

[‘HARD’ gebruik van SOFTdrugs]

EVALUATIEONDERZOEK EN ADVIESNOTA

omtrent softdruggebruik onder dove
jongeren binnen de residentiële zorg van de
Koninklijke Effatha Guyot Groep

Th. J. M. Zuydwijk

In opdracht van de Woon Werk Projecten
Alphen a/d Rijn

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening 2004
Haagse Hogeschool

[‘HARD’ gebruik van SOFTdrugs]

EVALUATIEONDERZOEK EN ADVIESNOTA

omtrent softdruggebruik onder dove
jongeren binnen de residentiële zorg van de
Koninklijke Effatha Guyot Groep

Th. J. M. Zuydwijk

In opdracht van de Woon Werk Projecten
Alphen a/d Rijn

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening 2004
Haagse Hogeschool



Dankwoord

Voor het tot stand brengen van dit verslag wil ik een aantal personen bedanken voor hun medewerking, begeleiding en kritisch commentaar. Als eerste dank aan alle medewerkers en leidinggevendenden binnen de residentiële zorg van de Koninklijke Effatha Guyot Groep voor het mogelijk maken het onderzoek uit te voeren. Henry Stroet voor de begeleiding vanuit de Haagse Hogeschool; de gesprekken op kamer OV 2.17 zullen gemist gaan worden. Patrick Hoff, preventiemedewerker van Parnassia, psychisch medisch centrum in Den Haag voor alle informatie en de interessante ochtenden aan het bureau. Sander Versprille voor het inhoudelijk commentaar als ervaringsdeskundige en de kritische kijk op 'Der Nederlandsche taal'. Ton Voskamp '*de computer kent hem geen geheimen meer*' voor alle tijd, geduld en wijze raad. En als laatste alle loftuitingen naar Ingrid van den Berg voor vier jaar tomeloze inzet om ondergetekende door de studie te loodsen.

Th. J.M. Zuydwijk
Mei 2004

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	7
Inleiding	9
I DE OPDRACHT	11
Inleiding	13
Hoofdstuk 1 De organisatie	15
§ 1.1 De organisatie (synoptisch)	15
§ 1.2 Missie en visie	15
§ 1.3 Residentiële zorg	16
Hoofdstuk 2 Het sociaal competentiemodel	19
§ 2.1 Theoretische achtergronden	19
§ 2.2 Methodiek in de praktijk	21
§ 2.2.1 Competentie	21
§ 2.2.2 Incompetentie	21
§ 2.2.3 Ontwikkelingstaken en vaardigheden	22
§ 2.2.4 Interfererende factoren	25
§ 2.2.5 Weegschaal van de hulpverlener	26
§ 2.2.6 Pedagogisch klimaat	27
II HET ONDERZOEK	29
Inleiding	31
Hoofdstuk 3 Literatuuronderzoek	33
Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet en uitvoering	39
Hoofdstuk 5 Resultaten	41
Hoofdstuk 6 Conclusies	49
III DE ADVIESNOTA	51
Inleiding	53
Hoofdstuk 7 Motivationele gespreksvoering	55
Hoofdstuk 8 Aanbevelingen en toelichting	63
Literatuur	65
Bijlagen	69
I Begeleidende brief bij de vragenlijst	71
II Softdrugprotocol mei 2003	72
III Vragenlijst	74

Samenvatting

In opdracht van de Koninklijke Effatha Guyot Groep afdeling de Woon Werk Projecten is deze afstudeeropdracht uitgevoerd. De Koninklijke Effatha Guyot Groep (KEGG) is een organisatie die zich bezig houdt met zorg en onderwijs aan doven en slechthorenden al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking. De Woon Werk Projecten (WWP) 'De Boerderij' is een open residentiële behandelsetting waar dove jongeren met ernstige gedragsproblemen behandeld worden.

Aanleiding van het onderzoek

Onder doven in Nederland in het algemeen maar binnen de residentiële zorg van deze organisatie in het bijzonder wordt er sinds enige jaren een toename van softdruggebruik geconstateerd. Vanuit het WWP is er gevraagd om een inventarisatie te maken hoe hulpverleners op andere leef- en behandelgroepen binnen de KEGG handelen of wensen te handelen ten aanzien van softdruggebruik, en een nieuw ontwikkeld protocol onder de naam *Wat te doen bij het gebruik van softdrugs?* te evalueren. Dit met het doel om aanbevelingen te doen tot verbetering van het softdrugsbeleid.

Probleemstelling

Hoe gaan hulpverleners binnen de residentiële zorg van de KEGG om met softdruggebruikende cliënten; wat vinden zij van het nieuwe protocol dat in mei 2003 is ontwikkeld?

Onderzoeksmethoden en conclusies

Literatuuronderzoek

Er wordt verslag gedaan van een literatuuronderzoek over druggebruik bij dove kinderen/jongeren in Nederland. Uit dit onderzoek kan onder andere geconcludeerd worden dat er weinig onderzoek gedaan is naar softdruggebruik onder doven in Nederland. Debet hieraan zijn: dat het moeilijk is om onderzoek doen bij doven doordat schriftelijke vragenlijsten vaak niet geschikt zijn vanwege het lage leesniveau en softdruggebruik in de dovencultuur nog altijd een taboe is.

Wel lijkt het waarschijnlijk, ondanks het gebrek aan onderzoek, dat softdruggebruik onder dove jongeren niet wezenlijk verschilt met horende jongeren.

Evaluatieonderzoek

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een gestructureerde open vragenlijst. Deze zijn beantwoord door hulpverleners van locaties binnen de residentiële zorg van de KEGG te Groningen, Zoetermeer, Rotterdam en Alphen a/d Rijn. Uit dit onderzoek blijkt dat er binnen de KEGG niet officieel wordt gewerkt volgens het nieuwe protocol. Opvallend is dat er in Groningen en Zoetermeer wordt gevraagd om een eenduidiger en strenger (internaatsbreed) beleid ten aanzien van hoe te handelen als cliënten de regels overtreden terwijl er in Rotterdam en Alphen a/d Rijn minder nadruk ligt op het wel of niet houden aan de regels. Zij pleiten meer voor een individuele benadering die gericht is op het op een goede manier leren omgaan met softdrugs. Consequenties zijn dan ook per cliënt verschillend, afhankelijk van welke problemen er ontstaan vanwege het gebruik.

Aanbevelingen

- Expertise op het gebied van softdrugs, softdrugpreventie en softdruggebruik dient vergroot te worden, zowel voor de hulpverlener als de cliënt
- Er dient een dialoog te komen tussen de cliënt en de hulpverlener over druggebruik
- De methode van motivationele gespreksvoering moet binnen het sociaal competentiemodel geïntegreerd worden
- Er dient pas overgegaan te worden tot het schorsen van een cliënt als er geen sprake meer is van een positieve leersituatie

Inleiding

De Koninklijke Effatha Guyot Groep (KEGG) is een organisatie die zich bezig houdt met zorg en onderwijs aan doven en slechthorenden al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking. Onder doven in Nederland in het algemeen maar binnen de residentiële zorg van deze organisatie in het bijzonder wordt er sinds enige jaren een toename van softdruggebruik geconstateerd.

Ik ben werkzaam op behandelgroep 'De Boerderij' van de Woon Werk Projecten (WWP). Dit is een afdeling binnen de KEGG. In deze open residentiële behandelsetting worden dove jongeren behandeld met ernstige gedragsproblemen. Deze gedragsproblemen zijn het gevolg van het ontbreken van vaardigheden en uitvoeringstekorten op verschillende gebieden waar de jongeren mee te maken hebben: vrije tijd, omgaan met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk, et cetera. Veel van deze jongeren gebruiken softdrugs en in de praktijk blijkt dat bijna alle blowende jongeren op het WWP niet in staat zijn om op een leeftijdsadequate wijze hiermee te experimenteren. In mei 2003 is binnen de residentiële zorg van de KEGG te Zoetermeer een protocol ontwikkeld ten aanzien van softdruggebruik van cliënten onder de naam *Wat te doen bij het gebruik van softdrugs?*

Vanuit het WWP is er behoefte ontstaan om een inventarisatie te maken hoe hulpverleners op andere leef- en behandelgroepen binnen de KEGG handelen of wensen te handelen ten aanzien van softdruggebruik. Derhalve was er een vraag naar evaluatie van dit protocol. Uit deze behoeften is de onderstaande probleemstelling ontstaan:

Hoe gaan hulpverleners binnen de residentiële zorg van de KEGG om met softdruggebruikende cliënten; wat vinden zij van het nieuwe protocol dat in mei 2003 is ontwikkeld?

In het kader van mijn afstuderen voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool heb ik, in opdracht van de orthopedagoog en teamcoach binnen het WWP, deze inventarisatie en een evaluatieonderzoek verricht bij hulpverleners op vier locaties binnen de residentiële zorg.

Opbouw

Dit verslag kent drie delen waarvan elk deel apart wordt ingeleid. In het eerste deel wordt de opdracht vanuit de instelling omschreven en wordt er kort ingegaan op de organisatie(structuur) van de KEGG. Dit deel wordt afgesloten met een beschrijving van de methodiek (het sociaal competentiemodel) die men hanteert op de leef- en behandelgroepen binnen de residentiële zorg. Het tweede deel is gereserveerd voor het onderzoek. Hierin wordt verslag gedaan van een literatuuronderzoek, over (soft)druggebruik onder dove en slechthorende jongeren in Nederland, en een evaluatieonderzoek van het softdrugsbeleid bij vier locaties binnen de residentiële zorg van de KEGG. Het derde deel is een adviesnota. Hierin wordt een methode beschreven die hulp kan bieden in het omgaan met en het behandelen van cliënten die softdrugs gebruiken. Er wordt afgesloten met aanbevelingen tot verbetering van het huidige softdrugsbeleid.

In dit verslag is er gekozen om de mannelijke vorm van hulpverleners en cliënten te hanteren. Het moge de lezer duidelijk zijn dat daarmee zowel de vrouwelijke als de mannelijke sekse bedoeld wordt.

I DE OPDRACHT

[11]

Inleiding

Het WWP 'De Boerderij' is een landelijke voorziening voor dove jongeren die door hun gedragsproblemen uitbehandeld zijn in reguliere vormen van onderwijs of hulpverlening. In een behandeling van gemiddeld twee jaar en drie maanden is het de bedoeling dat deze jongeren weer terugstromen naar deze reguliere vorm of doorstromen naar (begeleid) zelfstandig wonen.

Om een beeld te krijgen van hoe er op andere leef- en behandelgroepen wordt omgegaan met softdruggebruik is mij door de orthopedagoog en de teamcoach van het WWP de opdracht gegeven om door middel van een vragenlijst te onderzoeken hoe hulpverleners binnen de residentiële zorg omgaan met softdruggebruikende jongeren en wat zij vinden van het nieuwe protocol dat in mei 2003 is ontwikkeld.

In dit deel wordt in het eerste hoofdstuk kort ingegaan op de organisatie. Gezien de omvangrijkheid van deze organisatie zal alleen de residentiële zorg voor de plaatsbepaling van het onderzoek nader worden beschreven. Het tweede hoofdstuk gaat over het sociaal competentiemodel als methodiek die gehanteerd wordt binnen de residentiële zorg van de KEGG. Alvorens te beschrijven hoe de methodiek in de praktijk wordt toegepast zullen eerst de achterliggende theorieën waarop het sociaal competentiemodel is gebaseerd toegelicht worden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van het pedagogisch klimaat waarbinnen de methodiek vorm wordt gegeven.

Hoofdstuk 1 De organisatie

§ 1.1 De organisatie (synoptisch)

De Koninklijke Effatha Guyot Groep (het concern) bestaat uit de Stichting Effatha Guyot Zorg en de Stichting Effatha Guyot Onderwijs en twee Audiologische Centra. De Koninklijke Effatha Guyot Groep (KEGG) biedt in twee regio's in Nederland zowel onderwijs als zorg aan regio West en Noord-Midden. Dit komt er concreet op neer dat zij onderwijs en zorg bieden in Noord-Holland, het noorden van Zuid-Holland, Utrecht, Flevoland, Friesland, Groningen, Drente en Overijssel. Elke zorgregio (West en Noord Midden) levert zowel (semi)residentiële als ambulante zorg.

De KEGG wordt geleid door de Raad van Bestuur. Deze bestaat uit de heer J. H. Bakker, hij geeft leiding aan de regio directeuren van zorg en onderwijs en aan de stafdiensten. De Raad van Bestuur wordt bijgestaan door de concernstaf die bestaat uit een programma manager, beleidsadviseur, bestuurssecretaris en een aantal beleidsmedewerkers.

§ 1.2 Missie en Visie

De missie van de KEGG is zodanige zorg en onderwijs geven aan doven, slechthorenden en mensen met communicatieve beperkingen, al dan niet gecombineerd met een verstandelijke of meervoudige beperking, dat zij maximaal kunnen integreren en participeren in de samenleving en hun leven zo zelfstandig mogelijk kunnen inrichten. Waar dit niet of onvoldoende kan, worden bescherming en compensatie geleverd.

