

Help!! Ik wil wel, maar weet niet hoe!



Fontys Opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg Sittard
Meesterstuk in het kader van de opleiding M SEN

Roy Frenken

Leerroute: Gedragsspecialist

Jaar: 2010-2012

Begeleid door: John Jeninga

Bert van Geffen

Voorwoord

Dit meesterstuk is geschreven in het kader van de opleiding van de Master Special Educationeel Needs (M SEN), met als leerroute Gedragsspecialist, aan de Fontys OSO te Sittard. Het onderzoek richt zich op de vraag hoe de organisatie Maatman Zorggroep er zorg voor kan dragen dat het drugsgebruik bij haar cliënten vermindert.

Maatman Zorggroep (of: MMZG) is de organisatie waarin ikzelf werkzaam ben als ambulante begeleider. Ik begeleid cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVG) en/of een psychiatrische problematiek, vaak gepaard gaand met gedragsproblematiek.

Naar aanleiding van een gesprek tussen mij en één van de psychologen binnen Maatman Zorggroep, ben ik tot een onderzoeksvraag gekomen. Zowel Maatman Zorggroep als organisatie als ook haar begeleiders lopen tegen het probleem aan hoe om te gaan met het drugsgebruik van cliënten. Met mijn onderzoek wil ik bereiken dat er een eerste stap gezet wordt in de ‘goede’ richting: een effectieve aanpak van de drugsproblematiek.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van september 2010 tot en met juni 2012.

Mijn dank gaat uit naar mijn begeleiders Bert van Geffen en John Jeninga. Bert is de uitdaging met mij aan gegaan om te starten met de begeleiding van mijn meesterstuk. Samen hebben we, met vallen en opstaan, vele wegen bewandeld. Nadat Bert het stokje heeft overgedragen aan John, heeft hij samen met mij de klus mogen en willen klaren. Beiden hebben mij met hun expertise laten groeien als gedragsspecialist.

Daarnaast wil ik R. Franken (GZ-psycholoog/Neuropsycholoog/Orthopedagoog) bedanken voor zijn expertise en steun de afgelopen maanden. Zijn interesse en inzicht in het onderwerp hebben geleid tot zeer waardevolle en kritische feedback tijdens de totstandkoming van dit meesterstuk.

Verder wil ik mijn collega's bedanken die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Hun expertise en inbreng tijdens de bijeenkomsten 'drugsgebruik' waren zeer waardevol.

Tevens wil ik H. Maatman (directeur Maatman Zorggroep) bedanken dat ik dit onderzoek binnen Maatman Zorggroep mocht uitvoeren.

Tot slot dank ik mijn medestudenten van de LOL-groep voor hun kritische en waardevolle feedback.

Roy Frenken
Sittard, Juni 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	4
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Vraagstelling onderzoek	8
1.1: Directe aanleiding van mijn onderzoek versus persoonlijke interesses.....	8
1.2: Onderzoeksvraag	8
1.3: Doelstelling van mijn onderzoek	8
1.4: Oriëntatie op mijn onderzoeksvraag	9
1.5: Welk draagvlak is al aanwezig ten aanzien van mijn onderzoeksvraag	9
1.6: De meerwaarde van mijn onderzoek voor de praktijk	9
Hoofdstuk 2: Verantwoording van de vraagstelling	10
2.1: Operationalisatie van de verschillende onderdelen van de vraagstelling.....	10
2.1.1: Maatman Zorggroep	10
2.1.2: 'Zorg voor dragen'	10
2.1.3: Drugsgebruik	10
2.1.4: Cliënten	10
2.2: Nieuwswaarde en belang van het onderzoek.....	11
2.3: Praktische en maatschappelijke relevantie	11
2.4: Theoretische relevantie	11
2.5: Optimale opbrengst	12
Hoofdstuk 3: Onderzoeksstrategie en theoretisch kader	13
3.1: Onderzoeksfunctie en onderzoeksstrategie	13
3.2: Theoretische kader en conceptueel model	13
3.2.1: Index voor inclusie	13
3.2.1.1: Visie m.b.t. inclusie van Maatman Zorggroep	13
3.2.1.2: Eigen visie m.b.t. inclusie	14
3.2.1.3: Relatie inclusie m.b.t. vraagstelling	14
3.2.2: Triple C	14
3.2.3: Oplossingsgericht werken	14
3.2.4: Open en Alert	15
3.2.5: Begeleidingsmodellen	15
Hoofdstuk 4: Methode	16
4.1: Doelgroep en methode van het onderzoek	16
4.2: Onderzoeksplanning	16
4.3: Deelvragen	16
4.4: Analyse van de gegevens (data-analyse)	18
4.5: Resultaten van het onderzoek per deelvraag	18
4.6: Interpretatie van de resultaten	22
4.6.1: Betrouwbaarheid	23
4.6.2: Triangulatie	23
Hoofdstuk 5: Conclusies en Aanbevelingen	24
5.1: Conclusies	24
5.1.1: Conclusies centrale onderzoeksvraag	24
5.1.2: Conclusies deelvragen	24
5.1.2.1: Conclusies deelvraag 1	24
5.1.2.2: Conclusies deelvraag 2	25
5.1.2.3: Samenvatting Conclusies	25
5.2: Aanbevelingen	26
5.3: Mogelijk vervolgonderzoek	26

Hoofdstuk 6: Discussie en Reflectie	27
6.1: Discussie onderzoek	27
6.1.1: Aanpak	27
6.1.2: Uitvoerbaarheid	27
6.1.3: Acceptatie	27
6.1.4: Effectiviteit	28
6.1.5: Tevredenheid over de aanpak	28
6.2: Reflectie op mijn leerproces	28
6.2.1: Reflectie Dublin Descriptoren	28
6.2.1.1: Kennis & Inzicht	28
6.2.1.2: Toepassen kennis & inzicht	29
6.2.1.3: Oordeelsvorming	29
6.2.1.4: Communicatie	29
6.2.1.5: Leervaardigheden	29
6.3: Reflectie leerroute specifieke competenties (GS)	30
Literatuurlijst.....	32
Bijlagen	35

Samenvatting

Doel van het onderzoek in het kader van de opleiding tot Master SEN is te komen tot een concreet advies voor de verbetering van de aanpak van de drugsproblematiek die speelt bij cliënten van Maatman Zorggroep. Maatman Zorggroep is de organisatie waar ik werkzaam ben als ambulante begeleider. Het is een organisatie die jongeren met een lichte verstandelijke beperking en/of een psychiatrische problematiek en gedragsproblemen, begeleidt.

Binnen Maatman Zorggroep heeft men geen precies beeld van het aantal cliënten dat drugs gebruikt en is niet duidelijk hoe de aanpak ervan door begeleiders verbeterd zou kunnen worden. Dit resulteert in de in hoofdstuk 2 omschreven onderzoeksvraagstelling: *“Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert?”*

In hoofdstuk 3 worden de begrippen uit mijn onderzoeksvraag nader omschreven, evenals het belang, de optimale opbrengst en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek. Tenslotte wordt er een koppeling gemaakt van theorie en praktijk.

In hoofdstuk 4 is het theoretische kader uitgewerkt en wordt een koppeling gemaakt tussen de onderzoeksvraag en het begrip inclusie.

In dit hoofdstuk worden verschillende methoden, werkwijzen en modellen besproken die ik onderzocht heb en die gebruikt kunnen worden bij het ontwerpen van een stappenplan dat begeleiders in de praktijk kunnen uitproberen om het drugsgebruik van hun cliënten terug te dringen.

Dit onderzoek laat zien dat de begeleiders kennis en inzicht nodig hebben om het drugsgebruik door cliënten binnen Maatman Zorggroep op adequate wijze te kunnen aanpakken.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn er 2 deelvragen geformuleerd:

1. “Hoe is de huidige situatie m.b.t. het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep?”
2. “Wat vinden begeleiders en psychologen van een verbeterde aanpak in een zogenoemd ‘stappenplan’?”

Bij de beginmeting, voorafgaande aan de introductie van het stappenplan, is de situatie van het drugsgebruik met behulp van een vragenlijst voor de begeleiders in kaart gebracht. Na een proefperiode worden de eventuele verschillen in het drugsgebruik van cliënten geïnventariseerd evenals verschillen in de beeldvorming van de begeleiders.

Er is een ‘controlegroep’ en een ‘experimentele’ groep. De ‘experimentele’ groep is een groep van 3 begeleiders die het stappenplan gaat uitproberen in de praktijk. De ‘controle’ groep past geen stappenplan toe.

Met behulp van cirkeldiagrammen, staafgrafieken en beschrijvingen zijn de uitkomsten en resultaten van het onderzoek verwerkt. De uitwerking van de deelvragen en de analyse van de vragenlijsten naar aanleiding de begin- en eindmeting zijn terug te vinden in hoofdstuk 5.

Na het analyseren van de twee deelvragen zijn de volgende conclusies getrokken±

- Begeleiders hebben behoefte aan een duidelijk, overzichtelijk en praktisch stappenplan en protocol dat aansluit bij de cliënt.
- Begeleiders willen geschoold worden in hoe ze het drugsgebruik van hun cliënten aan kunnen pakken, maar niet als dat in hun vrije tijd moet gebeuren.
- Binnen Maatman Zorggroep gebruikt meer dan 75% van de cliënten van deelnemende begeleiders drugs, voornamelijk ‘hasj’ en ‘wiet’.
- Een combinatie van de methode ‘Open en Alert’, oplossingsgericht werken, Triple C en de Presentietheorie pakt op een positieve manier uit in de aanpak van het drugsgebruik. Doordat cliënten op een positieve benaderd worden staan ze open voor de aanpak van hun drugsgebruik. Ze staan dan eerder open om hun verhaal te doen en om mee te werken om te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs
- Een gezamenlijke aanpak van drugs zal leiden tot meer positievere resultaten.

Tevens kom ik tot de volgende aanbevelingen:

- Verwerking van het huidige ‘Drank- en drugsreglement’ in een praktisch stappenplan met als uitgangspunt een positieve (oplossingsgerichte) benadering van de cliënt.

- Implementeren van de volledige versie van ‘Open en Alert’ in combinatie met Triple C, Presentietheorie en het oplossingsgericht werken.
- Coachingtrajecten starten voor medewerkers o.a. door intervisie.
- Scholing van medewerkers op het gebied van de aanpak van het drugsgebruik

Inleiding

*“Lang nam ik drugs om zo het leven te vergeten om zo mijn jeugd jaren te vergeten
Zolang ik in mijn roes was, was ik tevreden en dacht zo beter te kunnen leven
Iedereen zei wat ik moest doen, dat was het best voor mijn fatsoen
Als ze me met een mes in de rug steken, dacht ik: “Nu zijn ze tevreden!”
Nu heb ik mijn leven terug gevonden zonder drugs en alcohol
het is een mooi leven, maar een moeilijk leven
Nu zie ik het leven klaar en zie nu iedereen heeft mij graag
Zo nu wil mijn leven verbeteren om zo mijn slechte leven te vergeten”
(<http://www.gedichtenstad.nl/drugs-gedichten/het-verkeerde-pad.html>)*

Cliënten met een verstandelijke beperking zijn erg beïnvloedbaar en kunnen gemakkelijk in aanraking komen met drugs. Niet wetend waar ze aan beginnen, maar vooral ook niet hoe ze er van af moeten komen. Steeds meer organisaties in Nederland krijgen met dit feit te maken, maar weten niet hoe ze het drugsgebruik van hun cliënten aan kunnen pakken.

Mijn meesterstuk kan een mogelijke meerwaarde leveren in de aanpak van het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep. Samen met MMZG ben ik de afgelopen 2 jaar bezig geweest om een aanpak uit te werken om het drugsgebruik van de cliënten aan te pakken. Zelf had ik weinig expertise op dit gebied, maar gedurende dit onderzoek ben ik gegroeid als professional en als gedragsspecialist.

Mijn persoonlijke (leer)doelen hebben zich voornamelijk gericht op het verder ontwikkelen van een onderzoekende houding. Mijn nieuwsgierigheid werd gewekt door het thema. Ik was zeer gemotiveerd om op een positieve manier de strijd aan te gaan tegen de aanpak van het drugsgebruik. Daarnaast speelt ‘professionalisering’ mee: het uitbreiden van mijn competenties zodat ze voldoen aan de Dublin Descriptoren, gericht op de leerroute Gedragsspecialist.

De leervragen met betrekking tot de Dublin Descriptoren:

- Door het uitvoeren van mijn onderzoek in de praktijk en het raadplegen van literatuur wil ik aantonen kennis en inzicht op niveau te hebben toegepast, en een bijdrage geleverd te hebben aan de aanpak van drugsgebruik.
- Het inzicht en de kennis die ik op het gebied van drugsgebruik door jongeren met een lichte verstandelijke beperking heb opgedaan, wil ik toepassen in de praktijk. Hiervoor wil ik een stappenplan maken voor de begeleiding van deze jongeren en na te gaan of het werken hiermee effect heeft op het drugsgebruik van cliënten binnen Maatman Zorggroep.
- Met behulp van dit onderzoek wil ik aantonen dat ik in staat ben om mijn ontwikkeling grotendeels zelf te sturen en deze een autonoom karakter te geven.

De leervragen met betrekking tot de competenties:

- Tijdens mijn onderzoek wil ik werken aan mijn professionele ontwikkeling: deskundigheid, persoonlijke kwaliteiten en opvattingen. Ik wil me verder als gedragsspecialist ontwikkelen door dieper in te gaan op de problematiek die er binnen de organisatie speelt. De kennis en vaardigheden die ik hierdoor ontwikkel wil ik overbrengen op zowel de organisatie als mijn collega's.
- Ik wil mijn collega's die deelnemen aan het onderzoek een klimaat bieden dat voldoende veiligheid biedt. Hierdoor kunnen zowel de individuele begeleiders en MMZG als organisatie zich verder ontwikkelen op het gebied van bestrijding van drugsgebruik bij cliënten met een verstandelijke beperking.
- Voor mijn onderzoek wil ik zowel voor mezelf als voor mijn collega's een krachtige leeromgeving creëren.

Mijn onderzoekende houding verdeel ik in een aantal aspecten. Namelijk: een kritische instelling, een methodische werkwijze, op adequate wijze omgaan met betrokkenen, zorgvuldig omgaan met conclusies, het op adequate wijze kijken naar de betrouwbaarheid van gegevens die ik wil gebruiken

uit de literatuur en praktijk een groot doorzettingsvermogen laten zien en vertrouwen hebben in mijn eigen vaardigheden en kennis.

Ik heb geprobeerd mijn meesterstuk zodanig vorm te geven dat er een koppeling is gemaakt tussen theorie, praktijk en persoon.

Mijn onderzoeksvraag luidt: *“Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert”*.

Naar aanleiding van de onderzoeksvraag heb ik 2 deelvragen geformuleerd. De onderzoeksvraag is terug te vinden in hoofdstuk 2 en de deelvragen in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 3 verantwoord ik de vraagstelling. Eveneens wordt in hoofdstuk 3 de maatschappelijke, praktische en theoretische relevantie en de optimale opbrengst van dit onderzoek aan de orde gesteld. Hoofdstuk 4 gaat over de onderzoeksstrategie en het theoretische kader.

Om een zo goed mogelijk antwoord te kunnen geven op de deelvragen, heb ik gewerkt met vragenlijsten. Met behulp van een begin- en eindmeting, heb ik in hoofdstuk 5 de data van de twee metingen geanalyseerd. Op deze manier heb ik de huidige situatie zoals die binnen Maatman Zorggroep in kaart is gebracht. Daarnaast heb ik de situatie in kaart gebracht hoe het is om aan de hand van een handelings-/stappenplan te werken en hoe het is om zonder dit plan te werken. Op deze manier ben ik gekomen tot belangrijke conclusies en aanbeveling, die ik in hoofdstuk 6 heb weergegeven. Tevens heb ik suggesties voor vervolgonderzoek gegeven om het drugsgebruik van de cliënten binnen MMZG op adequate wijze te kunnen aanpakken.

In hoofdstuk 7 stel ik het door mij uitgevoerde onderzoek ter discussie en heb ik gereflecteerd op mijn leerproces vanuit de specifieke competenties horende bij de leerroute Gedragsspecialist en vanuit de Dublin Descriptoren. Op deze manier probeer ik duidelijk weer te geven hoe ik ben gekomen tot een betrouwbaar en valide praktijkonderzoek in het kader van dit meesterstuk.

Hoofdstuk 1: Vraagstelling onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijf ik de belangrijkste vraag waarop ik door mijn onderzoek een antwoord wil vinden. Tevens zal ik de vraag kort toelichten en beargumenteren waarom ik juist voor deze vraag heb gekozen.

1.1: Directe aanleiding van mijn onderzoek versus persoonlijke interesses

Drugsgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking is de laatste jaren een 'hot item' in de sociale hulpverlening. Het vraagt steeds meer om kennis en inzicht (kortom: expertise) van medewerkers.

Mijn interesse in dit onderwerp is pas echt ontstaan na een gesprek met één van de psychologen van Maatman Zorggroep. Na dit gesprek werd duidelijk dat er voor mij als gedragsspecialist een belangrijke rol was weggelegd om onderzoek te doen naar het drugsgebruik van cliënten met een verstandelijke beperking. Net als andere instellingen binnen de gehandicaptenzorg, loopt Maatman Zorggroep als organisatie er tegen aan, dat er geen vaststaand beleid is over het omgaan met het drugsgebruik van hun cliënten. Omdat het drugsgebruik van cliënten met een verstandelijke beperking mijn interesse heeft, ben ik blij dat ik een kans kreeg om een onderzoek te starten naar het drugsgebruik van cliënten binnen Maatman Zorggroep.

Steeds vaker ontdekte ik dat cliënten drugs gingen gebruiken. Ik wist niet hoe ik hier mee om diende te gaan. Wel kwam ik achter enkele redenen waarom cliënten drugs gingen gebruiken. In mijn contacten met hen benadrukte ik het feit dat drugsgebruik geen goed middel was om bijvoorbeeld 'problemen' te vergeten. Ik merkte op dat cliënten steeds meer gingen vertellen over 'het probleem' waar ze al langere tijd mee rond liepen. Cliënten waar je als hulpverlener een vertrouwensband mee hebt opgebouwd, beginnen op een zeker moment te praten. Hierdoor kon ik hun problematiek beter begrijpen en mijn handelen op hun ondersteuningsbehoefte afstemmen.

Mijn interesse werd vooral gewekt door het feit dat het gebruik van drugs gedragsproblemen met zich mee kan brengen. Waar komen deze uit voort en wat is vooral de directe aanleiding van een cliënt om drugs te gaan gebruiken. Doordat ik meer kennis en inzicht kon vergaren op het gebied van de aanpak van drugsgebruik van cliënten met een verstandelijke beperking en de daarbij behorende gedragsvraagstukken verbreedde ik mijn competentieprofiel.

Ten slotte was ik blij dat ik mocht gaan onderzoeken hoe er op een positieve manier gewerkt zou kunnen worden om de cliënten binnen Maatman Zorggroep te ondersteunen bij het stoppen en/of verminderen van hun drugsgebruik. Kortom: Hulp bieden bij de hulpvraag die zij stellen: "Help mij bij het minderen van mijn drugsgebruik".

1.2: De onderzoeksvraag

Na een oriëntatie op de theorie en de praktijk heb ik uiteindelijk de onderstaande onderzoeksvraag geformuleerd.

"Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert".

1.3: Doelstelling van mijn onderzoek

Zoals al in de vorige paragraaf besproken waren de medewerkers van Maatman Zorggroep en MMZG als organisatie op zoek naar een middel om samen, als team te werken aan de aanpak van het drugsgebruik van hun cliënten. Hierbij kon onderzoek helpen.

Het doel van het onderzoek was het maken van een ontwerp voor een reeks handelingsrichtlijnen voor de aanpak van drugsgebruik door cliënten. Ik hoop/wens dat het drugsgebruik hierdoor gaat verminderen.

Dit onderzoek is een voorzet voor een gerichte aanpak van het drugsgebruik van cliënten binnen Maatman Zorggroep. Uiteindelijk moet uit mijn onderzoek blijken of het ontworpen stappenplan wel of geen effect heeft, wanneer het door de medewerkers wordt toegepast in de praktijk. Na mijn

onderzoek moet verder onderzocht worden, hoe men verder gaat met de aanpak van het drugsgebruik. Hierbij denk ik aan bijvoorbeeld scholing van medewerkers en een eventuele invoering van een methode binnen Maatman Zorggroep. Daarnaast wordt gekeken wat de mening, over de aanpak van het drugsgebruik, van medewerkers is en welke stappen zij belangrijk vinden om te nemen in de aanpak naar het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep.

1.4: Oriëntatie op mijn onderzoeksvraag

Er is tot nu toe weinig literatuur verschenen over druggebruik door mensen met een verstandelijke beperking die daarnaast ook nog een psychiatrische problematiek hebben. Dit komt voornamelijk door het feit dat voor velen onbekend is dat ook cliënten met een verstandelijke beperking drugs (gaan) gebruiken. Men weet niet hoe men deze mensen op een adequate manier kan helpen om van hun 'probleem' af te komen. De cliënten zijn enorm beïnvloedbaar en willen graag bij een groep horen, omdat ze het stoer vinden. In de literatuur staat alleen maar beschreven wat het betekent om een verstandelijke beperking te hebben met daarbij behorende problematieken, maar niet dat deze mensen ook drugs kunnen gebruiken. Kortom: er is wel al veel geschreven over het onderwerp drugsgebruik, maar naar mijn mening te weinig in relatie tot de doelgroep waarop ik mijn onderzoek richt. Maatman Zorggroep als organisatie loopt tegen een maatschappelijk 'probleem' aan. Door dit onderzoek wil ik nagaan of dit 'probleem' op te lossen is.

1.5: Welk draagvlak is al aanwezig ten aanzien van mijn onderzoeksvraag

Uitgaande van een bestaand beleidsstuk en interne nota's die betrekking hebben op een meer gerichte aanpak van het drugsgebruik, meen ik dat ik op enig draagvlak kan rekenen binnen de organisatie. Het huidige 'Drank- en drugsreglement' geeft tot nu toe geen antwoord op de vraag hoe MMZG het drugsgebruik aan wil pakken.

De interne nota's zijn geschreven door een GZ-psycholoog, werkzaam voor Maatman Zorggroep. De psycholoog heeft onderzoek gedaan naar wat er in theorie en praktijk bekend is over het drugsgebruik van cliënten met een verstandelijke beperking. De nota's eindigen met aanbevelingen voor het beleid op het gebied van de aanpak van het drugsgebruik door de cliënten van Maatman Zorggroep. De informatie van deze interne nota's, de beschreven tips en de aanbevelingen neem ik mee in mijn onderzoek.

1.6: De meerwaarde van mijn onderzoek voor de praktijk

Mijn onderzoek is voornamelijk voor Maatman Zorggroep van belang. MMZG krijgt een eerste opzet voor een stappenplan en uiteindelijk een aanzet tot een antwoord op de vraag waar men al langere tijd mee worstelt: "Hoe gaan we als organisatie om met het drugsgebruik van onze cliënten?". Als mijn onderzoek een bruikbaar eindresultaat heeft kan het ontworpen stappenplan meegenomen worden in het vervolgonderzoek dat MMZG gaat uitvoeren naar de aanpak van het drugsgebruik van zijn cliënten. Wellicht worden de resultaten van het onderzoek ook meegenomen bij het opstellen van het definitieve beleidsstuk dat de rode draad dient te vormen in de aanpak van het drugsgebruik. Doordat Maatman Zorggroep stap voor stap toe werkt naar een definitief beleidsstuk, wordt het beleid steeds beter onderbouwd.

Mocht het onderzoek niet leiden tot het gewenste resultaat, dan gaat men binnen Maatman Zorggroep alsnog verder met het onderzoek naar de aanpak van het drugsgebruik van hun cliënten. Maatman Zorggroep wil heel graag dat er uiteindelijk een beleidsstuk en/of protocol komt waarin duidelijk is aangegeven hoe medewerkers vorm kunnen geven aan de aanpak van drugsgebruik. Voor de leesbaarheid zal ik verder in dit onderzoek de "aanpak van drugsgebruik door cliënten", inkorten tot "aanpak van drugsgebruik".

Dit onderzoek is interessant voor iedere hulpverlenende instantie die werkt met cliënten met een verstandelijk beperking, al dan niet in combinatie met een psychiatrische problematiek. Wellicht lopen deze instellingen tegen dezelfde problematiek aan als Maatman Zorggroep en weet men ook niet het 'drugsprobleem' op een adequate manier op te lossen. Maatman Zorggroep kan er voor kiezen om samen te gaan werken met deze instanties en kennis en ervaringen uitwisselen.

Hoofdstuk 2: Verantwoording van de vraagstelling

In dit hoofdstuk zal ik mijn vraagstelling toelichten en operationaliseren.

2.1: Operationalisatie van de verschillende onderdelen van de vraagstelling

Met mijn onderzoek hoop ik een antwoord te kunnen vinden op de vraag:

“Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert”.

Met *kunnen* bedoel ik: Welke mogelijkheden heeft Maatman Zorggroep zodat het drugsgebruik van cliënten verminderd wordt? Welke mogelijkheden zijn er überhaupt?

Ik wil onderzoeken of wij als organisatie het drugsgebruik van onze cliënten *kunnen* aanpakken en/of *verminderen*. Met andere woorden is het mogelijk om een stappenplan te ontwikkelen dat de begeleiders van Maatman Zorggroep kunnen hanteren, zodat cliënten hun drugsgebruik verminderen of wellicht stoppen met het gebruiken van drugs.

Vermindert betekent minder gebruiken. Minder frequent of minder hoeveelheden. Maatman Zorggroep is tevreden wanneer ze ziet dat cliënten hun drugsgebruik minderen en zeer tevreden als cliënten stoppen met het gebruiken van drugs.

2.1.1: Maatman Zorggroep

Maatman Zorggroep is een organisatie die begeleiding biedt, vanuit een Persoonsgebonden budget (PGB), in heel Limburg en in de regio Eindhoven. MMZG biedt zorg aan mensen met een (licht) verstandelijke beperking en/of psychische problemen. De begeleiding bestaat onder andere uit: ambulante zorg (thuisbegeleiding), dagbesteding en psycho-educatie. Er wordt gewerkt aan de hand van een zorgplan waarin de doelen en hulpvragen van elke cliënt apart staan benoemd. Dit zorgplan is opgesteld aan de hand van twee methodieken, namelijk de Presentietheorie en Triple C. Voor verdere informatie over wat deze methodieken inhouden verwijs ik naar bijlage 1.

Centraal staat binnen deze methodieken dat er gekeken wordt naar mogelijkheden, kansen en kwaliteiten. Kortom: vooral kijken naar wat een cliënt kan.

2.1.2: ‘Zorg voor dragen’

Met het begrip ‘zorgdragen voor’ in mijn onderzoeksvraag bedoel ik het tot stand laten komen, maken dat het gebeurt. Er moet naar een doel toegewerkt worden.

2.1.3: Drugsgebruik

Met het woord “drugsgebruik” in de vraagstelling van mijn onderzoek bedoel ik: het gebruiken van softdrugs en harddrugs. Kerssemakers (2008) geeft de volgende definitie van drugs:

“Drugs zijn stoffen die het normale functioneren van ons centrale zenuwstelsel beïnvloeden. Zij veranderen de manier waarop de zenuwen en hersenen werken, zodat iemand zich door drugs blij en actief kan voelen of de buitenwereld op een andere manier kan ervaren.

Er is pas sprake van drugsgebruik als die invloed door de gebruiker gezocht wordt en geen medisch doel dient”.

2.1.4: Cliënten

Een cliënt binnen Maatman Zorggroep is een persoon met een (gediagnosticeerde) lichte verstandelijke beperking (LVG) gepaard met gedragsproblematiek en/of een psychiatrische problematiek. Bij een psychiatrische problematiek valt te denken aan persoonlijkheidsstoornissen zoals schizofrenie en borderline.

Een cliënt van Maatman Zorggroep wordt via verschillende wegen bij het intakebureau van Maatman Zorggroep aangemeld. De voor de hand liggende aanmelding is via een instelling waar de cliënt op dat moment woont. De reden van aanmelding is divers. Voorbeeld: een cliënt wil zelfstandig gaan wonen,

maar dat gaat binnen de huidige instelling niet. Hij/zij kan dan bij Maatman Zorggroep aangemeld worden voor ambulante begeleiding.

Onder licht verstandelijke beperking verstaat het Trimbos instituut (2010): een persoon waarbij het intellectueel functioneren onder het gemiddelde ligt (IQ tussen de 50 en 85, in combinatie met een ontwikkelingsstoornis en problemen in het sociaal aanpassingsvermogen). Daarnaast is er sprake van een aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op tien gebieden. Deze gebieden zijn onder andere: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen en zelfstandig beslissingen kunnen nemen. De andere gebieden zijn in bijlage 2 beschreven. In dit onderzoek gaat het specifiek om cliënten die drugs gebruiken.

2.2: Nieuwswaarde en belang van het onderzoek

Door middel van dit onderzoek hoop ik aan te kunnen tonen dat er effect optreedt wanneer begeleiders het drugsgebruik door cliënten, met behulp van een binnen dit onderzoek ontworpen stappenplan aanpakken. Op dit moment is het zo dat begeleiders niet weten hoe ze om moeten gaan met het drugsgebruik van hun cliënten. Ze weten niet hoe ze het moeten aanpakken en maken daardoor hun eigen stappenplan. Vaak is het zo dat begeleiders er niets mee doen, totdat de cliënt echt in de problemen raakt. Het is dan vaak te laat om de cliënt nog te kunnen begeleiden, omdat de cliënt verslaafd is geraakt en begeleiders op dat moment niet de expertise in huis hebben om de cliënt te van zijn verslaving af te helpen. De cliënten worden dan door verwezen naar een andere organisatie die wel de expertise heeft om deze cliëntengroep te kunnen behandelen (Krooshof, 2009).

Volgens Broeke (2010) wordt het middelengebruik (lees: drugsgebruik) de laatste jaren steeds vaker opgemerkt en vormt het een probleem. Deze problematiek wordt echter vaak te laat onderkend door begeleiders. Indien het wel wordt onderkend weten de cliënten door hun verstandelijke beperking vaak niet hoe ze hier vanaf moeten komen. Anders geformuleerd: hoe ze hier mee kunnen stoppen.

In dit onderzoek maak ik gebruik van literatuur en documenten, onderzoeksgegevens, beleidsstukken en gehanteerde methodieken die binnen MMZG aanwezig zijn om het drugsgebruik aan te gaan pakken. Hierin ga ik kijken welke methodieken er bruikbaar zijn om het drugsgebruik aan te pakken en hoe dit in zijn werk gaat. Kortom: de nieuwswaarde voor MMZG is dat er uiteindelijk een stappenplan ligt waarmee men op adequate manier cliënten die willen minderen of stoppen met het gebruiken van drugs, kan gaan begeleiden.

2.3: Praktische en maatschappelijke relevantie

De aanpak van drugsgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking en/of een psychiatrische problematiek is een terugkerend issue in onze maatschappij. Krooshof (2009) zegt dat drugsgebruik van LVG'ers tot handelingsverlegenheid leidt. Als begeleiders achter dit probleem komen is het vaak te laat of weten ze niet hoe ze dienen in te spelen op dit veelvoorkomend probleem.

Mensen met een verstandelijke beperking worden steeds succesvoller geholpen om deel te nemen aan verschillende bezigheden in hun lokale omgeving. Hierdoor is de kans groter dat ze met drugs in aanraking komen en drugs gaan gebruiken. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen het gebruik van illegale drugs zien als een manier om erbij te horen, zich geaccepteerd te voelen, 'normaal' te zijn, aldus Krooshof.

Het is van groot belang dat er binnen Maatman Zorggroep een stappenplan komt waarin praktische handreikingen staan die aangeven hoe begeleiders het drugsgebruik door cliënten aan kunnen pakken. Met dit stappenplan hopen we te voorkomen dat begeleiders in handelingsverlegenheid geraken bij de aanpak van de drugsproblematiek. Het stappenplan kan ook andere organisaties helpen in hun handelingsverlegenheid.

2.4: Theoretische relevantie

Mijn onderzoek kan een mogelijke meerwaarde opleveren ten aanzien van het beleid dat nu binnen Maatman Zorggroep aanwezig is op het gebied van de aanpak van drugsgebruik. Zoals reeds

beschreven in dit hoofdstuk wordt er vaak gezegd dat er handelingsverlegenheid ontstaat bij begeleiders en de cliënt doorverzen moet worden naar een kliniek in de verslavingszorg. In het ontworpen stappenplan zijn verschillende methodieken die gebaseerd zijn op verschillende theoretische uitgangspunten gecombineerd. De methodieken die zijn gebruikt: Triple C, Presentietheorie, Oplossingsgericht werken en 'Open en Alert. Indien dit stappenplan positief werkt, kan dit meegenomen worden in het beleidsplan.

2.5: Optimale opbrengst

Aan de hand van mijn onderzoek hoop ik dat ik kan concluderen dat met behulp van het ontworpen stappenplan het drugsgebruik zodanig aangepakt kan worden, dat dit verminderd. Tevens hoop ik dat mijn onderzoek aanzet kan zijn voor de constructie en implementatie van een volwaardig stappenplan drugsgebruik, waarmee cliënten geholpen worden om hun leven, zonder drugs, weer op rails te krijgen.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksstrategie en theoretisch kader

In dit hoofdstuk beschrijf ik de onderzoeksfunctie- en strategie die ik heb gehanteerd in mijn onderzoek. Verder beschrijf ik wat er uit de literatuur, of andere bronnen die ik geraadpleegd heb, bekend is over de specifieke aspecten, termen en begrippen die voortkomen uit mijn vraagstelling.

3.1: Onderzoeksfunctie en onderzoeksstrategie

De onderzoeksmethode (lees: strategie) die ik gebruik is een quasi experimenteel- en een ontwerp onderzoek. Volgens Harinck (2009) is dit het quasi experimenteel onderzoek gericht op de vraag of een bepaalde aanpak effectief is en leidt deze aanpak aantoonbaar tot resultaten. Dit type onderzoek heeft als functie dat er overeenkomsten en verschillen, tussen x en y en de effecten daarvan, met elkaar vergeleken worden. Het ontwerponderzoek is volgens Harinck (2009) gericht op het via onderzoek ontwerpen (tevens ook de functie van dit type onderzoek) en het uitproberen van allerlei methodes en interventies.

Ik heb geen bewuste keuze gemaakt voor een bepaald type onderzoek. Na overleg binnen Maatman Zorggroep was de keuze voor de onderzoeksvraag gevallen op het thema ‘drugsgebruik’. Na te hebben overlegd met mijn supervisor R. Franken, heb ik ervoor gekozen een stappenplan te ontwerpen. Na het lezen van de literatuur van Harinck (2009) kwam ik er achter dat er twee onderzoeksstrategieën bij mijn onderzoek horen.

Het ontwerp onderzoek kwam naar voren bij het ontwerpen van een stappenplan. Hierin heb ik verschillende methoden en handelingsrichtlijnen naar voren laten komen. Hiertoe verdeelde de onderzoeker een groep personen die aan het onderzoek meededen in twee helften verdeeld: de ‘experimentele’ groep en de ‘controlegroep’. De ‘experimentele’ groep is een groep begeleiders die zich via de vragenlijst van de beginmeting als vrijwilliger heeft opgegeven om aan het onderzoek mee te werken. De ‘controle’ groep is de groep die zich niet als vrijwilliger heeft opgegeven.

De ‘experimentele’ groep gaat testen of er een effect optreedt in de aanpak van drugsgebruik door cliënten, na het toepassen van het stappenplan. De ‘controle’ groep werkt niet met het stappenplan en wordt gebruikt als vergelijking bij de begin- en eindmeting. Het effect van de aanpak wordt gemeten door beide groepen een vragenlijst in te laten vullen als begin- en eindmeting. De antwoorden en resultaten worden met elkaar te vergeleken (quasi experimenteel onderzoek). Door middel van de begin- en eindmeting en het vergelijken van de groepen, moet blijken of het ontworpen stappenplan ‘effect’ heeft en gebruikt kan worden bij eventueel vervolgonderzoek binnen Maatman Zorggroep.

3.2: Theoretische kader en conceptueel model

3.2.1: Index voor inclusie

Volgens Booth & Ainscow (2007) houdt het begrip ‘inclusie’ in dat iedereen welkom is, afgestemd op de behoeften van ieder. Het is een continu proces om het leren en participeren van alle cliënten te versterken. Het is een ideaal waar scholen (lees ook: organisaties) naar streven, maar dat nooit volledig wordt gehaald. Inclusie begint zodra het proces van toenemende participatie is begonnen. Mijn voorstelling van inclusiviteit is dat iedereen welkom is, ook cliënten met een drugsverslaving. Maar ook dat cliënten de kans krijgen terug te keren naar een drugsvrije/drugsbeperkte omgeving en op deze manier zo zelfstandig mogelijk in onze maatschappij kunnen leven.

Hieronder ga ik de visie met betrekking tot inclusie vanuit Maatman Zorggroep beschrijven. Daarnaast zal ik ook mijn eigen visie met betrekking tot inclusie beschrijven.

3.2.1.1: Visie met betrekking tot inclusie van Maatman Zorggroep

In de gehandicaptenzorg spreekt men niet zozeer van ‘inclusie’. Doordat er op politiek gebied zaken spelen die voor Maatman Zorggroep belangrijker zijn, dan het begrip ‘inclusie’, om overeind te blijven, is het voor mij ook moeilijk om bepaalde dingen met betrekking tot dit onderzoek te kunnen realiseren. Wel is het me gelukt om een vragenlijst met betrekking tot inclusie organisatiebreed te verspreiden. Doordat de standaard vragenlijsten die bij de ‘index voor inclusie’ gehanteerd worden afgestemd zijn op het onderwijs, heb ik mijn eigen draai kunnen en willen geven aan deze vragenlijst.

In bijlage 3 is de vragenlijst opgenomen die ik verspreid heb. Verder kunt u in bijlage 4 de mate van inclusie lezen, zoals deze binnen Maatman Zorggroep gerealiseerd wordt.

3.2.1.2: Eigen visie m.b.t. inclusie

Door het lezen van de “index voor inclusie” heb ik Maatman Zorggroep met andere ogen leren bekijken.

Op een gegeven moment ga je meer naar het positieve kijken, dan naar het negatieve. Je leert te kijken naar ‘Wat gaat goed’ en ‘Wat kan beter?’.

Organisatorisch is sprake van een brede toelating van cliënten. De hebben ieder hun eigen problematiek(en), waardoor het soms moeilijk is en lijkt om de ‘juiste’ zorg hierop af te stemmen. Maar ik denk wel dat wij vanuit de ambulante zorg (binnen MMZG) inclusief zijn door de cliënt een zo zelfstandig mogelijk leven te laten leiden binnen onze maatschappij.

Als ik binnen de gehandicaptenzorg ga kijken en de vraag stel “Zou een functie als gedragsspecialist passen binnen een organisatie als Maatman Zorggroep?” dan is mijn antwoord ‘ja’. Een gedragsspecialist kan fungeren onder een gedragsdeskundige. Mede doordat een gedragsspecialist de kennis heeft om cliënten met gedragsproblemen zo optimaal mogelijk te ondersteunen, is hij niet weg te denken binnen een dergelijke organisatie. Ook heeft een gedragsspecialist de kennis en handvatten om een individueel persoon of wellicht team te kunnen coachen. Kortom: een gedragsspecialist heeft de vaardigheden, kennis van gedragsstoornissen, en weet welke begeleidingsbehoeften er kan spelen. Een gedragsspecialist kan bijdragen aan het inclusief maken van een organisatie/instelling.

3.2.1.3: Relatie inclusie m.b.t. vraagstelling

Grooff (2004) stelt: “Inclusief onderwijs is onderwijs waarbij elk kind, ongeacht IQ of handicap, ras of religie, sekse of sociale klasse, in de klas zit met leeftijdsgenoten, waarbij de leerkracht elke ondersteuning krijgt die nodig is om elk kind in de klas goed onderwijs te kunnen geven.”

Voor de cliënten binnen Maatman Zorggroep dient de ondersteuning/begeleiding aangepast te worden aan hun individuele begeleidingsbehoefte. Dit is een gegeven dat aansluit bij de inclusiegedachte. De verstandelijke en/of psychische beperking in combinatie met gedragsproblematiek(en) vraagt om inzicht en kennis van de omgeving. Daarnaast dienen medewerkers kennis en inzicht te hebben over hoe zij om dienen te gaan met het drugsgebruik van hun cliënten. Steeds vaker hebben cliënten behoefte aan hulp en ondersteuning bij het omgaan met het drugsgebruik. Daarom is het nodig dat binnen Maatman Zorggroep het beleid rondom het drugsgebruik van cliënten verbetert en aanpast met als doel het zelfstandiger leven van de cliënt binnen onze maatschappij. Hiermee zorgt Maatman Zorggroep ervoor dat zij een nog inclusievere organisatie wordt.

3.2.2: Triple C

Triple C, anders gezegd ‘drievoudig C’, staat voor de driehoeksrelatie: competentie, cliënt en coach. Triple C is een orthopedagogisch behandelmodel bestaande uit een visie en een methodiek voor de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen of psychische problemen. Deze methode beoogt, binnen de behandeling van cliënten, vanuit een relationele en competentiegerichte benadering, de ineffectieve actie-reactie-patronen bij problematisch gedrag te doorbreken. Uitgangspunt hierbij is dat ons gedrag, dus ook dat van onze cliënten, sterk bepaald wordt door de omstandigheden waarin wij leven. De begeleider probeert de ‘onvoorwaardelijke’ en ‘betrouwbare’ andere te zijn, wat inhoudt dat ik als begeleider ervoor dien te zorgen, dat de relatie met de cliënt in stand gehouden dient te worden. Voor de verder uitgewerkte theorie over de *Triple C* methodiek verwijs ik u naar bijlage 1

3.2.3: Oplossingsgericht werken

Jackson & McKergow (2002) beschrijven het oplossingsgericht werken als een krachtige, praktische en in de praktijk bewezen aanpak die een positieve verandering bij personen, teams en organisaties/instellingen teweegbrengt. Door deze manier van werken toe te passen in de praktijk wordt op een positieve manier gekeken naar hoe ik als professional nog meer kan groeien in mijn werk. Er wordt uitgegaan van mogelijkheden, niet van problemen. Een doel kan bereikt worden door

het vinden van oplossingen of het meer doen van wat werkt. Naar onmogelijkheden wordt niet gekeken.

In het stappenplan dat ik voor Maatman Zorggroep heb opgesteld ga ik uit van de positieve krachten en veranderingen die bij een cliënt teweeg gebracht kunnen worden. Dit doe ik met behulp van de 7-stappen dans (Cauffman, 2003) waarvan bij het oplossingsgericht werken gebruik wordt gemaakt. Hierin staan stappen beschreven die men kan volgen om het oplossingsgericht werken succesvol te laten verlopen. Voor verdere verduidelijking van de 7-stappendans zie bijlage 7

3.2.4: Open en Alert

Open en Alert is een interventieprogramma voor alcohol- en drugspreventie in een LVG-setting. Het is ontwikkeld door het Trimbos instituut in samenwerking met een aantal instellingen voor LVG-zorg en verslavingszorg. Het doel is om problematisch middelengebruik (o.a. het drugsgebruik) bij cliënten met een licht verstandelijke beperking terug te dringen of voorkomen. Onder problematisch versta ik het gebruik van middelen waarbij lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan. Hierbij kan het gebruik ook resulteren in maatschappelijke overlast. (Trimbos Instituut, 2011). Voor meer informatie over de methodiek 'Open en Alert' verwijs ik u naar bijlage 8.

Maatman Zorggroep wil het 'open en alert' programma in de toekomst gaan gebruiken. Omdat het materiaal al aanwezig is binnen de organisatie, neem ik het mee in mijn onderzoek. Ik heb verschillende onderdelen hiervan gebruikt in het stappenplan dat ik voor begeleiders heb ontworpen. Hiermee ga ik tevens onderzoeken of deze methode daadwerkelijk bruikbaar is binnen Maatman Zorggroep.

3.2.5: Begeleidingsmodellen

Er zijn verschillende soorten begeleidingsmodellen. Voor mijn onderzoek zijn intervisie en coaching (in combinatie met het oplossingsgericht werken) toepasbaar. Volgens de website van carrièretijger is intervisie een zelfhulpmethode waarmee collega's elkaar helpen om beter te worden in hun werk. Binnen deze context werkt men in groepen waarin problemen die zich op de werkvloer voordoen, besproken worden.

Ik wil met de 'experimentele groep', een aantal intervisiemomenten inlassen. Op deze manier kunnen mijn collega's en ik de problemen die voortvloeien uit de aanpak van het drugsgebruik, bespreekbaar maken. Binnen deze intervisiemomenten wil ik mijn collega's op een oplossingsgerichte manier coachen, zodat ze zelfstandig verder kunnen met het stappenplan. Mocht het binnen de intervisiegroep niet lukken om antwoorden te vinden op uitzonderlijke problematiek, dan kan er altijd teruggevallen worden op deskundigen binnen de organisatie.

Hoofdstuk 4: Methode

In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe ik mijn onderzoek uitvoer. Er wordt beschreven hoe de gegevens verzameld en geanalyseerd zijn. Daarnaast beschrijf ik de resultaten.

4.1: Doelgroep en methode van het onderzoek

Er staan twee doelgroepen centraal in mijn onderzoek, de cliënten en de begeleiders. cliënten staan gedurende het gehele onderzoek centraal, omdat zij uiteindelijk minder drugs moeten gaan gebruiken. Ik wil te weten komen hoeveel cliënten drugsgebruiken, hoe ze reageren op de (oplossingsgerichte) begeleiding en welk effect het stappenplan heeft op de cliënt.

De begeleiders zijn echter de personen die met het stappenplan gaan werken en daarmee de eigenlijke doelgroep is. Omdat de uitkomst van dit onderzoek gebruikt gaat worden Maatman Zorggroep, kan zij in feite als derde doelgroep aangetekend worden.

Methode:

De begeleiders zijn opgesplitst in twee groepen: de ‘controle groep’ en de ‘experimentele’ groep. De ‘experimentele’ groep, zoals eerder al aangegeven. Met de antwoorden die de begeleiders geven op de vragenlijsten bij de beginmeting wil ik inzicht krijgen in de wijze waarop de begeleiders nu omgaan met het drugsgebruik. De ‘controlegroep’ wordt in de eindmeting gevraagd of er verandering in de aanpak is geweest en of er resultaat is opgetreden in het drugsgebruik van hun cliënten, zonder dat deze groep een stappenplan heeft toegepast in de praktijk. De ‘experimentele’ groep wordt gevraagd of er, door het toepassen van een stappenplan, verandering heeft plaatsgevonden in de aanpak van het drugsgebruik bij hun cliënten. Tevens kan deze groep zijn ervaringen met het toepassen van het stappenplan geven.

4.2: Onderzoeksplanning

Voor mijn onderzoeksplanning heb ik per deelvraag onderscheid gemaakt tussen methode- en bronnentriangulatie. “Triangulatie wil zeggen dat er vanuit minimaal drie verschillende invalshoeken gekeken is naar verschijnselen, gegevens, resultaten”.

De methode- en bronnen triangulatie is weergegeven in ‘het hart van mijn meesterstuk’, zie bijlage 9.

Het ‘hart van mijn meesterstuk’ is een schematische weergave van de onderzoeksvraag, deelvragen, doelgroep/werkwijze, methode- en bronnentriangulatie en tijdpad.

De methodetriangulatie bestaat in dit schema uit 3 methodes: ‘literatuur’, ‘observaties’ en ‘vragenlijsten’. De bronnentriangulatie bestaat uit personen (denk aan: begeleiders, psychologen, directie) en documenten en nota’s waar ik mijn informatie uit vandaan probeer te halen.

Naast ‘het hart van mijn meesterstuk’ heb ik een aparte tijdsplanning gemaakt die te vergelijken is met het tijdpad in ‘het hart van dit meesterstuk’. Zie hiervoor bijlage 10.

4.3: Deelvragen

De onderzoeksvraag:

“Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert”.

De deelvragen:

1. Hoe is de huidige situatie m.b.t. het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep?

Om deze deelvraag te beantwoorden ga ik de huidige situatie, met betrekking tot de aanpak van drugsgebruik van cliënten binnen MMZG, in kaart brengen door middel van een vragenlijst.

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat er geen standaardvragenlijsten zijn waarin wordt gemeten hoe de aanpak van drugsgebruik is in een bepaalde organisatie/instelling. Wel ben ik erachter gekomen dat er vragenlijsten bestaan die speciaal voor cliënten zijn ontworpen om voor zichzelf in kaart te brengen hoeveel drugs ze gebruiken en welke drugs ze gebruiken. Ik ben me er van bewust dat zelf ontworpen vragenlijsten niet gevalideerd zullen zijn. Omdat er geen vragenlijsten bestaan die exact aansluiten bij

mijn onderzoek wil ik zelf een vragenlijst ontwikkelen aan de hand van de criteria en tips die Kallenberg (2007) en Harinck (2009) hanteren. Ook zal ik kijken of er uit eerder onderzoek gegevens beschikbaar zijn die geschikt zijn om in mijn vragenlijst mee te nemen.

Nadat ik mijn vragenlijst heb ontworpen leg ik deze voor aan GZ-psycholoog, neuropsycholoog en orthopedagoog R. Franken binnen MMZG. Deze persoon begeleidt mij gedurende mijn onderzoek. Daarnaast laat ik mijn vragenlijst van feedback voorzien door de begeleidende docenten, B. van Geffen en J. Jeninga, en mijn critical friends. Tot slot ga ik mijn vragenlijst verspreiden binnen Maatman Zorggroep.

De vragenlijst heeft zowel open- als gesloten vragen, rekening houdend met de criteria die Kallenberg (2007) en Harinck (2009) hanteren. De keuze voor beide soorten vragen is gemaakt, om een beter en duidelijker beeld te krijgen van zowel de huidige als de 'nieuwe' situatie, die is ontstaan na toepassing van het stappenplan. Een vragenlijst heeft een aantal nadelen: vertekening van de resultaten en onvolledige informatie. Wanneer ik meer informatie wil krijgen van een begeleider, zal ik hem persoonlijk benaderen en interviewen.

Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken wordt de vragenlijst alleen ingevuld door begeleiders, die dagelijks te maken krijgen met cliënten die drugs gebruiken.

Nadat de 'experimentele' groep begeleiders een aantal maanden het stappenplan heeft toegepast in de praktijk, krijgen zij opnieuw een vragenlijst voorgelegd. Met deze vragenlijst is een eindmeting mogelijk. De vragenlijst van de beginmeting, wordt voor de eindmeting op een aantal punten aangepast om een zo betrouwbaar en evidence based mogelijk resultaat te verkrijgen voor het onderzoek.

De eindmeting wordt vergeleken om te meten of het handelen volgens het stappenplan effect heeft op de aanpak op het drugsgebruik. De 'controle groep' krijgt ook vragenlijsten. Ook hier kijk ik of er effecten hebben opgetreden of veranderingen zijn geweest. Uiteindelijk worden hieruit conclusies getrokken en volgen aanbevelingen en adviezen. Samenvattend: Ik wil weten of het gebruik van een stappenplan, bij kan dragen in de aanpak van drugs.

2. "Wat vinden begeleiders en psychologen van een verbeterde aanpak in een zogenoemd 'stappenplan'?"

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag zal ik nota's en protocollen die binnen Maatman Zorggroep beschikbaar zijn door nemen en nagaan hoe Maatman Zorggroep nu handelt en hoe men graag zou zien dat het drugsgebruik van cliënten aangepakt wordt.

Er is weinig bekend over de aanpak van drugsgebruik bij cliënten met een licht verstandelijke beperking. Wel heeft het Trimbos Instituut te Utrecht een methode ontwikkeld voor de aanpak van drugs- en alcohol gebruik voor cliënten met een licht verstandelijke beperking: 'Bekijk 't nuchter, Open en Alert (2011)'. Voor een nadere omschrijving van deze methode zie bijlage 8.

Daarnaast vind ik het Oplossingsgericht Werken (Kim Berg & Szabó (2006) en Måhlberg (2008)), Triple C en de Presentietheorie bruikbaar om een stappenplan op te zetten. Deze zijn reeds eerder omschreven in hoofdstuk 3. In bijlage 1 vindt u uitgebreidere informatie.

Ik kies voor het Triple C behandelmodel en de Presentietheorie omdat er binnen Maatman Zorggroep al met deze twee methoden wordt gewerkt. Daarnaast kies ik voor het oplossingsgericht werken, omdat deze net zoals Triple C en de Presentietheorie uit gaat van het positieve. In combinatie met de 7-stappendans die gehanteerd wordt binnen het oplossingsgericht werken en de methode Open en Alert, kan er naar mijn mening gewerkt worden aan de aanpak van het drugsgebruik van cliënten. Cliënten met een lichte verstandelijke beperking hebben meestal al veel meegemaakt in hun leven en staan niet meteen open voor een hulpverlener die hen wil 'helpen' het drugsgebruik aan te pakken. Ik vind dat er daarom gekeken moet worden naar wat er al goed is gegaan of nu gaat en of de wil aanwezig is om te minderen of stoppen met het gebruiken van drugs. Intrinsieke motivatie is nodig voor een goed resultaat. Verder is een vertrouwensband tussen begeleider en cliënt belangrijk.

Uiteindelijk maak ik op grond van alle informatie uit de literatuur, nota's en protocollen een ontwerp voor een stappenplan voor de aanpak van het drugsgebruik. Dit is het stappenplan dat de 'experimentele groep' in de praktijk gaat toepassen. Zie bijlage 11.

Als extra informatie zal ik in het stappenplan een hoofdstuk wijden aan 'Wat als het al te laat is?'. Begeleiders dienen op de hoogte te zijn van externe instellingen/organisaties waar cliënten naar verwezen/doorgestuurd kunnen worden als zowel de begeleider als Maatman Zorggroep de cliënt niet meer kan helpen.

4.4: Analyse van de gegevens (data-analyse)

Om de data-analyse vorm te geven worden alle gegevens per deelvraag uitgewerkt en verbanden hiertussen onderzocht. Deze analyse verschilt per deelvraag om de gegevens zo overzichtelijk en duidelijk mogelijk in kaart te brengen.

Deelvraag 1 wil de huidige situatie met betrekking tot het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep zo goed mogelijk in kaart brengen. Als eerste worden alle vragenlijsten van de begin- en eindmeting geanalyseerd en met elkaar vergeleken. Op basis van onder andere deze resultaten zal ik mijn conclusies en aanbevelingen formuleren.

De analyse van deelvraag 2 zal afwijken van deelvraag 1. Doel van deze deelvraag is om erachter te komen welke aanpak, volgens de gegevens voortgekomen uit dit onderzoek, er toegepast zou moeten worden om het drugsgebruik van cliënten te veranderen.

In de vorige paragraaf heeft u al kunnen lezen dat ik dit ga onderzoeken door het stappenplan te evalueren.

Hiervoor maak ik voor de 'experimentele' groep een vragenlijst, waarop zij kunnen aangeven wat ze van het stappenplan vinden en hoe zij het hebben ervaren om dit toe te passen in de praktijk. Vooraf vraag ik de psychologe/gedragsdeskundige en mijn intervisor van MMZG of zij dit stappenplan geschikt vinden om op deze manier te implementeren in de praktijk.

Uiteindelijk zal ik mijn conclusies trekken en aanbevelingen doen door gebruik te maken van de antwoorden op de deelvragen. Tevens zal ik hierbij gebruik maken van de opmerkingen en adviezen die de psychologe en gedragsdeskundige gegeven hebben.

4.5: Resultaten van het onderzoek per deelvraag

1. Hoe is de huidige situatie m.b.t. het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep?

Met behulp van de vragenlijsten heb ik de huidige situatie met betrekking tot het drugsgebruik in kaart kunnen brengen. Bij de beginmeting hebben 19 begeleiders ingevuld en bij de eindmeting 3 begeleiders. Het gaat in deze vragenlijsten alleen om cliënten waarvan ze persoonlijke begeleider zijn. Uit de beginmeting kwamen enkele opvallende resultaten naar voren, namelijk:

- 58% van de begeleiders geeft aan dat ze niet genoeg vaardigheden bezitten om het drugsgebruik van hun cliënten aan te kunnen pakken
- 53% laat weten dat ze een betere begeleiding op het gebied van de aanpak van drugsgebruik willen hebben, terwijl 74% er **niet** aan wil werken om hun expertise te vergroten.
- 95% van de begeleiders geeft aan met zekerheid te weten en/of een vermoeden te hebben dat de door hen begeleide cliënten drugs gebruiken.
 - 10 begeleiders **vermoeden** dat 1 cliënt waarvan ze persoonlijke begeleider zijn, drugs gebruiken en 7 begeleiders weten zeker dat 1 cliënt drugs gebruikt.
 - 4 begeleiders weten zeker dat 2 cliënten waarvan ze persoonlijke begeleider zijn drugs gebruiken, terwijl 1 begeleider niet met zekerheid durft te zeggen dat 2 cliënten drugs gebruiken.
 - Opvallend is dat hoe meer cliënten een begeleider heeft, hoe minder zeker ze zijn van drugsgebruik.
- Het soort drugs dat cliënten gebruiken is "wiet" en "hasj". Bij "wiet" zeggen 16 begeleiders **met zekerheid** te zeggen dat cliënten deze drug gebruiken. 8 begeleiders **vermoeden** dat een cliënt "wiet" gebruikt.

11 begeleiders **weten zeker** dat één van hun cliënten “hasj” gebruikt en 3 begeleiders **vermoeden** dat één van hun cliënten deze drug gebruiken.

- 11 begeleiders geven aan dat cliënten “verslaafd” zijn aan drugs. Zowel bij “recreatief gebruik” als bij “gewoontegebruik” geven 7 begeleiders aan dat cliënten onder deze groep gebruikers vallen. 3 begeleiders denken dat een cliënt drugs gebruikt om te experimenteren. Volgens 6 begeleiders merken de cliënten door experimenteel gebruik dat ze zich er prettig bij gaan voelen. Cliënten krijgen op deze manier rust in hun hoofd, zo stellen 9 begeleiders.
- 19 begeleiders geven aan dat er een gedragsverandering bij cliënten te herkennen is waarvan er 15 aangeven dat die gedragsverandering gepaard gaat met stemmingswisselingen. Bij gedragsverandering kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het agressiever reageren naar de ‘buitenwereld’ of cliënten worden “lui” en hebben “nergens meer zin in”.
- Bij de aanpak geven 8 begeleiders aan dat ze, indien ze weten of vermoeden dat een cliënt drugs gebruikt, het bespreekbaar maken met de cliënt, 4 begeleiders wijzen op de gevolgen van drugs. Twee begeleiders geven aan dat ze het intern binnen MMZG bespreekbaar maken. Het wordt besproken in een ‘teamvergadering’ en/of met de psycholoog/gedragsdeskundige. Drie begeleiders geven aan dat ze geen ervaring hebben in de aanpak van het drugsgebruik.
- Vier begeleiders geven aan dat, ondanks dat er van alles geprobeerd is, er geen resultaten behaald zijn met hun aanpak van drugsgebruik
- Begeleiders geven 5 punten aan die nodig zijn om de te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs:
 - Zinnige dagbesteding/hobby (8)
 - Motivatie & wilskracht van de cliënt zelf (5)
 - Stabiliteit in het leven (5)
 - Sociaal netwerk met positieve invloeden (5)
 - Begrip en ondersteuning (5)

Door literatuurstudie ben ik er achter gekomen dat alle 5 punten aanwezig dienen te zijn om te minderen en/of te stoppen met het gebruiken van drugs.

