

VISIE: CLIËNTEN EN MIDDELEN

Inhoud

visie: cliënten en middelen	1
1. Inleiding.....	2
2. Algemene regels in Monsheide betreffende het omgaan met middelen	2
3. Structurele en preventieve maatregelen.....	4
4. Begeleiden van cliënten die gebruiken	5
4.1 Manier van ondersteunen per fase van gebruik	5
4.2 In gesprek gaan met de cliënt	7
5. Bronnen	8
BIJLAGE 1: informatie omtrent middelen en middelengebruik.....	9
1. Soorten middelen.....	9
2. Fasen in gebruik	9
3. Stoornis in gebruik	10
4. Signalen van gebruik	11
5. Het biopsychosociaal model als verklaringsmodel	12
6. Kwetsbaarheid van personen met een verstandelijke beperking	12
7. Gevolgen van gebruik	13
8. Werken aan herstel: een langdurig proces.....	15

1. Inleiding

Alcohol en andere drugs vormen een belangrijke maatschappelijke problematiek waar ook personen met een verstandelijke beperking mee geconfronteerd worden. Het is zelfs zo dat zij een extra kwetsbare doelgroep zijn, waarbij er vaker problemen optreden.

Met deze visietekst en een concrete procedure willen we een kader bieden om onze cliënten ook op dit vlak te ondersteunen. Immers, in navolging van onze opdrachtverklaring trachten we cliënten te ondersteunen op alle levensdomeinen én op maat van hun kunnen en aankunnen. Dit middelenbeleid wil tevens een leidraad zijn die een houvast kan betekenen voor het netwerk rondom de cliënt. Daarnaast poogt het de communicatie over middelenmisbruik te bevorderen.

Meer informatie over soorten middelen en middelengebruik vind je terug als bijlage bij deze visietekst.

2. Algemene regels in Monsheide betreffende het omgaan met middelen

Op het domein van Monsheide

Cliënten die gebruik maken van dag- en/of woonondersteuning op het domein van Monsheide krijgen de kans om gebruik te maken van middelen die een maatschappelijke verankering hebben en wettelijk toegelaten zijn. Hieraan zijn echter wel enkele voorwaarden gekoppeld:

- Er gebeurt steeds een voorafgaande psychische, pedagogische en medische inschatting of gebruik verantwoord is.
- Er worden steeds individuele afspraken gemaakt over bezit, gebruik, onder invloed zijn en delen/dealen van legale middelen. Deze afspraken worden opgenomen in het handelingsplan van de cliënt.
- Cliënten worden geïnformeerd/krijgen vorming over de negatieve gevolgen die aan gebruik van middelen verbonden zijn.
- Deze middelen worden nooit gedragstherapeutisch ingezet. Dit betekent dat ze niet worden gebruikt als manier om te 'straffen' of 'belonen'.

Daarnaast is er de gerelateerde wetgeving betreffende het gebruik, bezit en overlast. Monsheide staat voor een transparante communicatie over en gebondenheid aan deze wetgeving.

Voor illegale middelen hanteren we een 0-tolerantie. Dit betekent dat gebruik, bezit, onder invloed zijn en delen/dealen niet zijn toegelaten. Indien de cliënt betrapt wordt op één van deze zaken, wordt er contact opgenomen met de politie.

Indien Monsheide inschat dat dit nodig is, kunnen zij beslissen om algemene politiecontroles te laten uitvoeren op aanwezigheid van illegale middelen. De wijze van optreden door politie wordt vooraf afgestemd met Monsheide.

Naast het contacteren van de politie vinden we het zeker zo belangrijk om een aangepaste ondersteuning aan de cliënt te bieden. Zie hiervoor het volgende hoofdstuk 'begeleiden' in deze visietekst.

Zie onderstaande tabel voor concrete toestemmingen per middel.