In het verlengde van deze missie zijn de doelstellingen geformuleerd voor de hoofdsectoren zorg en onderwijs. De nadere invulling van deze sectoren wordt in belangrijke mate bepaald door de visie die de organisatie heeft op zorg en onderwijs. Belangrijke elementen in deze visie:

- De vraag van de cliënt is de basis voor de (ontwikkeling van nieuwe) onderwijs- en zorgproducten
- Het aanbod van zorg en onderwijs moet zo dicht mogelijk bij de cliënt georganiseerd worden. Thuisnabije onderwijs en zorg
- Zorg en onderwijs daar waar mogelijk gecombineerd en geïntegreerd aanbieden
- De keuzevrijheid van de cliënt staat centraal. De cliënt bepaalt zelf welke producten hij wenst af te nemen. Uiteraard wordt de levensovertuiging van de cliënt ten volle gerespecteerd

- Tweetaligheid is van essentieel belang binnen zorg en onderwijs. Communicatie is immers een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van mensen
- Aan de doelgroep moet passende communicatie worden geboden. Dit betekent voor doven – met erkenning van Nederlandse gebarentaal als taal – dat zij recht hebben op zorg en onderwijs vanuit hun eigen taal, en voor anderen met een auditieve beperking recht op ondersteuning van de Nederlandse taal met gebaren. Voor de hele doelgroep speelt visualisering een belangrijke rol
- Waar nodig zal worden samengewerkt met andere organisaties om de cliënt een zo integraal mogelijk aanbod te kunnen bieden

§ 1.3 Residentiële Zorg

Residentiële zorg is een vorm van zorgverlening, waarbij kinderen/ jongeren geheel of gedeeltelijk buiten de thuissituatie worden ondersteund (24-uurs zorg). Zowel in Amsterdam, Groningen, Zoetermeer, Alphen aan den Rijn en Rotterdam wordt Residentiële zorg geleverd.

Er zijn verschillende vormen van residentiële zorg:

Leefgroepen Zoetermeer en Groningen

De meeste kinderen/jongeren die gebruik maken van de Residentiële Zorgverlening wonen in een woonhuis in een gewone woonwijk onder begeleiding van groepsbegeleiders. Hier worden zij voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk wonen en leven. De wijze waarop dit gebeurt:

- In leefgroepen, waarbij ook de mogelijkheid wordt gegeven tot weekend- en vakantieopvang
- Begeleiding van een aantal jongeren in zelfstandig wonen
- Behandeling en begeleiding aan kinderen na schooltijd in de buitenschoolse opvang

Voor ieder kind wordt in samenspraak met ouders en vaak ook een orthopedagoog een individueel zorgplan of handelingsplan opgesteld. Dit plan beschrijft activiteiten waarvan verwacht wordt dat het kind die kan leren. Is dit gelukt, dan komen nieuwe onderwerpen aan de orde. Het kind leert zo zelfstandig mogelijk te functioneren: taal en motoriek worden ontwikkeld en creativiteit en omgang met anderen gestimuleerd.

Weerklankgroepen Amsterdam en Zoetermeer

In Zoetermeer en Amsterdam is er een afdeling Weerklank met een aantal specialistische behandelgroepen en een dagactiviteitencentrum voor verstandelijk gehandicapten met een communicatieve of auditieve beperking. De cliënten zijn aangewezen op alternatieve vormen van communicatie. Ook wordt er gebruik gemaakt van een speciaal voor deze doelgroep ontwikkelde methodiek, het sociaal competentiemodel.

Woon Werk Projecten

De Woon Werk Projecten richten zich op de behandeling van dove jongeren met ernstige gedragsproblemen. De Woon werk Projecten bestaan uit De Boerderij, De flat en de Brughuizen.

‘De Boerderij’ in Alphen aan den Rijn. Dit is een voorziening voor intensieve behandeling van dove, auditief en communicatief gehandicapte jongeren met ernstige gedragsproblemen. De behandeling van deze kleine groep jongeren vereist een zeer intensieve aanpak in kleine groepen. In deze boerderij in Alphen aan den Rijn is plaats voor zeven dove jongeren van tien tot twintig jaar met ernstige gedragsproblemen. Er is één plaats voor crisisopvang. Onderwijs en Zorg vormen een geheel binnen deze voorziening. Het streven is, in maximaal twee jaar behandeling, de jongeren die sociale vaardigheden aan te leren die nodig zijn voor het terugplaatsen naar school of een reguliere vorm van hulpverlening. Er wordt hierbij, als methodiek, gebruik gemaakt van het sociaal competentiemodel.

‘De Flat’. Dit is een kleinschalig leerproject, waarin jongeren ervaring opdoen in het zelfstandig wonen. Ook is er ambulante begeleiding door de Woon Werk Projecten mogelijk. De cliënt woont dan zelfstandig en krijgt een aantal uren per week begeleiding.

‘De Brughuizen’. Er zijn twee Brughuizen in Zoetermeer. Dit zijn voorzieningen voor dove, auditief en communicatief gehandicapte (jong)volwassenen met een psychiatrische handicap. Aan de hand van ‘het leven van alledag’ worden bewoners begeleid om die vaardigheden te ontwikkelen die zij in het dagelijks leven nodig hebben om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. De bewoners hebben een dagbesteding buitenshuis. Groepsbegeleiding is een deel van de dag aanwezig. Ook is ambulante begeleiding vanuit de Brughuizen mogelijk. De cliënt woont dan zelfstandig en krijgt een aantal uren per week begeleiding.

Praktijkhuis Rotterdam

Hier wonen jongeren met veelal gedragsproblemen, die binnen verschillende situaties zijn vastgelopen (school, thuis, werk). Het doel van het Praktijkhuis is om jongeren tussen de 16 en 24 jaar te leren op eigen benen te staan, door ze praktische, sociale en emotionele vaardigheden te leren en hen de mogelijkheid te bieden deze in het Praktijkhuis te oefenen. Het bieden van werkervaring is daarbij het belangrijkste uitgangspunt, gekoppeld aan een cursus van alledag.

Hoofdstuk 2 Het sociaal competentiemodel

§ 2.1 Theoretisch achtergronden

Het theoretisch uitgangspunt van het sociaal competentiemodel is de leertheorie.

In deze theorie wordt er vanuit gegaan dat veel van het gedrag is aangeleerd en ook kan worden afgeleerd (uitgedoofd) of veranderd. Binnen de leertheorie bestaan er vijf stromingen.

Klassieke leertheorie

Deze verklaart gedrag vooral door factoren die hieraan voorafgaan.

Deze stroming wordt binnen de methodiek gebruikt om de noodzaak van nauwkeurige diagnostiek en beoordeling van gedrag en een eenduidige en continue toepassing van een onderhandelingsklimaat te motiveren.

Een nauwkeurige diagnose is van belang en levert met de klassieke leertheorie vaak een antwoord op de vraag door welke factoren of door welk samenspel van tegelijk optredende factoren, bepaald gedrag is veroorzaakt.

Met name de manier waarop mensen elkaar (verkeerd) beoordelen, kan met deze theorie inzichtelijk worden gemaakt.

Een positief leerklimaat is van belang om ruimte te maken voor samenwerking. In een negatief leerklimaat waar persoon A voortdurend kritiek heeft op persoon B, zal de boosheid die de kritiek oproept bij persoon B gekoppeld worden aan persoon A.

Door de negatieve continuïteit te doorbreken dooft die geconditioneerde reactie uit en kan deze vervangen worden door een positieve conditionering.

Operante leertheorie

Hierin wordt vooral het instandhouden of continueren van gedrag onderzocht door het te relateren aan de factoren die erop volgen. Deze stroming levert binnen de methodiek vooral richtlijnen voor het laten afnemen van ongewenst gedrag en het laten toenemen van gewenst gedrag.

De nadruk ligt met name op de reacties (consequenties) op het gedrag. Dit kan worden weergegeven in een S-R-C schema.

Hierin staat de:

- S voor stimulus, waarmee de omgeving wordt aangeduid waarin het gedrag plaatsvindt. S kan ook de gebeurtenis zijn die aan het gedrag vooraf gaat;
- R voor respons, hiermee wordt gedrag bedoeld;

- C voor consequentie, en geeft een gevolg aan. Dit is alles wat op het gedrag volgt. Een consequentie kan aangenaam of onaangenaam zijn.

Voor het aanleren of het doen toenemen van gewenst gedrag kan gebruik gemaakt worden van positieve en/of negatieve bekrachtiging. Positieve bekrachtiging houdt in: iets positiefs toevoegen als reactie op positief gedrag. Negatieve bekrachtiging houdt in: iets negatiefs wegnemen als positief gedrag heeft plaatsgevonden.

Het laten afnemen van ongewenst gedrag kan beïnvloed worden door positieve en/of negatieve afzwakking. Positieve afzwakking houdt in: iets toevoegen wat niet stimulerend werkt op het negatieve gedrag. Negatieve afzwakking houdt in: iets positiefs weglaten als gevolg van ongewenst gedrag.

Sociale leertheorie

Deze verklaart gedrag vanuit het voorbeeldgedrag van belangrijke personen in de directe omgeving. Deze stroming motiveert het inschakelen van modellen die gedrag vertonen dat als voorbeeld kan dienen.

Bij toepassing van deze theorie wordt er in het sociaal competentiemodel gebruik gemaakt van hulpverleners als modellen. Het betrekken en ondersteunen van het (gezin)systeem moet ook als onderdeel van de behandeling gezien worden.

Cognitieve leertheorie

Deze benadrukt de invloed van gedachten op het gedrag om zo door het (her)kennen van gevoelens de zelfcontrole te vergroten.

In het sociaal competentiemodel kan dit toegepast worden door het aanleren van onderhandelingsvaardigheden, om door uitwisseling van meningen te komen tot een gedragskeuze.

Zelfbepalingstheorie

Deze vloeit voort uit de cognitieve leertheorie. De nadruk ligt hier op de invloed van een persoon op zijn eigen gedrag. Deze stroming laat de overgang van externe naar interne sturing van het gedrag zien. Dit houdt in dat je leert je eigen gedrag te bekrachtigen of af te zwakken. Vaak gebeurt dit door 'inner speech' (dat wat men tegen zichzelf zegt).

§ 2.2 Methodiek in de praktijk

Binnen de residentiële zorg wordt er gewerkt met een duidelijk en praktisch 'werkmodel'. Dit model is gebaseerd op de uitgangspunten van het sociaal competentiemodel. Hierin staan een aantal begrippen voortdurend centraal, de belangrijkste zijn: vaardigheden, (ontwikkelings)taken, protectieve factoren, (psycho)pathologie, stressoren, competentie en competentievergroting. De definiëring en de onderlinge samenhang van deze begrippen worden in de onderstaande paragrafen uiteengezet.

§ 2.2.1 Competentie

De definitie van sociale competentie is 'de mate waarin iemands gedrag tijdens taken, die deel uitmaken van het alledaagse leven, als adequaat wordt beoordeeld' (Slot, 1988).

Wanneer taken en vaardigheden elkaar in evenwicht houden is er sprake van competent gedrag. Het individu beschikt dus over voldoende vaardigheden om alledaagse taken op een adequate wijze te kunnen vervullen.

De weegschaal symboliseert de balans tussen de taken en vaardigheden waar ieder voor gesteld wordt.

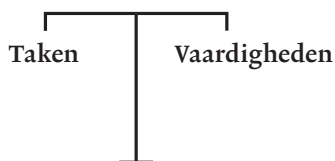


fig.1 De weegschaal - de taken en vaardigheden - is in balans.

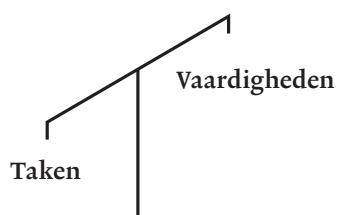
§ 2.2.2 Incompetentie

Als er een verstoring is van het evenwicht tussen taken en vaardigheden is er sprake van incompetent gedrag. Dit kan ontstaan doordat:

- De persoon een te kort aan vaardigheden heeft in vergelijking tot de ontwikkelings(taken)
- De ontwikkelings(taken) te zwaar zijn

Bij incompetent gedrag worden de taken zowel als de vaardigheden nader geanalyseerd.

- Schieten de vaardigheden te kort en/of is de taak te zwaar?
- Als de taak te zwaar is; is de taak veel te zwaar? En wordt de taak ook als te zwaar ervaren?



Figuur 2. De weegschaal - de taken en de vaardigheden - is niet in balans.

§ 2.2.3 Ontwikkelingstaken en vaardigheden

Om te kunnen beoordelen of er sprake is van voldoende competentie wordt er gekeken naar de taken waar een jongere in het dagelijks leven voor wordt gesteld om vervolgens na te gaan of er voldoende vaardigheden zijn om die taken te vervullen.

Een hulpmiddel voor een meer betrouwbare observatie is de schijf van tien.

Het doel van deze schijf is een verbreding van de aandacht van de hulpverlener om niet alleen op het ongewenste gedrag te letten maar ook te kijken naar gebieden waar geen problemen bestaan.

Met deze schijf als leidraad wordt de hulpverlener gedwongen de aandacht op meer aspecten van competentie te richten.

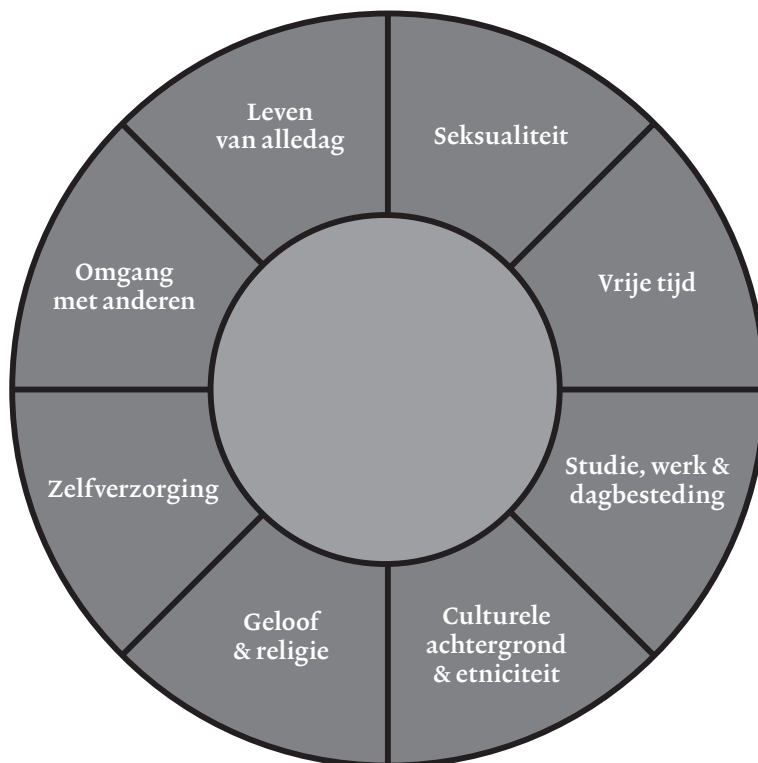


fig.3 De schijf van tien

Vaardigheden voor het leven van alledag

Hiermee worden alle vaardigheden bedoeld die nodig zijn om zonder al teveel problemen in de samenleving te functioneren. Voorbeelden van vaardigheden van alledag zijn: omgaan met geld, zelfstandig kunnen reizen, aan- of uitzetten van de verwarming.

