

LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTE JONGEREN



HET VOORKOMEN VAN ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK

Lieke Otten
20066531

Sociaal Pedagogische Hulpverlening – Academie voor Sociale Professies
Studiejaar 2011-2012 (Vertrager)

Opdrachtgevende instelling: 's Heeren Loo West-Nederland, locatie het Westerhonk,
afdeling het Leerhuis
Docentbegeleider: Mathieu Heemelaar

Samenvatting

Het Leerhuis is een woning binnen de organisatie 's Heerenloo. Op het Leerhuis wonen jongeren met een lichte verstandelijke beperking die getraind worden om uiteindelijk zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Momenteel wordt er met enige regelmaat alcohol en drugs gebruikt op het Leerhuis. Dit is niet wenselijk en past niet binnen de 'cultuur' van het Leerhuis. Het begeleidingsteam is zoekende naar een passende aanpak voor deze situatie. Als leidend onderwerp voor deze scriptie heb ik een casus gebruikt waarin een situatie beschreven wordt dat een cliënt (J.) drugs gebruikt op het Leerhuis.

De centrale vraag in deze scriptie is:

'Hoe kan het team van het Leerhuis ervoor zorgen dat drugsgebruik en meeloopgedrag, bijvoorbeeld zoals in de casus beschreven staat, worden voorkomen?'

Door het beantwoorden van de volgende deelvragen, zal het antwoord op deze hoofdvraag duidelijk worden:

- Wanneer is iemand licht verstandelijk gehandicapt?
- Wat is er in Nederland bekend over alcohol- en drugsgebruik onder LVG-jongeren?
- Vormen LVG-jongeren een risicogroep voor het gebruik van alcohol en drugs?
- Wat zijn drugs?
- Welke soorten drugs worden het meest gebruikt door LVG-jongeren?
- Hoe kun je drugsgebruik bij cliënten herkennen?
- Waarom wordt er drugs gebruikt?
- Waarom ging Leo drugs gebruiken? Waarom liep hij weg?
- Hoe kan het team dat voorkomen?
- Op welke manieren laten de jongeren van het leerhuis zich beïnvloeden door anderen?
- Wat is groepsdruk
- Welke verschillende vormen van meeloopgedrag, doen zich, al dan niet in combinatie met drugsgebruik, op het Leerhuis voor?
- Hoe handelt het team n.a.v. een dergelijke situatie?
- Wat zegt het protocol van 's Heeren Loo rondom alcohol- en drugsgebruik van cliënten ?
- Hoe is de kennis van de groepsleiding over het onderwerp drugs.
- Welke verschillende vormen van preventie en voorlichting zijn er?
- Welke trainingen biedt 's Heeren Loo op het gebied van weerbaarheid, alcohol en drugs?

De doelstelling van het onderzoek is:

Het bieden van adviezen om tot een duidelijke manier van begeleiden te komen, om zo te voorkomen dat zich een situatie zoals in de casus beschreven staat voordoet.

Conclusie en advies:

Alcohol en drugsgebruik onder LVG-jongeren kan nooit helemaal worden voorkomen, hetzelfde geldt voor meeloopgedrag. De jongeren zijn uiteindelijk zelf degenen die beslissen of ze iets gaan gebruiken. Het team en de organisatie kunnen er wel alles aan proberen te doen om te voorkomen dat alcohol- en drugsgebruik een serieus probleem wordt binnen het Leerhuis. De volgende aanbevelingen sluiten hierop aan:

1. *Zorg voor duidelijke en concrete afspraken m.b.t. alcohol- en drugsgebruik*
2. *Verscherp de opnameprocedure en hanteer dezelfde procedure voor zowel interne als externe aanmeldingen*
3. *Aanpassen van de productfolder*
4. *Organiseer een jaarlijks terugkerend voorlichtingsprogramma*
5. *Zorg voor een breder trainingsaanbod wat aansluit op de doelgroep LVG*

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1 Casus	5
1.1.2 Probleemstelling	6
1.1.3 Aanleiding	7
1.2 Methoden van dataverzameling	7
1.3 Tussentijds aangebrachte wijzigingen onderzoeksopzet	7
Hoofdstuk 2 De organisatie	9
2.1 's Heeren Loo	9
2.2 Het Leerhuis	11
2.2.1 Samenstelling van de cliëntgroep	11
2.2.2 Situationele beschrijving	11
Hoofdstuk 3 LVG-ers	13
3.1 Wanneer is iemand licht verstandelijk gehandicapt?	13
3.2 Wat is er in Nederland bekend over alcohol- en drugsgebruik onder LVG-jongeren?	14
3.3 Vormen LVG-jongeren een risicogroep voor het gebruik van alcohol en drugs?	15
Hoofdstuk 4 Drugs	17
4.1 Wat zijn drugs?	17
4.2 Welke soorten drugs worden het meest gebruikt door LVG-jongeren?	17
4.2.1 Cannabis	17
4.2.2 XTC	18
4.2.3 Cocaïne	19
4.2.4 Paddo's	20
4.2.5 Amfetamine	21
4.3 Hoe kun je drugsgebruik bij cliënten herkennen volgens de bestaande literatuur?	
Klopt dit als je het vergelijkt met de praktijk?	22
4.4 Waarom wordt er drugs gebruikt?	23
4.4.1 Waarom ging Leo drugs gebruiken? Waarom liep hij weg?	26
4.4.2 Hoe kan het team dergelijke situaties voorkomen?	26
4.4.3 Intakeprocedure Leerhuis	27
Hoofdstuk 5 Het Leerhuis vs alcohol en drugs	29
5.1 Op welke manieren laten de jongeren van het leerhuis zich beïnvloeden door anderen?	29
5.1.1 Groepsdruk	29
5.2 Welke verschillende vormen van meeloopgedrag, doen zich al dan niet in combinatie met drugsgebruik, op het Leerhuis voor?	30
5.2.1 Hoe handelt het team n.a.v. een dergelijke situatie?	30
5.3 Protocol rondom alcohol- en drugsgebruik van cliënten	30
5.3.1 Uitkomst enquêtes	31
Hoofdstuk 6 Preventie en voorlichting	33
6.1 Verschillende vormen van preventie en voorlichting	33
6.1.1 Methoden van voorlichting	34
6.1.2 Waar moet informatieoverdracht aan voldoen wil deze effectief zijn	34
6.2 Evaluatie van de alcohol- en drugsvoorlichting op het Leerhuis	35
6.2.1 Procesevaluatie	35
6.2.2 Vergelijking met de literatuur van Rutten	36
6.2.3 Verbeterevaluatie	38
6.2.4 Effectevaluatie	38
6.3 Welke trainingen biedt 's Heerenloo op het gebied van weerbaarheid, alcohol en drugs?	39

Hoofdstuk 7 Conclusie en discussie	41
7.1 Conclusie	41
7.2 Discussie	41
Hoofdstuk 8 Aanbevelingen	42
8.1 Aanbevelingen	42
8.1.1 Aanbeveling 1	43
8.1.2 Aanbeveling 2	45
8.1.3 Aanbeveling 3	46
8.1.4 Aanbeveling 4	48
8.1.5 Aanbeveling 5	49
 Bronvermelding	 50
 Bijlage 1	 52
Bijlage 2	59
Bijlage 3	68
Bijlage 4	69
Bijlage 5	70

Voorafgaande aan deze scriptie deel ik u mede dat vanwege privacyoverwegingen de namen in de hoofdcasus zijn verzonnen. In de rest van de casussen heb ik gebruik gemaakt van afkortingen in de vorm van hoofdletters. Ook de namen van andere betrokkenen worden vanwege privacyoverwegingen niet genoemd.

Hoofdstuk 1 Inleiding

'Drugs hakken er bij jongeren met een beperking harder in'.¹

Zo luidt de kop van een artikel in *Trouw*, 2010. Alcohol- en drugsgebruik blijken steeds vaker voor te komen onder licht verstandelijk gehandicapte jongeren. De gevolgen van dit gebruik lijken meer schade te veroorzaken dan bij normaal begaafde gebruikers. Het Leerhuis in Monster is een woongroep waar jongeren met een lichte verstandelijke beperking wonen. Ook zij lopen het risico om in aanraking te komen met alcohol en of drugs of zijn er al mee in aanraking geweest.

1.1 Casus

Aanvankelijk kwam er de vraag vanuit de instelling om een jaarlijks voorlichtingsprogramma over alcohol en drugs te organiseren voor de cliënten van het Leerhuis(+). Op dat moment woonden er 8 cliënten op het Leerhuis in de leeftijd van 15 t/m 27 jaar. Voorafgaande aan deze voorlichting heb ik de cliënten geïnterviewd om te peilen hoeveel zij over het onderwerp wisten. Dit waren half gestructureerde interviews waarbij de vorm en vraagstelling per cliënt iets van elkaar verschilden. De vragen gingen onder andere over eigen ervaring met alcohol en drugs, kennis van de middelen en nieuwsgierigheid ernaar. Uit de antwoorden op deze interviewvragen bleek dat de meesten van hen de risico's van het gebruik konden noemen en dat zij over het algemeen om die redenen niet van plan waren ooit drugs te gaan gebruiken. 1 van hen had wel eens geblowd en er was bij 3 van de cliënten nieuwsgierigheid naar het gevoel om onder invloed te zijn te bespeuren. 4 van de cliënten was wel eens aangeschoten, dit was in alle gevallen eenmalig. Niet echt schrikbarende cijfers dus.

Ik heb er toch voor gekozen om de voorlichting op het Leerhuis uit te voeren omdat er vanuit verschillende hulpverleningsinstanties, waaronder het Trimbos-instituut en Jellinek, berichten komen dat alcohol- en drugsgebruik onder jonge LVG-ers² toeneemt. Tevens past een voorlichting goed in het concept van het Leerhuis, de naam zegt het al: de jongeren wonen er om te leren. De voorlichting heeft plaatsgevonden in mei 2010. Een uitgebreide review en evaluatie van de voorlichting is verderop in het verslag uitgewerkt.

Op het moment voor- en vlak na de voorlichting leek er op het Leerhuis geen 'probleem' te zijn met alcohol en drugs, de cliëntengroep die er op dat moment woonde leek weinig te maken te (willen) hebben met drugs en deed zich niet voor als een risicogroep. Er is daarom door mij en binnen het team een aantal maanden weinig aandacht besteed aan het onderwerp, simpelweg omdat het niet speelde. Inmiddels zijn we een aantal maanden verder en de cliëntengroep is enigszins veranderd. Er zijn cliënten doorgestroomd en er zijn nieuwe cliënten bij gekomen. Na die tijd hebben zich een aantal drugsgerelateerde incidenten voor gedaan. Dit blijkt op dit moment dus wel weer meer aandacht nodig te hebben dan voorheen. Tegelijkertijd valt op dat de cliënten van het Leerhuis zich in hun doen en laten gemakkelijk laten meeslepen door anderen en door elkaar. Wat dus momenteel aandacht nodig lijkt te hebben op het Leerhuis is het drugsgebruik in combinatie met meeloop- en vluchtgedrag. In de volgende casus wordt beschreven waarom.

'Sinds mei 2010 woont Leo (17 jaar) op het Leerhuis. Leo is een jongen die zich weinig van zijn begeleiders en de regels van het Leerhuis aan trekt. Hij reageert bijdehand wanneer hij op zijn gedrag wordt aangesproken en geeft vaak een grote mond wanneer hij het ergens niet mee eens is. Heeft over het algemeen een ongeïnteresseerde houding. Het lijkt erop dat een groot deel van zijn medecliënten tegen hem op kijkt en het interessant vindt als hij verhalen vertelt over de tijd dat hij op een crisisgroep heeft gewoond. In de korte tijd dat Leo op het Leerhuis woont zijn er een aantal zaken voorgevallen waarin hij een hoofdrol speelde en waarin zijn medecliënten zich lieten meeslepen in zijn gedrag.'

¹ Hamer, H. (2010) Drugs hakken er bij jongeren met een beperking harder in. In: *Trouw* 20 juli 2010, p.4

² LVG-ers: Licht verstandelijk gehandicapten

11 mei

Leo en Jack zijn 's nachts samen weg gelopen van het Leerhuis. Zij zijn uit het raam gesprongen en met de fiets naar Den Haag gegaan. In de loop van de ochtend kwamen zij weer terug, ze zeiden de hele nacht door de stad gezworven te hebben. Jack is een jongen die op de nominatielijst staat om naar het Leerhuis+ te verhuizen. In de tijd dat hij op het Leerhuis woont, heeft hij zich voorbeeldig gedragen en was vrijwel nooit bij incidenten betrokken. Jack is zeer behulpzaam, doet goed zijn best, is vriendelijk naar begeleiders en medecliënten en stelt zich begeleidbaar op. Hij heeft hard aan zijn leerdoelen gewerkt en deze ook behaald, redenen genoeg om hem te laten verhuizen naar het Leerhuis+. Het feit dat hij deze nacht met Leo is weg gelopen verbaasd mij en het team dan ook zeer. Jack heeft nog nooit dergelijk gedrag vertoond en is er, zoals ik hem ken, ook niet het type voor om dit te doen. De reden waarom hij is weg gelopen kon hij niet goed benoemen: 'Leo vroeg of ik mee ging en dat leek me wel wat'. Op de vraag of hij zich realiseerde dat hij hiermee zijn plaatsing naar het Leerhuis+ in gevaar bracht, schrok hij. Dit was niet zijn bedoeling geweest.

Van Leo is bekend dat hij regelmatig blowt en drinkt, het vermoeden bestaat ook dat hij harddrugs heeft gebruikt. Leo heeft aan zijn medebewoner Rens een zakje wiet gegeven en in de kamer van Leo hangt regelmatig een wietlucht. Tijdens de drugsvoorlichting op het Leerhuis had Leo het hoogste woord. Hij wist veel over wiet te vertellen en maakte grapjes naar Jantine en vroeg haar of ze niets bij zich had want hij had wel trek in wat 'lekkers'.

1.1.2 Probleemstelling

Inmiddels is Leo verhuisd maar de cliënten lijken nog steeds onder de indruk van de houding en uitgevoerde acties van Leo. Hij komt tijdens gesprekken nog regelmatig naar voren. Behalve het voorbeeld uit de casus zijn er nog een aantal voorbeelden te noemen waaruit blijkt dat de cliënten elkaar gemakkelijk kunnen beïnvloeden en daardoor dingen doen die zij uit zichzelf waarschijnlijk niet snel zouden doen. In dit geval zijn het de cliënten die elkaar beïnvloeden maar dit kan uiteraard ook buiten het Leerhuis gebeuren. De jongeren die op het Leerhuis wonen gaan in het weekend regelmatig op bezoek bij familieleden of vrienden en komen hier met verschillende mensen in aanraking. Meisjes kunnen door hun kwetsbaarheid een makkelijke prooi vormen voor loverboys en jongens kunnen geronseld worden als loopjongen voor drugsdealers. Het Leerhuis streeft ernaar om de jongeren na een periode van gemiddeld 1,5 jaar door te laten stromen naar een woning waar zij zo zelfstandig mogelijk kunnen leven. In sommige gevallen zelfs helemaal zelfstandig. Het is dan van belang dat zij zichzelf staande kunnen houden in de maatschappij en zich niet in negatieve zin laten beïnvloeden door factoren van buitenaf. De beschreven situatie en de risico's dat dit met zich meebrengt roept vragen op binnen het team. Hoe gaan we hiermee om en wat kunnen we er een volgende keer aan doen om dit te voorkomen?

Voor het onderzoek dat aansluit op de probleemstelling staat de hoofdvraag centraal. Om deze te kunnen beantwoorden zal ik eerst aan de slag gaan met de deelvragen.

Probleemstelling:

'Hoe kan het team van het Leerhuis ervoor zorgen dat drugsgebruik en meeloopgedrag, bijvoorbeeld zoals in de casus beschreven staat, worden voorkomen?'

Met 'het team' bedoel ik de personen die direct betrokken zijn bij het Leerhuis en een rol vervullen in het begeleiden van de cliënten van het Leerhuis. Dit team bestaat uit de teammanager, orthopedagoog en de groepsleiders die dagelijks op de woning werken.

Doelstelling

Het bieden van adviezen om tot een duidelijke manier van begeleiden te komen, om zo te voorkomen dat zich een situatie zoals in de casus beschreven staat voordoet.

Deelvragen:

- Wanneer is iemand licht verstandelijk gehandicapt?
- Wat is er in Nederland bekend over alcohol- en drugsgebruik onder LVG-jongeren?
- Vormen LVG-jongeren een risicogroep voor het gebruik van alcohol en drugs?
- Wat zijn drugs?
- Welke soorten drugs worden het meest gebruikt door LVG-jongeren?
- Hoe kun je drugsgebruik bij cliënten herkennen?
- Waarom wordt er drugs gebruikt?

- Waarom ging Leo drugs gebruiken? Waarom liep hij weg?
- Hoe kan het team dat voorkomen?
- Op welke manieren laten de jongeren van het leerhuis zich beïnvloeden door anderen?
- Wat is groepsdruk
- Welke verschillende vormen van meeloopgedrag, doen zich, al dan niet in combinatie met drugsgebruik, op het Leerhuis voor?
- Hoe handelt het team n.a.v. een dergelijke situatie?
- Wat zegt het protocol van 's Heeren Loo rondom alcohol- en drugsgebruik van cliënten ?
- Hoe is de kennis van de groepsleiding over het onderwerp drugs.
- Welke verschillende vormen van preventie en voorlichting zijn er?
- Welke trainingen biedt 's Heeren Loo op het gebied van weerbaarheid, alcohol en drugs?

1.1.3 Aanleiding

Het vraagstuk doet zich voor op het Leerhuis, op dit moment woont er een groep jongeren op het Leerhuis waarin veel gebeurt. De jongeren lijken zich sterk door elkaar te laten beïnvloeden wat hen kwetsbaar maakt. Het is al langer bekend dat licht verstandelijk gehandicapten een risicogroep zijn maar sinds de komst van Leo is pas echt duidelijk naar voren gekomen hoe gemakkelijk zij zich laten beïnvloeden. Ook het onderwerp drugs en alcohol komt steeds vaker naar voren binnen de groep, er wordt veel over gepraat en er is momenteel van zeker 2 cliënten bekend dat zij regelmatig blowen. Ook het gebruik van alcohol lijkt de laatste maanden iets meer te zijn toegenomen. Een voorbeeld van afgelopen week: *Lies heeft relatieproblemen en voelt zich verdrietig. De verdrietigheid slaat om in hysterisch huilen en gillen. Om zichzelf rustig te krijgen is ze bier gaan halen bij de plaatselijke supermarkt.*

1.2 Methoden van dataverzameling

Tijdens mijn onderzoek heb ik verschillende methoden gebruikt om data te verzamelen. Omdat ik op het Leerhuis werkzaam ben heb ik veel data verzameld door middel van observerende participatie. Verder heb ik mijn naaste collega's een enquête in laten vullen m.b.t. het beleid op het gebied van alcohol en drugsgebruik. Daarnaast heb ik verschillende informele gesprekken gehouden met het begeleidingsteam, de teammanager, de orthopedagoog, een cursusleidster en de cliënten van het Leerhuis. Bij de gesprekken met de cliënten heb ik gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews. Naast deze methoden van dataverzameling heb ik een literatuurstudie gedaan.

1.3 Tussentijds aangebrachte wijzigingen onderzoeksopzet

Gaandeweg het onderzoeksproces heb ik de oorspronkelijke probleemstelling wat bijgeschaafd. De vraagstelling zoals ik hem had beschreven in de onderzoeksopzet was de volgende: *'Hoe kan het team ervoor zorgen dat drugsgebruik en vluchtgedrag zoals in de casus beschreven staat worden voorkomen en hoe kan het team inspelen op het meeloopgedrag van de jongeren?'* Deze vraagstelling vond ik te uitgebreid want er zitten eigenlijk 2 vragen in verwerkt waarmee ik 3 onderwerpen wilde aanpakken, namelijk drugsgebruik, vluchtgedrag en meeloopgedrag. Ik merkte al snel dat ik door de grootte van de vraag vast liep omdat ik niet goed wist waar ik moest beginnen met mijn onderzoek. Uiteindelijk heb ik ervoor gekozen om mij vooral te richten op het onderwerp drugsgebruik omdat dit momenteel een belangrijke rol speelt op het Leerhuis. Het woord 'vluchtgedrag' heb ik uit de probleemstelling weg gelaten omdat ik zelf niet precies wist wat ik daarmee bedoelde. Drugsgebruik kan wel in verband worden gezien met vluchtgedrag en daarom heb ik er in hoofdstuk 4 nog wel aandacht aan besteed. Het vluchtgedrag dat in de casus wordt beschreven is letterlijk weglopen uit de omgeving. Het feit dat Leo iemand zover kreeg om mee te doen (dus meeloopgedrag van Jack) leek mij meer de moeite van het onderzoeken waard omdat meeloopgedrag in allerlei manieren voor komt op het Leerhuis. Dit laatste onderwerp is dus wel in de probleemstelling blijven staan. Daarnaast heb ik de probleemstelling specifiek gemaakt door een toelichting te geven over wie ik bedoel met het begeleidingsteam.

Ook zijn tijdens het onderzoek een aantal deelvragen geschrapt, aangepast of toegevoegd. In de oorspronkelijke deelvragen zat nog regelmatig het woord 'vluchtgedrag' verwerkt. Omdat ik ervoor heb gekozen om mij meer op het drugsgebruik en meeloopgedrag te richten zijn de betreffende deelvragen daaraan aangepast. Wanneer ik het idee kreeg dat een bepaald onderwerp niet mocht ontbreken maar waar nog geen deelvraag aan verbonden was maakte ik er alsnog een aparte deel vraag van.

Aanvankelijk was het de bedoeling om tot een adviesrapport aan de groepsbegeleiders van het Leerhuis te komen. Echter in de handleiding staat beschreven dat het geven van aanbevelingen in dit verslag ook mag. Ik heb besloten om van deze gelegenheid gebruik te maken omdat ik op die manier niet alleen mijn adviezen aan de groepsleiding van het Leerhuis kenbaar kan maken maar ook kan toelichten wat er in andere lagen binnen de organisatie verbeterd zou kunnen worden. Op die manier hoop ik dat er meerdere disciplines van mijn aanbevelingen zullen profiteren.

Om een beeld te krijgen bij de verantwoording van de gemaakte keuzes heb de oorspronkelijk opzet en de huidige (vernieuwde) opzet in een tabel naast elkaar gezet. Deze is te vinden in bijlage 4 van dit verslag.

Hoofdstuk 2 De organisatie

2.1 's Heeren Loo

De naam van de instelling waar ik mijn afstudeeropdracht uitvoer is 's Heeren Loo West-Nederland gelegen in Monster (het Westland). Voorheen heette deze instelling het Westerhonk maar omdat deze werd samengevoegd met de Willem van den Bergh in Noordwijk is het 's Heeren Loo West-Nederland geworden, de naam Westerhonk wordt overigens nog wel dagelijks gebruikt. In mijn verslag schrijf ik ook steeds over het Westerhonk. De overkoepelende organisatie is 's Heeren Loo zorggroep', deze groep biedt zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, van kind tot volwassenen, van licht tot ernstig gehandicapt en meervoudig gehandicapt. Het aanbod is erg breed, dit loopt uiteen van hulp bij zelfstandig wonen tot 24-uurs verzorging. De zorggroep bestaat uit vijf sectoren; Zuid-, Noord-, Midden-, West-Nederland en Kwadrant. De vier eerst genoemden hebben allemaal een vergelijkbaar aanbod en de laatste, Kwadrant, richt zich meer op de ondersteuning van jongeren met een lichte verstandelijke handicap.

De 's Heeren Loo zorggroep telt ongeveer 8.700 cliënten (waarvan er 1.500 bij West-Nederland horen), 11.500 werknemers (waarvan 3000 bij West-Nederland) en 3.800 vrijwilligers. De enkele honderden locaties liggen verspreid over 68 plaatsen in Nederland.

De missie

Belangrijke waarden voor de 's Heeren Loo Zorggroep om verstandelijk gehandicapt een zinvol bestaan te geven zijn: Respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid.

Respect

Dit houdt in dat de cliënten worden beschouwd en benaderd als gelijkwaardige medemensen.

Verbondenheid

Een voorwaarde om bij 's Heeren Loo te mogen werken is dat je een grote affiniteit moet hebben met mensen die een verstandelijke beperking hebben, betrokkenheid, zorgzaamheid en verbondenheid zijn hierbij van groot belang.

Geborgenheid

Mensen met een verstandelijke handicap missen soms overzicht en zijn beperkt in hun handelen en communiceren, dit leidt vaak tot een gevoel van onveiligheid. Geborgenheid is daarom een belangrijke voorwaarde bij het bieden van ondersteuning.

Verantwoordelijkheid

Het is belangrijk om hetgeen de cliënt nog zelf kan niet uit handen te nemen, er moet dus voortdurend gekeken worden naar het vermogen van de cliënten om zelf verantwoording te nemen. Medewerkers moeten daarnaast altijd bereid zijn om verantwoording af te leggen tegenover de cliënt, hun vertegenwoordigers, financiers, omwonende en anderen.

De visie

De visie van 's Heeren Loo is; de cliënten voor zover mogelijk te laten integreren in de samenleving. Ieder mens heeft recht op een eerlijke kans om deel te nemen in de maatschappij, verstandelijk gehandicapt dus ook. Dit zie je terug in de praktijk; de cliënten wonen in een gewone woonwijk, werken in een bedrijf, drinken wat in het café en sporten bij een club waar ook mensen zonder beperking komen.

Vroeger werden mensen met een verstandelijke handicap meestal uit huis geplaatst en in een instelling 'gestopt'. Nu wordt er geprobeerd om mensen zo lang mogelijk thuis te ondersteunen. Mocht dit niet meer gaan, dan biedt 's Heeren Loo een voorziening waarbij zoveel mogelijk contacten zijn met de samenleving.

De werkwijze

De werkwijze van 's Heeren Loo zorggroep is onder te verdelen in zeven punten;

- ✓ *totaalaanbod*
- ✓ Zoals ik eerder al beschreef heeft 's Heeren Loo een zeer breed aanbod. Mensen met lichte en ernstige beperkingen en jong en oud kunnen er terecht. Daarnaast hebben ze ook een breed aanbod in allerlei vormen van opvang, begeleiding, zorg, behandeling en dagbesteding. Als niets van dit alles ondersteuning biedt voor de cliënt wordt er samen met 's Heeren Loo gezocht naar een andere oplossing.
- ✓ *Clïëntgericht*

- ✓ Er wordt geprobeerd om de te bieden ondersteuning zo goed mogelijk op elke cliënt af te stemmen. Dit kan worden gerealiseerd door te kijken naar wat de wensen, behoeften en mogelijkheden zijn van de cliënt. De cliënt staat bij elke ontwikkeling op de eerste plaats.
- ✓ *Professioneel advies*
- ✓ Hoewel de cliënt het vertrekpunt is van de ondersteuning, betekent dat niet dat er aan alle mogelijke vragen voldaan kan worden. Vanuit de ervaring en deskundigheid van de instelling wordt gekeken naar wat het volgens hen het beste is voor de cliënt.
- ✓ *Ontwikkelingsgericht*
- ✓ Hierbij wordt vooral gekeken naar de ontwikkeling van de cliënt. Daarbij is de instelling constant op zoek naar mogelijkheden tot ontplooiing en integratie. Het is wel noodzakelijk dat de doelen haalbaar zijn en de cliënt zich te allen tijde veilig voelt.
- ✓ *Afstemming op verschillende levensfasen*
- ✓ Sommige mensen wonen hun leven lang op de instelling. Dit betekent dat een cliënt veranderingen doormaakt en dat er nieuwe kansen of juist beperkingen ontstaan. De ondersteuning die geboden wordt verandert dus voortdurend en dit kan ook omdat er een zodanig breed aanbod van voorzieningen is.
- ✓ *Aandacht voor de omgeving*
- ✓ Bij de ondersteuning van cliënten is er niet alleen oog voor de cliënt zelf maar ook voor zijn familie, vrienden en andere bekenden. Omdat zij een belangrijke rol spelen bij het welzijn van de cliënt is het voor hem/haar van belang dat er samenhang is tussen alle ondersteuningsactiviteiten en zijn sociale omgeving.
- ✓ *Kwaliteit*
- ✓ De kwaliteit van de ondersteuning is uiteraard ook erg belangrijk. 's Heeren Loo biedt zorg van een hoge kwaliteit die ook voortdurend wordt onderzocht. Deskundigheidsbevordering van medewerkers staat hoog in het vaandel. Daarnaast wordt er ook wetenschappelijk onderzoek gedaan om het aanbod te verbeteren.

Het aanbod

Het zorgaanbod van het Westerhok is zeer breed. Ik zal hier een paar voorbeelden van uitwerken.

- **Dagbesteding**

Veel cliënten hebben behoefte aan een bepaalde vorm van dagbesteding. 's Heeren Loo biedt deze aan op dagactiviteitencentra. Deze activiteiten variëren in vorm en grootte, het kan bijvoorbeeld bestaan uit het doen van (groeps)spelletjes maar ook wandelend of een film kijken.

De activiteiten worden allemaal uitgevoerd volgens een vast dagschema waarin gezamenlijke momenten zijn opgenomen (koffie drinken, lunchen). Voor cliënten die vaak ongewenst gedrag vertonen is er een groep opgesteld met speciaal getrainde begeleiders die de orde kunnen bewaren.

- **Wonen & logeren**

's Heeren Loo heeft veel woonvormen te bieden;

- *Woonwijken*, cliënten wonen hier in een gewone woonwijk tussen andere mensen. Ze zorgen vaak zelf voor het huishouden en doen mee met activiteiten in de buurt. De bewoners worden wel ondersteund door begeleiders en vrijwilligers en ze wonen vaak dicht bij elkaar in de buurt zodat ze makkelijk onderling contact kunnen houden.

