

Onderzoeksrapport

Van implementeren kan je leren

Het implementeren van het nieuwe middelenbeleid binnen Jan
Pieter Heije, Pluryn

Anouk Schakenraad & Lisanne Schneck

Klas: PED-VH38

Opdrachtgevers: Kelly Toebe & Marleen Prins

Docent: Petra van Elen

Beoordelaar: Lotte Spoormakers

Datum: 04-06-2018

Van implementeren kan je leren

Het implementeren van het nieuwe middelenbeleid binnen Jan Pieter Heije, Pluryn

Onderzoek naar het implementeren van het nieuwe middelenbeleid van Pluryn bij groepsopvoeders op behandelgroepen van Jan Pieter Heije, waar jongeren wonen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematieken.

Geschreven door: Anouk Schakenraad en Lisanne Schneck

Studentennummers: 557324 en 540486

Begeleidend docent: Petra van Elen

Klas: PED-VH38

Opdrachtgevers: Kelly Toebe en Marleen Prins

Aantal woorden: 15.449

Dit onderzoek is uitgevoerd ten behoeve van het studieonderdeel 'Onderzoek & Innovatie' van het vierde jaar van de opleiding Pedagogiek aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) te Nijmegen.

Dit onderzoeksrapport is geschreven in opdracht van Pluryn, afdeling Jan Pieter Heije.

Pedagogiek, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Juni, 2018

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Van implementeren kan je leren'. Dit onderzoeksrapport is geschreven ten behoeve van het onderdeel 'Onderzoek en Innovatie' van de opleiding Pedagogiek op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. Het is uitgevoerd in opdracht van Pluryn, afdeling Jan Pieter Heije.

In samenwerking met mevrouw Toebe en mevrouw Prins en andere betrokkenen zijn wij gekomen tot een onderzoeksrapport. Wij zijn in het vraagstuk gedoken en hebben praktijk- en literatuuronderzoek gedaan. Aan de hand van het plan van aanpak hebben wij met veel plezier het onderzoek uitgevoerd om de afdeling Jan Pieter Heije van Pluryn te ondersteunen.

Wij willen mevrouw Toebe en mevrouw Prins bedanken voor de feedback en begeleiding. Voor het meedenken vanuit het kennisnetwerk middelengebruik willen wij mevrouw Poelen en mevrouw Bierman bedanken. Daarnaast willen wij mevrouw Van Elen en meneer Pouwels bedanken voor de feedback en begeleidingsmomenten vanuit de opleiding.

Wij wensen u veel leesplezier!

Anouk Schakenraad en Lianne Schneck

Nijmegen, 4 juni 2018

Inhoudsopgave

<u>Samenvatting</u>	Blz. 6
<u>H1. Inleiding</u>	Blz. 8
1.1 Aanleiding van het praktijkprobleem	Blz. 8
1.2 Opdrachtgevers	Blz. 8
1.3 Begripsdefiniëring	Blz. 9
1.4 Leeswijzer	Blz. 11
<u>H2. Probleemanalyse</u>	Blz. 12
2.1 Analyse van het probleem in de praktijk	Blz. 12
2.2 Analyse van het probleem in de literatuur	Blz. 17
2.3 Conclusie probleemanalyse	Blz. 24
2.4 Onderzoeksdoelstelling	Blz. 24
2.5 Hoofdvraag	Blz. 24
2.6 Deelvragen	Blz. 24
2.7 Begripsdefiniëring	Blz. 25
<u>H3. Methode van het onderzoek</u>	Blz. 26
3.1 Onderzoeksbenadering	Blz. 26
3.2 Participanten	Blz. 26
3.3 Procedure van het onderzoek	Blz. 27
3.4 Meetinstrumenten	Blz. 29
3.5 Analyse	Blz. 30
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	Blz. 30
<u>H4. Resultaten</u>	Blz. 32
4.1 Deelvraag 1	Blz. 33
4.2 Deelvraag 2	Blz. 37
4.3 Deelvraag 3	Blz. 39
4.4 Deelvraag 4	Blz. 46

H5. Conclusie en discussie	Blz. 49
5.1 Conclusie	Blz. 49
5.2 Discussie	Blz. 52
 Literatuurlijst	 Blz. 56
 Bijlagen	 Blz. 60
Bijlage I: Middelenoverzicht	Blz. 61
Bijlage II: Vragenlijst	Blz. 72
Bijlage III: Interviewguides groepsopvoeders	Blz. 78
Bijlage IV: Interviewguide jongeren	Blz. 86
Bijlage V: Uitwerking vragenlijsten	Blz. 88
Bijlage VI: Geheimhoudingsverklaringen	Blz. 100

Samenvatting

De organisatie Pluryn heeft een nieuw middelenbeleid ontwikkeld en wil deze implementeren bij de dagelijkse werkzaamheden van groepsopvoeders. Hiervoor moest Pluryn inzicht krijgen in wat groepsopvoeders nodig hebben om te handelen naar het nieuwe middelenbeleid. Naar aanleiding van deze vraag hebben de opdrachtgevers gevraagd dit afstudeeronderzoek te richten op de buitenhuizen van Jan Pieter Heije (JPH), onderdeel van Pluryn.

De onderzoeksdoelstelling was een bijdrage leveren aan de implementatie van het nieuwe middelenbeleid zodat groepsopvoeders het middelenbeleid actief gaan inzetten bij de behandeling. De hoofdvraag van het onderzoek luidde: *"Hoe kan het nieuwe middelenbeleid van Pluryn zodanig worden geïmplementeerd in de buitenhuizen van Jan Pieter Heije dat het op gepaste wijze deel uit gaat maken van de behandeling die groepsopvoeders bieden aan de jongeren die hier woonachtig zijn?"*

Het onderzoek bestond uit kwalitatief-, kwantitatief-, beschrijvend- en actieonderzoek. Door middel van een schriftelijke vragenlijst zijn zeven behandelgroepen van JPH benaderd voor het onderzoek. Dit heeft 34 ingevulde vragenlijsten opgeleverd. Verder zijn acht diepte-interviews afgenomen, waarvan vier bij groepsopvoeders en vier bij jongeren woonachtig op de behandelgroepen.

Op basis van literatuur- en praktijkonderzoek is gekomen tot conclusies van de deelvragen. Het bleek dat groepsopvoeders behoefte hadden aan kennisgeving over het nieuwe middelenbeleid door middel van een presentatie. Verankering van het middelenbeleid kon bereikt worden door het middelenbeleid op de Wegwijzer (online platform voor kwaliteitsdocumenten van Pluryn) te plaatsen en een inblikexemplaar van het middelenbeleid op de behandelgroep beschikbaar te stellen. Jongeren werden door open en eerlijke gespreksvoering gezet tot nadenken over middelengebruik. Het bleek voor jongeren belangrijk dat de redenen van het middelengebruik door groepsopvoeders achterhaald werden. Groepsopvoeders bleken behoefte te hebben aan kennis over consequenties van middelengebruik en een goede omgang met betrekking tot middelengebruik. Het bleek dat groepsopvoeders een handelingswijze hanteerden die binnen de kaders van het nieuwe middelenbeleid viel. Groepsopvoeders streefden ernaar om jongeren inzicht te geven in het middelengebruik, risico's en consequenties. Door groepsopvoeders werd op verschillende manieren preventief gehandeld, namelijk door gespreksvoering, het delen van kennis en door ervaringsdeskundigen langs te laten komen op de behandelgroep. Naar voren kwam dat bij groepsopvoeders de behoefte lag aan herhaaldelijke kennis over middelen en middelengebruik. Verder gaven groepsopvoeders aan dat er behoefte

was aan duidelijke handvatten en protocollen om jongeren te kunnen begeleiden met betrekking tot middelengebruik. Daarbij kon laagdrempelig contact met Iriszorg (verslavingszorg) wenselijk zijn.

Aan de hand van de deelvragen is de hoofdvraag beantwoord: *"Hoe kan het nieuwe middelenbeleid van Pluryn zodanig worden geïmplementeerd in de buitenhuizen van Jan Pieter Heije dat het op gepaste wijze deel uit gaat maken van de behandeling die groepsopvoeders bieden aan de jongeren die hier woonachtig zijn?"* Geconcludeerd is dat er draagvlak voor implementatie van het nieuwe middelenbeleid is binnen de buitenhuizen van JPH. Daarnaast is de overzichtelijkheid van het middelenbeleid belangrijk voor implementatie. Wanneer het middelenbeleid door middel van een presentatie aan groepsopvoeders gepresenteerd wordt, worden zij betrokken en kunnen zij verantwoording vragen. Na implementatie is het van belang dat het middelenbeleid eenvoudig vindbaar is door het via Wegwijzer en per behandelgroep een inblikexemplaar beschikbaar te stellen. Het hebben van kennis over middelen is van belang in het preventief werken, voorlichten, signaleren en begeleiden. Deze kennis kan vergaard worden door middel van een presentatie van een deskundige, een training of via e-learning. Dit alles maakt dat het nieuwe middelenbeleid goed toepasbaar is en een positieve impact heeft op de buitenhuizen van JPH. Hierdoor is de uitvoeringsstrategie passend voor de implementatie en is het een kwestie van 'gewoon doen'!

Bovenstaande conclusies zijn verwerkt in het implementatieplan dat ontwikkeld is voor het implementeren van het nieuwe middelenbeleid bij JPH, Pluryn.

H1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het praktijkprobleem

Middelengebruik is een aanhoudend onderwerp binnen de maatschappij (Pluryn Intermetzo, z.d.). Het begint bij experimenteel gebruik van middelen, zoals alcohol en cannabis. Dit experimentele gebruik kan overgaan naar regelmatig gebruik. Om dit gebruik in goede banen te leiden zijn maatregelen nodig. De organisatie Pluryn is bekend met middelengebruik bij cliënten en heeft hier een nieuw middelenbeleid op ontwikkeld. Het oude beleid voor middelengebruik is niet meer passend binnen de huidige veranderingen in de werkwijze van Pluryn. Het nieuwe middelenbeleid was na het onderzoek nog niet actief, maar gaat ingevoerd worden na goedkeuring van het management van Pluryn. Pluryn wil het nieuwe middelenbeleid bekend maken onder de groepsopvoeders en hen handvatten aanreiken zodat het middelenbeleid geïmplementeerd wordt in de dagelijkse werkzaamheden. Om dit te bereiken had Pluryn inzicht nodig in wat groepsopvoeders nodig hebben om te handelen naar het nieuwe middelenbeleid. Naar aanleiding van deze vraag binnen Pluryn hebben de opdrachtgevers gevraagd dit afstudeeronderzoek te richten op Jan Pieter Heije (JPH), onderdeel van Pluryn.

1.2 Opdrachtgevers

Het afstudeeronderzoek heeft plaatsgevonden binnen Pluryn. Pluryn vindt het belangrijk om cliënten te ondersteunen bij het krijgen van een zo volwaardig en zelfstandig mogelijke plek in de samenleving. Pluryn is een landelijk werkende organisatie, met in totaliteit meer dan 400 locaties. De behandeling en ondersteuning worden gegeven aan jongeren en volwassenen, waarbij leren, werken en vrijetijdsbesteding onderdeel zijn van de zorg (Pluryn, z.d.-a).

De missie van Pluryn is dat elk mens recht heeft op gelijke kansen en mogelijkheden. Pluryn gaat uit van de eigen kracht en wensen van de cliënt, ook wanneer sprake is van een beperking. Leidend is het individuele doel van de cliënt, waarbij Pluryn open staat voor alle zorgvragen en voor iedereen (Pluryn, z.d.-d).

JPH is een orthopedagogisch behandelcentrum binnen Pluryn, waar kinderen en jongeren van 6 tot 21 jaar met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en gedragsproblemen, sociaal-emotionele en/of beperkte ontwikkelingsmogelijkheden ondersteuning krijgen (Kuyper, 2015). Door een stagnatie in de ontwikkeling van deze kinderen en jongeren, krijgen zij problemen op verschillende gebieden, zoals thuis of op school (Pluryn, z.d.-f). JPH bestaat uit een terreinlocatie en behandelgroepen in de omgeving van Arnhem. Op deze behandelgroepen wordt gewerkt naar een maximale deelname in de maatschappij (Pluryn, z.d.-b). De opdrachtgevers voor het onderzoek waren een teamleider, mevrouw Toebes, en een orthopedagoog, mevrouw Prins,

binnen Pluryn op de afdeling JPH. Tevens is overleg geweest over het onderzoeksonderwerp en verder verloop met Research en Development, waarbij contact is geweest met mevrouw Poelen en mevrouw Bierman, deelnemers aan het kennisnetwerk middelengebruik.

Het was een op zichzelf staand onderzoek, waarbij verdiept werd op eerder gedaan kwantitatief onderzoek binnen Pluryn over de mate van middelengebruik en het nieuwe beleid voor middelengebruik. Dit afstudeeronderzoek richtte zich op zeven vergelijkbare behandelgroepen binnen JPH.

1.3 Begripsdefiniëring

Licht Verstandelijke Beperking

De cliënten van JPH zijn kinderen en jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en gedragsproblematieken. Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 50 en de 85 en hebben beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen (Zoon, 2015). In Nederland zijn ongeveer 142.000 mensen met een IQ onder de 70. Ongeveer 2,2 miljoen mensen hebben een IQ tussen de 70 en 85. Een klein deel hiervan doet beroep op de zorg, namelijk 37.000 mensen (Woittiez, Putman, Eggink & Ras, 2014). Jongeren met een LVB hebben minder sterk ontwikkelde sociale vaardigheden, zijn beïnvloedbaar, hebben snel last van overvraging en hebben weinig gevoel voor eigenwaarde (Kes & Van de Wege, 2012). Dit maakt de sociaal-emotionele kwetsbaarheid van jongeren met een LVB zorgelijk en maakt mensen met een LVB een risicogroep voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2016).

Middelen

Als in dit onderzoeksverslag gesproken wordt over middelen, worden drugs en alcohol bedoeld. Tabak wordt niet in het nieuwe middelenbeleid van Pluryn besproken en is daarom niet meegenomen in dit onderzoek. Met het begrip 'drugs' wordt zowel hard- als softdrugs bedoeld. Onder softdrugs worden hasj en wiet verstaan. Harddrugs zijn de middelen van lijst I van de Opiumwet (Trimbos-instituut, 2017). De middelen worden onderverdeeld in drie categorieën aan de hand van het effect: verdovend, stimulerend of het veranderen van de zintuiglijke ervaringen (Parren, 2016). In bijlage I is een overzicht van middelen weergegeven verkregen van Pluryn Intermezzo (z.d.).

Wetgeving

De Opiumwet is sinds 12 mei 1928 de Nederlandse wet betreffende het opium en andere verdovende middelen (Overheid.nl, 2017). De wet verbiedt de productie, verkoop en aanwezigheid van de middelen op lijst I en II. Op lijst I staan harddrugs vermeld die volgens de overheid een onaanvaardbaar groot risico met zich meebrengen (Trimbos-instituut, 2016a). Op lijst II staan softdrugs vermeld. Het gebruik van softdrugs is tot vandaag de dag niet strafbaar. Ontheffing kan gegeven worden voor het gebruik van harddrugs als deze dienen als geneesmiddel. De verkoop van softdrugs wordt gedoogd bij coffeeshops met een vergunning (Trimbos-instituut, z.d.-a). De leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol en softdrugs is per 1 januari 2014 achttien jaar geworden (Leeftijdsgrens, z.d.-a, Leeftijdsgrens, z.d.-b).

Problematisch middelengebruik

In het nieuwe middelenbeleid van Pluryn wordt beschreven dat middelengebruik geaccepteerd wordt zolang dit het algemeen maatschappelijk functioneren niet beïnvloed (Pluryn Intermetzo, z.d.). Vanuit de literatuur wordt over problematisch middelengebruik gesproken als sprake is van een verslaving, waarbij het 'willen' gebruiken veranderd in 'moeten' (Trimbos-instituut, z.d.-b). Bij verslaving ontstaat afhankelijkheid, geestelijk of lichamelijk. Bij geestelijke afhankelijkheid is sprake van steeds sterker wordend verlangen en zich niet meer prettig voelen zonder het middel. Bij lichamelijke verslaving is sprake van ontwenningssverschijnselen bij het minderen van het gebruik. Signalen die kunnen duiden op een verslaving zijn een verandering in het gedrag of uiterlijk, het krijgen van andere vrienden of plotselinge geldproblemen (Hogendorp, 2016).

Groepsopvoeders

Groepsopvoeders werken op de behandelgroepen van JPH, waar jongeren 24 uur per dag begeleid worden. Zij voeren het behandelplan uit dat gezamenlijk met de cliënt en ouders gemaakt is door de orthopedagoog. Groepsopvoeders bieden ondersteuning bij hulpvragen, waaronder zelfstandig wonen, aanleren van vaardigheden, omgaan met eigen problematiek en oudercontact (Pluryn, 2016).

Behandelgroepen

Binnen JPH zijn verschillende behandelgroepen. Behandelgroepen zijn huizen waar cliënten bij elkaar wonen en waar ondersteuning van groepsopvoeders ingezet wordt. Het is een veilige leefomgeving waar de cliënten de behandeling en ondersteuning krijgen die passend is bij

het persoonlijke plan waarin Pluryn afspraken maakt over de zorg die nodig is (Pluryn, z.d.-e). In een behandelgroep wordt gewerkt aan begeleiding, behandeling, training, gesprekken met ouders en hulp bij persoonlijke verzorging. Mede door samen te leven in een behandelgroep wordt gewerkt aan sociale vaardigheden.

1.4 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 2 komt de probleemanalyse aan bod, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen de analyse van het probleem in de praktijk en in de literatuur. Daarna wordt dieper ingegaan op de probleemstelling en de onderzoeksdoelstelling. Hierna komt de hoofdvraag aan bod, waarna de deelvragen van het onderzoek volgen. Over de hoofd- en deelvragen wordt een begripsdefiniëring gegeven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de methode van het onderzoek, waarbij de keuzes en het gedrag van de onderzoekers met betrekking tot de onderzoeksbenadering, participanten, procedure van het onderzoek, meetinstrumenten, analyse en betrouwbaarheid en validiteit worden verantwoord. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 5 komen de conclusie en discussie aan bod. Na het laatste hoofdstuk wordt een overzicht van de gebruikte literatuur in de literatuurlijst weergegeven. Tot slot zijn in de bijlagen een middelenoverzicht, vragenlijst, interviewguides groepsopvoeders, interviewgide jongeren, uitwerking vragenlijsten en geheimhoudingsverklaringen toegevoegd.

H2. Probleemanalyse

2.1 Analyse van het probleem in de praktijk

Wat was het praktijkprobleem?

In de praktijk is gesignaleerd dat middelengebruik plaatsvond op de behandelgroepen binnen Pluryn. Het oude middelenbeleid binnen Pluryn verbood het gebruik van drugs en alcohol voor minderjarigen. Het mocht binnen Pluryn enkel gebruikt worden door volwassen cliënten (Pluryn, z.d.-c). Het praktijkprobleem dat speelde binnen Pluryn was dat de sancties bij overtreding moeilijk te hanteren bleken (Pluryn Intermetzo, z.d.). Deze aanpak leidde niet tot vermindering van het gebruik, maar het gebruik verdween "ondergronds", buiten het zicht en medeweten van de groepsopvoeders. Om groepsopvoeders meer handvatten te geven die hun handelen richting kunnen geven, is een nieuw middelenbeleid ontwikkeld. Wanneer het middelenbeleid door het management van Pluryn goedgekeurd wordt, zal het geïmplementeerd worden. De opdrachtgevers hebben geen zicht op hoe de groepsopvoeders gebruik maken van het huidige middelenbeleid en hoe het nieuwe middelenbeleid het beste geïmplementeerd kan worden. Het doel is dat de groepsopvoeders werken volgens de visie en het nieuwe middelenbeleid van Pluryn en dat de groepsopvoeders hier actief mee aan de slag gaan.

Tijdens het onderzoek werd een nieuw middelenbeleid geschreven door Pluryn. Dit middelenbeleid was aan het einde van het onderzoek nog niet ingevoerd, omdat het eerst goedgekeurd moest worden door het management. De teams van JPH waren tijdens dit onderzoek nog niet op de hoogte van de inhoud van het nieuwe middelenbeleid. In dit nieuwe middelenbeleid is opgenomen dat volwassen cliënten zelf mogen beslissen of zij wel of niet alcohol drinken. Het uitgangspunt hierbij is dat het middelengebruik het algemeen maatschappelijk functioneren niet mag beïnvloeden (Pluryn Intermetzo, z.d.). Het gebruik van illegale middelen zal ontmoedigd worden en wordt niet toegestaan op locaties van Pluryn. Van groepsopvoeders wordt verwacht dat het middelengebruik een doorlopend onderwerp is in gesprekken met jongeren, waarbij competentiegericht werken en motiverende gespreksvoering uitgangspunten zijn. Het nieuwe middelenbeleid stelt dat groepsopvoeders jongeren voorlichting en begeleiding moeten geven. Het in bezit hebben van of handel in middelen wordt op de behandelgroepen niet getolereerd. Door middelengebruik dagelijks te bespreken met een motiverende, open en nieuwsgierige houding wordt het door groepsopvoeders begeleid. De houding van groepsopvoeders en de gespreksvaardigheden zullen bij de aanpak van alle middelen gelijk zijn, omdat deze ontstaat vanuit dezelfde achterliggende visie (E. Poelen, persoonlijke mededeling, 22 februari 2018). Middelengebruik wordt een vast onderdeel in het individuele plan van de cliënten. Het uitgangspunt van Pluryn wordt dat cliënten vanaf twaalf jaar

gescreend worden middels de CRAFFT (Knight, Sherritt, Shrier, Harris & Chang, 2002). De CRAFFT is een test om adolescenten te screenen op alcohol- en drugsgebruik. Wanneer sprake zal zijn van gebruik of een risico wordt de SumID-Q (Tactus, z.d.) ingezet om het gesprek aan te gaan met de jongere. De SumID-Q is een meetinstrument om de risicofactoren, het middelengebruik en de gevolgen van middelengebruik in kaart te brengen bij jongeren en volwassenen met een LVB. Het middelengebruik van de jongeren zal besproken worden tijdens begeleidingsgesprekken, het teamoverleg en het zal een vast punt op de vergaderagenda worden. Tijdens evaluaties zal met de betrokkenen gekeken worden naar het middelengebruik. Door dit dagelijks te bespreken zal het taboe vervallen en zullen groepsopvoeders preventief en proactief handelen. Doordat iedere jongere verschillend is en het gebruik ook, wordt de begeleiding maatwerk. Dit maatwerk zal afgestemd moeten worden op de werkinstructies die opgesteld worden in het nieuwe middelenbeleid. In het nieuwe middelenbeleid worden werkinstructies ontwikkeld voor groepsopvoeders met betrekking tot verschillende situaties (Pluryn Internetzo, z.d.). Om de groepsopvoeders te ondersteunen binnen het nieuwe middelenbeleid zullen zij verder opgeleid worden over middelengebruik, zodat zij dit beter kunnen signaleren. Het nieuwe middelenbeleid zal vragen om goede communicatie van de groepsopvoeders met de jongeren, collega's en betrokkenen over middelengebruik. De opdrachtgevers vroegen zich af hoe de groepsopvoeders het middelenbeleid wensten te raadplegen en het in gebruik wilden nemen in een situatie waarin middelengebruik centraal staat.

Wie had met het probleem te kampen?

Opdrachtgevers

De opdrachtgevers van het onderzoek, teamleider en orthopedagoog, waren belanghebbenden bij het probleem. Voor hen was het van belang dat volgens het middelenbeleid van Pluryn gehandeld ging worden. Wanneer groepsopvoeders handelen naar het middelenbeleid zal het resultaat passende zorg bij de jongeren van JPH zijn. De rollen van de opdrachtgevers waren het bespreekbaar maken van middelengebruik, het aansturen in een situatie met middelengebruik en het zorgen voor een eenduidige handelingswijze bij middelengebruik, passend binnen de visie en het beleid van Pluryn.

Groepsopvoeders

De groepsopvoeders hadden belang bij onderzoek naar het probleem, omdat zij tijdens het werk te maken hadden met middelengebruik. Zij behoren te werken volgens de visie en het beleid van Pluryn. Het middelenbeleid zal ervoor zorgen dat er voor hen een passend protocol

ligt wanneer gebruik van middelen wordtesignaleerd op de behandelgroep. Het zal tijd en energie kosten om deze protocollen als groepsopvoeders te handhaven. Het onderwerp 'middelengebruik' leefde binnen de teams omdat zij er dagelijks tot wekelijks mee in aanraking kwamen. Een hypothese die gesteld werd, was dat het nieuwe middelenbeleid kon leiden tot minder handelingsverlegenheid en een eenduidigere aanpak van het middelengebruik op de behandelgroep. De neuzen van de groepsopvoeders zouden dezelfde kant op staan met betrekking tot het middelenbeleid omdat zij behoefte hadden aan de handvatten en eenduidige handelingswijze (K. Toebe en M. Prins, persoonlijke mededeling, 22 februari 2018). Een hypothese was dat het nieuwe middelenbeleid vanuit groepsopvoeders kon stuiten op weerstand. Groepsopvoeders zullen minder kunnen werken vanuit hun gevoel omdat volgens vaste protocollen gewerkt moet worden met betrekking tot middelengebruik. Een voorbeeld hiervan is dat groepsopvoeders volgens het nieuwe middelenbeleid een voorbeeldfunctie moeten zijn voor de jongeren op de behandelgroep waarbij het niet de bedoeling is dat de groepsopvoeders in het zicht van de jongeren roken (Pluryn Intermetzo, z.d.). Volgens deze visie zullen groepsopvoeders een gezamenlijk rookmoment met de jongere niet meer kunnen gebruiken om op een ongedwongen manier in contact te komen.

Jongeren op de behandelgroepen

De jongeren die op de behandelgroep wonen waren betrokken bij het probleem. Op de groepen met jongeren met een hogere leeftijd vond meer middelengebruik plaats dan de groepen met jongeren met een lagere leeftijd. Toch kwamen alle jongeren binnen de behandelgroep er mee in aanraking, door bijvoorbeeld een groepsgeenoot die onder invloed was op de behandelgroep. Een hypothese die gesteld werd is dat groepsopvoeders binnen groepen op verschillende manieren handelden wanneer sprake was van middelengebruik bij jongeren. Wanneer het nieuwe middelenbeleid op een actieve manier geïmplementeerd zou worden, zouden de groepsopvoeders beter op een lijn zitten in de behandeling van middelengebruik. Een hypothese was dat het voor jongeren belangrijk was dat het beleid voor middelengebruik geïmplementeerd werd. Dit zou voor hen voor meer rust, duidelijkheid en structuur zorgen rondom dit onderwerp, doordat door groepsopvoeders op een eenduidige manier gehandeld wordt. Dit maakt het voor de jongeren meer voorspelbaar en voorspelbaarheid is voor de doelgroep LVB belangrijk. Voor de jongeren was het belangrijk dat zij inzicht kregen in hun middelengebruik. Dit kon gerealiseerd worden door implementatie en training van groepsopvoeders over middelen. Kortom: Het was van pedagogisch belang dat het nieuwe middelenbeleid geïmplementeerd werd door toekomstige pedagogen. Hiervoor werden de behoeften van de jongeren met een LVB en

gedragsproblematieken, naast de behoeften van de groepsopvoeders, meegenomen binnen de analyse voor de implementatie.

Beleidsmedewerkers

De beleidsmedewerkers van Pluryn waren belanghebbenden bij de oplossing van het praktijkprobleem, aangezien het voor hen van belang was om het middelenbeleid op een goede manier te implementeren. Dit zorgt ervoor dat groepsopvoeders op een proactieve manier met het nieuwe middelenbeleid gaan werken. De rol van de beleidsmedewerkers was om het middelenbeleid te schrijven en te zorgen dat het op de behandelgroepen terecht kwam.

Inwoners in de omgeving

De behandelgroepen bevinden zich in woonwijken en zijn niet gecentraliseerd op een terreinvoorziening. Dit betekent dat de omwonenden van de behandelgroepen belang hadden bij het oplossen van het praktijkprobleem. Een hypothese die gesteld kon worden is dat mensen in de woonwijken behoefte hadden om in tevredenheid te wonen, waarbij geen sprake was van eventuele overlast naar aanleiding van middelengebruik.

Wanneer trad het probleem op?

Het probleem trad op wanneer sprake was van middelengebruik onder jongeren op de behandelgroepen. Bij de ene behandelgroep trad dit probleem vaker op dan bij de andere, afhankelijk van het middelengebruik wat op de behandelgroep plaatsvond. De groepsopvoeders behoren hierop te handelen aan de hand van het middelenbeleid. Nu het nieuwe middelenbeleid binnen Pluryn ingevoerd wordt, is het zaak dat dit door de groepsopvoeders op een goede manier opgepakt wordt binnen de behandelgroepen. Het zal geïmplementeerd moeten worden, zodat de groepsopvoeders handelen naar de protocollen. Dit zal op een zodanige manier gedaan moeten worden, dat groepsopvoeders er op een actieve manier mee aan de slag kunnen.

Waarom was het een probleem?