Zelfverzorgingsvaardigheden

Deze vaardigheden hebben betrekking op de verzorging van het lichaam en kleding. Weten wat gezond is en een acceptabele indruk kunnen maken op anderen. Voorbeelden van deze vaardigheden zijn: wassen en douchen, tanden poetsen, op tijd schone kleding aan doen, regelmatig eten en drinken.

Omgangsvaardigheden

Dit zijn vaardigheden die nodig zijn om met andere mensen om te gaan. Hieronder vallen omgangsvormen maar ook assertiviteit, vriendschap en genegenheid kunnen uiten. Voorbeelden van omgangsvaardigheden zijn: groeten, bedanken, op tijd komen, sorry zeggen.

Studie- en werkvaardigheden

Hiermee worden vaardigheden bedoeld die te maken hebben met het leren en werken. Zoals bijvoorbeeld: meedoen met een les, vragen stellen, kijken hoe iemand anders iets doet, maken en plannen van huiswerk, omgaan met gereedschap.

Vrijtijdsvaardigheden

Deze vaardigheden zijn nodig om vrije tijd op een plezierige manier te besteden. Er wordt vaak onvoldoende aandacht besteed aan de relatie tussen vrijheidsbesteding en het tekort aan (vrijtijds)vaardigheden. Voorbeelden zijn: een boek lezen, kaarten, televisie kijken, een sport beoefenen, et cetera.

Culturele achtergrond en etniciteit

Hieronder vallen alle vaardigheden die te maken hebben met het omgaan met personen van verschillende culturen en etnische achtergronden. Over het algemeen is het voor jongeren, die nog niet zo lang in Nederland zijn, moeilijk om zich de waarden en normen zoals deze in Nederland gelden eigen te maken zonder hun oorspronkelijke culturele achtergrond te verliezen.

Voorbeelden van vaardigheden die hiermee gepaard gaan zijn: het leren kennen van de heersende cultuur, de heersende cultuur kunnen integreren in de eigen oorspronkelijke cultuur.

Een dove jongere staat sowieso al tussen twee culturen; enerzijds heeft hij te maken met de dovencultuur, anderzijds moet hij zich kunnen handhaven binnen de horende cultuur.

Geloof en religie

De vaardigheden die binnen dit kader vallen hebben te maken met het kunnen integreren van religie en geloofsovertuiging in het leven van alledag zonder zichzelf of een ander daarmee te hinderen.

Voorbeelden zijn: het kenbaar kunnen maken van de geloofsovertuiging, respect hebben voor anderen die een andere overtuiging belijden.

Seksualiteit

De vaardigheden die binnen dit domein vallen hebben betrekking op de mate waarin de jongere in staat is om op een adequate en sociale manier vorm en inhoud te geven aan zijn eigen seksualiteit.

Dit kan inhouden: het kunnen bespreken van seksuele emoties, het respectvol omgaan met de seksuele geaardheid van anderen, kennis van seksuele overdraagbare aandoeningen, veilig vrijen, et cetera.

Communicatie

Communicatie is een bindende factor in het uitwisselen van informatie tussen mensen. Het sociale karakter van menselijk leren (interactie) maakt dat de communicatie van invloed is op alle andere domeinen van ontwikkeling en kan daarom centraal geplaatst worden binnen de schijf van tien.

Zelfbepalingsvaardigheden

De zelfbepalingstheorie legt de nadruk op de wijze waarop mensen zichzelf dingen leren. Ze kunnen hun eigen gedrag versterken of afzwakken. Dit gebeurt vaak in gedachten.

Omdat ook deze vaardigheden bij tal van andere sociale vaardigheden een rol spelen kan ook deze centraal geplaatst worden binnen de schijf van tien.

Zelfbepalingsvaardigheden zijn:

- Zelfobservatie, dit wil zeggen het kunnen reflecteren van eigen gedrag
- Zelfevaluatie, het beoordelen van eigen gedrag en daarmee het gedrag kunnen versterken of afzwakken

§ 2.2.4 Interferende factoren

Er zijn een aantal factoren die het evenwicht in de balans kunnen beïnvloeden, zoals:

Life events

Dit zijn ingrijpende gebeurtenissen die (plotseling) leiden tot verandering in de levensomstandigheden. Bijvoorbeeld: het overlijden van een familielid, stoppen van een relatie, et cetera.

Stressoren

Hieronder wordt verstaan: langdurig aanwezige ongemakken die invloed hebben op de balans van de weegschaal omdat ze irritatie oproepen, frustrerend of pijnlijk zijn. Voorbeelden zijn: slechte huisvesting, structurele financiële problemen, moeite met het aangaan van relaties, et cetera.

Protectieve factoren

Protectieve factoren ofwel omgevingsfactoren zijn zaken die in de omgeving van de jongere of het gezinssysteem een gunstige invloed hebben op de balans van de weegschaal.

Bijvoorbeeld: goed contact met ouders en/of 'belangrijke volwassenen' (zoals een sportleider, grootouders et cetera (Rigter 2002)).

Veerkracht

Hiermee wordt bedoeld, de in de mens aanwezige positieve kwaliteiten zoals: een bovengemiddeld IQ, gevoel voor humor, een bepaalde mate van zelfreflectie, inzicht in financiële mogelijkheden, et cetera.

§ 2.2.5 weegschaal van de hulpverlener

Het werkmodel van taken en vaardigheden is niet alleen van toepassing op de cliënten maar ook hulpverleners hebben een weegschaal. Hulpverleners wegen de voor- en nadelen van zorg op hun eigen weegschaal. Bijvoorbeeld in het geval van softdruggebruik bij de jongeren spelen eigen (ingrijpende) gebeurtenissen (life events) van de hulpverlener een rol in het reageren en handelen daarop.

Hulpverleners die in hun privé-omgeving te maken hebben gehad met druggebruik en met de eventuele (vervelende) gevolgen daarvan, zullen in het werk met jongeren deze ervaringen meenemen.

Hulpverleners die nog nooit in aanraking zijn geweest met drugs en/of drugsproblematiek hebben normen en waarden die ook van invloed kunnen zijn op hun handelen.

Ook stressoren beïnvloeden de weegschaal van de hulpverlener.

Bijvoorbeeld problemen in de financiële of relatiesfeer kunnen weerslag hebben in het functioneren als hulpverlener naar de jongeren toe.

Er wordt dus van uitgegaan dat werken volgens het sociaal competentiemodel niet alleen betrekking heeft op de doelgroep maar een uitstraling heeft naar de gehele organisatie van 'hoog tot laag' maar ook van 'laag tot hoog'.

Iedereen binnen de organisatie dient zich bewust te zijn van zijn eigen weegschaal en die van zijn collega's en/of personeel.

Als de doelstelling het vergroten van de competentie van de doelgroep is, zal er ook veel aandacht moeten zijn voor het functioneren en de competentie van de hulpverleners, en daarmee de draagkracht van een team. Het sociaal competentiemodel staat een open klimaat voor, waarbinnen ruimte is voor feedback op elkaars handelen.

§ 2.2.6 Pedagogisch klimaat

Een van de kenmerken van de residentiële behandeling binnen de KEGG is het feit dat veel interventies in het leven van alledag plaatsvinden. Het leven van alledag wordt ook wel 'klimaat' genoemd. Dit klimaat, wat ook het pedagogisch klimaat genoemd kan worden, is gekenmerkt door het gebruik van een 'dagelijkse routine' waarbinnen er door de hulpverlener voortdurend afgestemd wordt op de verschillende ontwikkelingstaken van de verschillende jongeren binnen de groep.

De 'dagelijkse routine' vormt een kader dat gebruikt wordt om het leven van alledag in een leefgroep zichtbaar te maken en zodanig vorm te geven dat de competentievergroting mogelijk wordt. De dagelijkse routine is dan ook een praktisch begrip bij de planning en uitvoering van de competentiegerichtte hulpverlening.

Een positief pedagogisch klimaat zorgt ervoor dat jongeren willen en kunnen communiceren, ook al verloopt deze communicatie minder soepel. Hiervoor is een omgeving nodig waarin er voldoende geduld en begrip is voor de problemen die deze jongeren in het dagelijks leven ervaren.

Wanneer er dan ook tijd en aandacht is voor de gevoelens die deze problemen met zich meebrengen, voelt de jongere zich vaak geaccepteerd en wordt het mogelijk om aan andere ontwikkelingsgebieden te werken.

Naast een accepterende en veilige omgeving is het ook belangrijk dat ook de cognitieve, didactische en sociaal-emotionele mogelijkheden van een kind in kaart worden gebracht.

Dit maakt het mogelijk de behandeling tot gedragsverandering zo goed mogelijk af te stemmen op de hulpvraag van de jongere. Dit draagt dan weer bij aan een pedagogisch klimaat, waarin jongeren zich op hun plaats voelen en waarin ze zich zo goed mogelijk kunnen ontwikkelen.

De jongeren die op de residentiële groepen van de KEGG verblijven hebben recht op een begeleidingsvorm die ook door de personen, die deze begeleiding geven, als prettig ervaren zou worden. Het pedagogisch klimaat waarin de methodiek gebruikt wordt, krijgt vooral gestalte door de attitude waarmee deze methodiek wordt uitgevoerd.

Een aantal belangrijke aspecten hierbij is:

Uitgangspunt

Centraal binnen de behandeling van de residentiële zorg staan de ontwikkelingstaken van de jongeren en het hen aanleren van vaardigheden waarbij er rekening gehouden wordt met de doofheid en de eventuele (psycho)pathologie.

Leefomgeving

Hierin is het serieus nemen van de inbreng en eigen verantwoordelijkheid van de jongeren belangrijk, hetgeen betekent dat de leefomgeving die wordt aangeboden mee kan participeren in (de organisatie van) de dagroutine en dagactiviteiten. Het streven naar onafhankelijkheid staat hierbij steeds centraal.

Doelstelling

De jongeren toerusten met vaardigheden opdat zij in staat zijn een zo gewoon mogelijk leven te 'gaan' leiden.

Diagnostiek

De diagnostiek wordt bij voortduring gepleegd tijdens de competentiegerichte behandeling. Door middel van observatie worden tijdens de reguliere gedragsbesprekingen de diagnoses vertaald in termen van een sterkte- /zwakteanalyse.

De rol van de jongere

De jongere wordt benaderd als iemand die iets wil leren. De jongere heeft recht op voorlichting over zijn of haar situatie.

Jongeren krijgen steeds meer de rol van gelijkwaardige en actieve onderhandelingspartner naarmate zij ouder worden. Het beloop is afhankelijk van de mogelijkheden en de inzet van alle betrokkenen.

De rol van de familie

De familieleden worden beschouwd als invloedrijke en steunende factor bij het beloop. Het gaat hierbij om de reacties van familieleden en het effect daarvan op de jongere. De familie wordt gezien als belangrijke bron van informatie. De communicatie tussen hulpverleners en familieleden dient daarom te worden gekenmerkt door openheid en regelmaat, bijvoorbeeld door middel van deelname aan gedragsbesprekingen en regelmatige observaties uit de tweede hand.

II HET ONDERZOEK

[30]

Inleiding

Dit deel beslaat een literatuuronderzoek en een kwalitatief praktijkonderzoek. In hoofdstuk 3 wordt er middels literatuuronderzoek verslag gedaan over druggebruik bij dove kinderen/jongeren in Nederland.

Hoofdstuk 4 is voor de onderzoeksopzet van een gehouden evaluatieonderzoek bij hulpverleners binnen de residentiële zorg van de KEGG naar hoe zij omgaan met softdruggebruikende cliënten en wat zij vinden van het nieuwe protocol wat in mei 2003 is ontwikkeld. Daarna wordt er in hoofdstuk 5 verslag gedaan van de hieruit verkregen resultaten. Hoofdstuk 6 sluit af met de conclusies.

Hoofdstuk 3 Literatuuronderzoek

In Nederland is er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar auditief gehandicapten en hun gebruik van verdovende middelen. In augustus 2002 is er door het Landelijk Steunfunctie Preventie (LSP) in opdracht van en samenwerking met de Nederlandse Federatie van Ouders van Dove Kinderen (FODOK) een literatuurstudie verricht naar de aard & omvang en mogelijke motieven & risicofactoren van druggebruik bij dove jongeren. Hieruit blijkt dat druggebruik nog altijd taboe is in de dovencultuur. Door signalen vanuit de praktijk hebben de LSP en de FODOK een expertmeeting opgezet om een inventarisatie uit te voeren over initiatieven op het gebied van verslavingspreventie voor dove kinderen en jongeren. Uit deze twee initiatieven is een werkgroep ontstaan voor het ontwikkelen van passende preventie. In deze werkgroep zijn alle disciplines van de dovenwereld vertegenwoordigd. Diverse bijeenkomsten van deze werkgroep hebben een projectvoorstel opgeleverd *Verslavingspreventie bij auditief gehandicapte jongeren die zijn toegewezen op alternatieve communicatie*. Delen van dit voorstel zijn in dit hoofdstuk verwerkt.