	Bezit	Gebruik	Onder invloed zijn	Delen/ dealen
Tabak /vape	<ul style="list-style-type: none"> Individuele afspraken rekening houdend met inzicht in veiligheid en verantwoord gebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Individuele afspraken op basis van inzicht in verantwoord gebruik Er wordt nooit gerookt in de binnenruimtes van Monsheide. Tijdens de dagbesteding wordt niet gerookt. Roken gebeurt aan daarvoor voorziene asbakken. Er wordt niet rondgelopen wanneer men rookt 		<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> Individuele afspraken rekening houdend met inzicht in verantwoord gebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Individuele afspraken rekening houdend met inzicht in verantwoord gebruik Er wordt geen alcohol gebruikt in de dagbesteding 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten
Andere illegale drugs	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten
Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> Individuele afspraken rekening houdend met inzicht in verantwoord gebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Individuele afspraken rekening houdend met inzicht in verantwoord gebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Uitsluitend op doktersvoorschrift. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet toegelaten

Bij mobiele begeleiding

Het is onmogelijk om als mobiele begeleider alle aspecten van het leven van de cliënt te ondersteunen. Vaak neemt de mobiele begeleider van Monsheide een coördinerende taak op zich die een brugfunctie betekent tussen verschillende diensten.

Indien de mobiele begeleider inschat dat er sprake is van (een vermoeden van) middelenmisbruik van welke aard dan ook, is het de taak van de mobiele begeleider om zijn bezorgdheid te uiten. De mobiele begeleider communiceert hierover met de cliënt en zijn steunnetwerk en gaat samen op zoek naar een samenwerking met gespecialiseerde diensten.

Mobiele begeleidingen kunnen uitsluitend doorgaan als de cliënt niet onder invloed van middelen is. Dit betekent dat de cliënt aanspreekbaar dient te zijn en de veiligheid van de medewerker gegarandeerd is.

3. Structurele en preventieve maatregelen

Om te voorkomen dat cliënten problematisch met middelen omgaan en om eventueel herval te vermijden, bouwen we in Monsheide een aantal structurele en preventieve maatregelen in.

Met deze maatregelen proberen we op verschillende factoren in te spelen die een positieve bijdrage kunnen leveren. Zo zijn maatregelen gericht op medewerkers, de omgeving van de cliënt, de cultuur van de organisatie, de cliënt zelf, enz.

Ten aanzien van medewerkers:

- Het bieden van een duidelijk kader doormiddel van een visie op middelen en een procedure.
- Voorzien van vorming: leren kennen van soorten middelen, signalen, gevolgen van gebruik, ...
- Het bespreekbaar maken van middelen en middelengebruik: bewustmaking van het bestaan van misbruik bij cliënten en openheid creëren.
- Aandacht voor het bespreekbaar maken van eigen waardebeleving en waardebeleving van derden.
- Bewustmaking van medewerkers over hun verantwoordelijkheid wat betreft signalering indien ze vermoeden dat er sprake is van middelenmisbruik bij cliënten.

Ten aanzien van cliënten:

- Screening van cliënten bij aanvang van de ondersteuning: peilen naar gebruik in heden/verleden tijdens de intakeprocedure, eventuele screening aan de hand van gestructureerd interview.
- Transparant maken van de visie, procedure en regels in Monsheide op maat van de cliënt.
- Voorzien van vorming over middelen (indien kennis van de middelen).
- Stimuleren van mondigheid en inspraak van de cliënt door oa. cliëntenoverleg, vorming en training van bvb. zelfwaardegevoel, assertiviteit, uiten van emoties/gevoelens,...
- Aanstellen van een mentor als vertrouwenspersoon.

- Werken met handelingsplanning waarin afspraken en doelstellingen ten aanzien van de cliënt worden geformuleerd.
- Stimuleren van een algemeen gezonde levensstijl.
- Bieden van een dagstructuur/dagprogramma.
- Betrekken van het steunnetwerk van de cliënt, helpen uitbouwen van positieve sociale contacten.