De groepsopvoeders behoren te werken volgens de visie en het middelenbeleid van Pluryn, om zo de jongeren op de behandelgroep zo optimaal mogelijk te ondersteunen. Het was onduidelijk in hoeverre dit gebeurde met betrekking tot middelengebruik en of er voor de groepsopvoeders duidelijkheid was over hoe het middelenbeleid en de protocollen te raadplegen waren binnen Pluryn. Het nut van het oplossen van het praktijkprobleem was om groepsopvoeders van Pluryn te laten werken volgens de visie van Pluryn en aan de hand daarvan aan te sluiten bij de behoeften van de jongeren op de behandelgroep. Een hypothese die gesteld

kon worden is dat de groepsopvoeders beter op één lijn zouden staan wanneer zij handelen bij middelengebruik op de behandelgroep.

Waar deed het probleem zich voor?

De behandelgroepen van JPH zijn gevestigd in de omgeving van Arnhem. Er zijn meerdere plaatsen waar het middelengebruik van jongeren zich voor kan doen en waarbij een groepsopvoeder behoort te handelen. Jongeren kunnen buiten de behandelgroep middelen gebruiken en daarna onder invloed terugkeren op de behandelgroep. Op de behandelgroep zelf kan door de jongeren gebruikt worden. Binnen de behandelgroep zijn meerdere plaatsen waar middelengebruik voor kan komen. Het kan plaatsvinden in de openbare ruimtes, zoals de woonkamer of keuken. Een andere plek waar het voor kan komen zijn de privékamers van de jongeren. Op deze momenten moet ter plekke gehandeld worden door de groepsopvoeders.

Hoe was het probleem ontstaan?

Vroeger was middelengebruik bij Pluryn in de praktijk verboden. Als middelengebruik voorkwam volgde een sanctie, om zo het middelengebruik onder controle te krijgen. Dit bleek lastig te hanteren. Het zorgde voor steeds meer regels en de regels werden steeds meer beperkend. Dit zorgde er niet voor dat het middelengebruik stopte, maar dat jongeren middelen buiten het zicht van de groepsopvoeders gingen gebruiken. Het gewenste resultaat bleef uit. Als reactie hierop gaven groepsopvoeders aan dat zij niet goed wisten hoe zij om moesten gaan met het middelengebruik en verslavingsproblematiek bij cliënten (Pluryn Intermetzo, z.d.). Door verschillen in normen en waarden tussen groepsopvoeders waren er verschillen in de handelingswijze. Er bleek behoefte te zijn aan concrete handvatten die het handelen richting geven (Pluryn Intermetzo, z.d.). Aan de hand hiervan is het nieuwe middelenbeleid geschreven, waarin beschreven staat vanuit welke visie Pluryn omgaat met middelengebruik en verslavingsproblematiek bij cliënten. Het doel van het middelenbeleid is dat groepsopvoeders richting krijgen in het handelen bij (vermoedens van) middelengebruik en verslavingsproblematiek, zodat zij de cliënten op een passende en effectieve wijze begeleiden.

Daarnaast is nagedacht over een manier om het middelenbeleid te implementeren. De opdrachtgevers gaven aan dat het onduidelijk was in welke mate volgens het huidige (oude) middelenbeleid gewerkt werd. Volgens de opdrachtgevers was onderzoek nodig, waarbij onderzocht werd wat groepsopvoeders nodig hadden om op een effectieve manier te werken naar het nieuwe middelenbeleid. Onderzocht was wat jongeren belangrijk vonden bij de aanpak van de groepsopvoeders met betrekking tot middelengebruik. Het belang van het onderzoek was

dat wanneer het nieuwe middelenbeleid ingevoerd zou worden, het op een juiste manier geïmplementeerd zou worden. Dit zorgt ervoor dat het ondersteunend zou worden bij de behandeling van de jongeren.

Conclusie van het probleem in de praktijk

Gedurende het onderzoek is binnen Pluryn een nieuw middelenbeleid ontwikkeld, omdat het huidige niet meer toereikend was, echter is het nieuwe middelenbeleid nog niet actief, omdat het management van Pluryn de goedkeuring nog niet heeft gegeven. In dit nieuwe middelenbeleid is de maatstaaf dat volwassen cliënten alcohol en softdrugs mogen gebruiken als dit het algemeen maatschappelijk functioneren niet beperkt. Groepsopvoeders verwerken het middelengebruik in het individuele plan van de jongeren en bespreken dit met hen, collega's en betrokkenen om het gebruik op deze manier niet te verbieden, maar het inzicht van de jongeren te vergroten en het gebruik te verminderen. Om de groepsopvoeders te ondersteunen bij de veranderingen die meekomen in het nieuwe middelenbeleid moet dit geïmplementeerd worden. Het nieuwe middelenbeleid heeft betrekking op de zorg voor de jongeren, wat maakt dat het belangrijk is om de implementatie vanuit het pedagogisch perspectief in te zetten. De implementatie is waardevol voor de opdrachtgevers, groepsopvoeders, jongeren, beleidsmedewerkers en de omgeving van de behandelgroepen.

2.2 Analyse van het probleem in de literatuur

Ontwikkelingsdomeinen van jongeren met een LVB

Allereerst was het van belang om kennis te krijgen over de adolescentiefase waarin de jongeren met een LVB van JPH zitten, om zo te zorgen voor een passende behandeling bij de doelgroep. Er zijn verschillende domeinen waarop ontwikkeld wordt in de adolescentiefase. Jongeren met een LVB hebben een andere ontwikkeling dan jongeren zonder LVB. LVB-jongeren hebben een IQ tussen de 50 en de 85 en beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen (Zoon, 2015). Uitspraak over de ernst van de verstandelijke beperking mag niet gedaan worden op basis van alleen een IQ-score (Pesch, 2013).

In het cognitieve domein van iemand met een LVB is aangetoond dat het werkgeheugen vertraagd werkzaam is (Pesch, 2013). Executieve functies, zoals het vermogen om zaken te organiseren, focussen en impulsen onder controle houden, zijn beperkt ontwikkeld. Jongeren met een LVB hebben moeite met het onthouden en verwerken van informatie en daardoor moeite met oorzaak-gevolg denken. Het taalgebruik en taalbegrip blijven achter, waardoor jongeren met een LVB minder goed begrijpen wat gezegd wordt. Hierdoor is het moeilijker om gevoelens (verbaal)

te uiten en wordt dit non-verbaal gedaan. Pesch (2013) stelde dat jongeren met een LVB verbaal zwakker zijn dan praktisch, wat betekent dat 'zien en doen' doorgaans makkelijker gaat dan 'praten en luisteren'.

De lichamelijke ontwikkeling van een jongere met een LVB wijkt niet af van een jongere zonder een LVB (Kuyper et al., 2015). Dit levert problemen op, doordat aan het uiterlijk van de jongere met een LVB niet gezien kan worden dat de emotionele of sociale ontwikkeling jaren achterloopt op de lichamelijke ontwikkeling.

Het emotionele domein van een jongere met een LVB is te vergelijken met het niveau van een basisschoolkind (Parren, 2016). Wanneer gesproken wordt van een laag emotioneel niveau zal een jongere zich bijvoorbeeld erg afhankelijk opstellen ten opzichte van een ander (Van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2017). Basale emoties zoals liefde, boosheid en verdriet zijn goed ontwikkeld. Doordat het cognitief functioneren niet verder ontwikkeld is, hebben jongeren met een LVB moeite om te reageren op hun emoties (Parren, 2016). Empathisch reageren, de gewetensfunctie en de kennis van zaken rondom seksualiteit blijven achter en zijn daardoor minder goed ontwikkeld. Jongeren met een LVB leven zich minder goed in in anderen en kunnen zich moeilijk voorstellen hoe een ander zich voelt (Parren, 2016). Het geweten is niet geheel ontwikkeld waardoor zij minder goed weten wat goed en wat fout is. Het gedrag is moeilijker te sturen doordat zij beperkte meta-cognitieve vaardigheden hebben.

De sociale ontwikkeling is sterk afhankelijk van het emotionele niveau. Het sociale ontwikkelingsniveau ligt hoger dan het emotionele niveau, doordat mensen nieuw sociaal gedrag aanleren (Kuyper et al., 2015). In het sociale domein functioneren jongeren met een LVB anders dan jongeren zonder een LVB, omdat zij een afwijkende sociale informatieverwerking hebben (Parren, 2016). Jongeren met een LVB focussen zich op letterlijk gesproken en negatieve informatie. Zij hebben minder oplossingsvaardigheden en lossen hierdoor situaties sneller op met agressief of passief gedrag. Door dit gedrag worden jongeren met een LVB vaker afgewezen en minder snel geaccepteerd door leeftijdsgenoten. Jongeren met een LVB vinden oorzaak-gevolg relaties moeilijk om te begrijpen. Zij handelen en denken uit impulsiviteit en daardoor kunnen zij de gevolgen niet van tevoren inschatten (Pesch, 2013). Zij hebben een beperkt generalisatievermogen en vinden het moeilijk om geleerde kennis in een andere context toe te passen (Kuyper et al., 2015). Het ontbreekt jongeren met een LVB aan passende contactuele vaardigheden, weerbaarheid, zelfvertrouwen en inzicht in sociale situaties (Van der Nagel et al., 2017). Sommige jongeren hebben weinig vertrouwen in anderen door slechte ervaringen uit het verleden. Dit uit zich in wantrouwen tegen de mensen om zich heen, zoals onbekenden en hulpverleners. Andere jongeren zijn juist overdreven meegaand en zijn sociaal naïef. Deze

jongeren zijn gericht op sociale bevestiging, om erbij te horen. Een andere strategie om erbij te horen is door stoer en risicovol gedrag te laten zien om aansluiting te vinden bij personen voor wie zij ontzag hebben (Van der Nagel et al., 2017).

Jongeren met een LVB hebben snel last van overvraging. Er wordt gesproken van overvraging wanneer meer verwacht wordt van de jongere met een LVB dan dat hij of zij aankan (Parren, 2016). Deze verwachtingen zijn niet in overeenstemming met de cognitieve mogelijkheden, vooral niet met de emotionele en sociale mogelijkheden (Pesch, 2013). Dit leidt tot frustraties en tot het gevoel van 'niets goed kunnen doen' en falen. Jongeren met een LVB overschatten zichzelf door hun beperkte vermogen tot zelfreflectie, wat leidt tot niet-reële ambities. Wanneer overvragen voor een langere tijd aanhoudt, leidt dit tot externaliserend of internaliserend probleemgedrag (Pesch, 2013).

Middelengebruik door jongeren met een LVB

Experimenteren met het gebruik van middelen is een normaal en gezond onderdeel in de adolescentie (Delfos, 2012). Doordat de hersenen van adolescenten nog in ontwikkeling zijn, ontstaat een drang naar experimenteren. Middelengebruik kan bij jongeren met een LVB invloed hebben op de verstandelijke beperking en de bestaande problematieken. Het kan psychiatrische stoornissen beïnvloeden en van invloed zijn op medicatie die de jongere gebruikt. Middelengebruik kan zorgen voor negatieve gevolgen, zoals stemmingswisselingen, agressiviteit, criminaliteit en suïcidale gedachten (Hammink & Schrijvers, 2012). Binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg is bij 15% van de cliënten sprake van problematisch alcoholgebruik en bij 8% problematisch drugsgebruik (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2016). De gevolgen van alcoholgebruik zijn bij jongeren met een LVB ernstiger dan bij jongeren zonder LVB. Een reden hiervoor is dat deze jongeren minder inzicht hebben in de samenhang tussen alcoholgebruik en hun gedrag waardoor zij in sociale situaties kwetsbaarder zijn wanneer alcohol gebruikt wordt.

Socialisatieprocessen kunnen een verklaring zijn dat jongeren middelen gebruiken. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat het sociale netwerk van een jongere een grote rol speelt in het middelengebruik. Slot en Spanjaard (2009) stellen door middel van de sociale leertheorie dat gedrag aangeleerd wordt door het observeren van het gedrag van belangrijke mensen uit de omgeving. Middelengebruik lijkt vaker voor te komen wanneer de jongere een sociaal netwerk om zich heen heeft waarin middelengebruik voor komt, dan wanneer niets gebruikt wordt binnen het sociale netwerk (Kes & Van de Wege, 2012). Delfos (2012) geeft aan dat alcoholgebruik het best voorspeld kan worden aan de hand van het alcoholgedrag van de ouders. Een jongere kan gemotiveerd worden om bepaald gedrag te vertonen als gezien wordt wat de consequenties van

het gedrag zijn. Dit heet operante conditionering. Gedrag wordt sneller herhaald als het wordt beloond, terwijl gedrag niet wordt voortgezet zonder beloning of als het een straf oplevert (Feldman, 2013). Het overnemen van gedrag van anderen heet modeling. Modeling is het leren door imiteren en is onderdeel van de sociaal-cognitieve leertheorie. Bij deze manier van leren is geen sprake van beloning of straf, enkel van observeren (Feldman, 2013). Verschillende aspecten zijn van invloed op modeling, namelijk het zien van de opbrengsten van het gedrag, overeenkomst in eigenschappen tussen het model en de observant, aantrekkelijkheid en nabijheid van het model en het aantal modellen dat het gedrag vertoont (Slot & Spanjaard, 2009). Jongeren nemen gedrag over van de mensen om hen heen, zoals ouders, broers, zussen, vrienden en klasgenoten. In elke cultuur wordt aan elkaar geleerd welk gedrag acceptabel is en welk gedrag niet. Zo leren mensen om samen te leven, werken en delen. Het socialisatieproces is het proces waarin mensen elkaar aanzetten tot sociaal geaccepteerd gedrag (Delfos, 2011). Dit betekent dat mensen sociaal wenselijk gedrag vertonen als de maatschappij iets anders van hen verwacht dan waar zij zelf voor staan.

Een andere reden voor middelengebruik is de zelfmedicatie-theorie (Delfos, 2012). De theorie geeft aan dat biologische factoren die uit balans zijn het gebruik van middelen stimuleren. De biologische factoren worden dan gecorrigeerd door het middelengebruik. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van cannabis om het stressniveau te reguleren. Zelfmedicatie is een proces waarbij negatieve emoties ervoor zorgen dat middelen als drugs gebruikt worden, om zo de eigen emoties te reguleren (Shadur, Hussong & Haroon, 2015). Het is een proces dat ervoor zorgt dat de gebruiker van middelen gaat gebruiken wanneer er weer negatieve emoties zijn. Dit kan leiden tot problematisch middelengebruik. Genetische factoren kunnen een reden zijn bij middelengebruik, blijkt uit tweelingonderzoek (Delfos, 2012). De werking van de frontale hersengebieden wordt minder efficiënt onder invloed van stress, wat leidt tot riskant gedrag. Bij adolescenten speelt dit sterker mee, omdat de frontale hersenen nog niet uitgerijpt zijn. De sociale leertheorie geeft aan dat wanneer een jongere in aanraking komt met leeftijdsgenoten die aan zelfmedicatie doen en de omgeving dit toelaat, diegene vatbaar is om aan zelfmedicatie te doen (Shadur et al., 2015). Ondersteunende vriendschappen kunnen ervoor zorgen dat de zelfmedicatie opgevangen en verminderd wordt. Blootstelling aan drugsgebruik bij leeftijdsgenoten, waarbij er geen sprake is van een ondersteunende vriendschap, zorgt er juist voor dat zelfmedicatie verergert.

Door het gebruik van middelen kunnen de hersenfuncties veranderen (Van der Nagel et al., 2017). De hersenen maken gebruik van een beloningssysteem, waarin prettige ervaringen zoals eten, drinken en contact met mensen worden opgeslagen. Dit beloningssysteem wordt

geactiveerd tijdens middelengebruik. Wanneer sprake is van herhaaldelijk middelengebruik, wordt het beloningssysteem minder snel geactiveerd. De belonende effecten nemen af voor zowel middelen, als voor eten, drinken of contact met mensen. Om hetzelfde effect te krijgen als eerst moet steeds meer van het middel genomen worden. Een andere hersenfunctie die kan veranderen is de selectieve aandacht. Een bepaalde prikkel wordt sterker aangetrokken of vastgehouden dan andere prikkels. Bij een gebruiker van middelen zijn de prikkels die met middelen te maken hebben sterker dan andere prikkels om hem heen. Hier kunnen zij zich moeilijk van losmaken. Sensitisatie is een beleving waarbij een automatische prikkel opgeroepen wordt die met het gebruik te maken heeft, bijvoorbeeld een voorwerp als een fles wodka of joint. Deze prikkel roept ontwenningssverschijnselen en een intense behoefte op (Van der Nagel et al., 2017). Een andere hersenfunctie die belemmerd wordt door middelengebruik is zelfcontrole. Doordat de controle over het eigen gedrag vermindert, wordt de gebruiker roekelozer en impulsiever. Wanneer langdurig gebruik gemaakt wordt van middelen kan permanente schade ontstaan in de gebieden in de hersenen die belangrijk zijn bij het maken van keuzes, het nemen van beslissingen en het tegengaan van impulsiviteit (Van der Nagel et al., 2017).

Wanneer jongeren met een LVB middelen gebruiken op basis van kennistekort en daardoor onverstandige keuzes maken, kan psycho-educatie en voorlichting zinvol zijn (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2016). Echter wanneer het middelengebruik problematischer is, moet er meer gebeuren. Hierbij kan een behandeling voor middelengebruik noodzakelijk zijn. Voor een jongere met een LVB is het belangrijk om een behandeling voor middelengebruik rustig op te bouwen, in verband met overvraging. Herhaling en praktisch oefenen zijn van belang. Er moet intensief samengewerkt worden met de cliënt en het netwerk (Hogendorp, 2016). Bij het bieden van goede zorg is het hebben van kennis van zowel verslavingsproblematiek als van LVB van belang. Het is zaak dat zorgsectoren hier een goede samenwerking hanteren (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2016). In de verslavingszorg is het belangrijk om alle nieuwe cliënten te screenen op cognitieve vermogens, zodat de behandeling en zorg afgestemd kunnen worden op de mogelijkheden en behoeften van de cliënt (Van der Nagel et al., 2017).

Onderzoek naar middelengebruik bij LVB

Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar LVB en middelengebruik. In 2015 is binnen Pluryn een onderzoek uitgevoerd onder zeventig jongeren tussen de 11 en 22 jaar oud met een LVB. Hieruit bleek dat 80,0% van de jongeren alcohol gebruikt had, 57,1% cannabis en 34,3% harddrugs. Onder de ondervraagden gebruikten 25,7% problematisch alcohol en 17,1% problematisch drugs (Poelen, Schijven & Vermaes, 2015). Dit gebruik is hoger dan het Trimbos-

instituut (2015) dat jaar heeft vastgesteld onder scholieren van twaalf tot en met zestien jaar. Zij hebben vastgesteld dat 45% van de scholieren wel eens alcohol heeft gedronken, 10% cannabis gebruikt en 2% ervaring heeft met XTC. Het alcoholgebruik binnen Pluryn is vergelijkbaar met het alcoholgebruik van de Nederlandse bevolking van achttien jaar en ouder (Trimbos-instituut, 2016b). Het cannabisgebruik binnen Pluryn ligt met 20,9% ver boven het Nederlandse gemiddelde van achttien jaar en ouder. In 2015 is een regionaal onderzoek naar alcoholgebruik uitgevoerd in Gelderland bij ruim 10.000 leerlingen in het voortgezet onderwijs op het VMBO, HAVO en VWO (Hermesen, 2015). Gemiddeld genomen kwam hieruit dat 35% nog geen alcohol gedronken heeft, 26% heeft een paar slokjes alcohol op en 39% heeft een glas of meer gedronken. Uit het onderzoek kwam dat jongeren die alcohol drinken het bijna niet zelf kopen, maar krijgen van vrienden of ouders. Uit internationale cijfers naar middelengebruik blijkt dat 94,1% van de mensen in 2017 alcohol gebruikt heeft en 60,0% heeft cannabis gebruikt (Global Drug Survey, 2017).

Uit onderzoek van Kes & Van de Wege (2012) is gebleken dat jongeren met een LVB weinig negatieve ervaringen hebben met middelengebruik. De genoemde negatieve ervaringen zijn praktisch, namelijk rooklucht in de kleding, vergeetachtig en lui worden. Cannabis wordt door jongeren gebruikt als een vorm van zelfmedicatie, om zorgen en/of problemen te vergeten (Hammink & Schrijvers, 2012).

Ondanks de vele overeenkomsten tussen problematische drinkers met en zonder een LVB, is uit onderzoek van Van Duijvenbode, Didden, Korzilius & Engels (2016) gebleken dat enkele verschillen bestaan. Problematische drinkers met een LVB kunnen in diagnostiek en behandeling gezien worden als specifieke doelgroep waarvoor een afgestemde aanpak nodig is. Het is daarom van essentieel belang dat samenwerking plaatsvindt tussen de verslavingszorg en de verstandelijke gehandicaptenzorg.

Implementeren van nieuw middelenbeleid

Om veranderingen, verbeteringen of vernieuwingen door te voeren moet er geïmplementeerd worden. Implementeren betekent het 'tot uitvoering brengen' (Pater, Roest, Dubbeldam & Verweijen, 2006). Implementeren is een proces. Het begint bij het geven van een advies, gevolgd door de verandering, verankering en continue verbetering. Drie kernwoorden van implementeren zijn maken, leren en inpassen. Het maken is het ontwerpen en vormgeven van de verandering, de fysieke implementatie. Het leren is het draagvlak creëren en de acceptatie, de mentale implementatie. Het inpassen betreft het borgen en verankeren van het resultaat, de structurele implementatie. Communicatie is het sleutelwoord voor succesvolle implementatie. Het

gaat hierbij niet om de kwantiteit, maar de kwaliteit van de communicatie. Essentieel is om te weten wat waarom bereikt dient te worden en wat van iedereen verwacht wordt. Om de verwachtingen waar te maken moeten de benodigde kennis, vaardigheden en houding aangepast worden. Dit kan door middel van een training of opleiding. Om ervoor te zorgen dat de verandering verankerd wordt, is het van belang dat de implementatie geleidelijk plaatsvindt. Op deze manier kunnen de groepsopvoeders geleidelijk meegroeien in de verantwoordelijkheid van de verandering en kan acceptatie en draagvlak gecreëerd worden.

Pater et al. (2006) hanteren vier basisstrategieën voor implementatie: uitvoeringsstrategie, participatiestrategie, vormgevingsstrategie en groeistrategie. De vier verschillen van elkaar in mate van maken, leren en inpassen. De uitvoeringsstrategie is een kwestie van gewoon doen, de verandering is overzichtelijk en niet bijzonder ingrijpend. De participatiestrategie is helder, maar heeft nog weinig draagvlak. Het is hierbij belangrijk om veel samen te doen om acceptatie en motivatie te stimuleren. De vormingsstrategie heeft een onzeker plan en resultaat, maar geen weerstand. De medewerking kan gebruikt worden om samen de nieuwe situatie te laten ontstaan. Bij de groeistrategie is zowel het plan als medewerking onzeker. Hierin moet zowel het vertrouwen als de uitvoering groeien. De juiste implementatiestrategie vloeit voort uit een gedegen analyse.

Conclusie van het probleem in de literatuur

Jongeren met een LVB hebben een IQ tussen de 50 en 85 en een vertraagde ontwikkeling in het cognitieve, emotionele en sociale domein. Doordat de hersenen van adolescenten nog in ontwikkeling zijn en de zelfstandigheidsbehoefte toeneemt, ontstaat de drang om te experimenteren met onder andere alcohol en drugs. Middelengebruik kan negatieve gevolgen hebben voor het welzijn, echter blijkt uit onderzoek dat jongeren met een LVB vooral praktische ongemakken ervaren bij het gebruik. Doordat jongeren met een LVB minder inzicht hebben in de samenhang tussen alcoholgebruik en hun gedrag zijn de gevolgen anders voor hen dan voor jongeren zonder LVB. Daarnaast kunnen de middelen ter zelfmedicatie gebruikt worden. Of het gebruik van middelen problematisch is hangt af van de beïnvloeding van het algemeen maatschappelijk functioneren. Om het gebruik te verminderen zijn verschillende interventies en hulpmiddelen ontwikkeld voor het middelengebruik bij een LVB.

Om een nieuw middelenbeleid uit te voeren moet het geïmplementeerd worden. Het gaat hierbij om het maken, leren en inpassen. Een gedegen analyse is nodig om een implementatiestrategie te kiezen.

2.3 Conclusie probleemanalyse

De hersenen van jongeren zijn in ontwikkeling, waardoor de drang naar experimenteren ontstaat. Dit maakt experimenteren een normaal en gezond onderdeel in de ontwikkeling van een adolescent. De jongeren woonachtig op de behandelgroepen van Pluryn, JPH, hebben te maken met deze ontwikkeling. Om deze ontwikkeling in goede banen te leiden is het van belang dat groepsopvoeders handvatten aangereikt krijgen. Het nieuwe middelenbeleid bevat handvatten die aangereikt worden aan groepsopvoeders door Pluryn. Het is belangrijk dat er draagvlak gecreëerd werd bij groepsopvoeders, zodat het middelenbeleid geïmplementeerd kon worden binnen de behandelgroepen van JPH. Een conclusie getrokken over de probleemanalyse was dat een implementatieplan ontwikkeld moest worden waarbij onderzocht werd wat passend was bij de groepsopvoeders van de buitenhuizen van JPH.

2.4 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van het onderzoek was om een bijdrage te leveren aan het implementeren van het nieuwe middelenbeleid van Pluryn bij groepsopvoeders, waardoor het middelenbeleid actief ingezet wordt binnen de behandeling. Door kennis en inzicht te geven aan de groepsopvoeders wordt op een doelgerichte en efficiënte manier gewerkt met het middelenbeleid binnen de behandelgroepen van JPH.

2.5 Hoofdvraag

Hoe kan het nieuwe middelenbeleid van Pluryn zodanig worden geïmplementeerd in de buitenhuizen van Jan Pieter Heije dat het op gepaste wijze deel uit gaat maken van de behandeling die groepsopvoeders bieden aan de jongeren die hier woonachtig zijn?

2.6 Deelvragen

1. Hoe wensen de groepsopvoeders de informatie van het nieuwe middelenbeleid tot zich te nemen?
2. Wat is voor jongeren belangrijk bij de aanpak van middelengebruik binnen hun behandeling?
3. Hoe past de huidige handelingswijze van de groepsopvoeders binnen de kaders van het nieuwe middelenbeleid?
4. Welke kennis, vaardigheden en randvoorwaarden zijn nodig om groepsopvoeders voldoende toe te rusten om het nieuwe middelenbeleid uit te voeren binnen de behandeling?

2.7 Begripsdefiniëring

Buitenhuis

Een buitenhuis is een intern begrip binnen Pluryn. Het zijn huizen die in woonwijken gevestigd zijn en niet gecentraliseerd zijn in een terreinvoorziening. Hier is bewust voor gekozen, omdat de doelgroep hier anders is. Daarnaast is het behandelen anders dan op een terreinvoorziening. Dit komt doordat minder middelen en maatregelen ingezet kunnen worden op een buitenhuis (K. Toebes, persoonlijke mededeling, 14 maart 2018).

Middelen

De middelen die meegenomen werden in dit onderzoek zijn gelijk aan de middelen die Pluryn in het middelenbeleid hanteert, namelijk drugs en alcohol (Pluryn Internetzo, z.d.). Onder drugs wordt zowel hard- als softdrugs verstaan.

Middelenbeleid

Binnen Pluryn wordt een visie gehanteerd met betrekking tot de omgang met het gebruik van middelen. Deze staat beschreven in het middelenbeleid (Pluryn Internetzo, z.d.). Er is een nieuw middelenbeleid ontwikkeld die wacht op goedkeuring van het management voor het geïmplementeerd kan worden. Het doel van dit middelenbeleid is groepsopvoeders richting te geven in hun handelen bij middelengebruik.

Groepsopvoeders

De begeleiders op de behandelgroepen van JPH zijn groepsopvoeders en werken samen met de cliënten aan hun behandelplan (Pluryn, 2016).

Jongeren

De cliënten van de zeven behandelgroepen van JPH zijn tussen de 12 en 22 jaar en hebben een LVB en gedragsproblematieken (Kuyper, 2015).

Implementeren

Implementeren zijn activiteiten die gericht zijn op het in praktijk brengen van een nieuwe interventie in een al bestaande structuur. Het succes van een implementatie beïnvloeden is mogelijk door inzicht te hebben in de beïnvloedende factoren en het proces (Daamen, 2015).

H3. Methode van onderzoek

3.1 Onderzoeksbenadering

Het onderzoek werd gedefinieerd als kwalitatief- en kwantitatief onderzoek en actieonderzoek. Het was een kwalitatief onderzoek, omdat onderzocht is wat de wensen en behoeften zijn van groepsofvoeders en jongeren door middel van interviews. Er is gekeken naar het perspectief van de ondervraagden (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Dit is onderzocht door zelf ontwikkelde instrumenten die opgesteld zijn naar aanleiding van de literatuur en die tijdens de dataverzameling verfijnd zijn. In de vorm van een vragenlijst was middels open vragen bevraagd (Bijlage II). Nadat de participanten de vragenlijsten ingevuld hadden, zijn interviews afgenomen. Voor de interviews zijn interviewguides gemaakt, te vinden in Bijlage III en Bijlage IV. Deze interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd (Bijlage IV).