Dove jongeren en drugs

Omdat de Nederlandse Federatie van Ouders van Dove Kinderen (FODOK) al sinds enkele jaren toenemende problemen signaleerde, wat betreft dove jongeren en drugsgebruik is er vanuit de LSP (Landelijke Steunfunctie Preventie) een literatuuronderzoek gedaan over dit vermeende probleem.

Vragen die daarbij een rol speelden waren:

- Wat is er bekend over dove jongeren en drugsgebruik?
- Hoe groot is dit probleem?
- Wat zijn de voornaamste redenen van dove jongeren om drugs te gebruiken?
- Welke risicofactoren spelen hierbij een rol?
- Welke middelen worden gebruikt?
- Bestaan er al effectieve preventieve interventies? (Doosje, 2002)

Wat is er bekend over dove jongeren en druggebruik?

Of dove jongeren in Nederland nu meer of minder of drugs gebruiken dan hun horende leeftijdgenoten is niet geheel duidelijk door gebrek aan onderzoek. Wel is er enig Amerikaans onderzoek gedaan op dit gebied en daaruit blijkt dat doven op zijn minst een even groot risico lopen om problemen te ontwikkelen met alcohol en drugs als jongeren die kunnen horen.

Er is echter niet veel prevalentie-onderzoek gedaan en daarom ook feitelijk weinig bekend over deze specifieke problematiek. De beschikbare schattingen van prevalentie van alcohol en drugs wat betreft doven uit de verenigde staten zijn vaak te laag. Dit heeft onder meer te maken met een gebrek aan diensten die echt goed toegankelijk zijn voor doven. Dit betreft zowel scholing, preventie als behandelingsprogramma's, zoals detoxificatie en terugvalpreventie.

Maar het lijkt aannemelijk dat het gebruik van deze middelen voor beide groepen ongeveer gelijk is. Ook het experimenteelgedrag is bij doven niet wezenlijk anders dan bij horenden. Dit blijkt uit signalen van ouders, hulpverleningsinstellingen, onderwijs en literatuuronderzoek (Doosje, 2002). Het experimenteelgedrag leidt bij doven en zwaar slechthorende jongeren echter wel eerder tot probleemgebruik (Veenhuizen, 2003).

Bij dove gebruikers kan namelijk vaak van een 'snelle carrière' gesproken worden, dit wil zeggen dat er weinig tijd zit tussen hun eerste gebruik en het ontstaan van ernstige problemen, soms maar anderhalve maand. Ook heeft de peergroup vaak grote invloed op de jongeren en vindt gebruik meestal groepsgewijs plaats. Daarnaast kunnen dove jongeren makkelijker praten over drugs (waar je wat kan kopen en bij wie) zonder dat de (school-) leiding dat door heeft door hun gebrekkige kennis van de gebarentaal (Hannink, 2002).

Hoe groot is dit probleem?

Door het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek is dit niet feitelijk te zeggen. Het lijkt echter zo dat doven op zijn minst een even groot risico lopen om problemen te ontwikkelen met verdovende middelen als horende jongeren (Doosje, 2002).

Wat zijn de redenen van dove jongeren om drugs te gebruiken en wat zijn de risicofactoren?

'Doven staan bloot aan dezelfde risicofactoren als mensen die kunnen horen, maar daarnaast spelen nog een aantal specifieke factoren een rol, die te maken hebben met het doof zijn in een overwegend horende wereld' (Doosje, 2002).

Er kunnen communicatieproblemen zijn die een zeker isolement tot gevolg kunnen hebben en vanwege het taboe op middelengebruik in de dovencultuur, kan dit gebruik, door zowel de jongere zelf als zijn omgeving, lang ontkend worden.

In bovenstaande zin zijn al drie zeer belangrijke motieven ofwel risicofactoren genoemd, het is echter lastig deze factoren los van

elkaar te zien daar zij gevolgen en oorzaken van elkaar zijn en elkaar overlappen. Voor de duidelijkheid zal hieronder een poging gedaan worden deze factoren los van elkaar te beschrijven, gevolgd door nog andere factoren.

Communicatieproblemen

Dove volwassenen gaan bij voorkeur met andere dove mensen om, hun partner en vrienden zijn meestal ook doof (Beck-Jong, 2000). Terwijl horende ouders (ruim 90%) van dove kinderen vaak krampachtig proberen hun dove kind zoveel mogelijk te integreren in de horende maatschappij. Dit kan vooral grote gevolgen hebben op communicatief gebied. Het kind kan bijvoorbeeld gemakkelijk vervreemden van zowel de dominante horende wereld als van de dovengemeenschap waar NGT gesproken wordt. Deze vervreemding, het gevoel nergens bij te horen, kan leiden tot agressie, frustratie, een laag zelfbeeld en geringe motivatie (Doosje, 2002). 'Onderzoek uit de VS bracht aan het licht dat vele dove kinderen in psychiatrische nood verkeren omdat de communicatie met de ouders verre van optimaal was' (Kuipers, 1999). Amper 5% van deze horende ouders beheerst de NGT waardoor dove jongeren veel informatie mislopen. Concluderend betekent dit dat veel dove jongeren een enorme informatieachterstand hebben op alle terreinen. Zowel de zakelijke informatie als de sociaal-emotionele vaardigheden worden onvoldoende overgebracht waardoor ook de kennis van verdovende middelen minimaal is. Deze kennis, die voor de horende leeftijdsgenoten gemiddeld als vanzelfsprekend verondersteld kan worden, moet bij de doven dus geëxpliciteerd worden (Veenhuizen, 2003).

Isolement

Door hun communicatiebeperkingen kunnen doven snel in een isolement raken als schoolleiding, familie, vrienden en collega's de gebarentaal niet (voldoende) beheersen. Door dit isolement hebben veel dove jongeren een betrekkelijk kleine vriendenkring, die vaak jaren uit dezelfde personen kan bestaan. Deze weinige sociale contacten wil de jongere natuurlijk niet kwijtraken dus wordt er niet gesproken over aan middelen gerelateerde problemen (Doosje, 2002). 'Stel je bent doof. Jij kunt mensen niet horen, de meeste mensen kunnen jouw gebaren niet begrijpen. De weinige contacten die je hebt wil je niet kwijtraken, en ga je zeker niet verpesten door te vertellen dat je een probleem hebt. Laat staan een probleem over drugs' (Doosje e.a, 2002).

Taboe en de omgeving

Het probleem van middelengebruik bij doven wordt nogal eens door de omgeving ontkend. Het feit dat in de dovencultuur op druggebruik een groter taboe rust dan in de horende maatschappij heeft hier ook mee te maken. Het dovencircuit is duidelijk achter, in het erkennen en accepteren van het gebruik van verdovende middelen.

Problematisch gedrag dat eventueel voortvloeit uit middelen gebruik c.q. misbruik, wordt ook wel eens onterecht gekoppeld aan de handicap, waardoor correct signaleren van en adequaat reageren op deze gedragingen uitblijft (Doosje, 2002).

Het gebruik wordt door de omgeving vaak gezien als een manier om beter met andere problemen om te gaan, waardoor signalen vaak pas in een laat stadium waargenomen worden. Dit komt ook door het gebrek aan voorlichting (en dus kennis) van ouders en opvoeders. Gebruik wordt door de omgeving vaak lang getolereerd, men accepteert extreem gedrag. In plaats van de jongere aan te spreken op zijn verantwoordelijkheden komt overprotectie door zowel ouders en beroepskrachten, als familie en vrienden veel voor.

Gebrek aan toegankelijke preventie

De kans bestaat dat de problematiek rond verslaving van doven wordt onderschat omdat er een gebrek is aan toegankelijke hulpverlening aan deze doelgroep wat betreft voorlichting, preventie en behandelingsprogramma's. Door gebrek aan deze preventieve informatie en voorlichting worden de risico's van de middelen onderschat door de jongeren (Veenhuizen, 2003).

De huidige voorlichting en preventie in de maatschappij door onder andere radio en televisie bereiken de meeste doven niet omdat deze informatie niet is toegespitst op hun cultuur en handicap (Doosje, 2002).

Overgevoeligheid

Er is geen onderzoek bekend naar de specifieke werking van (hallucinogene) middelen zoals XTC en cannabis bij doven maar een overgevoeligheid voor de werking van deze middelen is mogelijk. Dit omdat het om een risicogroep gaat die vaak al in een isolement zit en omdat dove jongeren een 'kwetsbaar brein' schijnen te hebben waarbij het gebruik van vooral wiet extra risicovol kan zijn (Doosje, 2002).

Uit onderzoek vanuit de dovenpsychiatrie blijkt wel dat doven frequenter, ernstiger en andere bijwerkingen hebben op psychofarmaca. De hersenbeschadiging (door bijvoorbeeld Meningitis of Rubella) die in de eerste plaats de oorzaak is van de auditieve handicap, kan ook een oorzaak zijn voor de soms heftige reactie op cannabis, met een mogelijke psychose tot gevolg (Sleeboom, 1999).

Onderontwikkelde sociale vaardigheden

Bij sommige jongeren geldt dat vaardigheden die in een bepaald veld geleerd worden niet gegeneraliseerd worden naar andere domeinen en dus in iedere context opnieuw moeten worden aangeleerd (Veenhuizen, 2003).

De volgende risicofactoren kunnen ook een rol spelen:
Vooroordelen over doven, hoge werkeloosheid en depressiviteit (Doosje, 2002).

Enkel de auditieve handicap zou ook een reden kunnen zijn voor overmatig gebruik, maar met name de psychosociale aspecten van het doof zijn, zijn bepalend voor verslaving c.q. probleemgebruik. Dove kinderen van verslaafde ouders vormen net als horende kinderen van verslaafde ouders een aparte risicogroep (Doosje, 2002). In dit stuk wordt hier niet verder op ingegaan.

Welke middelen worden gebruikt?

In een top drie in de Nederlandse maatschappij komen achtereenvolgens alcohol, wiet (cannabis) en XTC voor als de meest gebruikte middelen, ook onder doven. Er wordt onder deze specifieke doelgroep echter een toename waargenomen in het gebruik van wiet (Doosje, 2002).

Bestaan er al effectieve preventieve interventies?

Volgens de FODOK bestaan deze interventies niet. Er is een ernstig gebrek aan voorzieningen die er voor de horende jongeren wel en voor de dove jongeren niet zijn. De huidige preventieactiviteiten zijn nauwelijks bereikbaar voor de dove jongeren. Terwijl voorlichting zeker nodig is, mede omdat dove jongeren vaak een kennisachterstand hebben (Veenhuizen, 2003).

Het is echter moeilijk onderzoeken onder doven te houden (over kennis en gebruik) omdat bijvoorbeeld vragenlijsten doorgaans door horenden zijn opgesteld en voor doven zijn die moeilijk toegankelijk daar zij een achterstand hebben in het (begrijpend) lezen van de Nederlandse taal (Doosje, 2002).

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet en uitvoering

Probleemstelling

Door middel van het onderstaand onderzoek dient er antwoord gegeven te worden op de volgende probleemstelling:

Hoe gaan hulpverleners binnen de residentiële zorg van de KEGG om met softdruggebruikende cliënten; wat vinden zij van het nieuwe protocol dat in mei 2003 is ontwikkeld?

Dataverzameling

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een gestructureerde open vragenlijst. Deze zijn per post verstuurd naar locaties binnen de residentiële zorg van de KEGG te Groningen, Zoetermeer en Rotterdam. Op de locatie Alphen a/d Rijn zijn ze persoonlijk overhandigd. De vragenlijst is bedoeld voor hulpverleners die in hun dagelijks werk worden geconfronteerd met softdruggebruik en/of problemen hieromtrent bij cliënten. Elke vragenlijst is verstuurd met een begeleidende brief waarin staat vermeld waarom dit onderzoek gedaan wordt en hoe de vragenlijst moet worden beantwoord (bijlage I).

Opbouw van de vragenlijst

Het uitgangspunt voor de vragenlijst is het softdrugprotocol uit mei 2003 (bijlage II). De vragenlijst is opgebouwd uit twee delen (bijlage III). Het eerste deel bestaat uit de vragen 1 t/m 3, die met ja of nee beantwoord moeten worden. Deze vragen bepalen of de hulpverlener op de hoogte is van de invoering en de inhoud van het protocol en of er volgens het protocol wordt gewerkt.

Het tweede deel bestaat uit drie clusters open vragen. Dit zijn de vragen 4 t/m 9, 10 t/m 12 en 13 t/m 15. Door de eerste drie vragen te beantwoorden met ja of nee wordt de respondent doorverwezen naar een van de drie clusters. De vragen binnen een cluster gaan specifiek in op de situatie van de respondent.

Op deze manier is het mogelijk om kwantitatief te meten hoeveel respondenten kennis hebben van het protocol, de inhoud ervan en hoeveel respondenten ook daadwerkelijk werken volgens het protocol. De kwaliteit van de antwoorden wordt verhoogd doordat de respondent alleen die open vragen moet beantwoorden waar hij naar wordt verwezen en op zijn werksituatie van toepassing zijn. Door de ruime opzet van de vragenlijst is er mogelijkheid geboden om eigen ervaringen, knelpunten en eventuele oplossingen daarvoor aan te geven.

Verloop van het onderzoek

In oktober 2003 is er telefonisch contact geweest met leidinggevend en orthopedagogen van de locaties Groningen, Zoetermeer en Rotterdam. Hen is gevraagd om leef- en/of behandelgroepen te selecteren waar gebruik en/of problemen omtrent softdrugs het meest actueel zijn. Zij hebben binnen hun eigen groep(en), hulpverleners benaderd die in direct contact staan met de jongeren en gevraagd de vragenlijst te beantwoorden.