- Het huidige “Drank- en drugsreglement” dat binnen MMZG wordt gehanteerd vinden begeleiders “slecht” en te “theoretisch”. 4 van de 19 begeleiders die hebben deelgenomen aan dit onderzoek vinden het protocol “goed”. Uit de vraag wat er beter zou kunnen binnen MMZG, komen de volgende 3 punten naar voren:
 - Meer kennis en vaardigheden over drugs (-en alcohol) gebruik begeleiders. (3)
 - Cursus/training (voorlichting en tips verminderen of stoppen drugsgebruik) (3)
 - Binnen MMZG dient er meer gebruik gemaakt te worden van een netwerk en expertise van collega’s en andere organisaties. (2)

Na de beginmeting heb ik een stappenplan gemaakt. (Hier ga ik op in bij de resultaten van deelvraag 2). Dit plan is door de ‘experimentele’ groep in de praktijk toegepast, in combinatie met intervisiebijeenkomsten. Hierin werd casuïstiek besproken en werden zij gecoacht door mij om hun vaardigheden te vergroten. De ‘experimentele’ groep heeft achteraf de vragenlijst voor de eindmeting ingevuld. De ‘controlegroep’ heb ik gevraagd of er iets was veranderd in hun aanpak van het drugsgebruik. In dit geval diende deze groep ook vragenlijst in te vullen. Uit de ‘controle’ groep heb ik geen ingevulde vragenlijsten (eindmeting) teruggekregen.

Uit de eindmeting van de ‘experimentele’ groep komen de volgende resultaten naar voren.

- Op twee gebieden is geen verandering te zien in de aanpak van het drugsgebruik. Dit zijn:
 - Positieve veranderingen belonen
 - Een open, niet veroordelende houding aannemen.
- De aanpak **NU** gebeurt op een positievere manier. Begeleiders geven aan dat **VOORHEEN** meer de negatieve kant van het gebruiken van drugs benadrukt werd. “Drugs zijn ‘fout’ en de afhankelijkheid van drugs door een cliënt” werd niet getolereerd. **NU** nemen begeleiders een open houding aan en maken het gebruiken van drugs op een positieve manier bespreekbaar. De voor- en nadelen van drugsgebruik worden met de cliënt besproken en er wordt samen gezocht naar een oplossing, waarbij de cliënt gecoacht wordt en zelf stappen bedenkt om te stoppen met drugs. Daarnaast vraagt een begeleider **NU** meer naar de stand van zaken met

betrekking tot het gebruik en geeft een begeleider meer advies en ondersteuning. Begeleiders geven aan **NU** meer vaardigheden te bezitten om het drugsgebruik aan te kunnen pakken, door het gebruik van het stappenplan. Ze zijn het daarbij unaniem eens over het feit dat er binnen MMZG een betere begeleiding op het gebied van drugsgebruik nodig is. Tijdens de bijeenkomst kwam naar voren dat een protocol in de toekomst meer praktijkgericht dient te zijn. Er moet aandacht besteed worden aan hoe een begeleider stap voor stap kan gaan werken aan de aanpak van drugsgebruik. Om dit te kunnen realiseren geven de begeleiders de volgende verbeterpunten aan:

- Begeleiders opleiden in het kennen, herkennen en aanpakken van excessief drugsgebruik (2)
- Weten bij wie je dit moet/kan aangeven en waar onze doelgroep “LVG en verslaafd” het beste aansluiting kan vinden voor een behandeling.
- Een duidelijker Protocol/stappenplan drugsgebruik, waarin praktische handvatten staan over de aanpak van drugsgebruik.
- Coaching door middel van intervisiebijeenkomsten
- Specialisatie wat betreft verslavingszorg.
- In de begeleiding naar de aanpak van het drugsgebruik geeft 1 begeleider (33%) aan dat er externe instanties en/of instellingen bij de begeleiding zijn betrokken, waarbij 2 begeleiders (66%) aangeven dat er enkele externe instanties zijn betrokken. De instanties/instellingen die betrokken zijn bij de begeleiding zijn afkomstig uit de verslavingszorg (verslavingskliniek en ambulante begeleiding vanuit een verslavingszorg instelling).
- Door de aanpak **NU** zijn er vier resultaten bekend:
 - Het toepassen van het oplossingsgericht werken, namelijk het vieren van het feestje bij successen. De cliënt leeft op een positieve manier naar dit moment toe, echter kan hij er ook misbruik van maken. De begeleidster had aan de cliënt beloofd om te gaan koken als hij 3 weken ‘clean’ bleef. Tussentijds heeft de cliënt nog ‘wiet’ gebruikt, zonder dit aan zijn begeleidster te ‘melden’. Na 3 weken heeft hij het toch gezegd, waartoe de begeleidster besloten heeft de rollen om te draaien en de verantwoordelijkheid van het ‘clean’ blijven en het vieren van het succes bij de cliënt neergelegd.
 - Cliënt is minder wiet gaan gebruiken. Hierdoor is hij meer aanspreekbaar en staat open om te praten over zijn drugsgebruik in het verleden en nu.
 - Cliënt heeft nu een dagritme (parttime baan) en sinds kort ook een bijbaan. Daarnaast gaat hij elke week vol passie voetballen.
 - Cliënten zijn opener en eerlijker wat betreft hun drugsgebruik. Ze denken meer na over wanneer en waarom ze op bepaalde momenten gebruiken
- Begeleiders geven 5 belangrijke punten aan die nodig zijn om de te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs:
 - Positieve stimulans
 - Bieden van inzichten over eigen gebruik
 - Het op een oplossingsgerichte manier te werk gaan, waarbij gekeken wordt naar wat de cliënt kan, uitgaan van de mogelijkheden en kwaliteiten van een cliënt.
 - Detox periode in een verslavingskliniek.
 - Prikkelvrije omgeving
 - Nieuwe vriendenkring
 - Goede voorlichting geven aan zowel cliënten als begeleiders over effecten/uitwerking van drugs.
- 2 begeleiders geven aan dat ze niet bekend zijn met het Drank- en drugsreglement van MMZG. Bij een vergelijking hiervan met mijn stappenplan geven begeleiders aan dat het stappenplan meer richtlijnen en handvatten geeft over hoe een begeleider het drugsgebruik aan moet pakken.

De volledige analyse van deze vragenlijst vindt u in bijlage 12 en 13

2. Wat vinden begeleiders en psychologen van een verbeterde aanpak in een zogenoemd ‘stappenplan’?

Om een antwoord te krijgen op deze deelvraag ben ik in gesprek gegaan met R. Franken (GZ-psycholoog). Hij heeft een aantal nota's geschreven voor Maatman Zorggroep. Ook heeft hij een stuk geschreven over de Presentietheorie, een methodiek die naast de Triple C methodiek, binnen Maatman Zorggroep wordt hanteert. Franken schrijft in één van zijn nota's dat *“Cliënten het meest gebaat zijn bij een hulpaanbod dat qua aard, inhoud en intensiteit is toegesneden op de aard en ernst van de aanwezige problemen en de hulpbehoefte. Bepalend voor de keuze van de meest geschikte zorg zijn dus de behandelgeschiedenis, de ernst van het misbruik, de eventueel aanwezige psychiatrische en somatische comorbiditeit (dubbeldiagnose), de mate van sociale integratie, de intelligentie en de coöperativiteit”*.

Gekeken naar het drugsgebruik van de cliënten binnen Maatman Zorggroep moest ik dus, bij de ontwikkeling van een stappenplan, rekening te houden met de aard en ernst van de aanwezige problematieken en hulpbehoeften. In het zorgplan, zoals dit binnen Maatman Zorggroep gehanteerd wordt, beschrijft men al de voorgeschiedenis van een cliënt. Ik vroeg me af of een behandel- en/of voorgeschiedenis bij de aanpak van drugsgebruik terug moet komen in een stappenplan. Ik vond van niet, omdat dit te confronterend is voor een cliënt die uiteindelijk toestemming dient te geven of deze informatie in een zorgplan en/of stappenplan terug te laten komen.

Met bovenstaande informatie in mijn achterhoofd ben ik in gesprek gegaan met S. Nouwen (operationeel manager/psycholoog) binnen MMZG. Het bleek dat men binnen MMZG aan het bekijken was of de methode ‘Open en Alert’ toegepast kan gaan worden. Omdat deze methode zich richt op onder andere drugsverslaving bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking vond ik het nodig om deze methode mee te nemen bij ontwikkeling van een stappenplan. Om tot een stappenplan te komen heb ik alle informatie die ik via gesprekken heb verkregen en gebundeld tot één product. Het gaat hier over de volgende informatie:

- Informatie uit het gesprek met S. Nouwen.
- Informatie uit de nota's van R. Franken.
- Methode ‘Open en Alert’
- Methodieken waarmee men binnen MMZG werkt, namelijk Triple C en de Presentietheorie
- Oplossingsgericht werken

Wat opviel was dat de Triple C, het Oplossingsgericht Werken en de Presentietheorie raakvlakken hebben. Ze gaan alle drie uit van het positieve. Bij het oplossingsgericht werken kijk je naar de mogelijkheden, kansen en kwaliteiten. De cliënt bepaalt zelf in welk tempo er gewerkt wordt. De relatie dient in stand gehouden te worden, ook als het minder vanzelfsprekend wordt.

In de methode “Open en Alert” staan stappen beschreven om het drugsgebruik bij cliënten met een verstandelijke beperking aan te pakken. Dit heb ik meegenomen in het stappenplan:

- 1. Bewustwording
- 2. Probleemherkenning
- 3. Voor- en nadelen
- 4. Veranderen? Welke problemen loop ik tegen aan?
- 5. Vieren van het behaalde doel/verandering
- 6. Evaluatie

Omdat deze methode vooral probleemgericht te werk gaat en ik van mening ben dat cliënten op een positieve manier benaderd dienen te worden, heb ik het oplossingsgericht werken verwerkt in de stappen. Het resultaat was dat er in elke stap gekeken wordt naar hoe er op een positieve manier gewerkt kan worden aan de aanpak van het drugsgebruik. Daarnaast wordt rekening gehouden met de diversiteit aan methodieken, behandelmodellen en werkwijzen die ik tot mijn beschikking heb. Hieruit is het stappenplan (zie bijlage 11 voor de volledige versie van dit stappenplan) voortgekomen.

- 1. Bewustwording
Contact leggen met de cliënt is een belangrijke stap. Bij het behandelmodel van triple C wordt beschreven op welke niveaus je communiceert en contact maakt met een cliënt.

- 2. Probleemherkenning
Oplossingsgericht te werk gaan. De cliënt op een positieve manier uitnodigen om te vertellen over eventuele succeservaringen waarbij hij/zij is gestopt met het gebruiken van drugs, welke stappen dienen er nu gezet te worden om de te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs etc. Met behulp van een actieprogramma vanuit de methode ‘Open en Alert’ kan er aan deze stap gewerkt worden.
- 3. Voor- en nadelen
Bespreekbaar maken wat de voor- en nadelen (en gevolgen) (kunnen) zijn van het drugsgebruik. Samen met de cliënt wordt de balans opgemaakt. Vanuit het oplossingsgericht werken ga je de cliënt bevragen hoe hij/zij de toekomst ziet, waar hij nu staat en welke stappen ervoor nodig zijn om te ‘veranderen’.
- 4. Veranderen? Tegen welke problemen loop ik aan?
Bevestig een cliënt dat je als begeleider weet dat het minderen/stoppen met het gebruiken van drugs moeilijk is. Praat op een positieve manier over de problemen waar de cliënt tegen aanloopt. Kijk samen naar de stappen die hij/zij dient te zetten te minderen en/of stoppen met het drugsgebruik. Leg in een rapportage vast hoe een cliënt aan een bepaald doel werkt en/of heeft gewerkt.
- 5. Vieren van het behaalde doel
Een belangrijke stap in de hulpverlening is het vieren van een bepaald veranderingsproces dat een cliënt heeft doorgemaakt en de resultaten die zijn behaald. Stel in het begin geen grote doelen die een cliënt moet halen, houd het klein. Een compliment kan veel doen, maar een materiële beloning doet meer bij een cliënt (bv. Samen koken, Mac Donalds, taart)
- 6. Evaluatie
Met behulp van het zorgplan en periodieke verslagen, opgesteld aan de hand van de Triple C moet geëvalueerd worden. Doe dit samen met de cliënt, zodat hij/zij eventueel zelf kan aangeven welke nieuwe doelen er gesteld kunnen worden.

Uit de analyse van de vragenlijst komt naar voren dat de begeleiders aangeven, door toepassing van het stappenplan en interventie, meer vaardigheden in huis te hebben om het drugsgebruik aan te kunnen pakken. Als succesfactoren worden de volgende items genoemd:

- Niet veroordelend zijn (2)
- De regie (deels: nooit helemaal!!) aan de cliënt overlaten. De begeleiding is er voor de ondersteuning en supervisie, maar de cliënt zelf bepaalt het tempo. (2)
- De cliënt belonen bij positief gedrag (2)
- Confronterende gesprekken niet uit de weg gaan en tijdens een gesprek durven en kunnen inhaken op actuele situaties die zich voordoen en de verhouding die deze heeft tot zijn verslaving (1)
- Vragen naar de effecten van drugsgebruik (1)
- Samen met de cliënt kijken naar mogelijkheden om te minderen of te stoppen met het gebruiken van drugs (1)
- Nadruk leggen op eigen verantwoordelijkheid (1)

De psychologen vonden het stappenplan te groot om zich op korte termijn te kunnen verdiepen in de materie van het oplossingsgericht werken en de methode “Open en Alert”. Ze wilde wel meewerken om vragen van begeleiders te beantwoorden, maar dan alleen op het gebied van Triple C en de Presentietheorie, omdat ze hier mee bekend zijn. Ze gaven aan te weinig tijd te hebben om ook dit onderzoek bij hun dagelijkse activiteiten erbij te nemen.

4.6: Interpretatie van de resultaten

Bij de interpretatie van gegevens moet rekening worden gehouden met de betrouwbaarheid en validiteit van de te interpreteren gegevens (Harinck, 2009). Hieronder verstaat Harinck (2009): “Met *betrouwbaarheid* wordt verwezen naar de herhaalbaarheid, de nauwkeurigheid van een ‘meting’.

- *Herhaalbaarheid*: levert een meting bij herhaling hetzelfde op?
- *Nauwkeurigheid*: is de meting nauwkeurig, voldoende precies? Heeft men een helder beeld?”

“Validiteit: heeft het instrument datgene te pakken wat we willen weten? Is de uitslag geldig? Klopt het beeld?”

4.6.1: Betrouwbaarheid

Vragenlijsten

Ik ben van mening dat de vragenlijsten voldoen aan een aantal criteria voor betrouwbaar onderzoek zoals deze gesteld worden door Kallenberg e.a. (2007) in het boek “Ontwikkeling door onderzoek”. Ik heb de vragenlijsten regelmatig voorgelegd aan mijn critical friends, mijn docent en R. Franken. Bij de terugkoppeling heeft feedback een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van twee heldere, nauwkeurige en consistente vragenlijsten.

Voor mijn onderzoek heb ik bij de beginmeting gekozen voor een onderzoeksgroep die in samenstelling overeenkomt met de totale groep begeleiders die binnen Maatman Zorggroep werkzaam is. Ook bij de eindmeting was de groep representatief. De begeleiders die nodig waren om het effect van het stappenplan te evalueren, hebben hier aan deelgenomen. Ondanks de kleine groepsgrootte ben ik van mening dat deze groep begeleiders een doorsnede is van de totale groep begeleiders binnen Maatman Zorggroep.

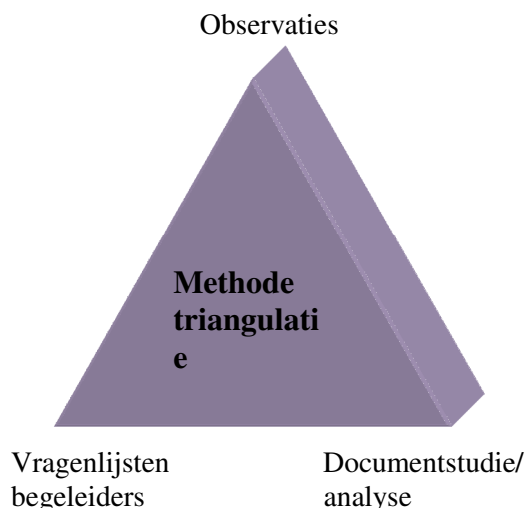
Ook de ‘controle groep’ is gevraagd of er verandering had plaatsgevonden in hun handelen. Als dit zo was geweest, dan hadden zij dezelfde vragenlijst in moeten vullen.

Tevens hebben alle respondenten dezelfde vragenlijst met exact dezelfde vragen bij de beginmeting ingevuld. Bij de eindmeting zijn er enkele aanpassingen gemaakt in de vragenlijst om het resultaat te kunnen meten.

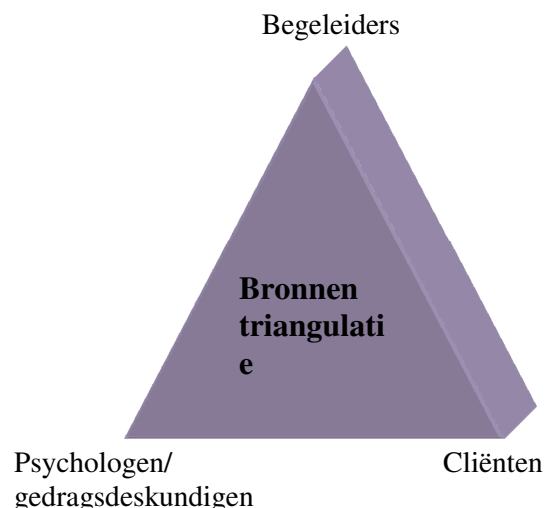
De antwoorden die zijn gegeven door begeleiders acht ik betrouwbaar. De begeleiders zijn uiteindelijk diegenen die het drugsgebruik aan dienen te pakken. Hierdoor is het voor hen noodzakelijk om zo nauwkeurig en professioneel mogelijk antwoord te geven op de vragen.

4.6.2: Triangulatie

Mijn onderzoek is intern valide omdat ik zowel de methode- als de bronnen triangulatie heb toegepast. Hierdoor ben ik gekomen tot een adequate en geloofwaardige analyse van mijn onderzoek. In figuur 1 en 2 heb ik visueel gemaakt welke methode- en bronnentriangulatie ik heb gebruikt.



Figuur 1



Figuur 2

Mijn onderzoek is ook extern valide. De groep begeleiders die heeft deelgenomen aan mijn onderzoek is representatief. De externe validiteit wordt versterkt doordat ik gebruik heb gemaakt van een theoretisch kader. Mede heb ik een stappenplan op kunnen stellen. Alles wat ik uit de literatuur en andere bronnen heb gehaald, zit verwerkt in dit stappenplan.

Tevens zijn de stellingen in dit onderzoek versterkt door theoretische onderbouwingen.

Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk bespreek ik de belangrijkste conclusies en geef ik aanbevelingen. Verder worden voorstellen gedaan voor eventueel vervolg onderzoek naar de aanpak van het drugsgebruik van cliënten binnen Maatman Zorggroep.

5.1: Conclusies

5.1.1: Conclusies centrale onderzoeksvraag

Een antwoord op mijn onderzoeksvraag; *“Hoe kunnen wij als Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert”*, is niet eenvoudig te geven vanuit de **huidige** expertise en vaardigheden die er binnen Maatman Zorggroep aanwezig zijn.

Een ruime meerderheid van de collegabegeleiders weet niet hoe ze het drugsgebruik van hun cliënten aan kunnen pakken. Er wordt vooral ingegaan op het bespreekbaar maken van het drugsgebruik. Daarnaast zijn de meeste begeleiders niet bekend met het huidige “Drank- en Drugsreglement”. Dit reglement geeft ook geen concrete en praktische tips voor de aanpak van het drugsgebruik.

De begeleiders die het stappenplan toegepast geven aan dat het handelen volgens een plan helpt. Er worden duidelijke stappen geformuleerd, en door gebruik te maken van een positieve begeleidingswijze neemt de cliënt een open coöperatieve houding aan. Een bijkomend voordeel van deze planmatige aanpak is dat een begeleider meer zicht heeft in de redenen waarom drugs worden gebruikt en ziet dat sommige cliënten met hulp willen minderen en/of stoppen met het gebruiken van drugs. Enkele antwoorden die begeleiders geven:

- *“Ik weet nu meer over drugsgebruik. Eerder ging in op de negatieve gevolgen van drugs en keurde ik drugs af. Nu heb ik geleerd dat ik het op een positieve manier moet benaderen. Ik merk dat een cliënt raar op kijkt als ik op een positieve manier ga praten over zijn/haar drugs gebruik. Hierdoor beginnen mijn cliënten meer open te praten over hun drugsgebruik en zijn ze eerlijk over hoeveel drugs ze gebruiken en wanneer ze voor de laatste keer gerookt hebben. Cliënten wil graag geholpen worden, maar geven aan dat ik hun daarbij moet helpen”.*
- *“In de drugsbijeenkomsten heb ik geleerd om kritisch naar mezelf te kijken. Kijken naar hoe ik het drugsgebruik aanpak en wil gaan aanpakken. Ik heb in elke bijeenkomst moeten aangeven hoe ik aan de aanpak van het drugsgebruik gedurende een aantal weken ging werken. Ik heb geleerd dat cliënten het als positief ervaren wanneer je als begeleider een ‘feestje’ viert als ze bijvoorbeeld 1 week niet geblowd hebben. Mijn valkuil was wel dat cliënt er erg naar toe leefde en deed alsof hij geen drugs meer gebruikte. Daarom heb ik later de rollen omgedraaid. Als de cliënt een tijdje niet meer geblowd heeft, dan mag hij voor mij gaan koken om op deze manier het ‘feestje’ te vieren”.*

Deze bevindingen geven aan dat er behoefte is aan een duidelijk protocol de aanpak van drugsgebruik. In algemene zin kan verder worden geconcludeerd dat een nadere uitwerking van het protocol gewenst is evenals voortzetting van begeleiding en scholing van medewerkers.

5.1.2: Conclusies deelvragen

5.1.2.1: Conclusies deelvraag 1: *Hoe is de huidige situatie m.b.t. het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep?*

Uit de verkregen resultaten/uitkomsten kan geconcludeerd worden dat de meeste cliënten die drugs gebruiken verslaafd zijn. ‘Wiet’ en ‘hasj’ zijn de drugs die door cliënten het meest gebruikt worden. Uit beide metingen komt naar voren dat het gebruik van drugs door begeleiders herkend wordt, doordat de cliënt gedrags- en stemmingsverandering laat zien.

Geconcludeerd kan worden dat bij de beginmeting begeleiders aangeven niet veel vaardigheden te hebben om het drugsgebruik aan te pakken. Bij de eindmeting lijken de vaardigheden te zijn toegenomen. Wel blijkt uit beide metingen dat begeleiders vinden, dat een betere begeleiding vanuit

het management en psychologen/gedragsdeskundigen nodig is. Alleen de ‘experimentele’ groep heeft de vragenlijst van de eindmeting ingevuld! Als verbeterpunten worden aangegeven:

- Begeleiders willen meer kennis, vaardigheden en inzichten krijgen hoe ze drugsgebruik aan moeten pakken, maar ook bij welke instellingen ze terecht kunnen voor de verslaving van een cliënt.
- Scholing om bovenstaand punt te kunnen realiseren
- Samen met de cliënt dienen duidelijke afspraken gemaakt worden over wat geoorloofd is binnen MMZG, met betrekking tot het gebruiken van drugs.
- Cliënten voorlichting geven over ‘drugs’.

Kritische nood: de bereidheid om ‘in eigen tijd’ de kennis te vergroten blijkt heel gering te zijn.

5.1.2.2: Conclusies deelvraag 2: Wat vinden begeleiders en psychologen van een verbeterde aanpak in een zogenoemd ‘stappenplan’?

Bijlage 11 geeft een duidelijk beeld van het stappenplan dat in de praktijk is uitgevoerd door de ‘experimentele’ groep. Ik heb vastgesteld dat de meeste begeleiders niet bekend zijn met het huidige ‘Drank- en drugsreglement’. Begeleiders die wel bekend zijn met het protocol vinden het ‘slecht’ en ‘te theoretisch’. Begeleiders hebben behoefte aan een praktisch protocol waarin stap voor stap uitgewerkt staat hoe er gehandeld moet worden indien er sprake is van drugsgebruik bij een cliënt. Geconcludeerd kan worden dat de methode ‘Open en Alert’ aansluit bij de doelgroep van Maatman Zorggroep, namelijk cliënten met een matige/licht verstandelijke beperking. Het geeft voor zowel een cliënt als begeleider een duidelijk beeld over hoe stap voor stap wordt gewerkt aan de aanpak van het drugsgebruik. Samen met de cliënt wordt er gewerkt aan het minderen of stoppen van het gebruiken van drugs. Deze methode geeft voor de cliënt, met behulp van voorbeelden, een duidelijk inzicht, in hoe de situatie er voor staat.

Tevens kan ik uit de eindmeting opmaken dat begeleiders het oplossingsgericht werken een zeer goede aanpak vinden bij de aanpak van het drugsgebruik. Het geeft zowel de cliënt als begeleider op een positieve manier inzicht. Begeleiders vinden het prettig om te zien dat er gekeken wordt naar de mogelijkheden, naar de kwaliteiten die een cliënt in huis heeft (of heeft gehad en weer opnieuw kan inzetten) en deze in te zetten.evens geven de begeleiders tijdens de drugsbijeenkomsten aan dat cliënten niet van begeleiders verwachten dat ze hen positief benaderen, ook al gebruiken ze drugs.

Tevens geven begeleiders aan dat zij nu, na het werken met het stappenplan, meer vaardigheden hebben verkregen, waardoor hun expertise gegroeid is. Begeleiders geven aan dat ze het fijn vinden om op een positievere manier te kunnen werken aan de aanpak van het drugsgebruik met hun cliënt. Er kan geconcludeerd worden dat begeleiders nog meer een open, niet veroordelende houding aannemen. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat de begeleiders nu meer en opener praten over voor- en nadelen van drugs, advies en ondersteuning geven, maar ook de cliënt zelf stappen laten bedenken hoe ze kunnen minderen/stoppen met het gebruiken van drugs.

Als laatste kan ik concluderen dat begeleiders het als ‘fijn’ ervaren dat er drugsbijeenkomsten georganiseerd worden, waarin ze op een oplossingsgerichte wijze gecoacht worden. De ervaring leert dat ze door deze coaching zelf aan het denken worden gezet over hun handelen. Hoe pakken ze het drugsgebruik nu aan, waar staan ze nu en wat zouden ze willen leren. Hoe gaan ze dit aanpakken. Kortom: begeleiders ervaren het als ‘fijn’ dat ze aan het denken worden gezet over hoe ze nu handelen en wat ze nog moeten leren om het drugsgebruik aan te kunnen pakken.

Mijn slotconclusie is dat begeleiders het in kunnen van een stappenplan als prettig en nuttig ervaren hebben.

5.1.2.3: Samenvatting conclusies

Samenvattend trek ik de volgende conclusies:

- Begeleiders hebben behoefte aan een duidelijk, overzichtelijk en praktisch stappenplan en protocol dat duidelijk aansluit bij de cliënt.

- Begeleiders willen geschoold worden in hoe ze het drugsgebruik van hun cliënten aan kunnen pakken, maar niet als dat in hun vrije tijd moet gebeuren.
- Binnen Maatman Zorggroep gebruikt meer dan 75% van de cliënten van de deelnemende begeleiders drugs, voornamelijk 'hasj' en 'wiet'.
- Een combinatie van de methode 'Open en Alert', oplossingsgericht werken, Triple C en de Presentietheorie pakt op een positieve manier uit in de aanpak van het drugsgebruik. Doordat cliënten op een positieve benaderd worden staan ze open voor de aanpak van hun drugsgebruik.
- Cliënten hebben behoefte om op een positieve benaderd te worden. Ze staan dan eerder open om hun verhaal te doen en om mee te werken om te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs
- Een gezamenlijke aanpak van drugs zal leiden tot meer positievere resultaten

5.2: Aanbevelingen

Om het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep op adequate wijze te kunnen aanpakken zijn er enkele aanbevelingen te geven na de interpretatie van de resultaten/uitkomsten van het onderzoek:

- Het huidige 'Drank- en drugsreglement' dient uitgebreid te worden met een stappenplan, zodat dit uiteindelijk kan resulteren in een officieel beleidsstuk
- Het is van belang dat er gekeken wordt naar een praktisch plan, waarin het uitgangspunt is dat cliënten op een positieve manier benaderd worden bij de aanpak van het drugsgebruik. Er dient gekeken te worden naar de mogelijkheden, kwaliteiten en kansen die een cliënt tot zijn beschikking heeft. Maar ook kan er samen met de cliënt gekeken worden of hij in het verleden al eens heeft geprobeerd om te stoppen en hoe dit is aangepakt. Kortom: kijken naar wat er al goed is gegaan en waar nu meer van gedaan kan worden. Tevens dient dit plan aan te sluiten bij de belevingswereld en niveau van de cliënt.
- Voor de methode 'Open en Alert' dient gekeken te worden welke mogelijkheden er zijn om hem in de praktijk toe te gaan passen. Medewerkers dienen geschoold te worden om deze methode toe te passen.
- Er dient een handelingsprotocol gemaakt te worden, gebaseerd op de vier methodes die ik gebruikt heb in mijn stappenplan.
- Een projectgroep kan zorg dragen voor ontwikkeling en uitwerking van het handelingsprotocol. Hierin dienen verschillende disciplines binnen de organisatie plaats te nemen.
- Coachingstrajecten en intervisie kunnen zorgen voor een grotere professionaliteit van de begeleiders. Hiervoor kan ook tijd vrij gemaakt worden in teamvergaderingen. Video-interactie begeleiding of peercoaching (zie bijlage 15 t/m 17) zijn geschikte interventies om in te zetten. Bij peercoaching (Jeninga 2004) coachen collega's elkaar.
- Een gedragsspecialist kan een belangrijke rol spelen in de organisatie. Deze specialist kan de psycholoog/gedragsdeskundige en/of het management
- Scholing dient voornamelijk plaats te vinden onder werktijd.
- Vervolgonderzoek is wenselijk

5.3: Mogelijk vervolgonderzoek

Zoals ik hierboven bij de aanbevelingen al heb aangegeven is er vervolgonderzoek nodig om het drugsgebruik uiteindelijk op adequate wijze te kunnen laten afnemen. Er kan gedacht worden aan onderzoek naar:

1. Het effect van een grootschaliger inzet van het stappenplan en intervisie voor de aanpak van het drugsgebruik
2. Mogelijkheden om de methode 'Open en Alert' binnen Maatman Zorggroep in te zetten
Noot: *Bij de ontwikkeling van het stappenplan heb ik er voor gekozen om maar een gedeelte van deze methode mee te nemen in het door mij ontworpen stappenplan. Deze methode omvat meer dan het gedeelte dat in het stappenplan verwerkt is. Het gaat hier met name om het scholen van begeleiders en organiseren van drugsbijeenkomsten van cliënten.*

Hoofdstuk 6: Discussie en reflectie

In dit hoofdstuk ga ik in op de sterke en zwakke kanten van het onderzoek. Hierbij kijk ik naar de aanpak, de uitvoerbaarheid, de acceptatie, de effectiviteit en de tevredenheid over de aanpak. Daarna reflecteer ik op mijn leerproces aan de hand van de Dublin-descriptoren en de GS-competenties.

6.1: Discussie onderzoek

6.1.1: Aanpak

Veel tijd is gestoken in het helder krijgen van hoe ik een bepaalde aanpak in de praktijk kon gaan toepassen. Met behulp van de expertise van R. Franken ben ik op weg geholpen om op adequate wijze te kunnen starten met mijn onderzoek en een antwoord te krijgen op mijn vraagstelling “*Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert*”.

Deze vraagstelling zelf had ik al snel helder en concreet. Het duurde echter wel lang voordat ik mijn deelvragen concreet kon gaan beantwoorden. Dit kwam voornamelijk, doordat ik aanvankelijk naar allerlei instellingen wilde gaan om te kijken hoe zij het drugsgebruik aanpakken. Maar doordat R. Franken al een onderzoek had gedaan naar drugsgebruik (zogenoemd: vooronderzoek), kon ik hierop verder borduren en er mijn eigen draai aan geven.

Bij deelvraag 1 gaat het erom inzichtelijk te krijgen hoe de huidige situatie, met betrekking tot het drugsgebruik, binnen Maatman Zorggroep is. Door middel van een vragenlijst heb ik hier meer inzicht en informatie over proberen te krijgen. Deelvraag 2 is met name gericht op een literatuurstudie. Welke methodieken, werkwijzen en modellen zijn er met betrekking tot de aanpak van drugsgebruik. Ik heb een aantal methodieken, werkwijzen en modellen samengebundeld tot één stappenplan en dit door een aantal begeleiders laat uitproberen in de praktijk.

6.1.2: Uitvoerbaarheid

Bij de uitvoering van mijn onderzoek kreeg ik niet veel steun het management en van de psychologen/gedragsdeskundigen. De directeur vroeg wel vaak hoe het met mijn onderzoek ging en of ik op schema lag. Daarnaast nam de operationeel manager die mij zou begeleiden ontslag en ging ik alleen verder met R. Franken. Tevens gaven de psychologen/gedragsdeskundigen aan dat ze geen tijd hadden om de begeleiders van de ‘experimentele’ groep te kunnen begeleiden en niet bekend waren met de methodieken en werkwijzen die ik had uitgezocht.

Na de beginmeting hadden zich vijf personen opgegeven als vrijwilliger voor deelname aan de drugsbijeenkomsten. Door allerlei omstandigheden bleven hier nog 2 personen van over. Ik kon toen kiezen: in paniek raken of doorzetten en wederom mijn eigen plan trekken. Voor dit laatste heb ik gekozen. Ook al zijn de gegevens die uit dit onderzoek zijn gekomen weinig betrouwbaar, vanwege de kleine groep respondenten.

6.1.3: Acceptatie

Dit onderzoek is acceptabel voor Maatman Zorggroep, doordat ik zelf de vragenlijsten heb ontworpen, aan de hand van de literatuur van Kallenberg (2007) en Harinck (2009), rekening houdend met het helder krijgen van de huidige situatie binnen Maatman Zorggroep. Daarnaast heb ik het stappenplan dat is uitgeprobeerd in de praktijk, zelf ontworpen. Ik acht dit stappenplan acceptabel, omdat het verschilden methodieken, werkwijzen en modellen bevat die zich richten op zowel de aanpak van het drugsgebruik als het op een positieve manier benaderen van cliënten bij de aanpak van het drugsgebruik. Bij de feedback die ik kreeg na aanleiding van het ontworpen stappenplan was de vraag of deze methodiek gebruikt kon worden bij cliënten met een psychiatrische problematiek. De feedback bracht mij er ook toe om na te denken over hoe ik mijn begin- en eindmeting ging aanpakken. Onderzoeksliteratuur geeft aan dat de vragenlijsten die bij een begin- en eindmeting gebruikt worden, exact hetzelfde moeten zijn. Bij de eindmeting is dit niet het geval, omdat ik n.a.v. de beginmeting enkele vragen moest aanpassen om duidelijk te krijgen of het werken met behulp van een stappenplan effect had gehad. Deze feedback heeft mij een scherpte en motivatie gegeven om mijn onderzoek zo betrouwbaar, valide en adequaat mogelijk te blijven uitvoeren. Ik vind bovendien het onderwerp zelf

interessant en ontwikkel hierdoor mijn competenties en vaardigheden als gedragsspecialist en professional.

Samenvattend kan ik dus zeggen dat dit onderzoek acceptabel is. De resultaten en uitkomsten mogen er zijn, omdat deze zeker bruikbaar zijn voor vervolgonderzoek en bij het ontwikkelen van een officieel stuk binnen MMZG.

6.1.4: Effectiviteit

Ik denk dat het onderzoek effectief is geweest, omdat ik enkele begeleiders handvatten heb kunnen bieden bij de aanpak van het drugsgebruik bij hun cliënt(en). Op deze manier hebben zij meer vaardigheden ontwikkeld om in de toekomst het drugsgebruik te kunnen aanpakken. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan een daadwerkelijke verbetering bij de aanpak van het drugsgebruik binnen MMZG. Het onderzoek kan als startpunt genomen worden voor de constructie en implementatie van een volwaardig stappenplan drugsgebruik. De resultaten van het onderzoek kunnen binnen Maatman Zorggroep mee genomen worden bij een vervolg onderzoek en bij de ontwikkeling van een protocol. Het management van MMZG kan hiermee een effectievere verbetering aanbrengen in het beleid naar de aanpak van het drugsgebruik van haar cliënten.

6.1.5: Tevredenheid over de aanpak

Ik ben redelijk tevreden over de aanpak en het resultaat van mijn onderzoek. Het is jammer dat de resultaten van de eindmeting gebaseerd zijn op een kleine groep respondenten. Door meer respondenten was het onderzoek breder en betrouwbaarder geworden. Als er geld beschikbaar was en begeleiders de tijd betaald kregen om aan de drugsbijeenkomsten deel te nemen, dan denk ik dat een grotere groep begeleiders zich als vrijwilliger beschikbaar hadden gesteld.

In het vervolg zou ik beter communiceren met het management van MMZG. Op deze manier had ik wellicht eerder kunnen beginnen. Nu ben ik pas in oktober begonnen. Dit kwam mede doordat het niet makkelijk was om een vragenlijst te ontwikkelen, maar ook doordat ik de aandacht van mijn schoolwerk moest verdelen tussen meesterstuk en casussen. Ook in de verwerking van de feedback ging veel tijd zitten. Desondanks ben ik toch tevreden over de aanpak van mijn meesterstuk en ben ik zeer blij met het behaalde resultaat.

6.2 Reflectie op mijn leerproces

6.2.1: Reflectie Dublin Descriptoren

6.2.1.1: Kennis & inzicht

Door dit onderzoek ben ik meer te weten gekomen over cliënten met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek die drugs gebruiken. Ik heb meer inzicht gekregen in waarom cliënten drugs gebruiken en hoe lang ze al drugs gebruiken. Met de kennis die ik heb opgedaan vanuit de opleiding Master SEN, de literatuur en de praktijk ben ik erachter gekomen dat het goed is om cliënten op een positieve manier en oplossingsgericht te benaderen. Alleen op deze manier staan zij open voor een inhoudelijk gesprek en kunnen ze hun eigen 'leerproces' vorm geven, waardoor je als begeleider hem/haar aangezet krijgt tot 'veranderen', namelijk het minderen/stoppen met het gebruik van drugs. Doordat ik deze nieuwe kennis en inzichten heb opgedaan sta ik sterker in mijn schoenen. Ik moest nooit iets hebben van drugs, maar door er achter te komen wat de achterliggende oorzaken van het gedrag zijn, is het voor mij zeer interessant om deze cliënten op een positieve oplossingsgerichte manier te benaderen en te begeleiden/ondersteunen. Cliënten geven aan drugs te gebruiken voor stressregulatie. Als ik dit weet ga ik met de cliënt kijken naar waar die stress vandaan komt en of de cliënt andere stappen kan bedenken hoe hij met de stress om kan gaan. Op deze manier wordt er door de cliënt stappen bedacht hoe hij/zij kan werken om de stress te verminderen. Hierdoor gaan ze minder drugs gebruiken.

Door dit onderzoek heb ik ook inzicht gekregen in hoeveel cliënten binnen MMZG drugs gebruiken. Ik heb collega's door middel van drugsbijeenkomsten en coaching hun vaardigheden laten vergroten. Nu weet ik dat als er geen praktisch protocol aanwezig is, dat de aanpak van drugsgebruik nooit een succes zal worden. Na aanleiding van mijn onderzoek wat ik nu dat medewerkers praktische handvatten nodig hebben voor de begeleiding van cliënt die aan drugs verslaafd zijn. Als

gedragsspecialist hoop ik dat ik deze nieuwe kennis en inzichten ook over heb kunnen dragen binnen Maatman Zorggroep. De toekomst moet laten blijken of ik daar daadwerkelijk in geslaagd ben.

6.2.1.2: Toepassen kennis & inzicht

Bij het ontwerpen van het stappenplan was de koppeling theorie-praktijk snel gemaakt. Door de opgedane kennis en inzichten in een stappenplan vorm te geven, is het mij gelukt om nieuwe kennis en inzichten op te doen. Het stappenplan heeft mij als begeleider veranderd en geholpen om mijn competenties verder te ontwikkelen. Ik heb collega's op korte termijn proberen te laten groeien in hun vaardigheden.

6.2.1.3: Oordeelsvorming

Voordat ik begon met dit onderzoek had ik een oordeel over het drugsgebruik van cliënten. Ik keurde het niet goed en benaderde de cliënt dan ook op een negatievere manier. Ik blijf erbij dat het gebruiken van drugs niet goed is, maar nu weet ik waarom een cliënt drugs gebruikt.. Samen met hem/haar ga ik kijken hoe er gewerkt kan worden aan het minderen/stoppen met het gebruiken van drugs. Daarnaast heb ik gedurende het uitvoeren van mijn onderzoek en het maken van dit meesterstuk ervaren en geleerd dat ik een mening kan hebben over iets, maar deze daarbij ook op adequate wijze kan onderbouwen. Dit punt ben ik gedurende de opleiding steeds meer en meer gaan ontwikkelen. Dit onderzoek heeft er voor gezorgd dat ik een ander standpunt heb gekregen met betrekking tot het drugsgebruik van cliënten met een verstandelijke beperking en/of een psychiatrische problematiek. Ik heb de vragenlijsten hun werk laten doen om de huidige situatie, met betrekking tot het drugsgebruik in kaart te brengen. Ook de collega's die het stappenplan gingen uitproberen in de praktijk heb ik hun werk laten doen. Aan de hand van de uitkomsten en resultaten heb ik mijn nieuw oordeel gevormd. Hierop heb ik dan ook mijn conclusie en aanbevelingen gebaseerd.

6.2.1.4: Communicatie

In mijn werkveld is het belangrijk om goed te (blijven) communiceren met de omgeving. Tijdens het werken aan dit meesterstuk heb ik veel gecommuniceerd met mijn docenten, critical friends en R. Franken. Daarbij kwam de communicatie met het management en de psychologen/gedragsdeskundigen. Ik heb ervaren dat ik in het eerste jaar van de opleiding wellicht iets meer had mogen communiceren met de operationeel manager. In de beginfase was het verder voor mij nog niet duidelijk wat ik nu exact wilde gaan onderzoeken. Ik had wel al in de nota's gelezen, maar ik had nog niet helder hoe ik nu bepaalde zaken, zoals vragenlijsten opstellen en het maken van een bepaalde aanpak, moest aanpakken. Door een goed en adequaat overleg met R. Franken is mijn onderzoek op gang gekomen. De communicatie met de verschillende LOL-begeleiders verliep ook goed. Ik heb het wel als onprettig moeten ervaren dat er steeds een wisseling van LOL-begeleider plaats vond. Iedere keer op nieuw kon ik gaan vertellen hoe ver ik was en wat mijn planning was. Er werd wel door alle begeleiders begrip getoond, ruimte voor eigen inbreng en alles werd in goede banen geleid om mij op een spoor te brengen van dieper nadenken over mijn onderwerp. Met mijn critical friends voelde het ook prettig om communiceren doordat iedereen van elkaar wist wat er verwacht werd. Op het laatste moment heb ik veel gehad aan de feedback van Rian Brinkmans. Zij stond altijd voor me klaar ook al had ze het zelf druk.

6.2.1.5: Leervaardigheden

Tijdens dit proces heb ik mijn leervaardigheden verder ontwikkeld. Allereerst heb ik gedurende onderzoek geleerd om autonoom dit meesterstuk te maken. Ik heb veel gebruikt gemaakt van mijn critical friends. Eerst feedback vragen aan mijn critical friends en dan pas aan mijn docent was mijn doel. Dit is zeker gelukt. Ik heb mijn docent alleen ingeschakeld nadat ik alle feedback had verwerkt om uiteindelijk mijn hoofdstukken te 'beoordelen'. Ik ben gaan merken dat ik het als fijn heb ervaren om dit meesterstuk zo zelfstandig en zelfgestuurd te maken. Bert van Geffen gaf gedurende de opleiding de feedback "less is more". Mijn reflectieve houding en meesterstuk 'to the point' neer te zetten, zodat het voor een buitenstaander duidelijk is wat ik bedoel. Dit is niet helemaal gelukt. In mijn enthousiasme raak ik af en toe het overzicht. Hierdoor was mijn schrijfstijl voor mijn critical friends soms moeilijk te volgen. Door de vele herhalingen had ik dit

meesterstuk wellicht minder breed hoeven te schrijven. Hiermee bedoel ik dat ik met de helft van de tekst hetzelfde had kunnen schrijven.

Mede door dit meesterstuk heb ik geleerd om hoe ik gegevens kan analyseren en hoe ik er een begeleidingstraject (lees: stappenplan) voor kan uitstippelen.

Naast bovenstaande punten blijft het zo adequaat mogelijk gebruiken van de Nederlandse taal in mijn verslagen een groot aandachtspunt. Gedurende de gehele opleiding ben ik hierin gegroeid. Mijn critical friends hebben me enorm geholpen door me hier steeds op aan te spreken. Toch blijft het een aandachtspunt waar ik mijn gehele loopbaan als begeleider, maar zeker ook als gedragsspecialist, op moet blijven letten.

6.3: Reflectie leerroute specifieke competenties (gedragsspecialist)

6.3.1: De begeleider maakt contact met de cliënten en communiceert met hen

Door mijn onderzoek rondom het drugsgebruik van mijn cliënten heb ik geleerd dat het zeer belangrijk is om op een positieve manier te communiceren. Deels een oplossingsgerichte en aan de andere kant een open, niet veroordelende houding aan te nemen. Ik ga uit van ontwikkelingskansen en groeimogelijkheden. Uitgangspunt in mijn begeleiding bij de aanpak van het drugsgebruik is dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor de te maken keuzes.

Het oplossingsgericht werken heeft mij enorm geholpen bij het bespreekbaar maken van doelen waaraan een cliënt zou gaan proberen te werken, om op deze manier te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs. Waar ik wel nog rekening mee dien te houden is dat ik de cliënt de verantwoordelijkheid ook zelf laat dragen. Als het de cliënt om welke reden dan ook niet lukt om zich aan de afspraken te houden, is het beter om niet op een negatieve manier te antwoorden, maar vooral positief blijven. Er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden.

6.3.2: De begeleider biedt een klimaat dat voldoende veiligheid biedt voor verdere ontwikkeling en ontwerpt een op de cliënt(en) afgestemde krachtige omgeving

In dit onderzoek ben ik door de kennis en inzichten die ik heb ontwikkeld gaan kijken hoe tijdens de drugsbijeenkomsten voor mijn collega's een veilig klimaat kon bieden, zodat ze zich verder konden ontwikkelen. Door het maken van het stappenplan ben ik gaan kijken hoe ik mijn collega's handvaten kon bieden, zodat zij op adequate wijze konden gaan werken aan de aanpak van het drugsgebruik bij hun cliënten. Door middel van de drugsbijeenkomsten en met behulp van het stappenplan heb ik mijn collega's gecoacht op de attitude dat ze, ondanks de negatieve ervaringen en reacties die ze tegen komen bij de aanpak van het drugsgebruik, de cliënt altijd positief moeten blijven benaderen. Tevens heb ik ze gecoacht bij het bereiken van de door hun gestelde leerdoelen tijdens de drugsbijeenkomsten. Ik ben gegroeid in het coachen van collega's, maar ook in het ontwikkelen van een stappenplan dat is afgestemd op de behoeftes van begeleiders. Hierdoor hebben de collega's die deel hebben genomen aan de drugsbijeenkomsten meer vaardigheden en competenties ontwikkeld die bijdragen aan de aanpak van het drugsgebruik binnen MMZG.

6.3.3: De begeleider draagt zorg voor een ordelijke en taakgerichte leeromgeving.

De drugsbijeenkomsten heb ik zo ordelijk mogelijk proberen te laten verlopen. Voor mezelf had ik een kleine agenda gemaakt: terugpakken van de leerdoelen, bespreken van de leerdoelen en bevragen naar nieuwe doelen/stappen en afspraken maken. Al deze stappen konden aan de hand van casuïstiek besproken worden. Dit is me gelukt. De collega's hebben het coachen als 'fijn' ervaren. Op deze manier heb ik hen aan het denken gezet over hun mening over drugsgebruik van cliënten en welke doelen ze zichzelf stellen om dit aan te pakken. Door steeds in dezelfde setting bij elkaar te komen, heb ik de collega's veiligheid proberen te bieden, zodat ze niet voor verrassingen konden kwamen te staan. Steeds heb ik gevraagd of het goed was dat ik opnames maakte van de bijeenkomsten. Ook al moesten ze hier even aan wennen. Wat ik nog dien te ontwikkelen is het geven van bijeenkomsten/intervisies aan een grotere groep personen.

6.3.4: De begeleider stemt zodanig af dat ook op schoolniveau alles op elkaar aansluit

Zoals al eerder benoemd in dit hoofdstuk, heeft ‘communicatie’ een belangrijke rol gespeeld gedurende het hele leerproces. Voor een verdere reflectie wat betreft ‘communicatie’ verwijs ik u naar paragraaf “6.2.1.4: Communicatie” op pagina 34.

Samenvattend kan ik u zeggen dat ik een beroep heb gedaan op het management, de psychologe/gedragsdeskundige, maar de samenwerking met hun heb ik als ‘stroef’ ervaren. Dit komt doordat zij zich niet wilde gaan verdiepen in de materie. Ik vond dit wel belangrijk, omdat begeleiders die inhoudelijke vragen konden hebben, ook bij hen om hulp konden vragen. Na dit onderzoek zou dus nog niemand weten wat de methoden en werkwijzen die ik heb gehanteerd, inhouden. Voor vervolgonderzoek is dit wel belangrijk. Desondanks heb ik mijn eigen plan getrokken en heb alle antwoorden die begeleiders hadden zelf kunnen beantwoorden. Daarnaast heb ik veel gecommuniceerd met R. Franken, een persoon die zich als critical friend voor mijn onderzoek, sterk heeft ingezet om mij door mijn onderzoek te loodsen. Zijn kritische houding en feedback, heb ik als fijn mogen ervaren. Op deze manier heb ik een adequaat en betrouwbaar stappenplan ontwikkeld, dat zeker (zo blijkt uit de resultaten en uitkomsten) gebruikt kan worden bij een eventueel vervolgonderzoek dat in de toekomst zou kunnen gaan komen naar de aanpak van het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep. Gedurende de bijeenkomsten heb ik de samenwerking met de collega’s van de ‘experimentele’ groep ook als ‘fijn’ ervaren. Zij stonden er open voor om hun expertise op het gebied van drugsgebruik verder te willen ontwikkelen. Gedurende de drugsbijeenkomsten heeft de gedragsproblematiek in combinatie met drugsgebruik van hun cliënten, centraal gestaan. Dit heeft uiteindelijk nieuwe inzichten en kennis opgeleverd, waardoor ik mijn onderzoek steeds heb kunnen blijven uitvoeren.

6.3.5: De begeleider werkt, gezien zijn orthopedagogische en didactische taak, ook samen met mensen en organisaties buiten de schoolorganisatie en stemt met hen af

Deze competentie is voor mijn onderzoek niet van toepassing, omdat ik niet heb samengewerkt met mensen en organisaties buiten Maatman Zorggroep. Wel heb in mijn onderzoek de vraag gesteld of er externe instellingen bij de begeleiding- en aanpak van het drugsgebruik van een cliënt, betrokken zijn. Tevens heb ik in mijn stappenplan externe instellingen en organisaties vermeld waar collega’s en Maatman Zorggroep eventueel een beroep op kunnen doen als de aanpak van het drugsgebruik van een cliënt stagneert of als de cliënt bijvoorbeeld aangeeft dat het alleen mogelijk is om te stoppen als hij/zij hulp krijgt vanuit een externe instelling/organisatie. Op deze wijze kan ketenzorg ontstaan rondom een cliënt, wat de samenwerking met Maatman Zorggroep ten goede kan komen.

6.3.6: De begeleider werkt voortdurend aan zijn professionele ontwikkeling: deskundigheid, persoonlijke kwaliteiten en opvattingen.

Door midden van dit onderzoek en meesterstuk heb ik me als gedragsspecialist sterk ontwikkeld. Ik heb aan kunnen tonen dat ik als gedragsspecialist goed heb nagedacht over wat ik wil en hoe ik hier uiteindelijk vorm aan kan geven. Ook al had dit zijn tijd nodig, ik ben trots op wat ik met dit onderzoek heb bereikt. Namelijk het zelfstandig uitvoeren van een onderzoek waar ik zelf de touwtjes in handen had, waarbij ik een stappenplan ontworpen heb. Daarnaast heb ik zelfstandig instructies ontworpen en gegeven en tenslotte ervaring opgedaan met coaching. Door alle tegenslagen en wisselingen die ik in dit onderzoek heb meegemaakt, heb ik me niet uit het veld laten slaan. Ik heb doorgezet totdat er een duidelijk resultaat uit kwam dat de moeite waard is om gelezen (en vervolgd) te worden.

Daarnaast heb ik me sterk ontwikkeld op het gebied van het vormen van een oordeel en het onderbouwen door middel van literatuur. Ook al zou dit soms iets meer mogen, ik probeer altijd alles zo goed mogelijk te onderbouwen. Ik mag nu zeker concluderen dat ik gedurende de opleiding en in dit onderzoek sterk ben gegroeid als gedragsspecialist. Ook na de opleiding zal ik me in de praktijk echter steeds moeten blijven ontwikkelen.

Literatuurlijst

Literatuur:

- Booth, T. & Ainscow, M. (2007). *Index voor inclusie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Bransen, E. & Dijkstra, M. (2011). *Open en Alert: Werkboek voor cursisten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bransen, E. & Dijkstra, M. (2011). *Open en Alert: Handboek implementatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bransen, E. & Dijkstra, M. (2011). *Open en Alert: Handboek voor preventiemedewerkers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dalhuisen, H. & Roest, A. (2010). *Alcohol- en drugsgebruik onder jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Zwolle: Windesheim.
- Franken, R. (2010). *Beleid drugs en alcohol*. Weert: Maatman Zorggroep.
- Franken, R. (2010). *Begeleiding van druggebruikers*. Weert: Maatman Zorggroep
- Harinck, F. (2009). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Jeninga, J. (2004) Peer coaching: methodiek voor collegiaal leren. In: Kleijnen, R. (red). *Grensoverschrijdende integrale leerlingenzorg: een (re)actief proces*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Jong, P. de & Kim Berg, I. (2004). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Kallenberg, T. (2007). *Ontwikkeling door onderzoek. Een handreiking voor leraren*. Utrecht/Zuthphen: ThemeMeuelenhoff.
- Kerssemakers, R. (2008). *Drugs en alcoholgebruik: Misbruik en verslaving*. Houtem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Krooshof, I. (2009). *Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Een inventarisatie in Nederland*. Twente: Universiteit van Twente.
- Nederlandse vereniging voor psychiatrie (2005). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Harcourt.
- Snoek, A. (2010). *Vroegsignalering: richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of – afhankelijkheid bij jongeren*. Amersfoort: IVO.
- Ten Broeke, L. (210). *Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Dossieronderzoek bij Aveleijn*. Twente: Universiteit van Twente
- Van Maastrich, S. & Van Alphen, J. (2010). *Beleid op middelengebruik bij LVG jongeren*. Zwolle: Windesheim.
- Visser, Y. (2003). *Coaching in het primair onderwijs*. Amersfoort: CPS.
- Vries, P. de (2007). *Handboek ouders in de school*. Amersfoort. CPS.bruininks, A.C. (2002). *Ze doen het niet expres*. Amsterdam: SWP.

WOSO & SBL (2004). *Bekwaam en speciaal*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Internetbronnen

Caufmann, L. & Dijk van, D.J. (2009). *Handboek oplossingsgericht werken in het onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma. Geraadpleegd op 5 december 2011 op http://www.oplossingsgerichtwerkeninhetonderwijs.nl/synopsis/deel_i_fundament/4_de_zevenstappen_dans (2011)

Coachopleiding (2011). *Coaching Stijlen - 4 Grondvormen Van Coachen*. Geraadpleegd op 5 december 2011 op <http://www.coachopleiding.info/keuzewijzer/4-grondvormen-van-coachen.php>

Encyclo (n.d.). Geraadpleegd op 20 februari 2012 via <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=zorg>.

Maatman Zorggroep BV. (n.d.). *Missie en Visie*. Geraadpleegd op 12 september 2011 via <http://www.maatmanzorggroep.nl/voor-professionals/wij-staan-voor.html>

Maatman Zorggroep BV. (n.d.). *Zorgaanbod*. Geraadpleegd op 12 september 2011 via <http://www.maatmanzorggroep.nl/ik-zoek-hulp/zorgaanbod.html>

Maatman Zorggroep BV. (n.d.). *Werkwijze*. Geraadpleegd op 12 september 2011 via <http://www.maatmanzorggroep.nl/voor-professionals/werkwijze.html>

Maatman Zorggroep BV. (n.d.). *Zorg op maat*. Geraadpleegd op 12 september 2011 via <http://www.maatmanzorggroep.nl/voor-professionals/zorg-op-maat.html>

Menzis. (n.d.). *Zorg in natura*. Geraadpleegd op 10 januari 2012 via <http://www.menziszorgkantoor.nl/web/Consumenten/ZorgAanvragen/AWBZzorgAanvragen/ZorgInNatura.htm%29>

MMT (n.d.). *Uitsslag van de vragenlijst. Uw teamprofiel*. Geraadpleegd op 30 mei 2012 via <http://www.meermetteams.nl/pagina/analyse/33ce0d5bacac5f5c8de037cba797231f>

Nederlands Jeugd Instituut (n.d.). *Open en Alert*. Geraadpleegd op 25 mei 2012 via <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=624&adlibtitel=Open%20en%20Alert&setembed=>

Ruud de Moor Centrum (n.d.). *Peercoaching: Het VIP-model*. Geraadpleegd op 30 mei 2012 via <http://cop.rdmc.ou.nl/peercoaching/viproom/Downloads/Peer%20coaching%20het%20VIP%20model.pdf>

Ruud de Moor Centrum (n.d.). *Actie Verbeter Plan (AVP)*. Geraadpleegd op 30 mei 2012 via [http://cop.rdmc.ou.nl/peercoaching/viproom/Downloads/ActieVerbeterPlan%20\(leeg\).pdf](http://cop.rdmc.ou.nl/peercoaching/viproom/Downloads/ActieVerbeterPlan%20(leeg).pdf)

Ruud de Moor Centrum (n.d.). *Vaste plaats van peer coaching in het professionaliserings- en personeelsbeleid (IPB)*. Geraadpleegd op 30 mei 2012 via <http://cop.rdmc.ou.nl/peercoaching/viproom/Downloads/Plaats%20peer%20coaching%20in%20personeelsbeleid.pdf>

Schijndel, A. (2010). *Passend Onderwijs. Inclusief onderwijs. Vereist: een onderzoekende houding!*. Geraadpleegd op 14 juni 2011 via [https://portal.fontys.nl/instituten/oso/mastersensittard/BijeenkomstenMaandag20102011/Donderdag16-09Introductiekennislijn/Documenten/03 Inclusief en passend onderwijs.ppt](https://portal.fontys.nl/instituten/oso/mastersensittard/BijeenkomstenMaandag20102011/Donderdag16-09Introductiekennislijn/Documenten/03%20Inclusief%20en%20passend%20onderwijs.ppt)

Simons, L, Wouwe, H. de & Weerd, D. van de (2011). *Triple C. Anders denken, anders kijken, anders doen*. Verkregen op 12 maart 2011 op www.asvz.nl.