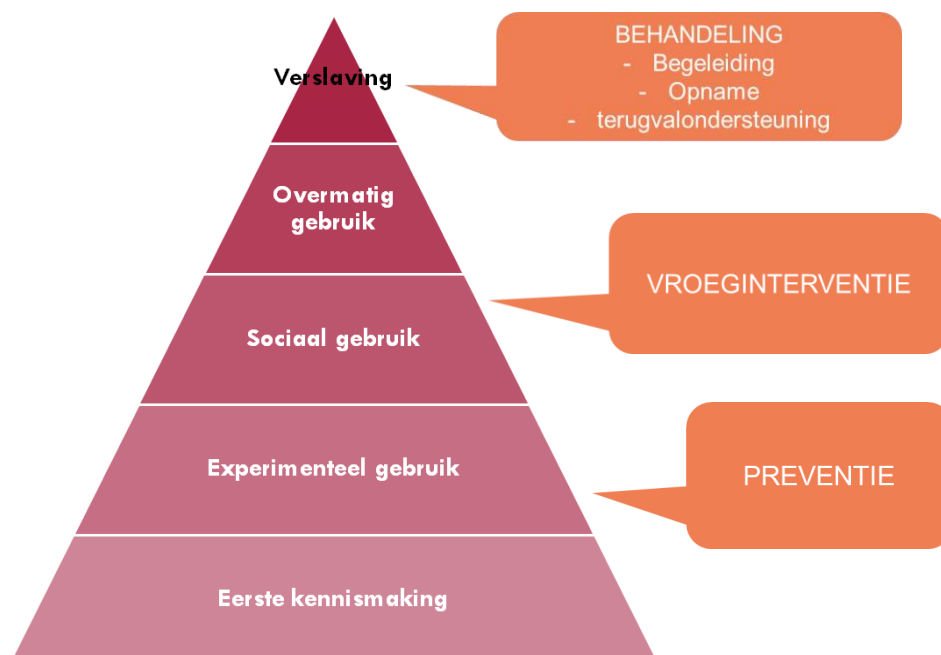
Ten aanzien van de organisatie/infrastructuur:

- Creëren van een huiselijke sfeer.
- Inzetten op een positief leefklimaat.
- Bieden van een veilige leefomgeving.
- Inzetten op multidisciplinaire samenwerking en samenwerking met het steunnetwerk van de cliënt.
- Nastreven van een open communicatie.
- Aanstellen van een referentiepersoon middelen die cliënten preventief kan ondersteunen.
- Samenwerking met experts (Zorggroep Zin) om het preventief beleid vorm te geven

4. Begeleiden van cliënten die gebruiken

In welke fase van gebruik de cliënt zich ook bevindt, in Monsheide grijpen we altijd in op een mensgerichte en herstelgerichte manier.
 Ons beleid is zowel preventief als reactief.

4.1 Manier van ondersteunen per fase van gebruik



Zie bijlage 1 voor een concrete beschrijving van de gedragskenmerken per fase van gebruik.

Preventie bij eerste kennismaking en experimenteel gebruik

Preventief ingrijpen betekent dat er voornamelijk sensibiliserend wordt gewerkt. De doelstelling bestaat eruit om het bewustzijn omtrent de gevolgen/risico's van gebruik bij de cliënten te vergroten.

In Monsheide is er een 'referentiepersoon middelen' aangesteld die in samenwerking met Zorggroep Zin het preventief beleid vormgeeft. Aan de hand van verscheidene methodieken wordt er op maat van de cliënt, in groep of individueel, een aangepaste begeleiding vormgegeven.

Het is echter niet uitsluitend de taak van de referentiepersoon om sensibiliserend te werken met de cliënt. We werken multidisciplinair samen en ook voor het directe begeleidingsteam is een belangrijke taak weggelegd.

Het is immers de directe begeleiding die de eerste signalen opvangt, maar die de cliënt ook ondersteunt met het toepassen van aangeleerde vaardigheden/kennis in de praktijk van het dagelijkse leven van de cliënt.

Vroeginterventie bij sociaal gebruik

Vanaf dat er sprake is van regelmatig of sociaal gebruik wordt Zorggroep Zin steeds betrokken. Hun ondersteuning kan zich rechtstreeks tot de cliënt richten (afhankelijk van de cognitieve mogelijkheden van de cliënt), kan bestaan uit een coaching van de begeleiding of is een combinatie van beide.

