris: is trekker-ambassadeur en helpt de coördinatoren het Transmurale Zorgpad Verslaving op te starten in de regio.*
- *Vrijwilliger-ervaringsdrager: hij /zij doet individuele gesprekken met patiënten of cliënten op vraag van professionele hulpverleners, zelfstandigen en van de partnerorganisaties. Hij/zij spreekt vanuit zijn unieke ervaring en gidst, op vraag van de persoon met een verslaving, de persoon of de naasten naar de andere hulpverleners en het zelfhulplandschap.*
- *Vrijwilliger: ED kunnen in de VK ook administratieve taken, communicatie, sociale media, projectwerking, ... op zich nemen.*
- *ED-coördinator VK, deze gecentraliseerde rol moet nog gedefinieerd worden*

- ED-coördinator van de regionale OEV: de beschrijving van de rol van de ED-coördinator in de VK Kempen kan opgevraagd worden (info@verslavingskoepel.be) .
- Afgevaardigde regionale OEV in de bestuursorganen VK: dit wordt verder in de tekst beschreven.

4.3 Rollen van vrijwilligers-niet ED.

- *Vrijwilliger: vrijwilligers, die zich vanuit eigen engagement inzetten voor een betere zorg aan personen met een verslaving en een betere ondersteuning van professionele hulpverleners en context, kunnen in de VK ook administratieve taken, communicatie, sociale media, projectwerking, ... op zich nemen.*

4.4 Bij herval van een ED

Bij herval is de persoon niet meer oproepbaar voor individuele gesprekken en trekker- en begeleiderschap. Bij herval wordt de vrijwilliger automatisch een slapende vrijwilliger. ‘Slapend’ betekent dat er zowel de ED als de professionals vanuit een herstelvisie wordt gewerkt en dat dus bij herval de vrijwilliger-ervaringsdrager wordt ‘vastgehouden’. De *coördinatoren* zoeken naar een blijvende verbinding en daar waar mogelijk het behouden van taken binnen de VK Kempen (*van ED-statuut naar vrijwilliger-statuut*). De ED bespreekt dit steeds met de ED-coördinator van de OEV. De ED kan wel nog steeds actief blijven deelnemen aan werkingen van de Verslavingskoepel Kempen voor zijn of haar *eigen* persoonlijk herstel (bijvoorbeeld deelname aan de contactgroepen). De vrijwilliger, die ook ED is, kan weer oproepbaar worden *als ED, als hij/zij voldoet opnieuw aan alle voorwaarden om ED te worden voldoet*. Dit kan na intervisie en contact met de professionele coördinator, in samenspraak met de ED-coördinator van de OEV.

De vrijwilliger van de OEV kan bovendien om welke reden ook het actief lidmaatschap pauzeren. Dit initiatief kan komen van de persoon zelf.

4.5 Houding van de ED

De hulpvragende persoon staat centraal voor de ervaringsdrager. Dit houdt in dat:

Ervaringsdragers die een persoon meenemen naar een partner in het zelfhulplandschap houden in eerste plaats rekening met de wensen van de hulpvrager. Wanneer de integratie in de gekozen groep niet lukt, brengen de ervaringsdragers deze persoon in contact met andere zelfhulporganisaties. Deze mogelijkheid wordt op voorhand al met de persoon besproken.

Ervaringsdragers zijn gidsen in twee richtingen, ze gidsen de hulpvragende persoon naar het zelfhulplandschap en ze gidsen de hulpvragende persoon eveneens naar de professionele hulpverlening.

Een ervaringsdrager die een zelfstandig beroep of bijberoep uitoefent doet geen rekrutering doen voor de eigen zelfstandige werking. Dit is een deontologische regel die steeds gerespecteerd moet worden.

Een aanklappende houding wordt, bij eerste contacten en bij onverwacht wegblijven, verwacht.