- *Gezinshuis*, hierin worden kinderen voor korte of lange tijd opgenomen in een gezin waarvan minimaal één gastouder ervaring heeft met het verzorgen van verstandelijk gehandicapte kinderen.

- *Parttime wonen*, dit is een ideale oplossing voor ouders waarvan de fulltime zorg voor hun gehandicapte kind eigenlijk te zwaar is. Parttime wonen, wil in dit geval zeggen dat het kind de ene week thuis woont en de andere week in een huis van 's Heeren Loo.

- *Kostverblijfshuis*, kinderen met een verstandelijke handicap kunnen hier tijdelijk wonen als ze om de een of andere reden voor bepaalde tijd niet meer thuis kunnen wonen.

- *Zorgboerderij*, hier wordt wonen en werken gecombineerd. Samen met een begeleider wonen de cliënten op een boerderij waar zij zich bezig houden met het verzorgen van de dieren en de tuin.

- *Logeerhuis*, het komt wel eens voor dat mensen die een verstandelijk beperkt persoon verzorgen soms even de handen vrij moeten houden voor iets anders, bijvoorbeeld voor een verbouwing of verhuizing. 's Heeren Loo biedt op verschillende locaties logeerhuizen aan waar de persoon dan een tijdje onder gebracht kan worden. In deze logeerhuizen zijn gekwalificeerde begeleiders aanwezig.

- *Wonen in een beschermde woonomgeving*, dit is eigenlijk een wijk waarin verstandelijk gehandicapten wonen en waar alle voorzieningen die de cliënten nodig hebben aanwezig zijn; artsenspost, winkels, bibliotheek enz.

- **Ontspanning**

Veel cliënten hebben hobby's of beoefenen een sport, 's Heeren Loo biedt verschillende mogelijkheden om dit te realiseren en in stand te houden. Zo zijn er sportvelden, knutselclubs, buurthuizen enzovoorts.

- Nood- en crisisopvang

Hier kan gebruik van worden gemaakt als er plotseling iets gebeurt in een gezin waardoor er niet meer voor de verstandelijk gehandicapte persoon gezorgd kan worden. Tijdens het verblijf in deze opvang kan gezocht worden naar een permanente oplossing.

- Observatie en diagnostiek

Als er zich problemen voordoen met verstandelijk gehandicapten is het voor de familie vaak moeilijk te achterhalen wat de oorzaak is. Een periode van observatie kan dan meer inzicht geven in de problematiek. De cliënt kan worden opgenomen in een observatiecentrum voor een periode van drie maanden tot een half jaar. Aan de hand van de observatie kan dan een advies gegeven worden.

- Specialistische ondersteuning

Naast een verstandelijke beperking kan een cliënt ook nog andere beperkingen hebben. Het kan dus zijn dat de cliënt hiervoor speciale ondersteuning nodig heeft. Om de cliënt zo goed mogelijk te helpen zijn er verschillende specialisten werkzaam op het terrein. (www.sheerenloo.nl)

2.2 Het Leerhuis

De cliënten die op het Leerhuis wonen worden ondersteund door het begeleidingsteam. Dit team bestaat uit een woningcoördinator, cliëntcoördinatoren en meewerkend begeleiders. De methodiek die gehanteerd wordt is competentiegerichtte hulpverlening. Het is hierbij van belang om aan te sluiten bij de wensen, mogelijkheden en krachten van de cliënten. Op het Leerhuis wordt dan ook gewerkt met fases. Hoe hoger de fase, hoe meer vrijheid en zelfstandigheid de cliënt aankan. Een cliënt stelt samen met de cliëntcoördinator doelen op die bij de fases passen, deze geven de cliënt de mogelijkheid om zelf zijn leven richting te geven. De taken die de cliënten moeten verrichten sluiten aan op factoren waar zij mee te maken krijgen in het dagelijks leven. Uitgangspunt is dat behandelen eruit bestaat dat de cliënt geholpen wordt om bij alles wat hij doet de juiste afstemming met zijn omgeving te vinden. Het uiteindelijke doel als de cliënt het Leerhuis verlaat is dat hij zo zelfstandig mogelijk kan leven. Over het algemeen verblijven de cliënten ongeveer 1,5 jaar op het Leerhuis. Dit hangt een beetje af van het leerproces van de cliënt, zo is bijvoorbeeld ook iemand die er al 3 jaar woont en er is iemand die binnen een half jaar alweer weg gaat.

2.2.1 Samenstelling van de cliëntgroep

Het Leerhuis is bedoeld voor mensen met een lichte verstandelijke handicap die gemotiveerd zijn om dingen te leren. Het is een leefgroep die momenteel bestaat uit 7 cliënten waarvan 4 jongens en 3 meisjes in de leeftijd van 19 t/m 27 jaar. De 7 cliënten hebben uiteenlopende stoornissen, zoals adhd, borderline, hechtingsstoornis enzovoorts. De cliënten kunnen over het algemeen redelijk met elkaar opschieten, soms botst het wel eens tussen 2 cliënten maar er zijn ook een aantal vriendschappen binnen de groep. Een ieder heeft zijn eigen kamer met daarbij een douche en toilet, welke zij zelf schoon moeten maken/houden. De meeste cliënten 'werken', d.w.z. dat ze een soort van stage volgen, op het terrein van het Westerhonk.

Naast het Leerhuis is er ook nog een Leerhuis+. Het Leerhuis+ is een dependance van het Leerhuis waar 3 jongeren wonen die wat verder zijn in hun zelfstandige ontwikkeling dan de jongeren van het Leerhuis. Zij hebben eerst een periode op het Leerhuis gewoond waar zijn verschillende vaardigheden hebben geleerd om zelfstandiger te wonen. De jongeren van het Leerhuis+ krijgen maandag t/m donderdag begeleiding in de avonduren. Zij zijn dus de rest van de week op zichzelf aangewezen. Wel kunnen zij overdag contact opnemen met de begeleiding van het Leerhuis voor dringende zaken.

2.2.2 Situationele beschrijving

Hoe ziet de dag van een begeleider op het Leerhuis eruit?

Dagdienst

's Morgens worden cliënten die op tijd naar hun werk moeten gewekt. Hierna ga je in de woonkamer zitten om de cliënten op te vangen die vragen hebben of zin hebben in een praatje. Bijna alle cliënten hebben een baan dus als iedereen weg is, is er tijd voor andere werkzaamheden. Dit kan bijvoorbeeld zijn het invullen van een zorgplan, afspraken maken, ouders of cliëntvertegenwoordigers te woord staan, een boodschap doen, vergaderingen enzovoorts. Dit verschilt per dag en de ene dienst is dus ook drukker dan de andere dienst. Om 14.00 en 15.00 komen de medewerkers die de avonddienst

draaien. Er is dan tijd voor de overdracht. Hierin wordt kort besproken wat er de betreffende dag is voorgevallen en wat de bijzonderheden waren. Ook wordt er na iedere dienst gerapporteerd.

Avonddienst

Rond 16.00 komen de meeste cliënten thuis. Cliënten worden dan in de woonkamer opgevangen met koffie en thee. Hierna wordt aan het avondeten begonnen. Cliënten koken zelf maar hebben hier wel wat ondersteuning bij nodig, de een wat meer als de ander. Als het eten klaar is wordt er gezamenlijk gegeten. Daarna mogen de cliënten wat voor zich gaan doen en kun je zelf ook wat taken doen die nog moeten gebeuren. De rest van de avond breng je voornamelijk in de huiskamer door en let je op de taken die door de cliënten gedaan moeten worden. Om 22.00 moeten alle cliënten in hun kamer zijn waardoor je zelf rustig de tijd hebt om te rapporteren.

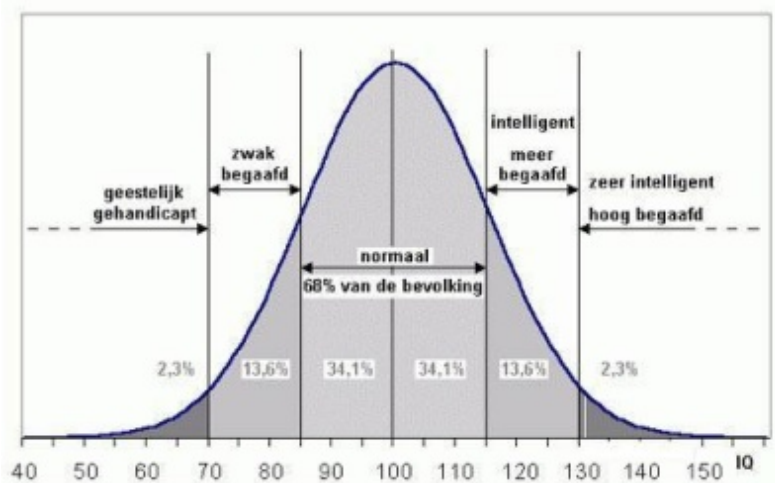
Tijdens een avonddienst komt het werken volgens het competentiemodel duidelijk naar voren. De cliënten wonen op het Leerhuis om dingen te leren en daarin probeert de begeleiding hen zo goed mogelijk te sturen en motiveren. Leermomenten worden door de begeleiding gesignaleerd en daarna wordt ermee aan de slag gegaan met de cliënt zelf. Met dingen leren wordt bedoeld: het leren in praktische zin, dus bijvoorbeeld koken en wassen. En het leren op gedragsmatig gebied, bijvoorbeeld 'hoe ga ik om met stresssituaties'. De begeleiding speelt hierop in door te reageren op adequaat gedrag en af en toe een gedragsinstructie te geven.

Hoofdstuk 3 LVG-ers

3.1 Wanneer is iemand licht verstandelijk gehandicapt?

Er is sprake van een verstandelijke beperking/handicap wanneer iemand een aangeboren of in de jeugd verkregen stoornis heeft van de cognitieve functies. Het tekort in de cognitieve functies zorgt ervoor dat ze zelfredzaamheid in negatieve zin kan worden beïnvloed. Zo kunnen er bijvoorbeeld stoornissen optreden op het gebied van; communicatie, zelfverzorging, wonen, sociale vaardigheden, deelname aan de samenleving, zeggenschap, gezondheid en veiligheid, toegepaste kennis, vrijetijdsbesteding en werk. Wanneer sprake is van meer dan twee van de bovengenoemde functiebeperkingen en een lager dan gemiddeld intelligentie quotiënt (IQ) kan men volgens het Amerikaanse classificatiesysteem American Association of Mental Retardation (AAMR) spreken van een verstandelijke beperking. Met een lager dan gemiddeld IQ wordt een IQ onder de 85 bedoeld.

Door het Trimbos-instituut wordt geschat dat het aantal licht verstandelijk gehandicapten jongeren rond de 2,14% ligt. Het aantal zwak begaafden ligt rond de 13.6%.



(Tabel is afkomstig van de website www.leerwiki.nl, zij hebben geen onderscheid gemaakt tussen geestelijk gehandicapt en licht verstandelijk gehandicapt. Hierdoor kan het verschil in het 1^e vakje verklaard worden.)

De DSM IV³ kent vier verschillende niveaus van mensen met een verstandelijke beperking namelijk; zeer ernstig verstandelijk gehandicapt, ernstig verstandelijk gehandicapt, matig verstandelijk gehandicapt en licht verstandelijk gehandicapt (LVG). Dit laatste begrip zal samen met de term zwakbegaafdheid in de hele scriptie een centrale rol vervullen en verder worden uitgelicht in dit hoofdstuk.

In de loop van de geschiedenis zijn er verschillende definities van het begrip 'licht verstandelijk gehandicapt' verschenen. Deze definities zijn echter bijna allemaal van dezelfde strekking en bevatten vaak twee belangrijke aspecten die centraal staan voor het begrip, namelijk: een laag niveau van intellectueel functioneren en de beperking in de sociale redzaamheid. Een definitie van LVG-jongeren die wordt gegeven in de nota 'Vorm en Kleur' van de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (NVGz) is de volgende:

'Licht verstandelijk gehandicapte jongeren zijn personen tot circa 21 jaar die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lager intellectueel functioneren én beperkte sociale

¹ De DSM is een classificatie voor psychische stoornissen en is ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. In juni 1994 verscheen de vierde editie (DSM-IV) en in 2012 zal er een 5^e editie verschijnen. De DSM is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder. De DSM is dus een classificatiesysteem, een soort internationaal etiketsysteem.

redzaamheid niet (zonder hulp) kunnen handhaven in één of meer reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school, werk, groep, leeftijdgenoten, buurt). Met speciale hulp hebben zij een redelijke kans op een zekere mate van zelfstandigheid als volwassene.'

Het IQ van een licht verstandelijk gehandicapte ligt tussen de 50 en 70. Wanneer men een IQ heeft tussen de 70 en 85 wordt gesproken van zwakbegaafdheid. Een IQ boven de 85 duidt op iemand met een normale of hoge intelligentie. Op het Leerhuis wonen jongeren met zowel een licht verstandelijke beperking als zwakbegaafdheid.

Bij een IQ-score moet altijd rekening gehouden worden met verschillende factoren die de betrouwbaarheid van de test kunnen beïnvloeden. De ervaring leert dat een IQ-test die laat in de middag wordt afgenomen vaak een lagere score laat zien dan een IQ-test die in de ochtend wordt afgenomen (volgens orthopedagoog van 's Heeren Loo). Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat de concentratie na een dag werken minder is dan wanneer je weinig tot niets hebt gedaan in de ochtend. Ook kunnen psychische stoornissen en gedragsproblemen de IQ-score negatief beïnvloeden. R. Didden (2006) stelt in zijn boek dat er om die reden bij licht verstandelijk gehandicapten niet alleen naar de IQ-score gekeken zou moeten worden, maar naar het gehele IQ-profiel. Dit profiel bestaat uit een verbaal IQ (alles wat met spreken, luisteren en taal te maken heeft), een performatief IQ (alles wat met meer visueel en ruimtelijke vaardigheden te maken heeft) en het totale IQ (de totale score die voortkomt uit de test). Vaak wordt bij LVG-ers een disharmonisch IQ-profiel waargenomen. D.w.z. dat er vaak een verschil wordt waargenomen van minimaal 15 punten tussen het verbale en performante IQ waarbij het verbale IQ meestal hoger ligt dan het performante IQ. Deze disharmonie is ook terug te zien bij alle IQ-scores van de jongeren die op het Leerhuis wonen.

Bij het vaststellen van een verstandelijke beperking speelt de eerder genoemde sociale zelfredzaamheid meestal net zo'n belangrijke, of misschien wel belangrijkere rol als het IQ. Met sociale zelfredzaamheid wordt 'het vermogen het leven in te richten zonder dat hulp van anderen nodig is' bedoeld (van Dale, 2010). Hierbij kun je denken aan persoonlijke verzorging zoals; jezelf kunnen wassen, aankleden, koken, boodschappen doen enzovoorts en sociale aspecten zoals zelfstandig kunnen deelnemen in het openbaar vervoer, jezelf kunnen redden in een bibliotheek en bijvoorbeeld het regelen van je eigen financiën. Deze en andere voorwaarden zijn van belang om volwaardig te kunnen participeren in de samenleving. Iemand heeft dus weinig aan een hoog IQ in combinatie met een lage sociale zelfredzaamheid maar meer aan een hoge sociale zelfredzaamheid met een wat lager IQ. In de praktijk zie je dit ook terug; zwakbegaafde jongeren die zich niet kunnen redden zonder professionele hulp of begeleiding worden beschouwd als lichtverstandelijk gehandicapten en hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van verschillende orthopedagogische instellingen. Jongeren met een IQ wat lager is dan 75 maar zich wel kunnen redden zonder professionele hulp of begeleiding worden doorgaans niet als verstandelijk gehandicapt beschouwd (Didden 2006).

3.2 Wat is er in Nederland bekend over alcohol- en drugsgebruik onder LVG-jongeren?

Onderzoek Trimbos-instituut

Begin 2007 heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met het kenniscentrum VOBC/LVG⁴ onderzoek gedaan naar het middelengebruik van LVG-jongeren. Vanuit de verslavingszorg, maatschappelijke opvang en justitie kwam namelijk het signaal dat het middelen gebruik onder LVG-jongeren problematische vormen begon aan te nemen. Dat er een toenemende stijging is van het aantal LVG-jongeren dat alcohol- en drugs gebruikt wordt veel gezegd maar er is nog weinig over te vinden in de bestaande literatuur of artikelen. Daarom is het grootschalige onderzoek in gang gezet. 760 jongeren hebben met het onderzoek meegedaan, zij waren reeds bekend bij verschillende hulpverleningsinstanties zoals stichting MEE, justitiële inrichtingen, orthopedagogische instellingen enzovoorts. De vragenlijsten die het Trimbos-instituut heeft gebruikt zijn qua taalgebruik en vorm speciaal aangepast aan de doelgroep. Ook werd nadrukkelijk de anonimiteit van het onderzoek vermeld zodat de jongeren er wellicht makkelijker voor kiezen om de lijst in te vullen. De vragen die gesteld werden gingen vooral over wat de jongeren gebruikt hadden, hoe vaak en hoeveel zij gebruikt hadden en hoe zij aan de middelen kwamen. Ook werd er gevraagd naar het gevoel dat het bij hen op riep en eventueel probleemgedrag wat daaruit voort kwam. Aan de persoonlijk begeleiders van de jongeren werd eveneens een vragenlijst voorgelegd met daarin soortgelijke vragen.

⁴ Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra voor Licht Verstandelijk Gehandicapten, de vereniging van de 21 lvg-behandelinstellingen voor jeugd.

Respondenten

De gemiddelde leeftijd van de jongeren die hebben meegewerkt aan het onderzoek ligt op 15,8 jaar. Dit heeft te maken met het feit dat er vanuit de onderwijssetting meer gereageerd is op de vragenlijsten dan vanuit andere instellingen. 59% van de deelnemers zijn autochtoon, wat betekent dat 49% van de deelnemers allochtoon is. Met allochtoon bedoel ik een inwoner van Nederland die zelf of waarvan minimaal 1 van de ouders in het buitenland is geboren. Het merendeel van de respondenten zijn jongens, namelijk 63%. Over de woonsituatie van de jongeren is het volgende bekend: 76% woont nog bij hun ouders, 18% woont in een situatie waar permanente begeleiding aanwezig is, 4% woont zelfstandig met begeleiding en 2% woont geheel zelfstandig.

Alcohol

7% van de deelnemers zegt regelmatig alcohol te drinken en 60% af en toe. De gemiddelde leeftijd waarop zij voor het eerst een alcoholisch drankje dronken ligt op 13,7 jaar. Bier is het meest populaire drankje, gevolgd door breezers en shooters⁵. De meeste ondervraagden die hebben aangegeven (wel eens) te drinken doen dat in het weekend. 4% drinkt regelmatig op weekdays. Voor 17% van de jongeren die in het weekend drinken geldt dat zij meer dan 5 glazen bier op een avond drinken. Voor 13,5% van hen geldt dat zij meer dan 5 flesjes of blikjes bier op een avond drinken, gevolgd door 11,7% van hen die op een weekendavond meer dan 5 shooters drinken. Op weekdays zijn deze aantallen beduidend minder. Het verschil tussen jongens en meisjes is vrij klein. Jongens drinken iets vaker regelmatig, meisjes drinken weer iets vaker af en toe. Het verschil in alcoholgebruik tussen allochtone en autochtone jongeren is wel vrij groot. 70% van de autochtonen drinkt af en toe, bij de allochtonen licht dit percentage op 48%. 35% van de allochtone jongeren heeft nog nooit alcohol gedronken, daartegenover heeft van de autochtone jongeren 15% nog nooit alcohol gedronken. De deelnemers die nog op school zitten drinken het meest alcohol, dit is te verklaren uit het feit dat er in het onderwijs meer autochtone jongeren zitten dan allochtone jongeren.

Drugs

Het merendeel van de respondenten (65%) heeft naar eigen zeggen nog nooit drugs gebruikt. Dit aantal ligt beduidend hoger dan de 8% die regelmatig drugs gebruikt. Daar tussenin zegt 13% van de jongeren af en toe drugs te gebruiken, en dan voornamelijk in het weekend, en nog eens 13% zegt eens maar nooit meer drugs te hebben gebruikt. De meest populaire drug onder deze doelgroep is cannabis, 97% van de drugsgebruikende respondenten gebruikten deze drug. XTC, cocaïne, paddo's en amfetamine vullen op deze volgorde het rijtje aan. Heroïne werd maar door 1% van de respondenten gebruikt. Wat opvalt, is dat de jongeren die cannabis gebruiken dit over de gehele week doen, je zou dus kunnen stellen dat dit bij het dagelijks leefpatroon hoort en wellicht een verslaving is. Gemiddeld roken deze jongeren 3 joints per dag, voor de zware gebruikers (16% van de drugsgebruikende jongeren) geldt dat zij 6 of meer joints per dag roken. Drugs als cocaïne, XTC en speed worden doorgaans vaker in het weekend gebruikt, dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat deze drugs meestal gebruikt worden in het uitgaanscircuit. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst drugs gebruikten is 14,5 jaar. Het verschil in gebruik tussen jongens en meisjes is nihil evenals het verschil in gebruik tussen allochtonen en autochtonen. Drugs worden het meest gebruikt in orthopedagogische behandelcentra, nauw gevolgd door het onderwijs. In het onderzoek werd aan de jongeren ook de vraag gesteld hoe zijn aan de drugs kwamen. 42% van hen kocht de drugs zelf in een coffeeshop of van een dealer. 14% heeft de drugs gekregen maar moest in ruil daarvoor iets doen, een voorbeeld hiervan is stelen. 44% geeft aan de drugs op een andere manier te hebben verkregen/genuttigd. Voorbeelden hiervan zijn; meeroken met vrienden of familie, drugs delen waarbij men om de beurt wat haalt.

3.3 Vormen Licht verstandelijk gehandicapten een risicogroep voor het gebruik van alcohol en drugs?

Steeds vaker wonen jongeren met een lichte verstandelijke beperking in de gemeenschap, al dan niet met begeleiding, bij familie of grotendeels zelfstandig. Dit heeft als gevolg dat zij worden blootgesteld aan verschillende factoren die kunnen leiden tot alcohol- en/of drugsgebruik. Een aantal voorbeelden van die verschillende factoren zijn:

Kopieergedrag: de LVG-er neemt gedrag over wat hij bij een ander ziet om erbij te horen.

Ontspanning: LVG-er grijpt naar drugs om onder de stress en druk van de huidige maatschappij uit te komen.

Gebrek aan assertiviteit: LVG-er durft geen 'nee' te zeggen wanneer hem/haar middelen worden aangeboden.

Wat hierin meespeelt, is dat jongeren met een lichte verstandelijke beperking

⁵ Kleine flesjes sterke drank (bijvoorbeeld flugel)

vaak worden overschat en overvraagd. Een reden hiervan is dat hun handicap meestal niet zichtbaar is op lichamelijk gebied. De cliënten zijn vaak wel 'streetwise'^{***} waardoor anderen het idee kunnen hebben dat zij normaal begaafd zijn. De cliënten zelf hebben vaak ook moeite met de acceptatie van hun handicap en zien zichzelf als normaal. Het ontbreken van eigen inzicht in hun situatie en een onrealistisch verwachtingspatroon zijn kenmerkend voor de doelgroep. (Didden 2006)

Bij de cliënten op het Leerhuis is ook het ontbreken van eigen inzicht en het hebben onrealistische gedachten en verwachtingen terug te zien, bijvoorbeeld; *A. is ervan overtuigd dat zij verloskundige zal worden maar heeft geen idee dat hier een jarenlange opleiding aan vooraf gaat, B. benoemd regelmatig dat hij de kostwinner in huis is en dat hij een villa gaat kopen.*

LVG-ers willen niet onderdoen aan normaal begaafde jongeren en willen erbij horen. Dit in samenhang met een zwak sociaal milieu maakt de doelgroep kwetsbaar en beïnvloedbaar. Cliënten overzien vaak niet de gevolgen van hun handelen en samen met de kwetsbaarheid kan dit leiden tot problemen als; vroegtijdig schooluitval, alcohol- en drugsmisbruik, prostitutie, werkloosheid, criminaliteit, schulden, vroegtijdig zwanger raken enzovoorts. Bovendien missen licht verstandelijk gehandicapten de cognitieve vaardigheden om de basisrisico's van het gebruik van alcohol en drugs in te zien. Hierdoor is de kans groot dat het gebruik negatieve gevolgen zal hebben wanneer het middel 'lekker' gevonden wordt.

Jongeren met een lichte verstandelijke beperking lijken minder kwetsbaar voor het gebruiken van alcohol en drugs wanneer zij in een 'beschermde' omgeving wonen. Het Leerhuis is gevestigd op het instellingsterrein van het Westerhonk, dit terrein is niet afgesloten en voor elke burger toegankelijk. Er wonen zelfs 'gewone' burgers verspreid over het instellingsterrein. Toch kan er geen vergelijking worden gemaakt met een gewone woonwijk. Alle faciliteiten die de jongeren nodig hebben bevinden zich op het terrein waardoor de bewegingsruimte van de meeste jongeren zich vaak beperkt tot het terrein. Je zou dus kunnen zeggen dat zij in een 'beschermde' omgeving wonen, hiermee bedoel ik dat zij niet worden blootgesteld aan de leefstijl van mensen zonder verstandelijke beperking en daarmee aan middelen als alcohol en drugs. Echter in het weekend gaan veel van de cliënten naar familie of vrienden waar zij wel het risico lopen om aan bovengenoemde aspecten te worden blootgesteld. Van een aantal van onze cliënten is bekend dat zij (een) verslaafde ouder(s) hebben, wanneer zij dan in het weekend bij hen op bezoek gaan worden zij direct blootgesteld aan alcohol- en of drugsgebruik. Een andere risicofactor die je hierbij gelijk kunt noemen is *erfelijkheid*. Wanneer verslaving in de familie voor komt is de kans om zelf ook verslaafd te raken groter dan van iemand bij wie geen verslaving in de familie voor komt. Volgens Rutten e.a. (2009) geniet maar liefst 40 tot 60% een grotere genetische kwetsbaarheid op het gebied van alcohol- en drugsgebruik.

Ook zijn er plannen om het Leerhuis in de toekomst te verhuizen naar een plek buiten de instelling. Uit de interviews die ik met de cliënten gehouden heb blijkt dat er op dit moment geen cliënten op het Leerhuis wonen die regelmatig drugs gebruiken. Blijft dit zo wanneer zij buiten het terrein wonen? En hoe kunnen we voorkomen dat zij als ze daar wonen wel alcohol en drugs gaan gebruiken?

^{***} Hebben van een vlotte babbel, niveau van taalgebruik komt niet overeen met intellectueel niveau van functioneren.

Hoofdstuk 4 Drugs

4.1 Wat zijn drugs?

'Drugs zijn stoffen die een verandering van het menselijk bewustzijn veroorzaken en die om deze reden worden gebruikt'.

Deze definitie van het begrip drugs geeft van Epen (2002, pagina 12) in zijn boek *Drugsverslaving en alcoholisme*. Het geven van een goede definitie is niet zo makkelijk omdat drugs een verzamelnaam is voor verschillende middelen die allemaal een ander effect teweegbrengen. Ik heb voor deze definitie gekozen omdat ik vind dat hier kort maar duidelijk wordt weergegeven wat drugs is en waarom het gebruikt wordt. Je kunt verschillende drugs indelen in drie categorieën, namelijk; verdovende middelen, stimulerende middelen en tripmiddelen. *Verdovende middelen* zorgen ervoor dat je in een vredige en lome toestand raakt, je reactievermogen verslapt en de wil/kracht om iets te ondernemen vermindert of verdwijnt zelf is een aantal gevallen. Je kunt het vergelijken met de toestand die je ervaart vlak voordat je in slaap valt. *Stimulerende middelen* geven je, in tegenstelling tot verdovende middelen, tijdelijk een oppeppend en energiek gevoel. Je bent op dat moment extra wakker, geconcentreerd en alert. Ook de drang om dingen te ondernemen neemt toe. Van *tripmiddelen*, het woord zegt het al, kun je in een trip raken. De gebruiker ervaart zichzelf en de wereld anders en gaat er in de meeste gevallen van hallucineren. Hallucineren houdt in dat je dingen ziet, hoort, voelt of ruikt die er niet zijn. Van Epen vergelijkt de toestand die je bereikt na het innemen van tripmiddelen met een psychose. Het verschil is echter dat een psychose over het algemeen als naar en angstig wordt beschouwd en een trip wordt doorgaans als plezierig ervaren, hoewel daar ook uitzonderingen in zijn. Bijvoorbeeld wanneer je een zogenoemde 'bad trip' krijgt. Dit begrip wordt in het volgende hoofdstuk verder uitgelegd. (Epen 2002)

4.2 Welke soorten drugs worden het meest gebruikt door lvg-jongeren?

Uit de cijfers van het onderzoek dat het Trimbos-instituut in 2008 deed naar de aard en omvang van middelengebruik onder lvg-jongeren blijkt dat cannabis de meest populaire drug onder deze doelgroep is. XTC, cocaïne, paddo's en amfetamine staan respectievelijk op de 2^e, 3^e, 4^e en 5^e plaats. Het aantal jongeren dat wel eens heroïne gebruikte is te verwaarlozen en wordt daarom niet genoemd in deze paragraaf.