Monsheide zal de verantwoordelijkheid nemen om de adviezen van Zorggroep Zin te helpen implementeren en opvolgen.

Bij vroeginterventie zal er geprobeerd worden om gedrag niet de kans te geven om een gewoonte te worden door het zoeken naar beschermende hulpmiddelen (bvb. gestructureerd dagprogramma, alternatief voor het middel zoeken,...). Dit doen we aan de hand van biopsychosociaal model, waarbij we hulpmiddelen aanreiken op de verschillende domeinen van mens, middel en milieu. Zie bijlage voor een concrete toelichting van het biopsychosociaal model.

Behandeling bij overmatig gebruik en verslaving

Gerichte behandeling gebeurt altijd in samenwerking met en door experts.

We stellen steeds de veiligheid voor zowel de cliënt, zijn medecliënten als de begeleiding voorop.

Indien nodig kan er overgegaan worden tot een tijdelijke opname binnen een psychiatrische instelling voor gerichte behandeling van de problematiek. Bij terugkeer naar Monsheide trachten wij de nodige nazorg te bieden i.s.m. gespecialiseerde diensten zoals het psychiatrisch ziekenhuis zelf en/of Zorggroep Zin.

Inspiratie

Inspiratie voor de begeleiding van cliënten kan gevonden worden bij:

- ‘Mijn cliënt en middelengebruik: Begeleidingslijn & inspiratiebox om te gebruiken bij mensen met een beperking’ (https://www.vad.be/assets/mcm_totaal_web).
- <https://gebruik-en-verslaving-lvb.cordaan.nl/>

4.2 In gesprek gaan met de cliënt

In Monsheide vinden we een open gesprekscultuur over alle aspecten van het leven belangrijk, zo ook communicatie over middelengebruik en misbruik.

Reeds bij aanvang van de ondersteuning gaan we het gesprek over middelen met de cliënt en zijn betrokken sociaal netwerk aan. Op deze manier trachten we een zeker mandaat te verkrijgen om dit thema bespreekbaar te maken/houden. Ook met gerichte en informele preventieve vorming voor de cliënten dragen we bij tot een open gesprekscultuur.

Vanaf het ogenblik dat er een vermoeden is van middelenmisbruik, gaat de begeleider, eventueel bijgestaan door de referentiepersoon middelen, het gesprek met de cliënt aan door terug te koppelen wat je ziet en je bezorgdheid te uiten (zie ook bijlage voor een beschrijving van signalen die kunnen wijzen op gebruik).

We hanteren hierbij de principes van motiverende gespreksvoering.

Motiverende gespreksvoering

Bij motiverende gespreksvoering staat het aansluiten bij de cliënt centraal. Cliënten staan vaak ambivalent tegenover middelengebruik. Immers, naast negatieve aspecten hebben middelen dikwijls ook voordelen voor de gebruiker. De cliënt ‘onder druk zetten’ om te stoppen leidt tot weinig resultaten. Door begrip en nieuwsgierige belangstelling te tonen voor redenen van gebruik, staat de cliënt meer open voor een gesprek en zal hij mogelijk zelf zijn twijfels uiten.

Ook het afkeuren van het gebruik kan de cliënt ertoe aanzetten het gesprek af te wijzen. Beter is om geen eigen oordeel te vellen, maar om te investeren in het contact met de cliënt. Aangeven dat je je als begeleider zorgen maakt, zonder te oordelen, kan wel.

Belangrijk is ook om zeker niet te snel te willen gaan. Niet alles hoeft in één gesprek besproken te worden. De cliënt moet de kans krijgen om datgene wat is verteld, te verwerken.

Formuleer vermoedens van gebruik als een interpretatie van signalen. Probeer hierbij niet je eigen gelijk te halen en laat de mogelijkheid open dat je je vergist.

Vraag eerder aan de cliënt om zelf redenen voor bepaalde signalen aan te geven door deze signalen te spiegelen.