Weijers, E. (n.d.). *Intervisie*. Geraadpleegd op 12 december 2011 op <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/ontwikkelen/jezelf-ontwikkelen/intervisie>.

Bijlagen

Bijlage 1: Triple C methodiek en de presentietheorie	36
Bijlage 2: Triple C methodiek en de presentietheorie	38
Bijlage 3: Licht verstandelijke gehandicapten (LVG) & drugs	40
Bijlage 4: Vragenlijst inclusie	41
Bijlage 5: Uitwerking vragenlijsten m.b.t. inclusie	46
Bijlage 6: Mate van inclusie, zorgsysteem en ouderbetrokkenheid.....	49
Bijlage 7: Vragenlijst ouderbetrokkenheid MMZG	54
Bijlage 8: 7-Stappendans	58
Bijlage 9: Open en Alert	61
Bijlage 10: Hart van Meesterstuk	69
Bijlage 11: Tijdsplanning	74
▪ Bijlage 1: Vragenlijst	
Bijlage 12: Stappenplan drugsgebruik MMZG	76
▪ Bijlage 1: 7-Stappendans	
▪ Bijlage 2: Complicerende factoren	
▪ Bijlage 3: Veel gebruikte drugs	
▪ Bijlage 4: Informatie Triple C & Presentietheorie	
▪ Bijlage 5: Hoe motiveer je een cliënten	
▪ Bijlage 6: Signalen die kunnen duiden op (problematisch) alcohol- of drugsgebruik	
▪ Bijlage 7: Valkuilen bij het voren van een gesprek over alcohol of drugs	
▪ Bijlage 8: Rapportageformulier MMZG	
▪ Bijlage 9: Evaluatieformulier a.d.v. zorgplan MMZG	
Bijlage 13: Analyse beginmeting	108
▪ Bijlage 1: Vragenlijst	
Bijlage 14: Analyse eindmeting	131
Bijlage 15: Coachen/Teamleren	152
Bijlage 16: Peercoaching	155
Bijlage 17: Actie/Verbeterplan Peercoaching	159
Bijlage 18: Peercoaching in het professionaliserings- en personeelsbeleid.....	161
Bijlage 19: Maatman Zorggroep, een organisatie!	165

Bijlage 1: Critical Friends

- **Rian Brinkmans**

Rian heeft een zeer goede en grote invloed gehad bij het tot stand komen van mijn meesterstuk. Halverwege 2012 is zij mijn Cf geworden, omdat ik geen reacties meer kreeg van mijn twee andere CF's: Anouk Frissen en Laura van Helden.

Rian was voor mij de CF die me feedback heeft gegeven op mijn taalgebruik en inhoudelijk. Ik werd door haar aan het denken gezet. Iemand die niet werkzaam is in het werkveld heeft een andere blik dan ik. Belangrijkste advies dat ik van haar heb gekregen is dat ik vaker teveel wilde schrijven en daardoor in herhalingen viel. Tevens heeft Rian aangegeven dat het gebruik van mijn Nederlands is verbeterd, maar voor de toekomst toch een aandachtspunt blijft.

- **Laura van Helden**

Laura was voor mij in het begin mijn tweede CF. Onze samenwerking heeft maar 1 jaar mogen duren. Daarna is ze een ander pad gaan volgen en is ze intensief met twee andere CF's gaan samenwerken. Van haar heb ik korte inhoudelijke feedback op mijn beginstukken, zoals 'het hart van mijn meesterstuk' mogen ontvangen.

- **Anouk Frissen**

In het begin hebben Anouk en ik intensief samengewerkt. We kwamen beiden moeilijk op gang met ons meesterstuk. Eenmaal op weg konden we elkaar inhoudelijk op professionele wijze voorzien van feedback. Voordeel was dat we beiden uit een ander werkveld kwamen en het onderzoeksthema van elkaar wel interessant vonden.

In de laatste fase van ons meesterstuk heeft Anouk niet meer gereageerd. Dit kwam door privé omstandigheden waar ze het druk mee had. Anouk heeft mij ook niet meer gevraagd om haar meesterstuk van feedback te voorzien. Was dit wel het geval geweest, dan had ze geen feedback van mij gekregen, omdat ze mij ook niet meer van feedback had voorzien. Alle communicatie dient van 2 kanten te komen.

- **Bert van Geffen**

Bert heeft tot tweemaal toe mijn begeleidende docent mogen zijn. Hij is gestart met begeleiden in 2010. Halverwege 2010 heeft hij het stokje moeten overdragen aan Inge Straaten, maar doordat zij geen vervolg contract kreeg bij Fontys OSO heeft Bert mij in het tweede studiejaar begeleid. Bert heb ik leren kennen als iemand die mij zeer professionele en kritische feedback heeft gegeven. Ik heb de telefoongesprekken die we herhaaldelijk hadden als fijn ervaren. Ik werd steeds meer op weg geholpen en aan het denken gezet. De beste adviezen van Bert zijn geweest dat ik Harinck en Kallenberg goed moest bestuderen. De boeken van deze twee auteurs hebben me goed op weg geholpen. Ondersteuning op mijn taalgebruik heeft Bert me weinig geboden, omdat het voor de hoofdstukken die hij voorzien heeft van feedback niet nodig was. Het deed me goed om te horen dat ik goed op weg was en mijn stellingen goed onderbouwde.

- **Inge Straaten**

Halverwege het studiejaar 2010/2011 is Inge Straaten mij gaan begeleiden. Ik weet dat ik zat te stoeien om een begin te kunnen maken met mijn hoofdstukken. Samen met Inge heb ik een gesprek gehad waarin mijn deelvragen grotendeels tot stand zijn gekomen. Inge heeft 'goede' en 'adequate' adviezen gegeven. Het belangrijkste advies wat zij heeft gegeven was op het gebied van 'het hart van mijn meesterstuk'. Ik diende goed te kijken naar de bronnen- en methode triangulatie. Daarnaast moest ik voor mezelf een planning maken. Deze planning heeft me houvast gegeven.

- **John Jeninga**

De laatste docent die mij gedurende de laatste 4 maanden heeft begeleid. John vond mijn onderwerp direct zeer interessant. Deze laatste maanden heeft hij me zeer goed begeleid. Met zijn vakkundige expertise had hij weer een andere kijk dan de andere docenten die mij begeleid hebben. Belangrijkste ondersteuning heeft John me gegeven door te zeggen dat ik goed bezig was.

Het advies wat John me heeft gegeven is om telkens mijn stukken nog eens te herlezen. Er zaten veel herhalingen in en het gebruik van de tegenwoordige en verleden tijd liep door elkaar. Ik wist wat John bedoelde, maar ik vond het moeilijk om dit laatste advies zo adequaat mogelijk te verwerken. Naar mijn mening dien je bepaalde hoofdstukken juist in de tegenwoordige tijd te schrijven en andere weer in de verleden tijd. Deze feedback heb ik dan ook voorgelegd aan Rian. Samen hebben wij gekeken hoe ik dit het beste kon verwerken in mijn meesterstuk.

- **Rien Franken**

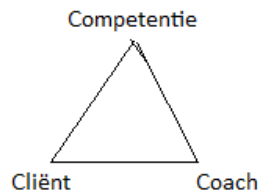
Als supervisor vanuit MMZG heeft Rien gedurende 2 jaar begeleid. Omdat Rien als GZ-psycholoog, Orthopedagoog en Neuropsycholoog veel expertise heeft opgedaan, kon hij mij op professionele wijze begeleiden. Door een aantal gesprekken ben ik door Rien op het goede spoor gezet. In het begin was ik veel te moeilijk aan het denken en wilde ik mijn meesterstuk groter maken dan daadwerkelijk de bedoeling was. Doordat Rien al een nota had geschreven voor MMZG met betrekking tot het drugsgebruik, kon ik deze gebruiken om mijn onderzoek vorm te geven. Rien heeft inhoudelijk goede en kritische feedback gegeven. Maar zijn feedback was ook vooral gericht op het verbeteren van mijn taalgebruik. Mede ook door zijn feedback heb ik mijn meesterstuk vorm kunnen geven.

Bijlage 2: Triple C methodiek en de Presentietheorie

Triple C, anders gezegd ‘drievoudig C’, staat voor de driehoeksrelatie: competentie, cliënt en coach. Triple C is een orthopedagogisch behandelmodel bestaande uit visie en methodiek voor de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen of psychische problemen. Deze methode beoogt binnen de behandeling van cliënten vanuit een relationele en competentiegerichte benadering de ineffectieve actie-reactie-patronen bij problematisch gedrag te doorbreken. Uitgangspunt hierbij is dat ons gedrag, dus ook dat van onze cliënten sterk bepaald wordt door de omstandigheden waarin wij leven. De begeleider probeert de ‘onvoorwaardelijke’ en ‘betrouwbare’ andere te zijn wat inhoudt dat ik als begeleider ervoor dien te zorgen dat de relatie met de cliënt in stand gehouden dient te worden.

Triple (drievoudig) C staat voor:

- competentie
- cliënt
- coach



De belangrijkste pijlers van Triple C zijn:

1. Het bieden van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie
2. Het hebben van een betekenisvolle daginvulling
3. Het accent ligt niet op het problematische gedrag

De coaching en begeleiding zijn gebaseerd op de Triple C Support-piramide. Deze piramide visualiseert de vier competentiegebieden van het dagelijkse leven van de cliënt:

1. **Zelfzorg**
2. **Zorg voor de eigen omgeving (wonen)**
3. **Werk / Scholing**
4. **Vrije tijd**

Deze competentiegebieden vormen de vier zijden van de piramide.

Een belangrijke voorwaarde in de uitvoering van Triple C is dat leidinggevers en behandelaars betrouwbaar blijven door vast te houden aan de onderliggende visie en uitgangspunten. Om onvoorwaardelijk en betrouwbaar te blijven voor cliënt wordt vanuit Triple C de relatie in stand gehouden, ook als het minder vanzelfsprekend wordt, dus ook als de cliënt zich afwijkend, storend en/of agressief gedraagt.

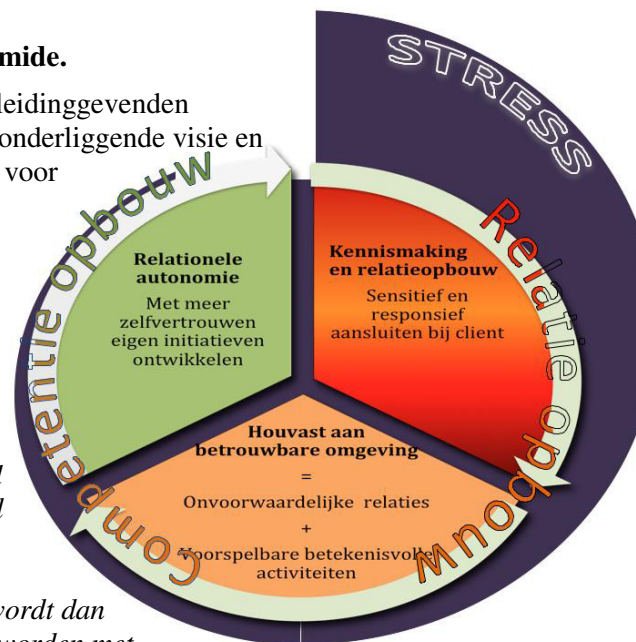
Presentietheorie¹

De presentietheorie gaat er vanuit dat ieder mens een aanwezigheid in zijn leven nodig heeft.

“een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daárbij gaat begrijpen wat er in die situatie gedaan kan worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw”.

De presentietheorie gaat uit van een aantal basisveronderstellingen:

Visie: de mens verlangt naar waardigheid en begrip, hij wil sociaal opgenomen worden en ‘van tel’ zijn. Hij streeft naar erkenning en geluk.



¹ http://www.grondlijn.nl/presentietheorie_grondlijn_coaching.html

Mensbeeld: de mens wil een integrale benadering en aandacht voor alles wat het leven biedt.

Techniek: zoek en vind nabijheid en aansluiting met de alledaagsheid van zijn leefwereld

Interventierelatie: bouw een zorgzame, betrokken, evenwaardige en wederkerige relatie op

Bijlage 3: Licht Verstandelijke Gehandicapten (LVG) & Drugs

Onder licht verstandelijke beperking verstaat het Trimbos instituut (2010) dat het een persoon betreft waarbij het intellectueel functioneren onder het gemiddelde ligt. Daarnaast is er sprake van een aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op tien gebieden:

- Communicatie
- Zelfverzorging
- Zelfstandig kunnen wonen
- Sociale en relationele vaardigheden
- Gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen
- Zelfstandig beslissingen nemen
- Gezondheid en veiligheid
- Functionele intellectuele vaardigheden
- Vrijtijdsbesteding
- Werk

In Nederland wordt een bredere definitie gehanteerd van het begrip LVG. Het gaat dan om mensen met:

- a. Een IQ tussen 50 en 70 (= licht mentaal gehandicapt)
- b. Een IQ tussen 70 en 85 (zwakbegaafdheid) in combinatie met
 - i. Een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en
 - iii. Een blijvende behoefte aan ondersteuning.

Volgens Moonen en Verstegen (2010) houdt een beperkt sociaal aanpassingsvermogen in dat het de persoon niet lukt om zich zonder hulp in sociale situaties te handhaven. Vaak liggen hier psychiatrische stoornissen, leerproblemen, problemen in de thuissituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard aan ten grondslag. Zonder (langdurige) ondersteuning komt de persoon telkens opnieuw in de problemen.

Maastricht en Hubers (2010) zeggen dat cliënten met LVG die middelen gebruiken vaak een problematische ontwikkeling hebben.

gekend, waardoor ze veel zorgen hebben. Door het gebruik van middelen worden deze zorgen weggestopt.

Middelengebruik leidt bij mensen met LVG eerder tot misbruik. De doelgroep van MMZG is kwetsbaarder voor verslaving/ afhankelijkheid dan mensen zonder een verstandelijke beperking.

Licht verstandelijk beperkte cliënten participeren, net zoals ieder ander, in de maatschappij en krijgen te maken met de leefstijlen van mensen zonder een verstandelijke beperking. In de maatschappij komt middelengebruik voor, dus ook bij deze cliëntengroep.

Volgens het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) (n.d.) wordt van middelengebruik gesproken wanneer een jongere veelvuldig en langdurig alcohol of drugs gebruikt ondanks de problemen die dat veroorzaakt.

Volgens de DSM IV TR (2005) is er sprake van middelengebruik wanneer minstens een van de volgende symptomen zich over een periode van minimaal twaalf maanden voordoet:

- Herhaald gebruik van een middel waardoor het niet meer lukt te voldoen aan verplichtingen op school, het werk of thuis
- Herhaald gebruik van een middel in situaties waarin dat fysiek gevaarlijk is;
- Herhaald in aanraking komen met justitie in verband met een middel;
- Voortdurend gebruik van een middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of relationeel terrein die te maken hebben met het gebruik van het middel.

Bijlage 4: Vragenlijst inclusie

Beste collega's,

Voor mijn studie aan de Fontys Hogeschool te Sittard als gedragsspecialist, ben ik aan het onderzoeken 'Hoe inclusief Maatman Zorggroep is'. Om dit te kunnen onderzoeken heb ik een vragenlijst opgesteld. Deze heb ik verdeeld in een drietal dimensies, namelijk:

- Dimensie A: Creëren van inclusieve cultuur
- Dimensie B: Maken van inclusief beleid
- Dimensie C: Ontwikkelen van inclusie praktijk

Het doel van dit onderzoek is om te kijken hoe inclusief Maatman met cliënten en begeleiders omgaat.

Maar ook hoe inclusief begeleiders met cliënten omgaan en andersom.

Om dit doel te kunnen bereiken heb ik jullie medewerking nodig. Mijn vraag aan jullie is dan ook, willen jullie deze vragenlijst zo eerlijk mogelijk invullen. Ik hoop op jullie medewerking.

Ik wil jullie alvast heel hartelijk bedanken.

Met vriendelijke groet,

Roy Frenken

Vooraf:**Wat is inclusie?**

Inclusie houdt verandering in. Het is een continue proces om het leren en participeren van alle leerlingen te versterken. Het is een ideaal waarnaar scholen streven, maar dat nooit volledig wordt gehaald. Maar inclusie begint zodra het proces van toenemende participatie is begonnen. Één van de belangrijkste uitgangspunten van inclusie is 'gelijke waardering van alle cliënten en personeel'.

Wat is participatie?

Participatie betekent samen leren en samenwerken met anderen in gedeelde leerervaringen. Het vereist actieve betrokkenheid bij het leren en een woordje mee mogen spreken in hoe da leerproces wordt ervaren.

Vragenlijst 1 Indicatoren

Kruis aan wat uw relatie tot de school is a.u.b.:

- ☐ Begeleider ☐ Psycholoog ☐ Intakefunctionaris ☐ Regiomanager
☐ Anders (omschrijf kort)

Kruis het vakje aan om uw mening aan te geven:

	Ja	Soms wel/soms niet	Nee	Heb meer informatie nodig
Dimensie A Creëren van inclusieve CULTUUR				
Domein A.1 Bouwen aan een gemeenschap				
A 1.1 Iedereen is van harte welkom.				
A 1.2 Cliënten helpen elkaar.				
A 1.3 Begeleiders werken samen.				
A 1.4 Begeleider(s) en cliënt(en) behandelen elkaar met respect.				
A 1.5 Er is partnerschap tussen begeleiding en ouders/verzorgers.				
A 1.6 Begeleiders en bestuurders werken goed samen.				
A 1.7 De plaatselijke gemeenschap wordt betrokken bij de begeleiding.				
A 1.8 De directie, begeleiders, ondersteunend en niet ondersteunend personeel werken goed samen				

Domein A.2 Vestigen van inclusieve waarden				
A 2.1 Er worden hoge verwachtingen gesteld aan alle cliënten.				
A.2.2 Personeel, bestuurders, cliënten en ouders/verzorgers delen de inclusiegedachte.				
A.2.3 Cliënten worden gelijk gewaardeerd.				
A 2.4 Begeleiders en leerlingen behandelen elkaar als mens en ook als 'persoon met een bepaalde rol of functie'.				
A.2.5 De begeleiding streeft er naar om barrières bij begeleiding/ondersteuning en participeren in alle aspecten binnen Maatman Zorggroep weg te werken.				
A.2.6 Maatman Zorggroep streeft er naar om alle vormen van discriminatie weg te werken.				

	Ja	Soms wel/soms niet	Nee	Heb meer informatie nodig
Dimensie B Maken van inclusief BELEID				
Domein B.1 Ontwikkelen van een instelling voor iedereen				
B. 1.1 Benoemingen en promoties van personeel gebeuren eerlijk.				
B. 1.2 Ieder nieuw personeelslid wordt geholpen om zich thuis te voelen binnen Maatman Zorggroep.				
B. 1.3 Maatman Zorggroep streeft er naar om alle cliënten toe te laten.				
B. 1.4 Maatman Zorggroep zorgt er voor dat de kantoren en de werkomgeving functioneel zijn voor iedereen				
B. 1.5 Iedere nieuwe cliënt wordt geholpen om zich thuis te voelen binnen één van de woonlocaties/woongroepen/woonprojecten van				

Maatman Zorggroep.				
B. 1.6 Maatman Zorggroep organiseert haar woonlocaties op zo'n manier dat iedere cliënt gewaardeerd wordt.				

Domein B.2 Actief waarborgen van diversiteit				
B 2.1 Alle vormen van ondersteuning worden gecoördineerd.				
B 2.2 Bij- en nascholingsactiviteiten van en voor het personeel helpen om in te spelen op de diversiteit van cliënten.				
B 2.3 Beleid op het gebied van 'specifieke onderwijs/werk/dagbesteding behoeften' is een inclusief beleid.				
B 2.4 Mogelijkheden, regelingen en afspraken om de begeleiding en/of ondersteuning te bevorderen worden gebruikt om de barrières in de woon- en leefomgeving van de cliënt(en), en participeren, te verlagen.				
B 2.5 De druk om cliënten om disciplinaire redenen uit hun woonlocatie te zetten blijft klein.				
B 2.6 Barrières om aanwezig te zijn op momenten dat de begeleider komt, worden kleiner.				

	Ja	Soms wel/soms niet	Nee	Heb meer informatie nodig
Dimensie C Ontwikkelen van inclusieve PRAKTIJK				
Domein C.1 Vormgeven van leren en onderwijs				
C 1.1 Afspraken worden gepland in samenspraak met de cliënt(en).				
C 1.2 Afspraken en/of regels stimuleren de participatie van alle cliënten.				
C 1.3 Lessen ontwikkelen begrip voor verschillen.				
C 1.4 Cliënten worden actief betrokken bij hun eigen begeleidingsproces.				
C 1.5 Cliënt en begeleider leren samen.				
C 1.6 Tussentijdse evaluaties van o.a. het begeleidingsplan dragen bij aan de prestaties van alle cliënten.				
C 1.7 Discipline in de begeleiding is gebaseerd op wederzijds respect.				
C 1.8 Begeleiders plannen, begeleiding/ondersteunen en evalueren in partnerschap.				
C 1.9 Ondersteunend personeel ondersteunen het leren en participeren van alle begeleiders.				
C 1.10 Opleidingen en/of bijscholingen dragen bij aan het leerproces van alle medewerkers/begeleiders.				

Domein C.2 Mobiliseren van hulpbronnen				
C 2.1 Verschillen tussen cliënten worden gebruikt als hulpbron bij het leerproces en de begeleiding/ondersteuning van alle begeleiders.				
C 2.2 De expertise van het personeel wordt ten volle benut.				
C 2.3 Het personeel ontwikkelt hulpbronnen om de begeleiding en het participeren bij de cliënten te ondersteunen.				
C 2.4 'Hulpbronnen' in de omgeving van de leefomgeving van de cliënt zijn bekend en worden gebruikt.				

Feedback:

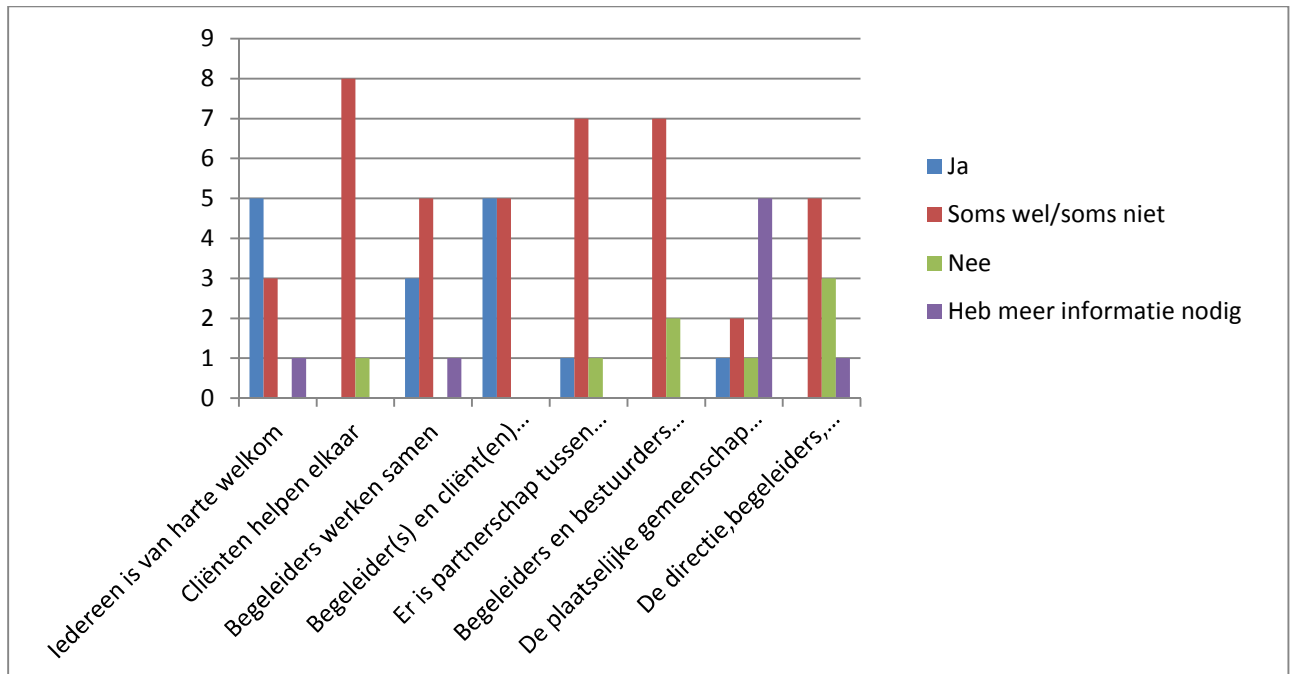
Hebben jullie aan de hand van de vragenlijst en/of dit onderzoek nog vragen of opmerkingen, vul deze dan hier in.

-

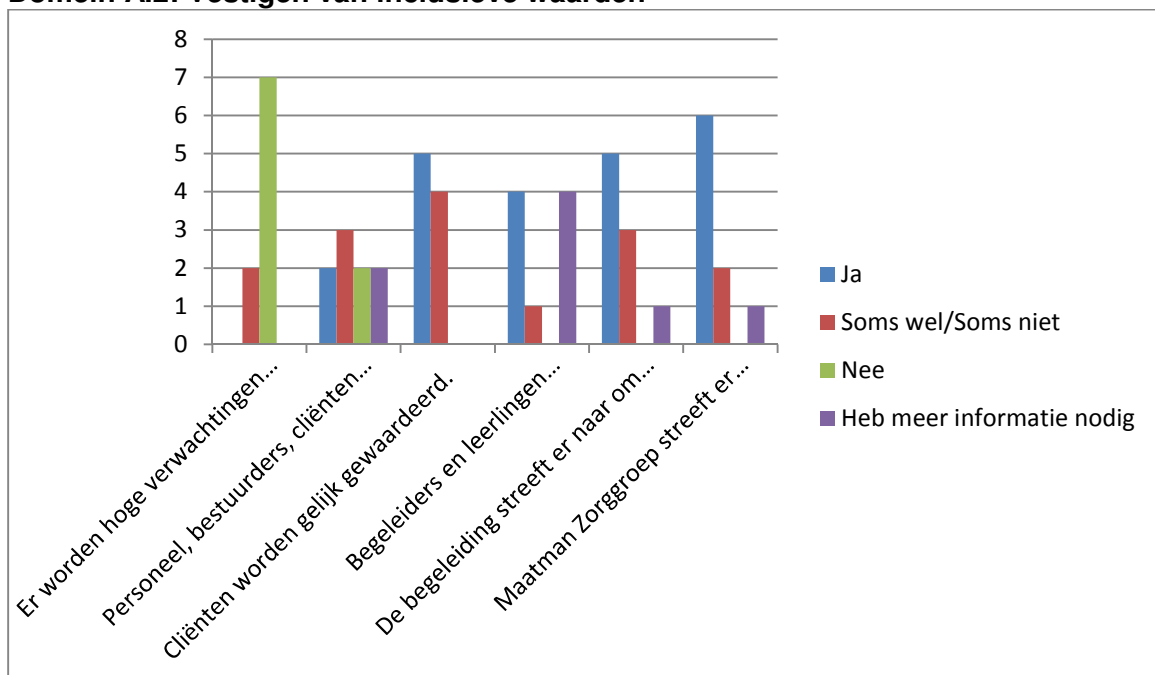
Bijlage 5: Uitwerking vragenlijsten m.b.t. inclusie:

Dimensie A: Creëren van inclusieve Cultuur

Domein A.1: Bouwen aan een gemeenschap

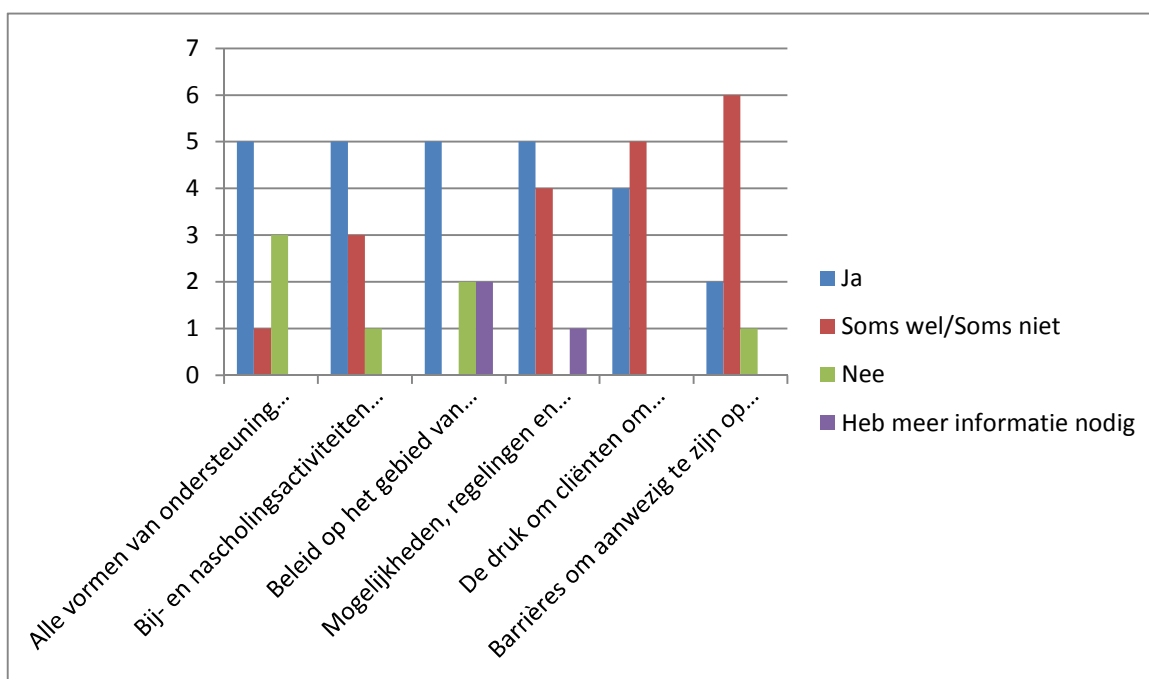
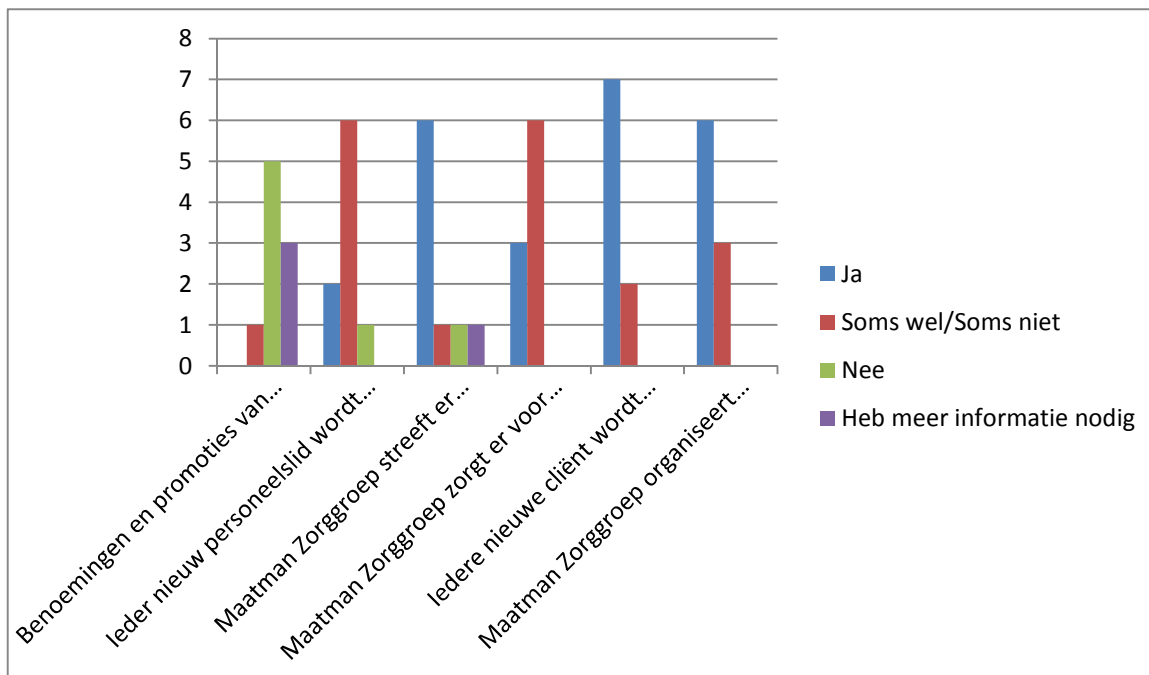


Domein A.2: Vestigen van inclusieve waarden



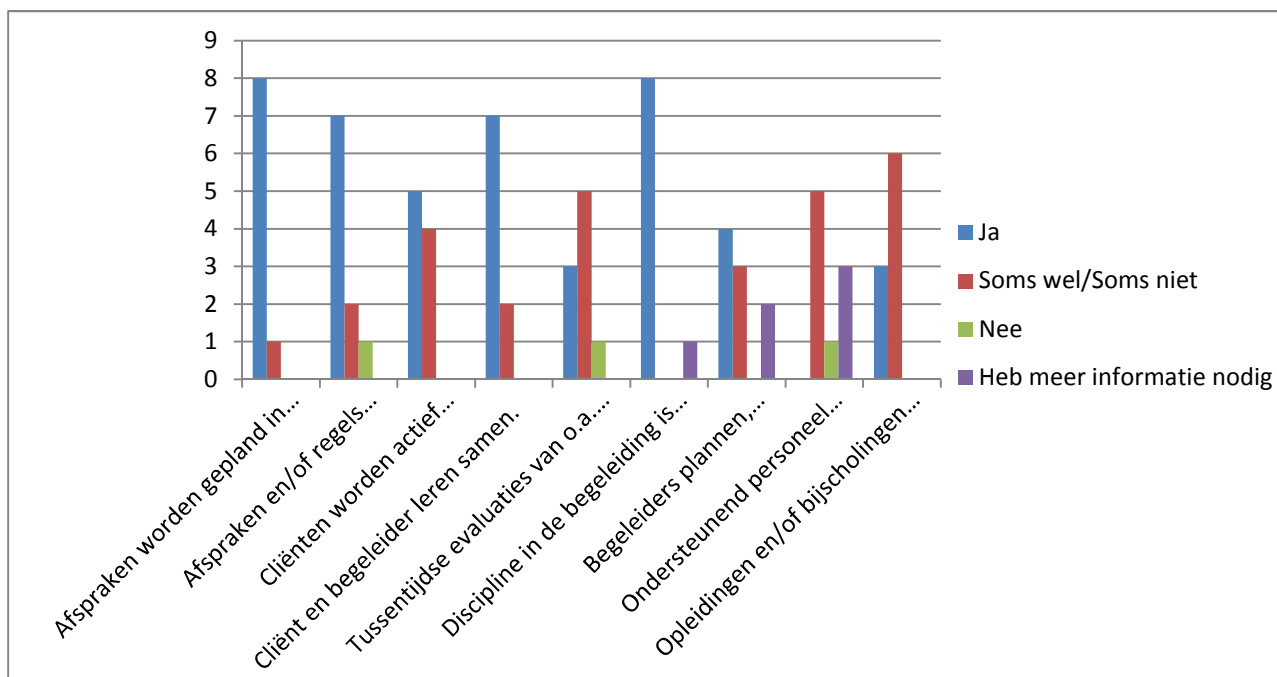
Dimensie B: Maken van inclusief beleid

Domein B.1: Ontwikkelen van een instelling voor iedereen

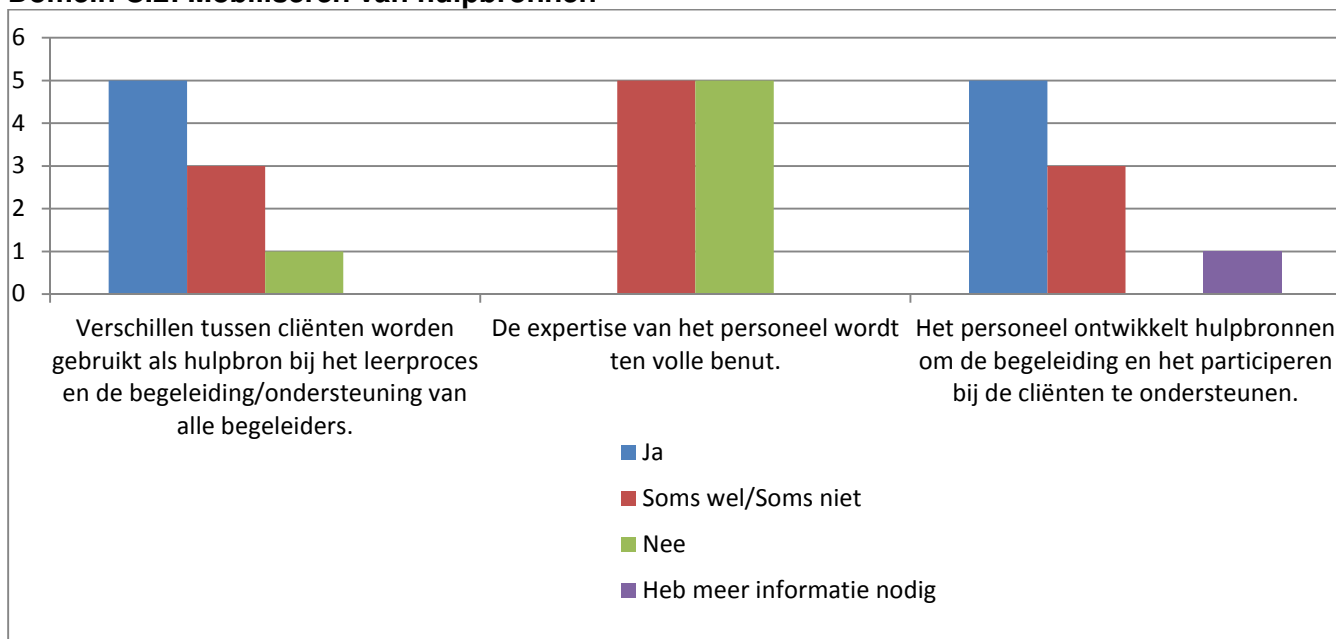


Dimensie C: Ontwikkelen van inclusieve Praktijk

Domein C.1: Vormgeven van leren en onderwijzen



Domein C.2: Mobiliseren van hulpbronnen



Bijlage 6: Mate van inclusie, zorgsysteem en ouderbetrokkenheid

Beschrijving van de praktijksituatie m.b.t. inclusie, zorgsysteem en ouderbetrokkenheid

a. Mate van inclusie, tot stand gekomen m.b.v. een aangepaste vragenlijst van de Index voor inclusie:

(Booth & Ainscow, 2007)

Ingevuld door 9 personen

Functies: Begeleiders, regiomanager, psychologen.

Voor een voorbeeld van de vragenlijst en de uitwerking hiervan, verwijst ik u naar bijlage 2 en 3.

Ik ben werkzaam in een instelling voor verstandelijk beperkte cliënten en/of cliënten met een psychiatrische aandoening, zogenoemd Maatman Zorggroep.

Na aanleiding van het afnemen van de vragenlijsten kan ik concluderen dat Maatman Zorggroep een inclusieve instelling is. Iedereen is van harte welkom en begeleiders, cliënten en bestuurders werken redelijk goed met elkaar samen. Dat wil zeggen dat de ene keer wel met elkaar samengewerkt wordt en de andere keer weer niet.

Binnen Maatman Zorggroep wordt er laagdrempelig gewerkt. Dat wil zeggen dat er weinig hoge verwachtingen worden gesteld aan de cliënten. Er wordt een aangepaste begeleiding geboden, afgestemd op iedere cliënt als individu.

Opvallend is dat er binnen Maatman bijna geen verschil wordt gemaakt wat betrekking heeft op de gelijke waardering voor iedere cliënt. Dit alles heeft te maken met de gedragsproblematiek die cliënten laten zien. Er zijn cliënten die niets van regels moeten hebben en 'de kont tegen de krib' gooien. Met hun worden dan weer aparte afspraken gemaakt. Hierdoor komt het dat o.a. de gelijke rechten en plichten vaker niet gelijk zijn. Ik vind dit goed, omdat iedere cliënt als individu benaderd moet worden. Er is altijd een achterliggende gedachte waarom de cliënt 'de kont tegen de krib' gaat gooien. Hier dien je als begeleider achter te komen. Kom je achter de achterliggende gedachte van de cliënt, dan ga je kijken hoe het gedrag dat de betreffende cliënt vertoont, opgelost kan worden. Zijn hiervoor aparte afspraken nodig, dan vind ik het juist goed om deze, in samenspraak met de cliënt, te maken.

Binnen de instelling waar ik werk staat de cliënt centraal. Dat wil zeggen dat Maatman Zorggroep er naar streeft de cliënt 'het naar zijn zin te maken'. Er wordt gekeken naar de individuele behoefte van iedere cliënt en dit wordt opgenomen in een begeleidingsplan. Op het gebied van 'het ontwikkelen van een instelling voor iedereen' wordt er gestreefd naar een gelijke waardering voor iedere cliënt. Er wordt gekeken naar 'zorg op maat', dat wil zeggen dat er wordt gezocht naar een woonlocatie waar de cliënt gewaardeerd wordt door iedereen in de maatschappij.

Op het gebied van 'actief waarborgen van diversiteit' wordt er naar gestreefd medewerkers effectief bij te scholen, zodat er specifiek kan worden ingespeeld op de ondersteuning/begeleiding die de cliënt nodig heeft, o.a. door de verschillende soorten gedragsproblematiek die er bij de cliënten naar voren komt (kan komen).

Ik kan wel concluderen dat de regels en afspraken die met de individuele cliënten worden gemaakt soms wel en vaker ook niet bevorderlijk zijn om begeleiding/ondersteuning te ontvangen. Cliënten voelen zich op deze manier als een klein kind behandeld. Door alle afspraken en regelingen krijgen ze in hun ogen minder vrijheid. Naar mijn mening zijn er soms te algemene regels die voor elke cliënt gelden. Cliënten dienen gezien te worden als individu, ze brengen ieder hun eigen problematiek mee. Een aandachtspunt wat meegenomen moet worden is dat er gekeken moet worden naar de mogelijkheden wat iedere cliënt heeft. De dingen die allemaal al eerder goed zijn gegaan. De regels en afspraken zijn soms gericht op het negatieve gedrag van een cliënt. Gedragsverandering kan plaatsvinden door te kijken naar het positieve gedrag dat een cliënt al eerder heeft laten zien. Kijken naar de stappen die hiervoor

zijn genomen en de cliënt deze stappen opnieuw proberen te laten bewandelen. Kortom: er zijn velen wegen die naar Rome kunnen leiden.

Sara past steeds vaker het oplossingsgericht werken toe tijdens het werken met haar cliënten. Zij probeert de cliënten inzichtelijk te maken wat hun eigen mogelijkheden zijn en brengt de situaties niet negatief, maar houdt ze (in de meeste gevallen) juist positief.

Wat betreft de relatie tussen cliënten en hun begeleiders, maar ook de begeleiding die de medewerkers aan cliënten geven, wordt er veel in samenspraak met de cliënt afgesproken. De zelfverantwoordelijkheid van de cliënt speelt een grote rol.

Wel is het een aandachtspunt dat er meer gekeken kan worden naar de ondersteuning van het personeel. Medewerkers vinden dat het ondersteunend soms wel en soms niet ondersteunen in het leren en participeren op de werkvloer. Hier kan bv. aan gewerkt worden door vaker een in gesprek te gaan met een medewerker en vragen naar hoe de begeleiding verloopt en wat zijn of haar leerdoel is.

Een aandachtspunt is zeker dat de expertise die de medewerkers met zich meebrengen ten volle wordt benut. Het zijn echter de begeleiders die de begeleiding/ondersteuning bieden. Door te kijken naar hoe de verschillende soorten begeleiders begeleiden, kan er gebruik worden gemaakt van de ervaring. Binnen Maatman Zorggroep wordt er begeleiding/ondersteuning geboden aan cliënten met verschillende soorten problematiek. Ik ervaar dat ik soms te weinig ondersteuning krijg indien ik te maken krijg met complexere problematieken waar ik te weinig van af weet. Hierdoor kan ik de cliënt minder adequaat begeleiden, dan ik graag zou willen. Ik kan geen beroep doen op de expertise van andere en/of de expertise van het ondersteunend personeel komt weinig naar voren. Dit komt vooral doordat het ondersteunend personeel het druk heeft en soms ook door ziekte. Indien er ondersteunend personeel wegvalt, dan komt de werkdruk op een andere persoon neer, waardoor je een afspraak dient te maken voor wat je aan begeleiding/ondersteuning nodig hebt. Op het moment zelf schiet je hier dan zelf niets mee op. Naar mijn mening kan dit op een later tijdstip opgelost worden door een afspraak te maken met één van het ondersteunend personeel. Op het moment zelf dien je zelf in te schatten hoe je het tot die tijd opgelost krijgt. Je kunt een collega bellen en het over de situatie hebben. Maar ook kan ik het bespreekbaar maken in een stafoverleg. Hoe ik dit dan wil gaan aanpakken, bekijk ik terzijntijd.

Ik concludeer, dat indien Maatman een echte inclusieve instelling wil worden en/of zijn, dat er meer aandacht aan de medewerkers besteed moet worden. Er iets meer geluisterd dient te worden wat zij zeggen en vinden. Maar daarnaast dient er gekeken te worden naar de positieve krachten van de cliënten, m.a.w. er dient meer gekeken worden naar de mogelijkheden van een cliënt.

b. Het zorgsysteem

Algemeen: Mijn werkplek, een instelling voor cliënten met een verstandelijke beperking en/of een psychiatrische aandoening, valt binnen het type III zorgsysteem. Maar daarnaast valt het ook binnen het type II zorgsysteem.

Type II: Georganiseerde zorg

In dit type van het zorgsysteem wordt de begeleiding aan cliënten gezien als een apart aspect met een eigen invalshoek. De zorg (begeleiding) is samenhangend en transparant georganiseerd en volgt de zorgcyclus signaleren-diagnosticeren-handelen-monitoren-evalueren, m.a.w. plan-do-check-act-cyclus. De cliënt staat centraal. De begeleiders werken in deze zin samen als in een zogenoemd zorgteam dat onderling overlegt en waar kennis overdracht gemakkelijk kan plaatsvinden. De begeleiding is laagdrempelig. Hoewel je als begeleider vaak individueel werkt, is er vaker een schaduwbegeleider die dezelfde cliënt ook begeleidt. Deze twee begeleiders zijn samen verantwoordelijk voor de begeleiding/ondersteuning die de cliënt krijgt. Ze dienen samen te overleggen en hun kennis

met elkaar te delen. Onderling kan er afgesproken worden als een rapportage noodzakelijk is. Hierdoor blijven ze van elkaar op de hoogte welke 'activiteit(en)' met de cliënt heeft plaatsgevonden en wat er besproken is gedurende de begeleiding.

Type III: Geïntegreerde zorg

De focus van de individuele cliënt verschuift binnen dit type zorg naar het pedagogisch proces. De instelling legt het accent op het flexibel organiseren van begeleiding- en zorgtrajecten en boogt met het begeleidingsaanbod optimaal aan te sluiten bij de competenties en behoeften van de cliënt. Zorgkennis en zorgvaardigheden worden overgedragen aan alle begeleiders. De begeleiding is zowel gericht op de cognitieve ontwikkeling als op de persoonlijkheidsvorming van de cliënt.

Bij de begeleiding van de ambulante cliënten als bij de cliënten van het kamertrainingsproject is men erop gericht om zich in te leven in het cognitief proces van cliënt als op de persoonlijkheidsvorming. Cliënten hebben een beperking en hebben hierdoor een ontwikkelingsachterstand opgelopen. Het is het inlevingsvermogen wat een begeleider ontwikkeld dient te hebben. De cliënten is zich door zijn beperking aan het ontwikkelen als mens, die in de maatschappij wil functioneren. Ze zijn hebben zich tot nu toe, ondanks hun cognitieve en sociaal-emotionele achterstand, gevormd tot een persoonlijk mens. Als begeleider biedt je hun handvaten. Je bent de cliënt als het waren op een pedagogisch manier op aan het voeden. Opvoeden in de zin hoe ze ervoor dienen te zorgen om alle stappen te doorlopen en een eigen leefbare situatie te creëren. Begeleiders krijgen hiervoor ondersteuning van een psychologe en kunnen daarnaast ook terecht bij een intakefunctionaris en regiomanager. Deze laatste dient een team van (ambulante) begeleiders aan te sturen, zodat ze op een adequate manier begeleiding/ondersteuning kunnen bieden. Kortom: ik kan met mijn hulpvraag tot ondersteuning bij hen terecht als ikzelf vastloop.

Ik denk dat, gekeken naar de toekomst, Maatman een geïntegreerde instelling blijft in combinatie met ketenzorg. Het is de taak van een begeleider om de cliënt te blijven opvoeden, kortom het pedagogisch handelen/begeleiden blijft een centraler punt aanhouden. Maar daarnaast werkt Maatman ook veel samen met externe partners (ketenzorg). Dit om onze cliënten optimale begeleiding te bieden met als doel vooruitgang te boeken en de zelfstandigheid en zelfverantwoordelijkheid te bevorderen.

c. Ouderbetrokkenheid

Vraag	Ja	Nee
1	111	11
2	1	1111
3	1	1111
4		11111
5	11	111
6	11111	
7	1111	1
8	11	111
9	11	111
10	111	11
11	11	111
12		11111
13	11111	
14	11111	
15	1111	1
16	11	111
17	1	1111

18		11111
19	1	1111
20	11	111
21	111	11
22	11	111
23	11111	
24	11111	
25		11111
26	1111	1

Tabel 1: Turflijst uitslag gegevens vragenlijst: “Ouderbetrokkenheid binnen Maatman Zorggroep”

	Informatiegericht	Structuurgericht	Relatiegericht	Participatiegericht	Innovatiegericht
26					
25					
24					
23					
22					
21					
20					
19					
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

Tabel 2: Uitslag gegevens n.a.v. turflijst

Toelichting:

In het kader van mijn onderzoek naar de ouderbetrokkenheid binnen MMZG is naar voren gekomen onder welk type organisatie MMZG valt. Ik heb dit onderzocht door een vragenlijst van de Vries (2007) te vertalen naar Maatman Zorggroep. Deze vragenlijst is ingevuld door 5 personen (2 ouders, 1 psychologe en 2 begeleiders).

Wat opvalt uit dit onderzoek is dat de psychologe vindt dat MMZG ouders niet zozeer bij de begeleiding betreft. Dit zou verklaard kunnen worden doordat de meeste cliënten van Maatman Zorggroep de volwassenstatus al hebben bereikt. De ouders zijn vaker ‘uit beeld’ of bijvoorbeeld al overleden.

De twee ouders geven aan dat er door de begeleiders van hun zoon/dochter wel aandacht wordt besteed aan de ouders, maar door de organisatie zelf niet zozeer. Wel worden deze ouders betrokken bij de evaluatie van een zorgplan. De keuze is aan de cliënt, mogen de ouders erbij zijn of niet, zijn ze

wettelijke vertegenwoordiger of niet. Begeleiders kiezen er vaker voor, indien de ouder(s) niet de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt is, maar de cliënt wel de toestemming geeft, de ouders achteraf te informeren over de stand van zaken.

De antwoorden die de begeleiders gaven verschilden niet van elkaar. Wel kan ik dat zij aangeven dat zij als begeleiders investeren in de ouderbetrokkenheid. Zij schakelen ouder(s) in, wanneer er samen gekeken dient te worden hoe een 'probleem' opgelost kan worden. Ze vinden de samenwerking met de ouder(s) belangrijk.

Uit tabel 2 is af te leiden dat Maatman Zorggroep een relatiegerichte organisatie is. MMZG investeert dus veel in het opbouwen en onderhouden van sociale relaties met ouders, die hiervoor open staan en hierin ook investeren. Daarnaast ervaart en ziet Maatman Zorggroep de ouders als belangrijke partners, in het geval ze betrokken worden en in 'beeld' zijn bij de geboden zorg.

De organisatie kan nauwelijks eisen stellen aan ouders. De begeleiders zijn echte vakmensen. Als er klachten van ouders zijn, probeert de begeleider deze zelf te verhelpen. Indien mogelijk wordt er wel duidelijkheid gegeven aan ouders. De begeleider is de eerste contactpersoon van de cliënt. Daarnaast worden de taken en verantwoordelijkheid van zowel de begeleider, de organisatie als ouders duidelijk vastgelegd. Ouders weten dan bij wie ze waarvoor moeten zijn binnen Maatman Zorggroep.

Bijlage 7: Vragenlijst Ouderbetrokkenheid MMZG

Beste collega's,

Voor mijn studie aan de Fontys Hogeschool te Sittard als gedragsspecialist, ben ik aan het onderzoeken hoe de ouderbetrokkenheid binnen Maatman Zorggroep is. Met andere woorden in welke mate worden ouders betrokken bij de begeleiding van hun zoon/dochter. Hiervan is alleen sprake indien de ouders nog in beeld zijn. Om de ouder betrokkenheid te kunnen onderzoeken heb ik een vragenlijst opgesteld. Deze heb ik verdeeld in een 25-tal vragen. Deze gaan o.a. over hoe de ouders betrokken worden bij de begeleiding van hun zoon/dochter.

Het doel van dit onderzoek is om te kijken in welke fase Maatman Zorggroep zich bevindt wat betreft de betrokkenheid van ouders bij de begeleiding. (Om te kunnen zien welke fases er allemaal zijn, verwijs ik jullie naar de volgende pagina).

Om dit doel te kunnen bereiken heb ik jullie medewerking nodig. Mijn vraag aan jullie is dan ook, willen jullie deze vragenlijst zo eerlijk mogelijk invullen. Ik hoop op jullie medewerking.

Ik wil jullie alvast heel hartelijk bedanken.

Met vriendelijke groet,

Roy Frenken

De type fases die men kan onderscheiden:

- **Informatiegericht:**
De instelling kan nauwelijks eisen aan ouders stellen. De begeleiders zijn echte vakmensen. Als er klachten van ouders zijn, probeert de begeleider deze zelf te verhelpen.
- **Structuurgericht:**
De instelling hecht er waarde aan duidelijkheid te geven aan ouders. Hiermee bedoelt men dat de taken en verantwoordelijkheden van de instelling en ouders duidelijk vast liggen. Ouders weten bij wie ze waarvoor moeten zijn binnen de instelling.
- **Relatiegericht:**
De instelling investeert veel in het opbouwen en onderhouden van de sociale relaties met ouders, die hiervoor open staan en hierin ook investeren.
- **Participatiegericht:**
De instelling ervaart en ziet de ouders als belangrijke partners.
- **Innovatiegericht:**
De instelling en ouders zien elkaar als partners van continue verbetering van de school. Ze voelen zich in dezelfde mate hiervoor verantwoordelijk en spreken elkaar daarop aan.

Vragenlijst :
Ouderbetrokkenheid binnen Maatman Zorggroep

	Vragen	Doorhalen wat niet van toepassing is
1.	Staat Maatman Zorggroep open voor de betrokkenheid van ouders bij de begeleiding van een cliënt (lees: hun zoon/dochter)	Ja / Nee
2.	Zijn er veel ouders betrokken bij de begeleiding van hun zoon/dochter	Ja / Nee
3.	Het is voor ouders/verzorgers duidelijk bij wie ze waarvoor moeten zijn binnen Maatman Zorggroep.	Ja / Nee
4.	Ouders/verzorgers worden regelmatig betrokken in het meedenken over het beleid van Maatman.	Ja / Nee
5.	Ieder jaar worden ouders/verzorgers betrokken bij het bespreken van het begeleidingsplan van hun zoon/dochter, o.a. door een huisbezoek.	Ja / Nee
6.	Het is de taak van de directie de klachten op te lossen.	Ja / Nee
7.	Iedere begeleider kent de inhoud van de dossiers van zijn cliënten.	Ja / Nee
8.	Ouders/verzorgers worden op de hoogte gehouden over de begeleiding die hun zoon/dochter krijgt.	Ja / Nee
9.	Ouders/verzorgers worden in de begeleiding van hun zoon/dochter op allerlei terreinen actief ingezet om de begeleiding/ondersteuning op een goede manier te laten verlopen.	Ja / Nee
10.	Ouders/verzorgers zijn binnen Maatman Zorggroep altijd welkom.	Ja / Nee
11.	Ouders/verzorgers worden op de hoogte gebracht van de 'activiteiten' die zijn gedaan om een doel binnen de begeleiding te behalen.	Ja / Nee
12.	Ouders/verzorgers denken actief mee over het beleid binnen Maatman Zorggroep.	Ja / Nee
13.	De begeleider geeft regelmatig aandacht aan opvoedingsvraagstukken die een cliënt heeft. (indien er sprake is van een kind)	Ja / Nee
14.	Begeleiders zijn over het algemeen op de hoogte over de belangrijke dingen die zich in een thuissituatie van een cliënt heeft afgespeeld.	Ja / Nee
15.	Maatman Zorggroep en/of de begeleider van een cliënt organiseert regelmatig activiteiten waarbij ouders/verzorgers worden uitgenodigd, b.v. een voortgangsgesprek van de begeleiding.	Ja / Nee
16.	Indien de begeleiding van een cliënt vastloopt, kan een ouder geraadpleegd worden voor hulp. Een ouder wordt in deze zin gezien als 'co-expert' van hun zoon/dochter.	Ja / Nee
17.	Het komt niet voor dat ouders/verzorgers plotseling geconfronteerd worden met belangrijke beslissingen die de begeleiding en/of Maatman Zorggroep neemt.	Ja / Nee
18.	Binnen Maatman is er een klachtenprotocol voor 'ouders/verzorgers' aanwezig.	Ja / Nee
19.	De begeleiding en/of Maatman Zorggroep is erop uit	Ja / Nee

	evenveel verantwoording af te leggen aan de ouders/verzorgers als aan de cliënt, voor wie de zorg eigenlijk bedoeld is.	
20.	Ouders/verzorgers voelen zich medeverantwoordelijk voor de resultaten van de begeleiding van hun zoon/dochter.	Ja / Nee
21.	De begeleiding en/of Maatman Zorggroep hecht waarde aan het verstrekken van duidelijke informatie aan ouders/verzorgers/verzorgers.	Ja / Nee
22.	De begeleiding en/of Maatman Zorggroep staat altijd open voor suggesties van ouders/verzorgers.	Ja / Nee
23.	Over het algemeen zijn alle begeleiders en/of medewerkers binnen Maatman Zorggroep zeer vriendelijk.	Ja / Nee
24.	De begeleider kent zijn cliënten goed.	Ja / Nee
25.	Er kan een beroep worden gedaan op de verantwoordelijkheid van ouders/verzorgers.	Ja / Nee
26.	De begeleiding en/of Maatman Zorggroep heeft de ouders/verzorgers duidelijk verteld wat ze wel en wat ze niet doet (duidelijk de taken afgebakend).	Ja / Nee

Hier beneden kunt u nog eventueel aanvullingen neerzetten. Er is ook plaats voor vragen/opmerkingen:

-
-
-
-
-
-
-

Bijlage 8: 7-Stappendans

Cauffman 2003) beschrijft de 7-stappendans als volgt:

Stap 1: contact leggen

Er is geen eenduidig goede manier om te socialiseren en contacten aan te gaan. Kies gewoon voor de dingen die het beste bij jou passen en waar jij je het meest comfortabel bij voelt. Voor de oplossingsgerichte onderwijskracht geldt het adagium *een goede werkrelatie is de motor van verandering*.