4.2.1 Cannabis

Cannabis is de verzamelnaam voor hasj en wiet. Beide zijn allebei afkomstig van de hennepplant. De vorm maakt dat ze een verschillende naam hebben. Hasj zijn namelijk geperste plakken van gezeefde en gekoelde hars (kleverig spul dat de kleine haartjes van de plant uitscheidt) en is donkerbruin tot zwart van kleur. Wiet zijn gedroogde en verkruidde bloemtoppen, zijn groen van kleur en hebben een penetrante geur. De meest voorkomende manier van gebruik is door het te roken. Dit kan puur, uit een pijpje, of gemengd met tabak in de vorm van een joint. Het kan ook worden verwerkt in voedsel, zoals in cake of thee. De werkzame stof van cannabis is THC⁶, dit komt vrij wanneer de cannabis wordt verbrand. Wanneer je cannabis rookt komt de THC direct via je longen in je bloedbaan en zullen de effecten snel merkbaar zijn. Bij het eten van een spacecake treedt het effect vaak pas een half uur tot uur na inname op. De werking en effecten van cannabis worden bepaald door meerdere factoren en kunnen per persoon verschillen. Factoren die bijvoorbeeld meespelen zijn; ervaring, verwachtingen, stemming en de hoeveelheid die je binnen krijgt. Over het algemeen wordt het gevoel dat je krijgt van cannabis beschreven als 'stoned' of 'high'. Wanneer je stoned bent voel je jezelf ontspannen, bedwemd, loom en je hebt meestal geen zin/behoefte om te bewegen. Wanneer je high bent wordt je actief, spraakzaam en je kunt in een zorgeloze stemming raken. Je krijgt vaak een levendige fantasie en in sommige gevallen kun je zelfs gaan hallucineren. Andere bekende verschijnselen zijn het krijgen van een 'eetkick' of 'lachkick', versterken van de stemming die je al had en lichte vergeetachtigheid. Op lichamelijk gebied zijn ook effecten merkbaar, zo krijg je bijvoorbeeld vlak na gebruik een droge mond, rode en kleine ogen, versnelde hartslag, warme/koude handen en verslapping van de spieren. Het effect van cannabis duurt ongeveer zo'n 2 tot 4 uur. Het is lastig om cannabis in 1 van de drie eerder genoemde categorieën te plaatsen want, zoals je net gelezen hebt kan het een verdovende werking hebben maar ook een stimulerende werking. En het kan in sommige gevallen zelfs zorgen voor een trip. Cannabisgebruik en -verkoop wordt in Nederland gedoogd. Dit

⁶ TetraHydroCannabinol

houdt in dat het in legale coffeeshops verkocht mag worden en dat een gebruiker maximaal 5 gram wiet voor eigen gebruik op zak mag hebben. Een gram wiet kost momenteel tussen de €7,- en €10,-. De prijs van hasj ligt gemiddeld ongeveer €1,- hoger. (Jellinek 2009; Delhaas en Eussen 2005; Epen 2002)

Risico's

Korte termijn

Wanneer de cannabis verkeerd valt kan dit een zogenoemde 'bad trip' veroorzaken. Je voelt je dan angstig en kan in paniek raken. Dit kan flauwvallen, misselijkheid en hoofdpijn tot gevolg hebben en de persoon kan dagen later nog steeds last hebben van een angstig gevoel. Cannabis heeft over het algemeen ook een negatief effect op je geheugen en concentratie, deelnemen aan werk of verkeer kan op zo'n moment dus gevaarlijk zijn.

Wanneer er schizofrenie of andere psychiatrische stoornissen voorkomen in de familie kan dit een risicofactor zijn voor de gebruiker. Een combinatie van bepaalde genen en het gebruik van cannabis kan leiden tot het verergeren van psychische klachten, een psychose of zelfs schizofrenie op de lange termijn.

Lange termijn

Bij veelvuldig gebruik kan cannabis geestelijk verslavend zijn. Je kunt dan ook last krijgen van afkickverschijnselen als somberheid, slapeloosheid en concentratieproblemen wanneer je stopt met gebruiken. Op lichamelijk gebied kan het gebruik van cannabis schade toebrengen als hart en longziekten. Mensen met een verstandelijke beperking lijken meer kwetsbaar voor de negatieve gevolgen van cannabisgebruik. Het gebruik blijkt onder deze doelgroep meer problemen met zich mee te brengen dan onder normaal begaafde mensen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat verstandelijk gehandicapten vaker te maken hebben met motorische stoornissen, epilepsie, zintuiglijke stoornissen, psychische problemen en gedragsproblemen. De laatste twee beperkingen kunnen invloed hebben op het in de hand werken van middelengebruik, en het middelengebruik verergert dan op zijn beurt weer de psychische en gedragsproblemen.⁷ (Jellinek 2009)

4.2.2 XTC

De naam XTC is een afkorting van het Engelse woord ecstasy dat extase betekent. XTC staat bekend als 'partydrug' en wordt vooral op dansfeesten gebruikt. Een andere naam die vaak met XTC wordt geassocieerd is 'lovedrug' omdat het een gevoel van liefde bij je oproept. XTC is er in verschillende vormen maar wordt meestal geslikt als pil. Deze pillen zijn vaak gekleurd, hebben verschillende vormen en zijn voorzien van een klein teken. De werkzame stof in XTC is MDMA⁸ en kan zowel zorgen voor een stimulerend als tripachtig effect. Ook deze drug is dus moeilijk in één van de drie categorieën te plaatsen. Het tripachtige effect wat XTC met zich meebrengt kan beschreven worden als jezelf goed en ontspannen voelen. Vaak wordt je wat meer spraakzaam en heb je behoefte aan verbondenheid en intimiteit met anderen. Prikkel worden sterker beleefd en je lichaam tintelt. Het stimulerende effect kan beschreven worden als een energiek en alert gevoel. Je hartslag gaat vaak omhoog en je bloeddruk stijgt. Je spieren spannen zich samen wat vooral in de kaken voelbaar is, dan kan tot gevolg hebben dat je de binnenkant van je wangen of je tong stuk bijt. In de meeste gevallen worden je pupillen groter, je eetlust neemt af en je kunt slecht in slaap komen. Ook bij XTC is de werking niet bij iedereen hetzelfde en kan dit afhangen van verschillende factoren als: omgeving, stemming hoeveelheid MDMA die in het pilletje zit enzovoorts. De stoffen die door je hersenen extra worden aangemaakt na gebruik van XTC zijn adrenaline en serotonine. Adrenaline zorgt ervoor dat je meer energie krijgt en serotonine zorgt voor een goed en ontspannen gevoel. Een XTC-trip duurt ongeveer 4 tot 6 uur maar er kunnen de dag erna nog na verschijnselen voelbaar zijn. In sommige gevallen blijft het ontspannen en opgewekte gevoel aanhouden maar in de meeste gevallen heb je last van een depressief en leeg gevoel. XTC is volgens de Nederlandse wet verboden en mag dus niet verkocht en gebruikt worden. Een XTC pil kost gemiddeld ongeveer €4,-.

Risico's

Door het stimulerende effect wat XTC heeft komt het vaak door dat mensen eindeloos kunnen dansen en bewegen. Hierdoor krijg je het warm en je gaat meer transpireren wat uitdroging en/of oververhitting tot gevolg kan hebben. Door oververhitting kun je een koortsstuip of een toeval krijgen

⁷ Bron: Trimbos-instituut Url: <http://www.drugsinfo.nl/index.cfm?act=drugsabc.tonen&artid=6EB82094-5AA1-4602-940E-942D35B196F0&cat=DAC03948-EE1F-4880-8CA5-168A9B33767B>

⁸ methyleendioxy-methamfetamine

en er is kans op bloedingen door het hele lichaam. Deze verschijnselen treden alleen op wanneer er een aantal uren onafgebroken wordt gedanst in een hete ruimte zonder iets te drinken. XTC kan in combinatie met andere middelen zorgen voor een hoge bloeddruk, effecten als hoofdpijn en braken kunnen optreden. Door onder ander Jellinek en het Trimbos-instituut wordt gesuggereerd dat veelvuldig gebruik van XTC hersenbeschadiging kan veroorzaken. Echter is er begin dit jaar een onderzoek gedaan door het National Institute on Drug Abuse uit de Verenigde Staten waaruit blijkt dat XTC het brein geen permanent letsel toebrengt. Andere factoren kunnen wel leiden tot schade, bijvoorbeeld wanneer je XTC combineert met andere genotsmiddelen zoals alcohol of speed. Ook het slaapgebrek kan een negatieve invloed hebben op de hersenen. Uit het onderzoek kun je eigenlijk opmaken dat wanneer je XTC op een 'verantwoordelijke' manier gebruikt dit geen schade zal toebrengen aan je hersenen. Een dag of aantal dagen nadat je XTC hebt gebruikt kunnen wel geheugenstoornissen optreden en je stemming en concentratievermogen kunnen negatief worden beïnvloed. Na het stoppen met XTC-gebruik treedt wel herstel op. Natuurlijk moet er altijd voorzichtig met XTC worden omgegaan, er kunnen namelijk ook illegale andere stoffen in de pil verwerkt zitten die wel kunnen leiden tot hersenbeschadiging. Ook kan het schade aan je lever en nieren toebrengen omdat dit de organen zijn die schadelijke stoffen afvoeren. Daarnaast is het gebruik van XTC slecht voor gebit omdat je gaat knarsetanden. Een overdosis kan zelfs fataal zijn. Daarom kun je in Nederland je XTC-pillen laten testen bij de GGD⁹. Er wordt dan gekeken hoeveel milligram MDMA er in de pil verwerkt zit en of het eventueel vermengd is met andere stoffen. XTC is zeer zelden geestelijk verslavend, lichamelijk zelfs helemaal niet. Wat wel kan gebeuren is dat tolerantie optreedt voor de stof en je steeds meer nodig hebt om hetzelfde effect te bereiken.¹⁰ (Jellinek 2007; Epen 2002)

4.2.3 Cocaïne

Cocaïne, in de volksmond 'coke' genoemd, is een wit kristalachtig poeder dat wordt gemaakt van de cocaïneplant. Deze plant groeit in Zuid-Amerika. Er zijn verschillende manieren om coke te consumeren maar de meest gangbare manier is om het te snuiven. Er wordt dan een lijntje van het witte poeder neergelegd welke via een kokertje (bijv. gemaakt van een stukje opgerold papier of een stalen pijpje o.i.d.) door de neus wordt opgesnoven. Het lost dan op in je neusslijmvlies waardoor het in je bloed terecht komt. De drug bereikt al na enkele minuten je hersenen waardoor het effect snel voelbaar is. Coke is een stimulerende drug waar je een opgewekt en fit gevoel van krijgt. Je wordt spraakzamer en zelfverzekerd en je kunt het gevoel hebben dat je de hele wereld aan kan. Je uithoudingsvermogen wordt vergroot en je vermoeidheid en honger verdwijnen. Op lichamelijk gebied zijn de volgende effecten merkbaar: je pupillen worden groter, je neus en gehemelte raken verdoofd en je moet vaker naar het toilet omdat je blaas en darmen zich samentrekken. De stoffen die je hersenen afscheiden na het gebruik van cocaïne zijn dopamine (zorgt ervoor dat je je lekker en 'happy' voelt), serotonine (zorgt voor hetzelfde effect als dopamine) en noradrenaline (zorg voor een energiek gevoel, hartslag gaat omhoog). Cocaïne is ongeveer een half uur na gebruik uitgewerkt waarna je jezelf down begint te voelen. Hierdoor heb je steeds meer op een avond nodig om het gewenste effect te behouden. Cocaïne wordt het meest gebruikt onder jongeren in het uitgaanscircuit. Het staat bekend als een dure drug, voor een halve gram betaal je gemiddeld zo'n €20,- tot €25,-. Cocaïnegebruik en -verkoop zijn volgens de Nederlandse wet verboden.

Risico's

Korte termijn

Door gebruik van cocaïne vernauwen je bloedvaten, hierdoor kan het neusslijmvlies beschadigd raken waardoor ontstekingen in de neusholtes kunnen ontstaan. Een loopneus en een pijnlijke neus zijn het gevolg hiervan. Door het vernauwen van de bloedvaten krijgt de hartspier minder bloed, dit in combinatie met de verhoogde hartslag die de drug veroorzaakt maakt dat het hart extra wordt belast. In het ergste geval kan dit zelfs leiden tot een hartinfarct. Coke kan ook het hebben van seks negatief beïnvloeden, zo kunnen jongens last krijgen van een erectiestoornis of kan een orgasme uitblijven. In het uitgaanscircuit wordt coke vaak gebruikt in combinatie met alcohol. Door het gebruik van cocaïne wordt je minder snel dronken, dit heeft vaak als gevolg dat je meer gaat drinken. De combinatie van de twee middelen zorgt voor een extra belasting van het hart en kan beschadiging van de lever veroorzaken. Een ander risico is dat er in cocaïne gemiddeld slechts 50% zuivere cocaïne zit, de rest zijn andere middelen. Bijvoorbeeld cafeïne, suikers of pijnstillers (fenacetine). Deze laatste kan schade toebrengen aan de nieren.

⁹ gemeentelijke gezondheidsdienst

¹⁰ Trimbos-instituut. Url: <http://www.drugsinfo.nl/index.cfm?act=drugsabc.tonen&artid=CACA03D1-7117-4369-85A5-51BC8343828D&cat=F47B16FA-3F40-480D-A89F-5E9EDC1BB189>

Lange termijn

Cocaïne kan geestelijk verslavend zijn, wanneer je ermee stop kun je last krijgen van ontwenningsverschijnselen als een depressief en uitgeput gevoel hebben en niet meer kunnen genieten. Bij langdurig en veelvuldig gebruik kunnen karakterveranderingen optreden. Wat vaak voor komt is dat men egoïstische trekjes krijgt en soms zelfs arrogant wordt. Ook raakt men snel geagiteerd. Een ander nadelig gevolg van veelvuldig cocaïnegebruik is het krijgen van waanideeën. Dit kan zich ontwikkelen tot achterdochtig en paranoïde gedrag. Dit komt doordat het gedeelte in je hersenen dat zorgt voor schrikreacties overprikkeld wordt. Je schrikt steeds zonder reden en daardoor ga je malen en je allemaal dingen in je hoofd halen die er niet zijn. Veel relaties lopen stuk door cocaïneverslaving. Depressie kan ook voortkomen uit een cocaïneverslaving doordat de serotonineaanmaak overprikkeld wordt. Je maakt uit jezelf geen serotonine aan waardoor je jezelf down voelt. Op lichamelijk gebied zijn er ook een aantal negatieve gevolgen aan langdurig cocaïnegebruik. Zo kan er bijvoorbeeld uitputting optreden en je kunt lijden aan gewichtsverlies door de extra energie die de cocaïne je geeft.¹¹ (Jellinek 2007)

4.2.4 Paddo's

Paddo's zijn paddenstoelen die gebruikt worden als tripmiddel. Ze zijn er in veel verschillende vormen en maten en groeien over de hele wereld. Je hebt verse en gedroogde paddo's, om in een trip te geraken kun je deze paddo's zo opeten of je kunt er soep of thee van maken. Ongeveer een half uur tot uur na consumeren zullen de effecten merkbaar zijn, een trip duurt ongeveer 4 tot 6 uur waarvan de eerste 2 uur het meest intens zijn. De werkzame stoffen in paddo's zijn psilocybine en psilocine. Net als bij cannabis zijn er verschillende factoren die bepalen hoe een paddotrip per persoon verloopt. Zo kan het gewicht van de persoon de heftigheid van de trip beïnvloeden, hoe lichter je bent hoe heftiger de trip zal zijn. Ook factoren als ervaring, verwachting, stemming en hoeveelheid spelen een rol. Ook is bekend dat gedroogde paddo's doorgaans sterker zijn dan verse paddo's. Voor mensen die nog nooit paddo's hebben gebruikt is het moeilijk voor te stellen hoe zo'n trip eruit ziet. Algemeen bekend is dat je van paddo's kunt gaan hallucineren. De manier waarop je dingen ziet en hoort verandert en je ziet allerlei kleuren, stralingen, bewegende objecten en vervormingen van objecten. De beleving van kleur en geluid wordt intenser, zo kan de plant in de kamer er bijvoorbeeld veel groener uitzien dan normaal en je kunt helemaal opgaan in muziek waar je doorgaans niet zoveel aan vindt. Andere effecten zijn; de tijd gaat langzaam of staat stil, ruimtes bewegen van groot naar klein en je voelt je verbonden met de kosmos. Het inzicht in jezelf en anderen wordt verdiept en soms kun je magische of religieuze ervaringen hebben. Bestaande gevoelens worden versterkt, dus ben je voorafgaand aan de trip vrolijk dan zul je alleen maar vrolijker worden, ben je angstig voorafgaand aan de trip dan zul je alleen maar angstiger worden. Op lichamelijk gebied zijn ook effecten merkbaar, je kunt het koud krijgen, last hebben van een droge mond en misselijkheid en je bloeddruk en hartslag gaan iets omhoog. Je kunt ook een zwaar gevoel in je benen hebben waardoor lopen soms lastig wordt. Tot 1 december 2008 werden paddo's legaal verkocht in smartshops maar doordat zich een aantal incidenten met toeristen hebben voorgedaan is besloten een paddoverbod in te voeren. In de tijd dat paddo's nog verkocht werden kostte een bakje ongeveer €8,50.¹² (Jellinek 2007)

Risico's

Soms kan een trip zo intens en vreemd voor je zijn dat je in een 'bad trip' terecht komt, je kunt dan zeer angstig worden, in paniek raken of zelfs flippen. Dit gevoel neemt over het algemeen wel weer af wanneer de paddo's zijn uitgewerkt. Het is moeilijk in te schatten hoeveel paddo's je nodig hebt voor het gewenste effect, hierdoor kan het voorkomen dat je teveel van het middel neemt en in een trip kan raken die tot ongelukken kan leiden. Wat ook wel eens kan voorkomen is een flashback, het effect van de paddo kan spontaan optreden zelfs lange tijd na het gebruik. Omdat paddo's in Nederland tegenwoordig verboden zijn willen jongeren nog wel eens zelf in de natuur op zoek gaan naar paddo's. Trippaddo's en giftige paddenstoelen zijn moeilijk van elkaar te onderscheiden waardoor je het risico loopt een giftige paddenstoel te eten. Paddogebruik zorgt voor verhoogde negatieve risico's wanneer je last hebt van psychiatrische en/of psychische problemen. Zo kan er bijvoorbeeld een psychose mee opgewekt worden of je kunt ervan in een depressie raken. Paddo's zijn niet verslavend,

¹¹Trimbos-instituut. Url: <http://www.drugsinfo.nl/index.cfm?act=drugsabc.tonen&artid=3EEB6D8A-DDFB-4339-B47B-660E8E6BCC4&cat=BD3AA6AF-1F89-4FE1-BEBD-24186F997716>

¹²Trimbos-instituut. Url: <http://www.drugsinfo.nl/index.cfm?act=drugsabc.tonen&artid=A68394BD-779B-4560-9F4F-B109CDE5227D&cat=B672429B-80DF-4494-8D84-99D36836C448>

wel treed er tolerantie op wanneer je het (te) vaak gebruikt. Het effect wordt dan minder of verdwijnt.¹³ (Jellinek 2007)

4.2.5 Amfetamine (speed)

Amfetamine is een stimulerend middel dat overal in de wereld wordt gemaakt in fabrieken en laboratoria. Het is dus een chemisch middel wat niet in de natuur te verkrijgen is, al zijn er wel planten waarvan de effecten lijken op die van amfetamine. Speed en pep zijn straatnamen voor amfetamine, de naam speed wordt het meest gebruikt en daarom spreek ik voor het gemak in de rest van dit stuk ook over speed. Speed wordt meestal geslikt of gesnoven maar het komt ook wel eens voor dat de poeder wordt opgelost in water of frisdrank. Als je speed slikt moet het een lange weg afleggen voordat het de hersenen bereikt, het effect treedt dan ongeveer een half uur tot uur na inname op. Wanneer je het snuift komt het middel direct via het neusslijmvlies in je bloed waardoor het al binnen een aantal minuten de hersenen bereikt. De effecten van slikken zullen ongeveer 4 tot 6 uur voelbaar zijn, het effect van snuiven duurt ongeveer 2 tot 6 uur maar kan 12 uur na consumeren nog steeds nawerkingen teweegbrengen. Een voorbeeld hiervan is dat je een hele nacht niet kunt slapen of last hebt van strakgetrokken kaken. Speed heeft een oppeppende werking er zorgt ervoor dat je jezelf goed en vrolijk voelt. Het praten en denken gaat je makkelijker af en je voelt je zelfverzekerd. Je krijgt er ook enorm veel energie van waardoor je uren achtereen kunt dansen.

¹³ Trimbos-instituut. Url: <http://www.drugsinfo.nl/index.cfm?act=drugsabc.tonen&artid=AE17AD90-86EB-46DE-8B28-9CBF95443A39&cat=B672429B-80DF-4494-8D84-99D36836C448>

4.3 Hoe kun je drugsgebruik bij cliënten herkennen volgens de bestaande literatuur?

Het kan heel moeilijk zijn om in te schatten wanneer iemand drugs gebruikt. Op het moment dat een cliënt net drugs heeft ingenomen en dan binnen stapt, zullen de signalen duidelijker zijn dan wanneer je de cliënt een dag later zult zien wanneer diegene niets heeft gebruikt. Ik heb gemerkt dat binnen het team wat onduidelijkheid bestaat over de mogelijke kenmerken die het gevolg zijn van drugsgebruik. De meeste teamleden kunnen wel een aantal kenmerken opnoemen zoals; rode ogen wanneer iemand gebloed heeft, ingevallen gezicht wanneer iemand harddrugs op heeft, lachkick wanneer iemand teveel alcohol of wiet op heeft enzovoorts. Om een wat duidelijker beeld te schetsen van de kenmerken die je kunt verwachten bij iemand die drugs gebruikt, misbruikt of verslaafd is heb ik de volgende drie tabellen gemaakt.

Tabel 1

Drugsgebruik	Gedrag	Stemmingswisselingen
		vermijden van oogcontact
		geheugenproblemen
		concentratiestoornis en verminderde aandacht
		gelatenheid
		onsamenhangende verhalen
		verstoring van de motoriek
		moeilijk verstaanbare spraak
		prikkelbaar
	Drugsspecifiek	Cannabis: gekalmeerd, eet- en lachbuien, rooddoorlopen en dichtgeknepen ogen, kleine pupillen, verstoord besef van tijd en ruimte Mogelijk te gebruiken attributen: zakjes waar de drugs in zit/zat, lange vloeitjes, filters/tips, pijpje
		Speed en cocaïne: weinig eten, niet vermoeid en weinig slapen, zelfverzekerd, spraakzaam, opgewonden, rusteloos, grote pupillen, actief, neus continu ophalen, blaasjes rond neus en mond. Mogelijk te gebruiken attributen: leeg/vol zakje poeders, pillen, snuifpijpje
		XTC: licht euforisch, makkelijk contacten leggen, droge mond, verwijde pupillen, stijve kaken, kaken over elkaar schuiven. Mogelijk te gebruiken attributen: pillen, MDMA poeder

Tabel 2

Drugsmisbruik	Sociaal gedrag	Moeilijk aanspreekbaar
		agressief
		Andere vriendengroep/vrienden kwijtraken
		onzeker
		Afspraken niet nakomen
		Vergeetachtigheid
		Uiterlijke veranderingen
		Verandering van eetpatroon (meer of minder eten)
		Verandering van het waak-slaapritme
	Gedrag op school of werk	Verslechtering van het functioneren
		Dalende of schommelende prestaties
		Concentratieproblemen
		Geheugenproblemen
		Ongeïnteresseerde houding
		Schoolverzuim/spijbelen
	Vrije tijd	Stoppen met hobby's
		Meer uitgaan
	Financieel	Vaker geld lenen
		Moeite met geld terugbetalen
		Stelen
		Dingen verkopen om aan geld te komen
		dealen
	Drugsspecifiek	Veel praten over drugs
		Specifieke geur in kleding
		Attributen die met drugsgebruik te maken kunnen hebben
		Signalen van onder invloed zijn

Tabel 3

Drugsverslaving	Sociaal gedrag	Sterk opvallende gedragsveranderingen
		Sociale contacten staan in het teken van verslaving
		Functioneringsproblemen
		achterdocht
	Tijdsbesteding	De hele dag draait om het gebruiken en zoeken naar drugs
		Vroegere interesses verdwijnen
		Besteed weinig tot geen tijd meer aan vrienden en familie
	Financieel	Groot gedeelte van het geld gaat op aan drugs
		Schulden opbouwen
		Illegaal gedrag als dealen en stelen
	Fysiek	Ongezonder eetpatroon
		Vermageren
		Verstoord slaap- en waakritme
		Verminderde weerstand
		Ingevallen en bleek gezicht
		Rottende tanden
	Drugsspecifiek	Bij lichamelijke afhankelijkheid: ontweningsverschijnselen bij stoppen zoals trillen, transpireren, braken, krampen
		Bij geestelijke afhankelijkheid: een onweerstaanbare drang ervaren om weer te gebruiken
		Alle signalen die ook gelden voor drugsmisbruik

(Jellinek 2009, Jellinek 2007, Reybrouck 2007)

De signalen die in de tabellen zijn weergegeven zijn signalen die over het algemeen het meest voorkomen. Dat wil niet zeggen dat iedere drugsgebruiker aan dezelfde kenmerken voldoet. Er zijn namelijk ook andere factoren die het gedrag of uiterlijk van de cliënt zouden kunnen verklaren. De

kenmerken zouden bijvoorbeeld ook kunnen duiden op het doormaken van een moeilijke periode of lichamelijke of geestelijke ziekte. Het is daarom van belang om zorgvuldig te werk te gaan en niet zomaar iemand te beschuldigen.

4.3.1 Kloppen deze kenmerken als je ze vergelijkt met de praktijk?

Om erachter te komen of de signalen zoals in de tabellen beschreven zijn kloppen heb ik aan 3 cliënten, waarvan bekend is dat zij wel eens wiet gebruiken, gevraagd of zij konden omschrijven hoe zij zich gedragen wanneer zij stoned zijn. Daarna deed zich tijdens een avonddienst een keer een situatie voor waarbij ze met zijn 3en geblowd hadden en stoned thuis kwamen. Deze gelegenheid heb ik gebruikt om te observeren of de kenmerken overeen kwamen met die in de literatuur. Ook ben ik er op die manier achter gekomen of de beschrijvingen van de cliënten zelf overeen kwamen met wat ik aan hen merkte.

Beschrijvingen van de cliënten zelf

Cliënt 1 geeft aan dat hij altijd erg lacherig wordt wanneer hij geblowd heeft. Ook wordt hij er langzaam van zegt hij. Als iemand iets tegen hem zegt slaat hij dit langzaam op en reageert daardoor ook traag. Dit valt in zijn geval niet echt op omdat hij normaliter ook al wat sloom overkomt i.v.m. het gebruik van anti-epileptica. Hij vindt dat je het aan zijn gezichtsuitdrukking niet kan zien dat hij geblowd heeft, volgens hem kijkt hij normaal uit zijn ogen. Hij omschrijft verder dat hij na een tijdje honger krijgt en het liefst een hele zak chips of chocola leeg eet.

Cliënt 2 omschrijft zichzelf als iemand die erg rustig wordt van blowen. Hij zit in zijn eigen wereld en praat het liefst met niemand. Zijn ogen worden altijd erg rood als hij geblowd heeft en omdat hij bang is dat zijn ogen hem verraden kijkt hij liever niemand aan. Over het algemeen wordt hij ook erg moe van blowen en slaapt hij er lekker van. Ook vertelt hij dat hij een 'eet kick' krijgt.

Cliënt 3 zegt dat ze, omdat ze al zo vaak geblowd heeft, de symptomen goed in bedwang weet te houden als ze iemand tegen komt die het niet mag weten (zoals de begeleiding van het Leerhuis). Ze zegt dus dat je aan haar eigenlijk niets merkt als ze stoned is, behalve dat ze rode en kleine ogen heeft. Als ze met mensen is die wel weten dat ze geblowd heeft dan laat ze zich wat meer gaan. Ze heeft dan last van eet- en lachbuien. Soms wordt ze ook erg down en angstig als ze geblowd heeft, dan wil ze het liefste dat ze gelijk weer nuchter is.

Mijn bevindingen na de observatie

Bij cliënt 1 merkte ik dat zijn ogen zaten dichtgeknepen en dat hij een hele brede grijns op zijn gezicht had. Ik vond hem nog slomer overkomen dan normaal en het leek erop dat zijn motoriek een beetje verstoord was. Hij liet bijvoorbeeld zijn telefoon uit zijn handen vallen en hij botste onderweg naar zijn kamer tegen een tafel aan. Verder 'smakte' hij met zijn mond, alsof hij een hele droge mond had. Ik kon duidelijk aan hem merken dat hij onder invloed was.

Bij cliënt 2 vond ik de symptomen minder duidelijk dan bij cliënt 1 en 3. Zijn ogen waren wel een beetje rood en hij vermeid oogcontact. Verder was hij stil en teruggetrokken maar dit is gedrag wat hij normaal gesproken ook vertoont dus dat zou ik niet gelijk linken aan drugsgebruik.

Bij cliënt 3 was duidelijk aan haar ogen en gezichtsuitdrukking te zien dat zij onder invloed was. Zij keek heel sloom uit haar ogen, terwijl zij normaal juist een hele heldere blik heeft. Haar spraak was trager dan normaal en ze stelde allerlei vragen die op dat moment niet erg relevant waren. Bijvoorbeeld dat ze vrij wilde regelen op haar werk voor over 3 weken (het was avond en er was dus niemand te bereiken op haar werk). Ook vond ik haar snel afgeleid, ze kon haar aandacht niet bij een gesprek houden.