Op de locatie Alphen a/d Rijn is persoonlijk contact geweest met de orthopedagoog en de teamcoach.

In november 2003 is er wederom telefonisch contact geweest om te inventariseren hoeveel vragenlijsten er verstuurd moeten worden.

In Groningen en Zoetermeer zijn er elk vijf groepen waar gebruik en/of problemen omtrent softdrugs voorkomen. De locaties Rotterdam en Alphen a/d Rijn tellen ieder één groep. Per groep zijn er 2 vragenlijsten verstuurd met uitzondering van Alphen a/d Rijn waar 3 vragenlijsten zijn uitgedeeld. Er zijn dus in totaal 25 vragenlijsten aangeboden.

De streefdatum om alle vragenlijsten retour te hebben is gesteld op eind december 2003. Dit bleek echter niet haalbaar. In februari 2004 zijn de laatste vragenlijsten binnen gekomen. Van de 25 vragenlijsten zijn er 19 geretourneerd. Dit is een teruggaaf van 76%.

Om het retouraantal vragenlijsten te vergroten is er gekozen om een boekenbon van € 20,- te verloten onder de respondenten.

De vragenlijsten zijn in het algemeen anoniem individueel of per (werk)groep beantwoord. In de analyse wordt een (werk)groep als een respondent gezien en is er gekozen voor bevindingen per vestigingslocatie om stigmatisering per groep of individu te voorkomen.

Doordat de vragenlijst merendeel uit open vragen bestaat hebben sommige respondenten, individueel of met een (werk)groep, een extra blad toegevoegd met meningen en

oplossingen van eerdere discussies omtrent het probleemgebruik bij jongeren. Deze informatie is ook meegenomen in de analyse.

Een aantal respondenten hebben meer vragen beantwoord dan nodig was volgens de opbouw van de vragenlijst. Gezien het hier om een ruim aantal respondenten gaat zijn deze antwoorden wel gebruikt voor de resultaten van het onderzoek.

Hoofdstuk 5 Resultaten

De vragen 1 t/m 3 zijn bedoeld om een inventarisatie te maken over:

- Hoeveel respondenten op de hoogte zijn van de invoering van het protocol
- Hoeveel respondenten op de hoogte zijn van de inhoud van het protocol
- Hoeveel respondenten werken volgens het protocol

In onderstaande tabel is dit schematisch weergegeven

	Groningen		Zoetermeer		Rotterdam		Alphen a/d Rijn	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Op de hoogte van invoering protocol	-	9	6	1	-	1	-	2
Op de hoogte van de inhoud protocol	9	-	3	4	-	1	-	2
Werkt volgens het protocol	-	9	1	6	-	1	-	2

De vragen 4 t/m 9 zijn bedoeld voor de respondenten die volgens het protocol werken. Sommige respondenten uit Groningen hebben echter (abusievelijk) antwoord gegeven op vraag 4, 8 en 9 ondanks dat ze niet werken met het protocol. Geen van de respondenten was op de hoogte van de invoering van het protocol maar hebben het protocol wel ingezien alvorens het beantwoorden van de vragen. Vandaar dat zij wel op de hoogte zijn van de inhoud hiervan en daar ook hun mening geven. Deze mening komt vaak overeen met de antwoorden die door de meeste respondenten op vraag 11 worden gegeven. Voor de duidelijkheid zijn delen van de antwoorden op vraag 8 en 9 meegenomen bij de resultaten van vraag 11. Het overige wordt hieronder vermeld.

Een respondent uit Zoetermeer geeft aan volgens het protocol te werken. De resultaten staan ook nevenstaand vermeld.

Vraag 4

Het softdrugprotocol gaat uit van het verbieden. Bent u daar voor of bent u daar tegen? Kunt u ook uitleggen waarom u dat vindt?

Groningen

Het antwoord op deze vraag is voor alle respondenten eensluidend. Ze zijn voor het verbieden van softdrugs. Het gaat hier dan vooral om het verbieden binnen het internaat of de behandelgroep. Twee respondenten zijn voor het verbieden, zowel binnen als buiten de leef- of behandelgroep.

Meest voorkomende redenen voor het verbieden zijn:

- Gebruik van softdrugs beïnvloed het leren, de cliënt is op dat moment niet meer leerbaar zowel op school als op de groep
- Verminderde aanspreekbaarheid van de cliënt
- De verslavende werking van softdrugs
- Voor minderjarigen is het strafbaar softdrugs te gebruiken
- Cliënten die softdrugs gebruiken hebben een negatieve invloed op groepsgenoten

Zoetermeer

De respondent is voor het verbieden binnen de groep omdat de jongere op dat moment verminderd aanspreekbaar is en niet meer leerbaar.

Vraag 5

Bij softdruggebruik moet er altijd een incidentenformulier worden ingevuld. Hoe gaat dit in z'n werk en hoe vaak heeft u dit moeten doen?

Zoetermeer

Dit is een keer gebeurd in overleg met de leidinggevende. Beschreven wordt: wie er bij betrokken zijn, plaats, tijd en of ouders wel of niet ingelicht zijn.

Vraag 6

Bij de derde keer dat een jongere onder invloed van softdrugs op de groep wordt aangetroffen wordt deze na overleg met de gedragswetenschapper voor 48 uur geschorst. Kunt u in het kort uitleggen hoe deze procedure in zijn werk gaat, waar een jongere dan voor die 48 uur heen gaat en wat de merkbare effecten zijn bij terugkomst?

Zoetermeer

Dit is een keer gebeurd. Na drie keer 'waarschuwen' is de jongere geschorst voor een dag. De ouders zijn goed geïnformeerd. Na terugkomst heeft er direct een gesprek plaatsgevonden over de gevolgen en in dit geval de gevaren van softdrugs in combinatie met medicijnen.

Vraag 7

Na de schorsing vindt er een gesprek plaats met de desbetreffende jongere voordat hij terugkeert naar de groep. Wat wordt er in zo'n gesprek besproken?

Zoetermeer

Gewezen op combinatie van medicatie en drugs. Ook zijn de gevolgen en risico's van gebruik benoemd.

Vraag 8

Bent u het eens met wat er in het protocol beschreven staat? Met wat wel en met wat niet? Kunt u ook vertellen waarom u dat vindt?

Groningen

Een aantal respondenten pleit ervoor dat jongeren die onder invloed op de groep zijn direct verwijderd dienen te worden van de groep en naar huis gestuurd. Bij de tweede keer een zwaardere sanctie door middel van beëindiging van de plaatsing. Deze respondenten willen geen verantwoordelijkheid dragen voor de risico's van het gebruik voor de jongeren zelf en de omgeving. Omdat ouders verantwoordelijk blijven voor hun (minderjarig) kind vinden alle respondenten op deze vraag dat ouders moeten worden ingelicht.

Zoetermeer

De respondent vindt het protocol te tolerant. In zijn groep zijn er veel jongeren die medicijnen gebruiken dus de risico's zijn te groot. Er moet meer gekeken worden naar de groep, wie er wonen en wat het niveau is.

Vraag 9

Wat vindt u van de volledigheid van dit protocol? Kunt u uw antwoord motiveren?

Groningen

Hier wordt vier keer de vraag gesteld, wat er wordt gedaan bij frequent gebruik en bij herhaling van gebruik na schorsing. Verder worden er vragen gesteld als:

- Hoe controleer je of er sprake is van gebruik?

- Hoe motiveer je jongeren om zijn gedrag te veranderen als hij zelf het probleem niet inziet en/of ontkent?
- Als je het als instelling verbiedt, moet je de hulpverlening dan niet aan externe instanties overlaten?

Zoetermeer

De respondent vindt het protocol niet volledig inzake softdrugs en medicatie.

De vragen 10 t/m 12 zijn bedoeld voor de respondenten die niet op de hoogte zijn van de inhoud van het protocol.

Vraag 10

U bent niet op de hoogte van de inhoud van het huidige protocol. Wat zijn bij uw groep de afspraken omtrent het gebruik van softdrugs bij de jongeren?

Groningen

De meeste respondenten geven bij deze vraag aan dat bezit en gebruik van softdrugs niet is toegestaan op de groep. Sommigen geven aan dat er naast deze regel geen verdere afspraken zijn. Merendeel van de respondenten benoemt dat er bij constatering, vermoeden of probleemgedrag rondom gebruik dit wordt gemeld aan de leidinggevenden en in het team. Ouders worden op de hoogte gebracht. Er volgt dan een gesprek met de groepsleiding over het gebruik en de risico's waarom het niet mag. De jongeren krijgen een waarschuwing of er wordt overgegaan tot schorsing. Dit gebeurt echter niet altijd. Deze maatregel wordt niet consequent gehanteerd.

Zoetermeer

De respondenten antwoorden dat de afspraak is dat er niet wordt gebruikt in huis. Als dit wel het geval zou zijn dan wordt er melding gemaakt bij de bereikbaarheidsdienst en de orthopedagoog. Op een 'zelfstandig begeleid wonen' groep worden individuele afspraken gemaakt.

Rotterdam

Binnen de groep is het niet toegestaan om softdrugs te gebruiken. Dit wordt ook benoemd in het begeleidingscontract. Het komt wel eens voor dat er binnen geblowd wordt. Als de begeleiding dit merkt wordt dit met de jongere besproken en wordt de jongere gewezen op het contract en de huisregel. Eventuele consequenties zijn afhankelijk van het gesprek, de reden en het feit of het bij die jongere herhaaldelijk gebeurt.

Alphen a/d Rijn

Binnen de groep is softdruggebruik niet toegestaan maar het komt regelmatig voor dat jongeren in huis blowen of stoned terugkomen. Het beleid is er tot nu toe op gericht geweest om oorzaak-gevolg relaties uit te leggen tussen blowen en problemen op het gebied van bijvoorbeeld: school, werk, contact met anderen, geld en om jongeren de negatieve consequenties (van zeer frequent blowen) te laten ervaren. Bijvoorbeeld: niet op tijd uit bed kunnen komen, slechtere schoolresultaten, ontslag op het werk et cetera. Er wordt bijvoorbeeld een afspraak gemaakt met de jongere dat wanneer hij heeft geblowd hij de volgende ochtend niet wordt gewekt. Hierdoor kan hij te laat op zijn werk komen. Als hij niet blowt kan hij een begeleider wel vragen om hem te wekken.

Daarnaast blijft de behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden op de verschillende domeinen en het bieden van alternatieven zoals: een andere werkplek, sportclub et cetera.

Vraag 11

Vindt u dat er anders gehandeld moet worden ten aanzien van softdruggebruik? Zo ja, hoe?

Groningen

De respondenten die op vraag 10 antwoorden dat er geen afspraken zijn, geven aan dat zij vinden dat er meer aandacht moet worden besteed aan preventie door middel van voorlichting. Alle respondenten vragen om een duidelijker, eenduidiger (internaatbreed) beleid, zowel naar de medewerkers als naar de jongeren toe. Jongeren moeten vooraf (bij plaatsing) duidelijk gemaakt worden dat er regels rondom softdruggebruik zijn en de consequenties bij het overtreden hiervan. De keuze en de verantwoordelijkheid ligt dan bij de jongere. Nu wordt er vaak achteraf gehandeld en volgt er soms wel en soms niet een schorsing. Er wordt gepleit voor consequenter/strenger hanteren van het beleid. Dus verbieden – melden – gesprek – waarschuwing – schorsen, in plaats van gedogen.

Meerdere malen wordt genoemd dat experimenteren met drugs in het weekend/vakanties zou kunnen plaatsvinden omdat het dan onder de verantwoordelijkheid van de ouders gebeurt.

Andere suggesties zijn: huiswerkopdrachten meegeven bij schorsing en de jongeren een contract laten tekenen voor het niet gebruiken van softdrugs gedurende het verblijf.

Zoetermeer

Bij deze vraag wordt vaak aangegeven dat er meer duidelijkheid moet zijn in hoe er gehandeld dient te worden. Er is ook behoefte aan informatie over drugs en druggebruik.

Rotterdam

De respondent geeft aan dat er verschillen zijn in het gebruik van softdrugs. De een kan prima omgaan met blowen alleen tijdens het uitgaan maar voor de ander is het een dagelijks terugkerende behoefte. Hierin kunnen de jongeren veel leren. Bij het op eigen benen leren staan hoort ook het omgaan met softdrugs.

Ook schorsen is vaak geen oplossing. De jongere kan veelal nergens heen en beland dan op straat, vaak in de omgeving waar het fout is gelopen.

Alphen a/d Rijn

Bij een aantal jongeren binnen de groep is het blowen excessief, met alle gevolgen van dien. Ze bedreigen begeleiders en groepsgenoten, ze zetten groepsgenoten onder druk om geld of wiet te geven, stelen en ander crimineel gedrag. Bij deze groep werkt het niet meer om tijdelijk te schorsen. Er wordt gevraagd naar meer informatie over druggebruik en verslaving, hoe daarmee om te gaan en hoe kunnen hulpverleners de jongeren motiveren om na te denken over hun gebruik om zelf een goede keuze te maken.

Vraag 12

Kunt u een korte casus beschrijven (ongeveer in 10 regels) van een jongere die onder invloed van softdrugs terugkomt op de groep? Hoe wordt er door een begeleider gehandeld en wat zijn de consequenties voor de jongere?