Stap 2: context verkennen

Omgevingsfactoren bepalen in grote mate hoe we de dingen die we tegenkomen waarnemen. Meer nog, perceptie creëert onze realiteit: we zien wat we geloven en we geloven wat we zien. Als je iemand voor de eerste keer ontmoet, en het gaat over meer dan louter inhoudelijke leerproblemen (en dan nog!), kun je met een aantal vragen helderheid krijgen over zijn achtergrond.

Stap 3: doelen stellen

Eindeloos filosoferen over de oorzaken van hetgeen de ander meemaakt draagt niet noodzakelijk bij tot zijn welbevinden. De ander helpen de juiste doelen te stellen is een van de belangrijkste opdrachten voor de onderwijskracht. Doelen zijn de richtingaanwijzers die de gedachten, emoties en gedragingen de weg wijzen (van de problemen) naar de mogelijke oplossingen. De belangrijkste vraag die je hiervoor ter beschikking staat is de *doelstellingsvraag*: 'Wat moeten we vandaag bespreken, zodat dit gesprek voor jou nuttig zal zijn?'

Stap 4: sterke punten markeren en krachtbronnen aanboren

Iedereen staan vermogens ter beschikking die hem helpen zijn problemen op te lossen: van inspanning, motivatie, intelligentie, inzet, kameraadschap, spontaniteit, vergevingsgezindheid tot sociale vaardigheid, veerkracht en allerhande materiële zaken. Jij kunt de ander helpen die route of gebruiksaanwijzing te (her)ontdekken om van daaruit opnieuw zijn eigen oplossingen te (re)construeren. Door te informeren naar wat er (toch nog) klopt, deugt of goed gaat focus je op het halfvolle glas in plaats van op het halflege en daarmee op zijn krachtbronnen.

Vindplaatsen van krachtbronnen zijn onder meer:

- Uitzonderingen op het probleem
- Oplossingen uit een andere context

Stap 5: complimenten geven

Schouderklopjes zijn heel betekenisvol. Indien zorgvuldig gekozen (en geuit) focussen ze de ander op die competenties die hem helpen zijn uitdagingen de baas te worden. Als je er zeker van wilt zijn dat je complimenten niet de mist in gaan zullen ze authentiek, gemeend, relevant en op maat moeten zijn.

Stap 6: differentiatiemogelijkheden aanreiken

De neiging in zwart-wit te denken maakt dat mensen snel vast komen te zitten in een soort 'of/of-klem'. Door differentiaties aan te reiken, kun je de ander helpen zijn werkelijkheidsbeleving te nuanceren. Drie mogelijkheden:

1. *Gezond verstand*

Het meest voor de hand ligt dat je de zwart-witdenker op een vriendelijke manier uitnodigt om zijn zorgen te relativeren: 'Dat meen je niet, zo erg kan het toch niet zijn?' Relativeren is wat anders dan bagatelliseren, dat is uiteraard uit den boze.

2. *Nuanceren*

Dan kun je overschakelen op vragen die peilen naar de nuances. Hierdoor zal de cliënt zich meer serieus genomen voelen. Je ontvangt nuttige informatie en helpt hem om vanuit een ander perspectief naar zijn problemen te kijken:

- Wanneer ging het een klein beetje beter dan nu?
- Wat was er toen anders?

1. *Schaalvragen*

Een bijzonder geavanceerde techniek om te differentiëren is het gebruik van tienpuntsschalen.

0-----5-----10

Mag ik je eens een vraag stellen? Op een schaal van 0 tot 10, waarbij de 0 staat voor "het ergste moment ooit" en de 10 voor "zo zou ik het willen", waar sta je dan nu?

Er zijn tal van toepassingsmogelijkheden. Gestoeld op de waardering voor willekeurig welke score is de uitdaging kleine stapjes vooruit te entameren.

Stap 7: je op de toekomst oriënteren

In het oplossingsgerichte denken is de toekomst belangrijker dan verleden; daarin immers bevinden zich de oplossingen voor eventuele probleemsituaties. Hoe gebruik je de virtuele realiteit van een gewenste toekomst in de werkelijkheid van vandaag?

Toekomstgerichte vragen

De simpelste manier is door vragen te stellen waarmee je de cliënt in staat stelt mogelijke oplossingen uit de toekomst terug te vertalen naar de realiteit van vandaag. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Wat wil je graag anders zien en hoe zul je merken dat zich dat al een beetje voordoet?
- Wat zullen de eerste tekenen zijn dat je een kleine vooruitgang boekt in de richting van wat je wilt bereiken?

De mirakelvraag

Een verrassend effectieve methode om toekomstgerichtheid uit te lokken is bedacht door Steve de Shazer (1988): de mirakelvraag. Door het stellen van de vraag help je de ander op een radicaal andere manier naar zijn probleem te kijken. De essentie van het oplossingsgerichte denken zit er als een hologram in vervat.

Het lijkt me duidelijk: je zit met een probleem. Als je straks naar huis gaat, zul je verdergaan met de dingen die je vandaag nog te doen hebt. De dag verstrijkt en de avond valt. Op zeker moment word je moe en zoek je je bed op. Veronderstel nou eens dat er, terwijl je slaapt, een mirakel gebeurt. Daar merk je niets van, want je slaapt als een roos. En in dat mirakel wordt het probleem (waar je zojuist over hebt verteld) voldoende opgelost om er straks geen last meer van te hebben.

- *Hoe zou je merken dat dit mirakel zich heeft voltrokken?*
- *Wat zou je anders doen?*
- *Zou je op een wat andere manier uit bed komen?*
- *Zou je ochtendritueel er anders uitzien?*
- *Hoe zou je aan het ontbijt merken?*

Bijlage 9: Open en Alert

<http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=624&adlibtitel=Open%20en%20Alert&setemb ed=>

Doel

Het doel van Open en Alert is een open en alerte houding te realiseren bij professionals in risicosettings tegenover alcohol en drugs en de (jonge) mensen die dit gebruiken.

Het uiteindelijke doel van Open en Alert is problematisch alcohol- en drugsgebruik te voorkomen of te verminderen bij jongeren en jongvolwassenen in risicosettings.

Doelgroep

De doelgroep zijn het management en medewerkers van een risicosetting, zoals de residentiële jeugdzorg, justitiële jeugdinrichting, jongerencentrum of LVG-(zorg)instelling (VG-instelling, MEE, sociale werkvoorziening).

Aanpak

Open en Alert is een gecombineerde beleids- en deskundigheidsbevorderingsinterventie: beleidsontwikkeling, scholing en samenwerking staan centraal. Voor het hele programma wordt doorgaans een jaar uitgetrokken. De scholing bestaat uit twee modules (basis- en vaardigheidscursus) van in totaal vijf bijeenkomsten van elk 3,5 uur. De preventiewerker van de verslavingspreventie ondersteunt het programma en verzorgt de scholing.

1. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

De laatste jaren zien we een toename in het gebruik van middelen als alcohol, cannabis en harddrugs. Dit gebruik leidt steeds vaker tot problemen. Problematisch middelengebruik houdt in dat door het gebruik van alcohol en drugs lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving (van Laar, 2008). Hoe vaak problematisch gebruik van middelen voorkomt in de algemene bevolking is niet bekend. Wel is bekend dat probleemdrinken (alcoholgebruik boven bepaalde drempelwaarde en daardoor problemen ondervinden) bij 10% van de 16-69 jarige Nederlanders voorkomt en het meeste voorkomt bij mannen (34%) en vrouwen (9%) in de leeftijdsgroep van 16-24 jaar (Dijck & Knibbe, 2005). Alcoholvergiftiging kan een indicatie zijn voor probleemdrinken en is in de periode 2003-2008 bijna verdrievoudigd bij jongens en meer dan vervijfvoudigd bij meisjes (Valkenberg, 2010). In de afgelopen 10 jaar registreerde de verslavingszorg een sterke toename van het aantal jonge cannabisgebruikers. De hulpvraag neemt dus toe (IVZ, 2009; IVZ, 2010).

Doelgroepen die meer risico lopen op problematisch middelengebruik zijn te vinden in settings als de residentiële jeugdzorg, justitiële inrichtingen, jongerencentra en (zorg)instellingen voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVG-settings). Dit noemen wij risicosettings. Hoe vaak problematisch gebruik van middelen voorkomt in deze settings is eveneens onbekend. Middelengebruik is echter sterk positief gecorreleerd met 'contact met institutionele zorg', zoals maatschappelijke opvang of een justitiële jeugdinrichting (Snoek et al., 2010). In de justitiële jeugdinrichting komt bij 55% van de jonge mannen middelengebruik of verslaving voor (Vreugdenhil et al., 2004). Een recent onderzoek in verschillende LVG-settings laat zien dat ongeveer 10-30% van de jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking problemen ervaart vanwege alcohol- en drugsgebruik (Dijkstra & Bransen, 2010). Gevolgen van problematisch middelengebruik zijn onder meer psychische ontregeling (agressie, suïcidale gedachten, psychoses), criminaliteit, ervaringen van misbruik (financieel, fysiek, psychologisch of seksueel) en een negatieve invloed op begeleiding of behandeling.

Meerdere risicofactoren spelen een rol bij de ontwikkeling van problematisch middelengebruik. Het risico op verslaving is groter bij jongeren die op jonge leeftijd beginnen met drinken (Hingson & Zha, 2009). Andere risicofactoren zijn: adolescentie (jongvolwassenen van 18 tot 24 jaar), geslacht (man),

laag opleidingsniveau (VMBO en speciaal onderwijs), psychische- en gedrags-problemen en middelengebruik en psychische problematiek van ouders.

Professionals die werkzaam zijn in risicosettings kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het inspelen op deze risicofactoren. Ze hebben een belangrijke rol bij vroegsignalering, begeleiding en doorverwijzing naar de verslavingszorg. Uit onderzoek is echter gebleken dat professionals van de genoemde risicosettings vaak onvoldoende kennis en vaardigheden bezitten om problematisch middelengebruik te herkennen en bespreekbaar te maken (Van Hasselt et al., 2010; Dijkstra & Bransen, 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009). Ook blijkt er vaak geen alcohol- en drugsbeleid te zijn, het beleid is verouderd of in de praktijk niet uitvoerbaar (Snoek et al., 2010; Dijkstra & Bransen, 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009).

2. Doel van de interventie

Het doel van Open en Alert is een open en alerte houding te realiseren bij professionals in risicosettings tegenover alcohol en drugs en de (jonge) mensen die dit gebruiken.

Dit doel wordt bereikt door middel van de volgende tussendoelen:

- Opstellen van een breed gedragen alcohol- en drugsbeleid
- Vergroten van kennis over alcohol en drugs bij medewerkers in risicosettings
- Vergroten van vaardigheden voor het signaleren, begeleiden en bespreekbaar maken van alcohol- en drugsgebruik bij medewerkers in risicosettings

Voorwaardelijke doelstellingen zijn:

- Een (financiële) infrastructuur opzetten in een risicosetting die voorwaarden schept voor het opstellen van instellingsbeleid en scholing van de medewerkers.
- Een structurele samenwerking opzetten tussen de risicosetting en de regionale instelling voor verslavingszorg voor scholing, doorverwijzing, ondersteuning en behandeling.

Het uiteindelijke doel van Open en Alert is problematisch alcohol- en drugsgebruik te voorkomen of te verminderen bij jongeren en jongvolwassenen in risicosettings.

3. Doelgroep van de interventie

Voor wie is de interventie bedoeld

Open en Alert richt zich op het management en de professionals van een risicosetting zoals de residentiële jeugdzorg, justitiële jeugdinrichting, jongerencentrum of LVG-(zorg)instelling (VG-instelling, MEE, sociale werkvoorziening). Professionals zijn bijvoorbeeld psychologen, gedragsdeskundigen, groepsleiders, persoonlijk begeleiders, maatschappelijk werkers en welzijnswerkers die in contact staan met risicjongeren en -volwassenen. Per setting zijn meerdere instellingen verspreid over Nederland aanwezig. Er zijn verschillende versies van Open en Alert die zijn aangepast aan de specifieke risicosetting.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Risicosettings nemen contact op met de afdeling preventie van de regionale instelling voor verslavingszorg maar het omgekeerde kan ook. De risicosetting en de instelling voor verslavingszorg bepalen waar de knelpunten en behoeften liggen, waar Open en Alert bij kan aansluiten en wat de verslavingszorg daarin kan betekenen. Daarna wordt door beide organisaties besloten of ze met Open en Alert van start willen gaan.

De uitvoering van Open en Alert kost tijd, minimaal een jaar. Een werkgroep en een stuurgroep worden vanuit de risicosetting samengesteld. De werkgroepleden moeten voldoende tijd en ruimte krijgen om met Open en Alert aan de slag te gaan. Medewerkers moeten tijd kunnen vrijmaken voor

scholing. Directe communicatielijnen tussen de werkgroep en het management zijn nodig om de voortgang van het programma te bevorderen. Wanneer niet aan deze randvoorwaarden voldaan kan worden is dit een contra-indicatie voor de uitvoering van Open en Alert.

Contra-indicaties

Redenen om af te zien voor deelname aan Open en Alert zijn dus:

- Onvoldoende tijd (en financiering) van management en medewerkers voor Open en Alert
- Onvoldoende aandacht van management en medewerkers voor Open en Alert
- Tekortschietende samenwerking tussen een instelling voor verslavingszorg en van de risicosetting

Toepassing bij migranten

De interventie is niet speciaal ontwikkeld voor migrantengroepen en biedt geen speciale faciliteiten (zoals vertaalde schriftelijke instructies of tolken) om migrantengroepen in het bijzonder te kunnen bedienen. Migrantengroepen zijn wel vaak aanwezig in de risicosettings waar Open en Alert uitgevoerd kan worden, zoals Justitiële jeugdinrichtingen of LVG-settings. Open en Alert kan daarom wel migranten bereiken maar dan zal soms enige aanpassing van materialen nodig zijn.

4. Aanpak

Opzet van de interventie

Open en Alert is een beleids- en deskundigheidsbevorderingsinterventie waarin beleidsontwikkeling, scholing en samenwerking centraal staan. Er zijn meerdere versies van het programma ontwikkeld, namelijk:

- Open en Alert voor de residentiële jeugdhulpverlening (Van Leeuwen et al., 2006)
- Open en Alert voor jongerenwerkers (Bransen et al., 2007)
- Open en Alert in de Justitiële jeugdinrichting (Van Leeuwen & Van der Veen, 2009)
- Open en Alert in een LVG-setting (Bransen & Dijkstra, in press).

De fundamentele onderdelen (basis) van Open en Alert zijn gelijk in alle versies. Het taalgebruik, de praktijkvoorbeelden en enkele opdrachten in de bijbehorende handboeken zijn aangepast aan de setting waarvoor de versie bedoeld is. Zo wordt in de versie Open en Alert in een LVG-setting gesproken over cliënten, mensen met LVG en LVG-organisaties. De vaardigheidscursus en de informatie voor cursisten bevat onder andere informatie over de invloed van alcohol- en drugsgebruik op mensen met LVG, de specifieke risicofactoren en de specifieke signalen van middelengebruik bij mensen met LVG. Deze informatie wijkt af van de informatie in de andere versies omdat de doelgroep anders is.

De uitvoering van Open en Alert vindt plaats in de risicosetting, zoals een jongerencentrum of een (zorg)instelling voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking. De preventiewerker(s) van de verslavingszorg ondersteunt en begeleidt de organisatie bij de opzet van Open en Alert en voert het programma uit op de locatie(s) van de organisatie waar Open en Alert plaatsvindt.

Open en Alert werkt met een vijffasenplan:

1. Contactlegging en oriëntatie
2. Voorbereiding
3. Uitvoering (beleidsontwikkeling, deskundigheidsbevordering en samenwerking met de verslavingszorg)
4. Evaluatie
5. Continuering

Fase 1: Contactlegging en oriëntatie

Dit onderdeel is reeds genoemd in paragraaf 3.2 waarin in een eerste gesprek wordt besloten om met Open en Alert van start te gaan.

Fase 2: Voorbereiding

De directie van de risicosetting stelt een werkgroep en een stuurgroep samen. De directie wijst voor de werkgroep een voorzitter en vicevoorzitter aan die de trekkers zijn van het project en voor de stuurgroep een voorzitter. De (vice) voorzitter van de werkgroep neemt tevens zitting in de stuurgroep. De werkgroep komt idealiter negen keer bijeen gedurende de looptijd van de invoering van Open en Alert, maar dit aantal kan aangepast worden als de situatie daarom vraagt. Medewerkers uit verschillende disciplines of uit verschillende voorzieningen nemen zitting in de werkgroep waardoor draagvlak gecreëerd wordt. De stuurgroep komt ten minste vier keer bijeen. De werkgroep voert in de voorbereidingsfase een probleemanalyse uit in de eigen organisatie, werkt de resultaten uit en verspreidt deze. De werkgroep stelt een werkplan op voor de uitvoering van Open en Alert dat door de stuurgroep geaccordeerd wordt.

Fase 3: Uitvoering

De werkgroep ontwikkelt beleidsplannen en protocollen waaronder een beleidsprotocol, een scholingsprotocol en een voorlichtingsprotocol voor jongeren/jongvolwassenen en ouders. Ook wordt in deze fase de deskundigheidsbevordering uitgevoerd, oftewel de scholing over alcohol en drugs voor medewerkers van de risicosetting. De scholing bestaat uit een basiscursus (twee bijeenkomsten) en een vaardigheidscursus (drie bijeenkomsten). De organisatie bepaalt (in samenwerking met de preventiewerker van de verslavingszorg) of beleidsontwikkeling vooraf, gelijktijdig of na de deskundigheidsbevordering plaatsvindt. Idealiter gaat beleidsontwikkeling vooraf aan of gelijktijdig met de scholing. Tenslotte wordt gedurende de uitvoeringsfase aandacht besteed aan het creëren van draagvlak en het bekendmaken van Open en Alert in de organisatie.

Fase 4: Evaluatie

Wanneer het beleid gepresenteerd is en de scholing is afgerond kan de werkgroep met behulp van evaluatieformulieren bekijken of er nog behoefte is aan scholing en hoe daarin kan worden voorzien. Ook wordt Open en Alert als geheel geëvalueerd. Evaluatieformulieren zijn als bijlage opgenomen in de handboeken.

Fase 5: Continuering

In de laatste fase van continuering komt de werkgroep minder vaak bijeen. Een aantal keer per jaar bekijkt de werkgroep de ontwikkelingen in de organisatie op het gebied van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik. Protocollen worden actueel gehouden en nieuwe ontwikkelingen op de drugsmarkt worden (in eventuele vervolgscholingen) gevolgd. De samenwerking tussen de risicosetting en de verslavingszorg wordt gewaarborgd met aandacht voor het vastleggen van afspraken over begeleiding, doorverwijzing en behandeling van jongeren en jongvolwassenen naar de verslavingszorg.

Tijdsinvestering

Voor het uitvoeren van het vijfphasenplan van Open en Alert moet doorgaans een jaar worden uitgetrokken. De eerste twee fasen duren ongeveer zes maanden. De tijd voor het uitvoeren van de deskundigheidsbevordering hangt samen met het aantal groepen dat de deskundigheidsbevordering volgt. Per groep zijn tien weken nodig om de totale deskundigheidsbevordering uit te kunnen voeren.

Inhoud van de interventie

In deze paragraaf wordt fase 3 van het programma Open en Alert meer concreet besproken. Deze fase bestaat uit het ontwikkelen van een beleidsplan en bijbehorende protocollen en het uitvoeren van de scholing.

Beleidsplan inclusief protocollen

In het beleidsplan legt de risicosetting vast hoe om te gaan met (problematisch) gebruik van alcohol en drugs. Beleidsontwikkeling wordt eveneens stapsgewijs aangepakt:

1. Planning en analyse
2. Onderzoeken van de wenselijke situatie
3. Draagvlak creëren
4. Aanpassen en vaststellen van wenselijk beleid
5. Uitvoering van beleid
6. Evaluatie en onderhoud

Deze stappen sluiten aan bij het vijffasenmodel. Stap 1 en 2 horen bij de voorbereidingsfase, stap 3, 4 en 5 bij de uitvoeringsfase en stap 6 bij de fase van evaluatie en continuering.

De werkgroep inventariseert wat het huidige (ongeschreven) beleid is voor (problematisch) gebruik. Zij maakt (met behulp van een enquête) een probleemanalyse. De preventiewerker van de verslavingszorg stimuleert discussies en gaat na in hoeverre de doelstellingen van Open en Alert aansluiten bij de doelstellingen van de risicosetting. De preventiewerker brengt deskundigheid over (problematisch) alcohol- en drugsgebruik in.

De vertegenwoordiging van alle disciplines/voorzieningen in de werkgroep zorgt voor draagvlak. Daarnaast worden één of meerdere activiteiten opgezet om extra draagvlak te creëren zoals regelmatige updates over de voortgang van het project in een interne nieuwsbrief, flyer of voorlichtingsavond, of het organiseren van een kick-off bijeenkomst. Het wenselijke beleid wordt door de stuurgroep of directie vastgesteld waarna de uitvoering van start gaat. De werkgroep beslist hoe het vastgestelde beleid een plaats krijgt binnen de verschillende disciplines: het organisatiebeleid wordt vertaald naar beleidsuitvoering vanuit de verschillende disciplines. De werkgroep is verantwoordelijk voor de evaluatie en het onderhoud van het alcohol- en drugsbeleid.

Een standaard beleidsplan dat door alle organisaties gebruikt kan worden is niet voorhanden, omdat alcohol- en drugsbeleid moet aansluiten bij de visie die een organisatie heeft op probleemgedrag in het algemeen en problematisch alcohol- en drugsgebruik in het bijzonder. Aanbevolen wordt om in ieder geval de volgende protocollen op te stellen als onderdeel van het beleidsplan:

- Een scholingsprotocol waarin wordt vastgelegd wanneer welke teams scholing krijgen volgens Open en Alert en hoe dit wordt bijgehouden.
- Een voorlichtingsprotocol voor jongeren of jongvolwassenen en eventueel voor ouders waarin wordt vastgelegd of, en zo ja hoe, zij voorlichting krijgen over alcohol en drugs. De LVG-versie van Open en Alert bevat materiaal voor voorlichting (toolbox) waarvan gebruik kan worden gemaakt.

Doel, doelgroep en methodiek

Al eerder is genoemd dat professionals in risicosettings een belangrijke rol spelen in het leven van de jongeren en jongvolwassenen die in de risicosetting verblijven. Deze rol is te vergelijken met de rol van ouders. Een aantal vaardigheden van ouders blijken beschermende factoren te zijn voor alcohol- en drugsgebruik door jongeren en jongvolwassenen (Van der Vorst et al., 2007; Koning et al., 2009; Vermeulen-Smit et al., 2010):

- Een open communicatie met jongeren en jongvolwassenen in het algemeen en over alcohol en drugs in het bijzonder
- Bewust zijn van wat zich afspeelt in het leven van de jongere en jongvolwassene en met ze onderhandelen om invloed te houden op wat de jongere of jongvolwassene doet
- Duidelijke en heldere grenzen stellen.

Open en Alert maakt gebruik van deze vaardigheden door open communicatie en bewustzijn bij professionals te vergroten en duidelijke grenzen in beleid vast te leggen. Het doel van Open en Alert is dan ook een open en alerte houding te realiseren bij professionals in risicosettings tegenover alcohol en drugs en de mensen die dit gebruiken. Dit doel wordt bereikt door:

- Het opstellen van een breed gedragen alcohol- en drugsbeleid
- Het vergroten van kennis over alcohol en drugs bij medewerkers in risicosettings
- Het vergroten van vaardigheden voor het signaleren, begeleiden en bespreekbaar maken van alcohol- en drugsgebruik bij medewerkers in risicosettings

Management en professionals (zoals psychologen, gedragsdeskundigen en groepsleiders) die in contact staan met risicojongeren en –volwassenen vormen daarmee de doelgroep van Open en Alert.

Het einddoel van Open en Alert is alcohol- en drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen in risicosettings te verminderen of te voorkomen. Dit is echter niet het primaire doel van Open en Alert. Dit lange termijn doel zal aangetoond moeten worden met behulp van monitoring en vervolgonderzoek (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009; Dijkstra & Bransen, 2010). Het is aannemelijk dat Open en Alert niet alleen geschikt is voor het behalen van de directe doelen, maar ook voor het bereiken van het einddoel, omdat de interventie werkt aan de voorwaardelijke elementen die nodig zijn om vervolgens preventieve interventies aan jongeren en jongvolwassenen in risicosettings aan te kunnen bieden.

De methodiek van Open en Alert bestaat uit drie kernonderdelen, namelijk beleid, scholing en samenwerking. Hieronder leggen we de drie onderdelen uit. Vervolgens gaan we in op de werkzame factoren van Open en Alert en waarom voor deze kernonderdelen gekozen is.

Beleid

Niet in alle risicosettings is een duidelijk alcohol- en drugsbeleid aanwezig (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009; Dijkstra & Bransen, 2010) of wordt het alcohol- en drugsbeleid voldoende nageleefd (Kepper et al., 2010). Duidelijke grenzen ontbreken bijvoorbeeld en afwezigheid van beleid kan leiden tot een ondoorzichtige en tegenstrijdige aanpak van professionals. Een verbod op middelengebruik is niet altijd haalbaar en effectief gebleken (Kepper et al., 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009). Zo gebruiken jongeren in JJI's ook tijdens het verblijf alcohol en drugs, ondanks het verbod op middelenbezit en –gebruik (Kepper et al., 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009). Uit een nulmeting onder 35 medewerkers van een JJI kwam naar voren dat het zero tolerance beleid, dat dertien jaar eerder was opgesteld, bij 46% niet bekend was. Ook gaf 77% van deze medewerkers aan dat er verschil bestond tussen de regels op papier en de toepassing ervan in de praktijk (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009). Wanneer gebruik van middelen geen onderwerp van gesprek is, biedt het beleid weinig ruimte voor preventie van problematisch middelengebruik. In risicosettings is daarom het opstellen (of aanpassen) van een niet-restrictief maar werkbaar beleid (praktisch haalbaar, eenduidige regels en werkwijze) noodzakelijk. Beleid is maatwerk en een standaard beleidsplan voor alle risicosettings is dan ook niet voorhanden. Open en Alert biedt handvatten voor het (gezamenlijk binnen een instelling) opstellen van een niet-restrictief beleid en bijbehorende protocollen waarin niet-gebruik van alcohol en drugs gestimuleerd wordt. Draagvlak creëren, medewerkers mee laten denken en regelmatig informeren over het nieuwe beleid zijn enkele van deze handvatten die ervoor zorgen dat dit beleid ook wordt nageleefd (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009).

Scholing

Zoals aangegeven laat de kennis en vaardigheden van professionals in risico-settings over (het omgaan met) alcohol- en drugsgebruik nog te vaak te wensen over. Professionals in risicosettings geven bovendien zelf aan behoefte te hebben aan scholing en informatie over signalering van alcohol- en drugs-problematiek, het bieden van de juiste begeleiding en over doorverwijzing (Dijkstra & Bransen, 2010; Van Hasselt et al., 2010). Uit een expertmeeting blijkt dat het opleiden van diverse professionals die in contact komen met kwetsbare jongeren een hoge prioriteit heeft, omdat daarmee risico's van

alcohol en drugs vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden en er vervolgens gehandeld of doorverwezen kan worden (Van Hasselt et al., 2010). De scholing van Open en Alert bestaat uit een basiscursus van twee dagdelen en een vaardigheidskursus van drie dagdelen. In de basiscursus wordt informatie over alcohol en drugs, de werking daarvan en redenen voor gebruik gegeven. Op een interactieve manier worden de verschillende onderwerpen behandeld. In de vaardigheidskursus wordt actief gewerkt aan het vergroten van de vaardigheden voor het signaleren, bespreekbaar maken en begeleiden van jongeren en jongvolwassenen die middelen gebruiken. Dit gebeurt onder ander door het doen van rollenspellen en het inbrengen en bespreken van actuele casussen. Ook krijgen professionals informatie over de stadia van gedragsverandering, gesprekstechnieken en de mogelijkheden van de verslavingszorg. Motiverende gespreksvoering is effectief gebleken in het terugdringen van middelengebruik onder jongeren en wordt behandeld in de scholing van Open en Alert (zie Van Hasselt et al., 2010).

Medewerkers van een JJI die de scholing van Open en Alert volgden, hadden na afloop meer kennis over middelen en (problematisch) gebruik en waren vaardiger geworden in signaleren, begeleiden en doorverwijzen. Ook kon het overgrote deel deze kennis en vaardigheden in praktijk brengen. Medewerkers die de scholing hadden gevolgd vonden het nieuwe beleid bovendien duidelijk en helder in tegenstelling tot medewerkers die de scholing niet hadden gevolgd (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009).

Samenwerking

Jongeren en jongvolwassen in risicosettings vallen vaak tussen wal en schip wanneer het gaat over jeugdhulpverlening en zorg (Borghuis, 1994; Snoek et al., 2010; Dijkstra & Bransen, 2010). Voor een effectieve aanpak van problematisch alcohol- en drugsgebruik is de expertise van zowel de verslavingszorg als de risicosetting nodig. Een goede samenwerking tussen medewerkers van de risicosetting en medewerkers van een instelling voor verslavingszorg is daarom een belangrijke voorwaarde om jongeren en jongvolwassenen die alcohol- en drugs gebruiken goed te kunnen begeleiden. Deze samenwerking ontbreekt vaak in de praktijk (Bransen et al., 2008; Dijkstra & Bransen, 2010). In Open en Alert wordt vanaf het begin gewerkt aan het opzetten van een structurele samenwerking tussen de risicosetting en de verslavingszorg. In de scholing van de medewerkers wordt aandacht besteed aan de samenwerking en doorverwijzing naar de verslavingszorg. In het beleid wordt eveneens aandacht besteed aan de samenwerking, doorverwijzing en continuering van de samenwerking. Uit de pilotstudie in de Justitiële Jeugdinrichting blijkt dat de samenwerking tussen de JJI en de verslavingszorg goed verliep en structurele inbedding van de gemaakte afspraken gewenst was (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009).

Werkzame factoren

Enkele verandertheorieën liggen ten grondslag aan de methodiek van Open en Alert. Educatieve theorieën zijn gericht op de motivatie van professionals om te leren en te veranderen. Deze theorieën gaan ervan uit dat professionals zelf problemen ervaren in de praktijk en gemotiveerd zijn iets aan deze problemen te doen: probleemgericht leren (Grol & Wensing, 2006). Open en Alert is een werkwijze die ervan uitgaat dat professionals in risicosettings problemen ervaren door gebruik van alcohol en drugs door jongeren en jong-volwassen in de instelling. Uit studies in justitiële jeugdinrichtingen en LVG-settings is inderdaad gebleken dat deze behoefte groot is (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009; Bransen et al., 2008; Dijkstra & Bransen, 2010). De eerste aanleiding voor het ontwikkelen van Open en Alert kwam eveneens vanuit professionals uit het werkveld die veel problematisch alcohol- en drugsgebruik signaleerden en dit structureel wilden aanpakken in de instelling. Een verandering in de organisatie en onder professionals was daarvoor nodig.

Open en Alert bevat daarom een educatieve component (scholing) en twee organisatorische componenten (beleid en samenwerking). Uit onderzoek is gebleken dat combinaties van verschillende interventies effectief zijn als meerdere ervaren knelpunten worden aangepakt. De effecten zijn voornamelijk gemeten op het niveau van directe uitkomstmaten (verhogen van kennis van professionals, aanwezigheid van beleid). Een combinatie van te veel interventies kan juist weer minder effectief zijn. Voor Open en Alert geldt dat zowel het kennistekort bij professionals als organisatorische belemmeringen worden bestreden. Bovendien wordt gebruik gemaakt van

kleinschalige, interactieve, educatieve bijeenkomsten. Deze zijn effectief gebleken in het veranderen van gedrag van professionals (Grol & Wensing, 2006).

Enkele determinanten van scholing zijn op effectiviteit onderzocht (Grol & Wensing, 2006):

- Duur van de scholing: Scholing van enkele dagen is effectiever dan scholing van één dag. Open en Alert bestaat uit vijf dagdelen.
- Groepssamenstelling: Scholing van één professionele groep (bijvoorbeeld maatschappelijk werkers) is even effectief als scholing van een multidisciplinaire groep. Scholing is effectiever wanneer deelnemers uit één organisatie afkomstig zijn. Open en Alert wordt in één organisatie gehouden, de groepssamenstelling kan per organisatie variëren van dezelfde professionals tot een multidisciplinaire groep.
- Behoefteteiling: Identificatie van knelpunten en behoeften die professionals ervaren met betrekking tot het onderwerp van de scholing (of verandering) en op deze knelpunten en behoeften aansluiten lijkt bij te dragen aan de effectiviteit van de scholing. Voordat de scholing van start gaat wordt met de werkgroep, en/of vertegenwoordigers van een te scholen groep, een intakegesprek gehouden. Tijdens dit gesprek kunnen de leerdoelen geïnventariseerd worden met behulp van de bijlage in het handboek. Deze inventarisatie kan in plaats van tijdens de intake ook tijdens de eerste les met alle deelnemers worden gedaan. De preventiewerker van de verslavingszorg sluit in de scholing aan op de uitkomsten. Tijdens de scholing houdt de preventiewerker een 'knelpuntenlijst' (tevens te vinden in de bijlage van het handboek) bij met knelpunten of onduidelijkheden die deelnemers tijdens de scholing tegenkomen.
- Actieve participatie: De effectiviteit wordt vergroot wanneer professionals actief participeren tijdens de scholing (bijvoorbeeld door discussies en rollenspellen). In de scholing wordt naast collegevormen veel gebruik gemaakt van interactieve vormen. In groepjes worden opdrachten gemaakt, opdrachten worden klassikaal besproken, over onderwerpen wordt gediscussieerd, rollenspellen worden gespeeld, deelnemers brengen een eigen casus in, etc.

Deze determinanten komen terug in Open en Alert. Daarnaast is het wenselijk om op de behoeften en ervaringen van management en professionals aan te sluiten (Grol & Wensing, 2006). In Open en Alert wordt gebruik gemaakt van een werk- en stuurgroep waarin verschillende disciplines/voorzieningen vertegenwoordigd zijn. Een probleemanalyse wordt uitgevoerd waarmee de knelpunten van management en professionals in kaart worden gebracht. Vervolgens wordt gezamenlijk beleid opgesteld. Ook de inhoud van de scholing wordt aangepast aan de behoeften van de deelnemers doordat de preventiewerker van de verslavingszorg intakegesprekken voert.

Bijlage 10 : Hart van Meesterstuk

Naam student: Roy Frenken

Begeleider: John Jeninga

Onderzoeksvraag: “Hoe kan Maatman Zorggroep er zorg voor dragen dat het drugsgebruik van cliënten vermindert”.

Deelvragen	Doelgroep / werkwijze	Methode triangulatie	Bronnen triangulatie	Tijdpad DATA VERZAMELING DATA-ANALYSE
Hoe is de huidige situatie, m.b.t. het drugsgebruik, binnen Maatman Zorggroep?	Begeleiders, psychologen, en management MMZG	Vragenlijsten Documentstudie	Begeleiders, psychologen, en management MMZG (Beleid)nota's Protocollen	Juni 2011 t/m November 2011: Vragenlijst voor collega's maken en verspreiden over het drugsgebruik (<i>aanpak, wie gebruikt, wat wordt er gebruikt, hoeveel wordt er gebruikt, wil de cliënt geholpen worden etc.</i>) December 2011 Analyseren van de vragenlijsten d.m.v.: - Kijken naar de verschillen en overeenkomsten - Uitkomsten verwerken in een staaf- of cirkeldiagram December 2011- Januari 2012 In gesprek gaan met de 'vrijwilligers' die zijn voortgekomen uit de vragenlijst. - Oktober - November 2011 Opstellen van een vragenlijst voor de psychologen en managers en

				deze verspreiden. - December 2011 analyseren van deze vragenlijsten. Hierbij kijkend naar de overeenkomsten en verschillen bij de verschillende antwoorden. Deze verwerken in een cirkel- of staafdiagram November 2011- December 2011 - Kijken naar de overeenkomsten en verschillen (vragenlijsten). Analyseren van waar de echte leerpunten liggen en waar vooral de sterke kanten binnen Maatman Zorggroep liggen. Hoe ik hier verder gebruik van wil maken is nog onbekend. Juli 2011-December 2011 (uitlopend tot januari 2011) - (Beleid) nota's en/of protocollen doorlezen en aantekeningen maken. - Lezen van literatuur over drugsgebruik. Welke nog onbekend. Hiervan
--	--	--	--	---

				samenvattingen maken en relevante gegevens in het meesterstuk gebruiken. - Evaluatie n.a.v. interviews en vragenlijsten (0-meting).
--	--	--	--	--

Deelvragen	Doelgroep / werkwijze	Methode triangulatie	Bronnen triangulatie	Tijdpad DATA VERZAMELING DATA-ANALYSE
Welke aanpak ga ik toepassen? Wat vinden Begeleiders, psychologen, en management MMZG van de aanpak?	begeleiders Maatman Zorggroep Begeleiders, psychologen, en management MMZG	Vragenlijsten Observaties	Begeleiders, psychologen, en management MMZG. Cliënten begeleiders (van de begeleiders die zich als vrijwilliger hebben opgegeven om mee te doen aan het onderzoek).	Oktober-December 2011: Stappenplan ontwikkelen - Opstellen van een stappenplan. Hierbij kijken naar de aanwezige items binnen MMZG. Tevens kijken naar de kennisblokken: Wat is hier bruikbaar. - Stappenplan bespreekbaar maken in een overleg met de psychologen/gedragsdeskundigen en operationeel manager. - Deze bijeenkomst voorbereiden met Franken. Februari 2012—April 2012: Aanpak implementeren) - Vooraf is een groep

				geselecteerd waarmee de aanpak wordt geïmplementeerd. Dit kan door begeleiders uit te nodigen en aan te geven wat we gaan doen. - Observeren hoe cliënten reageren op de ‘nieuwe’ aanpak. - Vragenlijst ‘nieuwe aanpak van drugsgebruik’ - Evaluatie aan de hand van observaties, interviews en vragenlijsten (eindmeting). - Eindmeting analyseren. Kijken naar de overeenkomsten en verschillen en naar wat men van de aanpak vindt. Is men tevreden? Hoe ver staan we en wat dient er nog te gebeuren binnen Maatman Zorggroep.? Wat is de consequentie van de nieuwe aanpak in termen van werkbelasting (wat vraagt het van de medewerkers en
--	--	--	--	---

				ook van de cliënt), etc. Mei-Juni 2012: Evalueren, Conclusies, Aanbevelingen en afronden. - Analyseren eindmeting - Conclusies trekken en aanbevelingen (hoofdstuk 6) schrijven - Meesterstuk afronden en bijlagen etc. controleren. <i>Aan de hand van de resultaten breng ik een advies uit met betrekking tot de aanpak van drugsgebruik.</i>
--	--	--	--	--

Bijlage 11: Tijdsplanning

Tijdpad	Voorwerk	Uitvoering
<i>Januari 2011-Mei 2011</i>	Format meesterstuk Fontys OSO bestuderen.	Schrijven van hoofdstuk 2 t/m 4 Feedback vragen CF's en verwerken feedback.
<i>Medio juni 2011 – November 2011</i>	Beleidsnota's en protocollen MMZG doorlezen Gesprekken houden met psychologen en gedragsdeskundigen Feedback vragen CF en R. Franken	Begin opstelling maken 'stappenplan' Feedback verwerken van methoden en stappenplan Opstellen Stappenplan Feedback verwerken Vragenlijst begeleiders maken
<i>Augustus 2011-November 2011</i>	Feedback vragen R. Franken Afronden vragenlijst	Vragenlijst bijstellen en aanpassen Verspreiden vragenlijst
<i>December 2011 – januari 2012</i>	Kijken naar hoofdstuk 2 t/m 4 onderzoek Feedback vragen hoofdstuk 2 t/m 4 Feedback vragen docent Gesprekken met R. Franken over stappenplan	Herschrijven hoofdstukken n.a.v. feedback docent, CF en R. Franken Verwerken feedback hoofdstuk 2 t/m 4 Verwerken feedback docent Verwerken feedback en definitief stappenplan opstellen
<i>Februari 2012-April/Mei 2012</i>	Verspreiden 'Stappenplan' begeleiders die zich als vrijwilliger hebben opgegeven Vragen herschrijven voor eindmeting Vragenlijst maken voor de vrijwilligers waarin ze kunnen aangeven wat ze van de bijeenkomsten vonden Schrijven van Voorwoord en inleiding meesterstuk	4 à 5 bijeenkomsten drugsgebruik plannen en organiseren Vragenlijst verspreiden onder begeleiders voor de eindmeting Vragenlijst verspreiden Feedback vragen CF's
<i>Mei 2012</i>	Verwerken gegevens eindmeting Hoofdstuk 5 herschrijven	CF's om feedback vragen Vragen om feedback CF's

	Hoofdstuk 6 schrijven	Vragen om feedback CF's
<i>Medio Mei 2012/Juni 2012</i>	Meesterstuk Controleren	Laatste aanpassing meesterstuk. Bijlagen toevoegen. Meesterstuk compleet maken!!
<i>18 juni 2012</i>		Definitieve versie meesterstuk indienen!

Stappenplan drugsgebruik MMZG



Auteur: Roy Frenken

Organisatie: Maatman Zorggroep

In opdracht van: Fontys Hogeschool

Inhoudsopgave

Uitleg gebruikte methodieken	Blz. 79.
Stappenplan aanpak drugsgebruik	82.
1. Bewustwording	82.
2. Probleemherkenning	83.
3. Voor- en nadelen drugsgebruik	84.
4. Veranderen? Welke problemen loop ik tegen aan?	85.
5. Vieren van het behaalde doel/verandering	85
6. Evaluatie	85.
Wat als de problematiek te complex is?	86.
Bijlage 1: 7-Stappendans	87.
Bijlage 2: Complicerende factoren	90.
Bijlage 3: Veel gebruikte drugs	92.
Bijlage 4: Informatie Triple C & Presentietheorie	94.
Bijlage 5: Hoe motiveer je een cliënt	97.
Bijlage 6: Signalen die kunnen duiden op (problematisch) alcohol- of drugsgebruik	99.
Bijlage 7: Valkuilen bij het voeren van een gesprek over alcohol of drugs	100.
Bijlage 8: Rapportageformulier MMZG	102.
Bijlage 9: Evaluatieformulier a.d.v. zorgplan MMZG	103.

Inleiding

Beste Collega's,

Na aanleiding van mijn vragenlijst "*Vragenlijst drugsgebruik van cliënten binnen MMZG*" hebben jullie je als vrijwilliger aangemeld om het stappenplan drugsgebruik te gaan uitproberen in de praktijk.

Dit plan van aanpak is tot stand gekomen door gebruik te maken van:

- Nota's die zijn samengesteld door R. Franken (GZ-psycholoog, Neuropsycholoog, orthopedagoog.)
- Een samenvatting van de methode Open en Alert
- Theorie oplossingsgericht werken
- Triple C
- Presentietheorie

Het doel van de implementatie van het plan van aanpak is erachter te komen hoe dit plan in de praktijk bevalt. Hiermee bedoel ik kijken of het in de praktijk werkt, wat moet er anders, wat gaat er goed en is er op korte termijn al resultaat te zien. Maar het belangrijkste om te weten is hoe jullie het hebben ervaren. Om dit alles te kunnen onderzoeken krijgen jullie na 2 à 3 maanden opnieuw een vragenlijst voorgelegd.

De duur van dit onderzoek is 2 à 3 maanden. Wat in deze maanden verwacht wordt is bereidheid om dit plan van aanpak in de praktijk toe te passen en de ervaringen met mij en de psycholoog/gedragsdeskundige van jullie regio te bespreken.

Ik hoop dat jullie net zoals ik plezier gaan hebben in dit onderzoek. Uiteraard ben ik, evenals andere personen binnen Maatman Zorggroep, benieuwd naar de 'resultaten'.

Veel plezier met dit onderzoek. Mochten er nog vragen zijn, dan kunnen jullie terecht bij:

- Roy Frenken: r.frenken@maatmanzorggroep.nl of 06-54707672
- Marjolein Bolio (Psychologe regio Noord-Midden Limburg)
- Marjolein van den Brand (Gedragsdeskundige Zuid-Limburg)

Groet,

Roy Frenken
Begeleider Zuid-Limburg

Docent Fontys Hogeschool:
Supervisor MMZG:

B. van Geffen/J. Jeninga (Docenten)
R. Franken (Gz-Psycholoog/ Neuropsycholoog/
Orthopedagoog)

Uitleg gebruikte methodieken

▪ Methode ‘Open en Alert’

Het doel van Open en Alert is het voorkomen en/of goed mogelijk begeleiden van problematisch alcohol- en drugsgebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVG). Het programma rust op twee peilers: ontwikkeling van een alcohol- en drugsbeleid en deskundigheidsbevordering voor professionals die met deze mensen werken.

Wat is problematisch gebruik?

Het gebruik van een middel op zo’n manier, dat lichamelijke, psychische of sociale problemen of maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving.

Open en Alert streeft de verankering van alcohol- en drugspreventie in de begeleiding van risicogroepen na. Sommige mensen lopen meer risico op problematisch alcohol of drugsgebruik. Dit heeft te maken met een aantal risicofactoren, bijvoorbeeld:

- Problematische schoolloopbaan
- Gedragsproblemen
- Psychische stoornissen
- Een slechte band met de ouders

Vaak hangen deze risicofactoren met elkaar en met problematisch alcohol- en drugsgebruik samen.

Cliënten binnen Maatman Zorggroep hebben vaak met deze risicofactoren te maken. Uit onderzoek blijkt ook dat de gevolgen van alcohol- en drugsgebruik voor mensen met LVG groter zijn dan voor normaal begaafde mensen. Niet alle organisaties weten hoe om te gaan met cliënten die alcohol en drugs gebruiken. Door het ontbreken van een alcohol- en drugsbeleid met duidelijke regels bijvoorbeeld. Of doordat professionals een gebrek aan kennis en vaardigheden hebben als het gaat om alcohol en drugs(gebruik). Of organisaties weten niet de weg naar de verslavingszorg te vinden voor advies.

De methode ‘Open en Alert’ richt zich zowel op alcohol als op drugsgebruik. Binnen dit onderzoek staat echter alleen het drugsgebruik centraal.

▪ Oplossingsgericht werken

Oplossingsgericht werken is een methodiek die steeds meer gebruikt wordt in de hulpverlening. Een oplossingsgericht gesprek heeft richt zich op twee kernactiviteiten:

- De eerste is de ontwikkeling van duidelijk geformuleerde doelen binnen het referentiekader van de cliënt.
- De tweede is de ontwikkeling van oplossingen gebaseerd op uitzonderingen. Cliënten krijgen eerst de gelegenheid te beschrijven wat ze in hun leven veranderd zouden willen zien als het resultaat van hun ontmoeting met de hulpverlener. Daarna gaat het construeren van oplossingen verder, voortbordurend op deze twee kernactiviteiten.

Samengevat betekent dit dat je bij oplossingsgericht werken de cliënten coacht met de bedoeling hen te steunen en een goede start te geven bij hun zoektocht. De zoektocht eindigt wanneer de cliënt erop durft te vertrouwen dat hij/zij de rest van de reis alleen kan afleggen, zonder begeleiding van de coach (lees: begeleider). Dit is meestal gericht op één doel van de cliënt, maar kan ook inhouden dat een cliënt op een gegeven moment zodanig zelfstandig kan functioneren, dat hij/zij geen begeleiding meer nodig heeft.

Een belangrijk kenmerk van het oplossingsgericht werken is dat er gebruik gemaakt wordt van wat de cliënt zelf inbrengt en wil. Hierbij is het belangrijk dat er in het gesprek met de cliënt rekening wordt gehouden met het volgende:

- Als het werkt, laat het dan zo
De belangrijkste regel is dat je moet uitzoeken wat werkt, al is het maar een klein beetje en werkt het maar af en toe. Het tweede deel van deze regel betekent dat je iets wat werkt nooit probeert te veranderen. Al een cliënt niet klaagt over iets wat jij als

begeleider als problematisch beschouwt, kan je er dus beter geen probleem van maken.

- Als iets ooit effect had, doe het dan vaker
Indien de cliënt gevraagd wordt naar eerdere positieve ervaringen met het probleem, vraag dan naar hoe hij/zij het toen heeft aangepakt. Zou de cliënt dit nu weer zo willen proberen of toch iets anders willen aanpakken. Zo ja, vraag naar hoe? Laat de cliënt het uitproberen.
- Als het niet werkt, doe dan iets anders
Als iets volgens de cliënt niet werkt en nooit heeft gewerkt, hamer er dan niet op dat het wel kan gaan werken. Zoek dan naar een andere oplossing. Laat de cliënt deze oplossing deels zelf bedenken. Op deze manier hebben zij meer inspraak in het proces.

Er wordt vaak oplossingsgericht gewerkt door gebruik te maken van de 7-Stappendans. Voor een uitgebreide uitleg zie bijlage 1: 7-Stappen dans

- Contact leggen
- Context verkennen
- Doelen stellen
- Sterke punten markeren en krachtbronnen aanboren
- Complimenten geven
- Differentiatiemogelijkheden aanreiken
- Je op de toekomst oriënteren

Kortom: oplossingsgericht werken is een methodiek waarmee je in gesprek gaat met de cliënt. Je benadrukt de positieve kanten van de cliënt meer en probeert de negatieve kanten om te zetten in positief en dient te beginnen met kleine stappen die steeds groter worden. Immers de cliënt moet openstaan voor verandering en is de expert van zijn of haar eigen leven. In dit opzicht is een cliënt van MMZG eigenlijk te zien als een persoon die geen ‘probleem’ heeft, maar vaardigheden mist die hij of zij nog niet geleerd heeft.

▪ **Triple C en presentietheorie**

In de Presentietheorie draait het om het ontwikkelen en toepassen van probleemoplossende strategieën in de 1^e –lijnshulpverlening in snel veranderende en onvoorspelbare dagelijkse situaties. De Presentietheorie is een methode, ze hanteert een favoriete zienswijze of praktijkparadigma, heeft een idee van wat goed is voor de cliënt en hanteert technieken. Voor meer informatie over de presentietheorie en Triple C zie bijlage 4.

Bij het in kaart brengen van de effecten van de hulpverlening draait het om de registratie van persoonlijke indrukken en objectieve veranderingen. Daar is nog geen observatielijst voor ontwikkeld maar deze is gemakkelijk samen te stellen met de volgende signalen als basis:

- Ontwikkelingen in het contact tussen begeleider en cliënt zijn af te lezen aan subjectieve en objectieve veranderingen : De cliënt nodigt zijn begeleider uit om langs te komen; zegt dat hij welkom is en het contact waardeert; de begeleider zegt dat hij de cliënt graag bezoekt, dat hij zich welkom voelt, dat hij zich praktisch nuttig kan maken, zich gewaardeerd voelt en geregeld spontaan aan de cliënt denkt. Meer objectief is de winst te zien aan het feit dat de cliënt zelf de begeleider belt, zelf bij een huisbezoek de voordeur opent, koffie gaat zetten, concrete praktische hulpvragen stelt en de begeleider bijvoorbeeld vraagt om ook eens een kennis of familielid te helpen. Ook de begeleider verandert, en dat is onder andere te zien aan het feit dat hij wat meebrengt voor bij de koffie, steeds met praktische tips komt, blij is dat de cliënt contact met hem zoekt enz.
- Ontwikkelingen in het wederzijds vertrouwen : De cliënt zegt zich veilig te voelen bij de begeleider, doet zich bij hem niet anders voor dan hij is, vindt het leuk als de begeleider onverwachts langs komt, zegt met hem meer persoonlijke informatie uit

te wisselen dan voorheen en van plan te zijn om een paar geheimen te vertellen. De begeleider zegt dat het hem inmiddels minder energie kost, meldt dat hij de cliënt beter leert kennen, zegt dat hij zich vrij voelt om ook iets over zichzelf te vertellen en optimistisch is over de groeimogelijkheden van de cliënt. De cliënt zelf begint spontaan over zijn leven te praten, maakt grappen, maakt ruzie, vertelt over voor hem prettige en onprettige ervaringen en onderneemt iets samen met de begeleider. De begeleider vraagt rechtstreeks naar kwetsende levenservaringen en actuele problemen, steekt de draak met de cliënt en met zichzelf, is niet bang om enige irritatie te tonen, praat over zijn eigen leven en manifesteert zich als bondgenoot.

- **Ontwikkelingen in het contact tussen cliënten en anderen :** De cliënt zegt dat hij zich eenzaam voelt, andere mensen nodig heeft, meer aandacht heeft voor anderen, dat hij conflicten wil bijleggen en samen met anderen iets wil gaan doen. De begeleider meldt dat de cliënt meer open staat voor contact met anderen, zich meer bewust is van de eigen sores, inlevingsvermogen ontwikkelt en dat het lukt om in contact gebracht te worden met anderen zodat de begeleider minder nodig is. De cliënt praat over gebrek aan contact, vertelt dat hij zich om iemand zorgen maakt, probeert iets goed te maken met iemand, wordt lid van een club en verschijnt op uitnodiging van de begeleider in diverse sociale contexten. De begeleider praat met de cliënt over verloren gegane contacten, brengt hem ertoe zich om anderen te bekommeren, kiest er met hem voor om contacten te verbreken/te herstellen/voort te zetten enz.
- **Variatie in handelen van de cliënt :** De cliënt zegt dat hij weer zin krijgt in zijn oude hobby, zich gesteund weet in zijn huiver om iets op te pakken en beter kan inschatten met wie hij contact wil en met wie niet. De begeleider zegt dat de cliënt hoofd-en bijzaken beter kan scheiden, genuanceerder is in het uiten van emoties, zichzelf beter beheerst en meer verschillende activiteiten onderneemt. De cliënt wordt lid van een club, repareert kleine dingen, ordent en opent zijn post, combineert werk en opleiding en leest de wijkkrant. De begeleider brainstormt over deelname aan groepen, geeft informatie over cursussen, praat over heden, verleden en toekomst van de cliënt en van zichzelf en zorgt ervoor dat de cliënt anderen helpt.
- **Veranderingen in de fysieke/materiële situatie :** De cliënt zegt zijn spullen beter te kunnen terugvinden, voelt zich uitgerust en vindt troost bij een oud foto-album. De begeleider zegt dat de cliënt zich netjes kleedt, prijsbewust is, goed slaapt, er gezond uitziet en een zorgzame gastheer is. De cliënt heeft een meubelstuk vervangen, knapt zijn kamer op, drinkt niet meer dan vier glazen alcohol per dag, houdt zich redelijk goed aan afspraken, neemt deel aan een lotgenotengroep en bespreekt elke dag op een vast tijdstip problemen door met zijn partner. De begeleider doet een klusje voor de cliënt, brengt ordners mee voor zijn administratie, leert hem maaltijden klaar te maken, beheert zijn financiën en lost het geluidsoverlast van de burens op.

Stappenplan aanpak drugsgebruik

Cliënten zijn het meest gebaat bij een hulpaanbod dat qua aard, inhoud en intensiteit is toegesneden op de aard en ernst van de aanwezige problemen en de hulpbehoefte. Bepalend voor de keuze van de meest geschikte zorg zijn dus de behandelgeschiedenis, de ernst van het misbruik, de eventueel aanwezige psychiatrische en somatische comorbiditeit², de mate van sociale integratie, de intelligentie en de coöperativiteit.

Voordat je dus aan de slag gaat met onderstaande stappen, ga eens voor je cliënt(en) na of er een behandelgeschiedenis betreffende het drugsgebruik aanwezig is. Bekijk dit en kijk wat er toen al is gedaan op het gebied van behandeling. Kijk vooral naar wat heeft gewerkt en probeer dit in je achterhoofd te houden als de je de volgende stappen gaat zetten. Naast de behandelgeschiedenis kun je ook gaan kijken naar of er in de 'voorgeschiedenis' van de cliënt iets over drugsgebruik aanwezig is.

Tip

Attitude en bejegening bij cliënten met LVG.

- Maak contact: Doe rustig aan, investeer en neem de tijd (ook voor koetjes en kalfjes).
- Vraag en check: Stel open en belangstellende vragen. Gebruik controlevragen.
- Woordgebruik en zinsbouw: Gebruik acceptabele termen, houd het zo concreet mogelijk, gebruik geen jargon en gebruik korte zinnen en geen bijzinnen.
- Attitude:
 - Neem een niet-veroordelende houding aan
 - Ondersteun
 - Wees directief
 - Leg weinig verantwoordelijkheid/initiatief bij de cliënt
 - Praat met en niet over de cliënt.

1. Bewustwording

De eerste laagdrempelige stap, de bewustwording. Als begeleider dien je het drugsgebruik bespreekbaar te maken. Het doel is om de cliënt uit te lokken, maar vooral ook bewust te laten nadenken over het drugsgebruik. In deze stap hoeft de cliënt nog niet kenbaar te maken dat hij/zij overweegt om te 'veranderen'.