Kwantitatief onderzoek is uitgevoerd in de vorm van een vragenlijst (Bijlage II), door te vragen naar hoe vaak een situatie voorkwam en dit te analyseren (Bijlage V).

Het doel van het onderzoek was om de praktijk te verbeteren door middel van aanbevelingen of een implementatieplan. Dit maakte het een actieonderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2014). De organisatie was gebaat bij verbetering van de kwaliteit van de zorg en er was vraag naar een implementatieplan voor het nieuwe middelenbeleid.

Om inzicht te krijgen in de praktijk heeft een beschrijvend onderzoek plaatsgevonden (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Door middel van de vragenlijst is het huidige handelen rondom middelengebruik, de mening en behoeften van de groepsofvoeders beschreven. Dit is verder uitgediept middels interviews, waaruit beschrijvingen van de ervaringen van de jongeren en groepsofvoeders over het huidige handelen zijn geanalyseerd. Beide meetinstrumenten zijn ontworpen aan de hand van literatuur. De verkregen resultaten zijn gebruikt om aanbevelingen en een implementatieplan te schrijven voor het invoeren van het nieuwe middelenbeleid.

3.2 Participanten

Voor het onderzoek zijn alle groepsofvoeders en enkele jongeren van zeven behandelgroepen van JPH benaderd. Dit was de doelgroep voor het onderzoek naar de implementatie van het nieuwe middelenbeleid. Het was van belang om de meningen en ervaringen van deze participanten te onderzoeken. Gekozen is om zeven behandelgroepen te benaderen, vanwege de vergelijkbaarheid van de behandelgroepen. Zowel de problematiek van de jongeren als de leeftijden, 12 tot en met 22 jaar, waren vergelijkbaar met elkaar. Tevens waren de kaders van het handelen van de groepsofvoeders op de verschillende groepen vergelijkbaar. Uit eerder onderzoek en observaties was gebleken dat er sprake was van middelengebruik op de

behandelgroepen. Door de doelgroep vooraf te beperken in overleg met de opdrachtgevers is zorgvuldig gewerkt.

Voor de vragenlijst zijn alle groepsopvoeders van de zeven behandelgroepen benaderd om een grote groep te bereiken en veel respons te krijgen in relatief weinig tijd (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Om de groepsopvoeders zo min mogelijk te belasten is overlegd of de vragenlijsten afgenomen konden worden in een vergadering. Hierbij is rekening gehouden met de belangen van de groepsopvoeders. Als dit niet mogelijk was, werd de optie voorgelegd om de vragenlijst zelf door een groepsleider te laten verspreiden en retour te zenden. Bij drie behandelgroepen was het mogelijk om in de vergadering aan te sluiten waardoor twintig vragenlijsten verkregen werden. Vier behandelgroepen zijn zowel telefonisch als via de e-mail benaderd om deel te nemen aan het onderzoek waaruit veertien vragenlijsten verkregen werden. Uiteindelijk zijn de resultaten van zes behandelgroepen verwerkt waar zeventig jongeren woonachtig waren, waarvan 46 jongens en 24 meisjes. 34 groepsopvoeders hebben geparticipeerd in het invullen van de vragenlijsten. Van de participanten waren negen participanten begeleider, 23 persoonlijk begeleider en twee stagiaire. Vanuit één behandelgroep was niet voldoende respons verkregen om deze op een betrouwbare manier in het onderzoek te verwerken. In overleg met de opdrachtgevers is besloten deze behandelgroep uit het onderzoek te halen.

Voor de interviews zijn van vier behandelgroepen één groepsopvoeder en één jongere benaderd. De steekproef was beperkt om overvraging van de behandelgroepen te voorkomen. Op deze manier is een representatief beeld verkregen van de onderzoeksgroep. De groepsopvoeders zijn geselecteerd op bereidheid van participatie in het onderzoek. In overleg met groepsopvoeders is gekeken welke jongeren in aanmerking kwamen voor het interview. Hierbij is gekeken naar de mate waarin het voor de jongeren haalbaar was om mee te doen aan het onderzoek. Aan de jongeren is gevraagd of zij mee wilden doen met het onderzoek waarbij de deelname vrijwillig was. Het was in het belang van de jongeren om hun mening te onderzoeken over de begeleidingsstijl van groepsopvoeders, zodat de jongeren de ondersteuning krijgen die zij wensen te krijgen.

3.3 Procedure van onderzoek

Ter voorbereiding van het onderzoek zijn een tijdpad en taakverdeling gemaakt door de onderzoekers om overzichtelijk en gestructureerd te werk te gaan. Tevens is voor het verzamelen van de data een geheimhoudingsverklaring door de onderzoekers ondertekend. Hierbij wordt verklaard dat zij anoniem en zorgvuldig met de onderzoeksgegevens omgaan (Bijlage VI).

Voor de start van het praktijkonderzoek heeft de opdrachtgever een e-mail rondgestuurd binnen de teams om hen op de hoogte te stellen van het afstudeeronderzoek. In de e-mail werd toestemming gevraagd voor participatie en geïnformeerd naar de vergadermomenten in de maand april. Aan de hand van de respons hebben de onderzoekers contact opgenomen met de behandelgroepen om een introductie te geven van de vragenlijst en een concrete afspraak te maken voor het aansluiten bij de vergadering om de vragenlijst af te nemen. Dit is ter zorgvuldigheid zowel telefonisch als via de e-mail gedaan, waarbij groepsopvoeders op de behandelgroepen benaderd werden. In de tussentijd hebben de onderzoekers de vragenlijst opgesteld en laten goedkeuren door de opdrachtgevers.

De introductie en de afname van de vragenlijst kostten ongeveer vijftien tot twintig minuten van de vergadering. De tijd was gereserveerd, zodat de groepsopvoeders daadwerkelijk de tijd hadden om de vragenlijst in te vullen. Enkele groepen hebben de vragenlijsten online opgestuurd doordat er geen mogelijkheid was om aan te sluiten bij de vergadering. Na afname van de vragenlijst zijn de uitkomsten uitgewerkt, geanonimiseerd en geanalyseerd.

De vragenlijsten zijn zowel per behandelgroep als in totaliteit uitgewerkt (Bijlage V). Op deze manier zijn de resultaten bruikbaar voor zowel dit onderzoek als vervolgonderzoek. Aan de hand van de analyse van de vragenlijsten zijn de vragen voor de interviews opgesteld. Na goedkeuring van de opdrachtgevers zijn de interviews op locatie van de behandelgroep afgenomen bij de groepsopvoeders en jongeren. Om een keuze te maken welke jongeren bij het onderzoek pasten, is overlegd met de groepsopvoeders van de behandelgroep. In overleg met de persoonlijk begeleider van de jongere is bekeken of ouderlijke toestemming gevraagd moest worden voor het onderzoek, aangezien het een ethische kwestie is en zij kennis hebben van het netwerk van de jongere (Dedding, Jurrius, Moonen & Rutjes, 2013). Dit was niet van belang, omdat drie jongeren volwassen zijn en de andere jongere geen contact heeft met zijn biologische ouders. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig en de jongeren hadden het recht om toe te stemmen, te weigeren of op ieder moment de participatie stop te zetten. De interviews zijn opgenomen, zodat deze getranscribeerd konden worden. Voor de geluidsopname is van tevoren een toestemmingsformulier ingevuld en ondertekend door de geïnterviewde, zowel de groepsopvoeders als de jongeren. Tijdens de interviews met de jongeren is gelet op het taalgebruik en het niveau van de jongeren. Dit is gerealiseerd door de non-verbale taal te observeren en te toetsen bij de jongeren. De afgenomen interviews zijn vervolgens getranscribeerd en gecodeerd. Met de informatie uit de vragenlijsten en interviews zijn de deelvragen en hoofdvraag beantwoord. Aan de hand hiervan hebben de onderzoekers een implementatieplan en aanbevelingen voor de opdrachtgevers geschreven.

3.4 Meetinstrumenten

In het onderzoek is data verzameld door middel van bevraging. De bevraging heeft plaatsgevonden door middel van een eenmalige vragenlijst, gevolgd door een eenmalig interview.

Gekozen is voor een eenmalige vragenlijst om op een gestructureerde manier (de visie op) het handelen van de groepsleiding te onderzoeken en beschrijven. Hierbij was een eenmalige bevraging voldoende. De vragen bestonden uit open- en meerkeuzevragen met een optie "Anders" om de participanten de mogelijkheid te bieden om hier zelf op in te gaan. Als inleiding op de vragenlijst was eerst het doel van de vragenlijst beschreven en daarna hoe de data verwerkt zou worden. Op deze manier is inzicht gecreëerd in het onderzoek en integer gewerkt. Verder begonnen de vragen algemeen, waarna ze gespecificeerd waren (Bijlage II). Met lichtere vragen en een dankwoord is afgesloten. De vragenlijst gaf antwoord op deelvraag 1, 3 en 4. Ze zijn opgesteld met betrekking tot het nieuwe middelenbeleid, het handelen bij middelengebruik, de visie op de grens van algemeen maatschappelijk functioneren en de behoeften van de groepsopvoeders met betrekking op het handelen bij middelengebruik. Het doel van de vragenlijst was om de groepsopvoeders aan het denken te zetten over het onderwerp en informatie te verschaffen. De vragenlijst kon ingezet worden om van een grote groep participanten informatie in te winnen in relatief weinig tijd (Van der Donk & Van Lanen, 2014).

Om dieper op de uitkomsten van de vragenlijst in te gaan is besloten om eenmalige interviews af te nemen bij groepsopvoeders en jongeren. De interviews waren semigestructureerd, omdat de richtlijn was vastgesteld door middel van een interviewgide naar aanleiding van de analyse van de vragenlijst (Bijlage III en Bijlage IV). Een interviewgide is gemaakt, waarbij geopend werd met een introductie en algemene vragen, waarna ze gestructureerd werden per interviewonderwerp. Een onderwerp van het interview was "vragen aan de hand van de vragenlijst". Aan de hand van dit onderwerp is per behandelgroep een aparte interviewgide gemaakt om verdiepend door te vragen op de uitkomsten van de vragenlijst. Het interview werd afgesloten met een dankwoord. De interviewgide was voor de groepsopvoeders anders dan voor de jongeren. Ondanks de richtlijn was er ruimte gebleven voor eigen inbreng tijdens de interviews en kon doorgevraagd worden op onderwerpen. Het was belangrijk om stil te staan bij het gebruik van begrippen, zeker bij de jongeren met een LVB. Tijdens het houden van de interviews met de jongeren is rekening gehouden met eenvoudig taalgebruik. Het doel van het bevragen van de jongeren was om succesfactoren in kaart te brengen en inzicht te krijgen wat de jongeren van de handelingswijze van de groepsopvoeders vonden. Er is in kaart gebracht wat de wensen en behoeften van de jongeren waren. Van de interviews zijn audio opnames gemaakt,

die later getranscribeerd en gecodeerd zijn. De uitkomsten zijn geanalyseerd en gebruikt voor het schrijven van de resultaten.

3.5 Analyse

Allereerst zijn alle vragenlijsten samengevoegd, zodat er een algeheel beeld van de buitengroepen verkregen werd. Hierbij is geen onderscheid gemaakt in leeftijd, geslacht of behandelgroep. Er is anoniem geanalyseerd en de vragen van de vragenlijst zijn onderverdeeld ten behoeve van het beantwoorden van de deelvragen. Aangezien in het eerste deel van de vragenlijst voor-gestructureerde antwoorden gegeven zijn, kon eenvoudig geanalyseerd worden door te onderzoeken hoe vaak bepaalde antwoorden gegeven zijn (Van der Donk en Van Lanen, 2014). Het tweede deel van de vragenlijst bevatte open vragen. De antwoorden hierop zijn uitgeschreven in Bijlage V en daarna met elkaar vergeleken. Aan de hand van bovenstaande analyses is per vraag bekeken waar verduidelijking en diepgang nodig was. Op basis daarvan is een interviewgide opgesteld, dat richting gaf aan het interview (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Om een logische volgorde aan te brengen in het interview waren de vragen gestructureerd op vragen die bij elkaar horen en per onderwerp neergezet. De interviews zijn opgenomen, anoniem getranscribeerd en vervolgens gecodeerd in categorieën. Dit maakte dat de resultaten die uit het interview naar voren kwamen onderling vergeleken konden worden. Conclusies zijn getrokken uit de antwoorden en de deelvragen zijn beantwoord. Dit is gedaan door hoofd- en bijzaken van elkaar te scheiden en daarbij te kijken hoe de informatie de onderzoeksvragen beantwoordde. Vanuit de deelvragen is de hoofdvraag beantwoord. Alle resultaten zijn geanonimiseerd uit respect voor de privacy van de participanten.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

In het onderzoek is rekening gehouden met de betrouwbaarheid en validiteit, om te streven naar een bruikbaar onderzoek.

Met de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt bedoeld dat onderzoekers streven naar herhaalbaarheid van het onderzoek wanneer het onderzoek uitgevoerd wordt door een andere onderzoeker (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Dit is gedaan door het maken van een vragenlijst en een interviewgide, waardoor vastgehouden werd aan de gestelde kaders (Bijlage II, Bijlage III en Bijlage IV). Onderzoek is gedaan op vergelijkbare behandelgroepen. Om voor brontriangulatie te zorgen is data verzameld met behulp van verschillende bronnen (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Zo is bij het zoeken van vakliteratuur gelet op verschil in brongebruik, zoals wetenschappelijke artikelen, tijdschriften, rapporten, websites, handleidingen, boeken,

persoonlijke mededelingen en flyers. Dit zorgt voor brontriangulatie. Wat daarnaast op praktisch vlak zorgde voor brontriangulatie is dat de verzamelde data afkomstig was van verschillende typen respondenten: Groepsopvoeders en jongeren. Voor methodische triangulatie is gezorgd door verschillende methoden te hanteren bij het verzamelen van data (Van der Donk & van Lanen, 2014). Door eerst een anonieme vragenlijst in te laten vullen door de groepsopvoeders en daarna een interview te houden, is doorgevraagd op wat groepsopvoeders daadwerkelijk vonden en wat onduidelijk bleek uit de ingevulde vragenlijsten. Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen is gekozen om de vragenlijst anoniem in te laten vullen (Delfos, 2011). Onderzoekerstriangulatie is bewerkstelligd door samenwerking van twee onderzoekers (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Zo zijn interviews door beiden geanalyseerd, wat zorgt voor een betere betrouwbaarheid van het onderzoek. De interviews zijn afwisselend afgenomen door de twee onderzoekers, wat opnieuw zorgde voor onderzoekerstriangulatie. Voor het doen van betrouwbaar onderzoek is het belangrijk om belanghebbende partijen uit de praktijk te betrekken bij het onderzoek (Van der Donk & van Lanen, 2014). Zo is enerzijds betrokkenheid en draagvlak gecreëerd en anderzijds zijn meerdere perspectieven in het onderzoek meegenomen (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Bij de behandelgroepen is draagvlak gecreëerd door langs te gaan bij vergaderingen en het onderwerp uit te leggen. Bij de groepsopvoeders is dit toegepast door regelmatig via de e-mail en tijdens afspraken te bespreken waar het onderzoek op dat moment stond, welke keuzes gemaakt waren en welke resultaten behaald waren. Vanuit deze handelingswijze is integer gehandeld door de onderzoekers.

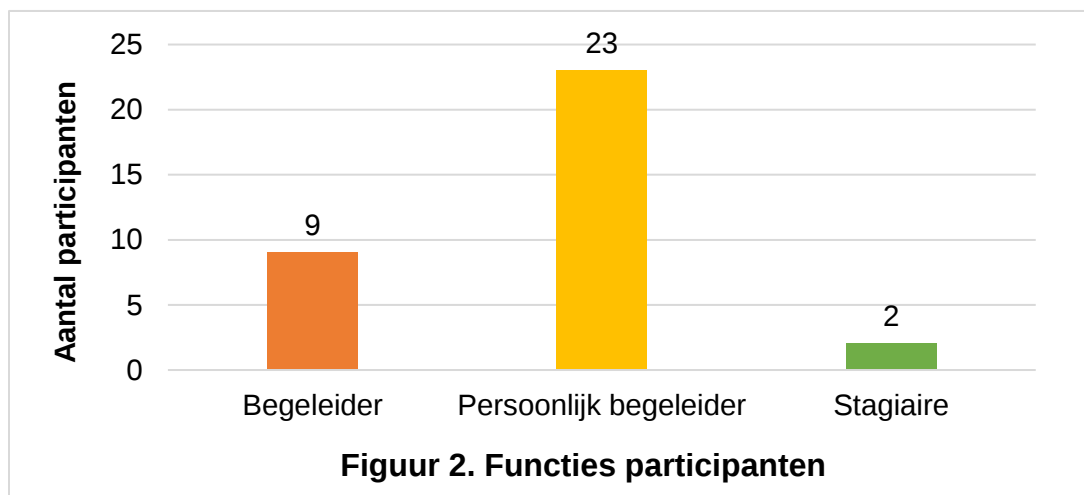
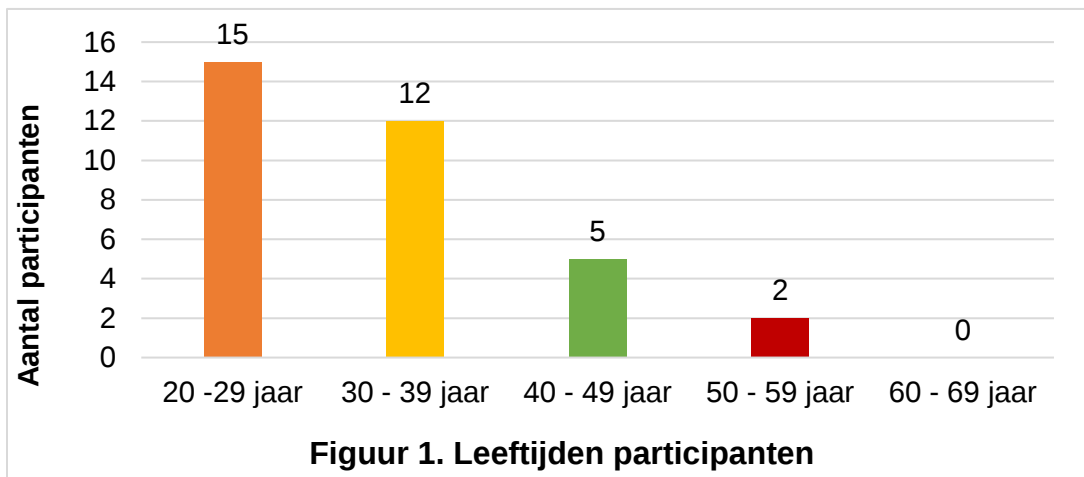
Validiteit is onderzoeken wat gewenst wordt te onderzoeken, waarbij de resultaten zo min mogelijk systematische verstoringen hebben (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Tijdens het onderzoek zijn groepsopvoeders betrokken, wat zorgde voor draagvlak en betrokkenheid. Daarnaast is gezorgd voor transparantie, door inzichtelijk te maken welke keuzes gemaakt waren tijdens het onderzoeksproces. De data die verzameld is tijdens het onderzoek is zorgvuldig bewaard. De producten van het onderzoek konden ingezien worden door de opdrachtgevers. Daarbij heeft er regelmatig uitwisseling plaatsgevonden over de stand van zaken binnen het onderzoek met de opdrachtgevers. Om zicht te krijgen op de context van het praktijkprobleem was een goed beeld geschetst van de organisatie. De interviews zijn vooraf geïntroduceerd, opgenomen en later anoniem getranscribeerd en gecodeerd.

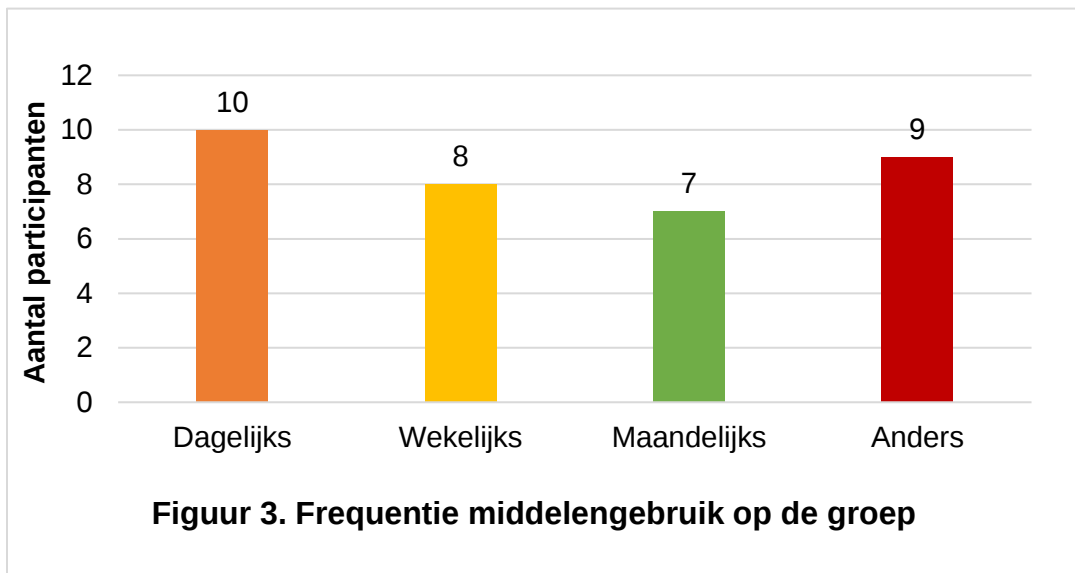
H4. Resultaten

Om inzicht te krijgen in de deelvragen zijn groepsopvoeders bevraagd door middel van een vragenlijst en door een interview per behandelgroep. In dit hoofdstuk zijn de resultaten van zes behandelgroepen verwerkt vanuit 34 ingevulde vragenlijsten en vier interview van groepsopvoeders en vier interviews van jongeren.

Bij enkele vragen hebben groepsopvoeders meerdere antwoorden gegeven waardoor in de resultaten het aantal antwoorden hoger is dan de participanten.

De vragenlijst is gestart met een aantal algemene vragen, zoals de leeftijd van de groepsopvoeders (Figuur 1), de functie van groepsopvoeders (Figuur 2) en hoe vaak jongeren op de behandelgroep middelen gebruiken (Figuur 3). Een overzicht volgt hieronder.



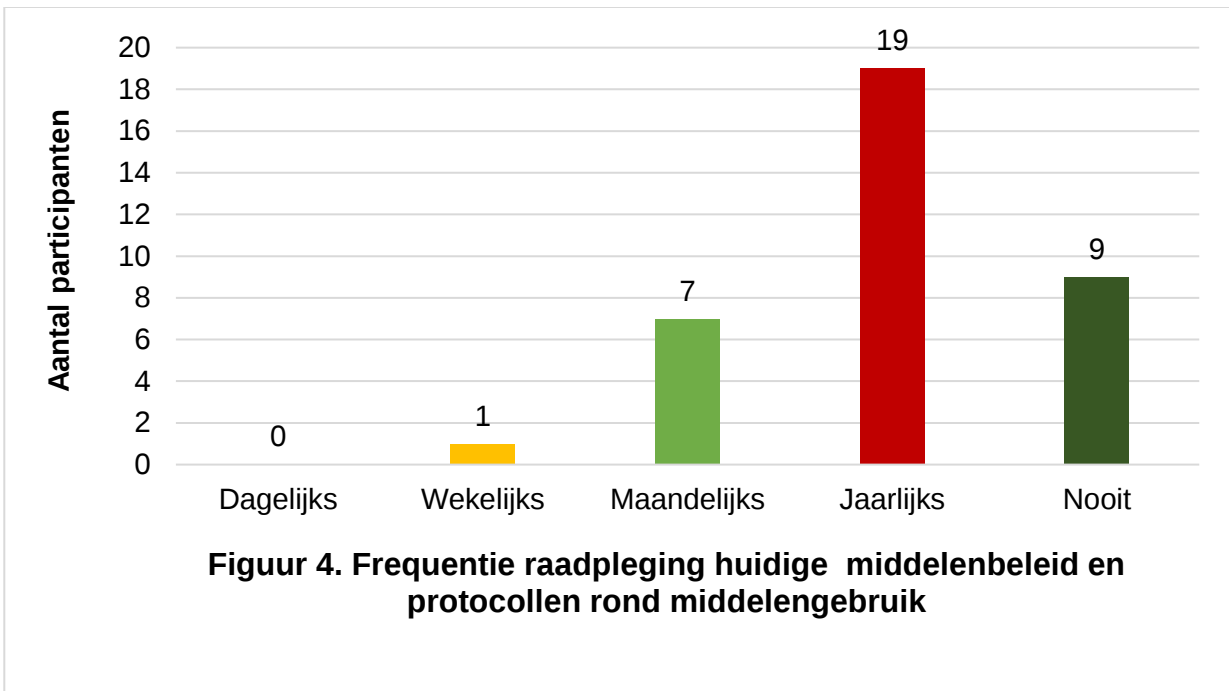


In Figuur 3 is duidelijk te zien dat het middelengebruik per behandelgroep verschillend was. Bij de behandelgroep waar nauwelijks sprake was van middelengebruik is aangegeven dat dit afhankelijk is van de jongeren die er wonen. Aangegeven werd dat de leeftijd van de jongeren op de behandelgroep op dat moment lager lag. Onder jongeren werden zowel alcohol, softdrugs als harddrugs gebruikt.

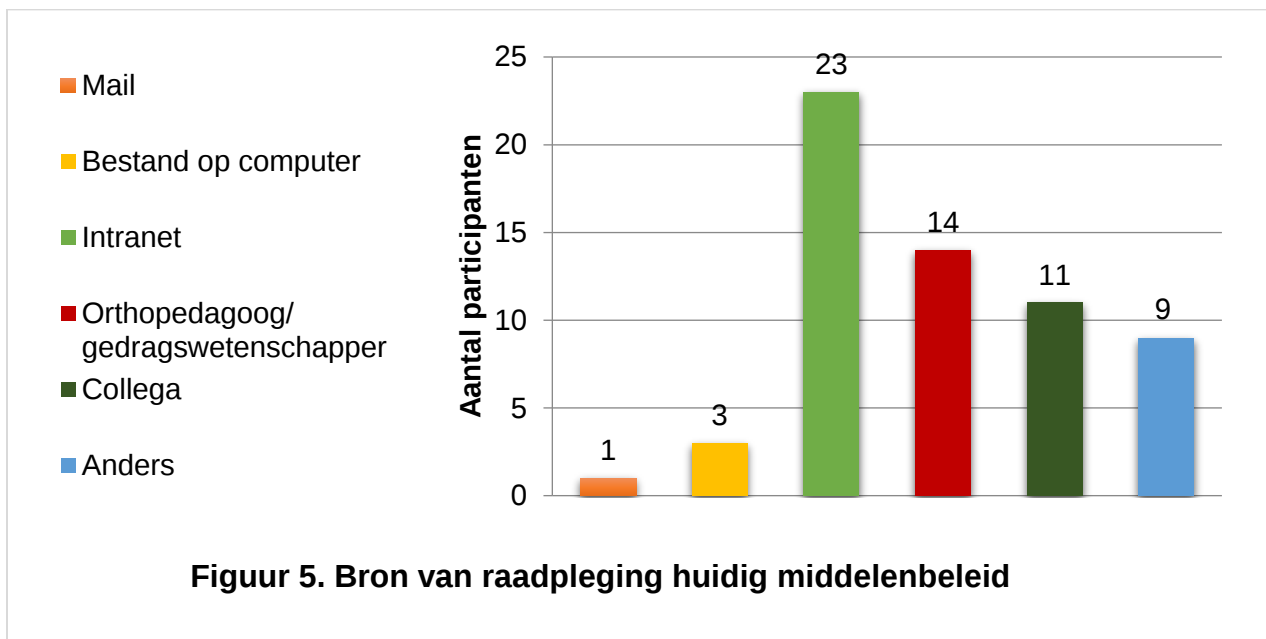
4.1 Deelvraag 1

Hoe wensen de groepsopvoeders de informatie van het nieuwe middelenbeleid tot zich te nemen?