Groningen

De meeste respondenten vertellen dat er bij terugkomst op de groep er bijna altijd een 'welles-nietes' gesprek ontstaat. De begeleider vraagt of hij geblowd heeft en benoemt de signalen die de jongere afgeeft (rode ogen, slome communicatie). De jongere ontkent en voert excuses aan (moe zijn, rode ogen door het fietsen). Meestal wordt er op een later tijdstip op teruggekomen, bijvoorbeeld in een mentorgesprek of als de jongere zelf het initiatief neemt tot een gesprek over dit onderwerp. Op een leefgroep gaat men 's avonds laat niet meer in discussie maar gaat de jongere direct naar zijn slaapkamer. Daar worden de consequenties benoemd: ouders worden ingelicht, de jongere moet de volgende week twee dagen op de groep blijven, en hij mag de hele week niet naar de stad. In een mentorgesprek wordt wat is afgesproken in de teamvergadering besproken met de jongere. Op een andere leefgroep moet de jongere de volgende dag zelf zijn ouders inlichten.

Zoetermeer

De meeste respondenten antwoorden hier dat er duidelijkheid moet zijn naar de jongere die heeft gebruikt. De jongere moet naar zijn kamer en de bereikbaarheidsdienst en/of orthopedagoog wordt op de hoogte gesteld en die bepaald hoe er gehandeld moet worden.

Rotterdam

Bij constatering van gebruik wordt dit met de jongere besproken. Er wordt melding gemaakt bij de orthopedagoog en het komt terug in het teamoverleg. Er zijn alleen consequenties voor de jongere als er (psychische) problemen ontstaan of problemen voor de directe omgeving. Als er sprake is van verslaving/afhankelijkheid dan wordt er samen met de jongere een instantie gezocht die de juiste hulp kan bieden.

Alphen a/d Rijn

Als een jongere onder invloed terugkomt op de groep wordt er gekeken of de jongere aanspreekbaar is. Als dat het geval is kan hij op de groep blijven, als het niet het geval dan moet de jongere naar zijn kamer en mag weer terug in de groep als hij weer nuchter is. Bij veelvuldig gebruik en agressie wordt er overlegd met de orthopedagoog. Er wordt individueel bekeken of een schorsing zinvol is, dat de jongere er iets van leert of dat de jongere schorsen ziet als een paar dagen vrij. In dat geval kan er beter niet worden overgegaan tot schorsen.

De vragen 13 t/m 15 zijn bedoeld voor de respondenten die wel op de hoogte zijn van de inhoud van het protocol maar niet werken volgens het protocol.

Vraag 13

U kent het protocol en u weet de inhoud hiervan maar u werkt er niet mee. Kunt u aangeven waarom u dat niet doet?

Zoetermeer

Hier wordt door een respondent geantwoord dat er wel met het protocol gewerkt wordt maar dat er geen incidentenformulieren worden ingevuld. Als er sprake is van druggebruik van een jongere wordt dat in de persoonlijke rapportage beschreven en in een teamvergadering besproken.

De andere respondent ziet het protocol nog als een concept omdat het nog niet in bredere kring besproken is.

Vraag 14

Wat zijn bij uw groep de afspraken omtrent het gebruik van softdrugs bij de jongeren?

Zoetermeer

Softdrugs worden binnen de groep niet toegestaan. Bij constatering wordt de jongere niet meer leerbaar geacht en naar zijn kamer gestuurd. Ouders worden ingelicht en er volgt een gesprek met de jongere over zijn gebruik. Normaliter volgt er na drie keer constateren van softdruggebruik een schorsing. Als een jongere niet naar huis kan wordt er met de orthopedagoog overlegd. Vaak is de oplossing dat de jongere naar een andere groep gaat.

Vraag 15

Vindt u dat er anders gehandeld moet worden ten aanzien van softdruggebruik? Zo ja, hoe?

Zoetermeer

Gezien de verschillen in groepen en cliënten wordt het moeilijk geacht een eenduidig protocol te maken. Jongeren onder invloed van softdrugs kunnen niet leren maar schorsen wordt ook niet als 'wondermiddel' gezien. Wel zouden de begeleiders sneller moeten reageren na constatering van druggebruik. Als hier te lang mee wordt gewacht en de begeleiders te gemakkelijk worden dan zal de jongere er wel net zo over gaan denken.

Hoofdstuk 6 Conclusies

Uit de resultaten blijkt dat er binnen de KEGG niet officieel wordt gewerkt volgens het nieuwe protocol. De respondenten uit Groningen en Zoetermeer zijn wel op de hoogte van de inhoud van het protocol en hun huidige beleid rondom softdruggebruik komt (ten dele) overeen met de punten 1 t/m 7 van het protocol. Het is niet toegestaan om (soft)drugs te gebruiken dan wel onder invloed te zijn op de groep; bij constatering of vermoeden hiervan wordt dit gemeld aan leidinggevenden en ouders. Consequenties voor jongeren die de regel overtreden kunnen zijn: gesprekken over gebruik en de mogelijke gevolgen hiervan, waarschuwing, huisarrest en schorsing. Deze maatregelen worden niet consequent toegepast. Er wordt gevraagd om een eenduidiger (internaatstbreed) beleid ten aanzien van hoe te handelen als jongeren de regels overtreden. Er wordt in Groningen gepleit voor het vooraf contractueel vastleggen van de afspraken omdat dan de verantwoordelijkheid, voor de gevolgen van het gedrag, dan bij de jongere ligt. Ten aanzien van het protocol worden er in Groningen vraagtekens geplaatst bij de doeltreffendheid van schorsen. In Zoetermeer wordt geconstateerd dat een protocol een individuele benadering uit kan sluiten.

In Rotterdam en Alphen a/d Rijn geldt dezelfde regel als in Groningen en Zoetermeer ten aanzien van gebruik en/of onder invloed zijn, maar daar ligt niet de nadruk op het wel of niet houden aan de regels. Zij gaan uit van dat het nu eenmaal voorkomt dat jongeren experimenteren met softdrugs, dus verbieden alleen heeft geen zin. Zij hebben een meer individuele benadering die gericht is op het op een goede manier leren omgaan met softdrugs. Consequenties zijn dan ook per jongere verschillend, afhankelijk van welke problemen er ontstaan vanwege het gebruik. De behandeling is er op gericht om jongeren de voor hen negatieve consequenties van gebruik te laten ervaren. Schorsen wordt over het algemeen niet gezien als een manier jongeren negatieve consequenties te ervaren van hun gebruik. In hoofdstuk 8 wordt er bij de aanbevelingen dieper op deze materie ingegaan.

[50]

III DE ADVIESNOTA

[51]

Inleiding

In het vorige deel is er een antwoord gegeven op de probleemstelling. Dit deel heeft twee hoofdstukken die dienen als advies op het huidige softdrugsbeleid binnen de residentiële zorg. In hoofdstuk 7 wordt een methode beschreven die veelal gebruikt wordt in de verslavingszorg. In gesprekken met een preventiemedewerker van Parnassia, psycho medisch centrum in Den Haag is naar voren gekomen dat deze methode, om cliënten te motiveren na te denken over hun (soft)druggebruik, ook voor de hulpverlener binnen de residentiële zorg van de KEGG handvatten kan bieden in het omgaan met de jongeren die softdrugs gebruiken. In hoofdstuk 8 worden een aantal aanbevelingen gedaan met daarbij een toelichting die als doel hebben het beleid ten aanzien van softdruggebruik te verbeteren.

Hoofdstuk 7 Motivationale gespreksvoering

Een van de interventies binnen het sociaal competentiemodel is het bekrachtigen en daarmee stimuleren van positief gedrag en het ontkrachten en daarmee uitdoven van negatief gedrag. Hulpverleners zijn meestal overtuigd van het belang tot gedragsverandering bij het gebruik van softdrugs door dove jongeren. Gedragsverandering houdt hier meestal in stoppen van gebruik en daarom wordt het gebruik verboden. Uit de resultaten blijkt dat verbieden niet leidt tot positieve gedragsverandering zoals niet meer gebruiken of adequaat experimenteren. De vraag of een jongere bereid en/of in staat is te veranderen wordt minder vaak gesteld. Softdruggebruik hoeft niet per definitie tot probleemgedrag te leiden.

Niet willen of niet in staat zijn om te veranderen kan verklaard worden doordat een jongere niet gemotiveerd is. Een definitie van motivatie voor gedragsverandering is niet makkelijk te stellen. Het is niet simpelweg de uitkomst van een optelsom van positieve en negatieve gevolgen van het gedrag (Schippers & De Jonge 2002). Wat positieve en negatieve gevolgen zijn voor een hulpverlener hoeft niet samen te vallen met wat een jongere belangrijk vindt. Zo wegen bijvoorbeeld de negatieve gevolgen van drinken, roken of softdruggebruik bij jongeren vaak niet op tegen de, in hun perceptie, positieve gevolgen die het met zich meebrengt. Ook kunnen de negatieve langetermijngevolgen door de jongeren juist als 'stoer' worden geïnterpreteerd.

Het gaat vrijwel altijd om gewoontegedrag. Ze nemen zich wel voor om het niet te doen maar ze kunnen vaak niet anders. Deze discrepantie is over het algemeen niet het gevolg van een tekort aan inzicht, wilskracht of motivatie, maar van gebrekkige controle over gedragskeuze in gewoontegedrag, dat wordt uitgelokt door prikkels in de omgeving (Schippers & De Jonge 2002). Bijvoorbeeld vrienden die softdrugs gebruiken of moeite hebben met vrije tijd invulling te geven kunnen voor jongeren redenen zijn om in het gewoontegedrag te blijven of terug te vallen.

Motivatie of gebrek daaraan is toch niet onveranderlijk. Ook al gaat het soms langzaam, ervaringen, verwachtingen en gewoonten kunnen veranderen. Op die veranderingen kunnen hulpverleners invloed uitoefenen zij het wel met speciale aandacht en een aangepaste methode.

Het motiveren van cliënten tot een bepaald gedrag is niet eenvoudig. De vele gesprekken hebben niet altijd het resultaat wat wordt verwacht. Veel factoren beïnvloeden het gedrag. Met gebruik van

motivationale gespreksvoering kunnen inzichten verkregen worden in het proces van gedragsverandering met als doel de cliënt beter te kunnen begeleiden.

Motivationale gespreksvoering

In 1992 publiceerde W.R. Miller samen met S. Rollnick *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. Hierin presenteren ze de theorie en praktijk van motiverende gespreksvoering, een directieve, persoonsgerichte gespreksstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen door het helpen verhelderen en oplossen van ambivalentie voor verandering (Schippers & De Jonge 2002). Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen maar wordt nu ook op andere gebieden in de gezondheidszorg gehanteerd.

Vaak wordt gedacht dat een confrontatie met het gedrag en de consequenties ervan het beste is om tot gedragsverandering te komen. Het alleen maar voorhouden van de negatieve consequenties van soft-druggebruik en het slechte van hun gedrag zal in de meeste gevallen niet tot positieve gedragsverandering leiden.

Motiverende gespreksvoering is gebaseerd op twee principes:

- Onvoorwaardelijk acceptatie
- Constructieve zelfconfrontatie

Onvoorwaardelijke acceptatie betekent in deze dat de hulpverlener geen gedrag veroordeelt, ook al is het zelfdestructief. Er kan dus geen sprake zijn van een moraliserende opstelling van de hulpverlener. De nadruk dient te liggen op de verhoging van zelfredzaamheid en zelfwerkzaamheid van de cliënt. De hulpverlener kan het best omschreven worden als iemand die de cliënt helpt bij het nemen van een beslissing.

Constructieve zelfconfrontatie houdt in dat er wel een confrontatie moet plaatsvinden voordat er sprake is van verandering in gedrag. Maar deze moet niet vanuit de hulpverlener komen maar vanuit de cliënt zelf. De hulpverlener is meer gericht op het creëren van een atmosfeer waarin de cliënt zichzelf motiveert. Om te kunnen komen tot een weloverwogen beslissing is het nodig dat de cliënt zich (sterker) bewust wordt van zijn gedrag en de aard en de ernst van de gevolgen daarvan, van zijn motieven voor dat gedrag en eventuele tegenstrijdigheden daarin en van eventuele mogelijkheden tot verandering (Schippers, Van Emst & Van Bilsen).

Dit moet leiden tot een toename van bezorgdheid over de problemen en een grotere bereidheid om te veranderen.

De methode motiverende gespreksvoering maakt gebruik van een door Prochaska en Diclemente ontwikkelde theorie over de stadia

van gedragsverandering. Wanneer een cliënt verkeert in het stadium van onverschilligheid of onwetendheid dan zal de nadruk liggen op het geven van informatie en het leggen van een verband tussen het te veranderen gedrag en de zorgen of problemen die de cliënt daardoor ervaart. Bij iemand die verandering overweegt (het volgende stadium) zal de nadruk liggen op het beslissen tot en het beginnen met het beoogde gedrag. Daarop volgen nog enkele stadia waar in de volgende paragraaf dieper op wordt ingegaan. De motiverende gespreksvoering bereidt de cliënt als het ware voor op deze stadia.

Veranderingen in menselijk handelen treden niet vanzelfsprekend op (Parnassia, Psycho Medisch Centrum, cursusmateriaal 1999). Een besluit om iets anders te doen, bijvoorbeeld stoppen met roken, gaat niet van de ene op de andere dag. Hieraan gaat nog wat vooraf. Een goed model voor het begrijpen van verandering is het fasemodel van Prochaska & Diclemente.

In 1984 publiceerde Prochaska & Diclemente een onderzoek naar veranderingsprocessen met de titel *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Zij ontwikkelde een model van verandering dat van toepassing is op verslavingsgedrag. In dit model zijn een aantal stadia van verandering.

Dit model maakt duidelijk dat een gedragsverandering een dynamisch gebeuren is. In figuur 4 op de volgende pagina is te zien welke stadia de cliënt moet doorlopen. In elk stadium zal hij een aantal taken moeten doen voor hij verder kan.

Het is de taak van de hulpverlener om de cliënt te ondersteunen bij het volbrengen van die taken. Daarbij is het voor de hulpverlener ook belangrijk om te kunnen duiden in welk stadium van de veranderingscirkel de cliënt zich bevindt. De interventies van de hulpverlener moeten dus passen bij het stadium waarin de cliënt zich bevindt.