Vergelijking met de literatuur

In grote lijnen komen de kenmerken die de cliënten vertonen overeen met die in de eerste tabel. Zo geven zij alle 3 aan eetbuien te hebben, dit heb ik zelf niet waargenomen omdat de cliënten vrij snel na aankomst op de woning naar hun kamers zijn gegaan. Rode ogen is een kenmerk dat bij alle 3 de cliënten zichtbaar is en wat ook als een kenmerk van cannabisgebruik beschreven wordt in de literatuur. Het vermijden van oogcontact heb ik bij cliënt 2 waargenomen, de andere 2 deden dit niet. Een verstoorde motoriek heb ik waargenomen bij cliënt 1, bij de andere 2 is me dit niet opgevallen. Een trage/onsamenhangende spraak heb ik waargenomen bij cliënt 1 en 3. Concentratieproblemen kwamen voor bij cliënt 3. Er zijn ook een aantal kenmerken die in de literatuur wel genoemd worden

maar die ik bij geen van de cliënten heb waargenomen en die ook niet door de cliënten zelf zijn genoemd. Dit is echter niet gek want ik heb de cliënten na thuiskomst ongeveer een kwartier per persoon gezien. Ik heb op dat moment niet kunnen meten of er sprake was van geheugenverlies, stemmingswisselingen of prikkelbaarheid. Ook lachbuien heb ik bij geen van de cliënten waargenomen maar dit kan verklaard worden door het feit dat ze het niet leuk vonden dat ze betrappt waren op het gebruik van softdrugs.

4.4 Waarom wordt er drugs gebruikt?

In hoofdstuk 3 zijn al een aantal oorzaken van drugsgebruik door LVG-jongeren aan de orde gekomen. Namelijk: *Kopieergedrag, ontspanning, gebrek aan assertiviteit en erfelijkheid.*

Pure *nieuwsgierigheid* wordt in dit rijtje niet genoemd maar is wel een simpele en veel voorkomende factor. Nieuwsgierigheid ontstaat vaak door verhalen die je hoort van anderen of dingen die je hebt gezien op tv. Het zelf willen ervaren van het gevoel en effect van drugs kan bepalend zijn of je gaat gebruiken of niet.

Kopieergedrag kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Kinderen die bijvoorbeeld zijn opgegroeid in een gezin waarvan een gezinslid drugs gebruikte, hebben kans om dit gedrag (soms onbewust of ongewild) over te nemen. Omdat deze kinderen niet anders gewend zijn wordt het beschouwd als iets dat normaal is. Dit in combinatie met het feit dat er vaak drugs in de omgeving aanwezig is maakt de drempel om zelf te gaan gebruiken laag. Een andere vorm van kopieergedrag kan bijvoorbeeld ontstaan door het nadoen van leeftijdsgenoten. Je ziet iemand op het schoolplein een joint opsteken en merkt dat dit voor diegene op dat moment positieve effecten heeft. In combinatie met je *nieuwsgierigheid* en het niet willen onderdoen voor de rest kan er voor zorgen dat iemand drugs gaat gebruiken.

Een andere belangrijke reden om drugs te gebruiken is het verlangen naar ontspanning of plezier. Er is wat dat betreft een verschil in recreatief gebruik of het willen ontsnappen aan de werkelijkheid. Met recreatief gebruik bedoel ik bijvoorbeeld het slikken van een XTC pil op een housefeest om de sfeer en muziek intenser te beleven. Wanneer je dit met mate doet en je gebruik in de hand hebt kun je nog spreken van recreatief gebruik. Wanneer je jezelf niet meer kunt ontspannen zonder drugsgebruik, en je dus drugs nodig hebt om jezelf goed te voelen wordt het gebruik niet langer gezien als recreatief maar meer als een vorm van zelfmedicatie. Drugs gebruiken om te ontsnappen aan sociale druk of problemen kan uiteindelijk zorgen voor afhankelijkheid. Deze vorm van drugsgebruik kan ook worden gezien als *vluchtgedrag*. Door kalmerende drugs te gebruiken worden je emoties afgezwakt en loop je als het ware weg voor negatieve gevoelens en gedachten. Je ziet dit vaak terug bij mensen die, op wat voor manier dan ook, problemen hebben of zelf vinden dat ze problemen hebben.¹⁴

Wat ook een rol kan spelen bij drugsgebruik is *verveling*. Deze vorm van drugsgebruik komt veel voor bij mensen die werkeloos zijn of weinig te doen hebben. Om nog een beetje plezier te beleven wordt dan drugs gebruikt. Sommige mensen gebruiken oppeppende drugs omdat ze daar meer energie van krijgen en dan ook gelijk zin hebben om iets te ondernemen.

Gebrek aan assertiviteit en weerbaarheid is iets dat veel voorkomt bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking. Voor hen is dit dan ook vaak een oorzaak om een keer te proberen. Ze durven geen 'nee' te zeggen uit angst om niet geaccepteerd te worden.

4.4.1 Waarom ging Leo drugs gebruiken? Waarom liep hij weg?

Voordat Leo op het Leerhuis kwam wonen heeft hij 6 weken op een crisisgroep gewoond. Dit is een plek waar jongeren geplaatst worden die, om welke reden dan ook, niet meer in hun huidige woonsituatie kunnen blijven. Leo woonde voordat hij naar de crisisgroep ging nog bij zijn moeder thuis, dit liep dusdanig uit de hand dat zij de hulp van stichting MEE¹⁵ heeft ingeschakeld. Zij hebben samen met moeder besloten dat Leo direct uit huis geplaatst moest worden, Leo kwam toen op de crisisgroep terecht. Vanuit daar werd gekeken naar een meer geschikte woonplek voor Leo en hij werd door Stichting MEE aangemeld voor het Leerhuis.

¹⁴ Url: <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/32856-waarom-gebruiken-mensen-drugs.html>

¹⁵ Stichting MEE is een landelijke organisatie en biedt ondersteuning in het leven van verstandelijk beperkte mensen en hun directe omgeving.

Omdat Leo zijn verblijf op de crisisgroep bijna voorbij was (hij mocht daar maximaal 6 weken wonen) is er heel snel besloten dat Leo op het Leerhuis kon komen wonen. Al snel bleek dat Leo zeer gedemotiveerd was, hij niet naar zijn werk ging en hij zich niet aan de regels van het Leerhuis hield. Een voorwaarde om op het Leerhuis te mogen wonen is dat de cliënt gemotiveerd is en dat hij/zij gericht aan zijn/haar toekomst wil werken. Omdat Leo niet langer op de crisisgroep kon blijven is besloten hem een kans op het Leerhuis te geven in de hoop dat hij zich daar verder kon ontwikkelen.

Het gedrag dat Leo bij zijn moeder thuis liet zien zette zich voort op het Leerhuis. Leo draaide zijn dag- en nachtritme om, ging niet naar zijn werk en ging ook weer softdrugs gebruiken. Uit zijn dossier kwam naar voren dat hij bekend was met het gebruik van softdrugs maar dat hij daar de laatste jaren niet meer mee in aanraking was geweest. Bovenop het drugsgebruik kwam ook nog eens het feit dat Leo regelmatig van de woning weg liep. Meestal ging hij dan naar Den Haag en hing daar op straat.

Ik denk dat er een vrij logische en simpele verklaring voor dit gedrag gegeven kan worden. Leo wilde namelijk helemaal niet op het Leerhuis zijn. Hij werd er geplaatst omdat het voor hem op dat moment de enige mogelijkheid was. Hij kon niet meer bij zijn moeder terecht en zijn verblijf op de crisisafdeling liep af. Leo werd dus in een omgeving geplaatst die hij niet zelf had uitgekozen en waar hij zich niet op zijn gemak voelde. Op het Leerhuis werden dingen van hem gevraagd en eisen aan hem gesteld waar hij op dat moment nog niet mee bezig was. Hij moest taken doen en nadenken over persoonlijke leerdoelen, iets wat nieuw voor hem was. Er werd dus een bepaalde druk op hem gelegd. Ook heeft hij meerdere keren aangegeven zich te vervelen op het Leerhuis, dit in combinatie met het feit dat hij op een plek woonde waar hij niet wilde zijn kan zijn terugval in het drugsgebruik en zijn houding tegenover de begeleiding verklaren.

Uiteindelijk is er na 6 weken besloten dat Leo niet meer op het Leerhuis kon blijven wonen. Het is het begeleidingsteam niet gelukt om Leo te motiveren en om hem 'in het gareel' te krijgen. De situatie was dusdanig uit de hand gelopen dat Leo, zoals in de casus ook te lezen is, andere cliënten betrok bij zijn drugsgebruik en wegloopacties.

4.4.2 Hoe kan het team dergelijke situaties voorkomen?

Deze casus is uitvoerig binnen het team besproken. 'Wat ging er mis?' en 'wat kunnen we hiervan leren?' waren centrale vragen in dit verhaal. De orthopedagoog van het Leerhuis is van mening dat Leo eigenlijk helemaal niet toegelaten had moeten worden op het Leerhuis. Uit het dossier van Leo was namelijk al af te leiden dat Leo zijn hulpvraag niet aansloot op wat het Leerhuis hem kon bieden. De hulpvraag van Leo bestond op het moment van de aanmelding eigenlijk alleen uit het hebben van een dak boven zijn hoofd. Ook tijdens het intakegesprek liet Leo geen blijk van motivatie zien en had hij een onverschillige houding. Leo had op dat moment geen dagbesteding en was totaal niet bezig met zijn toekomst. Dit alles bij elkaar zijn al genoeg contra-indicaties die het aannemen van een cliënt normaal gesproken in de weg zouden staan. Toch is er 'halsoverkop' het besluit genomen waar geen van de betrokkenen uiteindelijk beter van is geworden.

De groepsleiders valt in deze casus naar mijn mening weinig te verwijten, zij hebben de methodiek gehanteerd en geprobeerd Leo op een positieve manier te motiveren om wat van zijn leven te gaan maken. Omdat het bij Leo ontbrak aan intrinsieke motivatie is dit niet gelukt.

Het valt de orthopedagoog op dat er de laatste tijd wat losser met de ingangseisen wordt omgegaan m.b.t. het toelaten van cliënten op het Leerhuis. Het gaat daarbij dan vooral om interne aanmeldingen. Bijvoorbeeld aanmeldingen vanuit 's Heerenloo Kwadrant of van een andere groep van het Westerhond. Cliënten worden makkelijker toegelaten en doorlopen niet de gehele intakeprocedure die externe aanmeldingen wel moeten doorlopen. Hij zou graag willen dat de intakeprocedure wat verscherpt wordt en voor zowel interne als externe aanmeldingen gelijk is.

4.4.3 Intakeprocedure Leerhuis

De cliënt wordt bij de afdeling zorgbemiddeling aangemeld voor een plek op het Leerhuis. De zorgbemiddelaar leest het dossier van de cliënt en kan op basis daarvan alvast een inschatting maken of het Leerhuis een geschikte plek voor de cliënt zou kunnen zijn. Als dit het geval is dan stuurt de zorgbemiddelaar het dossier naar de teammanager, orthopedagoog en het begeleidingsteam. Als er in het dossier geen duidelijke contra-indicaties staan wordt de cliënt (eventueel samen met begeleider of ouder(s)) uitgenodigd voor een intakegesprek. Bij dit gesprek zijn aanwezig de zorgbemiddelaar en bovengenoemde personen. Er worden verwachtingen over en weer uitgesproken en er worden aan zowel de cliënt als de rest van het gezelschap vragen gesteld. Aan het einde van het gesprek is het

de bedoeling dat de cliënt weet waar hij/zij terecht komt en is het de bedoeling dat het begeleidingsteam kan inschatten of diegene geschikt is voor het Leerhuis. Desgewenst kan er ook nog een kijkje op de woning aan vast geplakt worden. Na dit gesprek gaan de groepsleiding in overleg met de teammanager en agoog en wordt er besloten of de kandidaat geschikt zou zijn voor het Leerhuis. De cliënt zelf krijgt ook nog een aantal dagen de tijd om te beslissen of hij/zij op het Leerhuis wil wonen. Om op het Leerhuis te worden aangenomen als cliënt zijn er een aantal voorwaarden waaraan voldoen moet worden, zo moet de cliënt zelf gemotiveerd zijn om dingen te leren en streven naar een zo zelfstandig mogelijk leven, de cliënt moet op moment van de verhuizing een dagbesteding hebben en de cliënt moet minimaal een ZZP3 indicatie hebben.

Als de beslissing wordt gemaakt om de cliënt 'aan te nemen' volgen er nog een aantal afspraken op de woning, de cliënt kan bijvoorbeeld een keer koffie komen drinken of meedoen met de maaltijd. Ook worden er afspraken gemaakt over wanneer de cliënt de kamer in orde kan komen maken.

In het geval van Leo en een aantal andere interne aanmeldingen zijn deze stappen niet allemaal even nauwkeurig nageleefd. Het streven is om in het vervolg zorgvuldiger te werk te gaan en elke aanmelding serieus in overweging te nemen.

Een ander punt wat de orthopedagoog aandraagt, heeft te maken met de aanmelding van nieuwe cliënten door andere instellingen. Nu is het zo dat we regelmatig aanmeldingen krijgen van jongeren die veel meer begeleiding nodig hebben dan het Leerhuis kan bieden. Deze jongeren worden aangemeld door bijvoorbeeld andere instellingen of hulpverleningsinstanties. Zij krijgen via het zorgbemiddelingsbureau van het Westerhonk een productfolder over het Leerhuis. Echter in deze productfolder staan kreten die suggereren dat het Leerhuis een behandelgroep en ook lijkt het alsof er 1 op 1 begeleiding wordt gegeven. Dit kan ertoe bijdragen dat aanmelders veel pittiger cliënten aanmelden dan wij in werkelijk op het Leerhuis aan kunnen. Dus niet alleen de intakeprocedure moet worden aangescherpt maar om te voorkomen dat we verkeerde verwachtingen scheppen bij aanmelder zal er ook kritisch gekeken moeten worden naar de productfolder van het Leerhuis.

Hoofdstuk 5 Het Leerhuis versus alcohol en drugs

5.1 Op welke manier laten de jongeren van het Leerhuis zich beïnvloeden door anderen?

Zoals ik al eerder heb benoemd is er de laatste maanden veel gebeurd op het Leerhuis. De groep die daar op dit moment woont, lijkt zich makkelijk te laten meeslepen door elkaar of mensen van buitenaf. Diefstal, alcoholgebruik, drugsgebruik en weglopen zijn incidenten die de laatste maanden met enige regelmaat zijn voorgekomen. In de meeste gevallen waren de cliënten met 2 of meer personen. Daarbij is er een soort patroon te herkennen in wanneer het gedrag plaatsvindt en wie erbij betrokken zijn. Zo valt bijvoorbeeld op dat cliënten die al wat langer op de groep wonen zich anders gaan gedragen wanneer er een nieuwe cliënt op de groep komt wonen. Het lijkt erop dat ze zichzelf willen bewijzen door brutaal te zijn tegen de begeleiding en stoere verhalen te vertellen. Het komt hierbij wel eens voor dat ze dan dingen doen die wij als begeleiding niet van hen gewend zijn. Voorbeeld:

'S. is een jongen van 18 jaar die sinds een aantal maanden op het Leerhuis woont. S. lijkt het naar zijn zin te hebben op het Leerhuis en doet goed zijn best om te werken aan zijn toekomst. S. is niet brutaal tegen de begeleiding, kan over het algemeen goed opschieten met zijn medecliënten, hij doet wat er van hem verwacht wordt en toont initiatief in het doen van taken en dergelijke. Na een aantal maanden komt G. op het Leerhuis wonen. G. is een jongen die vanaf het begin van zijn verblijf maling heeft aan alles en iedereen. Hij stelt zich niet begeleidbaar op, luistert slecht, is brutaal, loopt regelmatig weg en houdt zich niet aan de huisregels. S. lijkt onder de indruk te zijn van G. en gaat regelmatig met hem op stap. Op een dag komen ze samen terug van een middagje rondhangen in Den Haag. Hier blijken zij door de politie van een plein te zijn weg gestuurd omdat ze midden op de dag alcohol aan het drinken waren. Op de terugweg hebben ze nog even een fiets gestolen want ze hadden geen geld meer voor de bus.'

De begeleiding heeft beide jongens na dit incident apart genomen en hun het verhaal laten uitleggen. G. vond het allemaal wel grappig en stoer wat zij hadden gedaan en leek de ernst van hun daad niet in te zien. S. daarentegen, raakte overstuur en zei dat het helemaal niet de bedoeling was geweest om een fiets te stelen, het kwam er min of meer op neer dat hij hierin mee had gedaan omdat hij niet goed wist hoe hij nee kon zeggen tegen G. S. is diezelfde middag de fiets nog terug gaan brengen maar de plek waar zij hem vandaan hadden gehaald.

Ook wanneer de 'jongens onder elkaar' zijn lijkt buitensporig gedrag vaker op te treden. Onderwerpen waar zij dan over opscheppen zijn bijvoorbeeld, drugs, alcohol, seks en relaties. Dit gaat gepaard met grof taalgebruik. Wanneer je met de cliënten apart praat zonder nieuwelingen of andere jongens erbij merk je dat ze niet altijd achter hun daden of uitspraken staan, zoals ook in de casus duidelijk naar voren komt. Op de vraag waarom zij dit gedrag dan vertonen kunnen ze eigenlijk niet goed antwoord geven, maar wat hierin een grote rol lijkt te spelen is *peer pressure* ofwel *groepsdruk*.

5.1.1 Groepsdruk

De invloed die een sociale groep heeft op het doen en laten van een individu wordt groepsdruk genoemd. Groepsdruk wordt vooral gevoeld in de kinder- en tienerjaren en kan zowel positief als negatief uitpakken. Kinderen en jongeren willen zich graag kunnen identificeren met leeftijdsgenoten en willen graag ergens bij horen of leuk gevonden worden. Wat je dan vaak terug ziet is dat vriendengroepen zich bijvoorbeeld hetzelfde gaan kleden, dezelfde woordenschat gebruiken en dezelfde gedragingen gaan vertonen. Dit is in principe normaal gedrag voor kinderen en tieners, bijna iedereen krijgt ermee te maken. Echter in sommige gevallen kan dit extreem en schadelijk gedrag veroorzaken. Het kan ervoor zorgen dat je dingen gaat doen die je eigenlijk niet wil, een mooi voorbeeld hiervan staat beschreven in de casus hierboven. Zoals ik al eerder beschreef zijn licht verstandelijk gehandicapte jongeren een risicogroep. Ze vallen vaak net buiten de boot en doen hierdoor extra hun best om geaccepteerd te worden. Ook zijn ze minder weerbaar waardoor zij gemakkelijk over te halen zijn om antisociaal gedrag te vertonen. (Wells, R. 2009)¹⁶ Groepsdruk kan echter ook positieve kanten hebben, en deze probeert het team van het Leerhuis zoveel mogelijk te benadrukken. Door te werken met de methodiek: competentiegericht werken, wordt positief gedrag bekrachtigd en negatief gedrag genegeerd. Door de jongeren die positief gedrag vertonen te belonen proberen wij de rest ook te motiveren om positief gedrag te laten zien. Ook hopen we hiermee dat de jongeren elkaar zullen aanspreken op negatief gedrag en elkaar zullen uitnodigen

¹⁶ Url: <http://www.healthofchildren.com/P/Peer-Pressure.html>

voor positief gedrag. Een voorbeeld hiervan is, als iedereen 3 weken achter elkaar goed scoort op hun puntenkaart gaan we met de hele groep uit eten. Dit brengt over het algemeen een gezonde positieve sfeer met zich mee.

5.2 Welke verschillende vormen van meeloop gedrag, al dan niet in combinatie met drugsgebruik, doen zich op het Leerhuis voor?

R. en L. zijn dit weekend op het Leerhuis gebleven en vervelen zich. De groepsleiding stelt voor om iets leuks te gaan doen maar R. en L. hebben zelf al iets bedacht. Ze zijn van plan om samen een 'rondje Den Haag' te maken. Ze zeggen de groepsleiding gedag en vermelden daarbij dat ze geen rekening met hen hoeft te houden voor het avondeten want ze gaan wel ergens een patatje halen. Rond 21.00 uur komen R. en L. terug op de woning. Er hangt een rookwalm om hen heen en ze gedragen zich melig. Hun ogen zijn rood en klein en binnen een paar minuten tijd eten ze met zijn tweeën een hele zak snickers leeg. Daarna eten ze nog een tosti en hebben hier de grootste lol bij. De groepsleiding vermoed dat R. en L. geblowd en hebben. R. en L. ontkennen dit lachend. De volgende dag verspreekt R. zich per ongeluk. Hij vertelt dat hij samen met L. wiet heeft gehaald bij een theehuisje in Den Haag, ze hebben het samen opgerookt in het Zuiderpark. Van R. was bekend dat hij in het verleden wel eens een blowtje heeft geroookt, voor L. was dit nieuw. L. bekent, nadat hij hoorde dat R. zich heeft versproken, dat ze inderdaad wiet hebben geroookt. R. en L. zijn hier beiden meerdere malen op aangesproken door de groepsleiding, er is hen verteld dat wiet schadelijk is voor de gezondheid en dat drugs op het Leerhuis niet zijn toegestaan dus dat, als zij hier willen blijven wonen, het hun verblijf kan kosten. R. en L. lijken niet onder de indruk en vinden het interessant om hun verhaal door te vertellen aan de groep. De groep lacht erom wat R. en L. alleen maar trotser maakt.

5.2.1 Hoe handelt het team n.a.v. een dergelijke situatie?

Incidenten zoals beschreven in de verschillende casussen die u in dit verslag tegen komt worden regelmatig besproken in teamvergaderingen. Omdat dit een van de 'grotere' incidenten was zal ik toelichten wat er over deze casus besproken is.

Dit 'incident' is besproken in de eerst volgende teamvergadering. Hierbij was alle groepsleiding van het Leerhuis aanwezig plus de teammanager en agoog. De groepsleiding wil graag weten hoe zij moeten handelen in een dergelijke situatie. Al snel wordt duidelijk dat er geen eenduidige richtlijnen zijn vastgesteld voor de manier van handelen. Het enige handvat wat we hebben is dat er in de huisregels van het Leerhuis staat dat drugsgebruik en -bezit op het Leerhuis verboden is. Maar hoe er gehandeld moet worden wanneer een vermoeden van drugsgebruik bestaat is nergens vastgelegd. Daarbij komt dat de R. en L. geen drugs op het Leerhuis hebben gebruikt maar buiten het terrein. Volgens de huisregels is dit dus niet verboden. In de teamvergadering wordt uiteindelijk besloten dat er een nieuwe informele regel bij komt. Namelijk: 'Je bent nuchter op het Leerhuis'. Wanneer dit niet het geval is wordt van de cliënt verwacht dat hij/zij de rest van de dag op zijn/haar kamer verblijft zodat hij/zij zijn medecliënten niet tot last is of hen op verkeerde ideeën kan brengen. Verder wordt in het team afgesproken dat iedereen er nog over nadenkt of dit een goede aanpak is of dat we hem nog wat kunnen aanscherpen/verbeteren.

5.3 Protocol rondom alcohol- en drugsgebruik van cliënten

Naar aanleiding van dit incident en deze 'beslissing' in de teamvergadering ben ik op intranet op zoek gegaan naar een protocol of formulier m.b.t. het onderwerp alcohol en drugs. Er blijkt binnen de organisatie 's Heeren Loo West-Nederland geen duidelijk protocol te bestaan voor het omgaan met (vermoeden van) drugsgebruik door cliënten. Na lang zoeken heb ik wel een beleidsstuk kunnen vinden van 's Heerenloo Kwadrant op het gebied van risicovol gedrag met betrekking tot seks, roken, alcohol, middelen en gokken. Dit beleidsstuk is geschreven in 2003 maar was bij geen van de begeleiders van het Leerhuis bekend. In dit beleidsstuk wordt met het oog op preventiebeleid de nadruk gelegd op het jaarlijks terugkeren van een voorlichtingsbijeenkomst op het gebied van middelengebruik. Het is de bedoeling dat de groepsleiders zelf de voorlichting aan hun cliënten geven, de teammanager is verantwoordelijk voor het cursusmateriaal. De nadruk tijdens deze voorlichting moet volgens het beleidsstuk niet liggen op het verbieden van middelengebruik maar er moet gekeken worden naar vormen van geaccepteerd gebruik van alcohol en/of softdrugs. Ook is het volgens het beleidsstuk van belang om hierover in gesprek te blijven met de cliënt om te voorkomen dat je het zicht erop kwijt raakt. Als ik het beleidsstuk helemaal lees lijkt het erop alsof er binnen Kwadrant meer drugs door cliënten gebruikt wordt dan op de LVG-groepen van het Westerhok. Er wordt namelijk ook in het stuk benoemd dat er bij het opstellen van het behandelplan het middelengebruik altijd ter sprake

gebracht moet worden. Het feit dat dit bij iedere cliënt gedaan wordt geeft voor mij aan dat er regelmatig cliënten worden aangemeld die bekend zijn met middelengebruik.

Op het Leerhuis is middelengebruik minder aan de orde, het is daarom denk ik niet nodig om hier standaard in het behandelplan een afspraak over op te stellen. Wel denk ik dat het goed kan zijn om jaarlijks een voorlichting over alcohol en drugs te organiseren. Met daarin de onderwerpen die Kwadrant in het beleidsstuk noemt: kennis van middelen, risico's van gebruik, consequenties van risico gedrag, omgang met groepsdruk; betrokkenheid bij (rand)criminaliteit. Toch blijft er dan nog onduidelijkheid bestaan over wanneer en hoe er wordt ingegrepen bij overmatig drank- of middelengebruik. In het beleidsstuk van Kwadrant wordt als advies gegeven om niet in discussie te gaan met de cliënt over wanneer iemand te veel drinkt of te veel bluft wanneer er in het dagelijks leven geen negatieve veranderingen plaatsvinden. Pas wanneer het middelengebruik een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren is aanspreken op het gedrag de strategie. Ook wanneer er randverschijnselen¹⁷ van middelengebruik worden waargenomen moet de cliënt op het gedrag worden aangesproken door het begeleidingsteam en waar nodig ook door therapeuten. (Boer, de J., Deelstra, H. 2003)

Buiten deze, op zichzelf al lastig te vinden, beleidsnota van Kwadrant is er op intranet niets te vinden over middelengebruik in relatie tot cliënten. Ook op de woning kon ik zelf geen materiaal vinden dat iets met het onderwerp te maken heeft.

5.3.1 Uitkomst enquêtes

Om erachter te komen hoe het gesteld is met de kennis en het beleid rondom drugsgebruik heb ik de volgende enquête voorgelegd aan mijn collega's. De uitkomst van de enquête laat zien dat er binnen het team toch nog wat onduidelijkheid heerst wat betreft de aanpak.

Heb je tijdens je werk te maken gehad met cliënten die drugs gebruikten?

Bij alle 6 de collega's is dit het geval. In alle gevallen ging het om het gebruik van softdrugs. 2 van de 6 collega's hebben ook meegemaakt dat een cliënt harddrugs gebruikte.

Weet je nog hoe er toen gehandeld is?

Uit de antwoorden van mijn collega's komt naar voren dat er in elke situatie door de groepsleiding een gesprek is gevoerd met de cliënt over het drugsgebruik. 3 van de 6 collega's weet zich te herinneren dat er in sommige gevallen ook een gesprek is gevoerd in bijzijn van de teammanager en agoog. 2 collega's wisten mij te vertellen dat het meisje dat harddrugs gebruikte werd overgeplaatst van het Leerhuis+ terug naar het Leerhuis. Verder zijn er ook wel eens kamercontroles gehouden bij vermoeden van drugsbezit. 1 meisje is per direct van het Leerhuis weg gestuurd omdat zij wiet kocht op het instellingsterrein.

Wat is de huidige afspraak over hoe te handelen wanneer een cliënt drugs gebruikt?

5 van de 6 collega's benoemen wat er in de vergadering is afgesproken; namelijk dat wanneer een cliënt onder invloed is hij of zij naar zijn kamer wordt gestuurd. 1 collega wist dit niet, dit komt waarschijnlijk omdat hij nog niet in dienst was ten tijde dat de afspraak gemaakt werd.

Wat vindt je van deze afspraak, moet er nog iets aan veranderd worden?

1 collega vindt deze afspraak duidelijk, er hoeft niets veranderd te worden. 2 collega's vinden deze afspraak wel duidelijk maar willen liever dat er iets concreet over op papier wordt gezet in de vorm van een afspraak of protocol. 1 collega vindt deze afspraak niet duidelijk omdat het niet meetbaar is.

Bestaat er een protocol betreffende drugs- en alcoholgebruik van cliënten?

5 van de 6 collega's weten dit niet, 1 collega denkt van wel en denkt dat het op intranet te vinden is.

Is er op de woning informatie te vinden over cliënten en drugsgebruik?

2 van de 6 collega's antwoorden met 'nee', 3 van de 6 collega's antwoorden dat ze het niet weten. 1 collega zegt dat er in de documenten op de computer een bestand te vinden is met daarin uitleg over alcohol en drugs.

¹⁷ Randverschijnselen van middelengebruik: Bijvoorbeeld het onder druk zetten van groepsgenoten, dingen verbergen, niet nakomen van afspraken enzovoorts.

Zou je drugsgebruik bij cliënten kunnen herkennen? Zo ja, noem een paar kenmerken

5 van de 6 collega's denken drugsgebruik te kunnen herkennen. 1 collega antwoordt dat zij zulke dingen nooit zo snel door heeft.

De kenmerken die door mijn collega's worden genoemd zijn: rode ogen, lacherig, strakke blik, ingevallen gezicht, versnelde ademhaling, wietlucht, eetbuien.

Hoe zou je drugsgebruik bij cliënten kunnen voorkomen volgens jou?

3 collega's antwoorden dat voorlichting een goed middel kan zijn om drugsgebruik te voorkomen, al denkt 1 van hen dat je drugsgebruik nooit helemaal kunt voorkomen.

1 collega denkt dat je drugsgebruik niet kan voorkomen, als iemand wil gebruiken dan gebeurt het toch wel.

1 collega antwoordt dat er d.m.v. 'competentiegericht' werken drugsgebruik wellicht kan worden tegengegaan. Dit doordat er dan alleen nadruk wordt gelegd op positief gedrag.