5. Bronnen

- De Paepe, N. (2014). *Een alcohol- en drugbeleid in de gehandicaptenzorg*. Brussel: VAD, Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw.
- Expertisepunt Verstandelijke Beperking (2021). *Drugs en LVB*.
<https://www.expertisepuntvb.nl/expertise-licht-verstandelijke-beperking/bewustwording-en-herkenning/wat-is-een-licht-verstandelijke-beperking/drugsgebruik-en-verslaving>
- Jacobs, K. & Bogaerts, E. (2021). *Verstandelijke beperking en middelengebruik* [Powerpoint-slides]. Zorggroep Zin.
- Jellinek. (2021). *Wat zijn de verschillende fasen of stadia van gebruik*.
<https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-zijn-de-verschillende-stadia-of-fasen-van-gebruik/>
- Van Der Nagel, J., Kiewik, M. & Didden, R. (2013). *Iedereen gebruikt toch?* Amsterdam: Boom.

BIJLAGE 1: informatie omtrent middelen en middelengebruik

1. Soorten middelen

Middelen kunnen ingedeeld worden naargelang het effect dat ze hebben: ze kunnen oppeppend, verdovend en bewustzijnsveranderend werken.

- Stimulerende drugs: amfetamines (speed), cocaïne ...
- Verdovende drugs: alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen, heroïne ...
- Hallucinogene (bewustzijnsveranderende) drugs: cannabis, lsd en andere tripmiddelen
- ...

Sommige middelen combineren twee van die effecten, dat is bijvoorbeeld zo bij xtc (bewustzijnsveranderend en oppeppend) en vluchtige snuifmiddelen (bewustzijnsveranderend en verdovend).

Meer informatie kan je terugvinden op: www.druglijn.be en klik door naar Drugs ABC voor informatie over de effecten en de risico's van de verschillende middelen.

2. Fasen in gebruik

Niet elk gebruik is meteen probleemgebruik. Niet iedereen die weleens een glas alcohol drinkt, wordt daar automatisch afhankelijk van. En niet iedereen die af en toe een joint rookt, krijgt problemen met of door zijn cannabisgebruik. Het gaat om een continuüm van niet-problematisch gebruik, over riskant gebruik, tot problematisch gebruik.

Er kunnen verschillende fasen in gebruik omschreven worden. Zie figuur.



Eerste kennismaking en experimenteel gebruik

Iedereen die een middel gebruikt heeft, heeft dat ooit voor de eerste keer gedaan. Op een feestje, om erbij te horen of uit nieuwsgierigheid. Dit noem je de fase van experimenteren. Men gebruikt dan maar af en toe of een enkele keer.

Sociaal gebruik

Als het effect van een middel bevalt, gaan sommige personen het vaker gebruiken. Het middel wordt gebruikt ter lustbevrediging.

Echter het gebruik blijft incidenteel en alleen voor het plezier. De gebruiker gebruikt bewust en staat stil bij de risico's.

Het gebruik is met andere woorden matig en gecontroleerd zodat het weinig tot geen effect heeft op andere belangrijke zaken zoals school, werk, sociale contacten, hobby's, ...

Overmatig gebruik

Het gebruik wordt een gewoonte. Het middel wordt gemist als er een keer wordt overgeslagen. Op dit ogenblik spreken we van gewoontegebruik.

Het middelengebruik begint een invloed te hebben op andere belangrijke zaken uit het leven zoals: financiële problemen, afspraken niet nakomen, ...

Vaak wordt het middel in deze fase gebruikt om problemen te vergeten, om sociale contacten te kunnen aangaan, om gevoelens te onderdrukken. Er is dan eerder sprake van onlustverdrijving in plaats van lustbevrediging zoals in de vorige fase.

Verslaving

In deze fase wordt vrijwel het hele leven van de gebruiker door gebruik beheerst. De gebruiker kan niet zonder het middel.

De gebruiker ondervindt de last van een zucht naar het middel (craving). Stoppen is ontzettend moeilijk, gebruiken is onbedwingbaar. De verslaafde heeft het gebruik niet meer in de hand en is afhankelijk van het middel. Hij is een groot deel van de dag bezig met gebruik. Afhankelijk van het gebruikte middel is er niet alleen sprake van psychische, maar ook van lichamelijke afhankelijkheid.