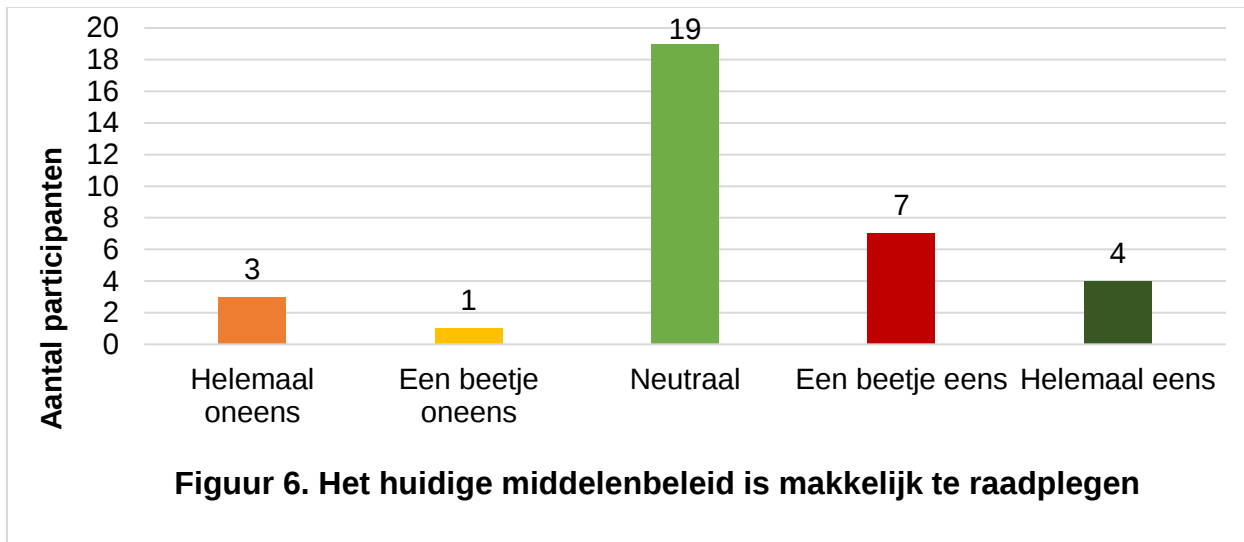
Uit de vragenlijst bleek dat 23 participanten bekend waren met het huidige middelenbeleid, vijf participanten waren niet bekend, twee participanten waren niet bekend met de inhoud, maar wel met het bestaan van het middelenbeleid en drie participanten waren deels bekend. Eén participant gaf hierbij aan dat elke behandelgroep het middelenbeleid anders hanteert.



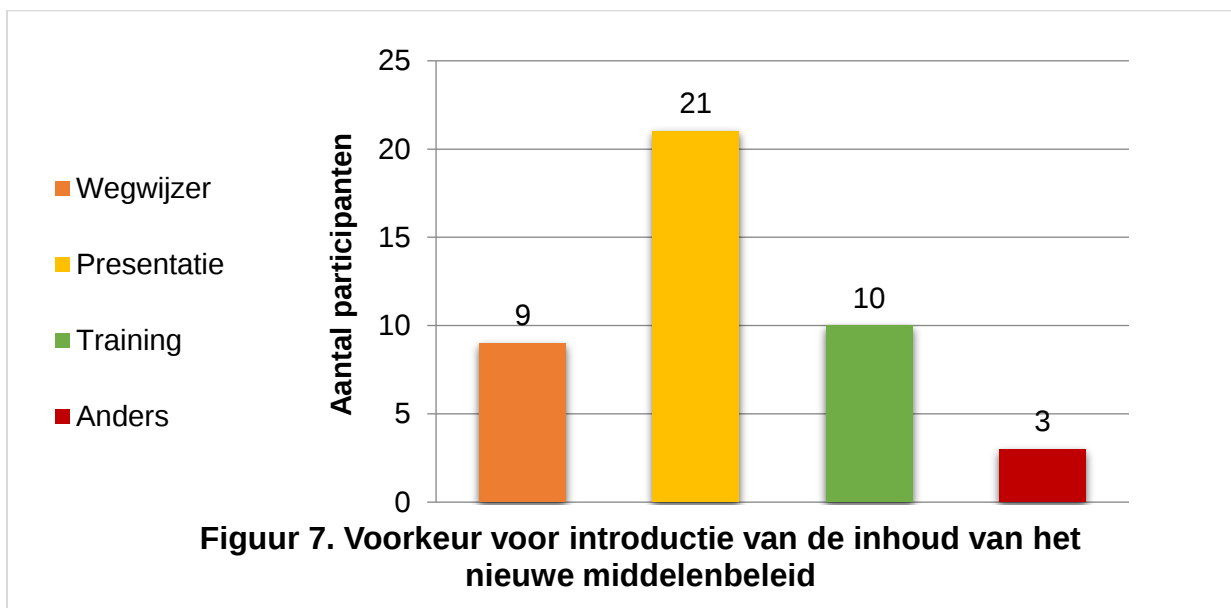
Het middelenbeleid en de protocollen rondom middelengebruik werden grotendeels jaarlijks geraadpleegd door groepsopvoeders (Figuur 4). Negen participanten raadpleegden dit document nooit, waarvan één participant aangaf dat het op de to-do list stond.



De meest gebruikte manier waarop het middelenbeleid werd geraadpleegd was via intranet (Figuur 5). Verder gaven negen participanten aan het op een andere manier te raadplegen, namelijk via een map op kantoor, via de e-mail, tijdens een training en één participant gaf aan het nooit te raadplegen.



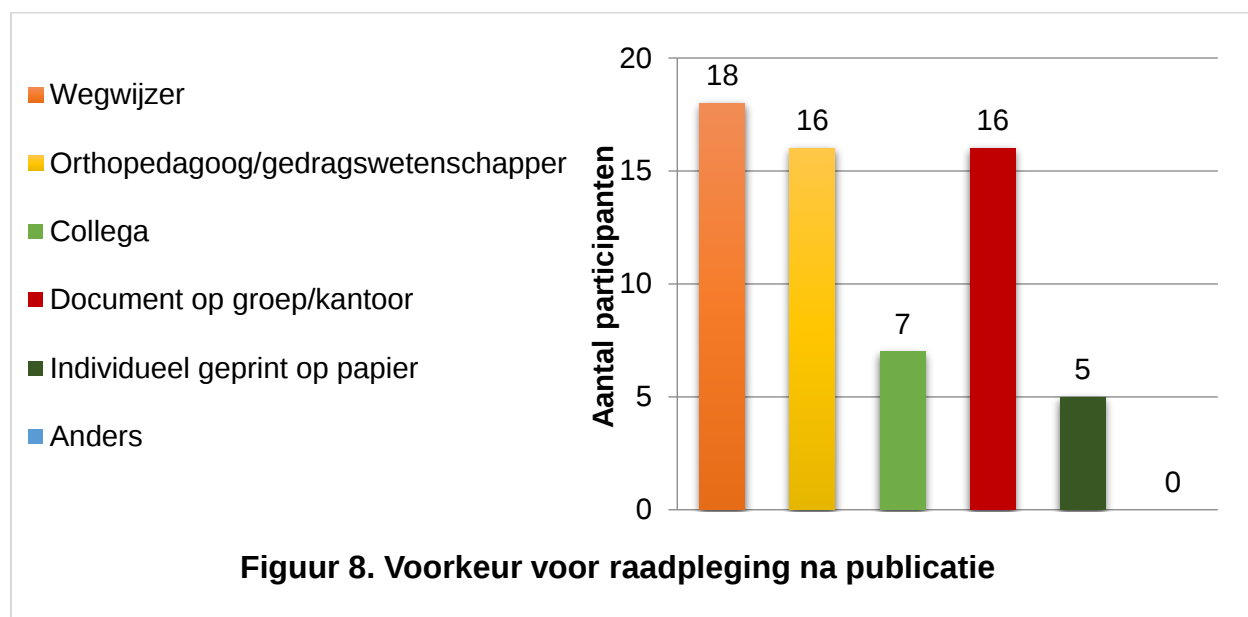
Wanneer gekeken wordt naar de stelling in Figuur 6, kan gesteld worden dat participanten veelal neutraal waren. Als idee werd geopperd om het middelenbeleid in een map op kantoor te leggen, zodat het makkelijker te raadplegen is.



In Figuur 7 is terug te vinden dat de voorkeur van participanten voor introductie van de inhoud van het nieuwe middelenbeleid uitgaat naar een presentatie, een training of via de Wegwijzer (online platform voor kwaliteitsdocumenten van Pluryn).

“Ik zie wel graag een mens die dat doet in plaats van een mailtje of een notitie . . . Zolang het maar gebracht wordt door iemand en dat er een wisselwerking is. Dat er vragen kunnen worden gesteld en dat soort dingen.” (R4)

Mogelijk zal dan een discussie ontstaan, maar dat is een mooi iets (R1). “Het is mooi als je je licht erover kunt laten schijnen.” Verder gaf een groepsopvoeder (R3) aan dat het “ook wel handig is om altijd een inblikexemplaar te hebben op de groep, stel dat er iets gebeurt dat je denkt ‘ohja dat heb ik daar gelezen’, dat je het weer even kunt opfrissen.” Enkel het lezen via e-mail of post werkte niet, omdat de groepsopvoeders veel e-mails binnen krijgen. Het middelenbeleid zal volgens de groepsopvoeders (R3) tastbaar geïmplementeerd moeten worden door middel van een presentatie of training.



De voorkeur van participanten voor raadpleging van het nieuwe middelenbeleid na publicatie gaat uit naar de Wegwijzer en een document op de behandelgroep of op kantoor (Figuur 8).

Vanuit de interviews bij de groepsopvoeders is aangegeven dat er behoefte was aan een duidelijk middelenbeleid met protocollen, begrenzing en handvatten (R1, R2 en R3). Dit bleek

een onderwerp waar de behandelgroepen regelmatig aandacht aan besteden en waarvan zij soms het gevoel hadden “geen poot te hebben om op te staan” (R3).

Draagvlak

Door het onderzoek zijn groepsopvoeders gaan nadenken over het middelenbeleid: “Ohja, daar moeten we ook iets mee” (R3). Een groepsopvoeder (R2) vond het voornamelijk belangrijk dat er aandacht kwam voor het gebruik en dat het niet enkel ontkend werd. Er moest open en eerlijk gehandeld kunnen worden, want “het is een groot probleem”. Op de ene behandelgroep was “het probleem” actueler dan op andere behandelgroepen. Alle geïnterviewde groepsopvoeders (R1, R2, R3 en R4) schatten in dat er draagvlak zou zijn voor een duidelijk middelenbeleid. Drie behandelgroepen (R1, R2 en R3) hadden al langer behoefte aan meer kennis en begrenzing. Tevens was het bij het creëren van draagvlak belangrijk om keuzes in het middelenbeleid te verduidelijken en groepsopvoeders erbij te betrekken: “dat voorkomt dat daar veel mensen over in de weerstand schieten” (R4).

4.2 Deelvraag 2

Wat is voor jongeren belangrijk bij de aanpak van middelengebruik binnen hun behandeling?

Regels

De jongeren (R5, R6 en R8) gaven allemaal aan dat wanneer zij onder invloed waren, zij naar hun kamer gestuurd werden. Dit werd gedaan wanneer de groepsopvoeders zeker wisten dat iemand middelen had gebruikt. Dit was op de meeste behandelgroepen de regel. Een jongere (R7) gaf aan dat afhankelijk van het gedrag bepaald werd of de jongere naar zijn kamer gestuurd werd. Op alle behandelgroepen werd de volgende dag of wanneer een jongere nuchter was een gesprek met de betreffende jongere gevoerd over het middelengebruik en het onder invloed terugkomen op de behandelgroep. Een van de jongeren (R7) gaf aan dat de groepsopvoeders een schorsingsmaatregel hanteerden, waarbij de jongere bij een aantal keer gebruiken geschorst werd van de behandelgroep. De jongere vermoedde dat dit niet werkte met drugsgebruik: “Dan gaan ze ergens anders lopen spacen”(R7). Daarna benoemde hij: “Je gaat iemand juist naar het punt brengen van: ahh GVD, nou ben ik ook nog daar weggetrapt”(R7).

Handelen groepsopvoeders

Een van de jongeren (R5) gaf aan dat hij vond dat jongeren beneden konden blijven zitten als zij normaal kunnen functioneren. Zodra groepsopvoeders verandering in gedrag opmerkten, mochten zij alsnog de jongere naar de kamer sturen. Een ander interview (R7) wees uit dat op de buitenhuizen “schijnheilig” gedaan werd, alsof middelengebruik daar niet bestond.

“Want ja, het gebeurt toch wel.” (R7)

Andere jongeren gaven aan dat zij de manier van handelen van de groepsopvoeders goed vonden. Een van de jongeren (R6) zei dat wanneer jongeren niet naar hun kamer gestuurd werden wanneer zij onder invloed waren, anderen in gevaar konden komen. Hij gaf aan dat hij uit eigen ervaring wist hoe hij zich voelde na het gebruik van middelen en dat hij dan weinig kon hebben. Een andere jongere (R7) zei dat hij het fijn vond dat de groepsopvoeders hen “lekker een beetje hun gang laten gaan”, zolang zij niet elke dag onder invloed op de behandelgroep waren. Hij gaf aan dat de groepsopvoeders niet moeilijk konden doen, aangezien bijna alle jongeren op de behandelgroep boven de achttien waren en middelen mochten gebruiken. Begeleiding was volgens hem hierbij een belangrijk punt. Een jongere (R8) zei dat het belangrijk was dat niemand er last van had. Als iemand last had moest er ingegrepen worden in de vorm van een gesprek of naar de kamer sturen.

Gesprekken

Op elke behandelgroep werd na het gebruiken van middelen gepraat over het gebruik door de groepsopvoeders met de jongeren. Op enkele groepen werd dagelijks gepraat over drugs en alcohol. Een jongere (R5) gaf aan dat de groepsopvoeders dan aangaven dat blowen en alcohol niet goed is en dat daarvan problemen kunnen komen. Hij zei dat de gesprekken bij hem niet binnenkwamen. De jongere zei dat het zou helpen als de groepsopvoeders hun visie over middelengebruik vertelden en daarna luisterden naar hoe hij het ziet. Hij gaf aan dat groepsopvoeders daarop aan mochten vullen.

Een andere jongere (R6) zei dat hij gesprekken voerde met zijn persoonlijk begeleider, waarbij de begeleider aan hem vroeg hoe het met hem ging en of hij nog gebruikte. Hij gaf aan dat als de groepsopvoeders wisten over het middelengebruik, zij er dan naar vroegen. De jongere gaf aan dat hij de gesprekken in het begin “klote” vond, maar dat hij door de gesprekken na ging denken.

“Als er niemand over begint, dan denk je ook van het zal allemaal wel.” (R6)

Een jongere (R7) gaf aan dat hij het fijn vindt als de groepsopvoeders open en eerlijk met hem praten over het onderwerp. Gesprekken werden in groepsverband gevoerd in de woonkamer, een-op-een op het kantoor van de groepsopvoeders of in de kamer van de jongere. Bij de individuele gesprekken was het belangrijk om rekening te houden met de privacy

(R6). Jongeren (R5 en R8) gaven aan dat het belangrijk was dat groepsopvoeders meer vroegen naar de redenen achter het gebruik.

"Sommige jongeren die blowen die zoeken dan een uitweg, omdat ze het dan niet op een andere manier kunnen vinden." (R5)

Preventie op behandelgroep

Door de groepsopvoeders werd gesproken over middelengebruik wanneer de jongeren bij elkaar zaten. De jongeren gaven aan dat er geen uur vrijgemaakt werd voor voorlichting over middelengebruik (R7 en R8). Een jongere (R7) gaf aan dat het voor hem belangrijk was dat iedereen op de behandelgroep er open en eerlijk over was en er met elkaar over in gesprek ging, zowel de negatieve als de positieve kanten. Het gesprek over middelengebruik werd ingezet door de groepsopvoeders wanneer het thema langs kwam tijdens het televisie kijken. Groepsopvoeders probeerden een gesprek hierover op gang te helpen.

Wat willen jongeren leren

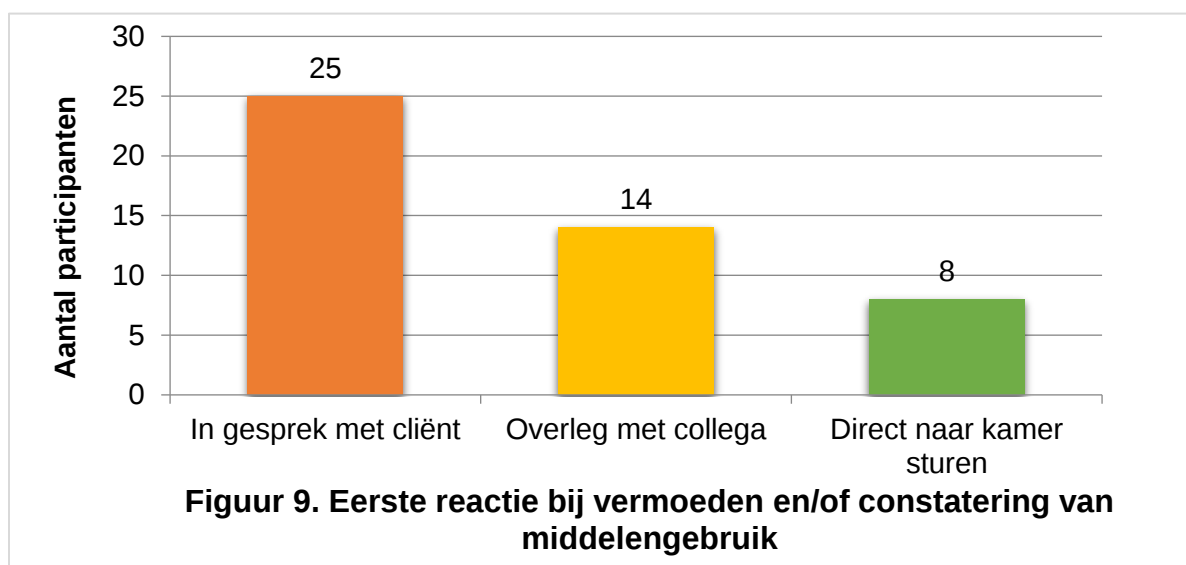
De jongeren gaven verschillende onderwerpen aan waarover zij wilden leren op de behandelgroep over alcohol en drugs: de consequenties (R5 en R6), wat te doen als het mis gaat (R7) en verantwoord gebruik (R7). Een jongere (R6) gaf aan dat hij filmpjes gekeken had over middelen, om zo erachter te komen wat de gevolgen van gebruik zijn. Hij gaf aan dat de filmpjes bij hem gezorgd hadden dat hij over zijn eigen gebruik na is gaan denken. Een jongere (R7) gaf aan dat het handig zou zijn om een ervaringsdeskundige uit te nodigen op de behandelgroep.

Behandeling en ondersteuning

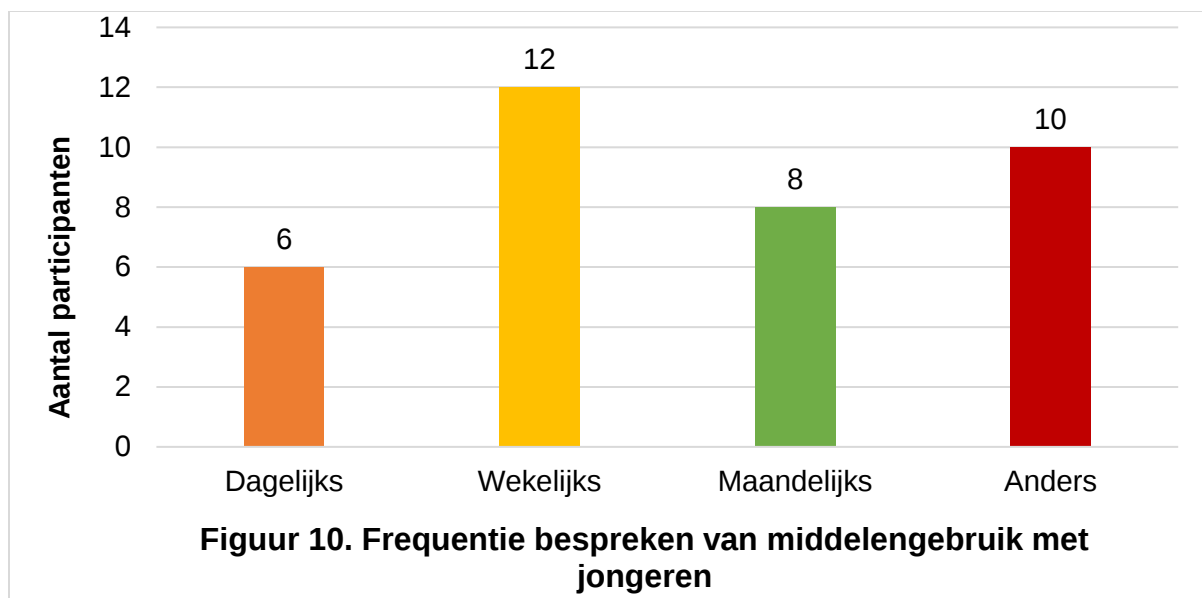
Een jongere (R5) gaf aan dat wanneer groepsopvoeders zagen dat iemand te vaak drugs of alcohol gebruikte zij in gesprek moesten gaan met diegene en de redenen achter het gebruik moesten bevragen. Meerdere jongeren gaven aan dat groepsopvoeders te weinig vroegen naar de redenen achter het gebruik, terwijl dit volgens hen juist belangrijk was. Een van de jongeren (R8) gaf aan: "Het is toch anders als iemand het voor zijn lol doet of dat hij bijvoorbeeld verdrietig is ofzo . . . Dat is echt wel erger denk ik, dan als je dat voor de lol doet."

4.3 Deelvraag 3

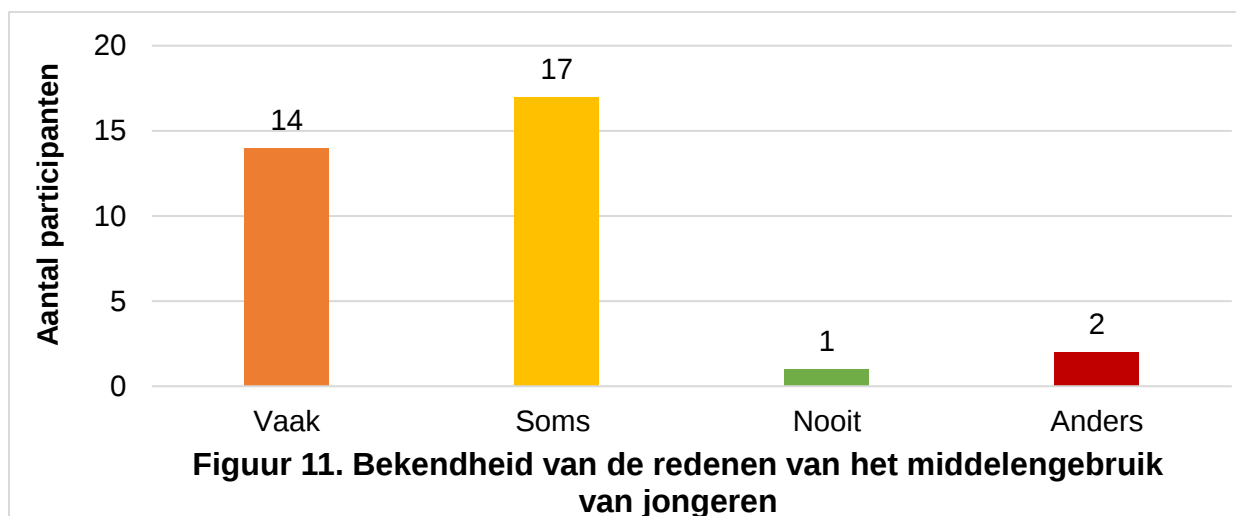
Hoe past de huidige handelingswijze van de groepsopvoeders binnen de kaders van het nieuwe middelenbeleid?



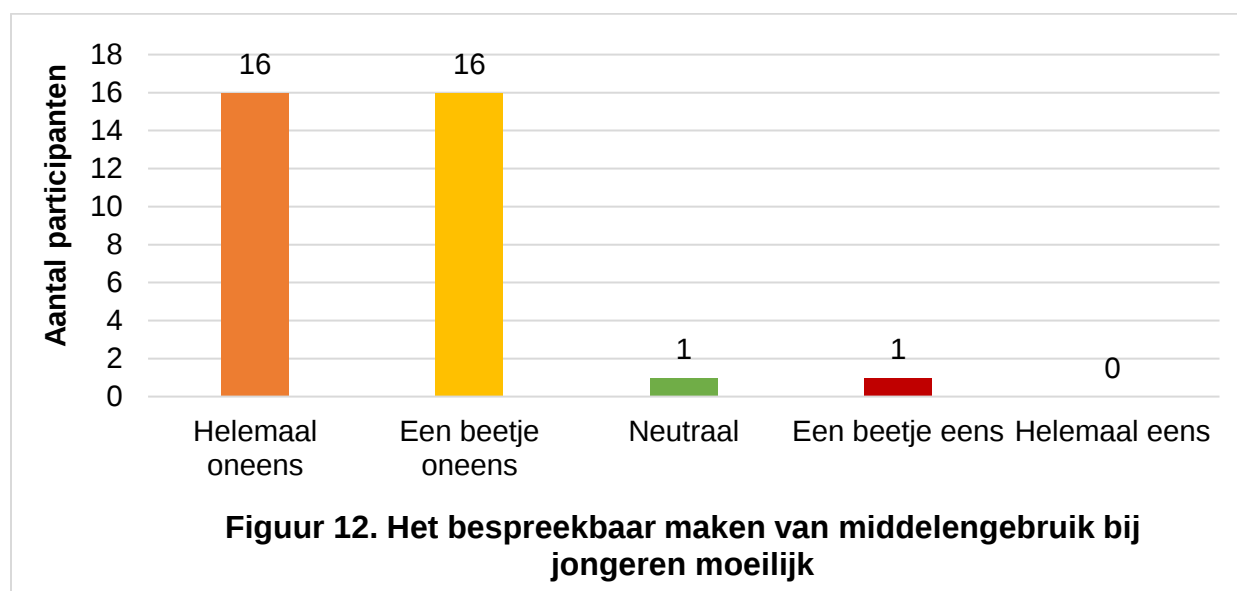
Uit het onderzoek bleek dat in een eerste reactie bij vermoeden en/of constatering van middelengebruik participanten in gesprek gingen met de jongere en dat participanten overlegden met een collega (Figuur 9). Hierbij werd in reactie op het middelengebruik door elf participanten een kamercontrole uitgevoerd en vijf participanten voerden een zakkencontrole uit bij de jongere. De overige 23 participanten stuurden de jongere naar zijn kamer, regelden dat een gesprek gevoerd werd met hun persoonlijk begeleider of overlegden met de orthopedagoog. Verschillende aanpakken werden ingezet als reactie op het middelengebruik, namelijk in gesprek blijven met de jongere, overleg over hoe de dag ging verlopen, motiveren om niet te gebruiken en informeren over consequenties voor werk en gezondheid.



In Figuur 10 is zichtbaar dat het bespreken van middelengebruik met jongeren wisselend gebeurd. Vanuit de optie 'Anders' bleek dat dit werd besproken op het moment dat er vermoedens waren van middelengebruik, afhankelijk van de situatie en wanneer het gebruik vaker voorkwam of problematisch werd. Door vijftien participanten werden bij de gesprekken hulpmiddelen ingezet, namelijk een test in overleg met de orthopedagoog, met de jongeren te praten over iets wat op televisie, internet of andere media te zien was, kennis, gesprekstechnieken, een bezoek van Iriszorg op de behandelgroep, spellen, het spel TRIP, folders, schaalvragen, spanningsmeter en een voorlichting voor jongeren. Door zestien participanten werd geen gebruik gemaakt van hulpmiddelen en drie deden dit soms.



Uit Figuur 11 blijkt dat de participanten in de meesten gevallen van de redenen van het middelengebruik van jongeren afwisten.



Uit Figuur 12 blijkt dat participanten het oneens waren met de stelling "Ik vind het bespreekbaar maken van middelengebruik bij de jongeren moeilijk". Bij de stelling "Ik bespreek de effecten van middelengebruik met de jongeren" gaven 26 participanten aan dat zij dit deden en dat zij voldoende kennis hadden over de effecten, waarbij één participant aangaf dat input welkom was. Acht participanten gaven aan dat zij effecten bespraken, maar dat zij hier meer informatie over wilden. Tien participanten gaven aan dat er een aandachtsfunctionaris voor middelengebruik was op hun behandelgroep, vijftien participanten gaven aan dat er geen aandachtsfunctionaris was en negen participanten wisten het niet.

Onderzocht is wanneer groepsopvoeders vonden dat er sprake was van negatieve beïnvloeding in het algemeen functioneren van jongeren. Groepsopvoeders waren het grotendeels eens met elkaar. Zij vonden dat er sprake was van negatieve beïnvloeding wanneer afgeweken werd van de dagelijkse structuur en disciplines/afspraken, de ontwikkeling stagneerde, niet aan de behandeling toegekomen kon worden, andere groepsgenoten betrokken werden, overlast bezorgd werd, verantwoordelijkheden als werk, school en dagbesteding niet nagekomen werden, een storing in dag- en nachtritme ontstond en agressie of storend gedrag geconstateerd werd.

Op de vraag waar de grens lag met betrekking tot het gedrag van jongeren die onder invloed waren op de behandelgroep antwoordden de groepsopvoeders veelal eensgezind. De

grens lag voor groepsopvoeders bij het gevaarlijk zijn voor anderen en zichzelf, het spaak lopen van de behandeling, storend gedrag, agressief gedrag, overlast, zich niet laten helpen, niet open staan voor contact, het betrekken van anderen en het gebruiken van harddrugs.

Op alle groepen werd preventief gehandeld met betrekking tot middelengebruik. Groepsopvoeders zetten gespreksvoering in, betrokken jongeren, deelden kennis, gaven voorlichting door middel van onder andere een thema-avond, overlegden met de orthopedagoog, waren open, maakten het onderwerp bespreekbaar en inzichtelijk, observeerden, gaven advies, wezen op risico's, boden alternatieven aan, herhaalden dat het gebruik slecht was en achterhaalden de redenen van het gebruik.