Zou je met de kennis die je nu over alcohol en drugs hebt een voorlichting kunnen geven?

5 van de 6 collega's antwoorden met 'Nee'. 1 collega antwoordt met 'ja'.

Hoofdstuk 6 Preventie en voorlichting

6.1 Verschillende vormen van preventie en voorlichting

Een algemene definitie van het woord preventie is de volgende: 'Preventie is het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, bevorderen van gezond gedrag en creëren van voorwaarden voor een gezond bestaan, evenals het beperken van de gevolgen van ziekte door vroegtijdige opsporing met als doel het bevorderen van een lang en gezond leven voor zoveel mogelijk mensen'. Als je door de regels heen leest komt naar voren dat deze definitie in 3 verschillende soorten te onderscheiden is.

Namelijk *primaire preventie*, *secundaire preventie* en *tertiaire preventie*.

Primaire preventie

Bij deze vorm van preventie probeert men te voorkomen dat een persoon middelen gaat gebruiken. Hierbij wordt getracht factoren die bijdragen aan het ontstaan van middelengebruik weg te nemen en de cliënt weerbaarder te maken tegen risicofactoren. Het geven van voorlichting of training van vaardigheden zijn hier voorbeelden van. Primaire preventie is effectief als een daling van middelengebruik het resultaat is.

Secundaire preventie

Hier wordt gebruik van gemaakt wanneer reeds sprake is van middelengebruik bij een cliënt maar dit zich (nog) niet heeft ontwikkeld tot een verslaving of problematisch gebruik. Vermeerdering en/of verergering van het middelengebruik kan d.m.v. vroege ontdekking en mogelijk therapie positief worden beïnvloed of zelf worden voorkomen.

Tertiaire preventie

Bij deze vorm van preventie wordt geprobeerd de nadelige gevolgen van bijvoorbeeld een verslaving te beperken. Genezing is in dit stadium niet meer mogelijk en wordt ook niet meer nagestreefd, wel wordt getracht de verslaving te stabiliseren en de gezondheidstoestand van de verslaafde niet te laten verslechteren. (Vanderecken, 2004; Rutten, 2009; Heemelaar, 2000)

In het handboek voor zorg, begeleiding en preventie van verslaving (Rutten 2009) worden voorbeelden van preventie en voorlichting m.b.t. verslaving gegeven. Daaruit komt naar voren dat in die sector verschillende preventieprogramma's gebruikt worden. De ene interventie richt zich vooral op kennis, de andere richt zich op het beïnvloeden van de houding tegenover middelen en weer een andere houdt zich voornamelijk bezig met de invloed van de sociale omgeving. Dit zijn allemaal factoren die invloed kunnen hebben op het al dan niet ontwikkelen van een verslavingsprobleem.

Verslavingspreventie

Verschillende soorten interventies op het gebied van middelengebruik zijn te onderscheiden in 4 vormen van preventie:

1. *Universele preventie*
Deze vorm van preventie richt zich op de algemene bevolking. Hierbij kun je denken aan reclamecampagnes voor alcoholmatiging (Geen 16, geen druppel) of preventieprogramma's op scholen.
2. *Selectieve preventie*
Deze vorm van preventie richt zich op risicogroepen voor misbruik van alcohol en drugs. De kans op het ontwikkelen van een verslavingsprobleem bij deze doelgroep is relatief groot. Bij deze vorm van preventie kun je denken aan het laten testen van XTC-pillen op feesten, voorlichting in coffeeshops en ondersteuningsgroepen voor kinderen van verslaafde ouders.
3. *Geïndiceerde preventie*
Een voorbeeld van geïndiceerde preventie is het houden van een verpleegkundig spreekuur bij een huisarts. Dit is bedoeld voor de doelgroep waarbij het middelengebruik problematische vormen begint aan te nemen. De cliënt heeft symptomen die voorafgaan aan een verslaving.
4. *Zorggerichte preventie*
Dit is een vorm van preventie die zich richt op mensen die al verslaafd zijn volgens de richtlijnen van de DSM-IV. De interventies voor deze groep bestaan uit terugvalpreventie, het voorkómen van comorbiditeit en het verminderen van de

consequenties van het gedrag van verslaafden voor de directe omgeving. Sputomruil is hier een voorbeeld van, de verslaafde kan zijn bij bepaalde omruilpunten zijn gebruikte naald omruilen voor een nieuwe naald om zo de verspreiding van ziekten terug te dringen.

(Rutten 2009)

6.1.1 Methoden van voorlichting

Er zijn verschillende manieren waarop je een voorlichtingsprogramma kunt invullen. De 5 meest voorkomende methoden zijn:

Mondeling (individueel of groepsgewijs): Hierbij geeft een preventiemedewerker direct mondeling les aan een groep of individu. Er is altijd sprake van tweerichtingsverkeer, de cursisten¹⁸ kunnen tijdens de voorlichting vragen stellen en de preventiemedewerker heeft de mogelijkheid om tijdens de voorlichting in te spelen op de wensen van de cursisten. Deze feedbackmogelijkheid verkleint de kans op misverstanden en kan helpend zijn bij het aanpassen aan het niveau van de cursisten. Een voorbeeld van mondelinge voorlichting is de alcohol- en drugsvoorlichting is het spel 'Meienzorg' die is gegeven op het Leerhuis.

Schriftelijke voorlichting: Hierbij kun je denken aan voorlichting in de vorm van folders en brochures. Het is echter wel van belang dat het taalgebruik goed is aangepast op de doelgroep die men wil bereiken. Zo zijn er door Jellinek bijvoorbeeld verscheidene folders over alcohol en drugs gemaakt speciaal voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

(Audio)visuele voorlichting: Een filmpje of foto kan een positief effect hebben op het gedrag van de cursisten. Bij mondelinge voorlichting wordt hier wel eens gebruik van gemaakt als ondersteuning. Ook hiervoor geldt dat het belangrijk is om de foto of film af te stemmen op de doelgroep. Een filmpje waarin jongeren getoond worden waarmee de cursisten zich kunnen identificeren zal meer tot de verbeelding spreken dan wanneer een bejaard persoon wordt ingezet. Een voorbeeld van een 'goed' filmpje op het Leerhuis zou kunnen gaan over een jongere die een blow afslaat in het bijzijn van een grote groep vrienden. Ook de inzet van 'important others' zou effectief kunnen zijn. Met important others worden personen bedoeld die een belangrijke rol of voorbeeldfunctie vervullen in het leven van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld iemand zijn die ze persoonlijk kennen maar ook iemand uit de media. Op het Leerhuis is het programma *Goede tijden, Slechte tijden* zeer populair. Op dit moment speelt zich een situatie af waarin er een jong meisje drugs probeert. Zij komt uiteindelijk in het ziekenhuis terecht na het innemen van een overdosis GHB. Om tijdens het geven van een voorlichting de aandacht van de cliënten te trekken zou je dergelijk beeldmateriaal kunnen inzetten.

Multimediale voorlichting: Deze vorm van voorlichting is bijna niet meer weg te denken in de huidige maatschappij. Het belangrijkste communicatiemiddel wat wordt gebruikt voor deze vorm van voorlichting is internet. Er bestaan tegenwoordig tal van website waarop allerlei informatie over alcohol en drugs te vinden is. Ook zijn er de zogenoemde Health-programma's op internet te vinden. Dit zijn programma's waarmee je bijvoorbeeld je eigen drinkgedrag of eetgedrag kunt testen. Een voorbeeld van een dergelijk zelftestprogramma voor jongeren is te vinden op de website www.watdrinkkij.nl. Op deze site wordt op een simpele manier het alcoholgebruik van de jongere getest d.m.v. een vragenlijst. De jongere moet de vragenlijst zelf naar waarheid invullen en op basis van de uitslag van deze test wordt direct een advies gegeven. Ik heb zelf een fictieve test gedaan, de uitslag hiervan is te vinden in bijlage 3.

Massamediale voorlichting: Deze vorm van voorlichting wordt vaak ingezet bij het creëren of vergroten van probleembesef bij een groot publiek. Denk bijvoorbeeld aan de slogans 'Geniet maar drink met mate' of 'Drank, de kater komt later'. Omdat iedereen dit soort slogans kent, kan het een goede ondersteuning bieden bij mondelinge voorlichting. Tijdens een alcoholmatigingscampagne van de overheid zou je dan ook in gastlessen met dit thema verder kunnen gaan en de schriftelijke materialen kunnen gebruiken die bij de campagne horen.

6.1.2 Aan welke voorwaarden moet informatieoverdracht voldoen wil deze effectief zijn?

- Onderwerp goed afbakenen. Dit is belangrijk om misverstanden en onbegrip te voorkomen
- Aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep. Door hen te laten inzien wat de link is met hun eigen praktijk of dagelijkse bezigheden voorkom je weerstand.
- De voorlichting dient het idee te geven dat de vrijheid van mensen wordt uitgebreid in plaats van ingeperkt. Het inperken van de vrijheid roept weerstand op.

¹⁸ Met cursisten bedoel ik de personen aan wie de voorlichting gegeven wordt.

- Het nut van de voorlichting benoemen. Maak de cursisten duidelijk wat hun baat bij de voorlichting is.
- Het is niet de bedoeling dat er een verbod wordt opgelegd. Een waarschuwende en belerende boodschap werkt averechts. Het is belangrijk om goede alternatieven te bieden. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan belonen bij goed gedrag.
- Om serieus genomen te worden moet de boodschap die wordt overgebracht een realistisch gedragsalternatief te bevatten. Laat de cursisten meedenken over alternatieven voor hun huidige gedrag.
- Herhalen van de boodschap. Dit wekt begrip en zorgt ervoor dat de boodschap begrepen wordt. Het is hierbij belangrijk dat de boodschap onopvallend op verschillende manieren wordt herhaald, letterlijke herhaling kan namelijk een gevoel van betutteling en irritatie opwekken.
- De doelgroep moet zich kunnen identificeren met het onderwerp en de boodschap.
- Spreek de cursisten aan op hun eigen verantwoordelijkheidsgevoel. Door het benoemen van de gevaren van middelengebruik kan een ieder voor zich een afweging maken om het wel of niet te gaan gebruiken. Benoem dat alleen de cursist zelf daar verantwoordelijk voor is.
- Zorg dat er ruimte is voor (positieve) terugkoppeling. Sta open voor feedback en neem vragen van cursisten serieus.

(Rutten 2009)

6.2 Evaluatie van de alcohol- en drugsvoorlichting op het Leerhuis

De alcohol- en drugsvoorlichting heeft inmiddels op het Leerhuis plaatsgevonden. Het is vanaf nu de bedoeling dat de voorlichting een jaarlijkse gebeurtenis wordt. Omdat deze voorlichting de eerste in de reeks was, is het een logische stap om de plus- en knelpunten op een rijtje te zetten. Dit is van belang om tot een helder advies te komen en om eventuele verbeteringen aan te brengen voor de volgende voorlichting die gegeven zal worden. Er zijn verschillende evaluatiemethoden te onderscheiden om duidelijkheid te scheppen over het verloop en het effect van de voorlichting. Daarnaast heb ik de voorlichting zoals deze gegeven is vergeleken met wat de literatuur schrijft over methoden van voorlichting en effectieve informatieoverdracht.

6.2.1 Procesevaluatie

Bij procesevaluatie zal vooral gekeken worden naar het verloop van de voorlichting. Op papier ziet de voorlichting die Brijder verslavingszorg aanbiedt er helder en effectief uit maar hoe uit zich dit in de praktijk? Hoe wordt de voorlichting uitgevoerd en waar liggen verbeterpunten? Dit zijn vragen die horen bij de onderdelen programmareview en verbeterevaluatie. Bij programmareview wordt vooral feitelijk beschreven hoe de voorlichting is uitgevoerd, de korte samenvatting in de volgende alinea is hier een voorbeeld van. Verbeterevaluatie is vooral gericht op het opsporen van plus- en verbeterpunten, hierbij heb ik onder andere gebruik gemaakt van vragenlijsten die de cliënten na afloop van de voorlichting hebben ingevuld. Deze zijn aan te vinden in de bijlage. Ook heb ik tijdens de voorlichting aantekeningen gemaakt van het gedrag van de cliënten. (Michelbrink, 2007)

Korte samenvatting van de avond + voorlichting (programmaview)

Jantine kwam een half uur voordat we gingen eten naar het Leerhuis. We hebben toen samen het spel besproken en een rolverdeling en tijdsplanning gemaakt. Hierin hebben we afgesproken dat ik het spel zou leiden en aan de cliënten zou doorvragen als zij wat vertelden. Jantine zou vooral de kennis die zij heeft over drugs toepassen en uitleggen aan de cliënten. Zoals van te voren al was aangegeven werden verschillende vragen gesteld van uiteenlopend niveau. Het was aan mij de taak om uit te kiezen welke vragen ik het beste bij de cliënten van het Leerhuis vond passen. Omdat ik een aantal weken terug al een vragenlijst met de cliënten had ingevuld wist ik een beetje hoe de meesten van hen tegenover het onderwerp stonden. Uit de interviews bleek dat maar 1 persoon er veel vanaf wist en de rest ging redelijk blanco de voorlichting in. Ik heb daarom vooral gekozen voor een aantal kennisvragen (wel waar/niet waar) over alcohol en drugs om nog eens door te nemen welke soorten drugs er bestaan en wat het met je doet. Ook heb ik een aantal 'Wat zou jij doen?' vragen uitgekozen met betrekking tot groepsdruk en 'nee zeggen'. De vragen die mij het meest interessant leken heb ik bovenop de stapels gelegd zodat deze vragen als eerste aan de beurt zouden komen.

Tijdens het eten heb ik Jantine voorgesteld aan de cliënten en alvast globaal verteld hoe de avond eruit zou zien. De cliënten hadden op deze manier de mogelijkheid om aan Jantine te wennen en ze konden zo nodig alvast wat vragen stellen. Na het eten zijn eerst alle taken die nog moesten gebeuren gedaan.

Rond 19.00 uur zijn we begonnen met het spel. Alle cliënten zaten rondom de eettafel zodat zij het spelbord goed konden zien. Jantine had als pionnen verschillende attributen bij zich waarvan de meesten te maken hadden met het onderwerp, zoals een flugelflesje, een spuitje, een asbak enzovoorts. Toen iedereen zijn pion had uitgekozen heb ik in het kort uitgelegd en voorgedaan wat de bedoeling van het spel was. Degene die aan de beurt was gooide de dobbelsteen en pakte een kaartje van dezelfde kleur als waar de pion op terecht kwam. Op elk kaartje stond een vraag en het was de bedoeling dat degene die aan de beurt was als eerste zelf antwoord op de betreffende vraag zou geven. Daarna kregen de andere cliënten de mogelijkheid om hun mening over het onderwerp te geven en werd er met elkaar over gepraat. Ik vind dat cliënten dit verassend goed deden, soms werd er wel door elkaar heen gepraat maar over het algemeen werd er goed geluisterd naar wat een ander te zeggen had. Het was mijn taak om verder door te vragen naar het onderwerp en in te haken op de antwoorden die de cliënten gaven. Hierdoor gebeurde het wel eens dat er een vraag over blowen gesteld werd maar dat het gesprek uiteindelijk eindigde met het onderwerp cocaïne. Ik merkte dat dit soms wat verwarring teweeg bracht bij de cliënten omdat ze niet meer wisten over welke drugs het nu ging. Jantine gaf tussendoor steeds aanvullende informatie op de onderwerpen en gaf antwoord op de vragen die de cliënten hadden.

Na 3 kwartier was iedereen een keer aan de beurt geweest, er was geen winnaar of verliezer. Het bordspel was alleen het middel om het gesprek gaande te houden. Aanvankelijk dacht ik dat 3 kwartier niet genoeg zou zijn maar er is toch een heleboel uitgelegd. Ik heb bijna alle soorten drugs die er bestaan voorbij horen komen en er is door Jantine veel informatie gegeven over de effecten van drugs, de voor- en nadelen, groepsdruk, verslaving, afkicken enzovoorts. De voorlichting had ook niet veel langer moeten duren want ik merkte dat de aandacht onder de deelnemers verslapte; men liet elkaar minder goed uitpraten en er begonnen er al een paar te zuchten omdat ze wilden roken. Als afsluiting mocht iedereen nog een vraag stellen aan Jantine en daarna zat de voorlichting erop.

6.2.2 Vergelijking met de literatuur van Rutten

Het spel Meienzorg is een vorm van primaire preventie, de jongeren op het Leerhuis zijn (nog) niet verslaafd en de voorlichting is dus puur bedoeld als informatief en voorkomend. De methode van voorlichting was mondeling en groepsgewijs. Er werd rekening gehouden met de wensen van de cursisten door hen actief deel te laten nemen en de mogelijkheid voor feedback open te laten. In paragraaf 6.1 is te lezen dat Rutten een aantal voorwaarden omschrijft waaraan informatieoverdracht moet voldoen wil deze effectief zijn. Deze voorwaarden heb ik getoetst aan het spel Meienzorg en verwerkt in de volgende tabel.

Voorwaarden effectieve informatieoverdracht	Spel Meienzorg
Onderwerp goed afbakenen. Dit is belangrijk om misverstanden en onbegrip te voorkomen.	Het was voor iedereen duidelijk dat de voorlichting over alcohol en drugs zouden gaan. Het onderwerp was dus goed afgebakend.
Aansluiten bij de beleavingswereld van de doelgroep. Door hen te laten inzien wat de link is met hun eigen praktijk of dagelijkse bezigheden voorkom je weerstand.	Dit is gedeeltelijk gelukt. Een aantal jongeren was wel in aanraking geweest met alcohol en drugs, een aantal jongeren niet. Voor degenen die er nog nooit mee aanraking waren geweest was er dus geen link met hun eigen praktijk. Wel werd er dan verwezen naar bijvoorbeeld iemand in hun omgeving die er wel mee in aanraking was geweest.
De voorlichting dient het idee te geven dat de vrijheid van mensen wordt uitgebreid in plaats van ingeperkt. Het inperken van de vrijheid roept weerstand op.	Ik vind het lastig om hier een goed antwoord op te geven. Doordat er wordt gezegd dat de vrijheid van de mensen wordt uitgebreid lijkt het net alsof er gezegd moet worden dat het goed is om drugs te gebruiken (het kan ook zo zijn dat ik de zin verkeerd interpreteer). Dit is in elk geval niet gezegd tijdens de voorlichting. Ook is de vrijheid niet ingeperkt, er is nooit gezegd dat iemand iets niet mag. Er zijn wel tips en adviezen gegeven.

Het nut van de voorlichting benoemen. Maak de cursisten duidelijk wat hun baat bij de voorlichting is.	Voorafgaande aan de voorlichting is benoemd wat het nut ervan is. Namelijk dat ze iets leren over de risico's die alcohol- en drugsgebruik met zich mee kunnen brengen.
Het is niet de bedoeling dat er een verbod wordt opgelegd. Een waarschuwende en belerende boodschap werkt averechts. Het is belangrijk om goede alternatieven te bieden. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan belonen bij goed gedrag.	Er is tijdens de voorlichting geen verbod opgelegd. Er is alleen feitelijk besproken wat alcohol- en drugs met je kunnen en waarom je het wel of niet zou nuttigen. Er zijn alternatieven besproken die betrekking hebben met het invullen op je vrije tijd. Dus wat zou je kunnen doen om jezelf te vermaken zonder hierbij alcohol of drugs te gebruiken.
Om serieus genomen te worden moet de boodschap die wordt overgebracht een realistisch gedragsalternatief te bevatten. Laat de cursisten meedenken over alternatieven voor hun huidige gedrag.	Zoals ik hierboven al schreef zijn er alternatieven besproken. Voorbeelden die de cliënten noemden waren: voetballen met vrienden, naar de bioscoop gaan en gamen.
Herhalen van de boodschap. Dit wekt begrip en zorgt ervoor dat de boodschap begrepen wordt. Het is hierbij belangrijk dat de boodschap onopvallend op verschillende manieren wordt herhaald, letterlijke herhaling kan namelijk een gevoel van betutteling en irritatie opwekken.	Doordat sommige vragen op de kaartjes erg op elkaar leken werden een aantal onderwerpen meerdere keren herhaald. Dit heeft precies het effect gehad wat Rutten met dit punt beschrijft, namelijk dat het irritatie opwekte.
De doelgroep moet zich kunnen identificeren met het onderwerp en de boodschap.	Degenen die wel eens alcohol of drugs hadden gebruikt konden zich identificeren met de boodschap. Bij degenen die dit niet hadden gedaan was dit minder, al waren er wel 2 die aangaven het onderwerp zeer interessant te vinden.
Spreek de cursisten aan op hun eigen verantwoordelijkheidsgevoel. Door het benoemen van de gevaren van middelengebruik kan een ieder voor zich een afweging maken om het wel of niet te gaan gebruiken. Benoem dat alleen de cursist zelf daar verantwoordelijk voor is.	Dit is nadrukkelijk benoemd tijdens de voorlichting.
Zorg dat er ruimte is voor (positieve) terugkoppeling. Sta open voor feedback en neem vragen van cursisten serieus.	Ook dit punt is goed nageleefd. Er was genoeg ruimte voor de cliënten om vragen te stellen en hun mening te geven.

Uit de gegevens in de tabel kan ik concluderen dat het spel Meienzorg over het algemeen goed overeen komt met de voorwaarden van effectieve informatieoverdracht zoals deze in het boek van Rutten beschreven staan. Vanuit het oogpunt van Rutten kan er alleen kritiek gegeven worden op het feit dat de herhaling van sommige onderwerpen irritatie opwekte en op het feit dat het onderwerp wellicht niet in de omgevingswereld van iedereen paste. Dit lijkt me echter ook niet realistisch want primaire preventie is o.a. bedoeld om middelengebruik te voorkomen en dat betekent dus ook dat er altijd cursisten tussen zitten nooit iets gebruikt hebben.

6.2.3 Verbeterevaluatie: Wat vond ik goed en minder goed aan de voorlichting?

Tijdens de voorlichting zijn mijzelf ook een aantal zaken opgevallen waarover ik nog iets kwijt wil en wat hopelijk zou kunnen bijdragen tot verbetering.

Pluspunten

1. Het feit dat degene die het kaartje pakt als eerste zelf antwoord geeft op de vraag vind ik een eerlijke regel. Op deze manier weet je zeker dat iedereen aan de beurt komt en dus de kans krijgt om wat in te brengen. Het is voor de cliënten op die manier ook duidelijk wie er op dat moment aan het woord 'mag' zijn.
2. Wat ik goed vond aan het spel was dat de cliënten eigenlijk min of meer bepaalden waar over gepraat werd. De kaartjes met vragen waren slechts een opstapje om over een bepaald onderwerp te beginnen. De cliënten waren daarna vrij om zelf vragen te stellen en ervaringen te vertellen. Ik denk dat het goed is om het op deze manier te doen omdat de cliënten zo dingen te horen krijgen die ze zelf interessant vinden wat er wellicht toe kan leiden dat de stof beter blijft hangen.
3. Het spel zelf was erg simpel en ook het bord zag er simpel uit. Dit heeft ertoe geleid dat de cliënten het spel direct begrepen en er geen discussie ontstond over de spelregels of wat dan ook.

Minpunten + aanbevelingen

1. Aanvankelijk had ik gedacht dat er tijdens de voorlichting gebruik zou worden gemaakt van foto's of tekeningen. Dit was echter niet het geval. Dit vond ik jammer want op deze manier hadden we de onderwerpen visueel kunnen maken wat wellicht meer duidelijkheid geeft.
2. De voorlichting duurde maar 3 kwartier. Zoals ik al aan gaf zijn de meeste onderwerpen wel aan bod gekomen maar het ging wat mij betreft allemaal erg snel, door plaatjes of tekening toe te voegen aan de voorlichting sta je wat langer bij de onderwerpen stil en duurt de voorlichting zelf dus ook wat langer. Om de concentratie vast te houden kunnen er pauzes ingelast worden.
3. Er zaten een aantal vragen tussen de kaartjes die erg veel op elkaar leken. Hierdoor kwam het wel eens voor dat een onderwerp net afgerond was en daarna weer opnieuw aangehaald werd omdat er een soortgelijke vraag gesteld werd. Ik merkte dat de cliënten zich hieraan ergerden en reageerden met: 'Ja dit hebben we toch net allemaal al gezegd.'

6.2.4 Effectevaluatie

Effectevaluatie is er vooral op gericht om de effecten van de voorlichting te kunnen onderscheiden. Heeft de voorlichtingsavond ertoe geleid dat er minder drugs gebruikt wordt? Is er na de voorlichting een verandering waargenomen bij de cliënten ten opzichte van het onderwerp alcohol en drugs? Dit zijn voorbeelden van vragen die horen bij effectevaluatie. Het doel van effectevaluatie is om uiteindelijk een oordeel uit te spreken over de voorlichting. Beslissingen die dan gemaakt zullen worden gaan over het al dan niet voortzetten van de voorlichting (gaan we verder met het geven van de voorlichting of stoppen we ermee?), het uitleggen en verantwoorden van de voorlichting tegenover de cliënten en de begeleiders en het verbeteren van de voorlichting (wat doen we een volgende keer anders en welke punten verdienen extra aandacht?). (Michelbrink, 2007)

Voorafgaand aan de voorlichting heb ik een aantal doelen opgesteld die tijdens en na de voorlichting behaald dienden te worden:

1. Het vergroten van de kennis over de voor- en nadelen en risico's van alcohol- en drugsgebruik onder de cliënten van het Leerhuis.
2. Het terugdringen/voorkomen van drugsgebruik onder de cliënten van het Leerhuis.
3. Een groot gedeelte van de voorlichting zal gericht zijn op sociale weerbaarheid, meeloopgedrag en peer pressure.

Om na te gaan of het eerste doel behaald is heb ik gebruik gemaakt van dezelfde vragenlijsten waarvan ik ook gebruik heb gemaakt voor de verbeterevaluatie.

1. Het vergroten van de kennis over de effecten (voor- en nadelen) en risico's van alcohol- en drugsgebruik onder de cliënten van het Leerhuis.

Dit doel is wat mij betreft gedeeltelijk behaald. Uit de uitkomsten van de interviews voorafgaand aan de voorlichtingsavond bleek al dat de jongeren vrij veel afwisten van de risico's en effecten van alcohol en drugs. Wat wel opviel was dat zij niet goed het verschil konden benoemen tussen verschillende soorten drugs (soft- en harddrugs). Ik heb het idee dat dit tijdens de voorlichting goed is uitgelegd en dat de cliënten daar wel wat van hebben opgepikt. Dit kan ik niet met zekerheid zeggen omdat er slechts 4 cliënten zijn die de evaluatielijst hebben ingevuld. Wat ik wel heb opgemerkt is dat er de laatste tijd veel over alcohol- en drugs gepraat wordt op de groep. Dit zou wellicht een gevolg kunnen zijn van de voorlichting.

2. Het terugdringen/voorkomen van alcohol- en drugsgebruik onder de cliënten van het Leerhuis

Uit de interviews bleek dat 1 cliënt regelmatig heeft gebloed en dat een paar van hen wel eens alcohol hebben gedronken. Nadat deze interviews waren gehouden kwam J. op de groep wonen. Hij gebruikte wel drugs (wiet) en dronk regelmatig mixdrankjes. Het vermoeden bestaat dat hij in ieder geval 1 cliënt heeft overgehaald om met hem mee te blowen. Medecliënten vinden zijn verhalen over drugs interessant en willen hier graag met hem over meepraten. Er komen tijdens die gesprekken dan allemaal verhalen en ervaringen naar boven m.b.t. alcohol en drugs die ik niet eerder van hen heb gehoord. Ik heb niet het idee dat door de voorlichting alcohol- en drugsgebruik is voorkomen en/of terug gedrongen.

3. Een groot gedeelte van de voorlichting zal gericht zijn op sociale weerbaarheid, meeloopgedrag en peer pressure.

Er is tijdens de voorlichting even stil gestaan bij het onderwerp groepsdruk. Deze uitdrukking was voor de meeste van de cliënten onbekend en is door Jantine uitgelegd. Ze had hier wat mij betreft wat langer bij stil mogen staan omdat dit nu juist een onderwerp is wat speelt in de huidige situatie van het Leerhuis. Er werd nu alleen feitelijk benoemd wat groepsdruk betekent maar er is niet ingegaan op de gevolgen die dit met zich mee kan brengen. 3 van de 4 cliënten die de evaluatielijst hebben ingevuld hebben wel onthouden wat het begrip groepsdruk betekent. (Migchelbrink, F 2007)

6.3 Welke trainingen biedt 's Heerenloo op het gebied van weerbaarheid, alcohol en drugs?

Het Leerhuis is een 'unieke' doelgroep op het Westerhok. Er zijn in totaal maar 3 groepen op het terrein waar een vergelijkbare doelgroep woont. Op de meeste groepen wonen cliënten die matig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapt zijn. Ik vind het dan ook logisch dat het aanbod van cursussen en trainingen over het algemeen meer gericht is op mensen met een ernstigere handicap. Omdat deze cliënten niet tot nauwelijks in aanraking komen met alcohol en/of drugs worden er op het Westerhok geen cursussen of trainingen aangeboden op dit gebied, er is te weinig vraag naar. Wel wordt er 2 keer per jaar een weerbaarheidstraining gegeven. Deze training bestaat uit 10 groepssessies. Dit vindt 1 keer per week plaats en een sessie duurt 1,5 uur. Gemiddeld doen er zo'n 6 tot 10 cursisten mee. De training wordt gegeven door 2 medewerkers van 's Heerenloo, 1 van hen is orthopedagoge. Er zijn een aantal onderwerpen die tijdens de training centraal staan: 'grenzen aangeven', 'gevoelens herkennen', 'hulp vragen', 'lichaamstaal', 'feedback geven en ontvangen'.