Kortom: je gaat contact leggen met de cliënt. In principe heb je dit al vaker gedaan. Kijk vooral goed in welke fase je je met de cliënt bevindt en hoe je uiteindelijk op het drugsgebruik van de cliënt kunt ingaan.

- Kennismaking & ontmoeting: *sluit aan bij de cliënt en bouw een relatie op.*
- De cliënt heeft vertrouwen in jou als begeleider: *houvast aan; menswaardige omgeving, onvoorwaardelijke omgeving, onvoorwaardelijke relatie(s), herkenbare ritmes en activiteit.*
- Het is een stressbestendige relatie die je met de cliënt hebt: *voorspelbaarheid neemt toe. Stress neemt af. Er is ruimte voor nieuwe ervaringen.*
- Er heerst een relationele autonomie: *er is meer zelfvertrouwen en er is ruimte om eigen initiatieven te ontwikkelen.*

Stimuleer het praten over:

- Op welke manier hij/zij drugs tegenkomen in hun eigen omgeving. Het hoeft niet over het eigen gebruik te gaan.
- Over zijn/haar nieuwsgierigheid naar drugs. Wat zou wel eens willen proberen, wat verwacht je ervan etc.

² Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer problemen. Het wordt ook een dubbele diagnose genoemd. (<http://www.webzorg.nl>).

- Wat gebruikt hij/zij zelf aan drugs? Hierbij heb je aandacht voor de redenen: leuk/prettig, wanneer, in welke situatie etc. Je gaat nog **niet** in op de achtergronden en de functie van het gebruik, bijvoorbeeld 'om me beter te voelen als ik me klote voel'.

Let vooral bij het praten op het volgende:

- Let op non-verbale signalen van de cliënt.
- Schrijf dingen op, indien de cliënt dit wil, zodat hij/zij het later kan kijken en/of je later op dingen kunt terugkomen.
- Bespreek de informatie met elkaar met bijvoorbeeld aandachtspunten als: leuk/niet leuk, waar/niet waar, mee eens/niet mee eens

Tip

Noteer eventuele gespreksonderwerpen, vragen of thema's om er in de volgende begeleidingsbijeenkomst op terug te komen.

2. Probleemherkenning

In deze stap ga je als begeleider onderzoeken of er al enige probleemherkenning bij de cliënt aanwezig is. Daarnaast onderzoeken of er al plannen zijn om iets te veranderen in het gebruik.

Kortom, je gaat de context verkennen en stelt indien mogelijk al doelen. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt zelf inziet en aangeeft dat hij iets wil veranderen aan zijn/haar drugsgebruik en dat uitgelegd wordt dat MMZG grenzen stelt aan het drugsgebruik. Bij het tot stand komen van de doelen kan o.a. gebruik gemaakt worden van de schaalvraag van het oplossingsgericht werken. Zie bijlage 1 voor meer informatie hierover.

Het is de bedoeling dat je de cliënt op een positieve manier benadert. Vraag vooral naar succeservaringen. Als deze er volgens de cliënt niet zijn, vraag dan o.a. door :

- "Hoe zie jij het voor je om een stap verder te komen?"
- "Wat heb jij nodig om deze stap te zetten?"
- "Wat heb je zelf al allemaal gedaan om deze stap te zetten?"
- "Hoe ga dit aanpakken?"

Je vraagt door op de antwoorden die de cliënt geeft, bijvoorbeeld naar eventuele problemen die ze hebben door hun gebruik.

Tevens vraag je in deze stap wat de cliënt onder een gewoonte verstaat en vraag of hij/zij daar voorbeelden van kan noemen. Vraag de cliënt waarom het belangrijk is om na te denken over gewoontes. Leg samen met hem/haar de verbinding naar hun gewoontes op het gebied van drugs. Kijk samen met de cliënt naar het gewoonteformulier (zie bijlage). Laat hem/haar dit aandacht doorlezen en zijn of haar gewoonte benoemen met betrekking tot drugs. Ligt het onderwerp drugs gevoelig, stap dan in op een ander onderwerp en probeer het later nog eens.

Actieprogramma		
1	Prioriteiten stellen	Een cliënt heeft vaak meer problemen of het probleem is van complexe aard. Er moet dan een volgorde worden bepaald waarin de problemen aangepakt zullen worden.
2	Formuleren van acties	Acties die kunnen leiden tot vermindering van een probleem.
3	Overzicht maken	Een overzicht maken van de acties die de cliënt kan

		uitvoeren. Wat kan hijzelf, welke hulp kan hij inroepen?
4	Doelen stellen	De doelen of gewenste uitkomsten bepalen wanneer de actie(s) geslaagd zijn.
5	Uitvoering	De cliënt gaat de afgesproken actie(s) ten uitvoer brengen.
6	Evaluatie	Wat is gelukt, wat niet, in hoeverre is volgens de criteria van stap 4, het doel bereikt?
7	Nieuwe start	Op grond van de evaluatie van stap 6 gaat men verder met actie(s).
8	Afsluiting	Als alle doelen bereikt zijn, kunnen de begeleider en cliënt hun contact, voor zover dat gaat over het bespreken van problemen, afsluiten.

p

3. Voor- en nadelen.

Bij stap 3 ga je kijken wat de voor- en nadelen (en gevolgen) van het drugsgebruik. Hiermee wordt bedoeld problemen op (alle) belangrijkste levensgebieden: familie, vrienden, vrije tijd, school, werk, geld, gezondheid en geluk. Dit kan de motivatie om te veranderen vergroten.

Maak voor het opmaken van de voor- en nadelen gebruik van de balans in de bijlage 10. Zo wordt het inzichtelijk en wellicht ook wel confronterend, zodat de cliënt kan gaan nadenken over de gevolgen van zijn gebruik en over de kans om te veranderen.

Hierbij kunnen vragen gesteld worden zoals:

- Als je dat nou eens op een weegschaal zou leggen, dan kun je dit mooi zien. Als de balans doorslaat naar de voordelenkant, dan ben je vaak niet gemotiveerd om te stoppen. Als de balans de andere kant op beweegt, dus naar de nadelenkant, dan heb je vaak goede redenen om te verminderen en/of te stoppen.
- Kijk eens naar de toekomst, wat zou je graag anders willen zien en wat zou je willen dat hetzelfde bleef. M.a.w. stel je gaat nu slapen, morgen wordt je wakker en merkt dat er dingen positief veranderd zijn en dingen die hetzelfde zijn gebleven. Wat is er veranderd en wat is anders geworden.
- Wat zou je zelf nodig hebben om die verandering door te zetten. Welke stappen zou je willen zetten en wat heb je er al ooit eerder aan gedaan? Hoe heb je dat toen aangepakt? Waar sta je dus nu op een lijn, gezien van 0-10? Wat is een stap om vooruit te komen op deze lijn? Wat dien je daarvoor te doen?
- Vraag tot slot wat de cliënt van zijn of haar balans vindt. Schrikt hij/zij ervan of maakt het hem of haar niets uit?

Vooral in deze fase kan de cliënt niet meer gemotiveerd zijn om mee te werken. In het begin vinden ze het leuk/aardig/oké, maar als er geprobeerd wordt om dieper in te gaan op het drugsgebruik voelen ze angst/spanning in de zin van “Moet ik dat nu met mijn begeleider gaan bespreken? Dadelijk weet iedereen het. Rot maar op met je vragen en je vragen over mijn drugsgebruik”.

Tip

Biedt de cliënt, of ga met de cliënt op zoek naar, een alternatief voor het middelengebruik. Sluit aan bij de belevingswereld van de cliënt.

*Probeer daarom toch steeds de cliënt te blijven motiveren door hem of haar eigen expert te maken van hun verhaal. Op deze manier gaan ze zelf nadenken. Als dit gebeurt, maak hem/haar dan een groot compliment en vertel waar hij/zij een compliment krijgt. Blijf steeds het positieve benadrukken. Zie de ‘negatieve’ kanten die de cliënt benoemt als een kans/kwaliteit die benut kan worden om aan te werken.
In bijlage 3 zijn tips/vragen over “Hoe motiveer je een cliënt?”*

Bij sommige cliënten werkt het goed om de problematiek uitgebreid te bespreken. Er zijn echter cliënten waarbij het beter werkt om snel aan de slag te gaan, niet te veel te praten en een iets directievere aanpak te kiezen.

4. Veranderen? Welke problemen loop ik tegen aan?

Veranderen gaat niet vanzelf. Wat verwacht de cliënt aan problemen tegen te komen als hij/zij stopt of mindert. Kan hij/zij wel nee zeggen tegen bv. vrienden. Wat zijn moeilijke situaties voor de cliënt. (Hulpmiddel bijlage 10)

- Hoe denkt hij/zij hierover?
- Hoe denkt hij/zij hier mee om te gaan?
- Wat heeft hij hiervoor nodig? (bv. hulp van begeleider, familie, vrienden).
- Hoe gaat hij dit aanpakken? Heeft hij/zij hier al eerder mee te maken gehad? Zo ja, hoe heeft hij/zij dit dan eerder aangepakt.
- Waar zit de cliënt nu op een schaal van 0-10? Waarom bv. een 6 en niet een 5? Wat heeft er toe geleid dat hij/zij op een 6 staat? En waarom niet op een 7 (of een kleine stap: 6.5)? Wat heeft de cliënt hier voor nodig?
- Hoe ziet de cliënt zijn of haar toekomst voor zich op dit gebied?
- Spreek met elkaar af hoe er aan de volgende stap gewerkt wordt en wanneer er geëvalueerd wordt. Welke vervolgstappen kunnen er nog meer zijn? **Kijk vooral naar mogelijkheden en kansen.**

In deze stap stel je steeds opnieuw een doel/actiepunt/stap waar de cliënt zelf aan wil werken. Dit is tevens een laatste stap. Herhaal steeds de bovenstaande stappen tot de cliënt zelf meent klaar te zijn en het doel wat hij/zij voor ogen had behaald is. Wil de cliënt zichzelf dan weer een nieuw doel stellen, herhaal dan ook bovenstaande stappen. De cliënt moet telkens zelf willen inzien dat hij iets wil veranderen!

Let op! Je dient steeds een rapportage vast te leggen hoe jij, maar zeker ook de cliënt heeft gewerkt. Maar ook waar is de cliënt of jij als begeleider tegen aan gelopen. Zie bijlage 6 voor het rapportageformulier.

5. Vieren van het behaalde doel/verandering

Cliënten kunnen deze stap als kinderachtig zien, maar het is toch belangrijk om aan deze stap aandacht te besteden. Hij of zij heeft immers toch zijn of haar best gedaan om te werken. Heeft zelf ingezien dat het zo niet anders kan. Vier dus de verandering!!

6. Evaluatie

In deze laatste stap ga je als begeleider evalueren hoe het begeleidingsproces is verlopen. Daarnaast evalueer je de gestelde doelen/stappen/actiepunten. Wat is het resultaat en waar dient nog aandacht aan besteed te worden. Wat waren beschermende (positieve) en belemmerende (negatieve) factoren
Ook evalueer je samen de cliënt wat hij of zij van het resultaat vindt. Is het beoogde doel behaald? Zijn er nog stappen te zetten?

Gebruik voor deze stap het evaluatieformulier, zie bijlage 9.

Wat als de problematiek te complex is?

Het komt vaker voor dat organisaties niet meer weten hoe ze het drugsgebruik van cliënten moeten aanpakken. Er is dan een hele weg bewandel maar het lukt maar niet. Bij een onvoldoende succesvolle aanpak van het drugsgebruik kunnen we in gesprek gaan met een instelling voor ambulante hulp, die het ‘behandelteam’ kan adviseren en ondersteunen bij het reduceren van het drugsgebruik of bij het afkicken, en in algemene zin de kwaliteit van het leven kan helpen verbeteren.

R Franken heeft in zijn nota “begeleiding van druggebruikers” drie semi-murale instellingen voor verslavingszorg benoemd die zich bevinden in de regio’s waarin Maatman Zorggroep werkzaam is. Dit zijn:

- **Novadic-Kentron (Schijndelseweg 46, 5491 TB Sint Oedenrode. Tel: 041-3485858)**
Meer informatie over Novadic-kentron vindt u op: <http://www.novadic-kentron.nl>. Het behandelaanbod van Novadic is in grote lijnen gelijk aan het behandelaanbod van de GGZ noord- en Midden Limburg.
- **Mondriaan Zorggroep (John F. Kennedylaan 301, 6419 XZ Heerlen. Tel:045-5736262)**
Interessant is dat Mondriaan zich gaat richten op jongeren met een lichte verstandelijke handicap (LVG) die drugs gebruiken. Een passend behandelaanbod is er voor deze doelgroep echter nog niet maar wordt momenteel wel ontwikkeld door de Afdeling Preventie van Mondriaan in samenwerking met het Trimbos Instituut. Verder zijn er dezelfde behandel- en consultatiemogelijkheden als bij de twee bovengenoemde instellingen.
- **GGZ Noord- en Midden- Limburg (Stationsweg 46, 5803 AC Venray. Tel:0478-527527)**
R. Franken beschrijft het volgende na aanleiding van een gesprek dhr M. Kaarsemakers (tel. 0478-8527315):

“Na beëindiging van de begeleiding die Maatman Zorggroep aan een cliënt geeft zou een klinische opname in de GGZ nodig kunnen zijn, verwezen door de huisarts of door een GZ- psycholoog, maar interessanter is de vraag of er gedurende de begeleiding ambulante hulp, dagbehandeling en/of consultatie mogelijk is en wat hiervoor de indicaties zijn. Essentieel blijkt dan een IQ > 80, een goede motivatie bij de cliënt om het druggebruik te veranderen, en de capaciteit om op eigen kracht deel te nemen aan de behandelsessies. De meeste cliënten van MMZG voldoen niet aan deze drie criteria en kunnen dus niet behandeld worden in gespecialiseerde klinieken die deze toelatingseisen hanteren.

Wel is het mogelijk om de GGZ Noord- en Midden Limburg te consulteren, om raad te vragen. Binnen nu en een jaar wordt een multidisciplinaire Polikliniek operationeel waar complexe casuïstiek aan verschillende specialisten kan worden voorgelegd om na te gaan of en welke behandelopties er zijn. Zolang deze Poli nog niet draait kan dhr. Kaarsemakers telefonisch worden geraadpleegd. Wij leggen hem dan de vraagstelling met betrekking tot een cliënt voor plus een schets van zijn kenmerken, zonodig later ondersteund met e-mail informatie. Kaarsemaker geeft vervolgens aan of consultatie een reële optie is en welke afdeling de vragen het beste kan beantwoorden. Het is dan wel nodig om de dominante problematiek van de cliënt te noemen zodat de juiste afdeling wordt ingeschakeld. De GGZ behandelt daarna niet zelf maar is een vraagbaak die kan worden geraadpleegd.

Bijlage 1: 7-Stappendans

Bron: http://www.oplossingsgerichtwerkeninhetonderwijs.nl/synopsis/deel_i_fundament/4_de_zevenst_appendans

Stap 1: contact leggen

Er is geen eenduidig goede manier om te socialiseren en contacten aan te gaan. Kies gewoon voor de dingen die het beste bij jou passen en waar jij je het meest comfortabel bij voelt. Voor de oplossingsgerichte begeleider geldt het adagium *een goede werkrelatie is de motor van verandering*.

Stap 2: context verkennen

Omgevingsfactoren bepalen in grote mate hoe we de dingen die we tegenkomen waarnemen. Meer nog, perceptie creëert onze realiteit: we zien wat we geloven en we geloven wat we zien. Als je iemand voor de eerste keer ontmoet, en het gaat over meer dan louter inhoudelijke problemen (en dan nog!), kun je met een aantal vragen helderheid krijgen over zijn achtergrond.

Stap 3: doelen stellen

Eindeloos filosoferen over de oorzaken van hetgeen de ander meemaakt draagt niet noodzakelijk bij tot zijn welbevinden. De ander helpen de juiste doelen te stellen is een van de belangrijkste opdrachten. Doelen zijn de richtingaanwijzers die de gedachten, emoties en gedragingen de weg wijzen (van de problemen) naar de mogelijke oplossingen. De belangrijkste vraag is de *doelstellingsvraag*: 'Wat moeten we vandaag bespreken, zodat dit gesprek voor jou nuttig zal zijn?'

Stap 4: sterke punten markeren en krachtbronnen aanboren

Iedereen staan vermogens ter beschikking die hem helpen op problemen op te lossen: van inspanning, motivatie, intelligentie, inzet, kameraadschap, spontaniteit, vergevingsgezindheid tot sociale vaardigheid, veerkracht en allerlei materiële zaken. Jij kunt de ander helpen die route of gebruiksaanwijzing te (her)ontdekken om van daaruit opnieuw zijn eigen oplossingen te (re)construeren. Door te informeren naar wat er (toch nog) klopt, deugt of goed gaat focus je op het halfvolle glas in plaats van op het halflege en daarmee op zijn krachtbronnen.

Vindplaatsen van krachtbronnen zijn onder meer:

- Uitzonderingen op het probleem
- Oplossingen uit een andere context

Stap 5: complimenten geven

Schouderklopjes zijn heel betekenisvol. Indien zorgvuldig gekozen (en geuit) focussen ze de ander op die competenties die hem helpen zijn uitdagingen de baas te worden. Als je er zeker van wilt zijn dat je complimenten niet de mist in gaan zullen ze authentiek, gemeend, relevant en op maat moeten zijn.

Stap 6: differentiatiemogelijkheden aanreiken

De neiging in zwart-wit te denken maakt dat mensen snel vast komen te zitten in een soort 'of/of-klem'. Door differentiaties aan te reiken, kun je de ander helpen zijn werkelijkheidsbeleving te nuanceren. Drie mogelijkheden:

- 1. Gezond verstand

Het meest voor de hand ligt dat je de zwart-witdenker op een vriendelijke manier uitnodigt om zijn zorgen te relativieren: 'Dat meen je niet, zo erg kan het toch niet zijn?' Relativeren is wat anders dan bagatelliseren, dat is uiteraard uit den boze.

- 2. *Nuanceren*

Dan kun je overschakelen op vragen die peilen naar de nuances. Hierdoor zal de cliënt zich meer serieus genomen voelen. Je ontvangt nuttige informatie en helpt hem om vanuit een ander perspectief naar zijn problemen te kijken:

- Wanneer ging het een klein beetje beter dan nu?
- Wat was er toen anders?

- 2. *Schaalvragen*

Een bijzonder geavanceerde techniek om te differentiëren is het gebruik van tienpuntsschalen.

0-----5-----10

Mag ik je eens een vraag stellen? Op een schaal van 0 tot 10, waarbij de 0 staat voor "het ergste moment ooit" en de 10 voor "zo zou ik het willen", waar sta je dan nu?

Er zijn tal van toepassingsmogelijkheden. Gestoeld op de waardering voor willekeurig welke score is de uitdaging kleine stapjes vooruit te entameren.

Stap 7: je op de toekomst oriënteren

In het oplossingsgerichte denken is de toekomst belangrijker dan verleden; daarin immers bevinden zich de oplossingen voor eventuele probleemsituaties. Hoe gebruik je de virtuele realiteit van een gewenste toekomst in de werkelijkheid van vandaag?

Toekomstgerichte vragen

Stel vragen waarmee je de cliënt in staat stelt mogelijke oplossingen uit de toekomst terug te vertalen naar de realiteit van vandaag. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Wat wil je graag anders zien en hoe zul je merken dat zich dat al een beetje voordoet?
- Wat zullen de eerste tekenen zijn dat je een kleine vooruitgang boekt in de richting van wat je wilt bereiken?

De mirakelvraag

Een verrassend effectieve methode om toekomstgerichtheid uit te lokken is bedacht door Steve de Shazer (1988): de mirakelvraag. Door het stellen van de vraag help je de ander op een radicaal andere manier naar zijn probleem te kijken. De essentie van het oplossingsgerichte denken zit er als een hologram in vervat.

Het lijkt me duidelijk: je zit met een probleem. Als je straks naar huis gaat, zal je verder gaan met de

dingen die je vandaag nog te doen hebt. De dag verstrijkt en de avond valt. Op zeker moment word je moe en zoek je je bed op. Veronderstel nou eens dat er, terwijl je slaapt, een mirakel gebeurt. Daar merk je niets van, want je slaapt als een roos. En in dat mirakel wordt het probleem (waar je zojuist over hebt verteld) voldoende opgelost om er straks geen last meer van te hebben.

- *Hoe zou je merken dat dit mirakel zich heeft voltrokken?*
- *Wat zou je anders doen?*
- *Zou je op een wat andere manier uit bed komen?*
- *Zou je ochtendritueel er anders uitzien?*
- *Hoe zou je dit aan het ontbijt merken?*

Bijlage 2: Complicerende factoren

Opgesteld door R. Franken (GZ-psycholoog/Neuropsycholoog/Othopedagoog)(Maart, 2010)

Gebruik van drugs komt zelden alleen voor

Geweld

Drugsgebruik en geweld hangen vaak samen. De oorzaak van deze samenhang hangt ten dele af van het gebruikte middel.

Externaliserend, naar buiten gericht geweld: Bij cannabis-afhankelijkheid kan geweld vaak het best begrepen worden in de context van een gelijktijdig optredende gedragsstoornis, bipolaire stoornis of antisociale persoonlijkheidsstoornis en niet als een direct gevolg van gebruik van cannabis.

Internaliserend, naar binnen gericht geweld in de zin van bijvoorbeeld suïcide wordt vaak gezien bij drugsmisbruik. Extra risico lopen gebruikers met een verleden van seksueel misbruik, sociaal isolement, detentie en langdurige werkloosheid.

Borderline persoonlijkheidsstoornis

In combinatie met drugsmisbruik neemt de borderline patiënt meer drugs en vertoont meer psychopathologisch gedrag, meer zelfdestructief gedrag en suïcidale gedachten. De borderline stoornis compliceert de drugsbehandeling en is een contra-indicatie voor groepsbehandeling.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Deze stoornis is vaak te zien in combinatie met middelenmisbruik. Pas op: soms ontstaat als gevolg van drugsmisbruik een psychiatrisch aandoend gedragsbeeld dat bijvoorbeeld sterk lijkt op een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Om misdiagnoses te voorkomen is het van belang om dit verband te kennen.

Personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn over het algemeen terughoudend in het tonen van emoties en lopen niet te koop met hun problemen. Ze hebben de neiging om kil, manipulatief en vermijdend te reageren om anderen op een emotioneel veilige afstand te houden. Het opbouwen van een goede (therapeutische) relatie en een veilige omgeving vraagt dan een forse inspanning. Een licht vermoeden dat de therapeut niet betrouwbaar is kan de samenwerking onmiddellijk teniet doen, en voor velen is een vertrouwelijke relatie met de therapeut zo bedreigend dat een meer zakelijke en pragmatische werkrelatie meer effect heeft. Anders gezegd: op vaardigheden gericht werkt dan beter dan interventies die gericht zijn op inzicht en emoties, en confronterende interventies werken dan minder goed dan motiverende therapieën.

Psychotische stoornissen

Een van de grootste problemen in de GGZ is het gelijktijdig voorkomen van middelengebruik en psychotische stoornissen, en dit geldt met name voor schizofrenie. Tot voor kort werd weinig aandacht besteed aan een geïntegreerde behandeling vanwege de scheiding tussen GGZ en verslavingszorg.

Angststoornissen

Bij een angstige cliënt is het allereerst van belang om na te gaan of de angst een symptoom is van drugsgebruik of dat er sprake is van een specifieke angststoornis of van een complexer verband. In veel gevallen is het verstandig om de behandeling eerst op reductie van het drugsgebruik te richten, en vervolgens te bezien of ook de angstsymptomen afnemen. Zo niet, dan dient daarnaast de angst(stoornis) zelf te worden aangepakt.

Depressie en dysthymie

Bij depressie en ernstige ontstemming moet de behandeling zich richten op het middelgebruik en tegelijkertijd de depressie in de gaten houden. Bij aanhoudende depressieve klachten volstaat “in de gaten houden” niet en is een gerichte behandeling van de depressie noodzakelijk. Cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering zijn redelijk effectief.

ADHD

Een relatief groot deel van de drugsgebruikers heeft ADHD. Een aantal ervan geeft aan dat de drugs (en alcohol) gebruikt wordt als zelfmedicatie. De behandeling van deze gebruikers is weinig effectief als er geen aandacht wordt besteed aan de ADHD. Vaak is het pas na langdurige onthouding van drugs mogelijk om een goede diagnose ADHD te stellen. Het gebruik van medicatie bij ADHD is populair maar omstreden, omdat het gegeven middel verslavend kan werken.

Negatieve behandelattitude

Zowel gebruikers als zorgverleners kunnen een attitude hebben die conflicteert met de begeleiding: Druggebruikers stellen het vaak niet op prijs wanneer ze als gebruiker behandeld worden. Zij relativeren of ontkennen het gebruik, wantrouwen, manipuleren de hulpverleners, houden de boot af en zien de aangeboden zorg als bemoeizucht en controle. Aan de andere kant heeft ook soms een zorgverlener een attitude die weinig kansen biedt op succesvolle begeleiding, vooral wanneer gedacht wordt dat de gebruiker veel aan zichzelf te wijten heeft, capabel is om “gewoon te stoppen met het drugsgebruik” en dat een directieve no-nonsense aanpak snel een positief effect zou moeten hebben.

Bijlage 3: Veel gebruikte drugs

R. Franken (GZ-psycholoog/Neurpsycholoog/Orthopedagoog)(Maart, 2010)

Cannabis: Marihuana, hasj

Straatnamen: hasj, wiet, nederwiet, skunk, stuff.

Effecten: leidt tot een ontspannen toestand en lichte euforie, gaat vaak gepaard met toegenomen perceptuele scherpheid en intensievere sensorische ervaringen. Kan 3 uur aanhouden.

De effecten zijn afhankelijk van dosis, kwaliteit, ervaring en verwachting. Onthouding geeft rusteloosheid, irritatie, woede en slaapproblemen. Bij een hoge dosis treedt angst of neerslachtigheid op, duizeligheid, misselijkheid, paniek en/of flauwvallen. Na lang gebruik is er schade aan het kort termijn geheugen, aan concentratie en logisch denken, er is dan een verhoogd risico van hartfalen en soms zijn er psychosen.

Bij intoxicatie³ zijn de symptomen: roodheid, wazig zien, coördinatiestoornissen, angst, paniek, betrekkingsideeën, paranoïde gedachten, depersonalisatie en derealisatie.

Opiaten: Heroïne, morfine, codeïne.

Straatnamen: smack, horse, brown sugar, bruin.

Effecten: euforie, warme huid, droge mond, zwaar gevoel in armen en benen en pijnklachten worden onderdrukt.

Bijwerkingen: gevoeligheid voor het oplopen van infecties als endocarditis⁴, hepatitis, HIV, sepsis en TBC, verstoring van de menstruatie, en pasgeboren baby's vertonen ontwenningsverschijnselen. Bij overdosis is er een vertragend effect op de ademhaling (apneu). Psychische problemen verergeren door hasj.

Cocaïne: Wordt meestal gesnoven.

Straatnamen: coke, snow wit, basuco, crack.

Effecten: euforie, bij kleine hoeveelheden is de gebruiker energiek en spraakzaam. Bij grote hoeveelheden angstig, rusteloos, bizar agressief, paranoia en/of paniekaanvallen. Na intensieve euforie treedt rusteloosheid op, extreme opwindings, slapeloosheid en een groot verlangen naar cocaïne dat vaak leidt tot gebruik van kalmerende middelen als alcohol, heroïne, sedativa of slaapmiddelen. Bij regelmatig gebruik ontstaat verlies van eetlust, vermagering, de weerstand tegen infecties neemt af, en er zijn trillingen, bewegingsstoornissen en verstoring van het hartritme. Gecombineerd gebruik van cocaïne en alcohol: alcohol wordt dronkenschap niet gevoeld en dit leidt tot roekeloos en agressief gedrag.

Symptomen van cocaïne-intoxicatie: wijde pupillen, verhoogde bloeddruk, verhoogd zelfgevoel, euforie, angst, agitatie en/of achterdocht, en soms ook wanen en/of hallucinaties. Let op noodsignalen als pijn op de borst en neurologische uitvalsverschijnselen omdat er sprake kan zijn van een hartinfarct, hartritmestoornissen of hersenbloeding.

Amfetaminen: (Dex) amfetaminen en methamfetaminen (Meth is het sterkst en werkt het langst).

Wordt gerookt, gesnoven, ingespoten of oraal gebruikt.

Effecten: een intense rush die 12 uur duurt; er is sprake van onvermoeibaarheid, en door oververhitting ontstaan problemen met nieren en lever. Het maakt de gebruiker prikkelbaar, depressief of agressief.

³ **Vergiftiging of intoxicatie** is de toestand die ontstaat na het in- of opnemen van een voldoende hoeveelheid van een vergif om symptomen te veroorzaken. Als de schadelijke stof ook weer vanzelf uit het lichaam verdwijnt (bijvoorbeeld nicotine) treden pas klachten op als de opname de uitscheiding voldoende overtreft om boven de symptoomdrempel te komen. Als de opname de uitscheiding langdurig overtreft zal er cumulatie (stapeling) optreden. (<http://nl.wikipedia.org>)

⁴ **Endocarditis** is een ontstekingsreactie die de hartkleppen aandoet. De hartkleppen worden niet doorbloed, waardoor witte bloedlichamen ze niet kunnen ontdoen van infectie.

Soms is er ook nog sprake van verwarring en achterdocht. Bij combinatie met alcohol wordt dronkenschap niet gevoeld en dit leidt tot roekeloos en agressief gedrag.

Symptomen bij chronisch gebruik zijn: uitputting, gebrek aan eetlust, gewichtsverlies, verminderde weerstand, hersenschade, door tekort aan voedingsstoffen losse nagels en tanden, soms dwangmatige bewegingen met tandenknarsen en kauwbewegingen; ook eventueel cardiovasculaire problemen (hoge bloeddruk, verhoogd risico op beroerte); bij overdosis epileptische aanvallen en hyperthermia (kan fataal zijn). Extra gevaarlijk bij zwak hart, hoge bloeddruk, suikerziekte en epilepsie.

Extasy: Stimulerend middel met psychedelische effecten. Maakt overmoedig en kan het coördinatievermogen aantasten. Wordt oraal ingenomen. Effecten duren 6 uur.

Bijwerkingen: angst, depressie, verwarring, paranoia. Risico op verhoging van hartslag en bloeddruk, hart- en nierfalen, hyperthermia en uitdroging, kan schadelijk zijn voor de hersenen en kan fataal zijn. De risico's zijn extra groot bij astma, suikerziekte of epilepsie. Symptomen bij intoxicatie: lage bloeddruk, bradycardie, verlaagde lichaamstemperatuur, kleine pupillen, trage ademhaling, verlaagde reflexen en eventueel verwardheid, verlaagd bewustzijn of coma. Bij chronisch gebruik schade aan denk- en geheugenprocessen.

GHB: Doseran is moeilijk en gaat vaak mis. Geef bij kleine hoeveelheden een ontspannen, vredig gevoel en kan seksueel stimulerend werken. Bij hogere dosering misselijkheid en duizeligheid. Bij nog een hogere dosis een paar uur comateuze slaap; daarna erg alert en soms agressief. In comateuze toestand risico op blokkade van de luchtpijp door de tong; bij gecombineerd gebruik met alcohol risico van ademstilstand. Bij epilepsie en hart/vaatproblemen liever geen GHB gebruiken. Bij intensief gebruik verslavend.

Bijlage 4: Informatie Triple C & Presentietheorie

Bronnen:

R. Franken (GZ-psycholoog/Neuropsycholoog/Orthopedagoog)(Maart, 2010)

R. Franken (GZ-psycholoog/Neuropsycholoog/Orthopedagoog)(Oktober, 2010)

<http://www.asvz.nl/documenten/TripleCnieuw.pdf>

http://www.grondlijn.nl/presentietheorie_grondlijn_coaching.html

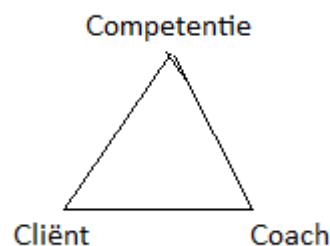
Triple C

Triple C is een orthopedagogisch behandelmodel bestaande uit visie en methodiek voor de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen of psychische problemen.

Triple C beoogt binnen de behandeling van cliënten vanuit een relationele en competentiegerichte benadering de ineffektieve actie-reactie-patronen bij problematisch gedrag te doorbreken.

Triple (drievoudig) C staat voor:

- competentie
- cliënt
- coach



Uitgangspunt hierbij is dat ons gedrag, dus ook dat van onze cliënten sterk bepaald wordt door de omstandigheden waarin wij leven.

De belangrijkste pijlers van Triple C zijn:

1. Het bieden van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie
2. Het hebben van een betekenisvolle daginvulling
3. Het accent ligt niet op het problematische gedrag

De coaching en begeleiding zijn gebaseerd op de Triple C Support-piramide. Deze piramide visualiseert de vier competentiegebieden van het dagelijkse leven van de cliënt:

1. **Zelfzorg**
2. **Zorg voor de eigen omgeving (wonen)**
3. **Werk / Scholing**
4. **Vrije tijd**

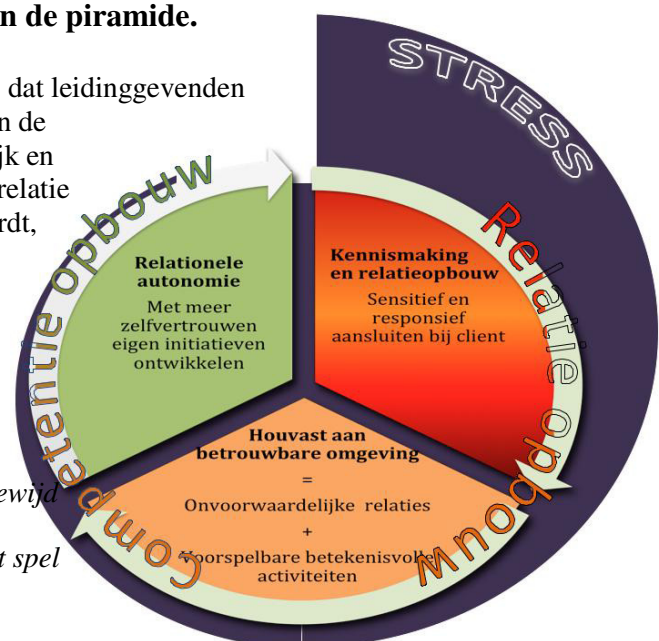
Deze competentiegebieden vormen de vier zijden van de piramide.

Een belangrijke voorwaarde in de uitvoering van Triple C is dat leidinggevend en behandelaars betrouwbaar blijven door vast te houden aan de onderliggende visie en uitgangspunten. Om onvoorwaardelijk en betrouwbaar te blijven voor cliënt wordt vanuit Triple C de relatie in stand gehouden, ook als het minder vanzelfsprekend wordt, dus ook als de cliënt zich afwijkend, storend en/of agressief gedraagt.

Presentietheorie

De presentietheorie gaat er vanuit dat ieder mens een aanwezigheid in zijn leven nodig heeft.

“een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betrekt, zo leert zien wat er bij die ander op het spel



staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat

begrijpen wat er in die situatie gedaan kan worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw”.

De presentietheorie gaat uit van een aantal basisveronderstellingen:

Visie: de mens verlangt naar waardigheid en begrip, hij wil sociaal opgenomen worden en ‘van tel’ zijn. Hij streeft naar erkenning en geluk.

Mensbeeld: de mens wil een integrale benadering en aandacht voor alles wat het leven biedt.

Techniek: zoek en vind nabijheid en aansluiting met de alledaagsheid van zijn leefwereld

Interventierelatie: bouw een zorgzame, betrokken, evenwaardige en wederkerige relatie op

Gecombineerd gebruik van de Presentietheorie en Triple C.

Triple-C streeft herstel van het gewone leven na door niet de behandeling van het probleemgedrag centraal te stellen maar op een menselijke manier dichtbij de cliënt te staan en in dialoog met hem te streven naar een zo normaal mogelijk bestaan. De begeleider heeft geen pasklaar antwoord maar zoekt samen met de cliënt naar het best passende antwoord. Hierbij worden vooraf geen doelen gesteld en geen voorwaarden geformuleerd. Later uiteraard wel, zij het subtiel en voor de cliënt te dragen . Bij Triple-C draait alles om een goede relatie tussen begeleider en cliënt, om het herstellen van vertrouwen, om veiligheid en om het aanreiken van groeimogelijkheden binnen de eigen grenzen van mogelijkheden, beperkingen en wensen. De methode sluit aan bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt en is gericht op een balans tussen emotionele draagkracht en draaglast. Gestreefd wordt naar het opdoen van succes-ervaringen in het dagelijks leven in de competentiegebieden zelfzorg, zorg voor de omgeving, werk/school en vrije tijd.

Het is een indirecte aanpak van gedragsproblemen die zodanig succesvol is dat de bovengenoemde zware gedragscontroleerende middelen zelden meer nodig blijken te zijn, de cliënt zich prettiger en competentier voelt en de geblokkeerde ontwikkeling weer wordt vlot getrokken.

Triple-C is niet alleen een behandelmodel voor cliënten maar ook een coachingsmodel voor professionals. In teamverband werken begeleiders, orthopedagogen en psychologen samen om voor elke individuele cliënt een apart en uniek begeleidingsplan te ontwikkelen. Het is geen methode die meer of minder vaste protocollen hanteert voor groepen cliënten met vergelijkbare problemen maar echt maatwerk levert, zonder standaardproducten. Het spoort medewerkers aan tot creativiteit, tot een zich inleven in de belevingswereld van de cliënt en tot samenwerking met andere professionals. De aanpak leidt zowel bij cliënten als bij professionals tot minder frustratie, vergroot het werk-en leefplezier, en heeft een opvallende reductie van gebruikte medicatie tot gevolg.

De methode is goed over te dragen en te leren, ook al zal het geen verbazing wekken dat de grootste moeilijkheid zit in het afleren van principes over het willen beheersen en onder controle krijgen van cliënten. Het focussen op vermindering van probleemgedrag moet immers worden vervangen door vermeerdering van kwaliteit van leven met ook voor de

omgeving gunstige consequenties, en dat vraagt een forse verandering van basishouding. Deze ommezwaai lukt echter altijd omdat de methode door haar menselijkheid sterk aanspreekt. Daarna blijkt tegen de verwachting in niet méér maar juist mínder personeel nodig te zijn dan bij een probleemgerichte meer technische aanpak.

Triple-C vertoont veel overeenkomsten met de aanpak van de Presentietheorie. De basisprincipes zijn gelijk hoewel de uitwerking verschilt. Triple-C wordt gebruikt in de intramurale Zorg voor verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen, en de Presentietheorie is ontwikkeld voor de begeleiding van niet opgenomen maatschappelijke drop-outs met psychische problemen. De doelgroep van Maatman Zorggroep heeft kenmerken van beide groepen, en een gecombineerd gebruik van Triple-C en de Presentietheorie is dus aan te bevelen.

Als wij meer langs de lijnen van beide methoden willen gaan werken helpt het een handje dat Triple-C methodisch goed is uitgewerkt en toepasbaar is. Bij de Presentietheorie is dit minder het geval maar zij kan ons als interessant en aansprekend gedachtegoed en basishouding van dienst zijn, vooral bij de begeleiding van de “moeilijkste” cliënten.

Bijlage 5: Hoe motiveer je een cliënt

Bron: Methode Open & Alert, werkboek voor cursisten, 2011

▪ Open vragen stellen

- Waarover moeten we volgens jou praten?
- Wat zijn voor jou de leuke/prettige kanten van drugsgebruik?
- Wat zijn voor jou de minder leuke/minder prettige kanten van drugsgebruik?
- Wat vind jij zelf belangrijk, wat staat op nummer 1 voor jou?
- Wat is eigenlijk je toekomstdroom?

Bij weerstand is actief luisteren en creativiteit geboden. Wat kan werken zijn de volgende vragen:

- Je wilt dat niet, wat wil je wel?
- Jij vindt dit stom, wat wil je wel?

▪ Activerende vragen

Het vergroten van de ambivalentie over het veranderen van het middelengebruik kan veel onzekerheid bij de cliënt teweeg brengen. Het is goed om te streven naar een situatie waarin de cliënt bovendien enige invloed ervaart op de verbetering van zijn of haar situatie. Via activerende vragen houdt je rekening met het doel en het belang van de cliënt en de behoefte aan zelfbepaling. Op deze manier blijft de cliënt de begeleiding accepteren.

- Voel je je ook fijn zonder drugs? Wanneer, bij wie, waar?
- Wat gaat goed? (met werk, vrije tijd, vrienden, geld, middelengebruik)
- Wat gaat niet zo goed? (met werk, vrije tijd, vrienden, geld, middelengebruik)
- Wanneer ben je toe aan verandering?
- Wat is voor jou het juiste tijdstip voor verandering?
- Welke (andere) prioriteiten heb je op dit moment?
- Waar heb je op dit moment (nu!) het meeste last van? Hoe komt dat? Hoe kan dat veranderen?
- Je vertelt dat je gaat drinken als je je verveelt. Wanneer verveelt je je juist niet?
- Je gaat dus vaak een jointje roken voordat je gaat slapen. Wanneer lukt het je om te slapen zonder joint?
- We gaan nu je netwerkaart invullen. Wat ik graag van je wil weten is: wie zijn voor jou goede mensen, goede vrienden of familie?
- Met wie ga je liever niet om?
- Wie zou je nog verder kunnen helpen?
- Van wie in je familie kun je steun krijgen?
- Wanneer heb je je broer nog gezien? Wat vond je daarvan?

▪ Circulaire vragen

Door verschillende perspectieven met de cliënt te bespreken kunnen gedachten geordend worden. Via een vraag naar de mening of beleving van een belangrijke andere kun je erachter komen of de cliënt het met de mening eens is en wat de cliënt er zelf van vindt. Via de omweg van een circulaire vraag neem je de invloed mee van thuis en kun je tegelijkertijd laten merken dat je juist de mening van de cliënt belangrijk vindt.

- Wat vindt je moeder van je drugsgebruik?
- Wat vindt je vriend(in) van je drugsgebruik?
- Wat vindt je begeleider van je drugsgebruik?
- Wat vindt je dealer van je drugsgebruik?
- Wat vind je zelf van je drugsgebruik?

▪ Afsluitende vragen

- We zien elkaar in ieder geval volgende week vrijdag om 10.00 uur. Wat ga jij nu doen?
- Wat is jouw top drie om deze week aan te werken? Waar begin je mee?

- Wat heb je van mij nodig?

Tabel 3. Overzicht van het online hulpaanbod.

Wat	Doel	Voorbeelden
Advies/informatie op het internet	Algemene informatie en advies over alcohol en drugs	• www.alcoholinfo.nl • www.drugsinfo.nl • www.drugsweb.nl • www.trimbos.nl • www.jellinek.nl • www.tactus.nl • www.drankjewel.nl (site voor jongeren/volwassenen met ouders met een alcoholprobleem)
Telefonisch advies/informatie	Algemene informatie en advies over alcohol en drugs	• Drugs Infolijn: 0900 - 1995 (€ 0,10 p/min) • Alcohol Infolijn: 0900 - 500 20 21 (€ 0,10 p/min)
Online testen	Analyseren van drinkgedrag/gebruik, feedback over voor- en nadelen van gebruik en persoonlijk advies	• www.drinktest.nl • www.drugdancer.nl • www.watwiljijmetwiet.nl • www.brijder.nl • www.tactus.nl • www.jellinek.nl
Online vragen stellen/chatten	Algemene informatie en advies over alcohol en drugs	• www.drugsinfoteam.nl
	Chatten met een hulpverlener over minderen/stoppen	• www.jellinek.nl • www.watwiljijmetwiet.nl
Online behandeling en lotgenotencontact /forum	Stoppen/minderen met alcohol of drugs	• www.minderdrinken.nl • www.alcoholondercontrole.nl • www.cannabisondercontrole.nl • www.drugsondercontrole.nl • www.klaarmetalcohol.nl • www.alcoholenik.nl • www.cannabisenik.nl • www.alcoholdebaas.nl • www.cannabsidebaas.nl

Bijlage 6: Signalen die kunnen duiden op (problematisch) alcohol- of drugsgebruik

Bron: Methode Open & Alert, werkboek voor preventiemedewerkers, 2011

Mogelijke aanwijzingen, signalen of indicatoren kunnen bij elkaar helpen (problematisch) middelengebruik te signaleren, terwijl de cliënt het gebruik zelf ontkent of zijn probleem niet deelt. Hieronder staan signalen die van betekenis kunnen zijn naast het direct waarnemen van middelengebruik (zien, ruiken).

1. De aanwezigheid van spullen die te maken hebben met het gebruik.

De cliënt laat spullen slingeren of heeft spullen bij zich, die te maken hebben met het gebruik. Dit kan van alles zijn, bijvoorbeeld: een lege pennenhuls, een pakje kingsize Mascotte vloeitjes of lege flesjes. Ook veelvuldig praten over middelen en middelengebruik kan op gebruik duiden.

2. Het dag- en nachtritme raakt verstoord.

De cliënt is 's ochtends moeilijk wakker te krijgen, komt vaker te laat of helemaal niet op dagbesteding (of school, stage, werk), afspraken worden niet nagekomen, en/of de cliënt is vaak tot midden in de nacht actief. Verzuim en maandagochtendverzuim zijn tevens signalen.

3. Opvallende verandering in de omgang met anderen.

Frequente samenscholing (binnen of buiten), contacten met andere gebruikers of een plotselinge toename in contacten met "vage vrienden". Dit laatste zowel live als via de diverse communicatiemiddelen (m.n. via MSN- of SMS verkeer). In het begeleidingscontact is de cliënt minder open, spreekt vaker niet de waarheid of legt verantwoordelijkheid voor zaken die fout gaan buiten zichzelf. De kans op politiecontacten wordt groter. Dit kan door overlast, maar ook vanwege betrokkenheid bij diefstal of illegale handel (al dan niet onder druk of dreiging van derden). Andere signalen zijn relatieproblemen, sociaal isolement en nalatigheid met afspraken.

4. De fysieke conditie verslechtert.

Verandering van gelaatskleur, lichamelijke klachten (klagen over griep, verkoudheid, hoofdpijn, e.d.) en/of verandering van voedingsbehoefte (bijvoorbeeld veel zoetigheid willen eten). De energiehuishouding is van slag: eerder moe, lusteloos of juist rusteloosheid, maar ook momenten van functioneren op de toppen van energie. Cliënten vragen bijvoorbeeld regelmatig om hoofdpijnpillen, moeten veelvuldig naar het toilet of hebben veelvuldig 'ongelukjes' of bijna ongelukken.

5. De psychische conditie ondergaat veranderingen.

Het kan gaan opvallen dat een cliënt extra labiel is, extra vrolijk, rusteloos of gespannen. Gespannenheid die samengaat met angstig zijn, gevoelens van wantrouwen of algehele prikkelbaarheid. De basisstemming van een cliënt kan worden versterkt. Problemen met aandacht en (nog moeilijker) het opbrengen van concentratie kan ontstaan. Agressie of heftig reageren tegen autoriteiten of regels, kunnen indirect verbonden zijn met middelengebruik.

6. Het uitgaven en/of inkomstenpatroon wijzigt.

Geld wordt anders besteed. De cliënt heeft geldnood of beschikt ineens over geld waarvan de herkomst onbekend is. De rekening van mobiel telefoneren wordt aanzienlijk hoger. Voor geld wordt illegaliteit of criminaliteit opgezocht. Ook vertoon van ander gedrag op de 'betaaldag' en geen geld voor boodschappen hebben zijn specifieke signalen voor cliënten met LVG.

Bijlage 7: Valkuilen bij het voeren van een gesprek over alcohol of drugs

Bron: Methode Open & Alert, werkboek voor preventiemedewerkers, 2011

Ondervragen lijkt al gauw op verhoren en de waarheid boven tafel willen krijgen. Het gevolg is meestal dat de cliënt zich uitgehoord en niet veilig voelt met als gevolg dat hij of zij dichtklapt. Bij preken en moraliseren stel je je autoritair op ten opzichte van de cliënt. Hierdoor kun je niet met elkaar communiceren.

Met beschuldigen kan het gesprek een welles/nietes gevecht worden, waardoor een open gesprek niet op gang komt.

Waarschuwen/dreigen is voor cliënten waarschijnlijk iets dat hen al vaker is overkomen. De vraag is of ze hier nog gevoelig voor zijn. Meestal weten ze wel wat consequenties kunnen zijn van hun gedrag, maar ze vinden dat wellicht minder belangrijk.

Bevelen/voorschrijven maakt dat de cliënt niet achter het geëiste gedrag staat en hij of zij zal daarom het geëiste gedrag niet uitvoeren.

Adviseren lijkt het probleem tot iets simpels te maken, wat het voor de cliënt vaak niet is. Zolang de cliënt niet zelf tot de conclusie komt dat iets moet gebeuren, zal hij hier niet aan gaan werken. Ook loop je het risico dat de cliënt zich niet begrepen voelt.

Stadia en begeleiding

Voorstadium

In dit stadium houd je vooral gesprekken met cliënten om meer te weten te komen over het gebruik. Daarnaast kun je objectieve informatie geven over alcohol en drugs en de cliënt proberen te interesseren zich in het onderwerp te verdiepen. Informatie kan het beste op een vriendelijke, niet bedreigende manier worden gebracht. Vertel relevante feiten aan de hand van concrete voorvallen. Hoe concreter, hoe beter voor mensen met LVG. Belangrijke gesprekstechnieken in dit stadium zijn actief luisteren, open vragen stellen, samenvatten en openstaan voor de beweegredenen van de cliënt. De medewerkers kunnen de cursisteninformatie gebruiken of informatie zoeken op bijvoorbeeld www.drugsinfo.nl of bellen naar de Drugs Infolijn (0900-1995; ook voor professionals!).

Overwegen

In dit stadium stimuleren medewerkers de cliënten om de voor- en de nadelen van gebruik (of juist van stoppen of minderen) te onderzoeken. Ook hier kan objectieve informatie over voor- en nadelen gegeven worden. Belangrijk is om erachter te komen of de medewerker en de cliënt over hetzelfde praten. De gesprekstechnieken doorvragen, concretiseren en reflecteren passen bij dit stadium. Ook is het aan te bevelen om plaatjes en ander beeldmateriaal te gebruiken. Het is belangrijk om niet alleen de nadelen te bespreken maar ook de voordelen van gebruik voor de cliënt na te vragen (gebruik helpt mogelijk tegen verveling bijvoorbeeld). Dit geeft aanwijzingen voor de begeleiding en wat voor de cliënt moeilijke momenten zijn. Cliënten laten nadenken over alternatieven voor gebruik en de mogelijkheden voor ondersteuning kan ervoor zorgen dat een cliënt de verandering als een haalbaar doel ziet. De cliënt moet zelf geloven dat hij de mogelijkheid heeft zijn gedrag te veranderen. Van huis uit hebben mensen met LVG al gauw een pessimistische kijk of juist een zelfoverschattende visie op de eigen mogelijkheden tot veranderen. Terwijl geloof in de eigen verandermogelijkheden erg belangrijk is in deze fase, ook het geloof dat belangrijke anderen tonen in die verandering. Om de cliënt uiteindelijk zijn gedrag te laten veranderen, moeten de nadelen van gebruik zwaarder gaan wegen dan de voordelen.

Tussenfase bij mensen met LVG

De beperkte mate van inzicht vraagt bij mensen met LVG om een tussenfase. Het is belangrijk om in deze fase extra uitleg te geven over middelen en dit te ondersteunen met specifiek materiaal (zoals de brochures in het werkboek voor cursisten). Voor deze doelgroep is het vooral belangrijk de begeleiding te richten op de externe motivatie en externe hulpbronnen voor het minderen en/of stoppen met gebruik. Maar ook bij mensen met LVG dient de aanwezige behoefte aan zelfbepaling en eigen invloed serieus genomen te worden. Oplossingsgericht werken is daarvoor een goede methode: nog kleinere stapjes nemen en elk stapje bekrachtigen (belonen). Als medewerker besteedt je weinig

aandacht aan niet gewenste resultaten maar beloon je het gewenste gedrag. Het is belangrijk om veel geduld te hebben. Ga de oorsprong van het middelengebruik na en probeer daarop in te grijpen. Vaak is het nodig eerst te werken aan het zelfvertrouwen en zelfbeeld van de cliënt voordat het middelengebruik effectief aangepakt kan worden.

Beslissen

Dit is eigenlijk geen fase maar een overgang tussen overwegen en uitvoeren. Een cliënt moet de beslissing om te veranderen zelf nemen. De voordelen van het gedrag (alcohol- of drugsgebruik) wegen niet meer op tegen de nadelen. Een voordeel bij cliënten met LVG is dat als ze eenmaal dit stadium hebben bereikt de knop echt om is en ze niet snel meer teruggaan naar een eerder stadium.

Uitvoeren

Heeft een cliënt besloten zijn of haar gebruik te veranderen, dan kunnen medewerkers in deze fase de cliënt ondersteunen. Gedrag veranderen gaat gepaard met vallen en opstaan. De medewerker moet voorkomen dat de cliënt aan een terugval de conclusie verbindt dat zijn inspanningen voor niets zijn geweest door de cliënt positief te bekrachtigen. Ook moet de cliënt leren omgaan met risicosituaties. Het is aan te bevelen veel risicosituaties door te nemen in rollenspellen, één op één begeleiding, begeleiding in de praktijk en het vermijden van risicosituaties. Waar mogelijk kan ook de steun van de omgeving ingezet worden (hulpbronnen, helpers of "buddies" bijvoorbeeld).

Volhouden

Het nieuwe gedrag zal uiteindelijk 'normaal' moeten voelen voor de cliënt. Dit stadium kan wel een jaar duren. Het blijft ook in dit stadium belangrijk om risicosituaties te bespreken en de cliënt positief te bekrachtigen. De voordelen van het niet gebruiken of minder gebruiken moeten expliciet worden gemaakt. Het is van belang na succesvol volhouden van het nieuwe gedrag aandacht te blijven houden voor het onderwerp en ook ongevraagd te bekrachtigen.

Terugval

Het is belangrijk dat een medewerker rekening houdt met een eventuele terugval in het oude gedrag van de cliënt. Dat gebeurt vaak en is geen ramp. Het is belangrijk om de terugval te analyseren en te benoemen als een leerervaring. De medewerker probeert daarna de cliënt opnieuw te motiveren om de draad weer op te pakken en weer snel in de uitvoeringsfase terecht te komen. Ook de medewerkers moeten weten dat terugval eerder regel dan uitzondering is.

Bijlage 8: Rapportageformulier MMZG

DAGRAPPORTAGE

Datum ____-____-2012

Clïënt: _____

Begeleider: _____

Competentiedoelen

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

1. Hoe heeft de cliënt aan zijn competentiedoel gewerkt?

Welke vorderingen zijn er gemaakt? Op welke wijze werd de cliënt hierbij beperkt door zijn belemmeringen?

2. Welke activiteiten heeft de cliënt ondernomen?

3. Welke succes-ervaringen heeft de cliënt opgedaan?

4. Waren er bijzonderheden in de begeleiding van de cliënt?

Waren er knelpunten in de begeleiding of incidenten met risicovol gedrag?

Bijlage 9: Evaluatieformulier a.d.v. Zorgplan MMZG

Algemeen evaluatiegedeelte (bijzonderheden en incidenten in de afgelopen periode)

Beschrijving

Competentiegebied

Competentiegebied

Competentiedoelen

1. Competentiedoel 1
2. Competentiedoel 2
3. Competentiedoel 3

1. Hoe heeft de cliënt aan zijn competentiedoelen gewerkt?

Welke vorderingen zijn er gemaakt? Op welke wijze werd de cliënt hierbij beperkt door zijn belemmeringen?

Beschrijving

2. Welke activiteiten heeft de cliënt gedaan?

Beschrijving

3. Welke succes-ervaringen heeft de cliënt opgedaan?

Beschrijving

4. Hoe reageerde de cliënt op de begeleiding?

Beschrijving

5. Waren er knelpunten in de begeleiding van de cliënt?

Zo ja, omschrijf deze. Hoe zijn de knelpunten met de cliënt opgelost?

Beschrijving

6. Waren er incidenten met risicovol gedrag?

Wat waren de gevolgen van het gedrag? Wat is er gedaan om (de gevolgen van) het risicovol gedrag te beperken?

Beschrijving

Extra

7. wat vin de cliënt van het behaalde resultaat?

Vind de cliënt het beoogde doel behaald? Zijn er nog stappen te ondernemen?

Beschrijving

Analyse vragenlijsten (beginmeting)



Auteur: Roy Frenken

Organisatie: Maatman Zorggroep

In opdracht van: Fontys Hogeschool

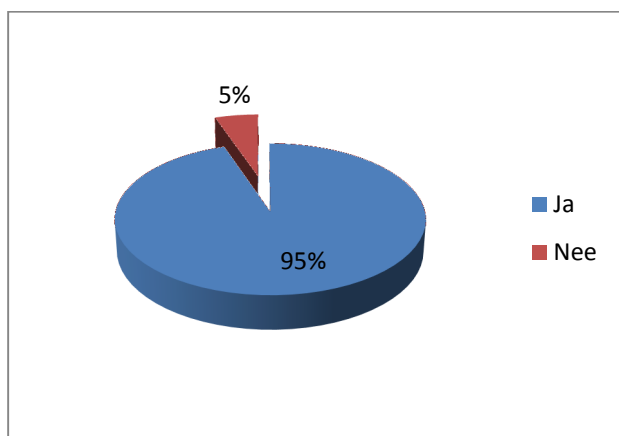
Inleiding

In deze analyse kunt u zien wat de resultaten zijn van de beginmeting (0-meting) in het kader van mijn onderzoek naar de aanpak van drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep.