3. Stoornis in gebruik

Wanneer middelen overmatig worden gebruikt, kan er sprake zijn van een stoornis in het gebruik van middelen. In het classificatiesysteem van psychiatrische diagnoses, de DSM-5, wordt deze stoornis beschreven aan de hand van elf criteria. Men kan een milde stoornis (voldoen aan twee of drie criteria), een matige stoornis (vier of vijf criteria) of een ernstige stoornis (zes of meer criteria) hebben.

Stoornissen in het gebruik van middelen (DSM-5) – 11 criteria

- Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was (controleverlies).
- Mislukte pogingen om te minderen of te stoppen.
- Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd (preoccupatie).
- Sterk verlangen om te gebruiken (craving).
- Door gebruik tekortschieten op het werk, op school of thuis.
- Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in en op relationeel vlak.
- Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk.
- Voortdurend gebruik, zelfs wanneer je daardoor in gevaar komt.
- Voortdurend gebruik ondanks weten dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert.
- Tolerantie (lichaam 'went' aan een middel zodat je meer van dat middel nodig hebt om het gewenste effect te verkrijgen).
- Het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig zijn of worden door meer van de stof te gebruiken.

4. Signalen van gebruik

Elke vorm van gedragsverandering bij een cliënt kan mogelijk een teken zijn van middelengebruik. Houd dit steeds in het achterhoofd tijdens het zoeken naar een verklaring voor gedragsverandering.

Het is van groot belang signalen, die kunnen wijzen op het gebruik van middelen, vroegtijdig te herkennen.

Veel voorkomende signalen zijn:

- Opvallende veranderingen in het gedrag: snel wisselende emoties, kort lontje, vermoeidheid, achterdocht, onrust, angst, verhoogde agressie, neerslachtigheid of lusteloosheid.
- Verandering van vriendengroep.
- Ontwijkend gedrag: vermijden van (oog-)contact, weglopen, moeilijk bereikbaar zijn.
- Concentratieproblemen en vergeetachtigheid.
- Liegen.
- Dalende prestaties en verzuim.
- Niet nakomen van afspraken en/of verplichtingen.
- Verminderde zelfzorg.
- Geen interesse voor de omgeving, mensen in de nabije omgeving en hobby's.
- Rode ogen, verwijde of vernauwde pupillen.
- Gewichtsverlies in korte tijd en/of verminderde eetlust.
- Geldproblemen.
- Zaken die te maken hebben met drugs terugvinden, zoals: wietzakjes, lange vloei, filtertips, envelopjes van vetvrij papier,... Geur van alcohol, tabak of cannabis.

5. Het biopsychosociaal model als verklaringsmodel

Middelengebruik en de mate waarin het problematisch is, wordt bepaald door een combinatie van 3 groepen van beïnvloedende factoren die samen het biopsychosociaal model of MMM-model wordt genoemd.

Mens: de kenmerken van de gebruiker.

- Psychische factoren zoals: persoonlijkheid, cognitieve vaardigheden, emotionele ontwikkeling.
- Biogenetische factoren.

Middel: het middel zelf.

- Welk middel wordt er gebruikt? Immers het ene middel brengt meer risico's met zich mee dan het andere.
- Waar? Hoeveel? Hoelang? wordt er gebruikt.
- Welke betekenis heeft het middel voor de cliënt?
- Wat is de invloed op de bestaande basismedicatie? Is er medische monitoring op medicatiegebruik?

Milieu: de sociale omgeving en de situatie waarin gebruikt wordt.

- Interpersoonlijke factoren: welke positieve contacten heeft de gebruiker en van welke minder gunstige relaties is er sprake? Welke is de subcultuur waarin de gebruiker gebruikt?
- Culturele en maatschappelijke factoren: de invloed van media, welke is de socio-economische context, welke wetten zijn er van kracht?

Dit model brengt alle ontstaans- en instandhoudende factoren samen. In wisselwerking met elkaar kunnen zij leiden tot problematisch middelengebruik. In dit model wordt tevens rekening gehouden met beschermende factoren.