Tijdens mijn onderzoek kwam ik erachter dat er momenteel 2 cliënten op het Leerhuis wonen die deze cursus gevolgd hebben en er is 1 cliënt (R) die door zijn cliëntcoördinator is opgegeven voor de cursus en nog steeds bezig is. Om wat meer over deze cursus te weten te komen heb ik aan een aantal betrokkenen wat vragen gesteld; bijvoorbeeld aan de cliëntcoördinator van R., aan de cliënten van het Leerhuis die hebben meegedaan aan de cursus en aan 1 van de cursusleiders.

Aan de cliëntcoördinator van R. heb ik gevraagd hoe een aanmelding tot stand komt en wat doorgaans de reden voor een aanmelding is. Door middel van een ongestructureerd interview ben ik het volgende te weten gekomen; Het opgeven voor de cursus gaat altijd in overleg met de cliënt zelf. Vaak merkt de begeleiding op dat iemand het moeilijk vindt om voor zichzelf op te komen of steeds weer in vervelende situaties terecht komt. Dit wordt door de cliëntcoördinator met de cliënt besproken, dit kan bijvoorbeeld tijdens een officieel gesprek (bespreking van het behandelplan) maar het kan ook terloops in een 'mentorgesprek' benoemd worden. Er wordt dan aan de cliënt aangeboden om de weerbaarheidstraining te volgen. De cliënt krijgt wat informatie over de cursus en er wordt benoemd waarom het een voordeel kan zijn om aan de cursus deel te nemen. Als de cliënt akkoord gaat wordt

het aanmeldingsformulier samen ingevuld. Wanneer er een nieuwe training van start gaat wordt de cliënt opgeroepen voor een intakegesprek.

In het geval van R. speelde drugsgebruik en sociale druk een grote rol bij het opgeven voor de cursus. Van R. is bekend dat hij het moeilijk vindt om de verleiding te weerstaan om softdrugs te gebruiken. Het afgelopen half jaar is het gebruik bij hem toegenomen. Meestal gebruikt hij softdrugs als hij met zijn beste vriend samen is of als hij in het weekend naar zijn vader gaat (zijn vader is verslaafd en koopt regelmatig wiet of hasj voor R.). Een andere reden voor de aanmelding is (en dit vindt R. zelf de belangrijkste reden) dat hij het moeilijk vindt om weerstand te bieden aan meisjes. Zo heeft hij bijvoorbeeld zijn nieuwe laptop weg gegeven aan een vrouwelijke medecliënt. Achteraf heeft hij hier spijt van maar durft de laptop niet van haar terug te vragen omdat hij bang is om afgewezen te worden.

Toen R. werd opgeroepen voor het intakegesprek ben ik met hem mee gegaan (participerende observatie). Tijdens het intakegesprek werd R. voorgesteld aan de cursusleiders en er werd kort besproken wat de cursus zou gaan inhouden. Ook werd aan R. de vraag gesteld wat hij van de cursus verwachtte en wat zijn zwakke punten zijn op het gebied van weerbaarheid. Aan de begeleiding (aan mij dus in dit geval) werd gevraagd of we erop toe wilden zien dat R. zijn huiswerk maakt. Ik vond dit intakegesprek nuttig omdat op deze manier voor alle betrokkenen duidelijk is wat er van hen verwacht wordt. Vooral voor R. denk ik dat het goed was om de training op deze manier voor te bespreken omdat hij voor het gesprek nog niet echt het idee had wat hem te wachten stond.

3 weken na het intakegesprek is de training van start gegaan en R. kwam na deze training redelijk enthousiast thuis. Na een aantal trainingen merkte ik dat R. minder enthousiast werd en hij sloeg daarna ook een aantal trainingen over (hij meldde zich ziek of vergat de tijd). De verhalen van de cliënten van het Leerhuis die hebben deelgenomen aan de training hebben in grote lijnen dezelfde strekking. Er wordt door de deelnemers benoemd dat de training kinderachtig, saai of te makkelijk is. Dit merkte ik ook toen ik R. ging helpen met het maken van zijn huiswerk. De vragen wist hij heel makkelijk te beantwoorden en ook het oefenen in een rollenspel ging hem gemakkelijk af. De twee cliënten die de training vorig jaar hebben gevolgd hebben niet het idee dat ze er iets aan gehad hebben, dit kunnen ze in elk geval niet benoemen als ik ze ernaar vraag. Diezelfde vraag heb ik ook gesteld aan het begeleidingsteam en zij geven een andere reactie. Er is in ieder geval bij 1 van de twee deelnemers een verandering in het gedrag te zien. Zij lijkt nu meer van zich af te bijten en ze lijkt het makkelijker te vinden om een vraag te stellen aan de begeleiding of medecliënten dan voor de training. Er lijkt bij haar dus wel wat vooruitgang zichtbaar. Bij de andere deelnemer is volgens het begeleidingsteam geen zichtbare verandering/verbetering opgetreden. De deelnemers hebben echter wel veel onderwerpen van de training onthouden, en dan vooral de rollenspellen die gespeeld zijn. Dit vonden zij het leukste onderdeel van de training, het huiswerk wordt door alle 3 de deelnemers genoemd als minst leuke onderdeel.

Cursusleidster 1 geeft al een aantal jaar de cursus weerbaarheid aan cliënten van het Westerhok. Zij geeft momenteel les aan R. en heeft ook de andere twee cliënten van het Leerhuis les gegeven. De training is speciaal gericht op mensen met een verstandelijke beperking. De cliënten die erop afkomen zijn van matig beperkt tot licht verstandelijk beperkt niveau. Tijdens de training wordt zeer interactief met de cliënten gewerkt. Er worden rollenspellen gespeeld waarbij vaak de ervaringen of gebeurtenissen van een cliënt uit de training centraal staan. Op die manier wordt zoveel mogelijk geprobeerd om aan te sluiten op de belevingswereld van de doelgroep. Ook het herhalen van opdrachten is bij deze doelgroep van belang omdat je merkt dat na een week de onderwerpen van de week ervoor weer wat weg gezakt zijn in het geheugen. De theorie over het effectief overbrengen van informatieoverdracht wordt hier dus zo veel mogelijk in de praktijk toegepast.

E. heeft wel een verklaring voor het feit dat de cliënten van het Leerhuis de training saai of te makkelijk vinden. De training richt zich namelijk toch net iets meer op de cliënten van iets lager intellectueel niveau dan de cliënten van het Leerhuis. Ook tussen de deelnemers van de training die momenteel gegeven wordt zitten cliënten die duidelijk meer ondersteuning nodig hebben dan bijvoorbeeld R. Het is lastig om een middenweg te vinden want als het niveau opgeschroefd zou worden naar het niveau van R. dan zou de training voor meer dan de helft van de cursisten te moeilijk worden. Het aanbod van trainingen lijkt dus niet geheel aan te sluiten op de vraag van de cliënten van het Leerhuis.

Hoofdstuk 7 Conclusie en discussie

7.1 Conclusie

'Hoe kan het team van het Leerhuis ervoor zorgen dat drugsgebruik en meeloopgedrag, zoals in de casus beschreven staat, worden voorkomen?'

Ik kwam er al vrij snel achter dat deze vraag niet helemaal realistisch is. Het team kan waarschijnlijk nooit helemaal voorkomen dat er ooit nog drugs wordt gebruikt. Uiteindelijk is het de cliënt zelf die beslist of hij/zij drugs gaat gebruiken of niet, ook al heb je er alles aan gedaan om dit te voorkomen. Soms zijn er factoren waar je simpelweg geen invloed op hebt, je houdt de cliënten niet 24 uur per dag in de gaten en een misstap zit in een klein hoekje. Ook het meeloopgedrag zal nooit helemaal verdwijnen, groepsdruk blijft er altijd en zeker jongeren met een lichte verstandelijke beperking zijn hier gevoelig voor. Het team kan er uiteraard wel alles aan proberen te doen om drugsgebruik en meeloopgedrag te voorkomen. Ik denk dat het team door met de huidige methodiek te werken al aardig op de goede weg is. Het competentiemodel is erop gericht om jongeren te stimuleren goede keuzes te maken door middel van belonen van goed gedrag. Negatief gedrag, waar drugsgebruik onder valt, wordt afgezwakt door dit te negeren en er zo weinig mogelijk aandacht aan te besteden wanneer iemand dit toch heeft gedaan. In de theorie over voorlichting en preventie en in het beleidsstuk van Kwadrant wordt benoemd dat dingen verbieden juist averechts kunnen werken, het is dus goed dat d.m.v. het toepassen van het competentiemodel niet de nadruk wordt gelegd op het verbieden van negatief gedrag. Het onderwerp drugs helemaal vermijden lijkt mij echter geen goed idee. Ik denk het zo nu en dan geen kwaad kan om de risico's en voor- en nadelen van drugsgebruik met de cliënten te bespreken. Door het onderwerp bespreekbaar te houden heb je kans dat een cliënt eerder naar je toe komt wanneer hij/zij de in de fout is gegaan of de neiging heeft om in de fout te gaan. (Trimbos 2008)

Uit 2 van de casussen komt duidelijk naar voren dat het drugsgebruik voort kwam uit verveling. Door de cliënten, vooral in het weekend, leuke activiteiten aan te bieden zou je wellicht al een gedeelte van het probleem kunnen aanpakken. Vaak weten de cliënten niet goed wat er in de buurt te doen is of kunnen ze zelf niets leuks bedenken. Door hier in een leerproces mee aan de gang te gaan sla je 2 vliegen in een klap. Je leert de cliënten hoe ze zich op een adequate manier kunnen vermaken en je voorkomt dat ze in Den Haag gaan rondhangen en blowen.

Het volgende punt wat zou kunnen helpen bij het voorkomen van drugsgebruik is kritisch beoordelen of iemand geschikt is om op het Leerhuis te wonen. Wanneer in het dossier vermeld staat dat iemand een aan drugs gerelateerd verleden heeft kun je jezelf afvragen of het niet meer kwaad dan goed doet om zo iemand aan te nemen. Het risico dat andere cliënten zich laten meeslepen wordt op die manier vergroot en dat is niet wenselijk.

7.2 Discussie

Geldigheid en betrouwbaarheid

In het onderdeel dat gaat over het alcohol- en drugsgebruik onder Nederlandse lvg-jongeren valt op dat ik volledig ben uitgegaan van de onderzoeksresultaten van het Trimbos-instituut. De reden hiervan is dat dit het enige en meest recente onderzoek op dat gebied is. Het Trimbos-instituut staat aangeschreven als een betrouwbaar kenniscentrum op het gebied van sociale en maatschappelijke (probleem)onderwerpen. Verder heb ik gebruik gemaakt van vakliteratuur in de vorm van boeken, rapporten en publicaties. Voor het opstellen van de casussen heb ik dossiers op de woning gelezen, deze zijn allen ondertekend door zowel de cliëntcoördinator, de teammanager en de cliëntvertegenwoordiger. De interviews met de cliënten van het Leerhuis zijn afgenomen in een rustige omgeving waarbij we niet gestoord werden. Bij de onderdelen waarop ik observerende participatie heb uitgevoerd heb ik geprobeerd zo objectief mogelijk de situaties te beschrijven. Derhalve zou het kunnen voorkomen dat er ongewenst en onbewust toch wat vooroordelen te bespeuren zijn omdat ik op de woning werk en ik mij dus een beeld heb gevormd van de cliënten. De geldigheid van de observerende participatie die ik heb uitgevoerd bij de 3 cliënten die thuis kwamen onder invloed van wiet kan worden betwijfeld. Ik twijfel niet aan hetgeen ik heb waargenomen maar wel aan het feit of de uitkomsten representatief zijn voor alle cliënten die onder invloed zijn. Ik heb de cliënten na thuiskomst namelijk maar 10 minuten tot een kwartier gezien. Ik weet niet hoelang zij al stoned waren en hoeveel zij gebruikt hadden. De reden dat ik deze uitkomsten toch in mijn verslag heb verwerkt is omdat het wel weergeeft dat niet iedereen dezelfde kenmerken vertoont wanneer hij/zij stoned is.

Hoofdstuk 8 Aanbevelingen

8.1 Aanbevelingen

Dat het Leerhuis nooit helemaal drugsvrij zal worden heb ik in mijn conclusie al aangegeven. Het zal misschien in de ene periode wat rustiger zijn dan de andere periode qua drugsgebruik maar het team moet er altijd op bedacht zijn dat het voor kan komen. Toch denk ik dat er binnen de verschillende lagen van de instelling veranderingen aangebracht kunnen worden die wellicht bijdragen aan het voorkomen of verminderen van drugsgebruik onder cliënten. Mijn aanbevelingen zijn daarom ook gericht aan verschillende disciplines binnen het Westerhonk.

8.1.1 Aanbeveling 1

'Zorg concrete afspraken m.b.t. alcohol- en voor duidelijke en drugsgebruik'

Het enige waar op dit moment een duidelijke afspraak over is op het Leerhuis, is dat er geen drugs op de woning gebruikt mag worden en dat je niet onder invloed van een bepaald middel mag zijn op het moment dat je op de woning aanwezig bent. Als dit wel het geval is dan hoor je op je kamer te blijven. Maar wat als een cliënt regelmatig onder invloed is? Stuur je hem dan steeds naar zijn kamer? Bij hoeveel keer ligt de grens? Hoe erg is het wanneer iemand een keer aangeschoten of stoned thuis komt? Dit zijn allemaal vragen waar tot nu toe nog geen duidelijke richtlijnen voor gesteld zijn en waarin dus ook niet eenduidig gehandeld zal worden. Om dit op te lossen zou je bijvoorbeeld kunnen denken aan het opstellen van een protocol.

Bruikbaarheid en haalbaarheid

Door op papier vast te leggen wat wel en niet wordt toegestaan en hoe er gehandeld zal worden kun je ervoor zorgen dat het begeleidingsteam eenduidig handelt. Dit schept voor zowel het team als voor de cliënten duidelijkheid. Bij het opstarten van dit proces zou je de cliënten zelfs kunnen betrekken. Je kunt hen bijvoorbeeld vragen erover na te denken wat zij normaal vinden op het gebied van alcohol en drugs en bij hoeveel keer stoned thuiskomen je een waarschuwing krijgt. Op deze manier maak en houd je het onderwerp bespreekbaar.

Het opstellen van een protocol kent wel een aantal valkuilen. Het zou kunnen gebeuren dat het team het niet met elkaar eens wordt over bepaalde afspraken die gemaakt moeten worden om het protocol te kunnen opstellen. Daarnaast is er wellicht bij een aantal teamleden te weinig kennis over drugsgebruik om te kunnen bepalen wat goed is voor een cliënt en wat niet wanneer zich een situatie van drugsgebruik voordoet. Om te voorkomen dat er lukraak wat afspraken op papier worden gezet is het raadzaam om een van de vele verslavingsinstellingen in de buurt te benaderen, hierbij kun je denken aan: de Brijderstichting, Parnassia of Jellinek. Zij kunnen het team voorzien van advies over hoe je juist wel of juist niet moet handelen. Jantine van der Plas heeft de voorlichting op het Leerhuis gegeven over alcohol en drugsgebruik en weet een beetje wat voor woning het Leerhuis is. Wellicht is het een idee om haar te benaderen.

Het vernieuwende karakter van deze aanbeveling zit hem in het feit dat er op dit moment geen documenten of afspraken m.b.t. drugs op de woning te vinden zijn. Het opstellen van het protocol brengt dus weer nieuwe regels en inzichten met zich mee.

Uitvoering

Het hoeft niet veel tijd te kosten om het protocol in elkaar te zetten. Tijdens een teamvergadering kan worden gebrainstormd over welke punten het team relevant vindt om in het protocol te verwerken. Deze punten zullen voortkomen uit de dingen waar zij in de praktijk tegenaan lopen wanneer een cliënt onder invloed is. Indien nodig kan er besloten worden contact te leggen met een verslavingsinstelling voor hulp bij het opstellen van het protocol. Mijn voorstel is dat er vervolgens 2 groepsleiders aan de gang gaan met het opstellen van het protocol aan de hand van de genoemde punten. Tijdens een huiskamervergadering met cliënten wordt bespreekbaar gemaakt dat men bezig is met het schrijven van een protocol rondom drugsgebruik. Er wordt tegelijkertijd aan de cliënten gevraagd wat zij denken dat er in het protocol kan komen te staan. Wanneer er bruikbare punten tussen zitten wordt dit meegenomen in de verwerking van het protocol. Een volgende teamvergadering is het concept-protocol klaar en wordt deze voorgelegd aan het hele team en is er ruimte voor op- of aanmerkingen. Wanneer iedereen het eens is met het protocol kan deze worden besproken met de cliënten. Het protocol kan dan ingevoerd worden en er zal er vanaf dan worden gehandeld naar wat er in het protocol staat. Na 3 maanden wordt het protocol geëvalueerd en zo nodig aangepast. Op de volgende pagina is in een schema een stappenplan voor de uitvoering van deze aanbeveling uitgewerkt.

Stappenplan

Week + dag	Taak	Uitvoerder
Week 1 maandag	2 groepsleiders kiezen het protocol gaan schrijven	Het team gezamenlijk
Week 1 maandag	Brainstorm protocol tijdens teamvergadering	Het hele team
Week 1 donderdag	Bespreken opstellen protocol tijdens huiskamervergadering en punten opschrijven die cliënten aandragen	Degenen die dienst hebben
Week 2 t/m 4	Opstellen protocol a.d.h.v. verzamelde gegevens	2 gekozen schrijvers
Week 5 maandag	Concept protocol is klaar en wordt gepresenteerd aan team	2 gekozen schrijvers
Week 5	Op- of aanmerkingen inleveren t.a.v. het concept protocol	Het hele team
Week 6	Feedback verwerken en protocol afmaken	2 gekozen schrijvers
Week 6	Goedkeuring	Teammanager
Week 6 donderdag	Presenteren aan cliënten	Degenen die dienst hebben
Week 6	Protocol in gebruik nemen	

8.1.2 Aanbeveling 2

‘Verscherp de opnameprocedure en hanteer dezelfde procedure voor zowel interne als externe aanmeldingen’

Het laatste jaar zijn er een aantal verkeerde beslissingen gemaakt op het gebied van de aanname van nieuwe cliënten. Leo is hier een goed voorbeeld van maar er zijn er meerdere te noemen. Ook is het meerdere malen gebeurd dat een cliënt al was aangenomen en dat daarna pas het gehele dossier boven tafel kwam. Hierdoor is de kans dat je belangrijke dingen mist en dus cliënten binnen haalt die niet geschikt zijn voor het Leerhuis groter. Door zorgvuldig te werk te gaan en met zijn allen rond de tafel te gaan voor een intakegesprek krijgen alle betrokken partijen de kans om hun voor- en nadelen te bespreken. De kans dat er dan iemand wordt toegelaten die eigenlijk niet op het Leerhuis past wordt hiermee verkleind.

Bruikbaarheid en haalbaarheid

Deze aanbeveling is haalbaar omdat er eigenlijk al een goede aanmeldprocedure is, namelijk voor de cliënten van buitenaf. Zoals ik al eerder beschreef wordt er met hen tijdens de intakeprocedure uitvoerig gesproken en wordt er pas na een aantal ontmoetingen een weloverwogen besluit genomen waarbij het hele team betrokken is. Zo zou dit ook moeten gaan met interne aanmeldingen. Het aannemen van cliënten moet niet voortkomen uit het helpen van een andere locatie van 's Heeren Loo zoals bij Leo is gebeurd.

Dat sommige dossiers pas later binnen komen bij zorgbemiddeling dan de bedoeling is zal wellicht nooit helemaal opgelost worden. Je hebt weinig invloed op hoe en wanneer de aanmelder zijn gegevens verstuurd. Wel kan de zorgbemiddelaar tijdens het eerste mail of telefonisch contact kunnen navragen of echt alle gegevens binnen zijn. Maar ook wanneer wel alle gegevens binnen zijn en wanneer de cliënt de gehele intakeprocedure heeft doorlopen kan het nog wel eens voorkomen dat er een cliënt op het Leerhuis komt wonen die daar eigenlijk niet past. Je weet immers nooit helemaal zeker hoe iemand zich zal ontwikkelen binnen de setting van het Leerhuis.

Uitvoering

De uitvoering van deze aanbeveling is eigenlijk heel simpel: de zorgbemiddelaar en het team van het Leerhuis volgt voortaan voor zowel de interne als externe aanmeldingen dezelfde procedure. Dit kan per direct worden uitgevoerd.

8.1.3 Aanbeveling 3

'Aanpassen van de productfolder van het Leerhuis'

Naast het verscherpen van de opnameprocedure is het ook van belang om een realistisch beeld te scheppen van wat het Leerhuis is en voor wie het bedoeld is. Op dit moment is er een productfolder die niet (meer) aansluit op wat het Leerhuis is en doet. Hierdoor gebeurt het regelmatig dat er mensen worden aangemeld die het Leerhuis niet aan kan.

Bruikbaarheid en haalbaarheid

Een groot aantal cliënten wordt aangemeld na het lezen van de productfolder van het Leerhuis. Van alle cliënten die worden aangemeld wordt het dossier door de afdeling zorgbemiddeling doorgestuurd naar de teammanager, de orthopedagoog en de groepsleiding. Zij lezen dit dossier allemaal, het komt regelmatig voor dat er door iedereen na het lezen van het dossier wordt gezegd dat diegene geen kandidaat voor het Leerhuis is. Je zou dus eigenlijk kunnen zeggen dat er kostbare tijd verloren gaat door het lezen van dossiers waar uiteindelijk niets mee gebeurt. Door de productfolder aan te passen kun je voorkomen dat cliënten die niet geschikt zijn zich ook niet aanmelden. De huidige productfolder is geschreven door het personeel dat op het Leerhuis werkt, daarna is deze goedgekeurd door de teammanager en orthopedagoog. Het maken van de nieuwe productfolder kan op dezelfde manier en is voor iedereen haalbaar. De nieuwe productfolder kan worden verspreid door de afdeling zorgbemiddeling aan aanmelders zoals stichting MEE. Ook kan de folder via de woning worden verspreid tijdens open dagen ed.

Het fenomeen 'productfolder' is op zichzelf niet vernieuwend, er bestaat er namelijk al een. Deze is echter niet up-to-date en dus aan vervanging toe. Het vernieuwende karakter in deze aanbeveling zit hem in het feit dat ik denk dat de productfolder opgesplitst zou moeten worden in 2 delen.

Uitvoering

Mijn voorstel zou zijn om 2 verschillende productfolders te maken. 1 is speciaal geschreven voor de aanmelders (bijvoorbeeld stichting MEE of een andere zorginstelling). Hierin wordt duidelijk beschreven dat het Leerhuis een trainingsgroep is voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en dat het een tijdelijke woning is. Ook moet hier duidelijk worden gemaakt dat de cliënt er echt aan toe moet zijn om zijn/haar leven een stuk zelfstandiger te gaan inrichten. Ook de visie, missie en methodiek moeten beschreven worden. Daarnaast is het wellicht raadzaam om in het stuk te verwerken wat er van de cliënt verwacht wordt als hij/zij op het Leerhuis komt wonen. Naast de folder voor de aanmelders kan er ook een folder gemaakt worden voor de cliënt zelf. Deze zal geheel moeten worden aangepast qua taalgebruik. Ook hoeft de informatie niet zo expliciet te zijn als in de folder voor de aanmelder. Het gaat erom dat de cliënt weet dat je op het Leerhuis komt wonen om jezelf te ontwikkelen tot een meer volwassen en zelfstandiger mens. De nieuwe productfolders worden geschreven door 2 medewerkers van het Leerhuis, zij krijgen hier in totaal 2 weken de tijd voor. Wanneer zij de folders klaar hebben worden zij gepresenteerd aan het hele team en de afdeling zorgbemiddeling. Er is daarna een week de tijd om op de folder te reageren door de betrokkenen. Daarna worden in 2 weken tijd alle tips en adviezen verwerkt en wordt de folder gebruiksklaar gemaakt. Wanneer de folder is goed gekeurd door de teammanager en agoog kan deze in gebruik worden genomen.

De beperking van deze aanbeveling zou hem kunnen zitten in de tijd. Het is een vrij strak schema waarin iedereen de mogelijkheid moet hebben gehad om de folder te kunnen lezen en voorzien van adviezen. Wanneer iemand het een week lang erg druk heeft of wanneer iemand ziek wordt zou de voortgang van het proces kunnen stagneren. Op de volgende pagina staan de stappen zoals ik denk dat ze gevolgd zouden moeten worden.

Stappenplan

Week + dag	Taak	Uitvoerder
Week 1 maandag	Bepalen wie de folders gaan schrijven	Het team gezamenlijk
Week 1 maandag	Tijdens vergadering bespreken welke kernpunten er in de folder moeten komen	Het hele team
Week 1 en 2	Schrijven van productfolder, 1 folder per persoon.	2 gekozen schrijvers
Week 3 maandag	Productfolder is af en wordt doorgestuurd naar betrokkenen	2 gekozen schrijvers
Week 3	Op- of aanmerkingen inleveren t.a.v. de folders	Het hele team
Week 4 en 5	Feedback verwerken en productfolders afmaken	2 gekozen schrijvers
Week 6	Goedkeuring	Teammanager en agoog
Week 6	De folders zijn klaar, doorsturen naar afdeling zorgbemiddeling	2 gekozen schrijvers

8.1.4 Aanbeveling 4

'Organiseer een jaarlijks terugkerend voorlichtingsprogramma op het Leerhuis'

Primaire preventie in de vorm van groepsvoorlichting past goed binnen de kaders van het Leerhuis. Het spel meienzorg is op zich prima verlopen. Toch zou ik het een volgende keer wat professioneler willen aanpakken en meer onderwerpen als groepsdruk en meeloopgedrag willen benadrukken. Het voorlichtingsprogramma moet uiteraard zijn aangepast aan de doelgroep en aansluiten op actuele gebeurtenissen binnen de groep. Door gebruik te maken van foto en videomateriaal (important others) houd je de voorlichting levendig.

Bruikbaarheid en haalbaarheid

Je zou ervoor kunnen kiezen om de voorlichting te laten geven door groepsleiders van het Leerhuis. Deze keuze ligt echter niet echt voor de hand aangezien de kennis van de groot deel van de groepsleiders van het Leerhuis niet voldoende is om inhoudelijke vragen over drugsgebruik te kunnen beantwoorden. De voorlichting zou dus gegeven kunnen worden door (of met hulp van) een preventiemedewerker van een instelling voor verslavingszorg. Door iemand van buitenaf in te schakelen maak je het allemaal net even wat meer officieel en ik denk ook interessanter om naar te luisteren voor de cliënten. Wat betreft de inhoud van de voorlichting hoeft het wiel niet opnieuw uitgevonden te worden. Zowel Brijder verslavingszorg als het Trimbos-instituut hebben al voorlichtingsprogramma's klaar liggen. Om de haalbaarheid van deze aanbeveling te vergroten stel ik voor om de voorlichting te organiseren tijdens een huisavond. De kans is dan het grootst dat alle cliënten aanwezig zijn. Het organiseren van een jaarlijks voorlichtingsprogramma is vernieuwend omdat nog op geen enkele andere groep op het Westerhونك wordt gedaan.

Uitvoering

2 medewerkers van het Leerhuis krijgen de taak om de voorlichtingsavond te organiseren. Diegenen gaan in gesprek met instellingen voor verslavingszorg en kiezen uiteindelijk een programma uit wat het beste aansluit op de doelgroep LVG. Nadat er een datum is geprikt stel ik voor dat er mondeling contact is tussen de persoon die de voorlichting geeft en degenen die op de avond van de voorlichting aan het werk zijn om af te stemmen welke rol eenieder aan neemt.

Stappenplan

Week + dag	Taak	Uitvoerder
Week 1 maandag	2 teamleden worden uitgekozen voor het organiseren van de voorlichting	Het team gezamenlijk
Week 1	Contact zoeken met verslavingsinstellingen	Gekozen organisatoren
Week 2	Instelling kiezen waarmee wordt samengewerkt en datum voorlichting vastleggen	Gekozen organisatoren
Week 3	Voorbespreking voorlichting	Gekozen organisatoren + voorlichter(s)
Week 4 (Afhankelijk van de datum van de voorlichting)	Voorlichting vindt plaats	
Week 5	Evaluatie voorlichtingsavond met de cliënten	Gekozen organisatoren
Week 5	Evaluatie voorlichting	Het hele team

8.1.5 Aanbeveling 5

'Zorg voor een breder trainingsaanbod wat aansluit op de doelgroep LVG'

Er worden op dit moment binnen 's Heerenloo geen cursussen aangeboden op het gebied van alcohol en drugs. Wanneer er een jaarlijks voorlichtingsprogramma over deze onderwerpen zal plaatsvinden is dit wellicht ook wat overbodig. Waar nog wel aan gewerkt zou kunnen worden is het aanpassen van de weerbaarheidstraining. Op dit moment komen er vanuit verschillende kanten signalen dat het niveau net wat te laag ligt voor de cliënten van het Leerhuis. Toch kan het voor de cliënten van het Leerhuis heel zinvol zijn om de cursus te volgen omdat zij een kwetsbare doelgroep zijn. Door het niveau wat op te schroeven wordt wellicht de interesse van meer LVG-ers gewekt om aan de cursus deel te nemen.