Wanneer groepsopvoeders van de buitenhuizen van JPH structureel middelengebruik constateerden handelden zij op verschillende manieren: gekeken werd naar alternatieven/handelingen, zorgen werden bespreekbaar gemaakt, er werd gerapporteerd, binnen het team werd met de orthopedagoog afgestemd, de oorzaak van het gebruik werd achterhaald, deskundige hulp werd ingeschakeld en wanneer de jongere last ondervond werd een traject opgestart.

Het overgrote deel van de participanten koos ervoor om altijd wanneer middelengebruik plaatsvond op de behandelgroep de teamleider of orthopedagoog te informeren.

Handelen tijdens situatie middelengebruik

Een aantal behandelgroepen hadden als huisregel dat er geen middelen binnenshuis mochten zijn en gebruikt mochten worden. Een van de groepsopvoeders (R1) gaf aan dat het belangrijk was dat eventueel middelengebruik bij een intake openlag zodat het te begeleiden was. De jongere moest hier gemotiveerd voor zijn.

Er waren verschillende manieren waarop groepen handelden tijdens middelengebruik. Geprobeerd werd om consequenties inzichtelijk te maken (R1). Hierbij was openheid belangrijk om de samenwerking op gang te brengen en één lijn uit te zetten. Wanneer jongeren middelen mee naar binnen namen, leverde dat in het ergste geval een waarschuwing op.

Een andere groepsopvoeder (R2) gaf aan dat een jongere aanwezig mocht zijn op de behandelgroep wanneer hij aanspreekbaar was en niet voor overlast zorgde. Eerlijkheid was hierin belangrijk volgens de groepsopvoeder. Op deze manier waren de groepsopvoeders op de hoogte dat er gebruikt was, maar mocht een jongere wel beneden in de open ruimte zitten. Wanneer een jongere dan overlast bezorgde, kon deze aangesproken worden op zijn gedrag en hoefde het drugsgebruik niet benoemd te worden. Geprobeerd werd om open en transparant te zijn naar de jongeren.

Op een behandelgroep werd een schorsing ingezet wanneer jongeren gebruikten (R3). “De eerste keer dat je betrapt wordt dan krijg je gewoon een waarschuwing, bij de tweede word je geschorst voor 24 uur, bij de derde krijg je een derde waarschuwing, bij de vierde word je voor 48 uur geschorst, bij de vijfde weer een waarschuwing en bij de zesde word je een week geschorst” (R3).

“Het is constant een kat en muis spelletje . . . Hoe ga ik bewijzen dat hij wel geblowd had.” (R3)

Naar de kamer sturen had op de behandelgroep geen effect, omdat de jongeren allemaal boven de achttien waren.

Een groepsopvoeder (R4) gaf aan dat bij vermoedens van middelengebruik jongeren individueel op het kantoor geroepen werden, waarbij vragen aan hen gesteld werden. Aan de hand van observaties, zoals natte ogen, giechelen en dom lachen, werden jongeren naar hun kamer gestuurd.

Bij sprake van een verslaving kon Iriszorg ondersteunen (R2 en R4). Wanneer de verslaving de behandeling in de weg stond, kon de consequentie zijn dat de jongere moest vertrekken van de behandelgroep (R3 en R4).

Gespreksvoering middelengebruik

Binnen alle behandelgroepen werd met de jongeren gepraat over middelengebruik door de groepsopvoeders. Dit zorgde ervoor dat jongeren inzicht kregen in het gebruik, risico's, effecten en consequenties van middelen. Het gesprek werd op verschillende manieren aangegaan: in de groep of individueel (R1, R2 en R4). In de groep kon dit besproken worden door middel van een televisieprogramma. Hier werd dan een onderwerp uitgepakt en dit werd besproken met de jongeren. In een groepsvergadering met de jongeren kon het onderwerp aangekaart worden (R2). Het onderwerp was dan officieel en dat was merkbaar lastig voor de jongeren. Tijdens de maaltijd kon met elkaar over het onderwerp gesproken worden, waarbij groepsopvoeders de onderwerpen aan konden sturen (R2). Afhankelijk van de jongere was het belangrijk om het onderwerp direct of indirect bespreekbaar te maken (R2).

Jongeren waren transparanter geworden over hun gebruik, omdat middelengebruik vroeger niet mocht en er tegenwoordig op de behandelgroep makkelijker over wordt gedaan (R2). Hierbij is het belangrijk om als groepsopvoeders open te zijn, want anders werd dezelfde openheid niet teruggekregen vanuit de jongeren.

“Je kan niet alleen maar verwachten dat die openheid maar van één kant komt, want dat komt hij niet.” (R4)

Wanneer de redenen van het gebruik bekend waren kon er gekeken worden naar een andere aanpak tegen de oorzaak van het gebruik (R2). Het was belangrijk om de jongeren bewust te maken van wat drugs en alcohol met hen kon doen (R3).

Hulpmiddelen middelengebruik

Door de groepsopvoeders werden verschillende hulpmiddelen benoemd waarvan gebruik gemaakt wordt: Iriszorg, ervaringsverhalen, media, gespreksvoering, therapie, plezier-activiteitenlijst en spellen. Vanuit Iriszorg kan ondersteuning, voorlichting of aansluiting bij besprekingen in het team ingezet worden (R1, R2 en R3). Media werd als hulpmiddel ingezet wanneer een onderwerp over middelen uitgezonden werd tijdens een televisieprogramma. Hier kon een gesprek over gehouden worden met de aanwezige jongeren (R2). Eén van de groepsopvoeders (R3) gaf aan dat zij gezelschapsspellen gebruikte als hulpmiddel om afleiding van het middelengebruik te geven. Het spel TRIP was ingezet (R3). Een ‘plezier activiteitenlijst’ werd ingezet, waarbij een jongere in kon vullen wat hij leuk zou vinden om te doen. Dit maakte voor de jongere inzichtelijk wat hij leuk vond en daardoor kon hij activiteiten oppakken om middelengebruik tegen verveling tegen te gaan (R3).

Mening handelen behandelgroep bij middelengebruik

Over het algemeen vonden de groepsopvoeders dat op een goede manier gehandeld werd wanneer geconstateerd werd dat middelengebruik plaatsvond. Wel gaven meerdere groepsopvoeders aan dat niet iedereen op één lijn lag en zij het prettig vonden als er eenheid was binnen het team (R1, R2 en R3). Iedereen handelde op zijn eigen manier, waarbij de ene groepsopvoeder scherper was in zijn reactie dan de andere (R3). De groepsopvoeder benoemde dat de maatregel schorsen bij het gebruiken van middelen op de behandelgroep soms het doel miste (R3), doordat jongeren er iets leuks van maakten. Tijdens de schorsing werd voor hen een plek vrijgemaakt op een andere behandelgroep, maar de jongeren maakten geen gebruik van die plek. “Ze nemen de Playstation mee naar vrienden . . . en hebben een keer een hotel geboekt.” Een groepsopvoeder (R4) gaf aan dat er geen afspraken, regels en beperkingen op de behandelgroep lagen, waardoor er een andere werkwijze moest komen wanneer sprake was van structureel middelengebruik op de behandelgroep.

Preventief handelen

Aangegeven werd dat preventief gehandeld werd op de behandelgroepen. Dit werd gedaan door voorlichting te geven aan de jongeren (R1 en R2). Een andere manier van preventief

handelen op de behandelgroepen was het laten vertellen van een ervaringsverhaal door een drugsverslaafde (R2). Bepaalde situaties konden voorbesproken worden, zoals feesten waarbij werd verwacht dat middelengebruik plaatsvond. Preventief werd gehandeld door in de behandelgroep met jongeren te praten over thema's met behulp van hulpmiddelen. Hier werd geen specifieke tijd voor vrijgemaakt, maar wanneer er onderwerpen voorbijkwamen op bijvoorbeeld televisie werd hier op ingehaakt.

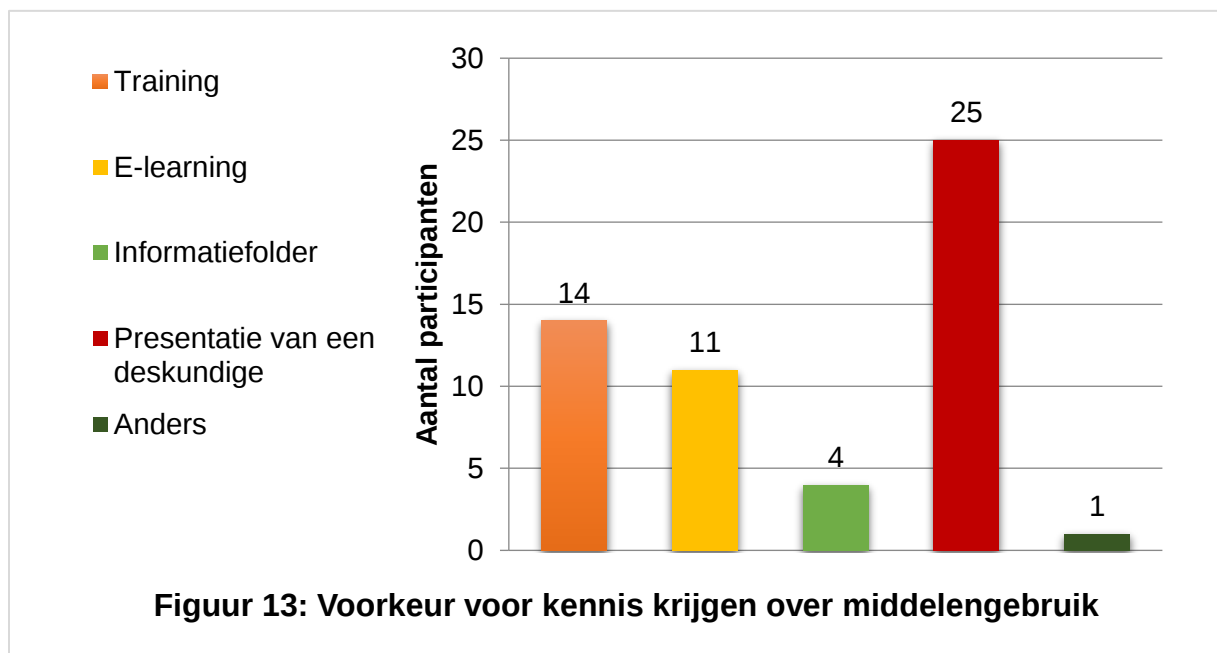
“Het staat niet helemaal vast, maar dat moet ook niet want dan wordt het te gemaakt.” (R4)

4.4 Deelvraag 4

Welke kennis, vaardigheden en randvoorwaarden zijn nodig om groepsopvoeders voldoende toe te rusten om het nieuwe middelenbeleid uit te voeren binnen de behandeling?

Behoefte aan kennis en vaardigheden

Zestien participanten gaven in de vragenlijst aan dat zij meer kennis wilden hebben over middelen, namelijk: voorlichting, herkenning, een cursus over middelen, informatie over soorten en effecten, inzicht in 'nieuwe' harddrugsoorten, handvatten hoe middelengebruik voorkomen kan worden en bijwerkingen. Twaalf participanten gaven aan dit niet te willen, drie participanten gaven aan kennis te willen wanneer zij vragen hadden en twee participanten zochten de kennis zelf op. Zeventien participanten gaven aan dat zij meer kennis wilden hebben over de effecten van het gebruik van middelen op jongeren, namelijk op de langere termijn, het krijgen van een cursus hierover, in combinatie met bepaalde problematieken, stoornissen en medicatiegebruik, wat er gebeurt als het mis gaat, de redenen van het gebruik en herhaling van kennis. Vijftien participanten gaven aan genoeg kennis te hebben.



In Figuur 13 is te zien dat participanten voorkeur geven aan kennisdeling door middel van een presentatie van een deskundige, een training en/of e-learning.

In het interview met groepsopvoeders werd aangegeven dat het van belang is om meer door te vragen bij vermoedens van middelengebruik. De gesprekstechnieken hiervoor werden gemist door groepsopvoeders.

“Educatie over gesprekstechnieken bij middelengebruik is altijd goed.” (R2)

De behoefte bestond om een cursus over middelen jaarlijks te herhalen, omdat informatie vervaagd en op deze manier preventief gewerkt kon worden als het middelengebruik niet actueel is op de behandelgroepen (R2).

De participanten van de vragenlijst hadden aangegeven zelf nog kennis, vaardigheden en hulpmiddelen nodig te hebben om aan te sluiten bij het middelengebruik van de jongeren. Hierover hadden zij verschillende gedachten: mogelijkheden voor een lange termijn traject, bespreken wat ingezet mocht worden, handvatten door middel van een cursus, duidelijkheid over waar de grens ligt, hoe in te kaderen binnen de behandeling, minder handelingsverlegenheid, een duidelijk middelenbeleid, op de hoogte gebracht worden over veranderingen en ontwikkelingen van middelen, informatie over drugs, themamiddagen/avonden voor de groepsopvoeders en jongeren, hoe de jongeren gemotiveerd kunnen worden om niet te

gebruiken, middelengebruik in combinatie met stoornissen en medicatie, gevolgen/effecten van middelengebruik en passende consequenties. Een aantal groepsopvoeders gaf aan dat zij al voldoende op de hoogte waren en geen ondersteuning meer nodig hadden in de vorm van kennis, vaardigheden en hulpmiddelen.

Randvoorwaarden

Op de vraag of er behoefte was aan laagdrempelig contact met Iriszorg als persoonlijk begeleider in de vorm van informatie of het stellen van vragen gaven zeventien participanten aan dit nog niet te hebben, maar daar wel behoefte aan te hebben. Acht participanten hadden al laagdrempelig contact en drie participanten hadden hier geen behoefte aan. De overige vijf participanten waren geen persoonlijk begeleider van een jongere die middelen gebruikte, maar dachten dat laagdrempelig contact met Iriszorg een mogelijkheid was voor de toekomst.

De randvoorwaarden die groepsopvoeders stelden om het nieuwe middelenbeleid uit te kunnen voeren binnen de behandeling was dat het middelenbeleid duidelijk en helder moest zijn (R1) en groepsopvoeders voldoende kennis moesten hebben (R3). Een groepsopvoeder (R1) zag graag dat het nieuwe middelenbeleid aansluit bij de huisregels en dat maatregelen benoemd werden die zij uit kunnen voeren. Verder gaven groepsopvoeders aan het niet precies te weten. Zij zouden graag nog “iets extra’s willen hebben wat wel nog meer zou werken” (R3).

“We staan erbij en kijken toe en daar willen we toch wat aan doen” (R1)

Wat al gedaan was om kennis te krijgen

Iriszorg was op een van de behandelgroepen geweest: “Dat was een soort project dat ze deden om jongeren te informeren over drugs en het er over te hebben” (R3). Verder werden ervaringen onderling gedeeld door groepsopvoeders (R1), andere instellingen benaderd (R3) en thema-ochtenden of -dagen georganiseerd waarbij deskundigen uitgenodigd werden (R1 en R2). Tevens hadden sommige groepsopvoeders al een cursus ‘Open en Alert’ (R3), opfriscursussen (R2) of trainingen gevolgd over “het herkennen van signalen van drugsgebruik” (R4). Als groepsopvoeders direct iets wilden weten over middelen raadpleegden zij het internet (R3).

H5. Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

Deelvraag 1. Hoe wensen de groepsopvoeders de informatie van het nieuwe middelenbeleid tot zich te nemen?

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat kwalitatieve communicatie essentieel is voor implementatie. Door middel van het onderzoek zijn resultaten verkregen over het draagvlak en de voorkeur van kennisgeving binnen de behandelgroepen. Een conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden is dat voor een goede implementatie van het middelenbeleid een presentatie gegeven moet worden aan groepsopvoeders over de inhoud, waarbij behoefte is aan verantwoording van de keuzes die gemaakt zijn in het middelenbeleid. Vanuit de literatuur bleek dat implementatie zowel de verandering als verankering betreft. Een conclusie vanuit het onderzoek is dat verankering bereikt kan worden door het middelenbeleid beschikbaar te stellen via de Wegwijzer en een inlijfexemplaar per behandelgroep.

Deelvraag 2. Wat is voor jongeren belangrijk bij de aanpak van middelengebruik binnen hun behandeling?

Zowel in de literatuur als in de visie van Pluryn komt naar voren dat experimenteren met middelen een normaal en gezond onderdeel is van de ontwikkeling. Op basis van de resultaten uit het onderzoek valt te concluderen dat jongeren aan het nadenken worden gezet over hun middelengebruik door open en eerlijk gesprekken te voeren met groepsopvoeders. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met de verschillen in wensen van jongeren, waarbij de ene jongere liever individuele gesprekken voert en de andere jongere in groepsverband. Een conclusie uit het onderzoek en de literatuurstudie is dat het van belang is om het onderwerp middelengebruik regelmatig te herhalen omdat jongeren met een LVB moeite hebben met het onthouden en verwerken van informatie. Uit het onderzoek blijkt dat er op de behandelgroepen jongeren verblijven die middelen gebruiken ter zelfmedicatie. Een conclusie die getrokken is over de begeleiding van jongeren is dat zij het belangrijk vinden dat groepsopvoeders bij middelengebruik de redenen achterhalen en dat groepsopvoeders hierin ondersteunen. Zo kan gezamenlijk gewerkt worden naar meer inzicht in het middelengebruik. Vanuit de literatuurstudie en het onderzoek is gebleken dat jongeren met een LVB mondeling minder sterk zijn dan praktisch. Het is belangrijk dat groepsopvoeders hier rekening mee houden bij het geven van voorlichting en het voeren van gesprekken door de informatie praktisch aan te bieden aan de jongeren. Uit het onderzoek is gebleken dat jongeren kennis willen over de consequenties van het middelengebruik en hoe zij op een goede manier om kunnen gaan met middelen. Uit de

literatuurstudie komt naar voren dat middelengebruik bij jongeren met een LVB invloed heeft op de verstandelijke beperking, bestaande problematieken en medicatie. Ten aanzien hiervan moet worden geconcludeerd dat groepsopvoeders kennis moeten hebben van middelen, het gebruik in combinatie met medicatie en de consequenties ervan. Op deze manier kan passende voorlichting gegeven worden over middelen aan de jongeren.

Deelvraag 3. Hoe past de huidige handelingswijze van de groepsopvoeders binnen de kaders van het nieuwe middelenbeleid?

Op basis van de resultaten die verkregen zijn valt te concluderen dat de groepsopvoeders van de buitengroepen van JPH merendeels een handelingswijze hanteren die binnen de kaders van het nieuwe middelenbeleid valt. Uit de resultaten is gebleken dat de helft van de groepsopvoeders reeds volgens de visie van Pluryn doorlopend in gesprek gaat met jongeren over middelengebruik. Daarbij komt dat het overgrote deel van de participanten nauwelijks moeite heeft met het bespreekbaar maken van middelengebruik bij de jongeren. Er bleek winst te behalen met betrekking tot het aantal groepsopvoeders dat middelengebruik doorlopend bespreekbaar maakt. Groepsopvoeders streven ernaar om jongeren inzicht te geven in het middelengebruik, risico's en consequenties. Dit komt overeen met de handelingswijze van het nieuwe middelenbeleid.

Uit het onderzoek is gebleken dat als maatregel een schorsing wordt gehanteerd om het middelengebruik onder controle te krijgen. Geconcludeerd kan worden dat deze handelingswijze verschilt van de competentiegerichte handelingswijze van het nieuwe middelenbeleid.

Het nieuwe middelenbeleid van Pluryn stelt dat groepsopvoeders jongeren voorlichting en begeleiding moeten geven. Uit onderzoek is gebleken dat alle behandelgroepen op verschillende manieren preventief handelden door gespreksvoering, het delen van kennis en ervaringsdeskundigen langs laten komen. Uit bovenstaande is gebleken dat de behandelgroepen van elkaar kunnen leren door middel van manieren van preventief werken uit te wisselen.

Deelvraag 4. Welke kennis, vaardigheden en randvoorwaarden zijn nodig om groepsopvoeders voldoende toe te rusten om het nieuwe middelenbeleid uit te voeren binnen de behandeling?

Uit de literatuur is gebleken dat het hebben van kennis essentieel is voor het bieden van goede zorg. Met betrekking tot de implementatie is het belangrijk dat het nieuwe middelenbeleid helder is. Vanuit het nieuwe middelenbeleid van Pluryn is het signaleren van middelengebruik

een taak van groepsopvoeders. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat groepsopvoeders hiervoor herhaaldelijk voorzien moeten worden van kennis over middelen en middelengebruik, door middel van een presentatie van een deskundige, een training of door e-learning. Dit maakt dat groepsopvoeders de juiste zorg bieden met betrekking tot jongeren die middelen gebruiken. Verder kan geconcludeerd worden dat laagdrempelig contact met Iriszorg gewenst is. Een laatste conclusie die getrokken kan worden is dat het nieuwe middelenbeleid duidelijke handvatten en protocollen moet bezitten om met een eenduidige aanpak te ondersteunen in het middelengebruik.

Hoofdvraag. Hoe kan het nieuwe middelenbeleid van Pluryn zodanig worden geïmplementeerd in de buitenhuizen van Jan Pieter Heije dat het op gepaste wijze deel uit gaat maken van de behandeling die groepsopvoeders bieden aan de jongeren die hier woonachtig zijn?

Draagvlak is een belangrijke factor met betrekking tot de implementatie van het middelenbeleid binnen Pluryn. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er voldoende draagvlak is voor de implementatie van een nieuw middelenbeleid vanuit de groepsopvoeders van de buitenhuizen van JPH. De handelingswijze die omschreven wordt in het nieuwe middelenbeleid komt merendeels overeen met de huidige handelingswijze. Echter zullen enkele veranderingen plaatsvinden met betrekking tot de handelingswijze van groepsopvoeders, namelijk het doorlopend bespreekbaar maken van middelengebruik en het toepassen van protocollen. Hiervoor worden in het nieuwe middelenbeleid handvatten aangereikt. Vanuit de groepsopvoeders werd gevraagd om handvatten en protocollen voor maatregelen, waardoor de verandering geen weerstand zal oproepen. Het nieuwe middelenbeleid benoemt een aantal factoren die voor de jongeren belangrijk zijn bij de aanpak van middelengebruik. Uit het onderzoek bleek dat dit overeenkwam met de factoren die door de jongeren als belangrijk aangegeven werden: open en eerlijke gespreksvoering, herhaling van kennis, achterhalen van de redenen van middelengebruik, praktische gespreksvoering en voorlichting. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er zowel draagvlak is vanuit de groepsopvoeders als de jongeren voor de implementatie van het nieuwe middelenbeleid.

Een andere belangrijke factor voor implementatie is dat het nieuwe middelenbeleid overzichtelijk is. Wanneer het middelenbeleid door middel van een presentatie aan groepsopvoeders gepresenteerd wordt, worden zij betrokken en kunnen zij verantwoording vragen. Op deze manier krijgen de groepsopvoeders kennis van de inhoud van het middelenbeleid en wordt het overzichtelijk voor hen. Hierbij is het van belang dat het

middelenbeleid eenvoudig vindbaar is door het via Wegwijzer en per behandelgroepen een inkijkexemplaar beschikbaar te stellen. Verder kunnen groepsopvoeders beter handelen naar het middelenbeleid als zij kennis hebben over de middelen. Dit maakt dat zij beter preventief werken, voorlichten, signaleren en begeleiden. De kennis kan vergaard worden door middel van een presentatie van een deskundige, een training of via e-learning.

De conclusie van het onderzoek is dat het nieuwe middelenbeleid goed toepasbaar is en een positieve impact heeft op de buitenhuizen van JPH. Hierdoor is de uitvoeringsstrategie passend voor de implementatie en is het een kwestie van 'gewoon doen'!

5.2 Discussie

Betrouwbaarheid en validiteit

Aansluiten bij vergaderingen

Bij een volgend onderzoek moet rekening gehouden worden met de drukke vergaderagenda's van behandelgroepen. Met betrekking tot de voorbereiding zou het voor het onderzoek beter zijn geweest als de behandelgroepen eerder benaderd waren en zij de tijd voor het invullen van de vragenlijst eerder konden inplannen in de vergaderagenda. Wanneer bij alle vergaderingen aangesloten kon worden, zou dit ten goede gekomen zijn van de respons en dus de validiteit van het onderzoek.

Naar de behandelgroepen waarbij niet aangesloten kon worden bij de vergadering is de vragenlijst per e-mail verstuurd. Onderzoekers hadden, naast het hebben van telefonisch- en e-mailcontact, bij de behandelgroepen langs kunnen gaan om te zorgen voor meer respons.

Bij de groepen die benaderd zijn via e-mail is de uiterste datum van het inleveren van de vragenlijsten een aantal keer uitgesteld om meer respons te krijgen. Doordat de resultaten later ontvangen waren, konden conclusies later getrokken worden. Dit maakte dat de conclusies tussentijds minder concreet voorgelegd konden worden aan de opdrachtgevers en dit zorgde voor minder overleg tussen onderzoekers en opdrachtgevers.

Uitgesloten behandelgroep

Een conclusie is geschreven over het implementeren van het middelenbeleid bij de buitenhuizen van JPH. Tijdens het onderzoek is gebleken dat het niet makkelijk was om van enkele behandelgroepen resultaten terug te krijgen wanneer niet aangesloten kon worden bij een vergadering. Bij de uitgesloten behandelgroep was de respons op de vragenlijst niet voldoende om te kunnen vergelijken met de andere behandelgroepen waardoor de behandelgroep niet op een betrouwbare manier verwerkt kon worden in het onderzoek. In overleg met de opdrachtgevers is gekozen om de behandelgroep niet mee te nemen in het onderzoek. Door de

keuze in overleg met opdrachtgevers te maken is integer gehandeld volgens de gedragscode. Echter is door de keuze het onderzoek mogelijk minder valide.

Aantal participanten

Uit een persoonlijke mededeling van de opdrachtgever (K. Toebes, 9 mei 2018) is naar voren gekomen dat op de zes behandelgroepen die geparticipeerd hebben in het onderzoek ongeveer negen groepsopvoeders per behandelgroep werken. Dit komt uit op een totaal van 54 groepsopvoeders. Het onderzoek had een respons van 34 participanten. Dit betekent dat voor de buitenhuizen de betrouwbaarheid is gewaarborgd, waarbij bij kwantitatief onderzoek een minimale deelname van 30% vereist is voor een betrouwbaar onderzoek (P. van Elen, persoonlijke mededeling, 18 mei 2018). Echter wanneer gekeken wordt naar respons per buitenhuis bleek er een verschil te zitten in respons, waarbij de ene behandelgroep beter vertegenwoordigd was (negen participanten) dan de andere (drie participanten). Dit zorgt voor minder betrouwbaarheid in de conclusie over de buitenhuizen van JPH. Door rekening te houden met de ondergrens van deelname voor betrouwbaar onderzoek is zorgvuldig gewerkt. Door echter niet het exacte aantal groepsopvoeders per behandelgroep te onderzoeken en hier verhoudingsgewijs de participatie op af te stemmen is minder zorgvuldig gewerkt.

Interviews

Bij de behandelgroepen waar weinig respons kwam op de vragenlijsten is besloten geen interviews af te nemen. De keuze is in overleg gemaakt met de opdrachtgevers met als reden de overvraging van de groepsopvoeders en het tijdsbestek van het onderzoek.

Verder is door participanten benoemd dat zij tijdens het interview afgeleid werden door de opnameapparatuur. Zij gaven mogelijk sociaal wenselijke antwoorden ondanks dat benoemd was dat de transcripten geanonimiseerd werden.

Analyse

Vanuit de analyse van de vragenlijsten konden geen percentages berekend worden doordat participanten meerdere antwoorden per vraag gegeven hadden. Hierdoor behoorden de antwoorden die participanten gegeven hadden tot meerdere antwoordcategorieën. Als dit uitgedrukt zou worden in percentages zou in totaal meer dan 100% uitkomen en dit is niet mogelijk. Hierdoor kon door de onderzoekers geen duidelijke prioritering gelabeld worden aan de antwoorden. Dit bemoeilijkte het analyseproces. Bij het vaststellen van de resultaten en het maken van figuren is gewerkt met aantallen in plaats van percentages. Dit is een fout die de onderzoekers gemaakt hebben in de voorbereiding van het onderzoek. Doordat de onderzoekers hierin nalatig zijn geweest, hebben zij een steek laten vallen met betrekking tot de zorgvuldigheid vanuit de gedragscode.

Aanbeveling

Hieronder staan aanbevelingen beschreven die voortgekomen zijn uit de conclusie.

Praktische hulpmiddelen

Uit praktisch onderzoek en literatuurstudie is gebleken dat jongeren met een LVB moeite hebben met het onthouden en verwerken van informatie en vooral leren van praktische handelingen in plaats van gespreksvoering. Toch worden er veel gesprekken gevoerd over middelengebruik. Een aanbeveling is om gebruik te maken van praktische hulpmiddelen bij het bespreekbaar maken van middelengebruik. Een hypothese die gesteld wordt is dat op deze wijze middelengebruik inzichtelijk gemaakt kan worden bij jongeren met een LVB.