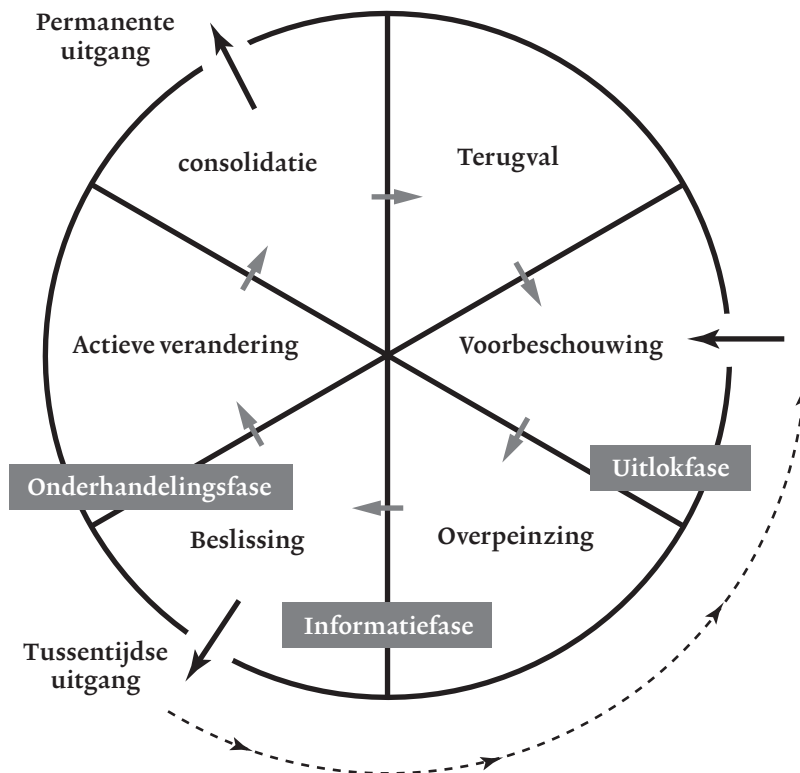


fig. 4 De veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente, 1982

Stadium voorbeschouwing

In dit stadium is de cliënt er zich niet van bewust dat hij een probleem heeft en is het waarschijnlijk dat hij daardoor nog niet serieus heeft nagedacht over verandering.

De omgeving (begeleiders, groepsgenoten, ouders, et cetera) ervaart het gedrag wel als een probleem.

Belangrijk is dat de cliënt eerst een besef moet krijgen van zijn situatie, voor hij mogelijke verandering kan aangaan. Om de voor- en nadelen in kaart te brengen is kennis van middelen en middelengebruik noodzakelijk.

Het doel van de hulpverlener in dit stadium is vooral gericht op de acceptatie van het probleem en het versterken van het zelfbeeld van de cliënt. Vaak worden minderwaardigheidsgevoelens (negatief zelfbeeld) versterkt door uitspraken van de omgeving 'Je doet niets, je kan het niet, je bent waardeloos et cetera'.

Door reflectief te luisteren en reflectie als bekrachtiging toe te passen kan het proces van herstructurering van het probleem bij de cliënt op gang gebracht worden.

Als de cliënt bereid is om de voor- en nadelen van druggebruik af te wegen kan hij samen met de hulpverlener een stadium verder gaan.

Stadium overpeinzing

In dit stadium wordt de client zich bewust van een probleem. Hij overweegt mogelijkheden om het probleem op te lossen maar is nog niet zover dat hij een beslissing heeft genomen tot verandering. Voor- en nadelen zijn in dit stadium in evenwicht. Op het ene moment laat hij merken zich ongerust te maken maar op het andere moment gaat het weer mis.

Het doel van de hulpverlener is, in dit stadium, gericht op bewustwording en het helpen om de balans op te maken. Dit kan onder andere door het:

- Uitlokken van zelfmotiverende uitspraken over herkenning van het probleem, bezorgdheid over het probleem en erkenning dat verandering nodig is
- Als deze uitspraken worden gedaan dan bekrachtigen met reflectie. Op deze manier wordt de cliënt bevestigd en laat de hulpverlener zien dat hij aandachtig luistert
- Het geven van objectieve (diagnostische) informatie. De situatie van de client wordt afgezet tegen objectieve informatie over het gebruik. De client wordt gevraagd een uitspraak te doen over wat hij hieruit afleidt.
- Samenvatten actuele situatie van de cliënt door de hulpverlener, door het opsommen van vooral de positieve zelfmotiverende uitspraken van de cliënt en door het weergeven van de twijfels die de cliënt geuit heeft.

In dit stadium is de hulpverlener bezig om de cognitieve dissonantie van de cliënt te vergroten door het verplaatsen van bewustwordingsgewichten in de weegschaal. Doel hiervan is een discrepantie teweeg te brengen tussen enerzijds het gedrag van de cliënt en anderzijds zijn ideeën en gevoelens daarover. Wanneer deze overeenstemming verbroken wordt, komt hij in een dissonante toestand. Hij zal dit als onaangenaam ervaren en daarom die toestand van dissonantie willen opheffen. De cliënt beseft dat hij oké is, maar dat zijn gedrag niet oké is. Om het evenwicht te herstellen zal hij verandering hetzij in zijn houding, hetzij in zijn gedrag noodzakelijk vinden.

Stadium beslissing

Eigenlijk is dit geen apart stadium maar een overgang van overpeinzing naar actieve verandering. Op dit punt moet de cliënt een

beslissing maken om door te gaan en besluiten om actief te veranderen of om niet door te gaan en stapt dan als het ware uit de cirkel. Hij gaat weer terug naar het eerste stadium van de cirkel. Dit kan tijdelijk zijn.

Als de cliënt besluit tot actieve verandering betekent dit niet dat het veranderen gelijk van start gaat. Sommigen besluiten te veranderen zonder er daadwerkelijk iets gebeurt. Belangrijk is dat het besluit tot actieve verandering van de cliënt zelf is en niet een besluit van de hulpverlener.

Een hulpverlener kan wel ondersteuning geven door:

- Alternatieven aan te bieden. De cliënt vragen wat hij nodig denkt te hebben aan veranderingsmogelijkheden. De hulpverlener kan deze informatie aanvullen met alternatieven die de cliënt nog niet heeft bedacht of niet kent. Alle alternatieven worden met de cliënt doorgesproken en op de kans van slagen beoordeeld
- Te onderhandelen over de keuze van de meest effectieve veranderingsmogelijkheid

Stadium actieve verandering

In dit stadium vindt de daadwerkelijke (gedrags)verandering plaats. De cliënt gaat aan de slag met de veranderingsmogelijkheid die hij zelf gekozen heeft.

In dit stadium is het vaak een zaak van vallen en opstaan. Kiezen voor verandering wil nog niet zeggen dat het vanzelf gaat. De eerste successen geven de cliënt veel vertrouwen.

'Ik heb de hele week niet geblowd, en kom daardoor makkelijker uit mijn bed'.

'Ik ben langs de coffeeshop gelopen. Met mijn geld in mijn zak!'

Hoe meer successen, hoe groter het zelfvertrouwen. Natuurlijk gaat het ook mis.

Er wordt nieuw gedrag uitgetoetst/geoefend. Soms lukt dit niet meteen en probeert de cliënt het meerdere malen.

Het is geen ramp als het mis gaat. Er zijn vele manieren om uit te proberen, zonder het besluit om veranderen direct op te geven. Iemand die daadwerkelijk aan het veranderen is, doet dit met vallen en opstaan. Interpreteer een 'misstap' niet als terugval. Als het fout gaat, en het wordt beoordeeld als terugval, dan ontstaat het gevoel van mislukking. *'Zie je wel, ik kan het toch niet!'*

In deze fase maakt de hulpverlener gebruik van technieken zoals motieven en keuzemomenten verhelderen en het concretiseren van motieven om duidelijk te krijgen waarom het de cliënt wel of juist niet lukt om bepaalde afspraken uit te voeren. Na dit stadium kan de cliënt overstappen naar de consolidatie.

Stadium consolidatie

Hier staat de integratie centraal van bereikte verbeteringen in het dagelijks leven.

De cliënt probeert de verandering in zijn leven te integreren en een terugval te voorkomen. Het handhaven van de verandering is niet gemakkelijk. In dit stadium kan dan ook 'terugval' voorkomen die de cliënt weer kan terugvoeren naar het stadium overpeinzing.

Stadium terugval

Het komt vaak voor dat een cliënt die een gedrag veranderd heeft, weer in het oude gedrag terugvalt. Het gaat dan niet om een zogenaamd klein uitstapje, zoals vaker voorkomt in het stadium van verandering. Bij terugval is sprake van een langer durende periode van het oude, indertijd ongewenste, gedrag.

Wanneer terugval geen bewuste keuze is, is het meestal zo dat er een keten van gebeurtenissen voorafgaat aan de risicosituatie (het opnieuw beginnen met gebruik van softdrugs), waarbij er enkele schijnbaar onbelangrijke beslissingen worden genomen die leiden tot de risicosituatie. Als een cliënt in een situatie verkeert waarbij er een onevenwicht bestaat tussen wat hem enerzijds van buitenaf is opgelegd (iets wat hij moet doen: 'moetens') en anderzijds wat hij graag doet en als plezierig ervaart ('willens'). Hieruit kan het verlangen ontstaan om zichzelf iets aangenaams te veroorloven na iets wat minder aangenaam is. *'Na een dag werken en niet gerookt te hebben, heb ik 's avonds wel een joint verdiend'.*

Deze gedachte lokt bepaalde affectieve en cognitieve reacties uit. Aan de ene kant is er de 'craving' of trek naar een joint, mede uitgelokt door positieve verwachtingen van het effect ervan *'Na het werk kan ik blowen dan hoef ik niet aan andere dingen te denken'.*

Aan de andere kant zijn er cognitieve reacties zoals: rationalisatie *'Als ik gespannen ben mag ik best een joint roken om te ontspannen'*, ontkenning *'Ik gebruik niet zoveel dat ik daardoor problemen krijg'* en schijnbaar irrelevante mini-beslissingen. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt in de periode voor de terugval een aantal schijnbaar onschuldige beslissingen neemt, niet bewust met de bedoeling om opnieuw te beginnen met het gebruiken van softdrugs.

Wanneer de cliënt teruggaat naar zijn oude probleemgedrag dan wordt het proces opnieuw doorlopen. Op dat moment kan de hulpverlener de mislukking gebruiken als diagnostische informatie voor het kiezen van een andere veranderingsmethode.

In figuur 5 wordt duidelijk dat er drie fasen zijn in interventies van de hulpverlener. Dit zijn de uitlok-, de informatie-, en onderhandelingsfase. Deze bevinden zich in de veranderingscirkel. Zo zal de hulpverlener de cliënt kunnen helpen om het proces te ondersteunen dat aan een gedragsverandering vooraf gaat.

PRINCIPES	VALKUILEN	STADIA VAN VERANDERING	FASEN	TECHNIEKEN
Onvoorwaardelijke aanvaarding	Te snel gaan	Voorbeschouwing	Uitlok-fase	Luistertechnieken non-verbaal verbaal
Contact krijgen en houden	Ongevraagde adviezen geven	Overpeinzing		* reflecteren * samenvatten * structureren
Tijd nemen	Wegpraten			
Creëren van dissonantie	Te snel therapeutische maatregelen treffen			
Gerichtheid op cliënt	Ongevraagde optimistische voorstellingen			
Meegaan met weerstand	Niet geloven in verandering			Vragen stellen
	Moraliseren/ beschuldigen			Creatieve technieken
	Beschermen			Paradoxe technieken
	Overtuigen			Informatiefase
		Besluitvorming		Doel/middel bespreken
		Actieve verandering	Onderhandelingsfase	Keuzes begeleiden
		Consolidatie		
		Terugval		

fig. 5 Overzicht

Hoofdstuk 8 Aanbevelingen en toelichting

- *Expertise op het gebied van softdrugs, softdrug-preventie en softdruggebruik dient vergroot te worden, zowel voor de hulpverlener als de cliënt*

Toelichting

Het is noodzakelijk dat hulpverleners en cliënten meer gerichte preventie en voorlichting en daarmee kennis krijgen van de voor- en nadelen van softdruggebruik. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met de communicatieproblemen die de auditieve handicap met zich meebrengt. Voorlichtings- en preventiemateriaal zal moeten worden aangepast in voor doven en slechthorenden begrijpelijke taal. Dit zou bijvoorbeeld kunnen in beeldmateriaal met gebaren en schriftelijk materiaal met veel visuele aspecten zoals. Pictogrammen en foto's.

Meer onderzoek is noodzakelijk waarop vervolgens preventie gebaseerd moet worden. Peercounseling en empowerment worden in de literatuur, die o. Doosje voor zijn studie heeft onderzocht, als bruikbare technieken genoemd. Deze zouden dan ook gebruikt moeten worden in een actief preventieproject.

- *Er dient een dialoog te komen tussen de cliënt en de hulpverlener over druggebruik*

Toelichting

Dat het gebruik van softdrugs binnen de leef- en behandelgroepen niet toelaatbaar is moge duidelijk zijn. Buiten de groep is verbieden echter onhaalbaar. Er is geen toezicht en controleren is niet mogelijk. Gevolg van het expliciet verbieden is dat softdruggebruik in de taboesfeer blijft. Cliënten moeten blijven liegen over hun gebruik wat zou kunnen leiden tot een gespannen sfeer binnen de groep met alle gevolgen van dien.

Beter is het bespreekbaar en inzichtelijk maken van het gebruik en proberen te achterhalen wat de 'waarom(s)' is/zijn van gebruik. Op deze wijze is de dialoog weer geopend.