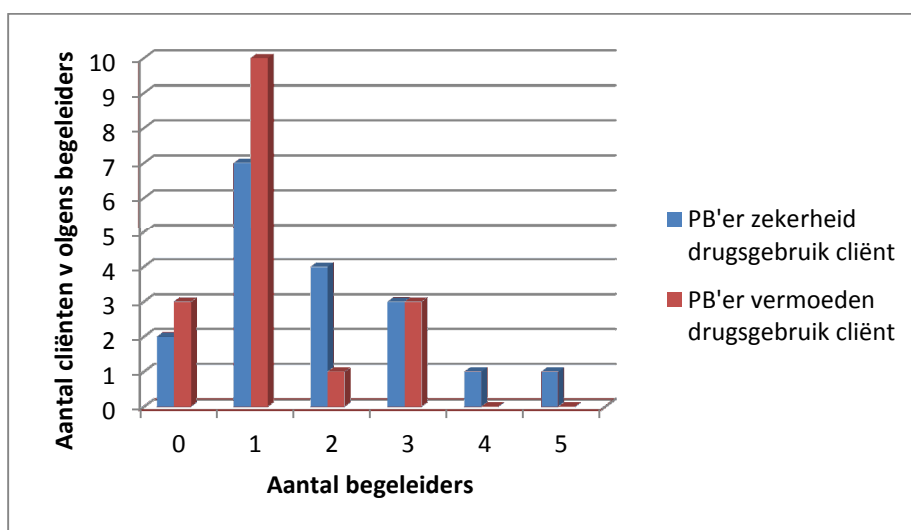
Vooraf is een vragenlijst (zie bijlage) opgesteld die verspreid is onder alle begeleiders, die met onze cliënten in de praktijk werkzaam zijn. Van de 42 begeleiders hebben 19 begeleiders gereageerd. De ingevulde vragenlijsten is geanalyseerd door bijvoorbeeld te gaan kijken hoeveel cliënten er een bepaalde soort drugs gebruiken, wat begeleiders vinden van het huidige protocol ‘Drank- en drugsreglement’ binnen Maatman Zorggroep et cetera. Deze gegevens zijn in een cirkel- of staafdiagram verwerkt, zodat er een duidelijk beeld is van de huidige situatie in de aanpak van drugsgebruik. Daarnaast zijn er een aantal resultaten die in een opsomming zijn weergegeven. Op deze manier probeer ik de toelichting en/of de resultaten van een vraag nog meer te verduidelijken.

Tot nu toe zijn er bijna nog geen conclusies getrokken. Deze komen pas in hoofdstuk 6 van het onderzoek aan bod.

Diagram 1: Cliënt gebruikt, volgens persoonlijke begeleiders, drugs of er is een vermoeden.



Grafiek 1: Cliënt gebruikt, volgens persoonlijke begeleiders, drugs of er is een vermoeden.



Toelichting:

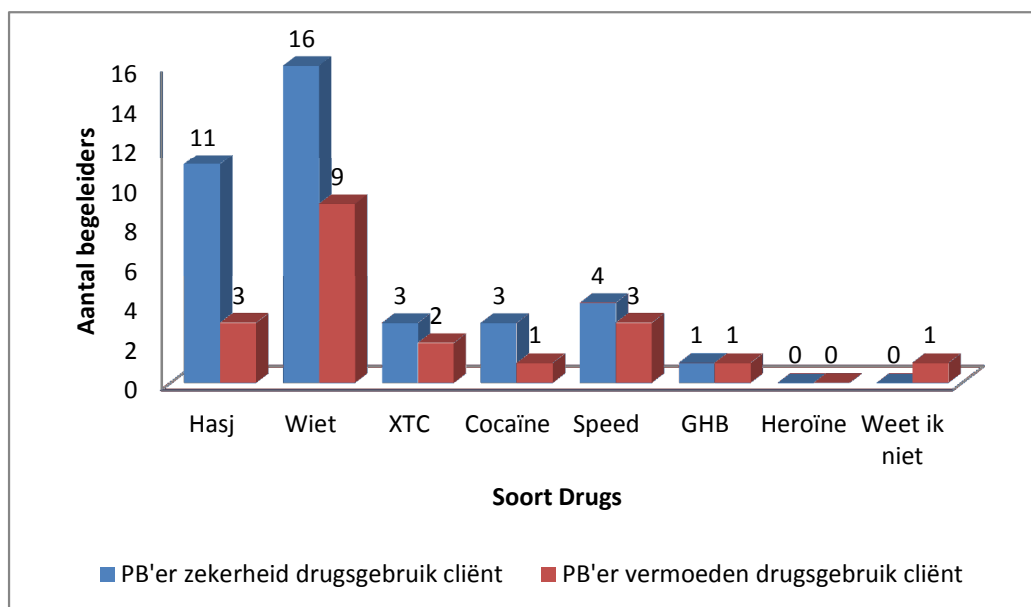
Zoals u kunt zien in het cirkeldiagram zegt 95% van de begeleiders dat ze met zekerheid kunnen vertellen **of** een vermoeden hebben dat hun cliënt(en) drugs gebruikt (gebruiken).

Grafiek 1 laat zien dat 10 begeleiders vermoeden dat één van hun cliënten drugs gebruikt waar nog 7 begeleiders zeggen dat ze met zekerheid zeggen dat 1 cliënt drugs gebruikt. Daarnaast is er ook een duidelijker verschil op te merken bij begeleiders die zeggen dat ze met zekerheid kunnen zeggen dat 4 van hun cliënten drugs gebruikt. Waarbij nog 1 begeleider zegt dat hij/zij een vermoeden heeft dat 2 cliënten van hem/haar drugs gebruikt.

3 begeleiders hebben geen vermoeden of hun cliënt(en) drugs gebruikt (gebruiken). 2 begeleiders durven geen zekerheid te garanderen dat er sprake is van drugs gebruik bij één of meerdere van hun cliënten.

Concluderend kan uit grafiek worden afgeleid dat hoe meer cliënten (waarvan een begeleider de persoonlijke begeleider is) er worden begeleid, hoe kleiner de aantallen waarvan er een vermoeden is **of** met zekerheid gezegd kan worden dat een cliënt drugs gebruikt.

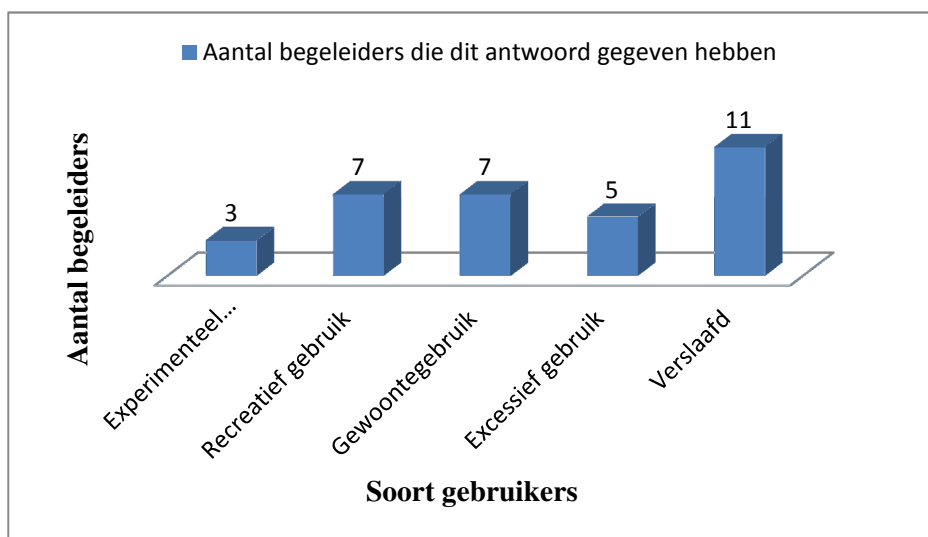
Grafiek 2: Soort drugsgebruik cliënten



Toelichting:

Uit grafiek 2 valt af te leiden dat 16 begeleiders met zekerheid zeggen dat hun cliënt(en), waarvan ze persoonlijke begeleider zijn, wiet gebruikt (gebruiken). Daarnaast hebben 9 begeleiders het vermoeden dat hun cliënt(en) wiet gebruikt (gebruiken). 11 Begeleiders weet ook met zekerheid te zeggen dat één of meerde cliënten waarvan hij/zij persoonlijke begeleider hasj gebruikt (gebruiken). Er kan dus gezegd worden dat de meeste ‘bekende’ drugs, hasj en wiet, het meeste gebruikt worden.

Grafiek 3: Groep gebruikers waaronder cliënten vallen die drugs gebruiken



Toelichting:

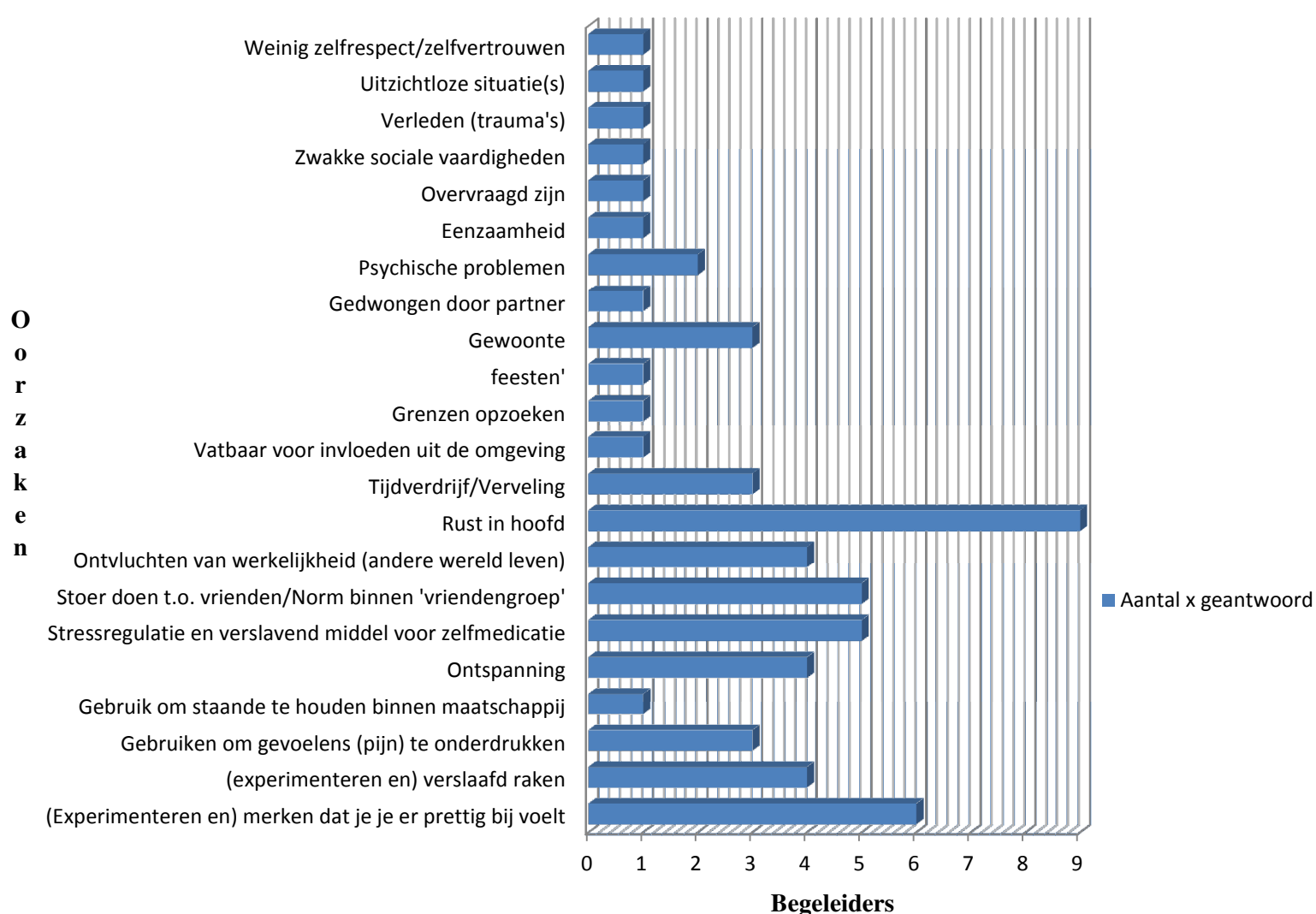
11 begeleiders geven aan dat hun cliënten ‘verslaafd’ aan drugs zijn. Maastricht & Hubers (2010) verstaan hieronder: *“Een middel wordt elke dag gebruikt of zelfs vaker per dag. De gebruiker kan niet meer zonder. Het middel beheerst het leven. Problemen op psychisch, lichamelijk en sociaal gebied. Pogingen tot stoppen met een middel mislukken vaak. Frequentie van gebruik: dagelijks.”* Daarnaast kan er gezien worden dat zowel het recreatieve gebruik van drugs als het gewoontegebruik gelijk is. Maastricht & Hubers (2010) zeggen dat recreatief gebruik wat frequenter is, er zit geen vast patroon in en de persoon ervaart er geen nadelige gevolgen van. Daarentegen is gewoontegebruik anders dan recreatief gebruik, het middel wordt gebruikt om bijvoorbeeld rustig te worden of leegte op

te vullen. Het middel wordt gebruikt volgens een vast patroon. Bijvoorbeeld: elk weekend, elke dag of met een feestje. Er kan een begin van verlangen naar het middel ontstaan en de gebruiker heeft dit nog wel onder controle. Bij gewoontegebruik is er geen sprake van negatieve gevolgen van middelengebruik. Kortom: er kan geconcludeerd worden dat er een verschil ontstaat tussen het 'verslaafd' zijn aan de drugs en het gebruiken van drugs om rustig te worden én het gebruiken van drugs op bijvoorbeeld alleen feestjes (e.d).

3 begeleiders vermoeden dat er cliënten zijn die drugs alleen gebruiken om te experimenteren. Het gebruiken van drugs begint wel met experimenteren, maar loopt volgens de antwoorden die begeleiders geven snel uit een verslaving of reactief- of gewoontegebruik.

Daarnaast valt op dat er volgens de begeleider 5 cliënten zijn die drugs gebruiken om rustig te worden maar daarbij de negatieve gevolgen van het gebruiken van drugs ervaren (excessief gebruik).

Grafiek 4: Oorzaken, volgens begeleiders, waarom mensen drugs gebruiken



Toelichting:

Uit de grafiek is af te lezen dat 9 begeleiders denken dat mensen drugs gebruiken, zodat ze rust in hun hoofd krijgen. Uit dit onderzoek is gebleken dat begeleiders vooral denken dat o.a. cliënten met ADHD, Borderline en Schizofrenie drugs gebruiken, zodat ze rust in hun hoofd krijgen.

Daarnaast denken begeleiders dat de cliënten binnen MMZG drugs gebruiken om te experimenteren. Mensen merken, terwijl ze experimenteren met drugs, dat het een prettig gevoel geeft. Daarentegen

denken maar 4 begeleiders dat cliënten experimenteren en er uiteindelijk verslaafd aan raken. Als je dit antwoord vergelijkt met grafiek 3, dan zeggen slechts 11 begeleiders dat hun cliënt(en) verslaafd is (zijn). Er is nog een discrepantie tussen beiden aantallen verschil van 7 begeleiders. Begeleiders (3) geven aan dat cliënten die verslaafd zijn het als een gewoonte gaan zien om drugs te gebruiken. Tevens scoort de oorzaak “stoer doen t.o.v. vrienden” en ‘stressregulatie/zelfmedicatie’ hoog (5). Het nationaalkompas (Kuipers et al. ,1997) geeft op hun website aan dat dit ook één van de oorzaken is waarom mensen drugs gaan gebruiken.

“Omgevingsfactoren, zoals de verkrijgbaarheid van drugs (fysieke omgeving), het druggebruik van vrienden en de houding van ouders (sociale omgeving).”

Er zijn cliënten die een turbulent leven leiden. Door allerlei oorzaken zijn zij drugs gaan gebruiken. Maastricht en Hubers (2010) schrijven in hun onderzoek naar hoe middelengebruik binnen een bepaalde instellingen aangepakt kan worden het volgende:

“Psychologische factoren

Sommige mensen hebben te kampen met psychische problemen. Door middelen te gebruiken krijgen zij het gevoel/ idee (op korte termijn) dat zij situaties beter aan kunnen, dan wanneer zij geen middelen gebruiken. Een voorbeeld is het gebruik van een middel als zelfmedicatie. Cannabis om tot rust te komen, de zorgen en stress even niet te voelen. Mensen met ADHD kunnen base coke gebruiken, omdat dit het tegenovergestelde effect heeft bij hen. In plaats van dat het als stimulerend middel werkt, werkt het bij mensen met ADHD als een dempend middel.”

Dit citaat geeft dus aan dat één van de oorzaken om drugs te gebruiken zelfmedicatie is. Dit doen cliënten dus om even de werkelijkheid te ontvluchten. 5 begeleiders van MMZG geven exact hetzelfde antwoord op de vraag wat oorzaken kunnen zijn dat mensen drugs gaan gebruiken. Het ontvluchten van de werkelijkheid is dus één van de oorzaken waarom mensen drugs gebruiken. Begeleiders (4) geven hiervoor als conclusie dat de drugs dan dient om te ontspannen. Weg van de realiteit, even niets aan het hoofd hebben. Tevens zegt 1 begeleider dat het ontvluchten van de werkelijkheid ook te maken heeft met het verleden, cliënt heeft één of meerdere trauma’s opgelopen. Op de website van mens- en samenleving (2009) geeft men aan dat een trauma bij jongeren ook één van de oorzaken kan zijn waarom mensen (lees: jongeren) (uiteindelijk) drugs gaan gebruiken. Ze schrijven dat een trauma of ingrijpende gebeurtenis zoals het overlijden van een dierbare een aanleiding kan zijn tot drugsgebruik. Drugs geeft een prettig licht gevoel in het hoofd, dit zorgt ervoor dat de persoon in kwestie even niet meer aan de nare dingen zal denken.

Daarnaast worden er nog een aantal oorzaken genoemd, waarbij begeleiders denken dat dit één van de oorzaken kan zijn waarom cliënten drugs gebruiken:

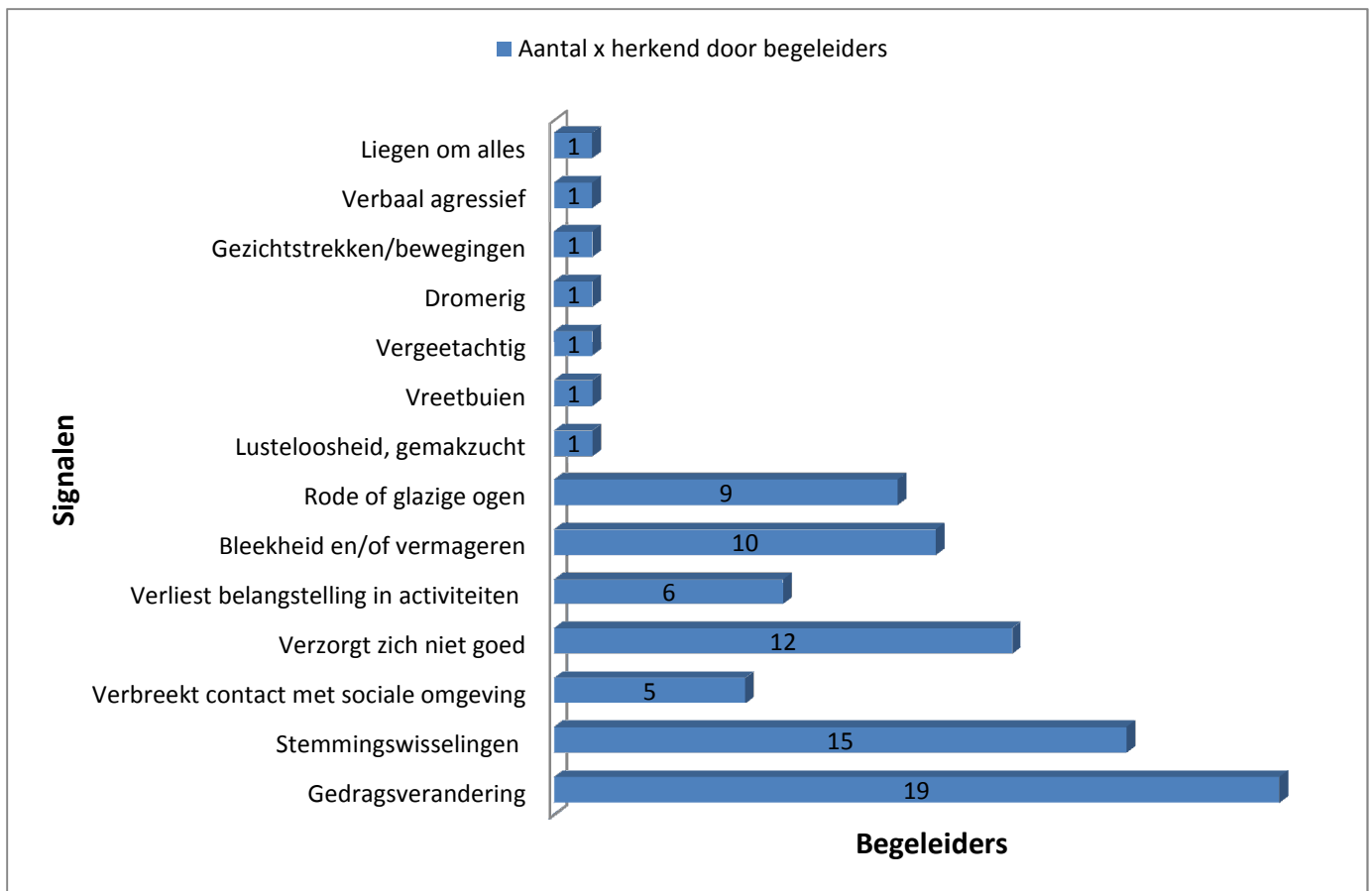
- Weinig zelfrespect/zelfvertrouwen (1)
- Uitzichtloze situatie (s) (1)
- Zwakke sociale vaardigheden (1)
- Overvraagd zijn (1)
- Gedwongen door partner (1)
- Feesten (1)
- Grenzen opzoeken (1)
- Vatbaar voor invloeden uit omgeving (1)
- Cliënt gebruikt om zichzelf staande te houden binnen onze maatschappij (1)

Maastricht & Hubers (2010) geven in hun onderzoek aan dat “weinig zelfrespect/zelfvertrouwen” één van de factoren is die een rol spelen bij de kwetsbaarheid van de doelgroep LVG. Naast deze factoren zijn er nog een aantal factoren die een rol spelen en die tevens terugkomen bij de antwoorden op de vraag wat oorzaken zijn waarom cliënten drugsgebruiken’:

- een gebrekkige korte termijngeheugen
- het frequent ervaren van dagelijkse problemen die voor hen moeilijk oplosbaar zijn
- het onvoldoende leren van gemaakte fouten

- het begrijpen van sociaal gedrag van anderen
- het gebrek aan assertiviteit en een negatief zelfbeeld.
- het gebrek aan sociale en communicatieve vaardigheden. Mensen met LVG
- hebben vaak geen of weinig vrienden
- moeilijkheden in de ontwikkeling van eigen identiteit en een sterk beïnvloedbaar karakter.
- Het gebrek aan inzicht en kennis over gevolgen en consequenties van middelengebruik

Grafiek 5: Herkende signalen bij cliënten die (vermoedelijk) drugs gebruiken



Toelichting:

Bovenstaand grafiek laat zien in welke mate bepaalde signalen volgens de begeleiders een vermoeden oproepen van drugsgebruik door de cliënten. Bovenaan staat het signaal ‘gedragsverandering’ (15). Cliënten zijn eerst vrolijk, maar snel daarna worden ze ‘boos’ of ‘(verbaal) agressief (1)’ en snel daarna weer ‘vrolijk’. Kortom: hun stemming verandert (15). Onder gedrag kan van alles worden verstaan. Maar de exacte definitie van gedrag is: (<http://www.encyclo.nl/begrip/Gedrag>) “De manier waarop men zich gedraagt, handelt, zijn gang gaat, zijn houding laat zien”

Leerwiki.nl (2012) benoemt allerlei signalen waaraan ouders drugsgebruik bij hun kinderen kunnen herkennen. Deze signalen zijn ingedeeld in verschillende gebieden: verandering op lichamelijk vlak, verandering op sociaal niveau, veranderend schoolgedrag en veranderingen in de vrije tijd.

Door de begeleiders worden de volgende signalen herkend:

Sociaal vlak

- Liegen om alles (1)
- Verbreekt contact met sociale omgeving (5)

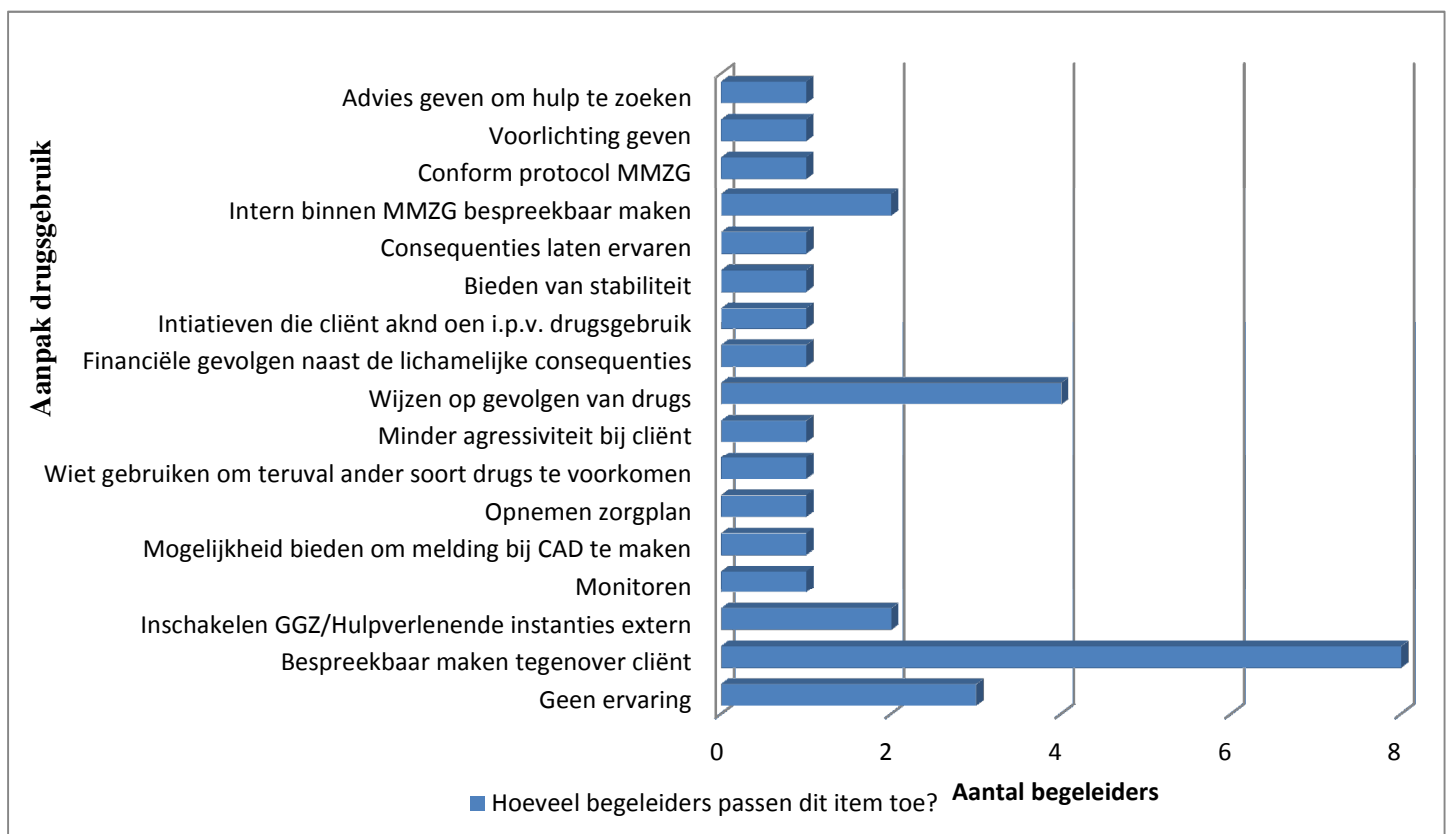
Veranderingen in de vrije tijd

- Verliest belangstelling in activiteiten (6)

Het drugsgebruik van een bepaalde persoon is ook te herkennen aan de non-verbale lichaamstaal/gezichtsuitdrukking (1). Begeleiders geven de volgende signalen weer:

- Bleekheid of vermageren (10)
- Rode of glazige ogen (9)
- Vergeetachtig (1)
- Vreetbuien (1)
- Dromerig (1)
- Lusteloosheid, gemakzucht (1)

Grafiek 6: Aanpak drugsgebruik door begeleiders



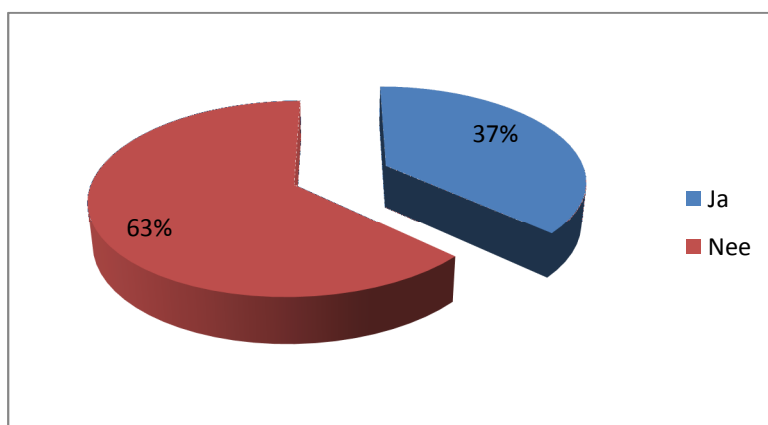
Toelichting:

Uit de vragenlijst is gebleken dat 3 begeleiders geen ervaring hebben met het aanpakken van drugsgebruik.

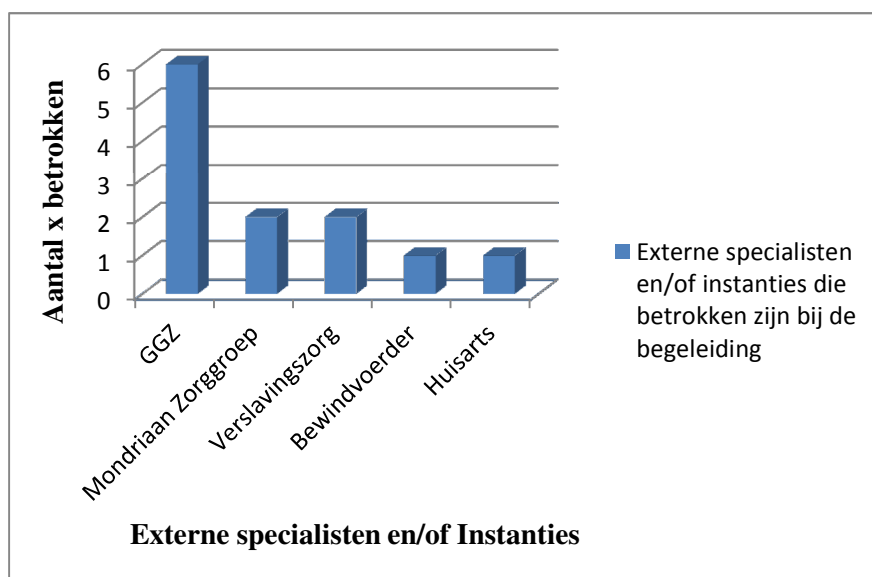
Als begeleiders maken wij altijd alles bespreekbaar met de cliënt. In grafiek 6 is dan ook te zien dat de meest voorkomende aanpak (6) het bespreekbaar maken tegenover cliënt is. Hieronder wordt verstaan dat er verder in gegaan wordt op het feit waarom de cliënt drugs gebruikt, wat hij/zij er zelf van vindt etc. Cliënten worden tijdens het bespreken vaker ook geconfronteerd met wat voor gevolgen het gebruiken van drugs kan hebben, 4 begeleiders passen deze aanpak toe. Naast het direct bespreekbaar maken met de cliënt, dient de psycholoog en regiomanager ook op de hoogte zijn van het feit dan een cliënt drugs gebruikt. 2 begeleiders passen dit toe.

Maatman Zorggroep heeft niet alle kennis in huis om het drugsgebruik van cliënten aan te kunnen pakken. Er is wel een protocol, maar niet alle begeleiders gebruiken dit. Het gevolg is dat cliënten verslaafd zijn geraakt. Daarom worden er steeds vaker externe instellingen, zoals verslavingszorg en GGZ ingeschakeld (2).

Diagram 2: Zijn er externe specialisten en/of instanties betrokken bij de begeleiding?



Grafiek 7: Externe specialisten en/of instanties die betrokken zijn bij de begeleiding



Toelichting:

Zoals uit grafiek 6 al was af te leiden is de betrokkenheid van externe instellingen minimaal te noemen. Met behulp van diagram 2 wordt dit bevestigd. 63% van de begeleiders geeft aan dat **geen** externe instellingen zijn betrokken. 37% (= 5 begeleiders) geeft aan dat wel externe instellingen zijn betrokken. Wel ziet u dat er een verschil van 5 tegenover 2 (grafiek 6). Het verschil zit het voornamelijk in de aanpak van drugsgebruik. Bij diagram 2 werd er duidelijk gevraagd of er externe instellingen betrokken zijn bij de begeleiding. Externe instelling kan breed opgevat worden. Daarom komen begeleiders uit op de volgende externe instellingen die betrokken zijn bij de begeleiding:

- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (6)
- Mondriaan Zorggroep (2)
- Verslavingszorg (2)
- Bewindvoerder (1)
- Huisarts (1)

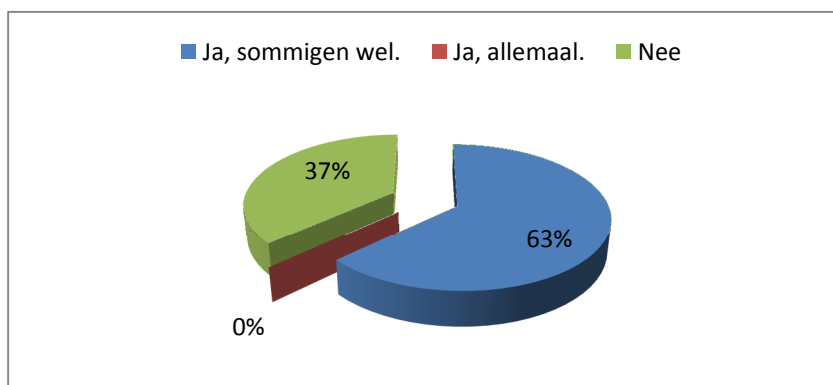
Hieruit is af te leiden dat de instellingen die gespecialiseerd zijn in verslaving van o.a. drugs het meest betrokken worden tegenover een extern persoon die alleen verwijst (huisarts) of financieel meer invloed heeft op een cliënt (bewindvoerder). Deze gespecialiseerde instellingen worden ingeschakeld door de begeleider, de psychologen/gegedragsdeskundigen of door de cliënt zelf.

Resultaten van de aanpak van drugsgebruik door begeleiders MMZG of van geen aanpak (tot nu toe):

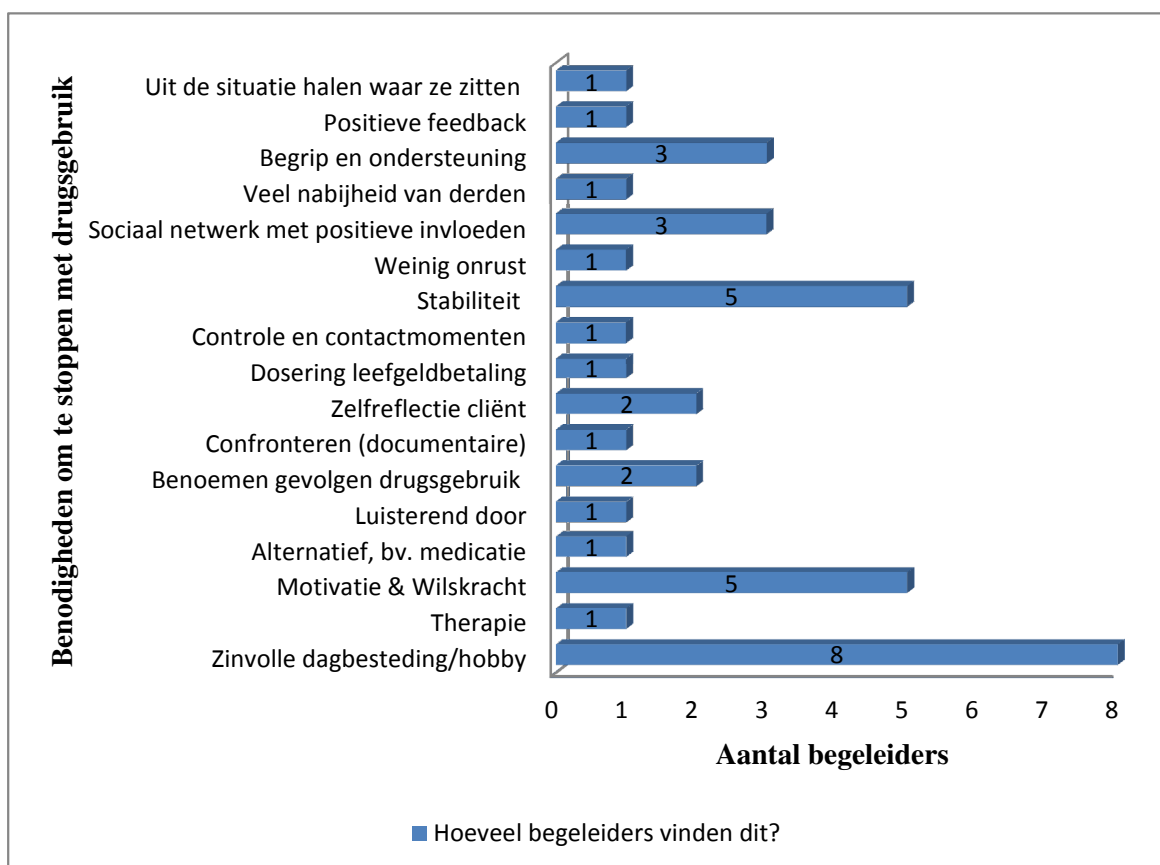
- Cliënt woont in woongroep. Heeft geen vrije toegang tot zijn geld. Werkt 5 dagen in de week. Cliënt wordt steeds persoonlijk benaderd op de momenten dat hij er is, maar is veel weg. Cliënt komt 5 maal per week eten in de woongroep. Pb'er van cliënt heeft veel gesprekken over doen en laten en toekomst met hem/haar.
- Gestopt door behalen van rijbewijs
- Het hebben van werk en zinvolle dagbesteding
- Stabiliteit in leren en leven
- Cliënt is vanwege zijn/haar problematiek in combinatie met drugsgebruik nog niet zover dat hij/zij de keuze kan maken om naar een kliniek te gaan.
- Cliënt onder curatele door bewind m.b.t. diepe schulden.
- Cliënt wordt meer bewust van risico's
- Door afspraken die er zijn gemaakt n.a.v. zin wens om zelfstandig te wonen is hij/zij vaker op vaste momenten op de groep.
- **Geen resultaat** (4)

Zie volgende bladzijde voor de volgende analysegegevens.

Diagram 3: Willen cliënten geholpen worden om zijn of haar drugsgebruik te verminderen en/of te stoppen



Grafiek 8: Wat heeft een cliënt, volgens een begeleider, nodig om zijn drugsgebruik te verminderen en/of te stoppen met het gebruik van drugs?



Toelichting

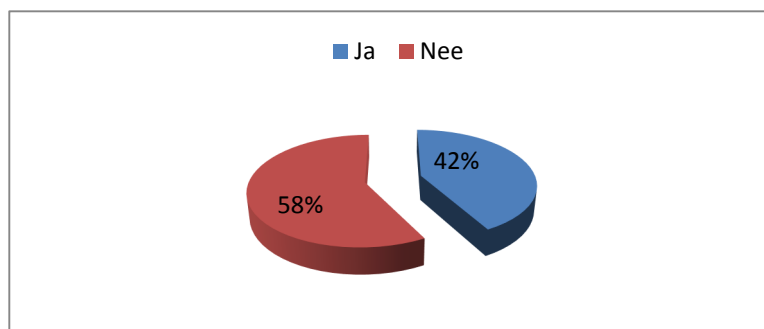
Uit diagram 3 valt af te lezen dat begeleiders (63%) denken dat sommige van hun cliënten wel geholpen willen worden met het verminderen en/of stoppen van drugsgebruik. 37% van de begeleiders denkt dat cliënten niet geholpen willen worden **of** helemaal niet willen verminderen of stoppen met het gebruik van drugs. Anders gezegd valt af te lezen dat de cliënt (bijna) altijd zelf bepaalt of hij/zij geholpen wil worden bij het stoppen (of verminderen) met het gebruiken van drugs.

Uit grafiek 8 valt af te lezen wat volgens begeleiders nodig is dat een cliënt gaat minderen en/of stoppen met het gebruiken van drugs. 8 begeleiders denken dat wanneer een cliënt een zinvolle daginvulling in de vorm van werk, dagbesteding en/of hobby heeft, hij of zij minder drugs gaat

gebruiken. Volgens deze begeleiders zijn cliënten dan minder thuis of meer bezig met hetgene wat ze leuk vinden. Ze hebben afleiding en denken minder vaak of hebben minder behoefte om tussendoor drugs te gebruiken. Hun leven zou hierdoor meer stabiliteit (5) krijgen. Cliënten krijgen meer structuur en een eigen dagritme, waardoor ze minder tijd hebben om tussendoor drugs te gaan gebruiken. Als op een werkplek of binnen de dagbesteding bekend is dat betreffende cliënt drugs gebruikt, wordt deze meer gecontroleerd en in de gaten gehouden.

Desondanks kunnen wij als begeleiders vinden dat bovenstaande punten belangrijk zijn voor een cliënt, maar hun eigen motivatie en wilskracht (5) is nog belangrijker wanneer een cliënt wil minderen en/of stoppen met het gebruiken van drugs. Dit baseer ik op antwoorden die door cliënten zelf zijn gegeven.

Diagram4: Hebben begeleiders genoeg vaardigheden om een cliënt, in de aanpak van drugsgebruik, te kunnen begeleiden?



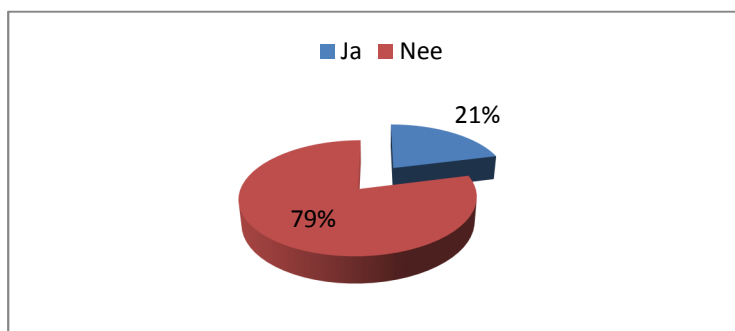
Kwaliteiten, vaardigheden en succeservaringen die begeleiders benoemen om drugs aan te kunnen pakken of hebben ervaren dat het werkte:

- Gebrek aan motivatie cliënt biedt geen succes, maar wel vermindering door inzicht te geven in het gebruik en de uitleg daarvan
- Luisterend oor bieden en inleven in situatie
- Voor- en nadelen benoemen en laat cliënt nadelen afwegen tegen voordelen. Dit bespreekbaar maken en mogelijkheid voorleggen voor gespecialiseerde hulp.
- Belangrijkste is dat cliënt het wil en de voordelen van clean blijven inziet als dit voor hem of haar geldt.
- Betrouwbare ander zijn
- Duidelijk zijn, heldere doelen stellen, consequent
- Bieden van stabiliteit door randvoorwaarden in te vullen
- Maken van vaste afspraken, aansluiten bij ritme cliënt.
- Signaleren, observeren, bespreken, analyseren.
- Cliënt moet zelf willen en 100% achter zijn keuze staan om te minderen en/of te stoppen met gebruiken. Belangrijkste is dat je als begeleider kunt zorgen dat er een vertrouwensband is waarin iemand zichzelf kan zijn en jouw ondersteuning accepteert.

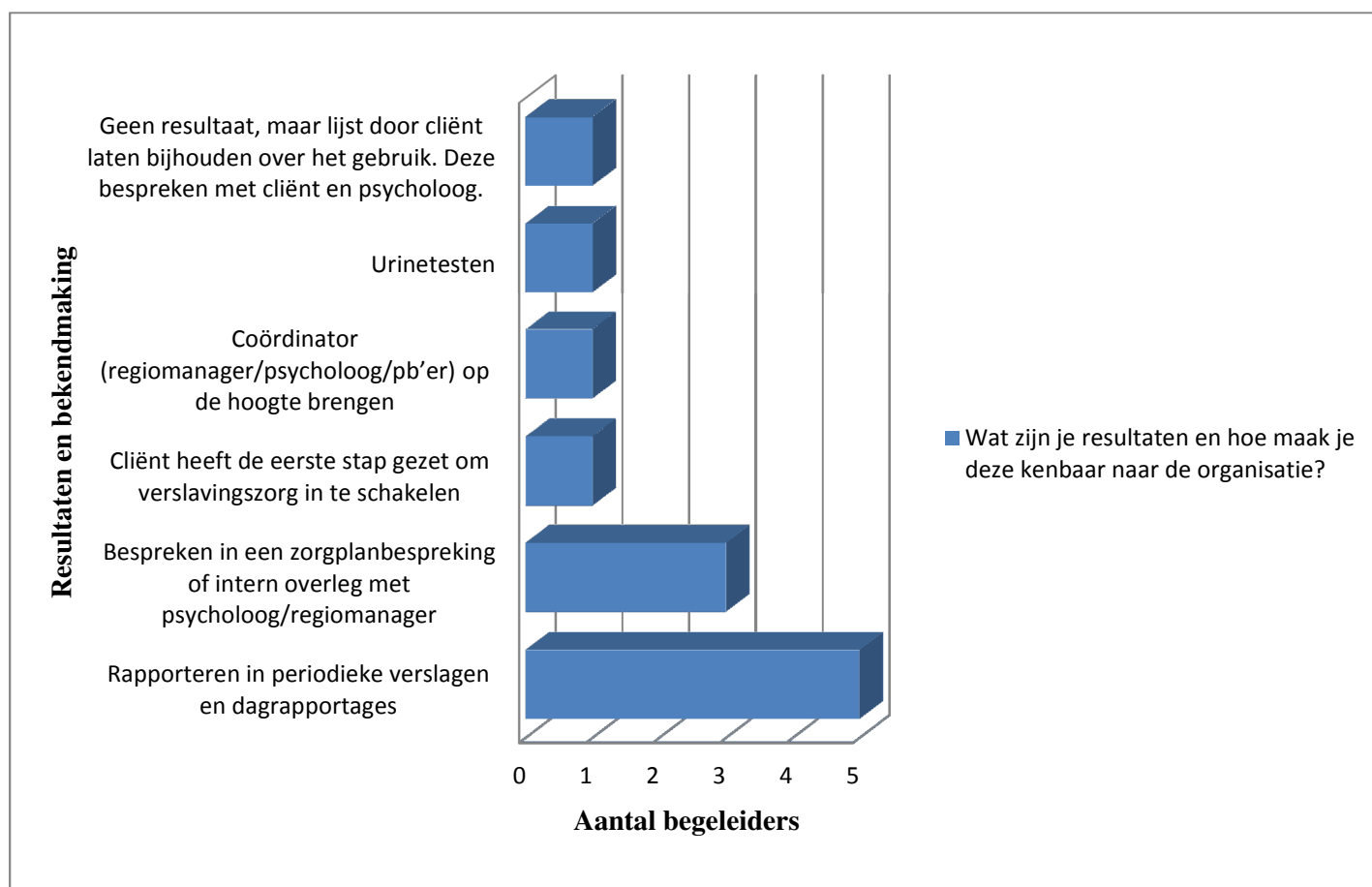
Toelichting:

42% van de begeleiders ervaart dat hij/zij genoeg vaardigheden in huis heeft om het drugsgebruik aan te kunnen pakken, terwijl 58% vindt dat dit het geval is. Desondanks kunnen de begeleiders wel aangeven dat ze niet genoeg vaardigheden in huis hebben om het drugsgebruik aan te kunnen pakken, dat ze een succeservaring hebben meegemaakt door een bepaalde aanpak.

Diagram 5: Positieve ervaringen in de aanpak van drugsgebruik?



Grafiek 9: Resultaten en hoe deze kenbaar naar organisatie worden gemaakt



Toelichting:

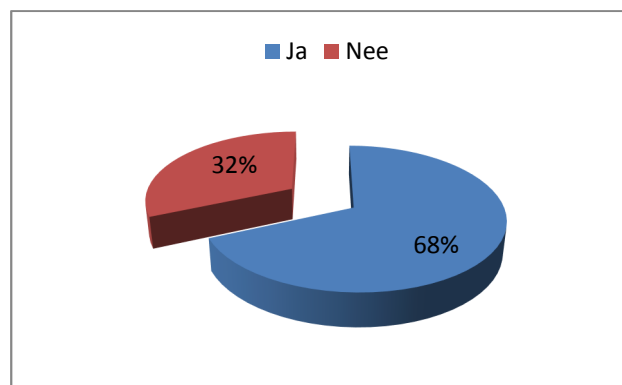
79% van de begeleiders geeft aan dat zij geen ervaring hebben in de aanpak van drugsgebruik. 21% geeft aan wel ervaring te hebben. Ondanks dat 79% aangeeft geen ervaring te hebben, geven ze toch aan hoe ze naar de organisatie toe kenbaar maken dat een cliënt drugs gebruikt. 5 begeleiders rapporteren in periodieke verslagen (6 maanden) en in dagrapportages hoe ze samen met de cliënt hebben gewerkt aan de aanpak van o.a. drugsgebruik. Daarnaast worden deze bevindingen binnen MMZG besproken met de psycholoog en/of regiomanager (3). Op deze manier blijft men op de hoogte van de situatie rondom een betreffende cliënt. Ook als er geen resultaten waarneembaar zijn, wordt het onderwerp 'drugsgebruik' met de cliënt besproken. 1 begeleider laat de cliënt een lijst bijhouden over zijn/haar gebruik. Kortom: de psycholoog en/of regiomanager wordt op de hoogte gebracht/gehouden (1). De manier waarop dit gebeurt kan op verschillende manieren. Eén manier kan zijn dat de situatie in het begeleidingsteam wordt besproken. Is dit nu wel zo? Hieronder volgt het antwoord hierop:

- Ja:
 - Volgens Triple C methodiek en op aanvraag. (4)
 - Onderling met collega's bespreken, als extra handvat of tip (1)

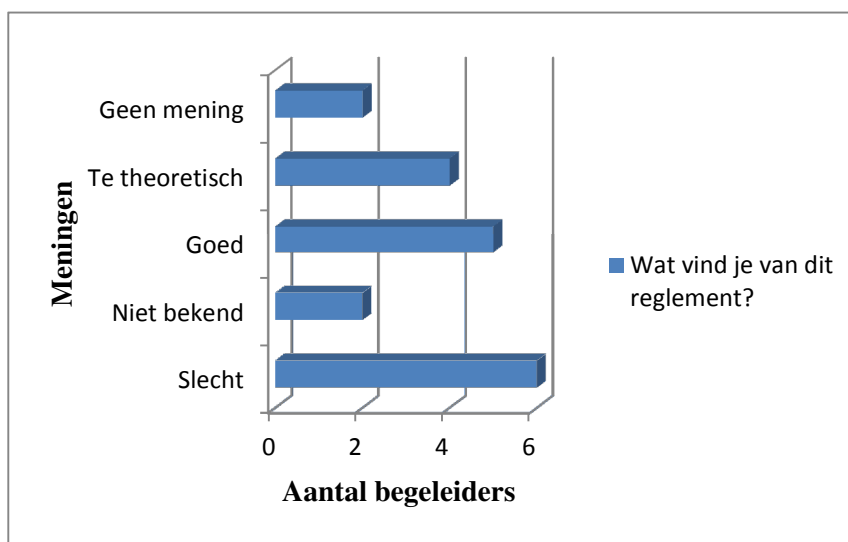
Verbeterpunten:

- Het is lastig om alles goed en duidelijk in beeld te krijgen. Gebruik wordt vaak verzwegen of minimaal aantal gebruik opgegeven
 - Het bespreken van thema's
 - Enkele suggestief of opmerkingen te krijgen over hoe om te gaan/handelen met het drugsgebruik van een cliënt.
- Nee (2)

Diagram 6: Zijn de begeleiders bekend met het Drank- en drugsreglement binnen MMZG?



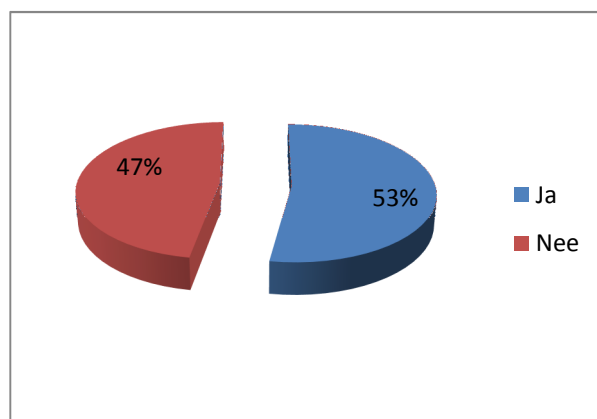
Grafiek 10: Wat vinden begeleiders van dit reglement?



Toelichting:

Zoals u kunt zien is 68% van de begeleiders bekend met het “Drank- en drugsreglement” dat binnen MMZG gehanteerd wordt. 32% geeft aan er niet bekend mee te zijn, maar er wel ooit van gehoord te hebben. 6 van de 19 begeleiders die met dit onderzoek hebben meegedaan, vinden het reglement ‘slecht’. Hier aan toevoegend geven 4 begeleiders aan dat het reglement te ‘theoretisch’ is. 5 begeleiders vinden het reglement ‘goed’.

Diagram 7: Vind je dat er binnen MMZG een betere begeleiding van drugsgebruik nodig is?



• **Wat zou er beter kunnen?**

- Meer kennis en vaardigheden drugs (-en alcohol) gebruik begeleiders (3)
- Gebruik maken van netwerk en expertise collega's/organisaties (2)
- Ervaringsdeskundige (cliënt) zes wekelijkse bijeenkomsten bezoeken, zodat mensen weten wat drugs is en de uitwerking ervan
- Cursus/Training (voorlichting en tips verminderen of stoppen drugsgebruik) (3)
- Onderzoeken hoe cliënt tegenover drugsgebruik staat, dan pas handelen
- Specifieke aandacht voor specifieke problemen.
- Interventie team samenstellen die zich bezighoudt met indiceren van drugs in panden van MMZG. Begeleiders hebben vaak geen handelingsbevoegdheid.
- Meer samenwerken met jeugdpolitie, wijkagenten etc.
- Bespreken in team. Meer uitleg geven gebruik en consequenties. Meer ondersteuning in omgang en veilig voelen in het werk
- Overheid zou meer bewust moeten zijn van de risico's. Beleid is vaak 'op iedere hoek van de straat te krijgen'.
- Duidelijke afspraken maken wat geoorloofd is per cliënt
- Voorlichting wat te doen, waar kan je terecht met dergelijke cliënt.
- Wellicht zouden begeleiders meer 'les' kunnen krijgen in hoe om te gaan met drugsgebruik en evt. het stoppen van drugsgebruik.

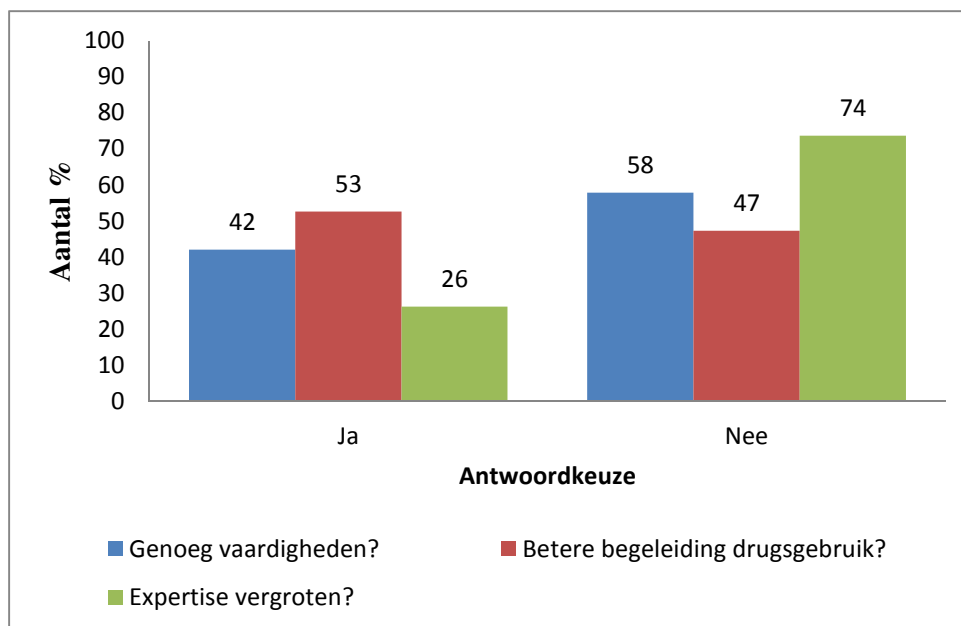
Toelichting:

53% van de begeleiders vindt dat er een betere begeleiding van drugsgebruik binnen MMZG nodig is. Een kleinere minderheid, 47%, vindt dat er geen betere begeleiding van drugsgebruik nodig is. Toch geven deze begeleiders enkele suggesties wat beter zou kunnen. Deze zijn zowel op MMZG als op de overheid/maatschappij gericht.

Begeleiders die wel vinden dat er een betere begeleiding van drugsgebruik binnen MMZG nodig is, geven aan dat ze meer kennis en vaardigheden van drugs (-en alcohol gebruik) willen hebben, dat er meer gebruik gemaakt wordt van de expertise van collega's en hun opgebouwd netwerk, maar ook van externe organisaties die dan wel of niet betrokken zijn bij de begeleiding van één cliënt binnen MMZG. Daarnaast vinden begeleiders dat er meer scholing, in de vorm van een cursus/training/ dient te komen. Hiermee verwachten zij dat ze voorlichting en tips krijgen over hoe ze cliënten kunnen begeleiden hoe ze moeten stoppen of minderen met het gebruiken van drugs.

Vergelijkingen

Grafiek 11: Vergelijking van gegeven antwoorden vraag 6, 10 & 12.



Toelichting:

In grafiek 11 ben ik de gegevens van vraag, 6, 10 en 12 gaan vergelijken. Vraag 12 is hierboven niet uitgewerkt, maar geeft alleen weer of begeleiders hun expertise willen vergroten m.b.t. de aanpak van het drugsgebruik van cliënten binnen MMZG.

Er valt af te lezen dat 53% vindt dat ze een betere begeleiding willen m.b.t. de aanpak van drugsgebruik, terwijl maar liefst 26% mee wil werken om hun expertise op dit gebied te vergroten. Een verschil van maar liefst 27%, kortom een discrepantie.

Anderzijds geeft 58% van de begeleiders aan dat ze niet genoeg vaardigheden bezitten om het drugsgebruik van hun cliënten aan te pakken. Wat op valt is dat maar 53% aan geeft dat ze een betere begeleiding op het gebied van drugsgebruik willen, 74% niet mee wil werken om hun expertise te vergroten om het drugsgebruik van cliënten aan te pakken. Tussen deze gegevens is een discrepantie af te leiden van 16% en 21%, gezien vanuit 'expertise vergroten'.