4.6 Hulpmiddelen voor ED

De ED moet in de werking gebruik kunnen maken van hulpmiddelen, zijnde:

- Een leidraad voor de gesprekken.
- De PIKASOL-methode.
- Het charter van de VK en de zelfhulpgroepen.
- De sociale kaart van de regio voor het professionele zorglandschap (wordt ook door de expertentafels als belangrijk aangegeven).
- De ED kan bij vragen/ problemen steeds beroep doen op een professionele hulpverlener en op de *coördinatoren* die advies en ondersteuning bieden.
- *De opleidingen voor ervaringsdeskundigen gegeven door VK, officiële instanties of partnerorganisaties.*

5 Samenvatting en besluit

- *Beschouw de ervaringsdragers als de lijm tussen alle verschillende partners en werkingen.*

Hun kracht is ervaringskennis, het lotgenotencontact. Ze vullen de professionele kennis overal hiermee aan en vormen daardoor de verbinding tussen de patiënt/cliënt, de nuldelijn en alle andere partners.

- *Overstijgen van het wantrouwen tussen alle betrokkenen:*

Er is niet zelden wantrouwen tussen professionals van welzijns-, geestelijke gezondheids- en somatische zorg, burgers-ervaringsdragers en deelnemers van het zelfhulplandschap. Ook binnen één groep dient vaak wantrouwen overstegen te worden om te kunnen werken met de doelgroep van personen met een verslaving en om te kunnen werken met ervaringsdragers verslaving als spil van een geschakeld en geïntegreerd zorgpad.

- *Leer elkaar kennen:*

Leer van elkaar welke zelfhulp-, somatische-, welzijns- en geestelijke gezondheidszorg een persoon met een verslaving tezamen nodig heeft. Naast GGZ-hulpverleners geven vele niet-GGZ hulpverleners herstellende en noodzakelijke zorg aan personen met een verslaving.

- *Respecteer elkaars eigenheid:*

Iedereen heeft een eigen professionaliteit. Geïntegreerde zorg gaat hier in eerste instantie niet om het veranderen van de eigen of elkaars werking, maar wel over de aanpassingen om te kunnen schakelen. Het gaat om het “opvullen” van het niemandsland tussen de verschillende bestaande hulpverleningen.

- *Vertrek niet vanuit het eigen gekende model:*

Vind enkele mensen vanuit de andere “betrokkenen” die geloven in een platformwerking. Mensen die de zekerheden, regels en stellingen van het eigen model durven/willen aanvullen om het proces van vertrouwen en schakelen van zorg op gang te trekken.

- *De verschillende betrokkenen evolueren met verschillende snelheden in het opvullen van de tussenruimte. De opbouw vergt tijd:*

Contactgroepen en werkingen met partners komen vaak traag op gang. Het kost tijd, respecteer de verschillende snelheden van elkaar (veel makkelijker gezegd dan gedaan).

- *De individuele zorgverleners zijn erg belangrijk*

Het zijn de ervaringsdragere en hulpverleners op de vloer die de werking dragen: artsen, verpleegkundigen, sociaal assistenten en psychologen die de werking echt op rails kunnen zetten.

- *Iedere partner draagt zijn steentje bij voor een verbeterde zorg aan personen met een verslaving in de regio.*

Veel partners werken regionaal, of in een groter zorggebied, wat aansluit bij een doelpopulatie die overal te vinden is en die vaak hulp buiten de eigen woonplaats zoekt. Dit denkkader is verschillend van wat veel steden en gemeenten hanteren. Het is belangrijk dat alle steden en gemeenten samen de opportuniteit creëren dat burgers van hen en van andere gemeenten op een voor hen veilige plaats aan de contactgroepen kunnen participeren. Wat dus vaker buiten dan binnen hun stads- of gemeentegrenzen is.

- *Betrek naast de ervaringsdrager-verslaving ook de familie en de naasten van bij aanvang in dit proces:*

De familie en naasten zijn diegene die het meest betrokken zijn. Ze hebben vaak een versterkende invloed, zowel in positieve als negatieve zin. Hen meenemen in het herstelproces van de persoon met een verslaving en in hun eigen herstelproces is dus erg belangrijk.