- *De methode van motivationele gespreksvoering moet binnen het sociaal competentiemodel geïntegreerd worden*

Toelichting

Hier geldt wel dat de methode en de daarbij behorende gesprekstechnieken aangepast dienen te worden aan de taal van doven en slechthorenden maar ook de hulpverlener dient geschoold/getraind te worden

in het toepassen van deze methode. Motivationele gespreksvoering doet een beroep op cognitieve capaciteiten van de cliënt en is een talig proces. Bij veel doven is taal onderontwikkeld en de mate waarin de cliënt inzicht in het proces van gedragsverandering verkrijgt is afhankelijk van de mate waarin de cliënt zijn eigen gedrag kan evalueren en sturen (zie cognitieve- en zelfbepalingstheorie in hoofdstuk 2). Het ‘vertalen’ van deze methode naar voor doven begrijpelijke taal en het visueel inzichtelijk maken zal nog moeten worden uitgevoerd.

- *Er dient pas overgegaan te worden tot het schorsen van een cliënt als er geen sprake meer is van een positieve leersituatie*

Toelichting

In het sociaal competentie model draait het om observeerbaar gedrag en het uitleggen van oorzaak-gevolg relaties. Cliënten moeten de gelegenheid krijgen de negatieve consequenties van softdruggebruik te ervaren; met name cliënten die niet door gesprekken alleen inzicht krijgen in hun gedrag. Naast motivationele gespreksvoering dienen er leersituaties gecreëerd te worden door de hulpverlener maar ook de cliënt zelf die er toe kunnen aanzetten het gebruik te verminderen of te stoppen. Schorsen is vaak een uiting van de situatie op de (leef)groep beheersbaar te houden en zal dan ook niet leiden tot een positieve gedragsverandering. Vanuit de operante leertheorie is bekend dat bij gedragsverandering het ongewenste gedrag eerst toeneemt voordat het vermindert. Volgens Prochaska en Diclemente is terugval in oud gedrag een normaal verschijnsel in het proces van gedragsverandering.

Literatuur

- Baack, T.M., Zandberg, Tj. (1993). *Het woon- werkproject voor dove jongeren met gedragsproblemen*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Beck, G., Jong, E. de. (2000). *Opgroeien in een horende wereld*. Twello: Van Tricht, Bloem.
- Casselmann, J. (1996). *Met vallen en opstaan; motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Dijkstra, J. (2003). *Inventaris van het huidige alcohol- en drugsbeleid van het internaat voor doven*. Meppel.
- Doosje, O. (2002). *Literatuurstudie dove kinderen/jongeren en druggebruik*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Doosje, o., Harmsen, K., Loogman, M. (2002). *Dove jongeren en drugs*. In: Preventie Periodiek 5, nr. 4. pag. 1-2. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Effatha Guyot Zorg. (2003). *Info boek voor nieuwe medewerkers*. Zoetermeer: regio west.
- Haggenburg, T.J., Pelupessy, P.J., Dekker, M. (2002). *Basis metho- diekhandleiding Sociaal competentiemodel*. Zoetermeer: Effatha.
- Hannink, M. (2002). *Verslag van de expertmeeting 'Verslavingspre- ventie bij dove jongeren'*. Utrecht: FODOK en Trimbos- Instituut.
- Kuipers, A. (1999). *Psychisch welbevinden van dove en ernstig slecht- horende kinderen en volwassenen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Marlatt, G., Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance and Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: Guilford Press.
- Migchelbrink, F. (2002). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1992). *Motivational interviewing: prepa- ring people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Parnassia, Psycho Medisch Centrum. (1999). *Cursusmateriaal motivationele gespreksvoering*. Den Haag.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boudaries of therapy*. USA: Homewood ill., Dow Jones-Irwin.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeug- digen*. Bussum: Coutinho.

- Schippers, G.M., Emst, A. van., Bilsen, H. van. (1988). Motivatie en probleemdrinken. *Directieve therapie* Volume 8 N^o 2. Pag. 135-148.
- Schippers, G.M., Jonge, J. de. (2002). *Motiverende gespreksvoering*. Uit: maandblad geestelijke volksgezondheid 2002*3 *57* 250-265.
- Sleeboom, C. J. (1999). *Outline of the lecture presented by Dr. Sleeboom*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Slot, N.W., Renssen, M.R. (1994). *Handleiding competentiegerichtte residentiële hulpverlening voor dove jongeren met gedragsproblemen*. Amsterdam/Duivendrecht: Paedologisch Instituut, afd. Gedragstherapie-projecten (GTP).
- Slot, N.W., Spanjaard, H.J.M. (2003). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Duivendrecht: PI research BV.
- Strijker, J., Zandberg, Tj. (1999). *Competentie van dove jongeren. Een evaluatieonderzoek van de residentiële voorziening 'De Boerderij'*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Pedagogiek en Onderwijskunde.
- Veenhuizen, L. (2002). *Hoor eens*. In: Preventie Periodiek 5, nr. 4. pag. 2-3. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek Psychopathologie: deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veenhuizen, L. (2003). *Projectvoorstel Verslavingspreventie bij dove en zwaar slechthorende jongeren*. Utrecht: FODOK.

Internet

- Munter de, B.M. (1997). *Motivationele gespreksvoering, een eerste kennismaking*. 9:5,28
<http://www.clb-net.be/clb01/inhouden/inhouden09/arto9—5—28.html>

[67]

[68]

BIJLAGEN

[69]

[70]

BIJLAGE I Begeleidende brief bij de vragenlijst

Geachte collega,

Voor mijn afstudeeropdracht heb ik de taak om het softdrugprotocol (mei 2003) te evalueren en van daaruit aanbevelingen te geven tot verbetering of eventueel een vernieuwd protocol op te stellen.

Graag zou ik u daar voor willen vragen middels deze vragenlijst om tot een goed beeld te kunnen komen hoe er op verschillende groepen gehandeld wordt in softdrugs gerelateerde situaties met of zonder er gebruik gemaakt wordt van het huidige protocol.

Uw ervaringen, ideeën en visie hieromtrent stel ik zeer op prijs.

De eerste drie vragen zijn algemeen en wijzen u door naar een groepje vragen. U hoeft dus niet alle vragen te beantwoorden.

Als dank voor uw tijd en moeite zal er een boekenbon van € 20,- verloot worden onder de deelnemers. U kunt hiervoor uw e-mailadres achterlaten op de laatste pagina.

Bedankt voor uw medewerking

Met vriendelijke groet,

Thierry Zuydwijk

P.S. Zelf ben ik werkzaam op het WWP “De Boerderij” te Alphen a/d Rijn en studeer MWD (Maatschappelijk Werk en Dienstverlening) aan de Haagse Hogeschool.

Voor eventuele vragen ben ik bereikbaar op 06 27014541.

BIJLAGE II Softdrugprotocol mei 2003

WAT TE DOEN BIJ GEBRUIK VAN (SOFT)-DRUGS?

Beleid op de leefgroepen van de Residentiele Zorg
Koninklijke Effatha Guyot Groep Regio Haaglanden Leiden betreffende drugsgebruik

PREVENTIE VAN DRUGSGEBRUIK IS BELANGRIJKSTE DOEL

Beleid:

1. Het is de jongeren niet toegestaan om drugs te gebruiken dan wel onder invloed zijn van drugs op de leefgroep
2. Zodra er sprake is van een vermoeden van drugsgebruik gedragswetenschapper inschakelen voor verder informatie
3. Indien jongere onder invloed is van drugs en daardoor niet meer leerbaar bereikbaarheidsdienst inschakelen voor overleg
4. Ouders worden door groepsleiding ingelicht bij drugsgebruik. Indien een jongere 16 jaar of ouder is dan gebeurd dit in overleg met jongere. Als jongere 18 jaar of ouder is dan mag de jongere zelf bepalen of zijn ouders ingelicht mogen worden
5. Bij drugsgebruik altijd een incidentformulier invullen en kopie naar gedragswetenschapper en hoofd Residentiele Zorg sturen
6. Bij de derde keer dat een jongere onder invloed van drugs op de groep wordt aangetroffen wordt deze geschorst voor 48 uur in overleg met gedragwetenschapper
7. Na schorsing volgt een gesprek met jongere en persoonlijk begeleider/groepsleiding en gedragwetenschapper/teamleider voordat jongere terugkeert naar groep

De waaroms en richtlijnen hoe te handelen bij risicovol gedrag/gebruik van jongeren:

- A Jongeren mogen geen drugs gebruiken op de leefgroep, omdat er dan niet meer gewerkt kan worden aan het aanleren/vergroten van vaardigheden
- B Jongeren mogen niet onder invloed zijn van drugs op de leefgroep, omdat ze dan niet taakgericht kunnen denken
- C Indien een jongere onder invloed van drugs wordt aangetroffen op de leefgroep verblijft hij/zij alleen op zijn/haar kamer totdat de drugs uitgewerkt is, omdat de invloed naar andere jongeren dan zo klein mogelijk blijft en hiermee verminder je groepsdruk naar elkaar
- D Bij ernstige verdenking van drugsgebruik kan aan de

- jongere medewerking tot een urine - en/of bloedonderzoek gevraagd worden, indien de jongere weigert kan hij niet verblijven op de leefgroep
- E Bij de derde keer dat een jongere onder invloed van drugs aanwezig is op de leefgroep dan wordt hij/zij geschorst voor 48 uur van de leefgroep
- F Individueel wordt met de jongere bekeken wat voor hem haar de gewenste verdere aanpak is, dit loopt uiteen van werkgedrag formuleren tot professionele hulp zoeken.

Belangrijk hierbij is:

- Het gebruik / gedrag bespreekbaar maken met de jongere
- De functie van het gebruik / gedrag inzichtelijk maken (wat is de achterliggende reden dat iemand gebruikt) Je kunt hierbij denken aan:
 - sociale factoren zoals erbij willen horen, groepsdruk, onvermogen om weerstand te bieden, stoer, hoeveelheid geld en vrije tijd spelen ook een rol
 - lichamelijke factoren zoals genot en gewenning
 - psychologische factoren zoals onderdrukken van angsten, problemen niet willen voelen (geringe eigenwaarde, moeilijk contacten leggen, spanningen in het gezin, eenzaam voelen) bestaanscrisis of verdrijven van verveling
- De effecten van het gebruik / gedrag op het toekomst perspectief inzichtelijk maken
- Snelle interventies plegen omdat het proces van verslaving bij drugsgebruik snel verloopt (gemiddeld half jaar tijd), de stadia die doorlopen worden zijn kennismaken, experimenteren, gewoontegebruik, gewenning (lichamelijke afhankelijkheid) verslaving (geestelijke en lichamelijke afhankelijkheid)
- Het voorbeeldgedrag in de leefgroep beïnvloeden (positieve en negatieve feedback geven op gedrag)
- Preventie processen in gang zetten door voorlichting te geven over middelen en gedragsalternatieven aan te bieden (vrijtijdsbesteding meer kaderen bv sportclub en dergelijke)

BIJLAGE III De Vragenlijst

Datum:

Naam:
Groep:

1. Bent u op de hoogte van het feit dat er een protocol (mei 2003) t.a.v softdrugsgebruik is ingevoerd?

Ja
☐
(ga naar vraag 2)

Nee
☐
(ga naar vraag 10 t/m 12)

2. Bent u op de hoogte van de inhoud van dit protocol?

Ja
☐
(ga naar vraag 3)

Nee
☐
(ga naar vraag 10 t/m 12)

3. Werkt u volgens het protocol?

Ja
☐
(ga naar vraag 4 t/m 9)

Nee
☐
(ga naar vraag 13 t/m 15)

4. Het softdrugsprotocol gaat uit van het verbieden. Bent u daar voor of bent u daar tegen? Kunt u ook uitleggen waarom u dat vindt?

5. Bij softdrugsgebruik moet er altijd een incidentenformulier worden ingevuld. Hoe gaat dit in z'n werk en hoe vaak heeft u dit moeten doen?

6. Bij de derde keer dat een jongere onder invloed van softdrugs op de groep wordt aangetroffen wordt deze na overleg met de gedragswetenschapper voor 48 uur geschorst. Kunt u in het kort uitleggen hoe deze procedure in zijn werk gaat, waar een jongere dan voor die 48 uur heen gaat en wat de merkbare effecten zijn bij terugkomst?

7. Na de schorsing vindt er een gesprek plaats met de desbetreffende jongere voordat hij terugkeert naar de groep. Wat wordt er in zo'n gesprek besproken?

8. Bent u het eens met wat er in het protocol beschreven staat? Met wat wel en met wat niet? Kunt u ook vertellen waarom u dat vindt?

9. Wat vindt u van de volledigheid van dit protocol? Kunt u uw antwoord motiveren?

10. U bent niet op de hoogte van de inhoud van het huidige protocol. Wat zijn bij uw groep de afspraken omtrent het gebruik van softdrugs bij de jongeren?

11. Vindt u dat er anders gehandeld moet worden ten aanzien van softdrugsgebruik? Zo ja, hoe?

12. Kunt u een korte casus beschrijven (ongeveer in 10 regels) van een jongere die onder invloed van softdrugs terugkomt op de groep? Hoe wordt er door een begeleider gehandeld en wat zijn de consequenties voor de jongere?

13. U kent het protocol en u weet de inhoud hiervan maar u werkt er niet mee. Kunt u aangeven waarom u dat niet doet?

14. Wat zijn bij uw groep de afspraken omtrent het gebruik van softdrugs bij de jongeren?

15. Vindt u dat er anders gehandeld moet worden ten aanzien van softdrugsgebruik? Zo ja, hoe?

Als u in aanmerking wilt komen voor de boekenbon kunt u hieronder uw E-mailadres noteren:

.....