Bijlage 1: Vragenlijst beginmeting (0-meting)



Vragenlijst drugsgebruik van cliënten binnen MMZG



Beste Collega,

In het kader van mijn opleiding tot ‘Gedragsspecialist’ aan de Fontys Hogeschool Speciale Onderwijszorg te Sittard, ben ik bezig met het onderzoeken van het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep.

Het uiteindelijke doel van mijn onderzoek is erachter komen of de aanpak die ik in de praktijk geïmplementeerd heb effect heeft op het drugsgebruik van de cliënten binnen MMZG.

Dit uiteindelijke doel wil ik bereiken door de volgende stappen te zetten:

1. Afname van deze eerste vragenlijst om antwoord te krijgen op de vraag “*Hoe is de huidige situatie m.b.t. drugsgebruik binnen MMZG?*”
2. Bij een beperkt aantal begeleiders worden middelen geïntroduceerd ter verbetering van de hulp aan drugsgebruikers (in een proefgroep).
3. Na enkele maanden wordt de vragenlijst opnieuw voorgelegd aan de begeleiders uit de proefgroep om na te gaan of en hoe het drugsgebruik van cliënten is veranderd.

Om dit te kunnen onderzoeken heb ik jouw hulp nodig door de vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst bestaat uit 12 vragen, die mij inzicht geven in de rol die drugsgebruik speelt in jouw werk als ambulant begeleider.

De vragenlijst mag anoniem ingevuld worden. Dit houdt in dat je je naam niet hoeft in te vullen, maar het liefst de rest van de informatie wel, zoals de vragenlijst en in welke regio je werkt en/of je in de toekomst benaderd wilt worden voor een interview.

Ik hoop dat ik op je medewerking kan rekenen, zodat ik een volledig resultaat, met betrekking tot het drugsgebruik binnen MMZG, kan meten. “Alvast heel hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst”.

In vraag 12 van deze vragenlijst wordt de gelegenheid geboden om je als vrijwilliger voor de proefgroep op te geven

Graag ontvang ik op uiterlijk op vrijdag 20 januari de ingevulde vragenlijst retour. Er zijn een aantal mogelijkheden om deze vragenlijst retour te sturen:

1. Per post naar het postbus of antwoordnummer van MMZG t.a.v Onderzoek Roy Frenken
2. Inleveren op kantoor Weert of Sittard in de daarvoor bedoelde doos.
 - Weert: doos staat op het secretariaat
 - Sittard: doos staat op de tafel in het kantoor van Kitty Woudstra.
3. Per e-mail naar r.frenken@maatmanzorggroep.nl

Groet,

Roy Frenken
Begeleider Zuid-Limburg

Docent Fontys Hogeschool:
Supervisor MMZG:

B. van Geffen(Docent, opleidingscoördinator)
R. Franken(Gz-Psycholoog/Neuropsycholoog/Orthopedagoog)

Naam: (anonimiteit blijft gewaarborgd i.v.m. privacy)

Werkzaam in:

- ☐ Regio Noord-Limburg
- ☐ Regio Zuid-Limburg
- ☐ Regio Zuid-Oost Brabant

Begrippenlijst:

✓ **MMZG**

Maatman Zorggroep

✓ **Groep gebruikers volgens Maastricht en Hubers (2010):**

("Experimenteel gebruikers", "Recreatief gebruikers", "Gewoontegebruikers", "Excessief gebruikers", "Verslaafden").

▪ **Experimenteel gebruik**

Vanuit nieuwsgierigheid een middel uitproberen, en niet in een vast patroon.

▪ **Recreatief gebruik**

Dit gebruik is wat frequenter, er zit geen vast patroon in en de persoon ervaart er geen nadelige gevolgen van.

▪ **Gewoontegebruik**

Meer dan recreatief gebruik, het middel wordt gebruikt om bijvoorbeeld rustig te worden of leegte op te vullen. Het middel wordt gebruikt volgens een vast patroon. Bijvoorbeeld: elk weekend, elke dag of met een feestje. Er kan een begin van verlangen naar het middel ontstaan en de gebruiker heeft dit nog wel onder controle. Bij gewoontegebruik is er geen sprake van negatieve gevolgen van middelengebruik.

▪ **Excessief gebruik**

Meer dan recreatief gebruik. Het middel wordt volgens een vast patroon gebruikt om bijvoorbeeld rustig te worden of leegte op te vullen. Bijvoorbeeld : elk weekend, elke dag of op een feestje. Er kan een begin van verlangen naar het middel ontstaan maar de gebruiker heeft dit nog wel onder controle. Bij gewoontegebruik is er geen sprake van negatieve gevolgen van het middelengebruik. Bij excessief gebruik wel. Frequentie van gebruik : dagelijks.

▪ **Verslaafd**

Een middel wordt elke dag gebruikt of zelfs vaker per dag. De gebruiker kan niet meer zonder. Het middel beheerst het leven. Problemen op psychisch, lichamelijk en sociaal gebied. Pogingen tot stoppen met een middel mislukken vaak. Frequentie van gebruik: dagelijks.

1. Ik kom in mijn werk cliënten tegen die drugs gebruiken en/of ik heb het vermoeden dat mijn cliënt drugs gebruikt?
 - ☐ Ja, ga door met vraag 1b en 1.c. en 1.d. en 1.e.
 - ☐ Nee, ga door met vraag 2
- 1.b.Hoeveel cliënten waarvan je **persoonlijke begeleider** bent gebruiken met zekerheid drugs?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
- 1.c. Van hoeveel cliënten waarvan je **persoonlijke begeleider** bent, heb je een vermoeden dat ze drugs gebruiken?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
- 1.d.Wat voor soort drugs gebruiken jouw cliënten?
Meerdere antwoorden mogelijk.

Met zekerheid	Vermoeden
☐ Hasj	☐ Hasj
☐ Wiet	☐ Wiet
☐ XTC	☐ XTC
☐ Cocaïne	☐ Cocaïne
☐ Speed	☐ Speed
☐ GHB	☐ GHB
☐ Heroïne	☐ Heroïne
☐ Weet ik niet	☐ Weet ik niet
☐ Anders, namelijk ...	☐ Anders, namelijk ...

- 1.e.Onder welke groep gebruikers vallen jouw cliënten die drugs gebruiken? (“Experimenteel gebruikers”, “Recreatief gebruikers”, “Gewoontegebruikers”, “Excessief gebruikers”, “Verslaafden”).

Zie voor verdere uitleg pagina 3.

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Experimenteel gebruik
- ☐ Recreatief gebruik
- ☐ Gewoonteverbruik
- ☐ Excessief gebruik
- ☐ Verslaafd

2. Wat zijn volgens jou oorzaken waardoor mensen drugs gebruiken?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Welke signalen herken je bij je cliënten die (vermoedelijk) drugs gebruiken?

- ☐ Gedragsverandering
- ☐ Stemningswisselingen (prikkelbaar/chagrijnig en dan weer vrolijk)
- ☐ Trekt zich terug van familieleden en/of andere personen
- ☐ Verzorgt zich niet goed
- ☐ Verliest belangstelling in activiteiten die hij/zij eerst leuk vond
- ☐ Veranderend gedragspatroon
- ☐ Bleekheid en/of vermageren
- ☐ Rode of glazige ogen
- ☐ Anders, namelijk

.....
.....

4. Hoe pak je het drugsgebruik bij je cliënten aan?

.....
.....
.....
.....
.....

4.b. Zijn er externe specialisten en/of instanties bij de begeleiding betrokken?

Denk hierbij o.a. specialist van Mondriaan Zorggroep, Orbis GGZ etc.

- ☐ Ja, namelijk.....
.....

Ga verder met vraag 4.c.

- ☐ Nee, ga verder met vraag 5.

4.c. Wat zijn de resultaten van jouw aanpak tot nu toe?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Denk je dat de cliënt(en) geholpen wilt (willen) worden om zijn/haar drugsgebruik te verminderen en/of te stoppen?

- ☐ Ja, sommigen wel. Ga verder met vraag 5.b.
- ☐ Ja, allemaal. Ga verder met vraag 5.b.
- ☐ Nee. Ga verder met vraag 6

5.b Wat heeft een cliënt, volgens jou als begeleider, nodig om zijn drugsverbruik te verminderen en/of te stoppen met het gebruiken van drugs?

.....
.....
.....
.....
.....

6. Heb je als begeleider genoeg vaardigheden in huis om een cliënt te kunnen begeleiden bij het verminderen/stoppen van zijn/haar drugs gebruik?

- ☐ Ja, ga verder met vraag 6.b
- ☐ Nee, ga verder met vraag 7.

6.b. Wat zijn jouw kwaliteiten en vaardigheden in de aanpak van het drugsgebruik?

Noem je sterkste punten die aantoonbaar succes hebben.

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wat zou volgens jou een oplossing kunnen zijn om het drugsgebruik van cliënten binnen MMZG aan te kunnen pakken? En over welke vaardigheden zou een begeleider dan moeten beschikken?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Heb je al positieve ervaringen in de aanpak van het drugsgebruik bij een cliënt?

- ☐ Ja, ga verder met vraag 8.b.
- ☐ Nee, ga verder met vraag 9.

8.b. Wat zijn je resultaten en hoe maak je deze kenbaar aan de organisatie?

Denk hierbij aan het noteren van de begeleidingsactiviteit (welke is dit?), het noteren in de dagrapportage van een cliënt, rapporteren richting regiomanager/psycholoog etc.

.....

.....

.....

.....

.....

8.c. Wordt jouw aanpak, met betrekking tot het drugsgebruik/drugsprobleem besproken in 'het begeleidingsteam'?

- ☐ Ja, Op welke wijze?

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ Verbeterpunten?

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ Nee, ga verder met vraag 9.

9. Ben je bekend met het 'Drank-en drugsreglement' van MMZG?

- ☐ Ja, ga verder met vraag 9.b.
- ☐ Nee, ga verder met vraag 10.

9.b. Wat vind je van dit reglement? Licht je antwoord toe.

.....

.....

.....

.....

.....

10. Vind je dat er binnen MMZG een betere begeleiding van drugsgebruik nodig is?

- ☐ Ja, ga verder met vraag 10.b.
- ☐ Nee, ga verder met vraag 11.

10.b. Wat zou er volgens jou beter kunnen?

.....

.....

.....

.....

.....

11. Vragen en/of opmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....

12. Zou jij je als vrijwilliger willen opgeven om deel te willen uit maken van een groep van ongeveer 10 personen/begeleiders om mee te willen werken om de kwaliteit van aanpak van het drugsgebruik binnen MMZG te verbeteren. Hiermee vergroot je mede je deskundigheid op het gebied van aanpak van het drugsgebruik.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als je er voor kiest om je als vrijwilliger op te geven, zit je een in groep van ongeveer 10 personen/begeleiders die een aanpak met betrekking tot het drugsgebruik in de praktijk gaat toepassen. Hiermee lever je een bijdrage aan een stuk 'beleid en kwaliteit' van MMZG en vergroot je je eigen deskundigheid op het gebied van drugsgebruik. Omdat je de aanpak gaat toepassen in de praktijk doe je dit in de uren van je cliënt.

Daarnaast wordt er van je verwacht worden dat je literatuur leest die worden aangereikt door MMZG. Het is geen boekwerk, maar dient als achtergrond informatie. Dit dien je wel in je vrije tijd te doen en kost maximaal 10u.

Tussentijds vindt er een aantal bijeenkomsten plaats. Hierin ga ik het met jullie hebben over hoe alles verloopt en kunnen jullie om feedback vragen. Daarnaast probeer ik er zorg voor te dragen dat je bij knelpunten wordt aangestuurd door je psycholoog/gedragsdeskundige.

Duur: 2 à 3 maanden

Analyse vragenlijsten (eindmeting)



Auteur: Roy Frenken

Organisatie: Maatman Zorggroep

In opdracht van: Fontys Hogeschool

Inleiding

In deze analyse kunt u zien wat de resultaten zijn van de eindmeting in het kader van mijn onderzoek naar de aanpak van drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep.

Vooraf heb ik een vragenlijst (zie bijlage) opgesteld die verspreid is onder alle begeleiders die met onze cliënten in de praktijk werkzaam zijn. Van de 39 begeleiders hebben 0 begeleiders gereageerd. Dit is geen probleem, omdat ik het effect wil meten of er veranderingen optreden door het werken met en zonder een stappenplan. Deze begeleiders hoefde dus niet te reageren als er geen verandering was opgetreden in hun aanpak naar het drugsgebruik.

Daarnaast hebben de 3 begeleiders die hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten van drugsgebruik, ook een vragenlijst ingevuld. De analyse van deze ingevulde vragenlijsten vind u in dit document.

Deze vragenlijst was een aangepaste versie dan de vragenlijst bij de beginmeting. Dit komt doordat ik bij de eindmeting wilde meten of er nog veranderingen zijn opgetreden in de aanpak naar drugsgebruik bij cliënten binnen MMZG. Deze 3 begeleiders zijn een zogenoemd stappenplan gaan toepassen. In dit plan stonden stappen voor een aanpak van het drugsgebruik.

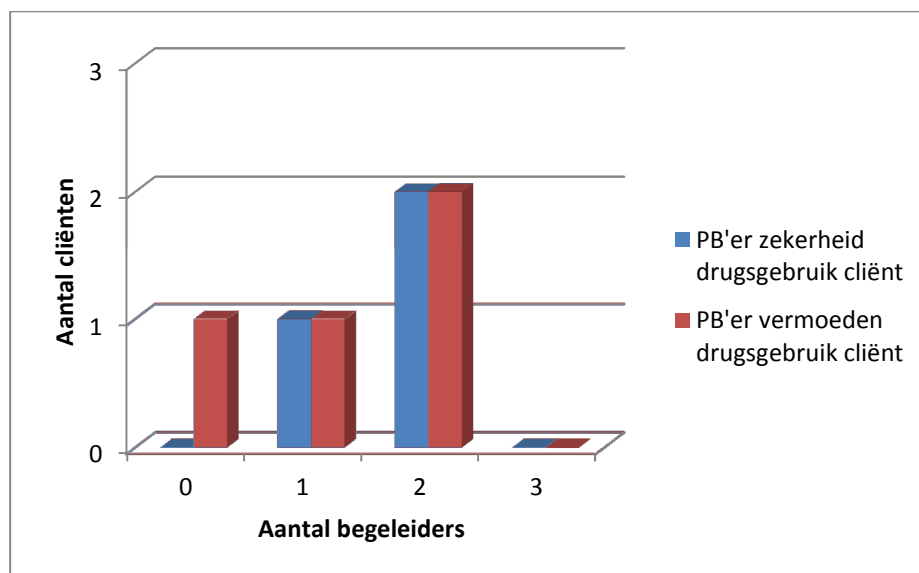
Deze gegevens heb ik in een cirkel- of staafdiagram verwerkt, zodat u een duidelijk beeld krijgt van de huidige situatie, in de aanpak van drugsgebruik, binnen Maatman Zorggroep. Daarnaast zijn er een aantal resultaten die ik in een opsomming heb vormgegeven. Op deze manier probeer ik de toelichting en/of de resultaten van een vraag nog meer te verduidelijken.

Tot nu toe heb ik nog geen conclusies getrokken. Deze komen pas in hoofdstuk 6 van mijn onderzoek aan bod.

Diagram 1: Cliënt gebruikt, volgens persoonlijke begeleiders, drugs of er is een vermoeden.



Grafiek 1: Cliënt gebruikt, volgens persoonlijke begeleiders, drugs of er is een vermoeden.

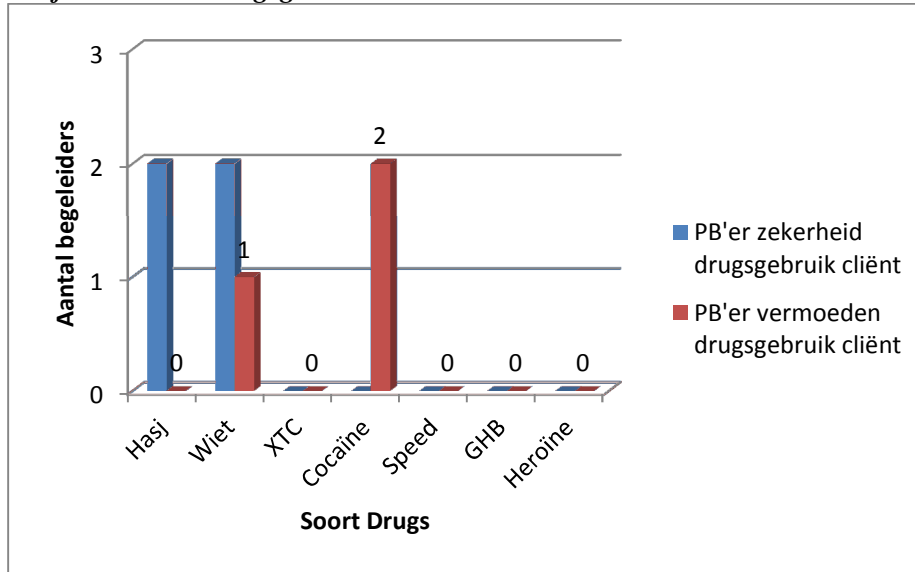


Toelichting

Uit diagram 1 is af te leiden dat alle begeleiders (100%) die aan het onderzoek hebben meegedaan cliënten tegen komen die drugs gebruiken en/of waar ze een vermoeden van hebben die drugs gebruiken.

Echter uit grafiek 1 is af te leiden dat 1 begeleider niet met zekerheid durft te zeggen dat zij een vermoeden heeft dat een cliënt, waarvan ze persoonlijke begeleider (pb'er) is, drugs gebruikt. 1 begeleider zegt dat ij weet dat één van zijn cliënten drugs gebruikt en dat de cliënt hier ook open over is. Daarnaast vermoedt 1 begeleider dat een cliënt drugs gebruikt. 2 begeleiders weten met zekerheid te zeggen dat een cliënt drugs gebruikt en 2 begeleiders hebben vermoeden het.

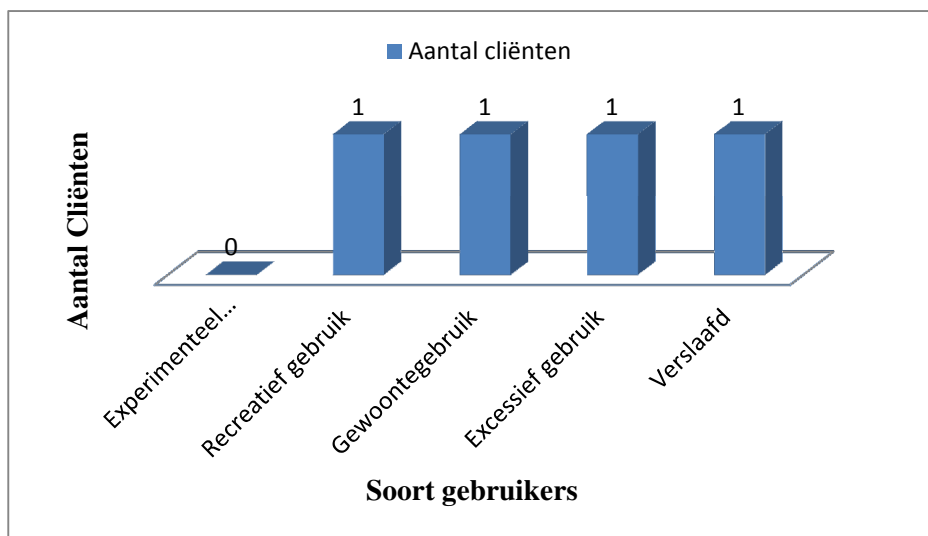
Grafiek 2: Soort drugsgebruik cliënten



Toelichting:

Uit grafiek 2 valt op te merken dat het soort drugsgebruik, waarvan de persoonlijke begeleider met zekerheid durf te zeggen wat de cliënt gebruikt, verschilt. Zo weten 2 begeleiders dat cliënten hasj gebruiken en 2 cliënten wiet. Bij wiet durft een begeleider niet met zekerheid te garanderen dat 1 van zijn/haar cliënten deze soort drugs gebruikt. Daarnaast is er bij 2 begeleiders een vermoeden dat een cliënt cocaïne gebruikt.

Grafiek 3: Groep gebruikers waaronder cliënten vallen die drugs gebruiken



Toelichting:

Uit bovenstaande grafiek is af te leiden dat cliënten onder de volgende soort gebruikers vallen:

- Recreatief gebruik (1)
- Gewoontegebruik (1)
- Excessief gebruik (1)
- Verslaafd (1)

Omdat het aantal begeleiders dat heeft deelgenomen aan dit onderzoek klein is, komen er hier geen grotere verschillen naar voren dan bij de beginmeting.

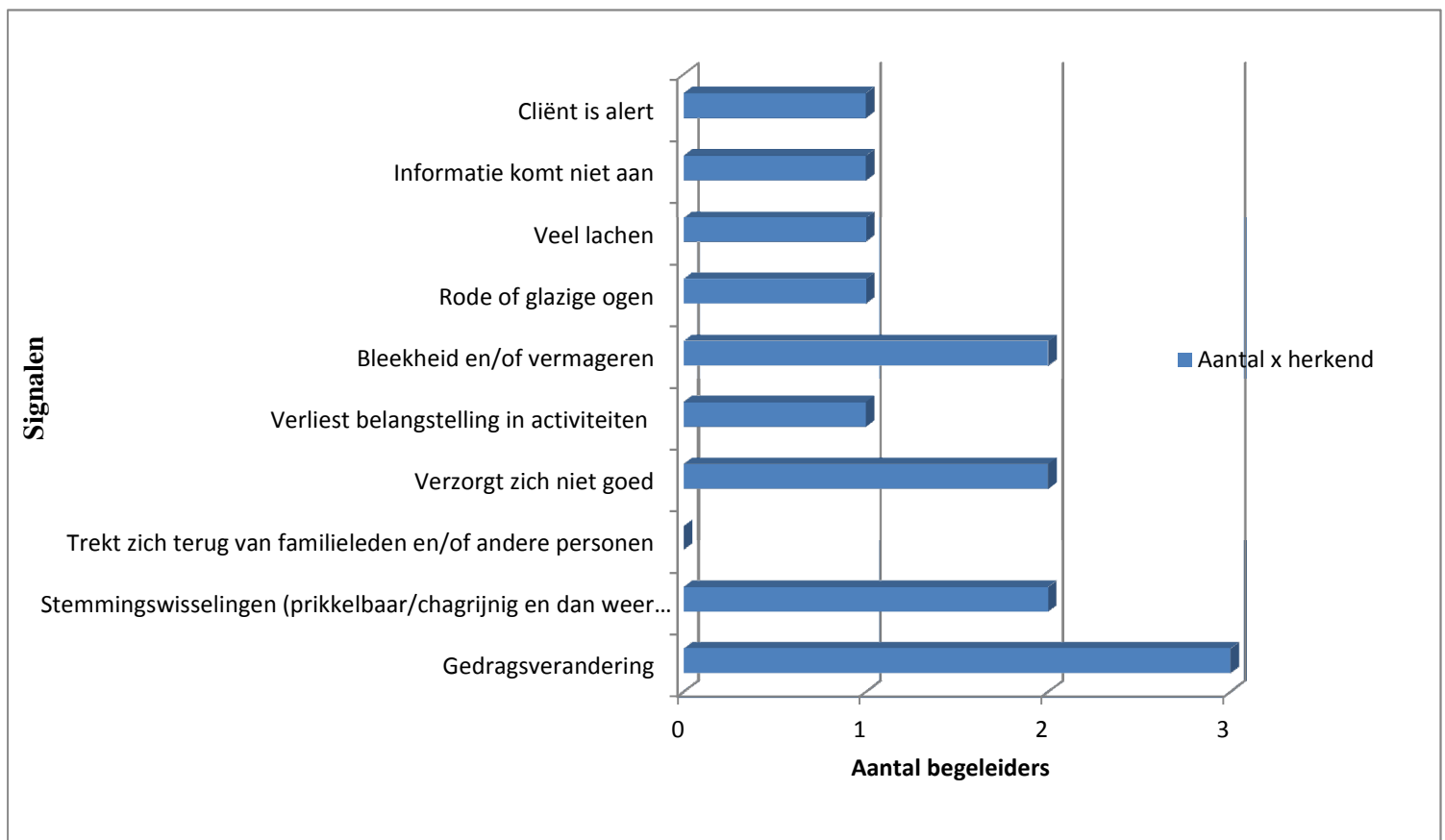
Oorzaken, volgens begeleiders, waarom mensen drugs gebruiken

- Ontlading en ontspanning (2)
- Stemming onderdrukken (1)
- Verveling (1)
- Gewenning (1)
- Recreatief gebruik (1)
- Chillen met vrienden
- Psychische problematiek en laag IQ (1)
- Lage sociale vaardigheden (1)
- Snel beïnvloedbaar (1)
- Erbij willen horen (1)

Toelichting:

Uit de eindmeting is gebleken dat de reden waarom cliënten drugs gebruiken vooral komt om te ontspannen, maar ook voor de stress ontlading (2). Zoals u ziet worden er nog een aantal oorzaken genoemd, waarvan de begeleiders denken dat het een oorzaak is waarom cliënten drugs gaan gebruiken. Begeleiders hebben te kennen gegeven dat sommige cliënten zelf aangeven wat volgens hen de oorzaak is waarom ze drugs zijn gaan gebruiken: “om te ontspannen”. Cliënten denken veel stress te hebben.

Grafiek 4: Herkende signalen bij cliënten die (vermoedelijk) drugs gebruiken



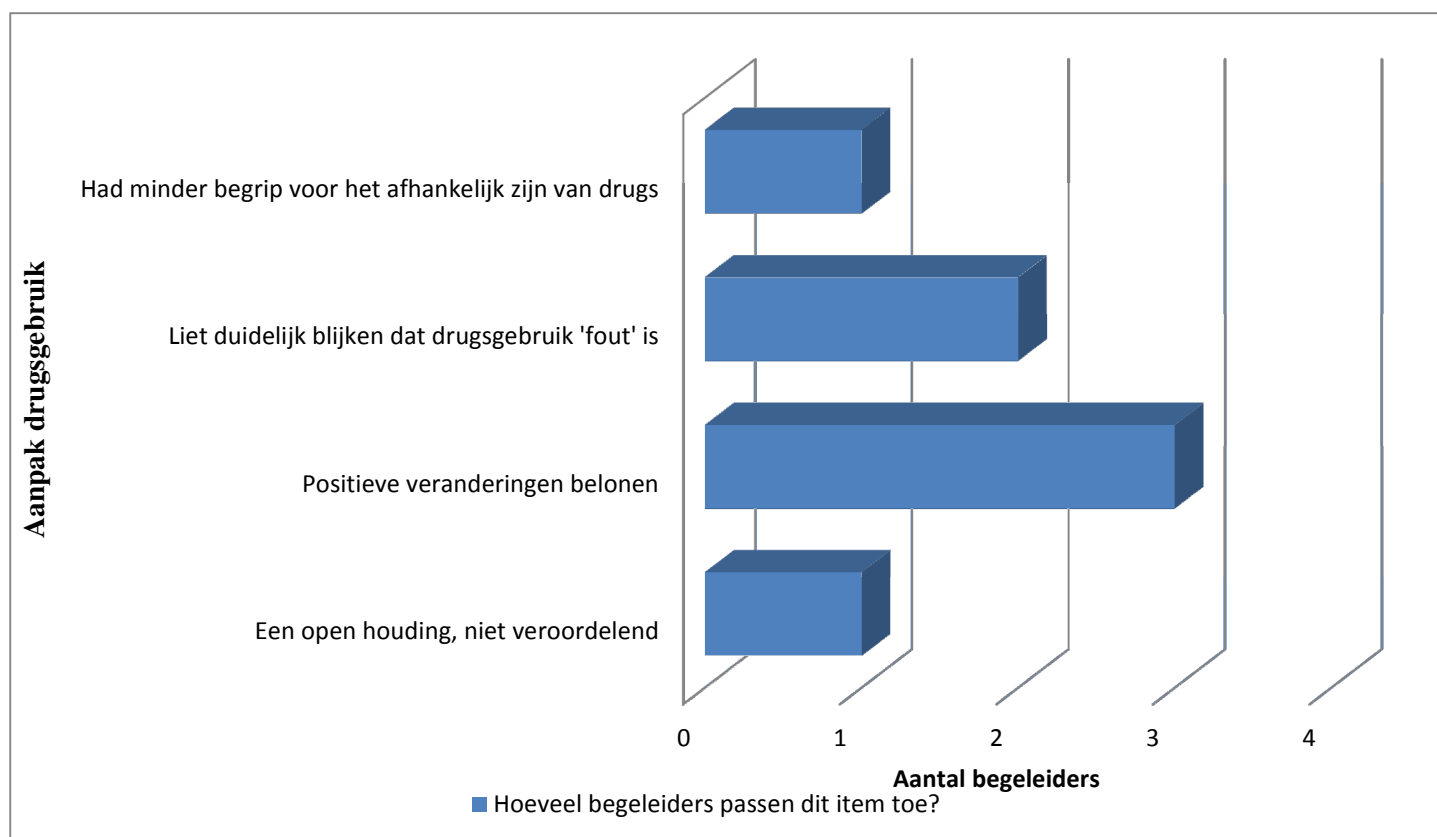
Toelichting:

Grafiek 4 geeft een overzicht van de herkende signalen bij cliënten die drugs gebruiken en/of waarbij het vermoeden is dat ze drugs gebruiken. Hierbij geven 4 begeleiders aan dat er een verandering te constateren is. Cliënten kunnen vrolijk zijn, maar snel daarna worden ze ‘boos’ of bijvoorbeeld

verbaal agressief. Hun stemming verandert dus (2). Ook is het drugsgebruik bij cliënten te herkennen (of waarbij een vermoeden is van drugsgebruik) door een slechte zelfverzorging (2) en cliënten worden bleek en/of vermageren (2) indien ze drugs gebruiken of waarbij een signaal aanwezig is dat ze drugs gebruiken. Daarnaast worden er nog enkele signalen herkend, namelijk:

- Cliënt is alerter wanneer hij/zij drugs heeft gebruikt (1)
- Informatie komt niet aan (1)
- Cliënt moet veel lachen om de stomste dingen die gezegd worden (1)
- Cliënt krijgt rode of glazige ogen (1)
- Cliënt verliest belangstelling in activiteiten (1). Denk hierbij aan het spijbelen van school, niet op zijn/haar werk/dagbesteding op komen dagen.

Grafiek 5: Aanpak drugsgebruik door begeleiders VOORHEEN

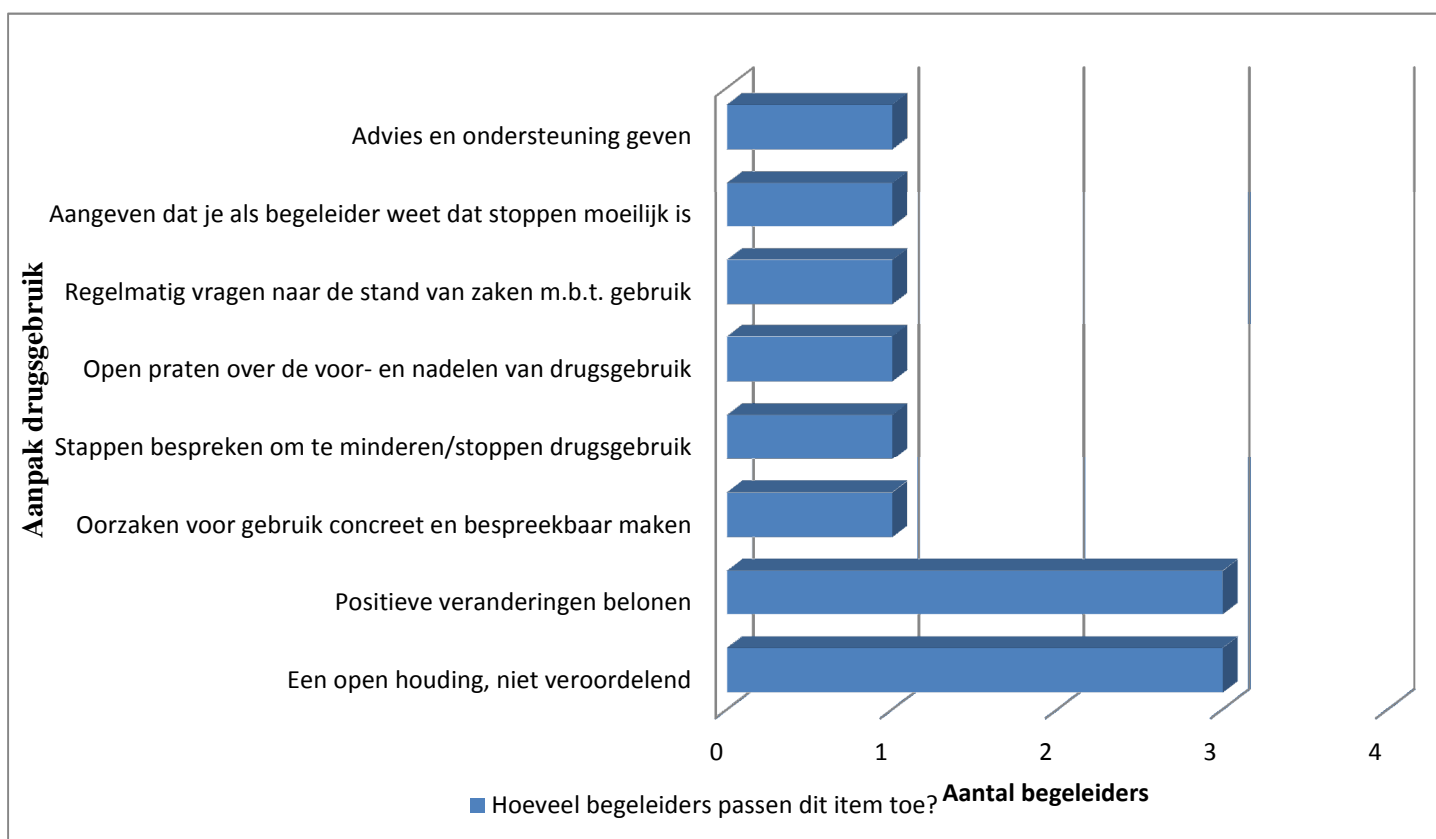


Toelichting:

Uit grafiek 6 is af te leiden hoe begeleiders **VOORHEEN** het drugsgebruik aanpakt. Met **VOORHEEN** wordt bedoeld: voordat de begeleiders deel hebben genomen aan de bijeenkomsten drugsgebruik. Naar voren komt dat 3 begeleiders aangeven dat ze positieve veranderingen beloond, en daarnaast duidelijk lieten blijken dat drugsgebruik 'fout' is (2). Tevens geven ze nog aan:

- Begeleider had minder begrip voor het afhankelijk zijn van drugs (1)
- Een open, niet veroordelende houding, aannemen (1)

Grafiek 6: Aanpak drugsgebruik door begeleiders NU

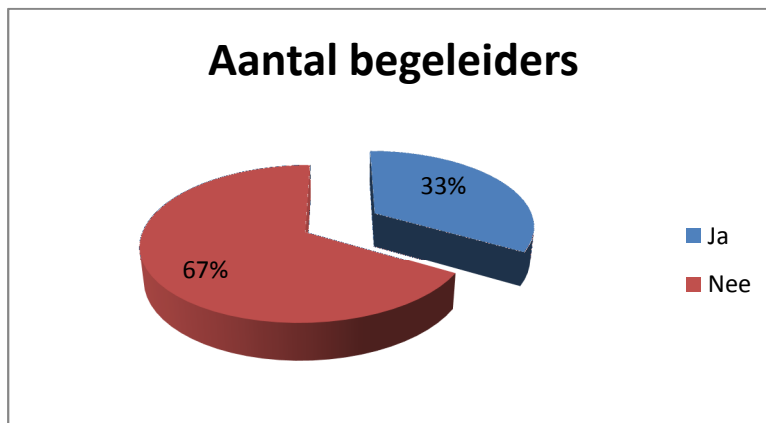


Toelichting:

Grafiek 5 geeft aan hoe begeleiders NU het drugsgebruik aanpakken n.a.v. het volgen van de drugsbijeenkomsten. De meest voorkomende aanpak is dat begeleiders positieve veranderingen belonen (3). Cliënten die aangeven of aan de begeleider laat zien dat ze geminderd/gestopt zijn met het gebruiken van drugs worden beloond. Hierbij valt te denken aan dat een begeleider gaat koken voor een cliënt, een cliënt een materiële beloning krijgt van de begeleider of bijvoorbeeld volgens een bepaald beloningssysteem beloond wordt. Daarnaast geven begeleiders de volgende aanpakken aan:

- Begeleiders geven advies en ondersteuning op het gebied van drugs (voor hoe ver hun kennis gaat en met behulp van het plan van aanpak)
- Aangeven dat je als begeleider weet dat stoppen moeilijk is
- Als begeleider regelmatig vragen naar stand van zaken m.b.t. drugsgebruik
- Open praten over de voor- en nadelen van drugsgebruik
- Stappen bespreken om te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs
- Oorzaken voor gebruik concreet en bespreekbaar maken
- Als begeleider een open, niet veroordelende, houding aannemen.

Diagram 2: Zijn er externe specialisten en/of instanties betrokken bij de begeleiding?



Extern betrokken instanties:

- Opname verslavingskliniek Pasoalis
- Ambulante begeleiding verslavingszorg GGZ

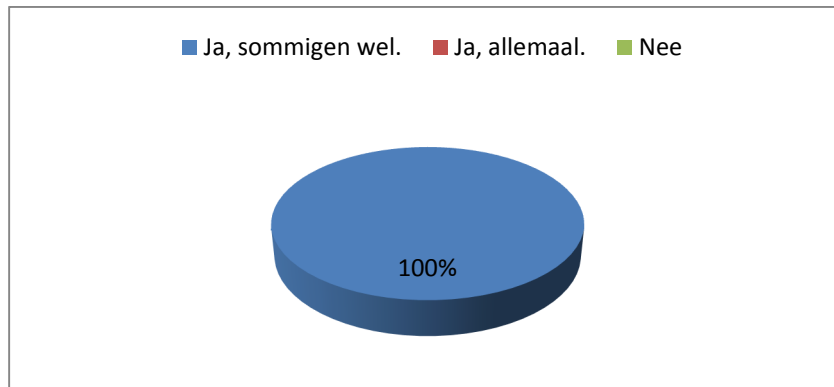
Toelichting:

Opvallend is dat in diagram 2 33% van de begeleiders externe specialisten betrokken zijn bij de zorg, terwijl 67% aangeeft dat er geen externe specialisten zijn betrokken. Verder heeft een cliënt zelf aangegeven dat hij/zij wil gaan minderen/stoppen met het gebruiken van drugs en/of soms gedwongen wordt opgenomen.

Resultaten drugsgebruik volgens begeleiders:

- Het toepassen van het oplossingsgericht werken, namelijk het vieren van het feestje. De cliënt leeft op een positieve manier naar dit moment toe, echter kan hij er ook misbruik van maken. Dit is jammer genoeg gebeurd. Hierdoor heb ik de rollen omgedraaid en de verantwoordelijkheid van het 'clean' blijven en het vieren van het feestje na bijvoorbeeld een week clean, bij de cliënt neergelegd.
- Cliënt is minder wiet gaan gebruik. Hierdoor is hij meer aanspreekbaar en staat open om te praten over zijn drugsgebruik in het verleden en nu
- Cliënt heeft nu een dagritme (baan). Sinds kort ook een bijbaan en hij gaat elke week vol passie voetballen.
- Cliënten zijn opener en eerlijker wat betreft hun drugsgebruik. Ze denken meer na over wanneer en waarom ze op bepaalde momenten gebruiken

Diagram 3: Willen cliënten geholpen worden om hun drugsgebruik te verminderen en/of te stoppen



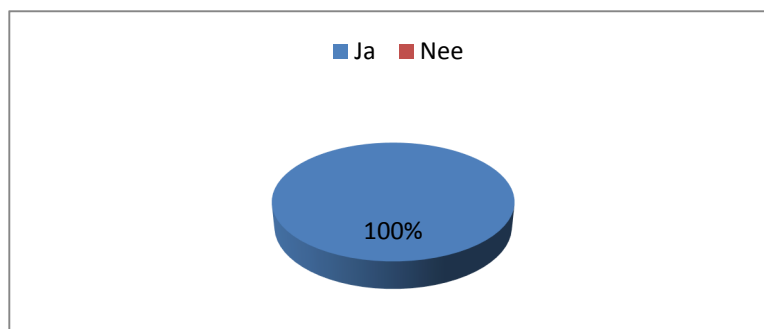
Toelichting:

Diagram 3 laat duidelijk zijn dat alle begeleiders het met elkaar eens zijn dat zij denken dat sommige cliënten met zekerheid geholpen willen worden om te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs.

Wat heeft een cliënt, volgens een begeleider, nodig om zijn drugsgebruik te verminderen en/of te stoppen met het gebruik van drugs?

- Positieve stimulans
- Bieden van inzichten in eigen gebruik
- Op een oplossingsgerichte manier te werk gaan. Cliënt de regie in handen laten nemen/houden. Hem/haar zelf stappen laten bedenken op welke manier hij/zij te werk wil gaan om te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs
- Detox periode in verslavingskliniek.
- Prikkel vrije omgeving
- Nieuwe vriendenkring
- Goede voorlichting geven aan zowel cliënten als begeleiders over effecten/uitwerking van drugs

Diagram4: Hebben begeleiders NU MEER vaardigheden IN HUIS om een cliënt, in de aanpak van drugsgebruik, te kunnen begeleiden?



Kwaliteiten, vaardigheden en succeservaringen die begeleiders benoemen om drugs aan te kunnen pakken of hebben ervaren:

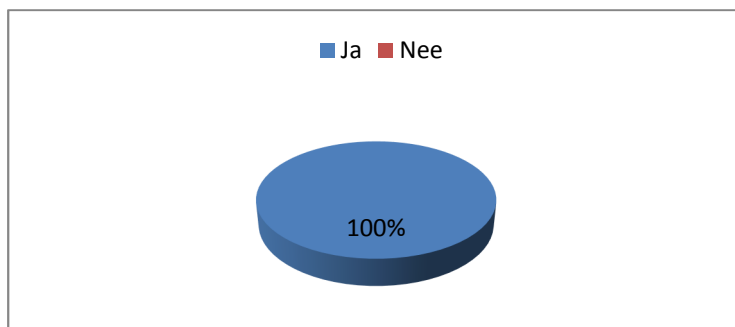
- Niet veroordelend zijn (2)
- De regie aan de cliënt overlaten. Begeleiding is er voor de ondersteuning, maar de cliënt zelf bepaald het tempo. (2)
- De cliënt belonen bij positief gedrag (2)

- Confronterende gesprekken niet uit de weg gaan en tijdens een gesprek gelijk durven en kunnen inhaken op actuele situaties die zich voordoen en de verhouding die deze heeft tot zijn verslaving (1)
- Vragen naar de effecten van drugsgebruik (1)
- Samen met de cliënt kijken naar mogelijkheden om te minderen of te stoppen met het gebruiken van drugs (1)
- Nadruk leggen op eigen verantwoordelijkheid (1)

Oplossingen en vaardigheden volgens begeleiders om het drugsgebruik van cliënten binnen MMZG aan te kunnen pakken

- Beschikken over voldoende kennis over drugs
 - Het herkennen van drugs, drugsgebruik en de gevolgen bij het gebruik van deze kunnen benoemen en vertalen op niveau van een cliënt
 - De verhouding van het drugsgebruik en de zogeheten verslavings-genen en psychosegevoeligheid kennen.
- Duidelijk protocol/plan van aanpak hoe begeleiders het drugsgebruik van cliënten dienen aan te pakken en te herkennen.
- Scholing m.b.t aanpak en herkenning drugsgebruik
- Organiseren van intervisiemomenten/drugsbijeenkomsten waarin casuïstiek wordt besproken en begeleiders worden gecoacht.
- Voorlichting m.b.t. de effecten van drugs op het lichamelijk en psychisch gebied bijvoorbeeld door film/foto's, aangepast op niveau van cliënten.

Diagram 5: Positieve ervaringen in de aanpak van drugsgebruik?



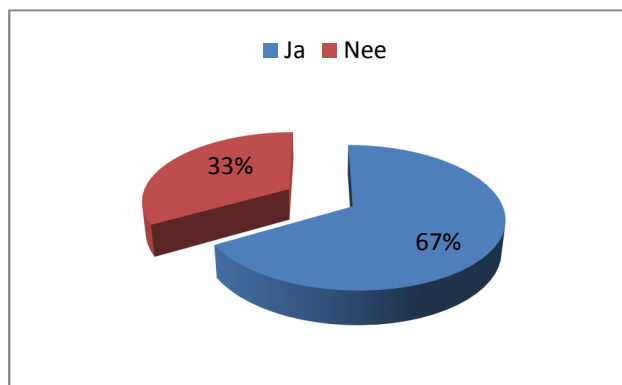
Resultaten en hoe deze kenbaar naar organisatie worden gemaakt

- Ja: (1)
 - Samen evalueren en manieren aan te dragen hoe persoonlijke begeleider en begeleiding een cliënt kunnen adviseren/ondersteunen

Verbeterpunten:

- Kennis van soorten drugs
- Voorlichting
- Nee (2)

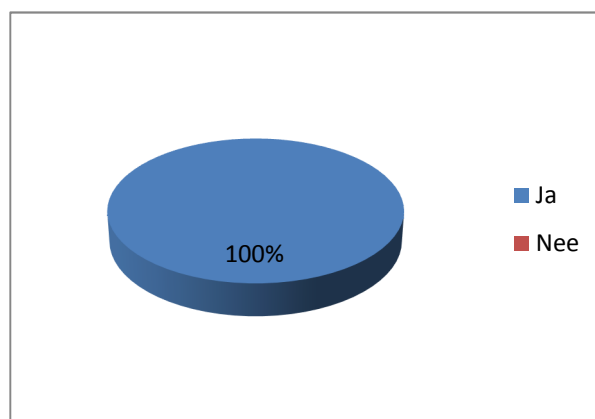
Diagram 6: Zijn de begeleiders bekend met het Drank- en drugsreglement binnen MMZG?



Wat vinden begeleiders van dit reglement?

- Het plan van aanpak geeft meer richtlijnen hoe een begeleider het drugsgebruik kan gaan aanpakken. Het biedt handvatten (2)
- Drugsgebruik is verboden maar word getolereerd
- Cliënten kunnen ‘overal’ aan verleidingen worden bloot gesteld
- Politiek denkt te lichtvaardig over softdrugs
- Niet bekend (1)

Diagram 7: Vind je dat er binnen MMZG een betere begeleiding van drugsgebruik nodig is?



Wat zou er beter kunnen?

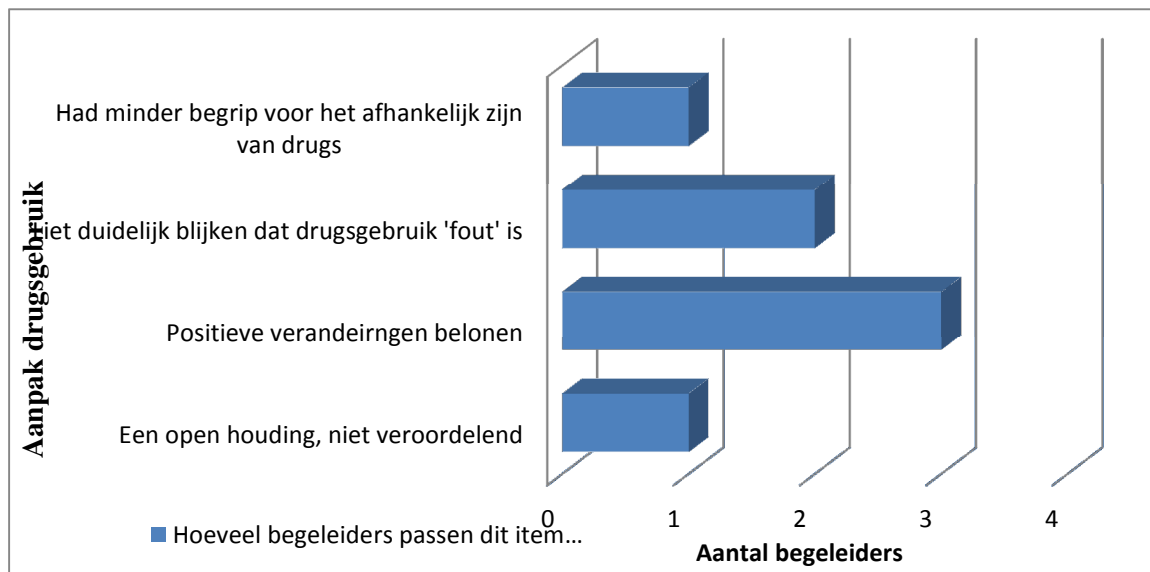
- Begeleiders opleiden in het kennen, herkennen en aanpakken van excessief drugsgebruik (3)
- Weten bij wie je dit moet/kan aangeven en waar onze doelgroep “LVG en verslaafd” beste aansluiting kan krijgen bij een behandeling.
- Protocol/plan van aanpak drugsgebruik
- Coaching door middel van intervisiebijeenkomsten
- Specialisatie wat betreft verslaving

Opmerking:

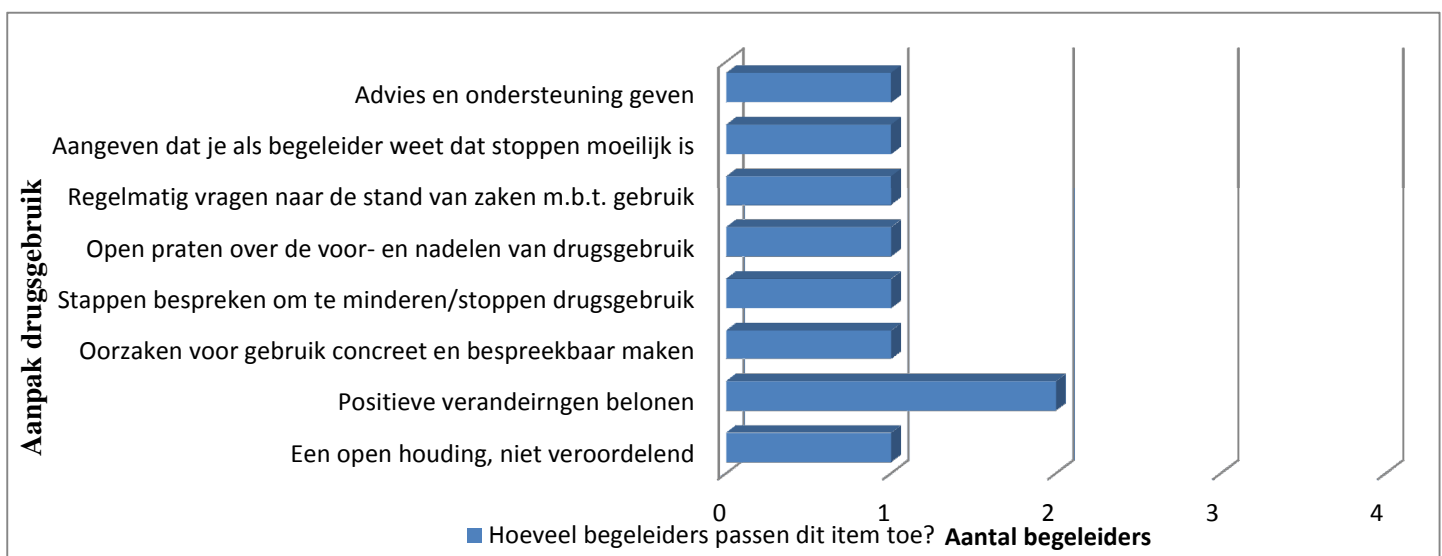
- Door het deelnemen aan dit onderzoek/cursus is mijn visie ten opzichte van het begeleiden van cliënten die drugsgebruik aanzienlijk verruimd!

Vergelijkingen

Grafiek 5: Aanpak drugsgebruik door begeleiders VOORHEEN



Grafiek 6: Aanpak drugsgebruik door begeleiders NU



Toelichting:

Uit grafiek 5 en 6 blijkt dat er 2 overeenkomsten te vinden zijn in hoe begeleider NU en VOORHEEN hebben gehandeld. Dit zijn:

- Positieve veranderingen belonen (2).
- Een open, niet veroordelende houding, aannemen (1)

Begeleiders geven dus aan dat de positieve veranderingen beloond worden. Een positieve verandering kan zijn dat de cliënten is gaan minderen of gestopt met het gebruiken van drugs. Hiervoor worden ze beloond d.m.v. complimenten geven, een begeleider gaat koken voor de cliënt en/of een kleine materiële beloning. Het blijkt in de praktijk dat sommige cliënten erg gevoelig zijn voor een positieve beloning.

Grafiek 6 laat tevens zijn dat er **VOORHEEN** ook meer het negatieve naar voren kwam in de aanpak van drugsgebruik. Zo zeggen 2 begeleiders dat ze de cliënt duidelijk lieten blijken dat drugs ‘fout’ was. Het niet getolereerd wordt binnen MMZG en zeker niet in het bijzijn van een begeleider. Tevens zegt 1 begeleider dat zij minder begrip voor de cliënt had, wanneer hij/zij liet blijken afhankelijk te zijn van drugs.

Het verschil met grafiek 5 en 6 laat uiteindelijk zien dat de begeleiders **NU** op een positievere manier het drugsgebruik van hun cliënten aanpakken. Naast de overeenkomsten laat grafiek 5 de volgende positieve veranderingen zien:

- Begeleiders geven advies en ondersteuning op het gebied van drugs (tot zover hun kennis gaat en met behulp van het plan van aanpak)
- Aangeven dat je als begeleider weet dat stoppen moeilijk is
- Als begeleider regelmatig vragen naar stand van zaken m.b.t. drugsgebruik
- Open praten over de voor- en nadelen van drugsgebruik
- Stappen bespreken om te minderen/stoppen met het gebruiken van drugs
- Oorzaken voor gebruik concreet en bespreek maken

Uit de reacties van deze begeleiders blijkt dat cliënten meer open staan om te ‘veranderen’ als een begeleider hen op een positieve manier benadert. Met betrekking tot de aanpak van drugsgebruik willen ze meer naar de begeleider luisteren en nemen ze eerder een open houding aan, dan wanneer een begeleider hen op een negatieve manier benadert, zoals in grafiek 6 verder wordt aangegeven.

Diagram4: Hebben begeleiders NU MEER vaardigheden IN HUIS om een cliënt, in de aanpak van drugsgebruik, te kunnen begeleiden?

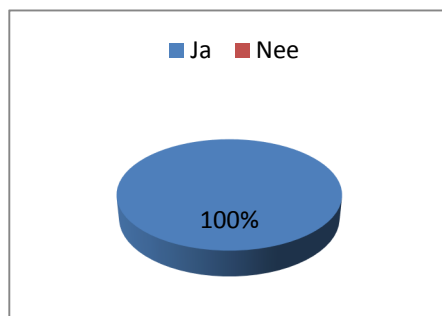
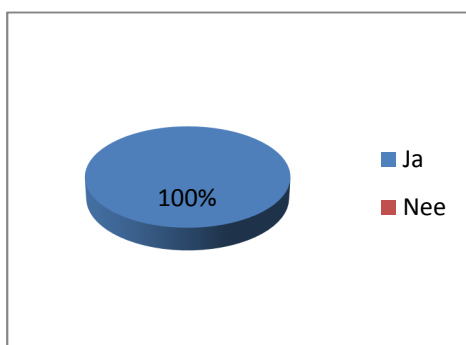


Diagram 7: Vind je dat er binnen MMZG een betere begeleiding van drugsgebruik nodig is?



Toelichting:

Om diagram 4 en 7 met elkaar te vergelijken dien ik te kijken naar de vraag of een begeleider vindt of er daadwerkelijk een betere begeleiding binnen MMZG nodig is op het gebied van drugsgebruik. Begeleiders scoren hier 100%. Dat betekent dat ze het unaniem met elkaar eens zijn dat er een beter

begeleiding van de aanpak van drugsgebruik nodig is. Door aan dit eindonderzoek deel te nemen, laten de 3 begeleiders zien dat ze hun expertise op het gebied van drugsgebruik willen vergroten en door met het plan van aanpak/stappenplan te werken geven ze aan dat hun vaardigheden meer vergroot zijn.

Hierboven liet een vergelijking tussen grafiek 5 en 6 al zien dat begeleiders NU de cliënten meer op een positieve manier benaderen:

- Advies en ondersteuning geven (1)
- Aangeven dat je als begeleider weet dat stoppen moeilijk is (1)
- Regelmatig vragen naar de stand van zaken m.b.t. gebruik (1)
- Open praten over de voor- en nadelen van drugsgebruik (1)
- Stappen bespreken om te minderen/stoppen drugsgebruik (1)
- Oorzaken voor gebruik concreet en bespreek maken (1)

Grafiek 5 laat tevens zien dat hun vaardigheden ook vergroot zijn, begeleiders geven meer veranderingen aan in hun handelen. Dit feit wordt bevestigd in diagram 4: Hier geven de begeleiders aan dat hun vaardigheden NU meer vergroot zijn (100%).

Bijlage 1: Vragenlijst eindmeting



Vragenlijst drugsgebruik van cliënten binnen MMZG



Beste Collega,

In het kader van mijn opleiding tot ‘Gedragsspecialist’ aan de Fontys Hogeschool Speciale Onderwijszorg te Sittard, ben ik samen met jullie bezig geweest met het onderzoeken van het drugsgebruik binnen Maatman Zorggroep.

Om tot een volledig eindresultaat te komen wil ik je vragen om deze vragenlijst in te vullen. Het is een soortgelijke vragenlijst die je voorheen ook al hebt ingevuld. Enkele vragen zijn aangepast, omdat ik nu wil meten of jullie meer vaardigheden met het werken van een stappenplan.

De vragenlijst bestaat uit 11 vragen, die mij inzicht geven of het werken met behulp van het ‘plan van aanpak’ effect heeft gehad in de aanpak van het drugsgebruik bij jullie cliënten. Maar daarnaast ook als jullie als ambulante begeleider zijn gegroeid in de aanpak van het drugsgebruik bij jullie cliënten.

De vragenlijst mag anoniem ingevuld worden. Dit houdt in dat je je naam niet hoeft in te vullen, maar het liefst de rest van de informatie wel.

Ik hoop dat ik op je medewerking kan rekenen, zodat ik een volledig eindresultaat, met betrekking tot het drugsgebruik binnen MMZG, kan meten. “Alvast heel hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst”.

Graag ontvang ik op uiterlijk op maandag 30 april de ingevulde vragenlijst retour. Er zijn een aantal mogelijkheden om deze vragenlijst retour te sturen:

4. Per e-mail naar r.frenken@maatmanzorggroep.nl
5. Roy e-mailen en een afspraak maken voor het ophalen van de vragenlijst.