6. Kwetsbaarheid van personen met een verstandelijke beperking

De kans op gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking is even groot of iets kleiner dan bij de algemene populatie. De kans dat hun gebruik evolueert tot misbruik is echter vele malen hoger door hun kwetsbaarheden.

Onderstaande risicofactoren voor gebruik zijn sterker aanwezig bij personen met een verstandelijke beperking.

Psychische risicofactoren

- Beperkte kennis over middelen en de effecten.
- Moeilijker de link kunnen leggen tussen gebruik en de gevolgen die dit met zich kunnen meebrengen en voor anderen.
- Moeite met herkennen en erkennen van problemen.

- Moeite met oplossingsgericht handelen.
- Impulsiever gedrag.
- Grote gevoeligheid voor sociale beïnvloeding door een lage zelfwaardering en mentale weerbaarheid.
- De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen zoals ADHD, depressie en angststoornis gaan gepaard met een hoger risico op problemen met middelengebruik.

Lichamelijke risicofactoren

- Mensen met een verstandelijke beperking hebben mogelijk een grotere gevoeligheid voor de lichamelijke effecten van gebruik omwille van het vaker dan gemiddeld lichamelijke klachten en aandoeningen te hebben zoals zintuiglijke afwijkingen, spasticiteit, epilepsie, overgewicht, ...
- De interactie van alcohol of drugs met andere geneesmiddelen omwille van lichamelijke en/of psychiatrische aandoeningen.
- Hersenschade zorgt voor een grotere kwetsbaarheid voor de effecten van middelen.

Sociaal-maatschappelijke risicofactoren

- Sociale druk. Gebruik heeft vaak een sociale functie.
- De sociale norm binnen het eigen netwerk bepaalt hoe de cliënt tegen middelengebruik in het algemeen en het eigen gebruik in het bijzonder aankijkt.
- Eenzaamheid en sociaal isolement.
- Beschikbaarheid van middelen.
- Chronische stress door over- of ondervraging in combinatie met zich maatschappelijk weinig gewaardeerd voelen.
- Risicofactoren samenhangend met de leefsituatie zoals wonen in minder gegoede buurten, financiële problemen, gebruik in hun omgeving, ...
- Strengere regels of een sfeer van taboe rond het thema middelengebruik, zorgen dat cliënten gebruik verborgen houden en problemen pas in een later stadium zichtbaar worden.

7. Gevolgen van gebruik

Naast de bovenstaande risicofactoren die ertoe leiden dat personen met een verstandelijke beperking sneller problematisch gebruiken, treden de gevolgen van middelenmisbruik vaak sneller op de voorgrond en/of zijn ze ernstiger dan in de rest van de populatie.

Gevolgen van middelenmisbruik situeren zich op volgende drie gebieden:

1. Lichamelijke gevolgen

Personen met een verstandelijke beperking hebben vaak ook medische problemen of gebruiken psychofarmaca.

Psychofarmaca kan mogelijk zelf verslavend werken en bovendien kan de werking beïnvloed worden door gebruik van drugs en alcohol.

Mogelijke lichamelijke gevolgen zijn:

- Neveneffecten van het middel zelf (bijvoorbeeld verminderd coördinatievermogen ...).
- Lichamelijke schade door de gebruikswijze van het middel, bijvoorbeeld: longproblemen door inhaleren, infecties door spuiten, ...
- Toename van bestaande klachten door gebruik of door ontwenning.
- Lichamelijke klachten die onderdrukt worden door werking van verdovende middelen
- Verminderd werken van medicatie.
- Versterken van de werking van middelen door (bij)werkingen van medicijnen.

2. Psychische gevolgen

Naast de positieve effecten die personen die gebruiken wensen te bereiken, zijn er ook een groot aantal ongewenste effecten die kunnen ontstaan.

Effecten op korte termijn:

- Impulsiever gedrag of zelfs agressiever gedrag.
- Overreageren/overprikkeld geraken.
- Angstaanvallen ontlokken.
- Verergeren van psychiatrische problemen.
- Personen met een verstandelijke beperking hebben door middelengebruik vaker suïcidale gedachten.