6 Dankwoord

Ivo Pernet, Patrick Nijsmans waren ervaringsdragere van het eerste uur, die vanuit een grote bekommernis voor lotgenoten hun anonimiteit lieten vallen om in gesprek te gaan met het zelfhulplandschap en met professionele partners. De eerste trekkers, Ingrid, Jacques, Jef, Jokke, Paul, Jan, ... waren erg betrokken bij de AA, NA, SOS-nuchterheid, Toxan en Al-Anon. De ervaringsdragere werkten samen een charter uit dat het mogelijk maakte om uit de anonimiteit te treden, zonder dat de banden met hun zelfhulpgroepen verbroken moesten worden. Het belang van dit charter tussen de zelfhulpgroepen verslaving in de Kempen kan niet genoeg benadrukt worden.

Doordat ervaringsdragere als burger-individu een gelaat kregen, werd het gesprek met professionele partners mogelijk. Het is de verdienste van Anne Meeus (adjunct-directeur CAW de Kempen) en Eric Nysmans (directeur Welzijnszorg Kempen) van als eerste hun eigen denkkaders te verlaten en de platformwerking in de vorm van een VZW mogelijk te maken. Ze werden geholpen door Katleen Bosman (CGG Kempen)

en politici zoals Griet Smaers, Lieven Janssens en Ward Kennes. De lijst is niet limitatief want er stapten op vier jaar tijd 23 steden en gemeenten van de Kempen mee in dit initiatief. De erkentelijkheid naar de burgemeesters en OCMW-voorzitters (schepenen sociale zaken) van al deze lokale besturen is bijzonder groot. De toenmalige voorzitter en secretaris van de Vereniging van huisartsen van de Zuiderkempen, Stefan Teugels en Sara Nuyts, alle neurologen, gastro-enterologen en directieleden van Ziekenhuis Geel en later de directies van het Ziekenhuisnetwerk Kempen (Geel, Herentals, Mol en Turnhout) zetten als eersten de groeiende ideeën om in de praktijk.

Een bijzondere dank ook aan de Koning Boudewijnstichting die de steun geweest is die de werking COVID heeft doen overleven. Waarna ze ons met steun stimuleerden om de werking wetenschappelijk te onderbouwen en uit te breiden naar andere regio's. Tenslotte nog een dank aan het diensthoofd en medewerkers van de afdeling Preventie en Veiligheid van de stad Mechelen, aan de directie, psychiaters en diensthoofden van de PAAZ van het Noorderhart Ziekenhuis te Pelt en van AZ Zeno te Knokke. Zij waren de eersten die de werking in hun regio wilden implementeren. Het Transmuraal Zorgpad Verslaving is een werking die alle partners die zorg geven aan personen met een verslaving (ervaringsdragers en hulpverleners niet-GGZ en GGZ) nodig heeft. Er zijn dus erg veel mensen betrokken en erg veel mensen te danken.

7 Bibliografie

[1] Verslavingskoepel Kempen VZW, "Verslavingskoepel Kempen VZW," 2022.

[Online]. Available: <https://www.verslavingskoepel.be/>. [Accessed 1 June 2022]. Bevat: Beschrijving Picasolmethode, jaarverslagen, artikels, info over contactgroepen. Info@verslavingskoepel.be.

[2] J. Kamp, "Tackling Addiction with Integrated Care," *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol. 11, no. 3, pp. 131, 140-142, August 2023.

[3] M. Viaene, J. Leenders, J. Leysen, P. Vloemans, R. Mondelaers, G. Nicolai, H. De Cauwer. Transmurale Verslavingszorg In Een Algemeen Ziekenhuis Zonder Psychiatrische Afdeling: Een Proefproject Met Vele

Partners. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 14-15, 2020

DOI: [10.2143/TVG.76.14-15.2003105](https://doi.org/10.2143/TVG.76.14-15.2003105)