Groet,

Roy Frenken
Begeleider Zuid-Limburg

Docent Fontys Hogeschool:
Supervisor MMZG:

B. van Geffen(Docent, opleidingscoördinator)
R. Franken(Gz-Psycholoog/Neuropsycholoog/Orthopedagoog)

Vragenlijst drugsgebruik van cliënten binnen MMZG

Naam: (anonimiteit blijft gewaarborgd i.v.m. privacy)

Werkzaam in:

- ☐ Regio Noord-Limburg
- ☐ Regio Zuid-Limburg
- ☐ Regio Zuid-Oost Brabant

Begrippenlijst:

✓ **MMZG**

Maatman Zorggroep

✓ **Groep gebruikers volgens Maastricht en Hubers (2010):**

(“Experimenteel gebruikers”, “Recreatief gebruikers”, “Gewoontegebruikers”, “Excessief gebruikers”, “Verslaafden”).

- **Experimenteel gebruik**
Vanuit nieuwsgierigheid een middel uitproberen, en niet in een vast patroon.
- **Recreatief gebruik**
Dit gebruik is wat frequenter, er zit geen vast patroon in en de persoon ervaart er geen nadelige gevolgen van.
- **Gewoontegebruik**
Meer dan recreatief gebruik, het middel wordt gebruikt om bijvoorbeeld rustig te worden of leegte op te vullen. Het middel wordt gebruikt volgens een vast patroon. Bijvoorbeeld: elk weekend, elke dag of met een feestje. Er kan een begin van verlangen naar het middel ontstaan en de gebruiker heeft dit nog wel onder controle. Bij gewoontegebruik is er geen sprake van negatieve gevolgen van middelengebruik.
- **Excessief gebruik**
Meer dan recreatief gebruik. Het middel wordt volgens een vast patroon gebruikt om bijvoorbeeld rustig te worden of leegte op te vullen. Bijvoorbeeld : elk weekend, elke dag of op een feestje. Er kan een begin van verlangen naar het middel ontstaan maar de gebruiker heeft dit nog wel onder controle. Bij gewoontegebruik is er geen sprake van negatieve gevolgen van het middelengebruik. Bij excessief gebruik wel. Frequentie van gebruik : dagelijks.
- **Verslaafd**
Een middel wordt elke dag gebruikt of zelfs vaker per dag. De gebruiker kan niet meer zonder. Het middel beheerst het leven. Problemen op psychisch, lichamelijk en sociaal gebied. Pogingen tot stoppen met een middel mislukken vaak. Frequentie van gebruik: dagelijks.

13. Ik kom in mijn werk cliënten tegen die drugs gebruiken en/of ik heb het vermoeden dat mijn cliënt drugs gebruikt?

- ☐ Ja, ga door met vraag 1b en 1.c. en 1.d. en 1.e.
- ☐ Nee, ga door met vraag 2

1.b.Hoeveel cliënten waarvan je **persoonlijke begeleider** bent gebruiken met zekerheid drugs?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

1.c. Van hoeveel cliënten waarvan je **persoonlijke begeleider** bent, heb je een vermoeden dat ze drugs gebruiken?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

1.d.Wat voor soort drugs gebruiken jouw cliënten?

Meerdere antwoorden mogelijk.

Met zekerheid	Vermoeden
☐ Hasj	☐ Hasj
☐ Wiet	☐ Wiet
☐ XTC	☐ XTC
☐ Cocaïne	☐ Cocaïne
☐ Speed	☐ Speed
☐ GHB	☐ GHB
☐ Heroïne	☐ Heroïne
☐ Weet ik niet	☐ Weet ik niet
☐ Anders, namelijk ...	☐ Anders, namelijk ...

1.e.Onder welke groep gebruikers vallen jouw cliënten die drugs gebruiken? (“Experimenteel gebruikers”, “Recreatief gebruikers”, “Gewoontegebruikers”, “Excessief gebruikers”, “Verslaafden”).

Zie voor verdere uitleg pagina 3.

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Experimenteel gebruik
- ☐ Recreatief gebruik
- ☐ Gewoonteverbruik
- ☐ Excessief gebruik
- ☐ Verslaafd

14. Wat zijn volgens jou oorzaken waardoor mensen drugs gebruiken?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Welke signalen herken je bij je cliënten die (vermoedelijk) drugs gebruiken?

- ☐ Gedragsverandering
- ☐ Stemningswisselingen (prikkelbaar/chagrijnig en dan weer vrolijk)
- ☐ Trekt zich terug van familieleden en/of andere personen
- ☐ Verzorgt zich niet goed
- ☐ Verliest belangstelling in activiteiten die hij/zij eerst leuk vond
- ☐ Veranderend gedragspatroon
- ☐ Bleekheid en/of vermageren
- ☐ Rode of glazige ogen
- ☐ Anders, namelijk

.....
.....

4.a.Hoe pak je **nu** het drugsgebruik bij je cliënten aan?

.....
.....
.....
.....
.....

4.b. Hoe pakte je **voorheen** het drugsgebruik bij je cliënten aan?

.....
.....
.....
.....
.....

4.c. Zijn er externe specialisten en/of instanties bij de begeleiding betrokken?

Denk hierbij o.a. specialist van Mondriaan Zorggroep, Orbis GGZ etc.

- ☐ Ja, namelijk.....
.....

Ga verder met vraag 4.c.

- ☐ Nee, ga verder met vraag 5.

4.d. Wat zijn de resultaten van jouw aanpak tot nu toe?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Denk je dat de cliënt(en) geholpen wil (willen) worden om zijn/haar drugsgebruik te verminderen en/of te stoppen?

- ☐ Ja, sommigen wel. Ga verder met vraag 5.b.
- ☐ Ja, allemaal. Ga verder met vraag 5.b.
- ☐ Nee. Ga verder met vraag 6

5.b Wat heeft een cliënt, volgens jou als begeleider, nodig om zijn drugsverbruik te verminderen en/of te stoppen met het gebruiken van drugs?

.....
.....
.....

-
-
6. Heb je als begeleider **nu meer** vaardigheden in huis om een cliënt te kunnen begeleiden bij het verminderen/stoppen van zijn/haar drugs gebruik?

- Ja, ga verder met vraag 6.b
- Nee, ga verder met vraag 7.

- 6.b. Wat zijn jouw kwaliteiten en vaardigheden in de aanpak van het drugsgebruik?

Noem je sterkste punten die aantoonbaar succes hebben.

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wat zou volgens jou een oplossing kunnen zijn om het drugsgebruik van cliënten binnen MMZG aan te kunnen pakken? En over welke vaardigheden zou een begeleider dan moeten beschikken?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Heb je al positieve ervaringen in de aanpak van het drugsgebruik bij een cliënt?

- a. Ja, ga verder met vraag 8.b.
- b. Nee, ga verder met vraag 9.

- 8.b. Wat zijn je resultaten en hoe maak je deze kenbaar aan de organisatie?

Denk hierbij aan het noteren van de begeleidingsactiviteit (welke is dit?), het noteren in de dagrapportage van een cliënt, rapporteren richting regiomanager/psycholoog etc.

.....

.....

.....

.....

.....

- 8.c. Wordt jouw aanpak, met betrekking tot het drugsgebruik/drugsprobleem besproken in 'het begeleidingsteam'?

- Ja, Op welke wijze?

.....

.....

.....

.....

.....

- Verbeterpunten?

.....

.....

.....

.....

.....

- Nee, ga verder met vraag 9.

9. Ben je bekend met het 'Drank-en drugsreglement' van MMZG?

- Ja, ga verder met vraag 9.b.
- Nee, ga verder met vraag 10.

9.b. Wat vind je van dit reglement in vergelijking met het 'plan van aanpak' (wat je gedurende het onderzoek in de praktijk hebt toegepast)?

Licht je antwoord toe.

.....

.....

.....

.....

.....

10. Vind je dat er binnen MMZG een betere begeleiding van drugsgebruik nodig is?

- Ja, ga verder met vraag 10.b.
- Nee, ga verder met vraag 11.

10.b. Wat zou er volgens jou beter kunnen?

.....

.....

.....

.....

.....

11. Vragen en/of opmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 15: Coachen/teamleren

▪ Wat is een effectief team

Een effectief team is in mijn ogen een team dat bestaat uit gedreven teamleden die mee willen denken en werken om de effectiviteit van een stappenplan uit te proberen. Dit in het kader van de aanpak van drugsgebruik door cliënten binnen Maatman Zorggroep.

Het team bestaat uit 3 personen. Hierin fungeer ik als 'coach'. Ik 'coach' de leden en probeer hen op deze manier inzicht te laten krijgen in hun kwaliteiten, mogelijkheden en kansen. Ik probeer de 'negatieve' aanpak om te laten zetten in een 'positieve' aanpak waar 'goed' gedrag wordt beloond, d.m.v. het 'vieren' van een 'succes' ervaring met de cliënt.

▪ Teamontwikkeling

Bij de aanpak van het drugsgebruik is het belangrijk dat er in een vertrouwde omgeving met elkaar gecommuniceerd wordt. Het team dat ik nu heb samengesteld is ontstaan doordat de teamleden zich als vrijwilliger hebben opgegeven. Het team heeft zich 'goed' ontwikkeld in de 4 bijeenkomsten die er zijn geweest. Voor de toekomst vind ik het belangrijk dat soortgelijke teams samen worden gesteld. Een team waarin leden worden gecoacht hoe ze het drugsgebruik van hun cliënten kunnen aanpakken. Dit kan ook d.m.v. peercoaching. Bij peercoaching is het wel belangrijk dat opnames worden gemaakt. Binnen Maatman Zorggroep dient er gekeken te worden of dit haalbaar is. Iedere begeleider heeft een andere caseload, d.w.z. begeleid andere cliënten.

▪ Het team in de lerende organisatie

Onder een 'lerende' organisatie wordt verstaan:

- Het leren en het leervermogen van individueen, groepen en de organisatie als geheel te **bevorderen** en zo te met elkaar te **verbinden**
- dat er continu verandering optreedt op alle drie niveaus
- in de richting van gewenste output van de organisatie.

Maatman Zorggroep is o.a. op het gebied van de aanpak van drugsgebruik door cliënten een 'lerende' organisatie. Een organisatie die wil leren hoe ze het drugsgebruik van cliënten 'beter' of 'anders' aan kan pakken. In de toekomst dient er gekeken te worden naar hoe er richting gegeven kan worden aan de gewenste output van de organisatie. Maar ook hoe men de begeleiders kan 'scholen' in de aanpak van het drugsgebruik door cliënten. Elk individu, groep en de organisatie als geheel dient er van te leren.

▪ Hoe ziet 'jouw' team eruit / teamrollen

Uit de test van <http://www.123test.nl/belbin/> komt het volgende resultaat:

Van je antwoorden is bepaald in hoeverre elke van de negen teamrollen aansluit bij je persoonlijkheid. De mate waarin een teamrol bij je past staat weergegeven met een aantal punten.

De negen rollen zijn de "Bedrijfsman", "Brononderzoeker", "Plant", "Monitor", "Vormer", "Voorzitter", "Zorgdrager", "Groepswerker" en de "Specialist"

In totaal heb je 100 punten verdeeld. Een groepsrol kan maximaal 25 punten hebben. Hieronder staan eerst de twee groepsrollen die je de meeste punten gaf en daaronder de rol die je het minst aantal punten gaf.

De meeste punten gaf je aan de rol: Monitor (18 punten)

De monitor heeft de neiging zaken op een afstandelijke en kritische manier te bekijken. De monitor is over het algemeen analytisch en bedachtzaam. In de benadering van anderen is hij of zij meestal erg rationeel. Hierdoor kan de monitor soms gereserveerd en minder gevoelig overkomen. De monitor heeft een objectieve grondhouding. Hij of zij zal zich niet snel laten meeslepen in een stemming van euforie of neerslachtigheid.

Daarna gaf je de meeste punten aan: Voorzitter (15 punten)

De voorzitter is iemand die een sterk coördinerende rol heeft. Aan de ene kant is de voorzitter procedureel. Aan de andere kant weet de voorzitter juist door deze nadruk op de procedure een onafhankelijke positie in te nemen waardoor hij of zij makkelijker iedereen bij het team kan betrekken. De voorzitter heeft een sterke neiging te zoeken naar consensus. Hij of zij is niet snel bevooroordeeld en weet de meningen en opvattingen van anderen goed te verwoorden.

Het minst aantal punten gaf je voor: Vormer (9 punten)

De vormer is over het algemeen zeer gedreven en energiek. De vormer weet mensen te motiveren. Soms, als het in zijn of haar ogen nodig is, door uit te dagen. Al kan de vormer door zijn gedrevenheid ook mensen tegen zich in het harnas jagen. Deze gedrevenheid maakt de vormer soms ook ongeduldig of emotioneel. Het belang voor het team is dat de vormer met zijn of haar ambitie zaken voor elkaar weet te krijgen.

Hoe scoort het samengestelde team dat is samengesteld voor de het uitproberen van het stappenplan in de aanpak van het drugsgebruik?

Ik ben op de website van www.meermetteams.nl gaan testen wat het teamprofiel is van het team waaraan ik de bijeenkomsten 'drugsgebruik' aan heb gegeven. Hieruit komen de volgende resultaten

Sociale cohesie

Hoge score - Sociale cohesie duidt op de sociale samenhang binnen het team. Er is sociale cohesie wanneer er stabiele, duurzame en hechte relaties tussen medewerkers zijn (Raub, 1997). Cohesie binnen de groep is een belangrijke voorwaarde voor teamontwikkeling.

Onderling vertrouwen

Hoge score - Onderling vertrouwen wordt in de literatuur beschreven als het kunnen rekenen op elkaars acties, woorden en intenties (Dirks, 2000). Deze dimensies van teamontwikkeling nemen toe naarmate de intimiteit tussen de groepsleden toeneemt (Tuckman & Jensen, 1977; De Galan, 2003).

Psychologische Veiligheid

Hoge score - Wanneer belangrijke conflicten opgelost worden, ontstaan er psychologische veiligheid (en onderling vertrouwen) binnen de groep. Medewerkers voelen zich veilig wanneer ze het idee hebben dat ze niet er onder zullen lijden als ze hun ware aard laten zien (May & Harter, 2004).

Open Communicatie

Hoge score - Communicatie is een middel om kennis en informatie te delen binnen het team. Voor de effectiviteit van teamwerk is het essentieel dat iedereen in het team zo direct en open mogelijk met elkaar kan communiceren. Indirecte communicatie (bijvoorbeeld via de leider) kan leiden tot tijdverlies en informatie die onvolledig of foutief overkomt (Hoegl & Gemuenden, 2001).

Feedback geven/vragen

Gemiddelde score - "Feedback is een mededeling aan iemand over hoe zijn gedrag wordt waargenomen, begrepen en ervaren." Feedback geven wordt pas effectief als er onderling vertrouwen is. Het kan er voor zorgen dat positief gedrag bevorderd wordt, negatief gedrag gecorrigeerd wordt en daarnaast verduidelijkt het de relatie tussen twee personen (Remmerswaal, 2004).

Rolverdeling

Hoge score - Wanneer teamleden hun taak en elkaars kwaliteiten kennen kan er een begin gemaakt worden met een heldere rolverdeling. Hierbij zijn competenties en taakverdeling op elkaar afgestemd (Tuckman & Jensen, 1977). Teamleden weten wat ze moeten doen en wat ze van elkaar kunnen verwachten.

Samengevat:

4 soorten teams (Lingsma, 1999)

- M1: los zand, individuen werken solistisch
- M2: groep, soms wel/niet samenwerking

Hier ligt de grens van niet/wel verantwoordelijkheid nemen voor eigen bijdrage aan het geheel

- M3: team met veel interactie onderling
- M4: team met veel interactie naar derden

Als ik het 'team' wat ik heb samengesteld beroodeel, behoort tot het M3 team.

- Zijn trots op zichzelf
- Leren van elkaar
- Nemen verantwoordelijkheid voor hier en nu
- Geven elkaar (on)gevraagd feedback
- Vangen elkaars verschillen intern op
- Verzinnen nieuwe mogelijkheden
- Denken en handelen proactief
- Tonen initiatief

Bij het coachen heb geen rekening gehouden met de tips en valkuilen die horen bij coachen van een M3 team. Het was voor mij meer noodzakelijker om de collega's in te laten zien wat hun kwaliteiten, mogelijkheden en kansen zijn. Ik ben ingegaan op de praktijksituaties:

- Wat heb ik geleerd?
- Waar sta ik op een schaal van 0 tot 10?
- Hoe kom ben ik tot het cijfer dat ik mezelf heb gegeven? Wat heb al geleerd? Wat wil ik nog leren?
- Welke stappen dien ik te ondernemen om te komen tot het volgende cijfer? Hoe wil ik dat gaan aanpakken en wat zou ik graag willen bereiken?
- Afspraken maken hoe er aan het doel gewerkt wordt en dat het de volgende bijeenkomst teruggekoppeld dient te worden.

Tussendoor geef ik complimenten voor de 'positieve' veranderingen en waardeer en respecteer de ondernomen stappen. Elke stap is een stap vooruit naar het doel dat een collega wil bereiken. Ik ben gegroeid in het 'coachen' van een 'team'. Ik heb een team bij elkaar gebracht dat trots op zichzelf is om wat er in korte tijd is bereikt en dat van elkaar leert. Elke collega heeft initiatief getoond. Voordat ik begon met het 'coachen' van dit team had ik alleen nog maar ervaringen opgedaan in het coachen van cliënten en collega's. Het coachen van een 'team' had ik nog nooit gedaan. Ik ben erachter gekomen dat ik de kennis van het coachen goed beheers en dat het me gelukt is om dit team te coachen. Dit heb ik aangepakt door elke persoon individueel te bevragen wat haar leerdoelen zijn en hoe ze deze wil aan gaan pakken. Hierbij heb ik gebruik gemaakt van de kennis en ervaring die ik heb opgedaan met het oplossingsgericht coachen van collega's en cliënten. Ieder teamlid kon feedback of aanvullingen geven. Het geven van feedback ging vanzelf, maar ik vind desondanks dat dit wellicht meer aan de orde had mogen komen. Naast het coachen werden casussen besproken. Cliëntsituaties werden besproken en gaven de andere leden aan hoe zij de situatie zien en welke gaven tips aan elkaar. Op deze manier kwamen de bijeenkomsten goed op gang. Ieder teamlid kon situaties inbrengen en bespreekbaar maken. Door een tijdsplanning te maken heb ik er voor gezorgd dat ieder teamlid genoeg aan bod kwam, waardoor niemand zich benadeeld hoefde te voelen. Bij de aanbevelingen in hoofdstuk 6 van dit meesterstuk heb ik dan ook aangegeven dat Maatman Zorggroep intervisiebijeenkomsten zou moeten organiseren waarin begeleiders gecoacht worden. Tevens kan er gebruik worden gemaakt van peercoaching. Men leert van elkaar en coacht elkaar.

Peer coaching: Het VIP-model

Het VIP-model, waarbij de letter **V** staat voor Video, de **I** voor Intervisie en de **P** voor Peer coaching, is ontstaan naar aanleiding van een aantal ervaringen die die opgedaan zijn met peer coaching en waarbij sprake was van de combinatie video-registratie, intervisie en coachingsaspecten.

Deze combinatie maakt het VIP-model tot een methodiek die door docenten als een rijke leeromgeving wordt ervaren waarbij de praktijk en het handelen van de leraar uitgangspunt is.

Kenmerken en uitgangspunten

Kenmerken van het VIP-model:

Kleine peer coachingsgroepen

Het gaat om *kleine peer coachingsgroepen*. Een aantal van drie collega's (exclusief een procesbegeleider) blijkt in de praktijk goed te werken. Dat betekent dat een bijeenkomst ongeveer anderhalf uur duurt. Dit wordt de leerkrachten als redelijk ervaren. De drie deelnemers nemen afwisselend de rol van coach of gecoachte aan. Gecoacht wordt degene wiens Actie VerbeterPlan aan de orde is. De peer coachingsbijeenkomst wordt (met name in het begin) geleid door een procesbegeleider die vooral als model functioneert voor de deelnemers wat betreft de coachende attitude en vaardigheden.

Een peer coachingsgroep kan bestaan uit collega's, die bijvoorbeeld in dezelfde bouw (onderbouw, middenbouw, bovenbouw van een school) werkzaam zijn, of deel uitmaken van een afdeling binnen een school voor VO of van een bepaalde vakgroep.

Cyclisch proces

Er is binnen de VIP-werkwijze sprake van een *cyclisch proces*. De tijdens een bijkomst geformuleerde doelstellingen en concreet omschreven handelingen (voorgesprek) worden uitgetoetst in de praktijksituatie (observatie m.b.v. videoregistratie). Na een periode van ongeveer 6 weken komt de peer coachingsgroep weer bij elkaar en worden de resultaten aan elkaar getoond. Er kan dan besloten worden tot aanpassing van het actie-verbeterplan (nagesprek). De inzet van ander leerkrachtgedrag kan overwogen worden om bepaalde doelen te bereiken. Is men tevreden met het bereikte resultaat dan kan overwogen worden een ander gedragsaspect onder de loep te nemen en te verbeteren. Bij dit cyclische verloop speelt het Actie-/verbeterplan een belangrijke rol.

Actie-/verbeterplan

Er wordt gewerkt met een *actie-/verbeterplan* (AVP). Dit is een document dat enige ondersteuning geeft bij het formuleren van doelen en handelingen en bij de reflectie hierop nadat er in de praktijk geprobeerd is bepaalde doelen te bereiken. De deelnemers noteren doelen, handelingen en reflectie op dit formulier.

Het formulier bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat een ruimte waarin de deelnemer zijn concrete (gedragsverbeter-)doel noteert met een concrete beschrijving van acties die hij onderneemt om tot deze verbetering te komen. In het tweede deel van het AVP gaat het om de feedback van collega's op de videobeelden en de eigen mening van de betreffende deelnemer over zijn functioneren in de betreffende lessituatie. De deelnemer noteert dit op het formulier. Het tweede deel van het AVP wordt afgesloten met een reflectie op het behalen van de doelen (de gewenste gedragsverandering). Hierbij wordt uitgegaan van een schaal van 1 tot 10 waarop de deelnemer zijn tevredenheid aangeeft. De vraag 'Waarom dit cijfer? Waarom niet lager?' dwingt de deelnemer als het ware om vooral te kijken naar wat goed ging (daar moet hij immers 'meer van gaan doen'). Dit kan het zelfvertrouwen stimuleren. De vraag 'Wat kan nog beter anders? Wat is er nodig om mijn mate van tevredenheid met 1 punt te verhogen?' stimuleert de deelnemer in kleine (verander-)stappen te denken. Dit leidt tot concrete omschrijvingen van het handelen en tot realistische doelen. Als laatste wordt de vraag naar een nieuw actieplan gesteld. Het kan dan gaan om nieuwe gedragsaspecten of een voortzetting van de ingezette verbetering.

Vaste opbouw

Er is sprake van een vaste opbouw van de peer coachingsbijeenkomsten (de eerste bijeenkomst heeft een iets andere inhoud dan de vervolgbijeenkomsten, zie opmerking verderop):

er wordt bepaald in welke volgorde de actie-/verbeterplannen worden ingebracht.

De 'inbrenger' leest zijn actie-/verbeterplan voor (eerste deel AVP) en toont de door hem geselecteerde videobeelden waarop te zien is hoe hij werkt en vorm geeft aan zijn gedragsverbetering.

De 'inbrenger' reageert als eerste op zijn eigen beelden

De collega's reageren op de beelden en geven feedback (tweede deel ASP).

Hierbij kunnen vragen gesteld worden als: 'Is er iets dat je de andere keer nog anders zou doen?' en 'Wanneer je deze instructie opnieuw zou moeten geven zou je die dan op dezelfde manier geven of zou die er iets anders uitzien?'

De 'inbrenger' overweegt op basis van zijn eigen ervaring en de ontvangen feedback in welke mate hij tevreden is met het resultaat (tweede deel AVP) en of hij kiest om het ingezette gedrag verder te verbeteren of een nieuw gedragsaspect te nemen om te verbeteren.

De 'beurt' van de 'inbrenger' wordt afgesloten met een ingevuld deel 1 van een nieuw AVP.

Elke deelnemers brengt op deze wijze zijn 'casus' in.

Elke bijeenkomst wordt afgesloten met een korte evaluatie van de bijeenkomst.

Hierbij kan men feedback geven op elkaars functioneren tijdens de bijeenkomst.

Tenslotte worden er afspraken gemaakt over het gebruik van de camera en voor het maken van opnames in de klas als voorbereiding op de volgende bijeenkomst.

Een paar opmerkingen wat het draaiboek van de bijeenkomst betreft:

Ter voorbereiding van de **eerste bijeenkomst** denken de deelnemers na over een te veranderen gedragsaspect. Tijdens de eerste bijeenkomst illustreren

zij dit met videobeelden en ondersteunen elkaar bij het formuleren van concrete gedragsveranderingdoelen.

Onze ervaring is dat het noteren in het AVP van doelen en gedragsalternatieven tijd kost. Men kan afspreken dat men op een ander moment de gemaakte aantekeningen uitwerkt en (per email) rond stuurt. Zo kan de deelnemer zelf nog eens rustig nadenken over de geformuleerde doelen en gedragsverbetering en kunnen anderen er nog op reageren.

Uitgangspunten van het VIP-model

Uitgangspunt 1. Het gebruik van video

Video is een belangrijk onderdeel van het VIP-model voor peer coaching. Uitgangspunt is: echt naar (eigen) gedrag kijken kan alleen met gebruikmaking van videoregistratie.

Het belangrijkste instrument dat een leraar in huis heeft om zijn beroep uit te oefenen, is hijzelf: zijn manier van communiceren, zijn lichaamstaal, zijn woorden, zijn houding, zijn mimiek, zijn intonatie, zijn gedrag. Elk mens heeft zogenaamde 'blinde vlekken', gedrag waarvan hij zich niet bewust is, of waarvan hij niet door heeft hoe het op anderen overkomt. Zicht hebben op het eigen gedrag (en de blinde vlekken hierin) en de mogelijke invloed en effecten hiervan op de leerlingen is voor een leraar van groot belang om zijn beroep goed te kunnen uitvoeren.

Video-opnames van een leraar in actie laten haarscherp zien hoe het gedrag eruit ziet. De ervaring is dat leraren die zichzelf op een video-opname zien al heel snel komen met opmerkingen als: 'ik wist niet dat ik dat zo deed' en 'dat moet ik echt anders doen'. Dat is het vertrekpunt van peer coaching volgens het VIP-model: leraren die zich bewust worden van hun eigen gedrag en dat willen verbeteren en veranderen. Later kunnen er kijkwijzers en kaders aan te pas komen, maar die hoeven niet het vertrekpunt te zijn. In eerste instantie is het van belang dat leraren zelf de verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gedragsverandering.

Uitgangspunt 2. Oplossingsgericht denken

Wij gaan uit van oplossingsgericht denken in plaats van probleemgericht denken. In onze (onderwijs)cultuur lijkt het gebruikelijk vooral te kijken naar wat fout is en fout gaat. Dat analyseren we uitgebreid en komen uiteindelijk misschien tot oplossingen. Daar is niets mis mee. Het kan echter gebeuren dat men te lang blijft hangen in het analyseren en bepreken van problemen. De kans is dan aanwezig dat de problemen groter gaan lijken dan ze in werkelijkheid zijn. We kunnen ons voorstellen dat dit gebeurt wanneer leraren hun ergernis over het functioneren van leerlingen uitwisselen. Men raakt bevestigd in zijn frustratie en de motivatie iets te veranderen wordt kleiner. Daar komt nog bij dat er vaak sprake lijkt van externe attributie. Dat wil zeggen dat leraren geneigd zijn de oorzaken van problematisch functioneren van leerlingen toe te schrijven aan leerling-kenmerken ('die heeft nou eenmaal ADHD') of gezinskenmerken ('als je weet waar die vandaan komt, dan kun je dat gedrag wel verklaren'). Men is minder geneigd om naar het eigen gedrag te kijken en de invloed hiervan op het functioneren van de leerling (weinig motiverende opmerkingen naar leerlingen,

een onduidelijke instructie,...). Zoeken naar oplossingen, kijken naar wat al goed gaat (en daar meer van doen), kijken naar wat 'ik er zelf aan kan doen', zijn belangrijke aspecten binnen de VIP-werkwijze.

Uitgangspunt 3. Concretiseren in kleine stappen

In de reflectie op het handelen wordt een sleutelrol gespeeld door het uitproberen van nieuwe gedragsalternatieven. Daarvoor is het denken in kleine en concrete stappen essentieel. Dit stimuleert tevens het denken over 'wat goed gaat'.

In het Actie-VerbeterPlan waarmee binnen de peer coachingsbijeenkomsten wordt gewerkt, is dan ook vooral veel ruimte voor het invullen van concrete doelen met betrekking tot de gedragsverbetering van de leraar, en minder voor analyse van dat gedrag. Wij zijn er van overtuigd dat leraren, wanneer zij er tijd en een structuur voor krijgen aangeboden, goed in staat zijn om eigen oplossingen te bedenken voor problemen waarmee zij geconfronteerd worden in hun dagelijkse praktijk.

Uitgangspunt 4. Intervisie als het nodig is

Het kan echter voorkomen dat coaching door de peers niet voldoende is om een leraar zelf tot oplossingen te laten komen, bijvoorbeeld omdat zijn ervaring nog te gering is en zijn referentiekader te beperkt. Dan kan er binnen de VIP-werkwijze gebruik gemaakt worden van de kracht van intervisie.

Dit kan leiden tot een brainstorm rond oplossingen waaruit de gecoachte een mogelijkheid kiest. Vervolgens wordt hij weer geholpen door zijn 'coachende' collega's om te komen tot concrete doelen en de uitwerking van concreet handelen.

Uitgangspunt 5. Een coachende houding, géén gecertificeerde coaches

Wij willen van de deelnemers geen coaches maken, maar wel een coachende houding/attitude bij hen ontwikkelen, waarbij luisteren naar elkaar en vertrouwen hebben in elkaars mogelijkheden belangrijke aspecten zijn. Het ontwikkelen van een dergelijke houding kan naar wij verwachten een positieve bijdrage leveren aan het collegiaal klimaat op een school. Ook kan een coachende houding van belang zijn bij het begeleiden en onderwijzen van leerlingen.

Hierin onderscheidt ons model zich van andere modellen. In ons model is er niet gekozen voor één 'deskundige' collega, die zelf een coachingstraject heeft doorlopen en die als coach fungeert van de 'gewone collega's'. Er is bij ons geen sprake van een een-op-een-situatie: het gaat om drie gelijkwaardige deelnemers, die alle drie over een coachende houding beschikken en om de beurt coachen of gecoacht worden.

Uitgangspunt 6. Training on the job m.b.v. rolmodel

Een van de mogelijkheden die wij gebruiken om bij alle drie de collega's een coachende attitude te ontwikkelen, is de inzet van een procesbegeleider die vooral als modelcoach fungeert en zijn inbreng gaande weg de rit steeds kleiner maakt.

Bijlage 17: Actie-/Verbeterplan peercoaching

AVP

Actie-/verbeterplan

Naam:

Datum:

Nr. plan

Actie-/verbeterplan: doelen

a. Te verbeteren gedrag

(Wat wil ik in mijn eigen gedrag verbeteren? Concreet beschrijven, liefst in waarneembaar gedrag)

b. Eventuele fasering (tussendoelen)

Actie-verbeterplan: wat helpt mij om het doel te bereiken

(Wat doe ik concreet om mijn doel te bereiken? ; Wat doen de leerlingen/laat ik de leerlingen doen?; Welke materialen heb ik nodig?; Waar moet ik aan denken bij de lesorganisatie?; Welke moeilijkheden verwacht ik en hoe ga ik daar mee om?; Hoe zorg ik ervoor dat ik aan mijn verbeteringsdoel blijf werken?)

Observatie/videoregistratie:

- **eigen observatie/feedback:**
(wat viel me op?; mijn eerste indruk)

- **feedback van mijn collega's:**

Reflectie

Mate van tevredenheid

(omcirkel het cijfer dat jouw mate van tevredenheid aangeeft. Bijvoorbeeld in relatie tot het bereiken van het gestelde doel)

Niet tevreden zeer tevreden
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Waarom dit cijfer?

(Hoe komt het dat het niet lager is?)

Wat kan nog beter/anders?

(Wat is er nodig om mijn mate van tevredenheid met 1 punt te verhogen)

Nieuw actieplan: ja/nee

(Indien 'ja', maak gebruik van een nieuw actie-/verbeteringsplanformulier. Stel ook een nieuw actie-/verbeteringsplan op wanneer uit de observatie en feedback nieuwe aspecten naar voren kwamen die verbetering-/verandering van gedrag wenselijk maken.

Bijlage 18: Peercoaching in het professionaliserings- en personeelsbeleid

Vaste plaats van peer coaching in het professionaliserings- en personeelsbeleid (IPB)

Peer coaching komt vaak een school binnen op initiatief van enkele enthousiastelingen. Of dat nu directieleden, intern coaches c.q. begeleiders of leraren zijn, de ervaring leert dat een dergelijke enthousiaste start wel noodzakelijk, maar niet voldoende is voor een duurzame verankering van peer coaching in de school. Daarvoor is meer nodig. Daarvoor moet peer coaching een onderdeel worden van het professionaliseringsbeleid en –klimaat van de school. In dit stuk sommen wij alles op wat we tot nu toe zijn tegengekomen voor verankering van peer coaching in de school.

1. Veranker het in het professionaliseringsbeleid

- Neem peer coaching op als 'officieel' professionaliseringsinstrument in de documenten waarin het personeelsbeleid wordt beschreven.
- Hou goed in de gaten welke professionaliseringsinstrumenten bij welke professionaliseringsvragen passen. Peer coaching is vooral goed inzetbaar voor
 - oplossingsgericht praktijkleren (problemen van alledag);
 - mensen die iets willen doorontwikkelen.Maar niet alle (vervolg)vragen hoeven of kunnen met peer coaching worden opgelost.
- Koppel peer coaching aan de bekwaamheidsdossiers bijvoorbeeld via de bekwaamheidseisen. Voor een meer gedetailleerde uitwerking zie hieronder.

2. Veranker het in het personeelsbeleid

- Faciliteer peer coaching door er tijd voor te reserveren in de normjaartaak.
- Zoek naar mogelijkheden om peercoachingsactiviteiten zoveel mogelijk *in de plaats van* andere HRM-activiteiten te laten plaatsvinden. Bijvoorbeeld: creëer de mogelijkheid om AVP's (ActieVerbeterPlannen) naar de functioneringsgesprekken mee te nemen, het liefst in plaats van de POP's. Of: laat videomateriaal dat voor peer coaching is gemaakt, toevoegen aan de bekwaamheidsdossiers (zie hieronder voor meer details).
- Neem de rol van procesbegeleider op als 'functie' in het interne functiegebouw, eventueel als opstapje naar de functie van intern begeleider of intern opleider.

3. Veranker het in de (dagelijkse) routines

- Heb het als leidinggevende op je netvlies in functionerings-, beoordelings- en andere HRM-gesprekken. Zowel als onderwerp om naar te informeren als als mogelijkheid om naar te verwijzen en afspraken over te maken.
- Zorg dat het ook op binnen- en bovenschoolse evenementen als studiedagen, afsluiting van het schooljaar, bovenschoolse conferenties enz. aan bod komt.
- Laat het eigenaarschap zoveel mogelijk bij de deelnemers; probeer het niet top down te managen.

- Bemoei je er wel mee als directie, maar vooral in horizontale, collegiale zin: informeer er als leidinggevende ook op informele momenten en manieren naar.
- Wees er op voorbereid dat de groep peercoaches van samenstelling, karakter, onderwerp, intensiteit enzovoorts kan wisselen. Accepteer dat. In die flexibiliteit ligt misschien ook wel de sleutel voor het 'levend' houden van peer coaching. Het VIP-model is er flexibel genoeg voor. Je kunt peer coaching gebruiken voor persoonlijke leervragen, maar je kunt het ook inzetten voor onderwijsvernieuwing (bijvoorbeeld doortrekken OGO-lijnen naar bovenbouw) of voor schoolontwikkeling (bijvoorbeeld consequent uitvoering geven aan bepaalde uitgangspunten van sociaal-emotionele ontwikkeling).

4. Koppeling van peer coaching aan de bekwaamheidsdossiers

Er zijn directe koppelingen te maken tussen peer coaching en de bekwaamheidseisen 5 en 7. De onderdelen van 5 en 7 waarvoor peer coaching kan worden ingezet zijn **vet** gedrukt :

5

Bekwaamheidseis

De leraar primair onderwijs onderschrijft zijn verantwoordelijkheid in het samenwerken met collega's.

Hij heeft voldoende kennis en vaardigheden om een professionele bijdrage te leveren aan een goed pedagogisch en didactisch klimaat op zijn school, aan goede werkverhoudingen en een goede schoolorganisatie

Om te voldoen aan deze bekwaamheidseis moet de leraar primair onderwijs het volgende doen:

- hij deelt informatie die voor de voortgang van het werk van belang is, met collega's en hij maakt gebruik van de informatie die hij van collega's krijgt
- **hij levert een constructieve bijdrage aan verschillende vormen van overleg en samenwerken op school**
- **hij geeft en ontvangt collegiale consultatie en intervisie**
- hij levert een (onderzoeksmatige) bijdrage aan de ontwikkeling en verbetering van zijn school

Om te voldoen aan deze bekwaamheidseis moet de leraar primair onderwijs deze kennis hebben:

- **hij is op praktisch niveau bekend met methodieken voor samenwerking en intervisie**
- hij is op een praktisch niveau op de hoogte van leerlingvolgsystemen en manieren om zijn eigen werk toegankelijk te administreren

- hij heeft enige kennis van organisatie- en bestuursvormen voor scholen in het primair onderwijs
- hij is op de hoogte van modellen voor kwaliteitszorg en methodieken voor onderwijsverbetering en schoolontwikkeling

5 Indicatoren

van de competentie in het samenwerken met collega's, enkele voorbeelden

► Hij heeft een gemakkelijk toegankelijke administratie en registratie van leerlinggegevens.

► Hij houdt rekening met zijn collega's en met de belangen van zijn school.

► **Hij gaat werkrelaties aan die voor zijn onderwijs of voor de school van belang zijn. Hij spreekt collega's aan en is ook zelf aanspreekbaar, als het gaat om het vragen of geven van hulp bij het werk.**

► Hij kan zijn opvattingen en zijn werkwijze op het gebied van samenwerken met collega's en functioneren in een schoolorganisatie verantwoorden.

► Hij werkt met collega's samen aan het verbeteren en vernieuwen van het onderwijs of de organisatie, bijvoorbeeld door met vormen van actieonderzoek/handelingsonderzoek gesignaleerde problemen aan te pakken.

7

Bekwaamheidseis

De leraar primair onderwijs onderschrijft zijn verantwoordelijkheid voor zijn eigen professionele ontwikkeling.

Hij onderzoekt, expliciteert en ontwikkelt zijn opvattingen over het leraarschap en zijn bekwaamheid als leraar.

Om te voldoen aan deze bekwaamheidseis moet de leraar primair onderwijs het volgende doen:

- hij werkt planmatig aan de ontwikkeling van zijn bekwaamheid, op basis van een goede analyse van zijn competenties
- hij stemt de ontwikkeling van zijn bekwaamheid af op het beleid van de school
- **hij maakt bij die ontwikkeling gebruik van informatie van kinderen en collega's en ook van collegiale hulp in de vorm van bijvoorbeeld intervisie en supervisie**

Om te voldoen aan deze bekwaamheidseis moet de leraar primair onderwijs deze kennis hebben:

- hij heeft voldoende gedragspsychologische kennis om zijn eigen gedrag en dat van anderen te begrijpen en te analyseren
- hij is op de hoogte van de onderwijspraktijk in andere scholen voor primair onderwijs en vervolgscholen en ook van actuele ontwikkelingen op het gebied van pedagogiek, didactiek, inhouden, werkwijzen en organisatievormen in het primair onderwijs
- hij is op de hoogte van actuele ontwikkelingen op het gebied van pedagogiek en didactiek die relevant zijn voor zijn onderwijs

7 Indicatoren

van de competentie in reflectie en ontwikkeling, enkele voorbeelden

► **Hij brengt onder woorden wat voor hem in het leraarschap belangrijk is en vanuit welke professionele opvattingen hij werkt.**

► Hij brengt zijn beroepsopvatting en werkhouding in verband met de (onderwijskundige en levensbeschouwelijke) identiteit van de school.

► **Hij kijkt kritisch naar zijn werk en gebruikt evaluatie, reflectie en feedback van anderen om dat verder te ontwikkelen.**

► **Hij benoemt zijn sterke en zwakke kanten, formuleert leervragen en werkt daar planmatig aan.**

► Hij kan zijn eigen activiteiten en plannen over professionele ontwikkeling verantwoorden, in relatie met het beleid van de school en tegen de achtergrond van actuele ontwikkelingen in onderwijs, wetenschap en samenleving.

(Bron: SBL)

Door de AVP's en de bijbehorende reeksen van videofragmenten te bewaren, bouwt een leraar bewijsmateriaal op waarmee hij/zij kan aantonen dat hij/zij aan de vetgedrukte punten van 5 en 7 heeft gewerkt.

Datzelfde bewijsmateriaal kan ook voor andere bekwaamheidseisen worden gebruikt. Bijvoorbeeld: als je via peer coaching aan een leervraag rond *betere lesovergangen* hebt gewerkt, kun je met behulp van je videofragmenten laten zien, dat je je vorderingen hebt gemaakt in bekwaamheidseis 4 (Organisatie / klassenmanagement). En dat alles zonder veel extra moeite, want je hebt het materiaal al allemaal verzameld.

Bijlage 19: Maatman Zorggroep, een organisatie!

Maatman Zorggroep is een organisatie die begeleiding biedt, vanuit een Persoonsgebonden budget (PGB), in heel Limburg en in de regio Eindhoven. MMZG biedt zorg aan mensen met een (licht) verstandelijke beperking en/of psychische problemen. De begeleiding bestaat onder andere uit: ambulante zorg (thuisbegeleiding), dagbesteding en psycho-educatie. Er wordt gewerkt aan de hand van een zorgplan waarin de doelen en hulpvragen van elke cliënt apart staan benoemd. Dit zorgplan is opgesteld aan de hand van twee methodieken, namelijk de Presentietheorie en Triple C. Centraal staat dat er gekeken wordt naar mogelijkheden, kansen en kwaliteiten. Kortom: vooral kijken naar wat een cliënt kan.

<http://www.maatmanzorggroep.nl/voor-professionals/wij-staan-voor.html>

Het zorgaanbod van Maatman Zorggroep bestaat uit:

- Ambulante zorg, o.a. thuisbegeleiding, en gezinsbegeleiding
- Woonzorg, o.a. begeleid zelfstandig wonen en verblijf in een woongroep
- Dagbesteding
- Logeeropvang
- Psycho-educatie
- Psychodiagnostiek

<http://www.maatmanzorggroep.nl/voor-professionals/zorg-op-maat.html>

“Wat is een organisatie?”

- Een ‘doelrealiserend samenwerkingsverband’
- Waarin belanghebbende partijen in een coalitie samenwerken om:
 - Een gemeenschappelijk doel te bereiken
 - én, ieder voor zich, een eigen doelstelling te realiseren.

(Hermans, 2011, p2, ppt Beleid en organisatie)

Missie en Visie

In oktober 2009 is door het management team van MMZG de missie en visie vastgesteld. De missie geeft aan waar Maatman Zorggroep voor staat, de visie geeft richting aan de toekomst van MMZG.

Deze vormen het uitgangspunt van de organisatie zijn keuzes en werkwijze. MMZG kan alleen volgens haar missie en visie bestaan en werken als alle medewerkers van Maatman Zorggroep hieraan invulling geven. Zij wil graag doen wat ze zegt en hiervoor heeft ze de inzet van haar medewerkers nodig.

Missie

“Maatman Zorggroep is een eigenzinnige organisatie die onvoorwaardelijke zorg nastreeft. Wij helpen mensen met een verstandelijke beperking of psychische problemen bij wonen, werken, school of vrije tijd. Onze missie is deze mensen een menswaardig bestaan te geven.”

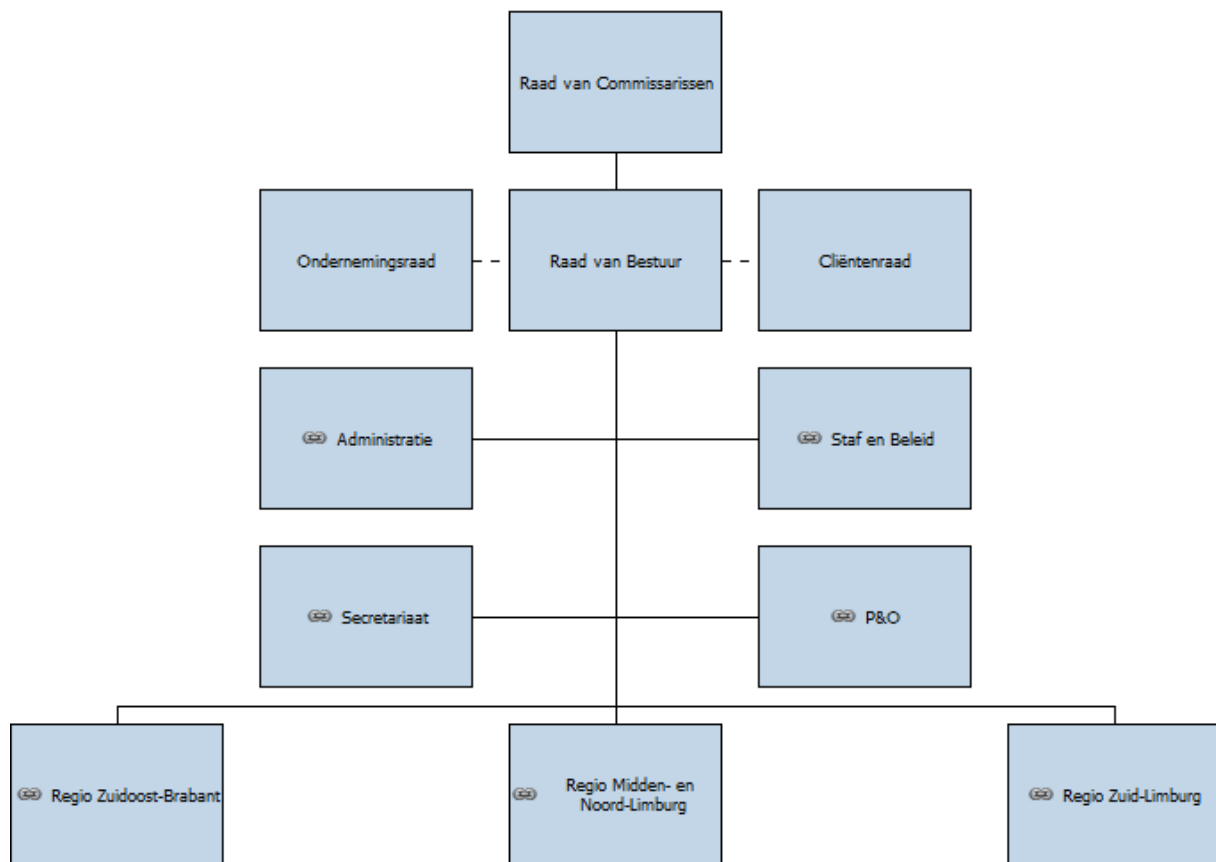
Visie

“Maatman Zorggroep is een professionele organisatie die krachtig is verankerd in de Nederlandse samenleving. Vanuit deze basis bieden wij vele mensen perspectief op een leven vol zin en betekenis. Hierbij gaan wij uit van de mogelijkheden en eigenheid van het individu.”

<http://www.maatmanzorggroep.nl/voor-medewerkers/missie-en-visie.html>

Organogram

Hoofdschema



Volgens Hermans (2011) is de definitie van een organogram:

“Een visuele, overzichtelijke, schematische weergave waarin af te lezen is hoe de belangrijkste kenmerken van de formele taakverdeling en de formele gezagsverhoudingen in een organisatie eruit zien.”

Sinds Maart 2012 heeft Maatman Zorggroep een Raad van Commissarissen. Deze is ontstaan, doordat MMZG vanaf 2012 Zorg in Natura (ZIN) mag gaan aanbieden. ZIN is de zorg die door een zorgverlener wordt verleend en door het zorgkantoor, rechtstreek, aan de zorgverlener wordt vergoed. (<http://www.menziszorgkantoor.nl/web/Consumenten/ZorgAanvragen/AWBZorgAanvragen/ZorgInNatura.htm>)

De Raad van Commissarissen houdt toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de organisatie. De Raad van Bestuur legt als zodanig verantwoording af aan de Raad van Commissarissen. (MMZG, 2011).

Naast de RvC wordt MMZG onderverdeeld in 3 hiërarchieën, namelijk de ondernemingsraad (OR), Raad van bestuur en de cliëntenraad. De Raad van Bestuur (RvB) van Maatman Zorggroep bestuurt de organisatie onder toezicht van de Raad van Commissarissen. De RvB bestaat momenteel uit twee personen, namelijk de algemeen directeur en het hoofd administratie. De RvB bestuurt maar liefst 8 ‘takken’ aan binnen MMZG. De regio’s die in het organogram te zien zijn, worden weer aangestuurd door regiomanagers. Deze geven leiding aan de uitvoerende begeleiders, psycholoog/gedragsdeskundige en de intake.

Wat voor soort organisatie is MMZG nu eigenlijk?

	Informatiegericht	Structuurgericht	Relatiegericht	Participatiegericht	Innovatiegericht
26					
25					
24					
23					
22					
21					
20					
19					
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

Tabel 1: Uitslag ouderbetrokkenheid

Toelichting:

In het kader van mijn onderzoek naar de ouderbetrokkenheid binnen MMZG is naar voren gekomen onder welk type organisatie MMZG valt. Ik heb dit onderzocht door een vragenlijst van de Vries (2007) te vertalen naar Maatman Zorggroep. Deze vragenlijst is ingevuld door 5 personen (2 ouders, 1 psychologe en 2 begeleiders).

Wat opvalt uit dit onderzoek is dat de psychologe vindt dat MMZG ouders niet zozeer bij de begeleiding betreft. Dit is te verklaren doordat de meeste cliënten van Maatman Zorggroep de volwassenstatus al hebben bereikt. De ouders zijn vaker ‘uit beeld’ of bijvoorbeeld al overleden. De twee ouders geven aan dat er door de begeleiders van hun zoon/dochter wel aandacht wordt besteed aan de ouders, maar door de organisatie zelf niet zozeer. Wel worden deze ouders betrokken bij de evaluatie van een zorgplan. De keuze is aan de cliënt, mogen de ouders erbij zijn of niet, zijn ze wettelijke vertegenwoordiger of niet. Begeleiders kiezen er vaker voor, indien de ouder(s) niet de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt is, de ouders achteraf te informeren over de stand van zaken.

Bij de begeleiders kwamen geen grote verschillen in de uitslag naar voren. Als opmerking geven zij wel aan dat zij als begeleiders investeren in de ouderbetrokkenheid. Zij schakelen ouder(s) in, wanneer er samen gekeken dient te worden hoe een ‘probleem’ opgelost kan worden. Ze vinden de samenwerking met de ouder(s) belangrijk. Maatman Zorggroep investeert goed in de relatie ouder/kind. Hiermee wordt bedoeld dat wanneer een cliënt zwanger raakt, er samen naar wordt gekeken hoe de zorg voor het kind zo adequaat mogelijk kan verlopen.

Uit tabel 1 is af te leiden at Maatman Zorggroep een relatiegerichte organisatie is. MMZG investeert dus veel in het opbouwen en onderhouden van sociale relaties met ouders, die hiervoor open staan

hierin ook investeren. Daarnaast ervaart en ziet Maatman Zorggroep de ouders als belangrijke partners. Men ziet ze als belangrijke partners wanneer ze betrokken worden en 'in beeld' zijn bij de geboden zorg. Het is namelijk zo dat niet bij alle cliënten ouders nog 'in beeld zijn' of betrokken worden bij de zorg van hun zoon/dochter.

De organisatie kan nauwelijks eisen stellen aan ouders. De begeleiders zijn echte vakmensen. Als er klachten van ouders zijn, probeert de begeleider deze zelf te verhelpen. Indien mogelijk wordt er wel duidelijkheid gegeven aan ouders. De begeleider is de eerste contactpersoon van de cliënt. Daarnaast worden de taken en verantwoordelijkheid van zowel de begeleider, de organisatie als ouders duidelijk vastgelegd. Ouders weten dan bij wie ze waarvoor moeten zijn binnen Maatman Zorggroep. Ook al staat alles duidelijk op papier, uiteindelijk is het de cliënt (zoon/dochter) die bepaalt of de ouders betrokken en/of ingelicht worden. Dit vanwege de volwassenstatus van haar cliënten.

Mijn positie binnen Maatman Zorggroep

In juni 2010 ben ik begonnen met werken bij Maatman Zorggroep. Vanaf dat moment ben ik de functie van 'begeleider' gaan uitvoeren. Wat houdt deze functie nou precies in?

De functie begeleider heeft tot doel te zorgen voor de uitvoering van de zorg voor cliënten op individueel niveau en groepsniveau. Vanuit het persoonlijk begeleiderschap van één of meer individuele cliënten is de begeleider het eerste aanspreekpunt voor de zorgverlening en de eerstverantwoordelijke voor de uitvoering van de individuele zorgverlening. Het doel van de zorg is gericht op het bevorderen en/of handhaven van de zelfredzaamheid van cliënten.

Plaats in de organisatie: de begeleider is hiërarchisch verantwoording schuldig aan de regiomanager. De begeleider kan hiernaast werkinstructies en aanwijzingen ontvangen van een coördinerend begeleider en gedragskundige. De begeleider kan werkinstructies of aanwijzingen geven aan assistent begeleiders.

De functie begeleider heeft binnen Maatman Zorggroep tot doel te zorgen voor de uitvoering van de zorg voor cliënten op individueel niveau en groepsniveau. Vanuit het persoonlijk begeleiderschap van één of meer individuele cliënten is de begeleider het eerste aanspreekpunt voor de zorgverlening en de eerstverantwoordelijke voor de uitvoering van de individuele zorgverlening. Het doel van de zorg is gericht op het bevorderen en/of handhaven van de zelfredzaamheid van cliënten.

Taken

- Begeleidt cliënten bij het uitvoeren van de dagelijkse huishoudelijke activiteiten (boodschappen, koffie en thee zetten, afwassen, opruimen en dergelijke), geeft ondersteuning en helpt zo nodig mee. Ziet toe op hygiëne en veiligheid.
- Begeleidt cliënten zo nodig bij het doen van boodschappen (de aanschaf van kleding, toiletartikelen en dergelijke). Houdt toezicht op de bezittingen
- Begeleidt en stimuleert cliënten waar nodig bij diverse activiteiten met betrekking tot de woon- en leefsituatie
- Beheert binnen de daarvoor vastgestelde regels en voorschriften huishoudgeld, kleine kas
- Bespreekt vanuit het persoonlijk begeleiderschap het zorgplan met de cliënt
- Bespreekt zo nodig de behoeften, wensen en problemen met individuele cliënten en/of in groepsverband. Zorgt zelf of via derden voor het aanreiken van oplossingen voor problemen
- Draagt samen met collega's en cliënten zorg voor prettige leefsfeer, speelt in op behoeften, zorgt (zo mogelijk) voor het voorkomen en oplossen van spanningen en conflicten binnen de groep
- Draagt zorg voor medicatiebeheer en -verstrekking
- Geeft voorlichting en wisselt informatie uit. Bespreekt de gang van zaken, voortgang, vooruitzichten, bijzonderheden, eventuele problemen en dergelijke. Houdt bij de informatieverstrekking rekening met het belang van privacy van cliënten
- Is vanuit het persoonlijk begeleiderschap verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijstellen van de persoonlijke zorgplannen van cliënten

- Levert een bijdrage aan de (centrale) inkoop. Zorgt voor het voorraadbeheer
- Levert samen met collega's en cliënten een bijdrage aan het organiseren en begeleiden van vakanties, uitstapjes en dergelijke
- Neemt deel aan één of meerdere overlegvormen, zoals teamoverleg, werkoverleg, cliëntenoverleg, zorgplanbesprekingen en dergelijke
- Onderhoudt in het kader van het persoonlijk begeleiderschap voor enkele cliënten de contacten, dan wel stimuleert externe contacten van de cliënten met ouders, familieleden, belangenbehartigers en instellingen van dagbesteding
- Onderhoudt in het kader van het persoonlijk begeleiderschap voor enkele cliënten de contacten, dan wel stimuleert externe contacten van de cliënten met verenigingen, deskundigen (arts, orthopedagoog en dergelijke) en bedrijfsverenigingen
- Rapporteert dagelijks ten behoeve van de overdracht bijzondere gebeurtenissen, afspraken en dergelijke over individuele cliënten of de groep
- Richt de begeleiding onder andere op het vergroten of handhaven van de zelfstandigheid en (sociale) zelfredzaamheid; besteedt hierbij met name ook aandacht aan de groepsbegeleiding
- Stelt samen met collega's en eventueel cliënten huishoudelijke roosters en ziet toe op de naleving daarvan
- Ziet toe op de naleving van veiligheidsvoorschriften
- Ziet toe op de persoonlijke hygiëne van cliënten en assisteert zo nodig bij dagelijkse handelingen als wassen, scheren, aankleden, toiletbezoek en dergelijke
- Ziet toe op een verantwoord gebruik van materiaal en materieel
- Ziet toe op het psychische en fysieke welzijn van de cliënten van de groep. Houdt toezicht op specialistenbezoek en dergelijke
- Zorgt in het kader van het persoonlijk begeleiderschap voor de individuele schriftelijke rapportage over cliënten. Brengt dit, indien er zich afwijkingen van het zorgplan voordoen, in de teambespreking in ten behoeve van overleg en beraad
- Zorgt mede voor het bedenken, voorbereiden, organiseren en begeleiden van huishoudelijke en recreatieve activiteiten
- Zorgt voor de begeleiding en rapportage van stagiaires
- Zorgt voor het klein onderhoud aan apparatuur en het gebouw

Functie-eisen, vaardigheden en verantwoordelijkheden

- Kennis
- Zelfstandigheid
- Sociale vaardigheden
- Risico's, verantwoordelijkheden en invloed
- Uitdrukkingsvaardigheid
- Bewegingsvaardigheid
- Oplettendheid
- Inconveniënten (fysieke en psychisch belasting)
- Overige functie-eisen
 - Aan geduld en doorzettingsvermogen worden eisen gesteld bij het motiveren en stimuleren van cliënten in de zelfredzaamheid.
 - Gevoel voor systematiek en ordelijkheid is vereist bij het coördineren van de dagelijkse zorg- en dienstverlening en het rapporteren over de cliënt.
 - Integriteit is vereist bij de omgang met cliëntengegevens.
 - Aan voorkomen en gedrag worden eisen gesteld bij de omgang met cliënten en diens verwanten. Gevoel voor het menselijk lichaam is vereist bij het observeren van cliënten.