Hulpmiddelen uitwisselen

Tijdens het onderzoek werd vastgesteld dat door de meeste behandelgroepen gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen om over middelengebruik in gesprek te gaan met jongeren en om het middelengebruik inzichtelijk te maken. Echter werd duidelijk dat de behandelgroepen verschillende hulpmiddelen gebruiken. Een aanbeveling vanuit het onderzoek is dat de behandelgroepen de hulpmiddelen met elkaar uitwisselen, om zo tot nieuwe manieren te komen om het middelengebruik bespreekbaar te maken en zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van de jongeren.

Laagdrempelig contact Iriszorg

Uit het onderzoek kwam naar voren dat vanuit groepsopvoeders behoefte is aan laagdrempelig contact met Iriszorg. Een aanbeveling is om per behandelgroep dit laagdrempelig contact te hebben met Iriszorg. Wanneer groepsopvoeders vragen hebben over middelen of middelengebruik kan op een laagdrempelige manier contact gelegd worden. Dit is ondersteunend voor de behandeling van de jongeren en zal handvatten geven aan groepsopvoeders wanneer nodig.

Preventief handelen

Uit het onderzoek is gebleken dat wanneer weinig gebruik gemaakt wordt van middelen op de behandelgroepen, minder aandacht aan het onderwerp wordt besteed. Echter is het een onderwerp dat doorlopend bespreekbaar gemaakt moet worden en waar juist preventief bij gewerkt kan worden. Een aanbeveling is om het eveneens interactief bespreekbaar te maken wanneer het geen actief onderwerp is op de behandelgroep, bijvoorbeeld door jaarlijks ervaringsdeskundigen uit te nodigen.

Vervolgonderzoek

Uit het onderzoek zijn een tweetal mogelijkheden tot vervolgonderzoek geformuleerd.

Jongeren inzicht geven in middelengebruik, risico's en consequenties

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat groepsopvoeders streven naar het inzichtelijk maken van middelengebruik, de risico's en de consequenties bij jongeren. Dit komt overeen met de handelingswijze van het nieuwe middelenbeleid. Om dit onderzoek af te bakenen is ervoor gekozen om niet diep in te gaan op hoe groepsopvoeders dit bewerkstelligen en wat de effecten daarvan zijn. Dit lijkt echter een mooie onderzoeksmogelijkheid te zijn.

Evaluatie nieuwe middelenbeleid

Het nieuwe middelenbeleid zal na goedkeuring ingevoerd worden. Als vervolgonderzoek kan het middelenbeleid geëvalueerd worden als deze enige tijd actief is. De effecten van het nieuwe middelenbeleid op de behandelgroepen kunnen dan onderzocht worden. Vervolgens kan gekeken worden of de implementatie van het nieuwe middelenbeleid geslaagd is of dat een nieuw implementatieplan geschreven moet worden.

Literatuurlijst

- Daamen, W. (2015). *Wat werkt bij het implementeren van jeugdinterventies* (Rapport)? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Dedding, C., Jurrius, K., Moonen, X. & Rutjes, L. (2013). *Kinderen en jongeren actief in wetenschappelijk onderzoek: Ethiek, methoden en resultaten van onderzoek met en door jeugd*. Houten: Uitgeverij Lannoo-campus.
- Delfos, M., F. (2011). *Ontwikkeling in vogelvlucht: Ontwikkeling van kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Pearson.
- Delfos, M., F. (2012). *Psychologie van de adolescentie: Biologisch, psychologisch en pedagogisch*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Feldman, R., S. (2013). *Ontwikkelingspsychologie* (5e druk). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Global Drug Survey (2017). Global Drug Survey 2017. Geraadpleegd op 22 maart 2018, van <https://www.globaldrugsurvey.com/gds2017-launch/results-released/>
- Hammink, A., & Schrijvers, C. (2012). *Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking: aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod* (Precirculatiepaper). Rotterdam: IVO Rotterdam.
- Hermesen, R. (2015). *Alcohol* (Factsheet). (z.p.): GGD Gelderland-Zuid
- Hogendorp, S. (2016). Verstandelijk beperkt én verslaafd. *Zorg+Welzijn*, 22(9), 30-31.
- Kes, M., & Van de Wege, L. (2012). *Middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen binnen een residentiële behandelinstelling* (Masterthesis). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. M., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 607 – 614.
- Kuyper, S. (2015). *Bouwstenen voor de kleurenmethodiek van Jan Pieter Heije* (Werkboek). Pluryn.
- Kuyper, S., Dekkers, M., Dilisse, M., Havekes, J., Reitsma, R., Rijshouwer, E., & De Visser, M. (2015). *Ontwikkelingspsychologie* (Reader). Pluryn.
- Leeftijdsgrens. (z.d.-a). Leeftijdsgrens Alcohol en Tabak. Geraadpleegd op 26 maart 2018, van <http://www.leeftijdsgrens.nl/leeftijdsgrens-alcohol-en-tabak/>
- Leeftijdsgrens. (z.d.-b). Leeftijdsgrens Softdrugs. Geraadpleegd op 26 maart 2018, van <http://www.leeftijdsgrens.nl/leeftijdsgrens-softdrugs/>
- Overheid.nl. (2017). *Opiumwet*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2017-05-25>

- Parren, A. (2016). *Middelengebruik bij jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking*. Elsloo: XL Group B.V.
- Pater, L., Roest, S., Dubbeldam, S., & Verweijen, M. (2006). *Implementeren: Het speelveld in de praktijk*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.
- Pesch, W. (2013). *Module 1: Over jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) met meervoudige problematiek, een complex van factoren* (Reader). Oosterbeek: Jan Pieter Heije.
- Pluryn (z.d.-a). *Als zorg moeilijk wordt, kom je naar Pluryn*. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van <https://www.pluryn.nl/over-pluryn>
- Pluryn (z.d.-b). *Jan Pieter Heije - Regio Arnhem – Achterhoek*. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van <https://intranet.pluryn.nl/nl-NL/Organisatie/Dienstverlening/Jeugd/Jan%20Pieter%20Heije%20regio%20Arnhem%20Achterhoek.aspx>
- Pluryn (z.d.-c). *Middelengebruik: Visie op middelengebruik en ander verslavingsgedrag (Versie 1)*. Geraadpleegd op 6 maart 2018, van <https://wegwijzer.pluryn.nl/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?documentid=f32794f3-1f26-4602-bde8-1ae241c68f7a&NavigationHistoryID=671053&customcss=&HyperlinkID=3938c647-e6a3-413b-a5ce-36958f7bf627&PortalID=102>
- Pluryn (z.d.-d). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van <https://intranet.pluryn.nl/nl-NL/Organisatie/Over%20Pluryn/Missie%20en%20visie.aspx>
- Pluryn (z.d.-e). *Wonen met behandeling en begeleiding*. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van https://www.pluryn.nl/-/media/pluryn-corporate/accordeonmenu-professionals-zorgarrangementen/lvg2-_3_.pdf?la=nl-nl
- Pluryn (z.d.-f). *Wonen voor jongeren in leefgroepen in buitenhuizen*. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van <https://www.pluryn.nl/-/media/pluryn-corporate/productflyers/06-wjlg-0315-wonen-voor-jongeren-in-leefgroepen.pdf>
- Pluryn (2016). *Innovatie begeleid wonen Pluryn*. Pluryn.
- Pluryn Internetzo. (z.d.). *Visie en beleid middelengebruik* (Beleidsstuk). Pluryn Internetzo.
- Poelen, E., Schijven, E., & Vermaes, I. (2015). De prevalentie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen in een orthopedagogisch behandelcentrum. *Onderzoek & Praktijk*, 13(1), 25-37.
- Shadur, J. M., Hussong, A. M., & Haroon, M. (2015). Negative affect variability and adolescent self-medication: The role of the peer context. *Drug and Alcohol Review*,

- 34, 571-580. DOI: 10.1111/dar.12260
- Slot, N. W., Spanjaard, H. J. M., (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg* (3e druk). Baarn: ThiemeMeulenhoff
- Tactus. (z.d.). *SumID-Q: Meetinstrument middelengebruik bij mensen met LVB* (Flyer). Gedownload op 15 maart 2018, van https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/Flyer_SumID-Q.pdf.
- Trimbos-instituut. (z.d.-a). *Coffeeshops*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.drugsinfo.nl/publiek/beleid-en-cijfers/coffeeshops>
- Trimbos-instituut. (z.d.-b). *Verslaving*. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <https://www.drugsinfo.nl/publiek/verslaving>
- Trimbos-instituut. (2015). *Peilstationsonderzoek 2015: Middelengebruik onder scholieren*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.trimbos.nl/kerncijfers/peilstationsonderzoek-2015>
- Trimbos-instituut. (2016a). *Drugs algemeen: Opiumwet en straffen*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.drugsinfo.nl/publiek/drugs-abc/middel/onderwerp/?id=3>
- Trimbos-instituut. (2016b). *Nationale Drug Monitor: kerncijfers drugs, alcohol, tabak*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.trimbos.nl/kerncijfers/nationale-drug-monitor>
- Trimbos-instituut. (2017). *Wat is het verschil tussen harddrugs en softdrugs?* Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <https://www.drugsinfo.nl/publiek/vraag-en-antwoord/resultaten/antwoord/?vraag=12032>
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2014). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Van Duijvenbode, N., Didden, R., Korzilius, H.P.L.M., & Engels, R.C.M.E. (2016). 'Het zit allemaal tussen mijn oren': De neuropsychologie van verslavingsproblematiek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Verslaving*, 12, 278-288. doi: 10.1007/s12501-016-0083-9
- Van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. (2016). Van hete aardappel naar hot topic: Verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB. *De Psycholoog*, 10-18.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen* (Rapport). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zoon, M. (2015). *Wat werkt bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking?*
Gedownload op 22 februari 2018, van https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Wat_werkt.pdf

Bijlagen

Bijlage I: Middelenoverzicht

Bijlage II: Vragenlijst

Bijlage III: Interviewguide groepsopvoeders

Bijlage IV: Interviewguide jongeren

Bijlage V: Uitwerking vragenlijsten

Bijlage VI: Geheimhoudingsverklaringen

Bijlage I

Middelenoverzicht (Pluryn Intermetzo, z.d.).

TABAK	
ANDERE BENAMINGEN	Sigaret, peuk, sjekkie
WERKZAME STOF	Nicotine
UITERLIJK	Bruine, gedroogde bladeren van de tabaksplant
WIJZE VAN GEBRUIK	Roken
PRIJS	Ongeveer €8 per pakje sigaretten
WERKING	Stimulerend
WERKINGSDUUR	De effecten zijn direct voelbaar. De werkingsduur is ongeveer 30 minuten tot een uur
EFFECTEN	• Lichamelijke effecten: verhoogde hartslag en bloeddruk, afname van eetlust, vernauwing van bloedvaten • Psychische effecten: rustig en ontspannen, toename van zelfvertrouwen en concentratie
SIGNALEN VAN GEBRUIK	• Lichamelijk: nicotinegeur, hoesten, verminderde conditie • Psychisch: onrustig, chagrijnig wanneer niet gerookt wordt • Gedragmatig: vaker pauze nemen of naar plaatsen gaan waar gerookt kan worden, rookwaren in bezit hebben
RISICO'S	• Korte termijn: hoofdpijn, schade aan huid en tanden, slechte adem, slechte conditie • Lange termijn: schade aan stembanden en longen, verhoogd risico op verschillende typen kanker, kans op hart-, long en vaatziektes
BIJZONDERHEDEN	• Het verslavingsrisico is hoog • De koop en verkoop aan jongeren onder de 18 jaar is wettelijk geregeld.

ALCOHOL	
<i>ANDERE BENAMINGEN</i>	Drank, borrel, bakkie, sappie
<i>WERKZAME STOF</i>	Ethanol
<i>UITERLIJK</i>	Vloeistof (bier, wijn, sterke drank en mixdrankjes)
<i>WIJZE VAN GEBRUIK</i>	Drinken
<i>PRIJS</i>	Verschilt per soort
<i>WERKING</i>	Verdovend
<i>EFFECTEN</i>	- Lichamelijke effecten: hartslag en ademhaling vertragen, reactievermogen gaat omlaag, zintuigen gaan minder goed werken, pupillen verwijden, uitdroging, risico op duizeligheid, misselijkheid, overgeven, black-out en geheugenverlies - Psychische effecten: vrolijk, ontremd, ontspannen, makkelijker in sociaal contact, emotioneel labiel, risico op agressie en verwardheid
<i>WERKINGSDUUR</i>	Het effect is na enkele minuten voelbaar. De lever doet ongeveer 1 tot 1,5 uur over de afbraak van één standaardglas (10 g alcohol)
<i>SIGNALEN VAN GEBRUIK</i>	- Lichamelijk: naar drank ruiken, dubbel zien - Psychisch: stemmingsveranderingen, ontspannen indruk maken, black-out en geheugenverlies - Gedragmatig: ontremd of roekeloos gedrag, regelmatig kleine ongelukjes, veel praten over alcohol, waggelen, met dubbele tong praten
<i>RISICO'S</i>	- Korte termijn: kater, alcoholvergiftiging, agressie, black-out, onveilig gedrag of ongelukken - Lange termijn: schade aan hart, lever, maag en hersenen, depressie, psychose
<i>BIJZONDERHEDEN</i>	- Het verslavingsrisico is hoog - Werking is dosisafhankelijk: bij kleine hoeveelheden (1-2 glazen) werkt het ontspannend en ontremmend. Bij grotere hoeveelheden werkt alcohol verdovend.

	• De koop en verkoop aan jongeren onder de 18 jaar is wettelijk geregeld. • In bezit hebben en gebruik van alcohol in publieke ruimtes en in het verkeer is wettelijk geregeld.
--	--

CANNABIS	
<i>ANDERE BENAMINGEN</i>	Hasj, wiet, marihuana, joint, stuff, gras, skunk, dope, blowtje, stick, jonko
<i>WERKZAME STOF</i>	O.a. tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD)
<i>UITERLIJK</i>	Hasj: bruine, kruimelige of kleverige plak. Wiet: bruin/groen gedroogde bloemtoppen
<i>WIJZE VAN GEBRUIK</i>	Roken, eten, drinken of inhaleren
<i>PRIJS</i>	6-14 euro per gram
<i>WERKING</i>	Verdovend en (licht) hallucinerend
<i>WERKINGSDUUR</i>	Afhankelijk van de wijze van gebruik zijn de effecten direct tot 1,5 uur na inname voelbaar. De werkingsduur is ongeveer 1-4 uur, maar de effecten kunnen langere tijd aanhouden
<i>EFFECTEN</i>	• Lichamelijke effecten: versnelde hartslag, verlaagde bloeddruk, versterkte eetlust, sloomheid en vermoeidheid, rode ogen en droge mond • Psychische effecten: ontspanning, versterkte zintuigelijke waarneming, lachkick, soms angst/paranoia/paniek, moeite met concentreren
<i>SIGNALEN VAN GEBRUIK</i>	• Lichamelijk: rode ogen, grote pupillen, droge mond, misselijkheid, geur • Psychisch: verminderde concentratie en geheugen, stemmingsveranderingen, emotioneel worden, traag in handelen en communicatie
<i>RISICO'S</i>	• Gedragmatig: gedragsveranderingen (druk of juist loom), slappe lach, eetbuiten, in bezit van rookwaren • Korte termijn: misselijkheid, duizeligheid, bad trip (angst, paniek, paranoia), kans op ongelukken door lage concentratie en reactievermogen

	• Lange termijn: verminderde concentratie, geheugen en reactievermogen, schade aan luchtwegen, verhoogd risico op psychose
BIJZONDERHEDEN	• Cannabis is met name geestelijk verslavend. • Bezit, koop en verkoop is wettelijk geregeld. • Extra schadelijk in combinatie met tabak door verhoogd teergehalte.

ENERGIEDRANKJES	
ANDERE BENAMINGEN	Merknamen, zoals Monster, Bullit of RedBull
WERKZAME STOF	Afhankelijk van het product een combinatie van cafeïne, taurine en glucoronolacton
UITERLIJK	Vloeistof
WIJZE VAN GEBRUIK	Drinken
PRIJS	€1 tot €4
WERKING	Stimulerend
WERKINGSDUUR	De effecten zijn na ongeveer 15 minuten voelbaar en houden 1 uur aan
EFFECTEN	• Lichamelijke effecten: verhoogde hartslag en bloeddruk • Psychische effecten: energiek gevoel, vermindering van honger en vermoeidheid, alert, geconcentreerd
SIGNALEN VAN GEBRUIK	• Lichamelijk: mogelijk versnelde/onregelmatige hartslag, beven en zweten • Psychisch: mogelijk rusteloos of nerveus • Gedragmatig: energiek, presteert zowel lichamelijk als geestelijk beter,
RISICO'S	• Korte termijn: hartkloppingen, hoge bloeddruk, uitdroging, misselijkheid en braken, vermoeidheid • Lange termijn: slaapproblemen, concentratiestoornissen, nierfalen, schade aan tanden (tanderosie)

BIJZONDERHEDEN	- De gezondheidsrisico's lijken vooral samen te hangen met hoge doseringen. Het Voedingscentrum adviseert jongeren tussen de 13 en 18 jaar daarom niet meer dan één blikje energiedrank per dag te drinken. Volwassenen worden geadviseerd niet meer dan 4 blikjes energiedrank per dag te drinken. - Er bestaan ook energiedrankjes met toegevoegde alcohol.
-----------------------	--

COCAÏNE	
ANDERE BENAMINGEN	Coke, coca, wit, crack, sosa, sneeuw, lala
WERKZAME STOF	Cocaïnehydrochloride
UITERLIJK	Wit, kristalachtig poeder
WIJZE VAN GEBRUIK	Snuiven of spuiten
PRIJS	€50 per gram
WERKING	Stimulerend
WERKINGSDUUR	De effecten zijn direct voelbaar en duren ongeveer 10 minuten tot een uur, afhankelijk van wijze van gebruik
EFFECTEN	- Lichamelijke effecten: verhoogde hartslag en bloeddruk, versnelde ademhaling, verhoogde alertheid, energiek gevoel, minder honger - Psychische effecten: minder angst en remmingen, zelfverzekerd, opgewekt en energiek gevoel, minder gevoel van vermoeidheid en honger
SIGNALEN VAN GEBRUIK	- Lichamelijk: geprikkeld neusslijmvlies, droge mond, uitputting - Psychisch: rusteloos, meer zelfvertrouwen en energie - Gedragmatig: agressie, opgefokt gedrag, geldproblemen
RISICO'S	- Korte termijn: uitputting, oververmoeidheid, hartkloppingen, ontsteking in het neusslijmvlies - Lange termijn: hart- en vaataandoeningen, chronische verkoudheid, verandering in persoonlijkheid, agressief en paranoïde gedrag

BIJZONDERHEDEN	• Door de korte, heftige effecten heeft cocaïne een groot verslavingsrisico. • Basecoke of crack is chemisch bewerkte cocaïne. Het zijn meestal witte of gele brokjes die gerookt kunnen worden
-----------------------	--

SPEED	
ANDERE BENAMINGEN	Amfetamine, S, pep, spit, rappe, stuifzand, spek, snel, dref, snelheid/snelle, snats
WERKZAME STOF	Amfetamine
UITERLIJK	Pil of poeder (vuilwit/gelige poeder met vaak sterke geur)
WIJZE VAN GEBRUIK	Snuiven, slikken of spuiten
PRIJS	€7 per gram
WERKING	Stimulerend
WERKINGSDUUR	De effecten zijn na een paar minuten (snuiven) tot 30 minuten (slikken) voelbaar en duren zo'n 5 tot 8 uur
EFFECTEN	• Lichamelijke effecten: stijging van hartslag, bloeddruk en lichaamstemperatuur, spieren spannen zich aan, stijve kaken en knarsetanden, kans op zweten, duizeligheid, misselijkheid en hoofdpijn • Psychische effecten: euforie, vermoeidheid en slaap worden onderdrukt, verhoogde alertheid, rusteloosheid, energiek, zelfverzekerd
SIGNALEN VAN GEBRUIK	• Lichamelijk: grote pupillen, droge mond, stijve kaken en knarsetanden, motorische onrust • Psychisch: gespannen, alert, energiek en rusteloos • Gedragmatig: zelfoverschatting, praat sneller, soms opgefokt, snel geïrriteerd en agressief, hyperactief
RISICO'S	• Korte termijn: angst, paranoia, oververhitting, hallucinaties (beestjes onder de huid), epileptische aanval, serotoninesyndroom • Lange termijn: hart- en vaatproblemen, leverschade, hersenschade, uitputting, verminderde weerstand, psychische klachten

<i>BIJZONDERHEDEN</i>	• Speed is vaak vermengd met andere stoffen (cafeïne, paracetamol). • Een speciale vorm is methamfetamine (crystal meth of ice): dit werkt 1,5 tot 2 keer zo sterk, werkt langer (6 tot 12 uur), en heeft ernstige gevolgen (hersenschade, groot risico op verslaving) • Het verslavingsrisico van speed is groot.
-----------------------	--

XTC	
<i>ANDERE BENAMINGEN</i>	X, E, pil, snoepje, smartie, knakker, of specifieke merknamen zoals Dolfijn, Sky of Mitsubishi
<i>WERKZAME STOF</i>	MDMA (methyleendioxymethylamfetamine)
<i>UITERLIJK</i>	Pillen in verschillende vormen en kleuren, vaak voorzien van een logo
<i>WIJZE VAN GEBRUIK</i>	Slikken
<i>PRIJS</i>	€3 per pil
<i>WERKING</i>	Stimulerend en hallucinogeen
<i>WERKINGSDUUR</i>	De effecten zijn na 15-60 minuten voelbaar en houden zo'n 4-6 uur aan
<i>EFFECTEN</i>	• Lichamelijke effecten: verhoging van bloeddruk en hartslag, verhoging van lichaamstemperatuur, droge mond, grote pupillen en rollende ogen, gespannen spieren, stijve kaken • Psychische effecten: euforisch, verliefd gevoel, je voelt je vrij, behoefte aan contact, praten en intimiteit, verhoogde alertheid, energiek gevoel
<i>SIGNALEN VAN GEBRUIK</i>	• Lichamelijk: trekkende kaakspieren, veel slikbewegingen maken, 'strak staan', grote pupillen • Psychisch: euforisch of verliefd gevoel • Gedragmatig: energiever, sneller intiem en vertrouwelijk met anderen
<i>RISICO'S</i>	• Korte termijn: uitdroging, oververhitting, uitputting, watervergiftiging, misselijkheid, epileptische aanval, kater (verdrietig/down, slechtgehumeurd, lichtgeraakt), serotoninesyndroom

BIJZONDERHEDEN	• Lange termijn: mogelijke verandering in de hersenen, aantasting van geheugen en concentratie, risico op depressie, hart- en vaatziekten, schade aan het gebit • Het uiterlijk van de pil zegt niets over de samenstelling ervan. De dosis MDMA in pillen kan daarom erg variëren. • Varianten zijn onder andere MDEA en MDA. MDA is meer hallucinogeen, MDEA is meer stimulerend. • Mensen raken niet snel verslaafd aan XTC, alhoewel je wel geestelijk afhankelijk kunt worden en tolerantie kunt ontwikkelen voor de effecten.
-----------------------	--

GHB	
ANDERE BENAMINGEN	G, dopje, buisje, vloeibare xtc, van de afkorting afgeleiden namen (geil hemels bronwater; gehaktbal)
WERKZAME STOF	GHB (gammahydroxybutyraat)
UITERLIJK	Kleur- en geurloze vloeistof met zoutige smaak
WIJZE VAN GEBRUIK	Drinken
PRIJS	Ongeveer €5 voor een buisje van 5 ml
WERKING	Verdovend
WERKINGSDUUR	De effecten zijn na 10-45 minuten voelbaar en houden 3 uur aan
EFFECTEN	• Lichamelijke effecten: vertraagde hartslag, verlaagde lichaamstemperatuur, slap gevoel in spieren, suf voelen, soms bewustzijnsverlies • Psychische effecten: kalm en ontspannen, vrolijk, seksueel gestimuleerd, soms verward of sprake van geheugenverlies
SIGNALLEN VAN GEBRUIK	• Lichamelijk: duizelig, misselijkheid en braken, spierspasmen • Psychisch: hallucinaties, (seksueel) ontremd, verward • Gedragmatig: slaperig en suf, bewustzijnsstoornissen (out gaan)

<i>RISICO'S</i>	• Korte termijn: out gaan of bewustzijn verliezen (door overdosering of combinatiegebruik), ademstilstand, misselijkheid en duizeligheid, (seksuele) ontremming, verwardheid • Lange termijn: mogelijke hersenschade, geheugenverlies, slaapstoornis
<i>BIJZONDERHEDEN</i>	• De dosering komt nauw en is snel te hoog, met name wanneer gecombineerd met andere (verdovende) middelen. • Het verslavingsrisico is zeer groot, onder andere vanwege tolerantie en de ernstige ontwenningsverschijnselen. Afkicken van GHB is riskant en moet onder medische begeleiding gebeuren.

OPIATEN	
<i>ANDERE BENAMINGEN</i>	Bruin, smack, hero, H, brown sugar, china white
<i>WERKZAME STOF</i>	Heroïne, morfine, codeïne, methadon
<i>UITERLIJK</i>	Grofwit of bruin korrelig poeder
<i>WIJZE VAN GEBRUIK</i>	Chinezen (opzuigen van vrijgekomen damp na verhitting) of spuiten
<i>PRIJS</i>	€30 per gram
<i>WERKING</i>	Verdovend
<i>WERKINGSDUUR</i>	De effecten zijn direct voelbaar en houden zo'n 4 uur aan
<i>EFFECTEN</i>	• Lichamelijke effecten: vertraagde hartslag en ademhaling, verlaging van de lichaamstemperatuur, suf, slaperig, voelt geen pijn meer • Psychische effecten: gelukzalig, warm, volledige ontspanning, onverschilligheid en emotionele vervlakking
<i>SIGNALLEN VAN GEBRUIK</i>	• Lichamelijk: vernauwde pupillen, suf en slaperig, langzame hartslag en ademhaling • Psychisch: voelt zich vrij van pijn en zorgen, ontspannen • Gedragmatig: traag, onverschillig, sterk in zichzelf gekeerd
<i>RISICO'S</i>	• Korte termijn: overdosis

<i>BIJZONDERHEDEN</i>	• Lange termijn: ontstekingen en besmetting met hiv/hepatitis • Het verslavingsrisico van heroïne is hoog, er wordt gebruik gemaakt van gebruikersruimte waarin veilig heroïne gebruikt kan worden of de persoon wordt ingesteld op methadon die via verstrekpunten bij verslavingszorg verkrijgbaar is.
-----------------------	---

PADDO'S	
<i>ANDERE BENAMINGEN</i>	Magic mushrooms, paddenstoelen, stones, tripknollen, psilo, truffels, sclerotia (truffels)
<i>WERKZAME STOF</i>	O.a. psilocine en psilocybine
<i>UITERLIJK</i>	Paddestoelen
<i>WIJZE VAN GEBRUIK</i>	Slikken of drinken (als thee)
<i>PRIJS</i>	€10 per portie
<i>WERKING</i>	Hallucinogeen
<i>WERKINGSDUUR</i>	De effecten zijn na 30-60 minuten voelbaar en houden 3 tot 6 uur aan
<i>EFFECTEN</i>	• Lichamelijke effecten: verwijde pupillen, transpireren, duizeligheid, misselijkheid • Psychische effecten: hallucinaties, verandering in zintuigelijke waarneming, stemming, tijdperceptie en denkprocessen
<i>SIGNALEN VAN GEBRUIK</i>	• Lichamelijk: verwijde pupillen, transpireren • Psychisch: hallucinaties, mogelijk angst, verwarring en paniek • Gedragmatig: contact met de werkelijkheid verloren
<i>RISICO'S</i>	• Korte termijn: misselijkheid, bad trip (paniek, angst, verwarring), vergiftiging door de verkeerde paddenstoelen te eten, psychose bij kwetsbare mensen • Lange termijn: onbekend

<i>BIJZONDERHEDEN</i>	- De effecten van paddo's hangen af van de genomen hoeveelheid, de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van de gebruiker en de situatie/omgeving waarin ze worden gebruikt. - Paddo's zijn bij de wet verboden. In smartshops worden setjes verkocht om de paddo's zelf te kweken.
-----------------------	--

LSD	
<i>ANDERE BENAMINGEN</i>	Papertrip, microdot, acid, tripje, zegeltje, suiker, liquid
<i>WERKZAME STOF</i>	LSD (lyserginezuurdi-ethylamide)
<i>UITERLIJK</i>	Kleur-, geer- en smaakloze vloeistof
<i>WIJZE VAN GEBRUIK</i>	Slikken
<i>PRIJS</i>	€5 per zegeltje
<i>WERKING</i>	Hallucinogeen
<i>WERKINGSDUUR</i>	De effecten zijn na 20 tot 30 minuten voelbaar en houden zo'n 6 tot 12 uur aan
<i>EFFECTEN</i>	- Lichamelijke effecten: verwijde pupillen, transpireren - Psychische effecten: hallucinaties, verandering in zintuigelijke waarneming, stemming, tijdperceptie en denkprocessen, synesthesie (horen van kleuren en zien van geluid)
<i>SIGNALLEN VAN GEBRUIK</i>	- Lichamelijk: grote pupillen, duizelig en misselijk, zweten - Psychisch: verandering in bewustzijnstoestand, verlies van grip op de werkelijkheid, moeite met focussen, verwarring, mogelijk spanning, angst en paniek - Gedragmatig: contact met de werkelijkheid verloren
<i>RISICO'S</i>	- Korte termijn: bad trip (paniek, angst, verwarring), psychose bij kwetsbare mensen - Lange termijn: flashbacks
<i>BIJZONDERHEDEN</i>	De effecten van LSD hangen af van de genomen hoeveelheid, de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van de gebruiker en de situatie/omgeving waarin ze worden gebruikt.