Bruikbaarheid en haalbaarheid

Deze aanbeveling is bruikbaar omdat er in principe aan methodiek van de weerbaarheidstraining niets verandert hoeft te worden. Het gaat erom dat de taal en inhoud wordt aangepast aan de doelgroep. Wanneer dit gedaan is blijft het cursusmateriaal bruikbaar voor wanneer er LVG-ers worden aangemeld om aan de cursus deel te nemen. Of het echter haalbaar is om de gehele cursus in een 'andere taal' te schrijven kun je je afvragen, er gaat waarschijnlijk veel tijd in zitten terwijl er aanzienlijk weinig LVG-ers op het Westerhok wonen vergeleken met cliënten van lager niveau. Mede daardoor heb je kans dat de cursus speciaal voor LVG-ers nooit helemaal vol komt te zitten. Het is dan nog maar de vraag of het budget van de organisatie het toelaat om duur personeel voor zo weinig cliënten in te zetten. Om te voorkomen dat het de organisatie veel geld zou kosten zou er een inventarisatie gemaakt kunnen worden van de daadwerkelijke vraag die er is naar een weerbaarheidstraining op LVG-niveau.

Uitvoering

Om erachter te komen hoeveel vraag er is naar een weerbaarheidstraining op LVG-niveau kunnen er enquêtes op de woningen worden uitgedeeld waar LVG-ers wonen. Deze enquêtes worden gemaakt door een medewerker van het trainingsteam. Het herschrijven van het cursusmateriaal lijkt mij een taak van degenen die de weerbaarheidstraining geven, zij kunnen hierbij hulp inschakelen van de groepsleiders die op woningen werken waar LVG-ers wonen.

Bronvermelding

Boeken

Didden, R. (2006). *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Epen, J.H. van (2002). *Drugsverslaving en alcoholisme*. 1^e, herziende druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum

Heemelaar, M. (2000). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Tweede druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum

Michgelbrink, F (2007). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* Amsterdam: uitgeverij SWP

Reybrouck, T. van & Hende, F. van. (2007) *Mijn kind en drugs: antwoorden voor ouders*. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet

Rutten et al.(2009). *Verslaving: Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Vanderecken, W. Deth, van R. 2004. *Psychiatrie Van diagnose tot behandeling*. Tweede, herziende druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Folders

Jellinek. (2009). *Hasj & wiet*. Amsterdam: Jellinek Preventie

Jellinek. (2007). *XTC*. Amsterdam: Jellinek Innovatie en Preventie

Jellinek. (2007). *Cocaïne*. Amsterdam: Jellinek Innovatie en Preventie

Jellinek. (2007). *Paddo's en trippers*. Amsterdam: Jellinek Innovatie en Preventie

Rapporten

Duitsaers, K., Blekman, J.W. & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik; Wat is er tot op heden bekend?*. Utrecht: Trimbos-instituut

Bransen, E. et al. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren; Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut, Kenniscentrum VOBC/LVG, 's Heerenloo/Kwadrant

Beleidsnota

Boer, de J., Deelstra, H. (2003) *Kwadrant visie Voorlichting, veiligheid en verantwoordelijkheid* Kwadrant, interne publicatie

Krantenartikel

Hamer, H. (2010) Drugs hakken er bij jongeren met een beperking harder in. In: *Trouw* 20 juli 2010, p.4

Websites

Anoniem (2009) *Waarom gebruiken mensen drugs*. Geraadpleegd op: 6 juli 2011, <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/32856-waarom-gebruiken-mensen-drugs.html>

Wells, R. Encyclopedia of Childrens Health *Peer pressure*. Geraadpleegd op: 15 mei 2011, <http://www.healthofchildren.com/P/Peer-Pressure.html>

<http://www.mee.nl/>

<http://www.vandale.nl>

<http://www.sheerenloo.nl>

<http://www.trimbos.nl>

Bijlagen

Kwadrant visie

Voorlichting, veiligheid en verantwoordelijkheid.

Een Kwadrant-visie op risicovol gedrag met betrekking tot seks, roken, alcohol, middelen en gokken.

Uitgangspunten:

Kwadrant, als orthopedagogisch behandelinstituut voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren die om diverse redenen in hun ontwikkeling zijn vastgelopen, heeft voortdurend te maken met gedragingen van jongeren waar een zeker risico aan verbonden is. Vanuit de visie van Kwadrant zijn respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid de centrale begrippen. De missie van Kwadrant is: jongeren met een lichte verstandelijke beperking tot hun recht laten komen.

Jongeren die behandeld worden binnen Kwadrant hebben recht op een zo optimaal mogelijk leef- en behandelklimaat die hen niet alleen helpt bij hun persoonlijke ontwikkeling en ontplooiing, maar hen ook voorbereid op het leven in de maatschappij. De risico's op het gebied van seks, roken, alcohol, middelengebruik en gokken, zoals die in onze consumptiemaatschappij voor iedereen aanwezig zijn, zijn in verhouding groter ten opzichte van onze kwetsbare doelgroep.

Daarom is deze visie ontwikkeld, waarbij het uitgangspunt is de kwetsbaarheid van de doelgroep in combinatie met de missie Kwadrant.

Dit brengt ons tot de uitgangspunten voor beleid: voorlichting, veiligheid en verantwoordelijkheid.

Voorlichting:

Jongeren hebben recht op adequate voorlichting (passend bij leeftijd, niveau, problematiek en milieu van herkomst van de jongere) over de bovengenoemde risicogebieden.

Kwadrant stelt ondersteunende materialen en informatiebrochures over bovengenoemde risicogebieden beschikbaar.

Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om jongeren adequaat voor te lichten.

Veiligheid:

Risicovol gedrag is inherent aan de doelgroep.

Veiligheid voor zowel jongeren als medewerkers heeft de hoogste prioriteit. Ondanks risicovol gedrag dient Kwadrant de veiligheid voor de jongere zelf, medebewoners en medewerkers te garanderen.

Indien gewenst of noodzakelijk worden medewerkers getraind, zodat door toename van kennis en vaardigheden m.b.t. de risicogebieden, snel en adequaat gehandeld kan worden.

Indien noodzakelijk worden specifieke maatregelen getroffen.

Verantwoordelijkheid:

Kwadrant neemt verantwoordelijkheid voor risicovol gedrag van jongeren.

De mate waarin Kwadrant de verantwoordelijkheid neemt voor risicovol gedrag, is afhankelijk van de regio, het soort behandeling (ambulant of residentieel), het individuele behandelplan en de (on)mogelijkheden van de context.

Afhankelijk van leeftijd, fasering in de behandeling en begeleidingsbehoefte, zal de verantwoordelijkheid voor risicovol gedrag meer of minder bij de jongere liggen. Dit komt tot uitdrukking in het behandelplan.

Kwadrant neemt op regioniveau alle noodzakelijke maatregelen voortvloeiend uit deze verantwoordelijkheid.

Onderbouwing preventiebeleid rond middelengebruik vanuit

de vvv-visie met betrekking tot de kernwoorden:

Tabak – alcohol – softdrugs/harddrugs & gokken

INLEIDING:

Binnen Emaus/Middelrode is deze notitie ontwikkeld, gebaseerd op onze ervaringen met risicovol gedrag van jongeren en geïnspireerd door het eerder ontwikkelde en Kwadrantbreed geaccepteerde beleid rond seksualiteit. Deze notitie is gebaseerd op de visie: voorlichting, veiligheid en verantwoordelijkheid. Deze notitie kan als onderlegger dienen voor de concretisering van beleidspunten op het gebied van met name tabak, alcohol, roken, soft/harddrugs. Het is de verantwoordelijkheid van iedere regio de vvv-visie en daaruit voortvloeiende beleidspunten te vertalen naar de situatie in de eigen regio.

Het uitgangspunt voor de beschrijving van het beleid rond middelen gebruik is gevoed door de beleidsnotitie: 'Beleid Seksualiteit en Seksueel Misbruik'. Niet in de eerste plaats omdat het zo'n helder realistisch geschreven verhaal is, maar vooral ook omdat middelen gebruik via veel wegen verweven is met seksualiteit. Het gaat niet expliciet om de seksualiteit, maar veel meer met de identificatie met een peergroep en het contact. Zo ook ten aanzien van middelengebruik. Er zijn allerlei vormen van subculturen die zich identificeren met muziekstromen, leefstijlen; hierbij behoren allerlei uitingsvormen rond dans, muziek, gebruik van middelen en vormen van seksualiteit. Veel ernstiger is het gebruik van seksualiteit als betaalmiddel voor soft- en harddrugs; de meest extreme vorm is de heroïne prostitutie, maar de betrokkenheid van jonge meisjes van Kwadrant bij de Loverboy's is minstens zo ernstig. Maar ook het indrinken van wat moet om contact te kunnen leggen met diegene op wie je verliefd bent, duidt op een verband tussen seksualiteit en middelengebruik. Zowel de seksualiteit als ook het middelen gebruik is een onderdeel van de opvoeding, dus ook van de orthopedagogische opvoeding in onze instelling.

ACTUALITEIT binnen Emaus/Middelrode:

In het specialistisch beleidsoverleg Emaus/Middelrode kwam in november 2002 aan de orde dat de registratie en melding van middelen gebruik – met name softdrugs – het afgelopen jaar opvallend laag was. Het behandelsecretariaat gaf aan bijzonder weinig meldingen te hebben gehad. Duidt dit op gedogen? Aan de andere kant komen er verzoeken bij schrijver dezes om voorlichting te komen geven over softdrugs op m.n. de open leefgroepen – de DBU's in Ermelo. Ook de coaches van Emaus en Middelrode worden zeer regelmatig geconfronteerd met de handelingsverlegenheid van groeps werkers bij het hanteren van sancties of juist géén sancties bij het vermoeden of constateren van softdruggebruik. De stuurgroep 'Keep it safe & Let me know', bestaand uit Heleen Deelstra en Johan de Boer hebben in overleg met de coaches bij het Management van Emaus/Middelrode flatterend gevraagd om een voorlichtingscampagne op te zetten in samenwerking met Kwadrant Training en Advies. Voordat we kunnen overgaan tot het organiseren van een dergelijk product, moet allereerst de visie van Kwadrant geformuleerd zijn. In de voorbereidende gesprekken met onder andere Bernhard de Gier kwam aan de orde dat hij zijn zorgen uitsprak over het vermoeden dat veel ex - Emaus bewoners zich begeven in het circuit van de dak - en thuislozen van de Randstad. Dit vermoeden wordt gedeeld door de projectleider voor dak en thuisloze jongeren te Amsterdam, Henk Schipper en het Nederlands Platform Zwerfjongeren. Ook het vermoeden dat er onder ex – Emaus bewoners relatief te veel een vroege dood sterven baart ons zorgen. In termen van veiligheid en verantwoordelijkheid gesproken kan met name de voorlichting hierin een belangrijke rol spelen.

ACTUALITEIT binnen Auriga en Arkemeyde:

Beide instellingen zijn bekend met risicovol gedrag van jongeren, waarbij in het algemeen het risicovolle gedrag minder ernstig is dan binnen Emaus. Vanuit de vvv-visie zijn de beleidsaanbevelingen op regio-niveau meer of minder van toepassing.

OVERHEIDSBELEID

Voor het gebruik van de middelen: tabak – alcohol – softdrugs / harddrugs en gokken voegen we ons naar het overheidsbeleid:

- Tabak:** Aan jongeren onder de 16 jaar wordt geen tabak verkocht.
- Alcohol:** Aan jongeren onder de 16 jaar wordt geen alcohol verkocht.
- Softdrugs:** Het grijze gebied van gedogen.
- Harddrugs:** Bij de wet verboden.
- Gokken:** Casino bezoek vanaf 18 jaar.

Afgezet tegen dit – heel summier – geformuleerde overheidsbeleid staat een voorzichtig geformuleerd Kwadrantbeleid vanuit de 'vvv-visie': Voorlichting, veiligheid en verantwoordelijkheid.

VVV: VOORLICHTING, VEILIGHEID EN VERANTWOORDELIJKHEID:

VOORLICHTING:

Het is de verantwoordelijkheid van Kwadrant om de jongeren zo goed mogelijk te begeleiden in de omgang met de bovengenoemde middelen. De voorlichting is een onderdeel van het preventiebeleid dat beoogt te voorkomen dat er onoverkomelijke problemen ontstaan die niet meer beheersbaar en begeleidbaar zijn. De voorlichting gebeurt op verschillende plaatsen en op verschillende momenten en in wisselende samenstelling; individueel, leefgroep, school; gepland en ongepland. Het gaat om kennis van middelen, risico's van gebruik, consequenties van risico gedrag. Het gaat om lichamelijke gevolgen; omgang met groepsdruk; betrokkenheid bij (rand) criminaliteit. Doel van de voorlichting is niet dat de genoemde middelen nooit gebruikt zullen gaan worden. Het is realistischer dat er gericht gekeken wordt naar vormen van geaccepteerd gebruik van b.v. tabak, alcohol en softdrugs. Het is wenselijk om hierover in gesprek te blijven, anders kan het gevolg zijn dat er geen zicht is op - en openheid over, het gebruik van middelen. De voorlichting wordt wat betreft de jongeren op de leefgroepen gegeven door de groepswerkers.

VEILIGHEID:

Door schade en schande wijs worden is niet de bedoeling. Echter experimenteergedrag brengt met zich mee dat jongeren de nadelige effecten van de middelen proefondervindelijk zullen ontdekken. Het beleid dient erop gericht te zijn de schade zoveel mogelijk te beperken; de strategie van 'harm-reduction'. Het is belangrijker te bewerkstelligen binnen de marges van het experimenteer gedrag veilig te gebruiken, dan dat er bij een stringent verbod toch forse schade wordt opgelopen. Om in de omgang met jongeren de gewenste veiligheid te waarborgen is de juiste houding van belang en de jongeren aan te spreken op hun gedrag. De discussie over te veel roken, te veel drinken, of wel of niet blowen levert alleen maar een 'welles nietes' reactie op. Is het effect van het middel een verandering van gedrag die onveiligheid met zich meebrengt, of de ingezette behandeling doorkruist, dan is aanspreken op het gedrag de strategie. Ook bij de randverschijnselen bij middelen gebruik: jongeren die elkaar onder druk zetten om voor invoer te zorgen, of spullen te verbergen; maar ook het niet nakomen van afspraken, is aanspreken op gedrag de eerste strategie. Mogelijk zijn daarna nog specifieke interventies nodig. Zonder te stellen dat alle andere gedragingen die bij onze LVG populatie horen met sterke gedragsstoornissen duiden op het ongeoorloofd gebruik van middelen, is het wel zo dat jongeren op ongewenst gedrag aangesproken dienen te worden. Ook de MPP-er kan in zijn rol bij beheersproblemen rond middelen gebruik individuen en groepen jongeren aanspreken op gedrag.

VERANTWOORDELIJKHEID:

Als we behandelen in termen van 'vraag gestuurd' en 'cliëntvolgend' is het niet meer dan logisch dat de problematiek rond middelen gebruik direct met de betrokken partijen wordt besproken. De meer geaccepteerde vormen van middelengebruik – tabak en alcohol – zijn gespreksonderwerpen die automatisch al aan de orde komen in de totstandkoming van een behandelplan. Ook de min of meer 'verboden' middelen zullen expliciet aan de orde moeten komen. In de problematisering van het gedrag rond middelen gebruik kunnen dan afspraken gemaakt worden over dat gedrag. De motiverende gesprekstechniek is de aangewezen werkvorm die gehanteerd kan worden door zowel de groepsleiding als de omringende behandelaars, therapeuten en coördinatoren. Hierbij komen voortdurend keuzes en afspraken aan de orde en mede hierdoor kan gestuurd worden op gedrag. Verhoudingsgewijs zullen steeds meer jongeren uit een milieu komen waar het gebruik van softdrugs gemeen goed is. Maar ook de andere genoemde middelen - tabak en alcohol - zijn heel gangbaar. In de experimenteerfase waar jongeren deze middelen uitproberen zullen de thuismilieus er ook mee geconfronteerd worden. Gerelateerd naar de gemiddelde gezinssituatie gaat dat gepaard met de bekende puberale strubbelingen. Echter bij de doelgroep die op Kwadrant verblijft zijn de problemen waarvoor jongeren behandeld worden verhoogde risicofactoren. Bij aanmelding, kennismaking en opname opname is het de verantwoordelijkheid van de behandelaars om in de onderhandeling over de hulpvraag ook het middelen gebruik ter sprake te brengen, vervolgens is het de jongere die gewezen wordt op zijn eigen verantwoordelijkheid rond zijn gedrag.

MIDDELEN:

TABAK:

- shag, sigaretten en sigaren en een pijp.

Op alle pakken sigaretten en shag staat met grote letters dat het dodelijk is c.q. schadelijk is voor de gezondheid.

Het roken van nicotine heeft een drempelverlagende werking op het gebruik (roken) van hasj en wiet. Sigaretten en shag mogen pas gekocht worden vanaf 16 jaar. Maar in de praktijk blijken ook jongeren jonger dan 16 jaar shag te kunnen kopen. Is men jonger, dan mag men roken alléén met toestemming van de ouders of wettelijke vertegenwoordigers. Het huisbeleid van Kwadrant is – volgens de overheidsnormen – gericht op het verbod van roken in openbare gelegenheden en het organiseren van ruimtes waar wél gerookt mag / kan worden.

Opgemerkt moet worden dat het rookgedrag van medewerkers invloed kan hebben op het rookgedrag van jongeren.

ALCOHOL:

- bier (5%) wijn (11%) gedestilleerd (+/- 35%)

Alcohol is de meest schadelijke gelegaliseerde harddrug van dit moment. Samen met nicotine en heroïne is het ook een middel dat ernstige lichamelijke afhankelijkheid teweegbrengt. Alcoholgebruik is formeel verboden voor jongeren van Kwadrant. Bij gelegenheden – feestdagen – projecten – en andere hoogtijdagen / gelegenheden en in sommige situaties als huisregel- is er dan als toost, of bij een maaltijd, een glas met alcoholische drank voorhanden. 16-17-18 jaar zijn de variabele leeftijden waarbinnen op afspraak en in overleg met de wettelijke vertegenwoordiger, met limiet een alcoholische consumptie genuttigd kan worden. Toekomstige opties om experimenteel gedrag tegemoet te komen zijn het bij gelegenheid schenken van alcoholvrije dranken. Alcohol kan ook verboden blijven als het gaat om jongeren waarbij de combinatie van problematiek en /of medicijn gebruik daarom vraagt.

SOFTDRUGS:

- hasj en wiet

Uitgangspunt is dat softdruggebruik niet mag. Softdrug veroorzaakt géén lichamenlijk afhankelijkheid, de geestelijke afhankelijkheid bestaat wel. De vaak gehanteerde zogenaamde 'stepping stone' theorie → softdruggebruik leidt automatisch tot harddruggebruik is al lang achterhaald. De combinatie van problematiek bij onze doelgroep (LVG & jeugdpsychiatrie) en middelen gebruik maakt de jongeren extra kwetsbaar. Verondersteld eerder gebruik van papertrips met LSD gevolgd door een mogelijke 'bad trip' maakt het softdruggebruik extra risicovol. (Een eerder ervaren 'bad trip' kan door het gebruik van softdrugs wederom – ook na jaren – geactiveerd worden).

De gedoogpraktijk in Nederland scheidt de markt van softdrugs met die van harddrugs, tegelijkertijd is het heel makkelijk om – min of meer legaal – aan softdrugs te komen. Afhankelijk van de status van de leefgroep – besloten $\leftrightarrow$ open – zal er een meer of minder repressief en restrictief beleid gevoerd worden. Een restrictief beleid, waarin jongeren grenzen worden gesteld waaraan consequenties zijn verbonden, kan op zich noodzakelijk zijn vanuit het orthopedagogisch behandelplan en is daarmee gedurende de behandeling voortdurend een punt van aandacht. Gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep zal men extra alert zijn op aan softdrugs gerelateerde problematieken, zoals dealen en elkaar onder druk zetten.

HARDDRUGS:

- heroïne, cocaïne, speed, LSD, pillen (barbituraten en benzodiazepines), smartdrugs (o.a. xtc)

Uitgangspunt is ook dat harddruggebruik niet mag. Het is zelfs een contraïndicatie voor opname. Heroïne is een ernstig verslavend middel, de lichamelijke afhankelijkheid is groot. Bij de andere genoemde middelen gaat het vooral om de geestelijke afhankelijkheid. Maar ook bij op dokters voorschrift gebruikte medicatie (seresta, valium e.d.) is er een grote lichamelijke afhankelijkheid. Recente ervaringen afgelopen zomer met weglööpgedrag van onze jongeren die in contact kwamen met ex- Emaus bewoners gaven aanwijzingen van het gebruik van cocaïne en speed en eveneens betrokkenheid bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Van het gebruik van heroïne is vooralsnog niets bekend. De in de inleiding genoemde bezorgdheid rond de relatief vroege dood van ex – Emaus bewoners kan te maken hebben met het gebruik van harddrugs en criminaliteit. Onduidelijk is of de dood het gevolg is van een overdosis (van heroïne) of van een criminele afrekening. In gesprek met de jongerenraad en n.a.v. voorlichting op de DBU's van Ermelo kan ik concluderen dat er ruimschoots wordt geëxperimenteerd met boven beschreven harddrugs, echter heroïnegebruik komt in die verhalen niet voor. D.w.z. dat met name grote weerstand bestaat tegen het spuiten van harddrugs. Onduidelijk is of men niet of juist wel experimenteert met het roken van heroïne vanaf folie. Naast de veiligheid voor de jongeren en onze verantwoordelijkheid voor de behandeling is in het nazorgtraject met name de voorlichting van belang.

GOKKEN:

- fruitautomaten, computerspelletjes, speelhallen, casino, bingo, kienen, lotto, toto, postcode loterij, maar ook onderlinge weddenschappen e.d.

Het is een wat achtergebleven gebied waar onze zorg niet primair naar uitgaat; waar we ook nauwelijks last van hebben en de gevaren ook niet zo van onderkennen. Echter, de problematiek van onze jongeren dwingt ons realistisch te kijken naar jongeren met behoefte aan 'thrillseeking behavior', maar ook de jongeren met autistische kenmerken kunnen afglijden naar problematisch gokgedrag. Als de bescherming en zorg wegvallen, niet in de laatste plaats de financiële begrenzing, is er bij een bepaalde groep van onze jongeren grote kans zich over te geven aan gokgedrag. Aanwijzingen zijn de gedrevenheid tot computerspelletjes. De voorlichting is ook hier een belangrijk instrument. Behalve voorlichting kan feitelijke begrenzing nodig zijn en in ernstige gevallen is therapeutische behandeling geïndiceerd.

CONCLUSIE:

Het in de inleiding genoemde voorbeeld van beleid: 'Beleid Seksualiteit en Seksueel Misbruik' is en blijft een actueel beleidstuk. Een relatie met beleid rond middelen gebruik ligt voor de hand. Wellicht ten overvloedde nog een aantal raakvlakken waar de gezondheid risico's van onveilige seksualiteit om de hoek komen kijken:

- Middelen gebruik verhoogt de kans op onveilige seksualiteit = verhoogde kans op SOA's.
- Met een concentratie van jongeren met een zedenmisdrijf zijn de kansen op onveilige seksualiteit verhoudingsgewijs groter dan in 'normale' situaties.
- De nadelige gevolgen van onveilige seksualiteit zijn, wat betreft de ongewenste zwangerschappen c.q. ongewenste abortussen middels een vooruitstrevend anticonceptiebeleid met de (prik) pil, in preventieve zin goed weggezet.
- De beschermende maatregelen tegen SOA's zijn onvoldoende gewaarborgd. De enige werkbare vorm hiertegen is een liberaal beleid qua condoomverstrekking.

VERDERE CONCLUSIES:

- Wat betreft de instroom van jongeren binnen Kwadrant moet een inventarisatie van middelen gebruik een vast onderdeel worden van de hulpvraagverduidelijking.
- Bij het ontwerpen van een behandelplan verdient het aanbeveling standaard het middelen gebruik te onderzoeken. Wanneer dit aan de orde is wordt dit opgenomen in het behandelplan, inclusief afspraken en geformuleerde doelen van alle partijen.
- De genoemde motiverende gesprekstechniek is onderdeel van het deskundigheidsbevorderingsprogramma voor groepsleiding, managers, behandelaars, therapeuten, en staf.
- Kwadrant T&A heeft een actief aandeel in de deskundigheidsbevorderingsprogramma's
- Het Documentatiecentrum krijgt een bredere functie en beheert ook voorlichtingsmaterialen over roken, alcohol, drugs en gokken.

Concrete aanbevelingen preventiebeleid:

Doelstellingen preventiebeleid vanuit de vvv-visie:

- a. Vraaggestuurde informatievoorziening (m.b.t. kennis en vaardigheden) voor medewerkers en jongeren m.b.t. de risicogebieden seks, roken, middelen, alcohol, gokken.
- b. Realistische doelen op regioniveau: preventie wanneer het kan, verminderen van risicovol gedrag wanneer er sprake is van gebruik, verantwoord gebruik en veiligheid voor jongere en omgeving.
- c. Permanente aandacht voor preventiebeleid op individueel (behandelplan) niveau, regio- en Kwadrantniveau.

1.

Vanuit de visie (voorlichting, veiligheid, en verantwoordelijkheid) wordt preventiebeleid op regioniveau (verder) ontwikkeld.

Concreet:

Hiertoe wordt per regio een medewerker met affiniteit en materiedeskundigheid aangesteld (het is aan de regiomanager hoe en in welke mate deze persoon wordt vrijgesteld, danwel gefaciliteerd).

Voorlopige naamgeving: medewerker preventiebeleid.

Deze medewerker preventiebeleid is in staat om vraaggestuurd informatie/voorlichting/advies te geven aan teams en individuele medewerkers van de eigen regio.

De concrete taakinvulling van de preventiemedewerker wordt vraaggestuurd, op regioniveau bepaald.

De medewerker preventiebeleid bepaalt in samenspraak met de regiomanager de actiepunten voor de eigen regio en toetst dit aan het Kwadrantbeleid op dit gebied.

De medewerker preventiebeleid houdt het beleid actueel en gericht op de situatie in de eigen regio.

De medewerker preventiebeleid neemt deel aan een permanente werkgroep op Kwadrantniveau.

2.

Op Kwadrantniveau vormen de regiomedewerkers preventiebeleid een permanente werkgroep.

Deze werkgroep onderhoudt contacten met Kwadrant, T&A, met de medewerkers van het Documentatiecentrum en de kwaliteitsmedewerker Kwadrant.

De werkgroep verzamelt de bestaande protocollen en regels en voert overleg met de kwaliteitsmedewerker Kwadrant. Samen adviseren zij het MOK over protocollering e.d. op dit gebied.

De werkgroep signaleert en adviseert en legt verantwoording af aan het MOK.

Concreet:

Een dagdeel waarin de werkgroep geïnstalleerd wordt, kennismaking en uitwisseling stand van zaken van de regio's.

Verder contacten via telefoon en mail.

Werkgroep vergadering: 1 x per jaar met de kwaliteitsmedewerker Kwadrant t.b.v. bespreking protocollen en 1 x per jaar verslag en/of advies aan het MOK.

3.

Het Documentatiecentrum Seksualiteit krijgt een bredere functie en zal ook voorlichtingsmaterialen over roken, alcohol , drugs en gokken gaan beheren.

Hierbij valt ook te denken aan informatie via intranet cq. de openbare mappen.

Het Documentatiecentrum wordt gepositioneerd in de sectie Specialistische Dienstverlening van Kwadrant en onderhoudt nauwe contacten met Kwadrant, T&A en de werkgroep preventiewerkers.

Concreet:

Dienstverlening aan alle medewerkers van Kwadrant m.b.t. aanleveren/uitlenen van brochures en voorlichtingsmaterialen. Ondersteuning activiteiten regiopreventiemedewerkers.

Inzet 2 medewerkers, minimaal 0.1 fte blijvend.

De lasten budgettair verdelen over de regio's van Kwadrant.

Jaarlijks budget t.b.v. voorlichtingsmaterialen vaststellen.

4.

Kwadrant, Training en Advies ontwikkelt een training gericht op deskundigheidsbevordering (incl. de motiverende gesprekstechniek) ten aanzien van middelengebruik (roken, alcohol, drugs, gokken).

Aanbod gedifferentieerd naar de vraagstelling. Dit kan per regio verschillend zijn en is o.a. afhankelijk van de doelgroep waar de medewerkers mee te maken hebben: ambulante, dan wel residentiële, leeftijd en problematiek.

De regio's kunnen een scholings/trainingsvraag neerleggen bij Kwadrant, T&A.

Concreet:

Ontwikkeling specifiek aanbod komt geheel ten laste van K, T&A.

Deskundigheidsbevordering resulteert in een certificaat voor de medewerker (i.v.m. tops en pops, opleidingsplan). Hier niet verder uitgewerkt.

5.

De managers zijn verantwoordelijk voor de scholing van medewerkers.

De managers primair proces zijn verantwoordelijk voor het aanvragen van training/scholing voor teams en/of medewerkers en/of het betrekken van de regiopreventiewerker bij teamdeskundigheidsbevordering.

Concreet:

Afhankelijk van het regiobeleid bepalen de managers de vraag naar de inzet van ofwel de preventiemedewerker ofwel een training door Kwadrant, Training en Advies.

6.

Jongeren nemen deel aan een voorlichtingsprogramma.

Afhankelijk van het regiobeleid zijn managers en persoonlijk begeleiders verantwoordelijk voor voorlichting van jongeren.

Concreet:

Een voorlichtingsprogramma (thema, avond) in het kader van preventiebeleid wordt met regelmaat georganiseerd binnen de leefgroepen.

Voor informatie kunnen de groepsleiders gebruik maken van het materiaal van het Documentatiecentrum.

Deelname van een jongere resulteert in een diploma/certificaat, dat mogelijk ingevoegd kan worden in 'het Levensboek'. Voorstel: De regioclëntenraad deelt diploma's uit.

De stuurgroep (Van Emaus/Middelrode) wordt bij het instellen van de werkgroep preventiemedewerkers opgeheven.