Effecten op lange termijn:

- Overwaardering van gebruik waarbij de negatieve gevolgen nauwelijks worden gezien en de positieve gevolgen ruimschoots worden overschat.
- Negatief zelfbeeld door o.a. het besef van geen vat meer te hebben op eigen gebruik of afkeurende reacties van personen uit het eigen netwerk.
- Gebrek aan vertrouwen in anderen.
- Ontkenning of stiekem gebruik
- Antisociaal gedrag waarbij het hele leven in het teken van gebruik staat.

3. Sociale en maatschappelijke gevolgen

Er kunnen ernstige sociaal-maatschappelijke problemen ontstaan door overmatig middelengebruik. Denk hierbij bijvoorbeeld aan relationele problemen, verlies van vriendschappen, werkloosheid, afgebroken schoolcarrière, sociaal isolement, financiële problemen en problemen met justitie.

Wanneer een cliënt in een groep woont of werkt, zijn de gevolgen bovendien vaak belastend voor deze omgeving.

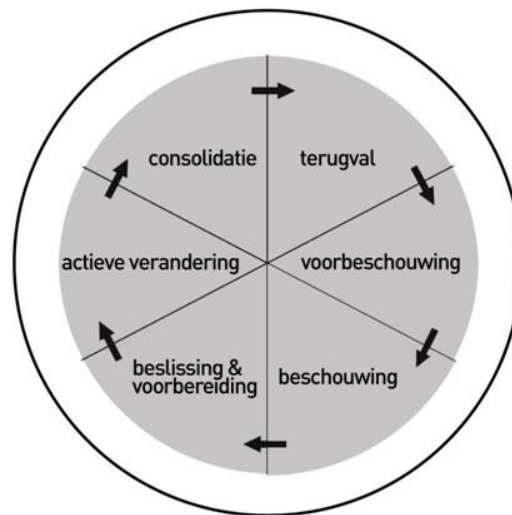
8. Werken aan herstel: een langdurig proces

Stoppen met gebruik, zeker als dit gewoontegedrag is geworden, gebeurt niet van vandaag op morgen. Het is een lang proces van gedragsverandering.

Het Model van Verandering (Prochaska en DiClemente, 1984) toont de fasen die een persoon tijdens een veranderingsproces doorloopt. Zie figuur.

Echter, mensen doorlopen het proces niet steeds fase per fase. Je kunt voor langere tijd in een fase blijven steken of terugvallen in een eerdere fase. Anderzijds kan je ook een plotse sprong vooruit maken.

Een nadeel van dit model is dat het het proces van gedragsverandering als een bewust en overdacht proces beschouwt. Gezien de cognitieve beperkingen van onze cliënten is dit echter niet altijd het geval.



Voorbeschouwing:

De mensen uit het sociale netwerk van de cliënt stellen meestal als eerste dat er een probleem is en dat verandering nodig is. De cliënt ziet vaak zelf het probleem nog niet en vindt de druk vanuit de omgeving erg lastig.

Beschouwing

De cliënt twijfelt. Hij wordt heen en weer geslingerd tussen het ontkennen van het probleem en het onder ogen zien van de nadelen van gebruik.

Beslissing & voorbereiding

Op een bepaald ogenblik zal de twijfel afnemen en gaat één van beide kanten doorwegen. Ofwel kiest de cliënt om te blijven gebruiken en komt hij opnieuw in de voorbeschouwingsfase terecht. Ofwel beseft hij dat hij iets moet veranderen aan zijn gebruik en voelt hij zich in staat er iets aan te doen.

Eens de beslissing genomen is, dient deze nog voorbereid te worden: wat wil men veranderen en op welke manier?

Actieve verandering

De cliënt uit zijn beslissing in effectieve gedragsverandering die zichtbaar wordt voor anderen.

Consolidatie

De cliënt heeft een nieuw gedragspatroon ontwikkeld door de verandering in zijn dagelijks leven te proberen integreren en vast te houden.

Terugval

Terugval hoort erbij. Het hoeft niet noodzakelijk tot een volledige mislukking te lijden. Grijp terugval aan als leermoment.