Bijlage II

Vragenlijst

Beste,

Vanuit ons afstuderen aan de opleiding Pedagogiek aan de HAN, Nijmegen, onderzoeken wij het middelenbeleid van Pluryn. Wij zijn Lianne Schneck en Anouk Schakenraad. Binnenkort zal een nieuwe middelenbeleid ingevoerd worden bij Pluryn. Aan de hand van ons onderzoek willen wij een implementatieplan en aanbevelingen schrijven voor het invoeren van dit nieuwe middelenbeleid. Hierbij richten wij ons op u als groepsopvoeder door middel van deze vragenlijst. Aan de hand van deze vragenlijst willen we graag per behandelgroep één interview afnemen bij een groepsopvoeder en één bij een jongere. Om op een zo goed mogelijke manier het nieuwe beleid te implementeren, is het belangrijk om te kijken naar de wensen en behoeftes van u als groepsopvoeder. Deze vragenlijst zal dan ook gaan over het middelengebruik bij u op de groep en het handelen hierbij. Onder het begrip middelen verstaan wij alcohol, soft- en harddrugs. Tabak valt hier niet onder. Zowel de resultaten van de vragenlijsten als van de interviews zullen geanonimiseerd worden. In deze vragenlijst is bij iedere vraag enkel de mogelijkheid om één antwoord te kiezen, behalve als het anders vermeld staat. Kies bij twijfel voor het antwoord dat het meest van toepassing is. Mocht u een vraag niet in willen vullen, dan kunt u deze overslaan. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten duren.

Alvast bedankt voor het invullen!

Lianne Schneck en Anouk Schakenraad

Leeftijd:

- ☐ 20 - 29 jaar
- ☐ 30 - 39 jaar
- ☐ 40 - 49 jaar
- ☐ 50 - 59 jaar
- ☐ 60 - 69 jaar

Ik ben:

- ☐ Begeleider
- ☐ Persoonlijk begeleider

Naam behandelgroep: ...

Wat is de leeftijd van de jongste en de oudste jongere op de groep: ... jaar en ... jaar

Wat is de verhouding jongeren op de groep: ... jongens en ... meisjes

1. Hoe vaak heeft u te maken met jongeren die onder invloed zijn door middelengebruik op de groep?

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Anders, namelijk:

2. Welke middelen worden gebruikt wanneer jongeren onder invloed zijn op de groep (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Alcohol
- ☐ Softdrugs (hasj en wiet)
- ☐ Harddrugs

3. Bent u bekend met de inhoud van het huidige middelenbeleid?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk:

4. Hoe vaak raadpleegt u de inhoud van het huidige middelenbeleid en de protocollen rondom middelengebruik?

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Jaarlijks
- ☐ Nooit

5. Hoe raadpleegt u het huidige middelenbeleid (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Via mail
- ☐ Via bestand op de computer
- ☐ Via intranet
- ☐ Via orthopedagoog/gedragswetenschapper
- ☐ Via collega
- ☐ Anders, namelijk:

6. Het huidige middelenbeleid is makkelijk te raadplegen.

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Neutraal
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Helemaal eens

7. Hoe zou u op de hoogte gebracht willen worden van de inhoud van het nieuwe middelenbeleid?

- ☐ Via de Wegwijzer
- ☐ Door middel van een presentatie
- ☐ Door middel van een training
- ☐ Anders, namelijk:

8. Hoe zou u het nieuwe middelenbeleid na publicatie willen raadplegen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Via de Wegwijzer
- ☐ Via de orthopedagoog/gedragswetenschapper
- ☐ Via een collega (eventueel aandachtsfunctionaris)
- ☐ Via een document op de groep/ het kantoor
- ☐ Op papier geprint voor mij individueel
- ☐ Anders, namelijk:

9. Wat is uw eerste reactie bij vermoeden en/of constatering van middelengebruik:

- ☐ In gesprek gaan met de cliënt
- ☐ Een sanctie opleggen
- ☐ Overleggen met een collega
- ☐ Naar de kamer sturen
- ☐ Anders, namelijk:

10. Wordt er als reactie op het middelengebruik van een jongere een maatregel door u ingezet (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Urinecontrole
- ☐ Kamercontrole
- ☐ Zakken controleren
- ☐ Anders, namelijk:

11. Voert u deze maatregel uit in overeenstemming met de jongere?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk:

12. Hoe vaak bespreekt u het middelengebruik met jongeren?

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Anders, namelijk:

13. Ik weet de redenen van het middelengebruik van de jongeren.

- ☐ Vaak
- ☐ Soms
- ☐ Nooit
- ☐ Anders, namelijk:

14. Wordt er door u gebruik gemaakt van hulpmiddelen om het middelengebruik bespreekbaar te maken met jongeren?

- ☐ Ja, namelijk:
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk:

15. Is er sprake van een verslaving aan middelen van jongeren bij u op de groep?

- ☐ Ja, namelijk:
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk:

16. De jongeren zijn zich bewust van eventuele verslavingen.

- ☐ Vaak
- ☐ Soms
- ☐ Nooit
- ☐ Anders, namelijk:

17. Ik vind het bespreekbaar maken van middelengebruik bij de jongeren moeilijk.

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Neutraal
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Helemaal eens

18. Ik bespreek de effecten van middelengebruik met de jongeren.

- ☐ Ja, ik heb hier voldoende informatie over
- ☐ Ja, maar zou hier meer informatie over willen
- ☐ Nee, want:
- ☐ Anders, namelijk:

19. Ik vind het moeilijk om jongeren die onder invloed zijn te zien.

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Neutraal
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Helemaal eens

20. Is er binnen de groep een aandachtsfunctionaris voor middelengebruik?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

21. Zou u meer kennis willen hebben over middelen?

- ☐ Ja, namelijk:
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk:

22. Zou u meer kennis willen hebben over de effecten van het gebruik van middelen op de jongeren?

- ☐ Ja, namelijk:
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk:

23. Hoe zou u meer kennis willen krijgen over het onderwerp middelengebruik (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Training
- E-learning
- Informatiefolder
- Presentatie van deskundige
- Anders, namelijk

24. Heeft u behoefte aan laagdrempelig contact met Iriszorg (verslavingszorg) als PB'er in de vorm van informatie of het stellen van vragen?

- Ja, maar dat heb ik op dit moment nog niet
- Ja, dit heb ik al
- Nee
- Anders, namelijk:

In het nieuwe beleid staat beschreven dat volwassen cliënten alcohol en softdrugs mogen gebruiken, mits het algemeen maatschappelijk functioneren niet beïnvloed wordt door de middelen.

25. Wanneer is er volgens u sprake van negatieve beïnvloeding in het algemeen maatschappelijk functioneren van de jongeren?

26. Waar ligt voor u de grens met betrekking tot het gedrag van de jongeren die onder de invloed zijn op de groep?

27. Hoe handelt u preventief met betrekking tot middelengebruik?

28. Hoe handelt u als u middelgebruik op langere termijn constateert bij een jongere?

29. Wanneer kiest u ervoor om de clusterleider en/of gedragswetenschapper te informeren over het middelengebruik?

30. Wat denkt u zelf nog nodig (kennis, vaardigheden en/of hulpmiddelen) te hebben om aan te sluiten bij het middelengebruik van de jongeren?

Heeft u nog eventuele opmerkingen met betrekking tot deze vragenlijst?

Hartelijk dank voor het invullen!

Bijlage III

Interviewguides groepsopvoeders

Interviewgide groepsopvoeders R1

Inleiding: Kennismaking, algemene informatie en ruimte voor vragen (5 min.)

- Voorstellen, wie zijn wij en wat doen we hier?
- Korte introductie onderwerp
- Waarborgen anonimiteit: Hoe waarborgen wij de privacy en wat doen we met de resultaten van het interview
- Toestemmingsformulier opnames: Wettelijk gezien moet er toestemming gegeven worden.
- Mogen wij het interview opnemen?
- Als u tijdens het interview wilt stoppen, dan kan u dit aangeven.
- Wij zitten hier met z'n tweeën. Eén van ons zal het interview afnemen en de ander zit ernaast om te zorgen dat de opnames goed verlopen. Als er vragen vanuit haar zijn zal ze deze stellen.
- Het interview zal ongeveer 30 minuten duren.
- Doel: inzicht in wat groepsopvoeders nodig hebben wanneer het middelenbeleid geïmplementeerd wordt.
- Heeft u vooraf nog vragen?

Kern: Tijdsduur ongeveer 20 minuten.

Onderwerp: Middelengebruik op de groep

- Kunt u me iets vertellen over middelengebruik bij jullie op de groep?
- Kunt u zich een gebeurtenis herinneren die te maken had met middelengebruik als alcohol of drugs??
- Kunt u een gedetailleerde beschrijving geven van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs?
- U gaf net een voorbeeld van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs. Kunt u aangeven wat er door u en uw collega's op dat moment allemaal gedaan en ingezet werd?
- Waarop is de keuze gebaseerd om op deze manier te handelen?
- Wat dacht u toen? Hoe reageerde u toen? Heeft u deze situatie zelf ook wel eens meegemaakt?
- Wat vindt u van de wijze waarop er op dit moment omgegaan wordt met middelengebruik als alcohol en drugs op de groep?
- Hoe denkt u dat de jongeren aankijken tegen de begeleiding van jullie als groepsopvoeders op het middelengebruik op de groep?

Onderwerp: Implementatie

- Op welke manier kan er volgens u draagvlak gecreëerd worden voor het nieuwe beleid binnen uw team?

Wij gaan een implementatieplan maken voor het nieuwe middelenbeleid. Voor implementeren zijn er vier basisstrategieën.

- Welke van deze strategieën voor implementatie past het best in uw team?

	Veel draagvlak	Weinig draagvlak
Duidelijk plan	Uitvoeringstrategie	<i>Participatiestrategie</i>
Onduidelijk plan	<i>Vormingsstrategie</i>	Groeistrategie

1. De uitvoeringstrategie is een kwestie van gewoon doen, waarbij de verandering overzichtelijk en niet bijzonder ingrijpend is. 2. De participatiestrategie is helder, maar heeft nog weinig draagvlak. 3. De vormingsstrategie heeft een onzeker plan en resultaat, maar geen weerstand. 4. Bij de groeistrategie is zowel het plan als de medewerking onzeker. Het vertrouwen en de uitvoering moeten groeien.

Onderwerp: Vragen a.d.h.v. de vragenlijst

Uitleg: Aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst volgen hier enkele vragen.

- Jullie als groep vonden dat het huidige middelenbeleid niet heel makkelijk te raadplegen is. Wat is de reden hiervan?
- Hoe komt het dat er op de groep niet altijd gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen bij het bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren?
- Wat doen jullie als groepsopvoeders eraan om jongeren bewust te maken van verslavingen?
- Er is aangegeven behoefte te zijn aan laagdrempelig contact met Iriszorg. Wat zou dit opleveren?
- Vanuit de vraag of u nog meer kennis, vaardigheden of hulpmiddelen nodig zijn blijkt bij jullie groep dat jullie sterk de behoefte hebben aan kaders vanuit het beleid. Hoe ziet dit er voor u uit?

Afronding: Tijdsduur ongeveer 5 minuten

- Heeft u nog aanvullingen op dit interview?
- Heeft u nog vragen?
- Hoe vond u het gaan?
- Heeft u nog tips voor mij voor een volgend interview?
- Dit interview zal letterlijk uitgetypt worden en vervolgens anoniem verwerkt worden.
- Bedankt dat u tijd heeft vrijgemaakt voor het interview!

Interviewgide groepsopvoeders R2

Inleiding: Kennismaking, algemene informatie en ruimte voor vragen (5 min.)

- Voorstellen, wie zijn wij en wat doen we hier?
- Korte introductie onderwerp
- Waarborgen anonimiteit: Hoe waarborgen wij de privacy en wat doen we met de resultaten van het interview
- Toestemmingsformulier opnames: Wettelijk gezien moet er toestemming gegeven worden.
- Mogen wij het interview opnemen?
- Als u tijdens het interview wilt stoppen, dan kan u dit aangeven.
- Wij zitten hier met z'n tweeën. Eén van ons zal het interview afnemen en de ander zit ernaast om te zorgen dat de opnames goed verlopen. Als er vragen vanuit haar zijn zal ze deze stellen.
- Het interview zal ongeveer 30 minuten duren.
- Doel: inzicht in wat groepsopvoeders nodig hebben wanneer het middelenbeleid geïmplementeerd wordt.
- Heeft u vooraf nog vragen?

Kern: Tijdsduur ongeveer 20 minuten.

Onderwerp: Middelengebruik op de groep

- Kunt u me iets vertellen over middelengebruik bij jullie op de groep?
- Kunt u zich een gebeurtenis herinneren die te maken had met middelengebruik als alcohol of drugs??
- Kunt u een gedetailleerde beschrijving geven van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs?
- U gaf net een voorbeeld van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs. Kunt u aangeven wat er door u en uw collega's op dat moment allemaal gedaan en ingezet werd?
- Waarop is de keuze gebaseerd om op deze manier te handelen?
- Wat dacht u toen? Hoe reageerde u toen? Heeft u deze situatie zelf ook wel eens meegemaakt?
- Wat vindt u van de wijze waarop er op dit moment omgegaan wordt met middelengebruik als alcohol en drugs op de groep?
- Hoe denkt u dat de jongeren aankijken tegen de begeleiding van jullie als groepsopvoeders op het middelengebruik op de groep?

Onderwerp: Implementatie

- Op welke manier kan er volgens u draagvlak gecreëerd worden voor het nieuwe beleid binnen uw team?

Wij gaan een implementatieplan maken voor het nieuwe middelenbeleid. Voor implementeren zijn er vier basisstrategieën.

- Welke van deze strategieën voor implementatie past het best in uw team?

	Veel draagvlak	Weinig draagvlak
Duidelijk plan	Uitvoeringstrategie	<i>Participatiestrategie</i>
Onduidelijk plan	<i>Vormingsstrategie</i>	<i>Groeistrategie</i>

1. De uitvoeringsstrategie is een kwestie van gewoon doen, waarbij de verandering overzichtelijk en niet bijzonder ingrijpend is. 2. De participatiestrategie is helder, maar heeft nog weinig draagvlak. 3. De vormingsstrategie heeft een onzeker plan en resultaat, maar geen weerstand. 4. Bij de groeistrategie is zowel het plan als de medewerking onzeker. Het vertrouwen en de uitvoering moeten groeien.

Onderwerp: Vragen a.d.h.v. de vragenlijst

Uitleg: Aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst volgen hier enkele vragen.

- Hoe komt het dat er door de helft van de medewerkers gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen bij het bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren?
- Wat doen jullie als groepsopvoeders eraan om jongeren bewust te maken van verslavingen?
- Er is aangegeven behoefte te zijn aan laagdrempelig contact met Iriszorg. Wat zou dit opleveren?
- Binnen het team is aangegeven behoefte te zijn aan meer kennis over middelen en de effecten. Hoe is hier eerder aandacht aan besteed?

Afronding: Tijdsduur ongeveer 5 minuten

- Heeft u nog aanvullingen op dit interview?
- Heeft u nog vragen?
- Hoe vond u het gaan?
- Heeft u nog tips voor mij voor een volgend interview?
- Dit interview zal letterlijk uitgetypt worden en vervolgens anoniem verwerkt worden.
- Bedankt dat u tijd heeft vrijgemaakt voor het interview!

Interviewgide groepsopvoeders R3

Inleiding: Kennismaking, algemene informatie en ruimte voor vragen (5 min.)

- Voorstellen, wie zijn wij en wat doen we hier?
- Korte introductie onderwerp
- Waarborgen anonimiteit: Hoe waarborgen wij de privacy en wat doen we met de resultaten van het interview
- Toestemmingsformulier opnames: Wettelijk gezien moet er toestemming gegeven worden.
- Mogen wij het interview opnemen?
- Als u tijdens het interview wilt stoppen, dan kan u dit aangeven.
- Wij zitten hier met z'n tweeën. Eén van ons zal het interview afnemen en de ander zit ernaast om te zorgen dat de opnames goed verlopen. Als er vragen vanuit haar zijn zal ze deze stellen.
- Het interview zal ongeveer 30 minuten duren.
- Doel: inzicht in wat groepsopvoeders nodig hebben wanneer het middelenbeleid geïmplementeerd wordt.
- Heeft u vooraf nog vragen?

Kern: Tijdsduur ongeveer 20 minuten.

Onderwerp: Middelengebruik op de groep

- Kunt u me iets vertellen over middelengebruik bij jullie op de groep?
- Kunt u zich een gebeurtenis herinneren die te maken had met middelengebruik als alcohol of drugs??
- Kunt u een gedetailleerde beschrijving geven van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs?
- U gaf net een voorbeeld van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs. Kunt u aangeven wat er door u en uw collega's op dat moment allemaal gedaan en ingezet werd?
- Waarop is de keuze gebaseerd om op deze manier te handelen?
- Wat dacht u toen? Hoe reageerde u toen? Heeft u deze situatie zelf ook wel eens meegemaakt?
- Wat vindt u van de wijze waarop er op dit moment omgegaan wordt met middelengebruik als alcohol en drugs op de groep?
- Hoe denkt u dat de jongeren aankijken tegen de begeleiding van jullie als groepsopvoeders op het middelengebruik op de groep?

Onderwerp: Implementatie

- Op welke manier kan er volgens u draagvlak gecreëerd worden voor het nieuwe beleid binnen uw team?

Wij gaan een implementatieplan maken voor het nieuwe middelenbeleid. Voor implementeren zijn er vier basisstrategieën.

- Welke van deze strategieën voor implementatie past het best in uw team?

	Veel draagvlak	Weinig draagvlak
Duidelijk plan	Uitvoeringsstrategie	Participatiestrategie
Onduidelijk plan	Vormingsstrategie	Groeistrategie

1. De uitvoeringsstrategie is een kwestie van gewoon doen, waarbij de verandering overzichtelijk en niet bijzonder ingrijpend is. 2. De participatiestrategie is helder, maar heeft nog weinig draagvlak. 3. De vormingsstrategie heeft een onzeker plan en resultaat, maar geen weerstand. 4. Bij de groeistrategie is zowel het plan als de medewerking onzeker. Het vertrouwen en de uitvoering moeten groeien.

Onderwerp: Vragen a.d.h.v. de vragenlijst

Uitleg: Aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst volgen hier enkele vragen.

- Uit de vragenlijsten is gebleken dat jullie niet bekend zijn met de inhoud van het huidige middelenbeleid. Hoe komt dit?
- Jullie als groep vonden dat het huidige middelenbeleid niet heel makkelijk te raadplegen is. Wat is de reden hiervan?
- Hoe komt het dat er op de groep niet altijd gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen bij het bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren?
- Wat doen jullie als groepsopvoeders eraan om jongeren bewust te maken van verslavingen?
- Er is aangegeven behoefte te zijn aan laagdrempelig contact met Iriszorg. Wat zou dit opleveren?
- Binnen het team is aangegeven behoefte te zijn aan meer kennis over middelen en de effecten. Hoe is hier eerder aandacht aan besteed?

Afronding: Tijdsduur ongeveer 5 minuten

- Heeft u nog aanvullingen op dit interview?
- Heeft u nog vragen?
- Hoe vond u het gaan?
- Heeft u nog tips voor mij voor een volgend interview?
- Dit interview zal letterlijk uitgetypt worden en vervolgens anoniem verwerkt worden.
- Bedankt dat u tijd heeft vrijgemaakt voor het interview!

Interviewgide groepsopvoeders R4

Inleiding: Kennismaking, algemene informatie en ruimte voor vragen (5 min.)

- Voorstellen, wie zijn wij en wat doen we hier?
- Korte introductie onderwerp
- Waarborgen anonimiteit: Hoe waarborgen wij de privacy en wat doen we met de resultaten van het interview
- Toestemmingsformulier opnames: Wettelijk gezien moet er toestemming gegeven worden.
- Mogen wij het interview opnemen?
- Als u tijdens het interview wilt stoppen, dan kan u dit aangeven.
- Wij zitten hier met z'n tweeën. Eén van ons zal het interview afnemen en de ander zit ernaast om te zorgen dat de opnames goed verlopen. Als er vragen vanuit haar zijn zal ze deze stellen.
- Het interview zal ongeveer 30 minuten duren.
- Doel: inzicht in wat groepsopvoeders nodig hebben wanneer het middelenbeleid geïmplementeerd wordt.
- Heeft u vooraf nog vragen?

Kern: Tijdsduur ongeveer 20 minuten.

Onderwerp: Middelengebruik op de groep

- Kunt u me iets vertellen over middelengebruik bij jullie op de groep?
- Kunt u zich een gebeurtenis herinneren die te maken had met middelengebruik als alcohol of drugs??
- Kunt u een gedetailleerde beschrijving geven van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs?
- U gaf net een voorbeeld van een situatie waarbij cliënten gebruik maakte van alcohol of drugs. Kunt u aangeven wat er door u en uw collega's op dat moment allemaal gedaan en ingezet werd?
- Waarop is de keuze gebaseerd om op deze manier te handelen?
- Wat dacht u toen? Hoe reageerde u toen? Heeft u deze situatie zelf ook wel eens meegemaakt?
- Wat vindt u van de wijze waarop er op dit moment omgegaan wordt met middelengebruik als alcohol en drugs op de groep?
- Hoe denkt u dat de jongeren aankijken tegen de begeleiding van jullie als groepsopvoeders op het middelengebruik op de groep?

Onderwerp: Implementatie

- Op welke manier kan er volgens u draagvlak gecreëerd worden voor het nieuwe beleid binnen uw team?

Wij gaan een implementatieplan maken voor het nieuwe middelenbeleid. Voor implementeren zijn er vier basisstrategieën.

- Welke van deze strategieën voor implementatie past het best in uw team?

	Veel draagvlak	Weinig draagvlak
Duidelijk plan	Uitvoeringstrategie	<i>Participatiestrategie</i>
Onduidelijk plan	<i>Vormingsstrategie</i>	Groeistrategie

1. De uitvoeringsstrategie is een kwestie van gewoon doen, waarbij de verandering overzichtelijk en niet bijzonder ingrijpend is. 2. De participatiestrategie is helder, maar heeft nog weinig draagvlak. 3. De vormingsstrategie heeft een onzeker plan en resultaat, maar geen weerstand. 4. Bij de groeistrategie is zowel het plan als de medewerking onzeker. Het vertrouwen en de uitvoering moeten groeien.

Onderwerp: Vragen a.d.h.v. de vragenlijst

Uitleg: Aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst volgen hier enkele vragen.

- Er is aangegeven dat er maandelijks of per situatie afhankelijk gesproken wordt over middelengebruik. Hoe komt dit?
- Hoe komt het dat er op de groep niet altijd gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen bij het bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren?
- Binnen het team is aangegeven behoefte te zijn aan meer kennis over middelen en de effecten. Hoe is hier eerder aandacht aan besteed?

Afronding: Tijdsduur ongeveer 5 minuten

- Heeft u nog aanvullingen op dit interview?
- Heeft u nog vragen?
- Hoe vond u het gaan?
- Heeft u nog tips voor mij voor een volgend interview?
- Dit interview zal letterlijk uitgetypt worden en vervolgens anoniem verwerkt worden.
- Bedankt dat u tijd heeft vrijgemaakt voor het interview!

Bijlage IV

Interviewguide jongeren

Interviewguide jongeren

- Wat vinden de jongeren belangrijk bij de aanpak van middelengebruik binnen hun behandeling?
- Hoe zien jongeren de rol van de groepsopvoeders met betrekking tot middelengebruik?

Inleiding. Tijdsduur: 5 minuten.

- Voorstellen, wie zijn wij en wat doen we hier?
- Korte introductie onderwerp
- Waarborgen anonimiteit: Hoe waarborgen wij de privacy en wat doen we met de resultaten van het interview
- Toestemmingsformulier opnames: Wettelijk gezien moet er toestemming gegeven worden.
- Mogen wij het interview opnemen?
- Als je tijdens het interview wilt stoppen, dan kan je dit aangeven.
- Wij zitten hier met z'n tweeën. Eén van ons zal het interview afnemen en de ander zit ernaast om te zorgen dat de opnames goed verlopen. Als er vragen vanuit haar zijn zal ze deze stellen.
- Het Interview zal ongeveer 15 minuten duren.
- Doel: We willen graag weten wat jij belangrijk vindt rondom het onderwerp alcohol en drugs op de groep en hoe jij vindt dat de begeleiding hierin moet zijn.
- Heb je vooraf nog vragen?

Kern. Tijdsduur: 10 minuten.

Het interview gaat beginnen.

Onderwerp: Behoeftte jongere bij aanpak middelengebruik bij de behandeling

Uitleg: We zijn benieuwd wat jij belangrijk vindt in jouw behandeling op de groep bij het onderwerp alcohol en drugs.

- Wordt er bij jou op de groep wel eens met jou gepraat over alcohol en drugs?
- Zo ja, waar hebben jullie het dan over?
- Zo ja, waar en hoe vinden deze gesprekken plaats?
- Welke onderwerpen mis jij hierin?
- Wat vind je van deze gesprekken?
- Wanneer heb jij last van iemand anders die drugs of alcohol heeft gebruikt op de groep?
- Wat wordt er op dat moment gedaan door de groepsleiding? (situatie)
- Wat vind jij belangrijk om op de groep te leren over alcohol en drugs?

Afsluitende samenvatting

Onderwerp: Rol groepsopvoeders volgens jongere m.b.t. middelengebruik

Uitleg: We zijn benieuwd naar wat jij vindt dat de rol van de groepsleiding is wanneer er alcohol of drugs op de groep is.

- Wat vind jij dat de rol van de groepsleiding is wanneer er alcohol of drugs op de groep is?
- Wat vind jij belangrijk dat de groepsleiding doet wanneer iemand dronken of stoned of onder invloed is?
- Wat gebeurt er op zo'n moment? (situatie)
- Wat vind jij dat groepsleiding moet doen als iemand te vaak drugs of alcohol gebruikt? Wat vind jij te vaak?

Afsluitende samenvatting

Afronding. Tijdsduur: 3 minuten

- Heb jij nog aanvullingen op dit interview?
- Heb je nog vragen?
- Hoe vond je het gaan?
- Dit interview zal letterlijk uitgetypt worden en vervolgens anoniem verwerkt worden.
- bedankt dat je tijd hebt vrijgemaakt voor het interview!

Bijlage V

Uitwerking vragenlijsten

Leeftijd:

15	20 - 29 jaar
12	30 - 39 jaar
5	40 - 49 jaar
2	50 - 59 jaar
0	60 - 69 jaar

Ik ben:

9	Begeleider
23	Persoonlijk begeleider
2	Stagiaire

Wat is de leeftijd van de jongste en de oudste jongere op de groep: 12 jaar en 22 jaar

Wat is de verhouding jongeren op de groep: 46 jongens en 24 meisjes

1. Hoe vaak heeft u te maken met jongeren die onder invloed zijn door middelengebruik op de groep?

- | | |
|----|--|
| 10 | Dagelijks |
| 8 | Wekelijks |
| 7 | Maandelijks |
| 9 | Anders, namelijk: <i>Op dit moment nauwelijks. Misschien met stappen wat alcohol. Hangt af van de jongeren die we in huis hebben. Momenteel ligt de leeftijd van de jongeren op de groep wat lager. Paar keer per jaar, zelden. Volgens mij is hier nu een doelgroep binnen die (nog) niet gebruikt.</i> |

2. Welke middelen worden gebruikt wanneer jongeren onder invloed zijn op de groep (meerdere antwoorden mogelijk)?

- | | |
|----|--|
| 29 | Alcohol |
| 30 | Softdrugs (hasj en wiet) |
| 8 | Harddrugs: <i>Onduidelijk, maar wel vermoedens</i> |

3. Bent u bekend met de inhoud van het huidige middelenbeleid?

- | | |
|----|--|
| 23 | Ja |
| 5 | Nee: <i>Niet met de inhoud (exact), wel met het bestaan.</i> |
| 5 | Anders, namelijk: <i>Grote lijnen. Deels. Niet alle middelen zijn mij bekend. Gedeeltelijk, iedere groep hanteert het ook weer anders.</i> |

4. Hoe vaak raadpleegt u de inhoud van het huidige middelenbeleid en de protocollen rondom middelengebruik?

- | | |
|----|---|
| 0 | Dagelijks |
| 1 | Wekelijks |
| 7 | Maandelijks: <i>Afhankelijk van de situatie maandelijks of jaarlijks.</i> |
| 19 | Jaarlijks: <i>Wanneer het actueel is vaker. Wanneer van toepassing.</i> |
| 9 | Nooit: <i>Staat op mijn to-do lijst.</i> |

5. Hoe raadpleegt u het huidige middelenbeleid (meerdere antwoorden mogelijk)?

- 1 Via mail
- 3 Via bestand op de computer
- 23 Via intranet: *Wegwijzer*.
- 14 Via orthopedagoog/gedragswetenschapper
- 11 Via collega
- 9 Anders, namelijk: *Map. Klapper op kantoor. ABC klapper. Overleg met team/orthopedagoog. Nooit. Wegwijzer. Aanbod gekomen tijdens trainingen.*

6. Het huidige middelenbeleid is makkelijk te raadplegen.

- 3 Helemaal oneens
- 1 Een beetje oneens
- 19 Neutraal: *Wellicht zou het "makkelijker te vinden" zijn als we het uitgeprint in onze paarse klapper zouden hebben.*
- 7 Een beetje eens
- 4 Helemaal eens

7. Hoe zou u op de hoogte gebracht willen worden van de inhoud van het nieuwe middelenbeleid?

- 9 Via de Wegwijzer
- 21 Door middel van een presentatie
- 10 Door middel van een training
- 3 Anders, namelijk: *Mail. Via vergadering, mededeling vanuit organisatie. Update melding via mail of orthopedagoog.*

8. Hoe zou u het nieuwe middelenbeleid na publicatie willen raadplegen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- 18 Via de Wegwijzer
- 16 Via de orthopedagoog/gedragswetenschapper
- 7 Via een collega (eventueel aandachtsfunctionaris)
- 16 Via een document op de groep/ het kantoor
- 5 Op papier geprint voor mij individueel
- 0 Anders, namelijk:

9. Wat is uw eerste reactie bij vermoeden en/of constatering van middelengebruik:

- 25 In gesprek gaan met de cliënt: *Mits nog mogelijk.*
- 0 Een sanctie opleggen
- 14 Overleggen met een collega
- 8 Naar de kamer sturen: *Naar de kamer sturen als ze onder invloed zijn. En op een later moment gesprek aan gaan.*
- 0 Anders, namelijk: *Confrontatie met vermoedens.*

10. Wordt er als reactie op het middelengebruik van een jongere een maatregel door u ingezet (meerdere antwoorden mogelijk)?