(Boer, de J., Deelstra, H., 2003)

Bijlage 2

Interviews met de cliënten van het Leerhuis

D. – Man - 15 jaar - Woonachtig op het leerhuis sinds maart 2010

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Ik weet dat er hard- en softdrugs bestaan en harddrugs mag niet overal kopen en gebruiken. Verder heb ik wel eens gehoord van heroïne en white widow, dat is een wietsoort. Wiet mag je wel overal kopen en gebruiken’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ik heb vrienden die wel eens wiet gebruikt hebben. Bij mijn vader thuis wordt ook wiet gebruikt door zijn vrienden.’

Wat viel je op aan de mensen die dat gebruikten, wat vond je daarvan?

‘Ze werden er rustiger van en gingen langzaam praten. Ik heb ook wel eens gezien dat een vriend van me vader een blowtje draaide, dit vond ik er raar uitzien.’

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Ja ik wil wel weten hoe het voelt maar ik zou het nooit gebruiken want dan krijg ik straf van mijn moeder. Zij zegt dat als ik wiet ga gebruiken dat ze me dan nooit meer wil zien en dat ze allebei mijn poten breekt dus dan kan ik het maar beter niet doen.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Ja Sandy, dat is bier met seven-up maar dat heb ik altijd heel snel op. Ik heb ook wel eens gewoon bier en flugel gedronken en red bull, dat is ook softdrugs heb ik wel eens gehoord.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Ik ben wel eens aangeschoten geweest.’

Hoe vond je dat?

‘Wel grappig, ik ging heel raar lopen enzo en ik zag alles wazig’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Je mag het niet op straat gebruiken en je mag ook niet dronken over straat lopen. Het is ook verboden om een wietplantage te hebben in huis, ik ken iemand die een wietplantage thuis heeft.’

Heb je wel eens meegemaakt dat het fout ging met iemand die alcohol of drugs gebruikt had?

‘Ja ik was een keer met mijn vader bij de voetbal en toen was hij heel erg dronken, hij had toen een taxi gebeld om ons te komen halen maar dat duurde te lang volgens mijn vader. Hij is toen in zijn eigen auto gestapt en ik moest mee maar dat vond ik heel eng want hij ging heel

hard rijden. Hij heeft toen ook een ongeluk gemaakt want hij is tegen een paal gereden, de voorkant van de auto was kapot en de lichten deden het niet meer maar hij reed gewoon door. Daar ben ik wel van geschrokken maar nu maken we er grapjes over.'

Heb je al eerder voorlichting gehad over alcohol en drugs?

'Ja ik heb er op school wel eens les over gehad van de politie maar daar weet ik niet zoveel meer van, ik zat meer op het pistool te letten.'

N. – Vrouw - 21 jaar - Woonachtig op het Leerhuis sinds maart 2009

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee nooit, dat mag niet vanwege mijn medicatie (N. slikt risperdal vanwege een angststoornis) en ik mag het ook niet van mijn ouders.’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Ik heb wel eens gehoord van XTC, heroïne en wiet. Het maakt je in een soort trance en je kan in het ziekenhuis belanden, of in een psychiatrische inrichting omdat je een psychose krijgt. Ik heb nog nooit in het echt drugs gezien en ik zou niet weten hoe het eruit ziet, wiet is volgens mij een beetje witachtig spul ofzo toch?’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ik ken familieleden die wel eens geblowd hebben, ze zeiden dat je er rustig van wordt in je hoofd. Ik ben er nog nooit bij geweest als iemand dat gebruikt had. En ik weet dat mensen het wel eens gebruiken als ze een spierziekte hebben.’

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee, tenzij ik geen andere keus heb als ik gedwongen wordt ofzo. Ik zou het in de meeste gevallen weigeren anders beland ik in het ziekenhuis. Als ik het ooit een keer zou doen dan wil ik dat mijn zussen erbij zijn zodat ze op me kunnen letten. En ik wil het altijd eerst met mijn ouders overleggen i.v.m. mijn medicatie.’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Nee ik ben absoluut niet nieuwsgierig naar drugs, ik ben heel bang voor de consequenties.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Heel soms met feestdagen, maar mijn ouders zijn er dan altijd bij en ik drink alleen kleine glaasjes. Toen ik 6 was heb ik volgens mijn zus wel eens een fles bessenjenever opgedronken omdat ik dacht dat het limonade was, ik weet hier zelf niks meer van.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Ik ben wel eens lichtelijk aangeschoten geweest’

Hoe vond je dat?

‘Wel grappig, ik werd er lacherig en extra hyper van.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Ik ben bang dat er een keer toch onverwacht alcohol wordt aangeboden en dat ik dan mezelf niet goed in de hand kan houden.’

Hoe bedoel je dat?

‘Nou dat ik misschien toch een keer teveel zal drinken als er geen bekenden bij zijn en dat ik dan mezelf voor schut zet ofzo.’

Heb je al eerder voorlichting gehad over alcohol en drugs?

‘Nee volgens mij niet.’

J. – man – 18 jaar – Woonachtig op het Leerhuis sinds april 2009

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘In de film afblijven heb ik een meisje gezien dat XTC-pillen gebruikte, dat is niet goed voor je. Blowen is ook niet goed voor je, daar ga je gekke dingen van doen. Ik heb hasj en wiet wel eens in het echt gezien, ik heb een keer een wietzakje gevonden op het schoolplein. Hasj en wiet zijn volgens mij hetzelfde. Er bestaat ook nog snuifspul, cocaïne ofzo maar dat heb ik nog nooit gezien.’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ja ik ken 1 persoon die zegt dat hij wel eens wat gebruikt maar ik weet hier verder niet veel van.’

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee, ik ga niet met mensen om die drugs gebruiken. Ik zou het ook niet gebruiken omdat ik weet dat het levensgevaarlijk is.’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Nee want ik wil mijn lichaam onder controle houden dus ik zou het niet doen.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Ik heb wel een paar keer een borreltje-cola gedronken maar dat was vorig jaar voor het laatst.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Nee.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Uh, ja dronken mensen kunnen heel agressief worden. En mensen die stoppen met drugs gebruiken na een verslaving kunnen heel agressief reageren.’

Heb je wel eens meegemaakt dat het fout ging met iemand die alcohol of drugs gebruikt had?

‘Nee niet dat ik weet, ja ik heb wel eens iemand gezien die dronken was maar dat ging volgens mij gewoon goed. Hij praatte een beetje gek en was veel aan het lachen maar verder was er volgens mij niks aan de hand.’

Heb je al eerder voorlichting gehad over alcohol en drugs?

‘Ja op school, en ik weet er ook veel van door de film ‘afblijven’.’

R. - man – 20 jaar – Woonachtig op het Leerhuis sinds april 2010

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Van cocaïne en wiet wordt je stoned en van XTC wordt je hyper. Cocaïne is wit poeder en dat moet je snuiven dat heb ik wel eens gezien in films.’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ja ik heb een aantal familieleden die verslaafd zijn geweest aan drugs maar op dit moment gebruiken ze niet meer. Ze hebben het nooit gebruikt waar ik bij was. Een jongen die ik ken van school gebruikt ook wel eens wiet.’ ‘

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Weet ik niet, soms denk ik er wel eens over na.’

Waar denk je dan aan?

‘Gewoon aan drugs hoe dat is om het te gebruiken.’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Een beetje.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Af en toe wel eens bier of baco, maar meestal wel als er iemand bij is. Ik zou het niet in mijn eentje gaan drinken dat is saai. Maar ik kijk wel uit want mijn tante is overleden aan een alcoholverslaving.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Ja 1 x, toen waren we met collega’s naar de efteling geweest en toen gingen we daarna uit eten. Ik had toen heel veel sterke drank gedronken en toen was ik dronken.’

Hoe vond je dat?

‘Ik werd er heel erg vrolijk van.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Ja van alcohol kun je agressief worden en als je verslaafd bent kun je eraan overlijden. Van drugs weet ik het niet zo goed.’

Heb je wel eens meegemaakt dat het fout ging met iemand die alcohol of drugs gebruikt had?

‘Ja mijn vader blijft soms wel eens de hele nacht weg als hij drugs gebruikt heeft en dan maak ik mij zorgen want dan weet ik niet waar die is, hij is ook wel eens opgepakt omdat hij agressief werd.’

J. – vrouw – 19 jaar – Woonachtig op het Leerhuis sinds augustus 2009

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Blowen is slecht voor je hersenen. Ik heb wel eens wiet zien liggen bij mijn broer op tafel maar ik heb er eigenlijk niet op gelet hoe het eruit ziet dus dat weet ik niet.’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Mijn broer en zijn vrienden blowen heel veel, ik werd een keer bijna stoned in de huiskamer omdat er zoveel geblowd werd toen werd ik helemaal licht in mijn hoofd.’

Wat viel je op aan de mensen die dat gebruikten, wat vond je daarvan?

‘Mijn broer die gaat er alleen maar van lachen.’

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee ik zeg alleen ja als iemand mij een sigaretje aanbiedt.’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Nee ik heb bij mijn vader gezien dat hij er agressief van werd dus dat ga ik echt niet doen.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Tuurlijk breezer en bier, maar geen sterke drank.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Nee nog nooit, het blijft tot nu toe altijd bij 1 glas of 1 flesje.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Ja je kan er gekke dingen van gaan doen.’

Wat voor gekke dingen?

‘Weet ik niet precies, agressie enzo.’

Opmerking:

3 dagen nadat ik J. de vragen had gesteld heeft zij op een feestje voor haar doen teveel (3 flesjes) bier gedronken waardoor zij moest overgeven. Ze zei dat ze teveel had gedronken omdat ze steeds van iedereen slokjes kreeg. De volgende dag zei ze zich erg beroerd te voelen.

L. – vrouw – 21 jaar – Woonachtig op het Leerhuis sinds juni 2009

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Ik heb wel eens gehoord van wiet en van XTC-pillen, wiet is groen en van XTC weet ik niet hoe het eruit ziet. Drugs maken je gek in je hoofd en je gaat er gekke dingen van doen.’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ja kennissen van mij gebruiken wel eens drugs maar ik ben er nooit bij geweest toen ze dat gebruikten. Ik heb wel een keer iemand via de webcam gezien die drank en XTC door elkaar had gebruikt.’

Wat viel je op aan de mensen die dat gebruikten, wat vond je daarvan?

‘Ik vond het eng om te zien want ze zei dat ze de politie overhoop zou schieten als ze voor haar deur stonden.’

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee, heel misschien wiet als ik thuis ben want dan is het veiliger. Ik zou het alleen doen als mijn moeder erbij is.’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Ja ik ben wel nieuwsgierig naar het gevoel wat je ervan krijgt. Naar alcohol ben ik helemaal niet nieuwsgierig’

Drink je wel eens alcohol?

‘Nee ik heb het nog nooit gedronken en ben er eigenlijk nooit mee in aanraking geweest. Bij mijn moeder thuis wordt ook niet gedronken.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Ja je kan in een psychose raken als je drugs gebruikt. Met alcohol weet ik het niet.’

Heb je al eerder voorlichting gehad over alcohol en drugs?

‘Ik heb wel eens wat over het onderwerp gehoord maar ik heb nog nooit voorlichting gehad, ik vind het wel interessant dat we dat nu wel krijgen.’

R. – man – 25 jaar – Woonachtig op het Leerhuis sinds januari 2010

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Nee’

Wat weet je allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Ik heb wiet wel eens gezien en geroken, ik werk bij de gemeente en maak vaak straatjes schoon. Daar kom ik wel eens wietzakjes tegen dus toen heb ik een keer geroken aan zo’n zakje, dat ruikt sterk joh! Ik weet dat je er high/stoned van kan worden maar ik heb geen idee hoe dat precies voelt, ze zeggen dat je er rustig van kan worden. Over harddrugs weet ik eigenlijk niet veel, ik heb het wel eens in films gezien dat ze gingen snuiven.’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ja een oude collega van mij gebruikte drugs.’

Welke soort drugs gebruikte hij volgens jou?

‘Volgens mij wiet, maar ik ga daar niet kwaad om worden hoor dat moet hij zelf weten.’

Zou jij drugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee, nooit.’

Ben je nieuwsgierig naar drugs?

‘Nee niet echt eigenlijk.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Ja, mixdrankjes drink ik wel eens en af en toe bier. Maar dat doe ik alleen als ik een feestje heb of als ik er trek in heb.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Ik was een keer bijna aangeschoten, toen voelde ik me erg draaierig.’

Hoe vond je dat?

‘Ik weet niet zo goed wat ik ervan vond, maar ik hoop dat ik nooit dronken wordt dat lijkt me niks.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Ik denk dat je er dood aan kunt gaan en gevaar kan lopen.’

Heb je wel eens meegemaakt dat het fout ging met iemand die alcohol of drugs gebruikt had?

‘Ik heb wel eens iemand gezien die helemaal slingerdeslang naar huis liep omdat hij dronken was, maar verder heb ik nog niks gekst meegemaakt.’

Heb je al eerder voorlichting gehad over alcohol en drugs?

‘Ja vroeger op school wel eens.’

G. – man – 20 jaar – Woonachtig op het Leerhuis sinds juli 2009

Heb je wel eens drugs gebruikt?

‘Ja ik heb een tijd lang elke dag geblowd, ik gebruikte hasj en wiet. Sinds 3 maanden ben ik hiermee gestopt.’

Hoe vond je het om stoned te zijn?

‘Ja wel rustig eigenlijk maar ik weet gewoon dat het slecht is man dus daarom wil ik het eigenlijk niet meer, ik moet een toekomst op gaan bouwen.’

Wat weet je verder allemaal over drugs?

(hoe ziet het eruit, wat doet het met je enzovoorts)

‘Ik ken wiet natuurlijk. Voor de rest ken ik cocaïne, dat heb ik wel eens gezien want een vriend van mij gebruikte dat. Het is wit poeder en je kunt het snuiven. XTC, dat zijn pilletjes die vooral op feesten gebruikt worden heb ik wel eens op tv gezien en van vrienden gehoord. Je hebt ook nog speed, dat is vergelijkbaar met cocaïne en het ziet er hetzelfde uit maar de werking is wel anders want speed is vooral een partydrug en daar ga je strak van staan en cocaïne kun je gebruiken wanneer je maar wilt. Ik ken ook nog heroïne dat kun je spuiten en roken.’

Ken je mensen die (wel eens) drugs gebruiken of het gebruikt hebben?

‘Ja mijn vrienden, we hebben vaak samen wiet gerookt. Ik zie hen nu niet zo vaak meer maar ze gebruiken nog wel af en toe. Ze willen ook graag stoppen met wiet roken net als ik.’

Wat viel je op aan de mensen die dat gebruikten, wat vond je daarvan?

‘Een vriend van mij die cocaïne gebruikte werd er altijd rustig van maar ik kon wel aan zijn gezicht zien dat hij strak stond.’

Zou jij harddrugs gebruiken als een vriend of familielid dit aanbiedt?

‘Nee dat wil ik niet doen, ik wil er niet mee in aanraking komen want ik ben bang voor het effect, misschien ga ik wel heel agressief worden ofzo.’

Drink je wel eens alcohol?

‘Ja ik drink wel eens bier, whisky red label en goldstrike. Maar dat is maar 1x in de paar maanden op een feestje ofzo.’

Ben je wel eens dronken geweest?

‘Ja.’

Hoe vond je dat?

‘Grappig, ik maak dan altijd een hoop lol. Mijn moeder vond het erg irritant.’

Ken je de gevaren van alcohol en drugsgebruik?

‘Je kunt er knock-out van gaan en je kunt er rare dingen van gaan doen. Je mag nooit achter het stuur of op een scooter gaan zitten als je dronken bent.’

Heb je al eerder voorlichting gehad over alcohol en drugs?

‘Nee nog nooit.’

(2010, Lieke Otten)

Resultaat: Jouw alcoholgebruik

Alcohol en jouw gezondheid

Jij weet niet, niet, of jouw alcoholgebruik slecht is voor je gezondheid. Maar dat is het wel.

Alcohol is een giftige stof die voor jongeren [slechter](#) is dan voor volwassenen. Je hersenen zijn namelijk pas rond je 24e helemaal ontwikkeld. Tot die tijd is het gevaar extra groot dat je met (veel) alcohol je hersenen blijvend beschadigt. Het beste is dus om zo lang mogelijk helemaal geen alcohol te drinken. Op jouw leeftijd is elk glas er 1 te veel.

Hoe vaak drink jij?

Jij drinkt op meerdere dagen in de week alcohol, terwijl je nog geen 16 bent. Hierdoor heb je [meer kans](#) om ooit in je leven een [alcoholprobleem](#) te krijgen dan jongeren die pas op volwassen leeftijd regelmatig gaan drinken.

Hoeveel drink jij?

In een normale week drink jij meer dan 14 glazen. Voor een volwassen vrouw is het al slecht om zoveel alcohol te drinken. Op jouw leeftijd is het dus zeker ongezond. Vooral het drinken van veel alcohol snel achter elkaar, is schadelijk voor je lichaam. Je hersenen, die nog kwetsbaar zijn, krijgen dan een flinke klap.

Misschien ondervind je op dit moment nog weinig [negatieve gevolgen](#) van je alcoholgebruik. Maar als je zo door blijft drinken, krijg je zeker problemen met je gezondheid, je geheugen, of je resultaten op school of werk.

Niet drinken is het beste als je nog geen 16 bent!

(anoniem, 2011)

Bijlage 4

Verschil tussen oorspronkelijke en huidige onderzoeksopzet

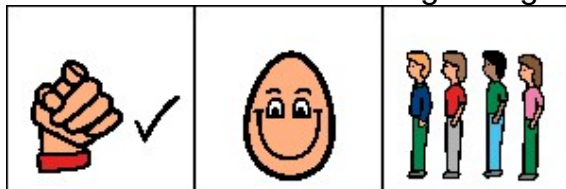
Oorspronkelijke opzet	Huidige opzet
Hoofdvraag: Hoe kan het team ervoor zorgen dat drugsgebruik en vluchtgedrag zoals in de casus beschreven staat worden voorkomen en hoe kan het team inspelen op het meeloopgedrag van de jongeren? Deelvragen: ➤ Wanneer is iemand licht verstandelijk gehandicapt? ➤ Zijn licht verstandelijk gehandicapten een risicogroep voor het gebruik van alcohol en drugs? ➤ Wat is er in Nederland bekend over drugsgebruik onder lvg-jongeren? ➤ Welke soorten alcohol en drugs zijn het meest populair onder lvg-jongeren? ➤ Hoe probeert men te voorkomen dat lvg-jongeren drugs gaan gebruiken, welke verschillende voorlichtingsprogramma's ed. bestaan er? ➤ Wat weten de jongeren op het Leerhuis over drugs? ➤ Op welke manier laten de jongeren van het Leerhuis zich beïnvloeden door anderen? ➤ Welke trainingen bestaan er reeds om licht verstandelijk gehandicapten weerbaarder te maken? ➤ Wat is vluchtgedrag? ➤ Wat is er bekend over vluchtgedrag van licht verstandelijk gehandicapte jongeren in het algemeen? adviesprogramma ➤ Welke verschillende vormen van vluchtgedrag doen zich op het Leerhuis voor? ➤ Waarom gaan mensen/jongeren drugs gebruiken? (vluchtgedrag) ➤ Waarom ging J. drugs gebruiken? Waarom liep hij weg? ➤ Wat zijn goede preventiemethoden op het gebied van drugs? ➤ Hoe kun je drugsgebruik/vluchtgedrag bij cliënten herkennen? ➤ Hoe kun je hier als groepsleider het beste mee omgaan?	Probleemstelling: <i>'Hoe kan het team van het Leerhuis ervoor zorgen dat drugsgebruik en meeloopgedrag, bijvoorbeeld zoals in de casus beschreven staat, worden voorkomen?'</i> Met 'het team' bedoel ik de personen die direct betrokken zijn bij het Leerhuis en een rol vervullen in het begeleiden van de cliënten van het Leerhuis. Dit begeleidingsteam bestaat uit de teammanager, orthopedagoog en de groepsleiders die dagelijks op de woning werken. Doelstelling Het bieden van adviezen om tot een duidelijke manier van begeleiden te komen, om zo te voorkomen dat zich een situatie zoals in de casus beschreven staat voordoet. Deelvragen: ➤ Wanneer is iemand licht verstandelijk gehandicapt? ➤ Wat is er in Nederland bekend over alcohol- en drugsgebruik onder LVG-jongeren? ➤ Vormen LVG-jongeren een risicogroep voor het gebruik van alcohol en drugs? ➤ Wat zijn drugs? ➤ Welke soorten drugs worden het meest gebruikt door LVG-jongeren? ➤ Hoe kun je drugsgebruik bij cliënten herkennen? ➤ Waarom wordt er drugs gebruikt? ➤ Waarom ging Leo drugs gebruiken? Waarom liep hij weg? ➤ Hoe kan het team dat voorkomen? ➤ Op welke manieren laten de jongeren van het leerhuis zich beïnvloeden door anderen? ➤ Wat is groepsdruk ➤ Welke verschillende vormen van meeloopgedrag, doen zich al dan niet in combinatie met drugsgebruik, op het Leerhuis voor? ➤ Hoe handelt het team n.a.v. een dergelijke situatie? ➤ Wat zegt het protocol van 's Heeren Loo rondom alcohol- en drugsgebruik van cliënten? ➤ Hoe is de kennis van de groepsleiding over het onderwerp drugs. ➤ Welke verschillende vormen van preventie en voorlichting zijn er? ➤ Welke trainingen biedt 's Heerenloo op het gebied van weerbaarheid, alcohol en drugs?

De huisregels van het Leerhuis!

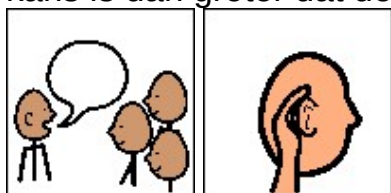


Omgang met elkaar

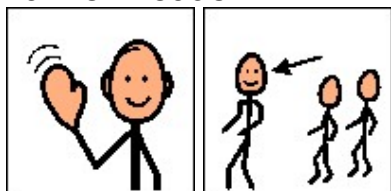
Je behandelt je medebewoners zoals jij zelf behandeld wilt worden, zo houden we het met elkaar gezellig.



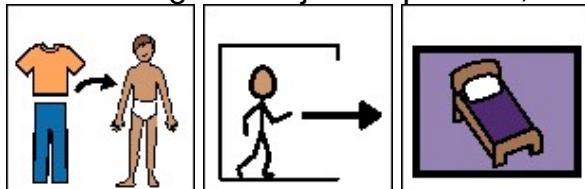
Je laat elkaar altijd uitspreken en wacht als iemand in gesprek is. De kans is dan groter dat de ander ook daadwerkelijk naar je luistert.



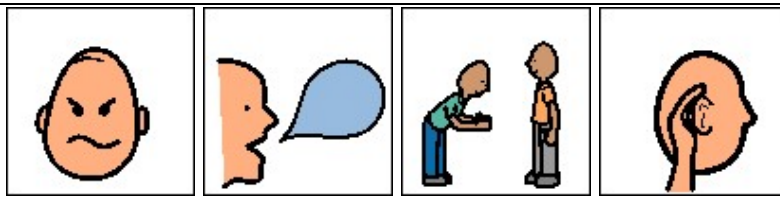
Je groet de groepsleiding als je thuiskomt, zodat ze rekening met je kunnen houden.



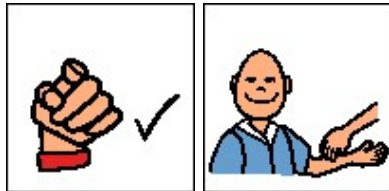
Je verlaat gekleed je slaapkamer, dat is netjes.



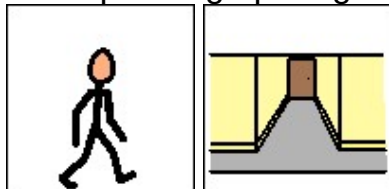
Ook als je boos bent, spreek je elkaar rustig aan en noem je elkaar bij de voornaam. De mensen om je heen zullen dat respecteren en eerder naar je luisteren.



Het aanraken van iemand is alleen toegestaan als de ander dat wil. Iedereen in het Leerhuis moet zich veilig kunnen voelen.

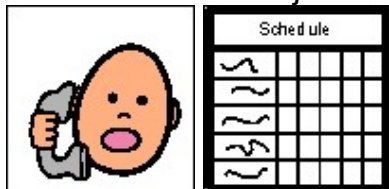


Je loopt rustig op de gang en op de trap, zo voorkom je ongelukken.

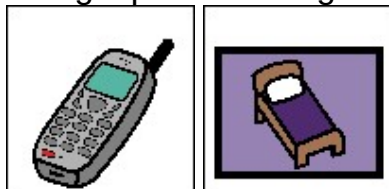


Bellen

Je kunt bellen als je volgens het telefoonrooster aan de beurt bent. Zo wordt de telefoontijd eerlijk verdeeld.

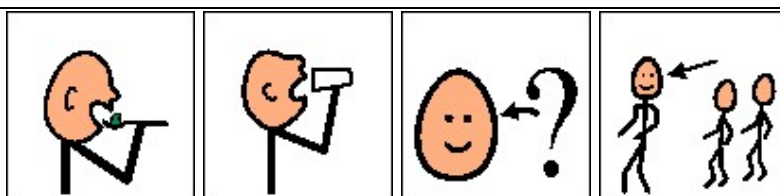


Gsm mag, maar wel op je eigen kamer, zo heb je alle rust en privacy om een gesprek aan te gaan.



Eten en drinken

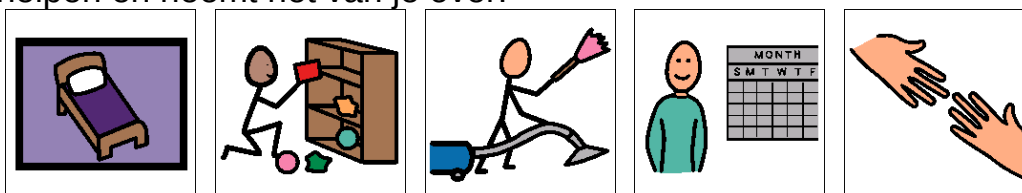
Als je iets wilt eten of drinken vraag het dan aan de groepsleiding dan kan het eten en drinken eerlijk verdeeld worden.



We eten s' morgens brood of yoghurt, s' middags brood. Zo blijven we binnen het budget.

Hygiëne

Je zorgt er zelf voor dat je kamer opgeruimd en schoon is, zo woon je in een gezonde omgeving. Als het je niet goed lukt gaat de begeleiding je helpen en neemt het van je over.



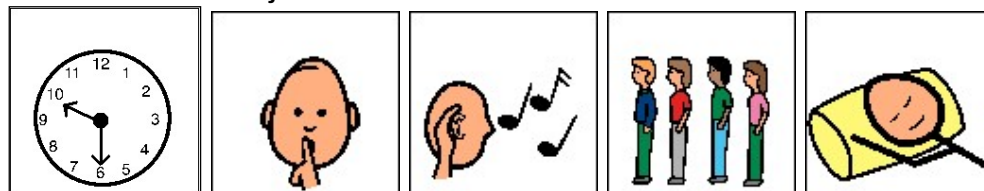
Roken

Roken mag, maar alleen buiten op de patio.



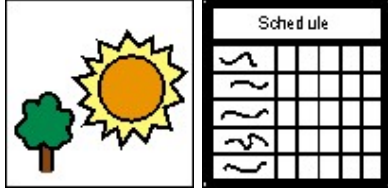
Muziek

Na 21.30 uur mag je op je kamer muziek luisteren, zolang deze alleen hoorbaar is voor jezelf.

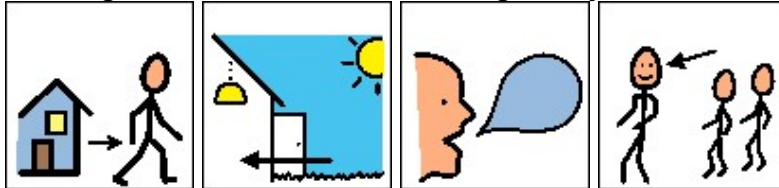


Dagelijkse routine

We houden ons aan het dagprogramma.



Als we weggaan of thuiskomen melden we dit aan de Leiding, dan kunnen ze rekening met je houden.



De verboden.

Geweld

Niemand gebruikt geweld!

Geweld= slaan, bedreigen, pistool/ mes/ iemand het leven zuur maken, anderen uitlokken tot agressie.

Dit mag niet van de wet. Deze zegt dat iedereen zich veilig moet kunnen voelen in zijn/ haar woning.

je kunt hierdoor een strafblad krijgen.



Drugs

Niemand gebruikt drugs!



Door drugs kun je anders gaan denken.

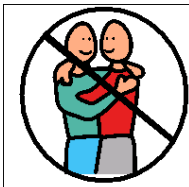
Je kunt agressief worden.

Je kunt in een psychose raken.

Je kunt vrolijk worden zonder dat je blij bent.

Seksueel contact en relaties met groepsgenoten is verboden

Niemand heeft een relatie met een groepsgenoot



Als je relatie uitgaat krijg je ruzie, wat niet handig is als je nog steeds met elkaar in een huis woont.

Omdat je niet altijd zeker weet of de ander ook wil.

Nee zeggen is moeilijk.

Datum:

Ik heb de huisregels doorgelezen en ga hiermee akkoord.
Als ik me niet aan de huisregels kan houden krijg ik een officiële waarschuwing en een gesprek met de teammanager en mijn cliëntcoördinator.
Mocht ik me hierna niet aan de gemaakte afspraken houden dan wordt mijn zorgcontract ontbonden en gaat de begeleiding op zoek naar een andere woning of ga ik terug naar huis.
Deze huisregels zijn van belang omdat ik op deze manier in een prettige, rustige en veilige woonomgeving kan wonen

Handtekening cliënt

Handtekening Teammanager

Handtekening cliëntcoördinator

.....

(Team het Leerhuis 2007)