- 3 Urinecontrole
- 11 Kamercontrole: *Als er iets uitgezet is. Vaak onduidelijk beleid. Als het nodig is met toestemming controle kamer of tas. Alleen in overleg met orthopedagoog.*
- 5 Zakken controleren
- 23 Anders, namelijk: *Afspraak: Onder invloed is naar de kamer. PB-er voet gesprek met jongere en overlegt met orthopedagoog. In behandeling opnemen. Eén op één gesprek. Afspraken en informatief. In gesprek blijven.*

Hangt af van verschillende factoren: herhaling, ernst, etc. Overleg hoe verder de dag. Indien nodig controle. Nee. Geen. Gesprekken. Situatie afhankelijk. In gesprek gaan, motiveren om het niet te doen, informeren over consequenties voor werk, omgaan met anderen, gezondheid. Bovenstaand wanneer hiervoor toestemming voor is vanuit gedragswetenschapper + eventueel jongere. Eerst overleggen met ortho/clusterleider. Dit hangt af van de situatie. Afhankelijk van de gemaakte afspraken in overleg orthopedagoog. Afhankelijk situatie wat ik inzet. Soms geen van allen, soms wel. Komt het eenmalig voor? Is er echt een probleem? Hoe open is een jongere? etc. etc. Nabijheid vergroten, duidelijke kaders/afspraken. Naar kamer, afhankelijk van de situatie.

11. Voert u deze maatregel uit in overeenstemming met de jongere?

20 Ja

6 Nee

8 Anders, namelijk: *Ja en nee. We hebben niet iets concreets. N.V.T. Geen idee. Ligt aan de casus. Meestal wel, maar in een enkel geval moet er een kamer controle zijn i.o.v. orthopedagoog en als zij zeggen dat het mag zonder toestemming, maar zicht jongeren dan gebeurt dit. Maar dit heb ik eigenlijk nog nooit meegemaakt. In overeenstemming met orthopedagoog*

12. Hoe vaak bespreekt u het middelengebruik met jongeren?

6 Dagelijks

12 Wekelijks

8 Maandelijks

10 Anders, namelijk: *Wanneer er in ernstige mate gebruikt wordt. Ligt aan wat er speelt op de groep. Ligt aan wat je weet van het gebruik en de transparantie van de jongeren. Op het moment dat er vermoedens zijn. Op dit moment niet, omdat het niet actueel is. Afhankelijk van de situatie. Afhankelijk van de casus. Tenzij het zich vaker/problematisch voor doet.*

13. Ik weet de redenen van het middelengebruik van de jongeren.

14 Vaak: *D.m.v. gespreksvoering en de achtergrond informatie. Deze link is vaak wel te leggen.*

17 Soms

1 Nooit

2 Anders, namelijk: *Mochten er jongeren zijn die middelen gebruiken, zou ik er wel achter willen komen.*

14. Wordt er door u gebruik gemaakt van hulpmiddelen om het middelengebruik bespreekbaar te maken met jongeren?

15 Ja, namelijk: *Soms door test, in overleg met gedragswetenschapper. Iets op tv, internet of in de media. Kennis, gesprekstechnieken. Bezoek Iriszorg op groep. Handvatten die terugkomen in beleid. Spellen op de groep. Folders. We hebben wel eens een voorlichting voor de jongeren gehad, preventief. Schaalvragen, spanningsmeter. Wanneer er bijv. een programma op tv is is dat een opening voor een gesprek.*

16 Nee: *wel voor de toekomst, ik werk hier net. Dit zouden we meer kunnen inzetten/gebruik van kunnen maken, zoals TRIP.*

3 Anders, namelijk: *Niet altijd*

15. Is er sprake van een verslaving aan middelen van jongeren bij u op de groep?
- 15 Ja, namelijk: *Roken, gokken, blowen (lichtelijk). Wiet. Dagelijks gebruik. Energy. Cannabis. Softdrugs. Alcohol. Drugs, zowel soft als hard. Eén cliënt bij Iriszorg, meerdere cliënten blowen dagelijks.*
 - 16 Nee
 - 4 Anders, namelijk: *Twijfel. Vermoedens van softdrugs. Roken. Geen zicht op wanneer dit bespreekbaar is. Mogelijk wat gameverslaving.*
16. De jongeren zijn zich bewust van eventuele verslavingen.
- 7 Vaak
 - 27 Soms: *Oorzaak en gevolg zijn voor deze jongeren vaak moeilijk te overzien.*
 - 0 Nooit
 - 2 Anders, namelijk: *Wel bewust, geen gevolg aan bewustzijn gegeven. Bagataliseren dit makkelijk.*
17. Ik vind het bespreekbaar maken van middelengebruik bij de jongeren moeilijk.
- 16 Helemaal oneens
 - 16 Een beetje oneens
 - 1 Neutraal
 - 1 Een beetje eens
 - 0 Helemaal eens
18. Ik bespreek de effecten van middelengebruik met de jongeren.
- 26 Ja, ik heb hier voldoende informatie over: *Meer input is altijd welkom!*
 - 8 Ja, maar zou hier meer informatie over willen
 - 0 Nee, want:
 - 0 Anders, namelijk:
19. Ik vind het moeilijk om jongeren die onder invloed zijn te zien.
- 9 Helemaal oneens
 - 10 Een beetje oneens
 - 9 Neutraal
 - 4 Een beetje eens: *Jongeren die door drugs psychotisch zijn vind ik lastig in te schatten dus dit maakt het wel lastig om de veiligheid te kunnen waarborgen.*
 - 1 Helemaal eens
20. Is er binnen de groep een aandachtsfunctionaris voor middelengebruik?
- 10 Ja
 - 15 Nee
 - 9 Weet ik niet
21. Zou u meer kennis willen hebben over middelen?
- 16 Ja, namelijk: *Voorlichting/herkenning. Cursus. Nooit verkeerd, dan wel gekoppeld met onderstaande vraag. Alle soorten, effecten, etc. Middelen blijven zich ontwikkelen, dus de begeleider ook. Protocol. We hebben afgelopen jaar een cursus gehad. Hoe om te gaan met.... Meer in zicht in de middelen. De "nieuwe" harddrugssoorten. Nog meer handvatten hoe je het kan voorkomen of tegen gaan, wat we nu doen werkt niet genoeg. Altijd handig. Alle soorten en bijwerkingen. Actuele kennis over "nieuwe" middelen. Nieuwe middelen als die zich voordoen, maar google helpt ons ook veel indien nodig. Algemene kennis. Ik denk dat het belangrijk is om aandacht te*

blijven besteden hieraan, aangezien er zoveel nieuwe middelen op de markt komen.

12 Nee

5 Anders, namelijk: *Manieren om cliënt overtuigen van niet gebruiken. Als we vragen hebben. Denk dat het wel te vinden is, maar nog niet naar gezocht.*

22. Zou u meer kennis willen hebben over de effecten van het gebruik van middelen op de jongeren?

17 Ja, namelijk: *Langer termijn. Cursus. In combinatie met bepaalde problematieken/invloed medicatiegebruik. Als het speelt en wij vragen hebben. Blijft altijd interessant. Wat als het mis gaat. Meer informatie over hoe bij LVB'ers het werkt. De gevaren (Bijv. in combinatie met medicatie). Combinatie stoornis + medicatie. Altijd handig.*

15 Nee

2 Anders, namelijk: *Reden waarom men gebruikt. Blijven herhalen.*

23. Hoe zou u meer kennis willen krijgen over het onderwerp middelengebruik (meerdere antwoorden mogelijk)?

14 Training

11 E-learning

4 Informatiefolder

25 Presentatie van deskundige: *In combinatie met praktijkplan + eventueel deskundige, ook voor jongeren. Kan je ook vragen stellen. Jaarlijks terugkomend.*

1 Anders, namelijk: *Een duidelijker protocol, meer overeenstemming tussen orthopedagoog, handelingswijze en wat mogelijkheden zijn.*

24. Heeft u behoefte aan laagdrempelig contact met Iriszorg (verslavingszorg) als PB'er in de vorm van informatie of het stellen van vragen?

17 Ja, maar dat heb ik op dit moment nog niet: *Zou een mooie mogelijkheid zijn.*

8 Ja, dit heb ik al: *Sinds kort. Een beetje. Ervaren en toen kwam hier ook een SPV'er om ons te ondersteunen. Nog niet zo lang geleden training gehad. Is in het team voorgekomen dat een medewerker training/voorlichting kwam geven.*

3 Nee

5 Anders, namelijk: *Mijn PB-jongeren maken geen gebruik van deze middelen, maar als ze dat wel doen dan zou ik 't wel willen. Voor dit moment niet, wellicht voor in de toekomst. Ben geen PB'er maar contact lijkt me altijd goed. Mijn inziens is dit er al.. als wij vragen hebben kunnen wij ze altijd raadplegen in het algemeen.*

25. Wanneer is er volgens u sprake van negatieve beïnvloeding in het algemeen maatschappelijk functioneren van de jongeren?

P1: - Wanneer dagelijkse disciplines/afspraken niet meer worden gedaan

Omgeving + persoon heeft er last van in bezighouden

P2: Als er niet aan behandeling toegekomen kan worden

P3: - Niet meer naar dagbesteding gaan

Onttrekken aan de behandeling

P4: - Wanneer verplichtingen niet worden nagekomen

Wanneer je er medebewoners bij betreft

P5: Als jongeren niet meer naar dagbesteding gaan, zich onttrekken aan behandeling, geldproblemen krijgen, criminele circuit ingaan.

P6: Wanneer het motivatie tot behandeling, ontwikkeling jongere tegenwerkt. Wanneer het het actief betrekken van andere groepsgenoten bij gebruik betreft.

P7: Bij overlast. Verspreiding: Jongeren erbij mee sleuren om mee te doen. Dagelijkse routine verslechterd. School/werk lijdt eronder. Niet accepteren dat hij/zij probleem heeft.

P8: Zo gauw een jongere zo onder invloed is dat het zijn/haar normaal laagdrempelig functioneren in de weg staat.

P9: Verantwoordelijkheden niet nakomen → werk, school, etc. Niet voor rede vatbaar. Niet te stoppen in druk gedrag. Kort lontje.

P10: Zodra het middelengebruik de oorzaak blijkt van het niet functioneren.

P11: Zodra school, werk eronder gaat leiden. Ze zich slecht voelen door depressieve gedachten etc.

P12: Als de omgeving of het kind er last van krijgt. Preventie heeft altijd de voorkeur.

P13: -

P14: Wanneer jongeren zich niet meer aan hun dagelijkse structuur houden, werk/school, niet meer luisteren naar regels en afspraken. Ze elkaar negatief mee beïnvloeden. Wanneer het overslaat in handel.

P15: Niet (meer) naar school en werk gaan. Criminele activiteiten. Sociale problemen. overlast. verminderde zelfzorg.

P16: Wanneer ze geen doel hebben. Op het moment lopen ze er tegen aan dat een "normale" werkplek te hoog gegrepen is. Waardoor ze snel thuis komen te zitten. Als ze een dagbesteding hebben is het gebruik denk ik minder

P17: In de schulden raken. Sociaal netwerk verwaarlozen. Niet naar werk/dagbesteding gaan (ontslagen worden). Zelfverwaarlozing.

P18: Als ze afspraken niet nakomen, anders gaan gedragen, geen besef van wat ze gebruiken.

P19: Wanneer de cliënten hun dagelijkse verplichtingen niet meer kunnen nakomen. School/werk/dagbesteding + sociaal eronder "lijden".

P20: Als ze hun bed niet uit komen.

P21: Op het moment dat ze niet meer in staat zijn om de basis zaken op te kunnen pakken zoals op tijd opstaan, in contact kunnen staan met anderen, houden aan gemaakte afspraken etc.

P22: Bij agressie en/of lastigvallen van anderen.

P23: Wanneer zij agressief worden of wanneer hun gedrag storend is.

P24: Storing dag/nacht ritme, niet op tijd op je afspraken kunnen verschijnen, betrekken groepsgenoten, niet aanspreekbaar zijn, onrust veroorzaken.

P25: Wanneer ze niet meer functioneren, niet meer werken of hun ritme/structuur is verdwenen. Als het z'n effect heeft op andere gebieden. Iedere dag gebruiken is anders dan iedere week.

P26: -

P27: Zodra verslaving op de loer ligt, andere bezigheden eronder lijden, ontwikkeling stagneert, er overlast komt, etc.

P28: Dagelijkse routine niet meer uitvoeren, niet meer aanspreekbaar zijn, agressie.

P29: Op het moment dat het hun functioneren beïnvloedt, dus de dagelijkse gang naar school/werk/dagbesteding, of dat het hun sociaal of emotioneel functioneren beïnvloedt. Zo nu en dan gebruik van softdrugs is, mits bespreekbaar en met mate, wel acceptabel.

P30: Niet in staat tot volgen behandeling, overlast voor anderen in de omgeving.

P31: Als jongeren hun verplichtingen en verantwoordelijkheden niet meer na kunnen komen door het gebruik. Als ze hun netwerk laten vallen en/of geldproblemen krijgen erdoor.

P32: -

P33: Wanneer gedrag regulatie moeilijk wordt, contact verstoring met familie/systeem, werkrelatie die kapot gaat, criminaliteit.

P34: -

26. Waar ligt voor u de grens met betrekking tot het gedrag van de jongeren die onder de invloed zijn op de groep?

P1: - Gevaar voor anderen + zichzelf

Behandelplan in gevaar

Zichtbaar achteruitgaan humeur etc.

P2: Als de behandeling spaak loopt

P3: Druk, intimiderend

P4: Wanneer ze voor overlast zorgen

P5: Zodra een jongere onrustiger wordt/ander gedrag vertoont.

P6: onttrekken aan behandeling, betrekken van andere kwetsbaren.

P7: Onrust op de groep. Niet geholpen willen worden.

P8: In agressie en als iemand niet open staat voor contact.

P9: Zolang ze de punten bij de vorige oppakken is 't behandelbaar als ze er overheen gaan niet.

P10: Het maatschappelijk verantwoorde.

P11: Niet meer in contact kunnen komen. Agressief of passief (verzet) gedrag.

P12: Zie vraag 25.

P13: Of ze zich niet anders gedragen of reageren.

P14: Zie vraag 25. Agressief gedrag. Niet te behandelen zijn doordat ze continu onder invloed zijn.

P15: In contact kunnen zijn/blijven. 'Ander' gedrag vertonen (Bijv. giechelig, sloom). Geen overlast.

P16: Als zij "normaal" functioneren op de groep en het buiten de dagelijkse verplichtingen doen.

P17: -

P18: Als ze asociaal en onaantoonbaar gedrag laten zien

P19: Harddrugs vind ik te ver gaan.

P20: Beïnvloeden van anderen.

P21: 1. Als ze andere jongeren mee trekken in hun gedrag.

2. Als ze de basis zaken niet meer op kunnen pakken.

P22: Zie antwoord 25.

P23: Antwoord komt overeen met antwoord vraag 25.

P24: Zie vraag 25.

P25: Wel hoog. direct naar de kamer en wellicht consequenties.

P26: -

P27: Zo dronken en high zijn waardoor er niet meer gedragen kan worden als het niet onder invloed zijn.

P28: Onder invloed, geen behandeling mogelijk -> kamer.

P29: Het gedrag mag niet negatief zijn voor de andere jongeren en/of begeleiders.

P30: Wanneer ze overlast veroorzaken of niet in staat zijn tot behandeling.

P31: Hij moet "normaal" aanspreekbaar kunnen zijn en geen negatieve invloed op de anderen uit oefenen. Dit omdat we ook jongere cliënten hebben.

P32: Zolang ze goed functioneren en andere jongeren niet mee trekken in hun gedrag. Wanneer het merkbaar is, mogen ze van mij eerst naar kamer om daar een uur te ontnuchteren, voordat ze naar beneden mogen.

P33: Geen contact/sturing mogelijk, waardoor de veiligheid in gedrang komt.

P34: Wanneer het de doelen/plannen van de jongeren in de weg gaat staan. Als het de andere jongeren en de veiligheid van de groep gaat beïnvloeden.

27. Hoe handelt u preventief met betrekking tot middelengebruik?

P1: Gesprekken + kennis delen

P2: Veel gesprekken

P3: -

P4: Gespreksvoering

P5: Vooral het gesprek aangaan en de jongere hierbij betrekken. Daarbij overleg met ortho.

P6: Info. Openheid. Samenwerking.

P7: Gesprek aan gaan met diegene. Gevaar inzien.

P8: In gesprek blijven. Samen lijnen uitzetten. Eventueel controle. Jongere moet vaak wel open staan voor de behandeling.

P9: Gesprekken voeren/observeren.

P10: Informatie verstrekken/advies geven.

P11: Voorlichting.

P12: Het gesprek aan gaan. Middelen toepassen die beschikbaar zijn.

P13: Gesprekken door de dagen heen, reageren op zaken waar zij over beginnen of in media zijn.

P14: Geven voorlichting, zorgen dat het open bespreekbaar onderwerp is.

P15: Van tevoren gesprek aangaan met jongere (bijv. voor een uitje/vrienden bezoek). Bespreken tijdens IP + evaluaties. PB-gesprek.

P16: Informeren en adviseren over de risico's.

P17: -

P18: Gesprekken aangaan, bewust maken van het vele gebruik en gevolgen.

P19: Gesprek blijven aangaan + alternatieven aanbieden.

P20: Blijven herhalen hoe slecht het is.

P21: In gesprek gaan met de jongeren en achterhalen waarom ze gebruiken en samen kijken naar wat ze nodig hebben om de draad weer op te pakken.

P22: Bespreekbaar maken. R23: Zo nu en dan het onderwerp bespreken.

P24: Bespreekbaar maken en houden, spel spelen.

P25: N.v.t.

P26: Gesprek, folders.

P27: Geven van info, wijzen op risico's

P28: Gesprek gaan met cliënt.

P29: Er is geen alcohol op de groep, door jongeren wordt niet gedronken op de groep. Er is geen softdrugs op de groep. Indien een jongere zo nu en dan gebruikt blijven we hierover in gesprek, benoemen de informatie.

P30: Uitleg geven.

P31: Thema avonden met uitleg. Gesprekken over of iemand interesse zou hebben in het gebruik en of ze weten wat het gevoel en/of gevolg zou kunnen zijn.

P32: Gesprekken voeren met de jongeren.

P33: Voorlichting en gesprek.

P34: In gesprek blijven gaan, proberen zo open mogelijk klimaat te creëren, maar ook grenzen stellen.

28. Hoe handelt u als u middelgebruik op langere termijn constateert bij een jongere?

P1: Kijken naar alternatieven/handelingen

P2: Gesprek + toelichting geven door bijv. Iriszorg.

P3: Zorgen bespreekbaar maken of bij regelmatig gebruik.

P4: Gesprekken, netwerk bij betrekken en andere professionals.
P5: Als het binnen de behandeling past en soms nut geeft geen probleem. Als de jongere er last van heeft een traject ingaan.
P6: Afstemmen binnen team met gedragswetenschapper.
P7: Overleg met ortho, behandelteam.
P8: Zie 27
P9: Gesprekken na gaan wat de aanleiding/oorzaak is dat ze middelen gebruiken.
P10: Contact met pedagoog.
P11: Overleg met collega's/orthopedagoog.
P12: Een gesprek met de cliënt zelf of eventueel doorverwijzen.
P13: Deskundige hulp inschakelen.
P14: Zorg dat dit besproken wordt met netwerk, jongeren, opgenomen wordt in het behandelplan met afspraken.
P15: Inschakelen deskundige.
P16: In gesprek gaan en eventueel doorverwijzen naar meer hulp.
P17: -
P18: Gesprekken aangaan, zie antwoord hierboven.
P19: Orthopedagoog +collega's inschakelen voor overleg. Samen met jongeren plan voor verandering uitzetten.
P20: Hulp extern zoeken.
P21: In gesprek blijven gaan, therapeut benaderen, anders kijken of therapie een optie zou zijn. Waar wilt de jongeren naar toe? Hoe kunnen we dat samen bereiken? Waar ligt de motivatie?
P22: Bespreken met collega's en gedragswetenschapper.
P23: Contact met gedragswetenschapper + teamleider.
P24: Contact ortho en clusterleidster, contact Iris-zorg.
P25: In gesprek gaan met de jongere, orthopedagoog en aanmelden bij Iriszorg.
P26:
P27: Praten of er hulp gewenst/ nodig is.
P28: Gesprek met o.a. ortho.
P29: In contact met gedragswetenschapper, uiteindelijk contact met Iriszorg.
P30: Inzicht en uitleg geven, evt. hulp inschakelen.
P31: We gaan als team i.o.m. de orthopedagoog over wat wijsheid is. Bespreekbaar maken staat bij ons wel bovenaan. Wat beweegt een jongere tot gebruik. Wat kunnen we daarvan ombuigen. Bijv. geen doel/dagbesteding/verveling etc. wat kunnen we regelen zodat hij/zij er toe doet en zijn/haar richting weer vindt.
P32: Rapporteren, gesprekken voeren met de jongeren en orthopedagoog, misschien Iriszorg inzetten.
P33: Plan van aanpak met orthopedagoog maken/uitvoeren.
P34: Contact opgenomen met Iriszorg voor voorlichting in het team. Vrijblijvend lijntje met jongere zelf vanuit Iriszorg.

29. Wanneer kiest u ervoor om de clusterleider en/of gedragswetenschapper te informeren over het middelengebruik?

P1: Overleg met collega's en vanuit daar overweging maken
P2: Altijd
P3: Als behandeling vastloopt of bij regelmatig gebruik.
P4: Bij overlast
P5: Vanaf intake al belangrijk of zodra geconstateerd.
P6: Wordt naar gevraagd bij opname. Bij constateren van gebruik.
P7: Kort na ontdekking/vermoeden.

P8: Ten alle tijden omdat we samen kijken naar jongeren met name als het voor de jongere problematisch wordt.

P9: Wanneer jongeren heel dronken of erg stoned binnen komen.

P10: Bij langdurig gebruik of buitensporig gedrag.

P11: Bij regelmatig middelengebruik. Wel informeren/op de hoogte brengen als het een keer is gebeurd.

P12: Wanneer ik daar behoefte aan heb.

P13: Gelijk.

P14: Wanneer het zeer problematisch wordt. Wanneer het geconstateerd wordt dat er gebruik is van middelengebruik.

P15: Wanneer het toeneemt en/of slechte invloed heeft op functioneren.

P16: Direct.

P17: -

P18: Als zijn functioneren eronder lijdt.

P19: Direct.

P20: Meteen.

P21: Bij de start (dit ook i.v.m. dossier opbouw) voor evt. doorstroming Iriszorg.

P22: Als collega's het ook opvalt.

P23: Vrij snel al. Zeker wanneer er in zeer korte periode veel signalen van middelengebruik zijn.

P24: Meestal al bekend bij binnenkomst jongeren, anders direct bij eerste tekenen.

P25: Wanneer het structureel wordt.

P26:

P27: Direct.

P28: Altijd al bij vermoeden.

P29: Bij alle gevallen. GW-er informeren bij gebruik, en evt. blijven signaleren.

P30: Direct.

P31: Bij ons op de groep zal naast een enkele keer blowen zonder dat we daar last van hebben niet besproken worden. Gebeurt dit vaker dan gaan we altijd met het team in gesprek hoe een ieder dit ervaart en wat we hier als team mee doen.

P32: Wanneer we dit zien, zal ik orthopedagoog hiervan op de hoogte stellen.

P33: Bijna direct.

P34: Wanneer er sprake is van middelengebruik wordt er gemipt (melding maken) dus automatisch komt het dan bij de leidinggevende/gedragswetenschapper terecht.

30. Wat denkt u zelf nog nodig (kennis, vaardigheden en/of hulpmiddelen) te hebben om aan te sluiten bij het middelengebruik van de jongeren?

P1: Mogelijkheden voor lange termijn traject.

P2: Vooral bespreken wát er ingezet mag worden.

P3: Cursus → Meer handvatten

P4: Meer duidelijkheid van waar de grens ligt.

P5: Hoe in te kaderen/pasbaar te maken binnen de behandeling → minder handelingsverlegenheid. Concreter maken.

P6: Duidelijk beleid.

P7: Protocol kan handig zijn. Veel doe ik op zelfinzicht.

P8: Jaarlijks op de hoogte gebracht worden over veranderingen en ontwikkelingen.

P9: n.v.t.

P10: Ik ben bekend.

P11: Weet er zelf best veel van.

P12: Voorlichting door middel van een presentatie. Dit op structurele wijze.

P13: Geen idee, als ik iets niet weet dan zoek ik het op.

P14: Zie antwoord 23. Meer richtlijnen, vaker op de vergadering terug laten komen.
 P15: Meer infor over drugs. Thema middag(en)/avond(en) voor ons en de jongeren.
 P16: Vooral hoe om te gaan met de jongeren. Hoe kan je ze motiveren het niet te doen.
 De combinatie stoornis + presentatie.
 P17: -
 P18: Meer kennis.
 P19: Hoe je de LVB doelgroep het beste kan bereiken en het e.e.a. te kunnen veranderen in het gebruik.
 P20: Ik zou het niet weten.
 P21: Misschien voor op de groep een soort stappenplan voor de groep?
 P22: Voor mij gewoon ervaring.
 P23: N.v.t.
 P24: Voldoende zo.
 P25: Presentatie over de middelen en gevolgen/effecten + wat kun je daarna inzetten als na een tijdje kamer ook niet meer werkt. Passende consequenties.
 P26: Presentaties.
 P27: Niks.
 P28: -
 P29: Op het moment niet, bij meer gebruik zal dit wel nodig zijn.
 P30: Ik heb laatst een training gevolgd. Dit was prettig.
 P31: Soms google ik bij nieuwe namen of gevoelens van drugs, om goed op de hoogte te blijven.
 P32: Vooral hulpmiddelen die wij in kunnen zetten.
 P33: -
 P34: Blijven herhalen van de kennis, het is altijd situatie gebonden hoe te handelen.

Heeft u nog eventuele opmerkingen met betrekking tot deze vragenlijst?

P1: Nee
 P2: -
 P3: -
 P4: Nee
 P5: -
 P6: Neen.
 P7: Nope.
 P8: nvt.
 P9: -
 P10: -
 P11: Nee.
 P12: -
 P13: -
 P14: Goed dat jullie in de vergadering zijn gekomen. Goed onderzoek.
 P15: -
 P16: Nee.
 P17: -
 P18: -
 P19: -
 P20: Nee.
 P21: -
 P22: -
 P23: -
 P24: N.v.t.

P25: -

P26: -

P27: Nope. Graag gedaan!

P28: -

P29: -

P30: -

P31: Wij hebben een jongere doelgroep, waarbij momenteel middelengebruik geen “hot-item” is. Desondanks hoop ik dat jullie iets hebben aan de antwoorden.

P32: -

P33: -

P34: -

Bijlage VI

Geheimhoudingsverklaringen

Geheimhoudingsverklaring Anouk

Bijlage 7: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student:

Studentnummer	557324
Naam	Anouk Schakenraad
Opleiding	Pedagogisch
Geboortedatum	17-11-1994
Geboorteplaats	's-Hertogenbosch

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	5-2-2018
Handtekening	

Bijlage 7: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student:

Studentnummer	540486
Naam	Lisanne Schneek
Opleiding	Pedagogisch
Geboortedatum	26-12-1992
Geboorteplaats	Valburg

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragcode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	5-2-2018
Handtekening	