

Onderzoek en Innovatie

Wat is een passende alcohol-drugspreventie voor revalidanten (18-30 jaar) in het Brain Integration Programme?

Heijssen, J.C.W. & Hoving, D.C.



Projectgroep

Joey Heijzen (485113)
Dennis Hoving (486453)

06-26 99 13 38
06-24 95 00 21

joeyheijzen@gmail.com
dchoving@gmail.com

Instelling

Grootklimmendaal
Heijenoordseweg 5
6813 GG Arnhem

026-352 61 00

Praktijkbegeleider

Martin Raanhuis

026-352 61 00

m.raanhuis@grootklimmendaal.nl

Praktijkdocent

Roeland Harms

06-44 71 02 79

Roeland.harms@han.nl

Voorwoord

"Als we wisten wat we deden, heette het geen onderzoek" (Einstein).

"Voor u ligt het onderzoek van Joey Heijssen & Dennis Hoving dat is uitgevoerd op revalidatiecentrum Groot Klimmendaal (GK). Wij hebben onderzoek gedaan naar een passende preventieve interventie op het gebied van middelengebruik bij mensen met niet aangeboren hersenletsel binnen GK."

Dennis: "Ik werk nu in de VG-sector en loop stage in de GGZ, waar ik ook bewoners heb met NAH-problematieken. Geen van hen is verslaafd aan middelen. De doelgroep van ons onderzoek is uniek, omdat er nog relatief weinig over bekend is. Door deel te nemen aan dit project hoop ik meer te leren over wat we onder middelengebruik moeten verstaan, en over wat de gevolgen van middelengebruik zijn bij mensen met NAH. Ik vind het belangrijk mij als maatschappelijk werker breed te ontwikkelen."

Joey: "Ik loop stage bij de organisatie Groot Klimmendaal waar wij onderzoek hebben gedaan, om deze reden ben ik hier automatisch bij betrokken. Ik ben gemotiveerd om deel te nemen aan de projectgroep, omdat er over de doelgroep nog relatief weinig bekend is. Daarnaast zou het mooi zijn een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteitsverbetering binnen de organisatie, waardoor het revalidatieproces geoptimaliseerd wordt. Als maatschappelijk werker kan ik op deze manier een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg voor de revalidanten. "

"Voor het afstemmen van de kwaliteitseisen van de opdrachtgever hebben wij wekelijks afgestemd over de inhoud, aanpak en manier van ons onderzoek. Door wekelijks te overleggen had de opdrachtgever zicht op de voortgang van het onderzoek en konden wij aangeven tegen welke beperkingen wij aanliepen. Zo hebben wij aan de opdrachtgever gevraagd of hij mee wilde denken in het verkrijgen van de juiste respondenten voor de interviews en welke manier van benadering zich hier het beste voor leent. Hierbij hebben wij ook advies gevraagd van het bureau communicatie van GK voor het juridisch correct benaderen van de oud-revalidanten. Wij hebben dit gedaan aangezien de Wet op Privacy anders mogelijk in het geding zou kunnen komen.

Indien wij weer een stuk verder waren met ons onderzoek en dit op papier stond mailde wij dit door naar de opdrachtgever en gaf de opdrachtgever hier inhoudelijke feedback op. Deze feedback werd vervolgens besproken en paste wij de gegeven feedback toe in ons onderzoek. Hierbij is er geen sprake geweest van grote misverstanden of meningsverschillen over de inhoud of aanpak van ons onderzoek. De afstemming tussen ons en de opdrachtgever hebben wij als zeer prettig ervaren."

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	6
<i>Aanleiding van het onderzoek</i>	7
<i>Vraagstelling</i>	10
<i>Deelvraag</i>	10
<i>Doelstelling</i>	11
<i>Onderzoeksmethode</i>	11
Resultaten	13
<i>Vragenlijst</i>	13
<i>Interview</i>	16
<i>Best Practice</i>	18
Conclusie	19
<i>Hoofdvraag</i>	22
Discussie	22
Aanbevelingen	24
<i>Doelen / activiteiten</i>	24
Presentatie	26
Literatuurlijst	27
Bijlage 1: Beleid inzake Behandelingsovereenkomst	29
Bijlage 2: Missie & Visie	34
Bijlage 3: Vragenlijst	35
3.1 <i>Eerder afgenomen vragenlijst</i>	35
3.2 <i>Nieuwe vragenlijst</i>	36
Bijlage 4: Topiclijst voor het interview	39
Bijlage 5: Interviews	40
Bijlage 6: Alcohol- & Drugscontract	49
Bijlage 7: Inge vulde oude vragenlijsten respondenten	50
7.1	50
7.2	51
7.3	53
7.4	55
7.5	57
7.6	58
7.7	60
7.8	62
7.9	64
7.10	66
Bijlage 8: Inge vulde nieuwe vragenlijsten respondenten	68
8.1	68
8.2	69
8.3	71
8.4	73
8.5	74
8.6	76
8.7	77

Inleiding

Wij, Joey Heijssen en Dennis Hoving, hebben ons onderzoek gedaan bij revalidatiecentrum Groot Klimmendaal (hierna GK). GK is een revalidatiecentrum voor specialistische revalidatie van kinderen, jongeren en volwassenen. De instelling biedt revalidatie voor diegenen die door een ziekte, ongeval of afwijking bij de geboorte te maken hebben met (dreigende) lichamelijke, cognitieve of meervoudige handicaps. Het doel van GK is om door middel van behandeling, revalidanten in staat te stellen hun leven zo veel mogelijk zelf in te richten en zo min mogelijk afhankelijk te zijn van zorg, zodat zij na hun revalidatie weer optimaal kunnen participeren in de samenleving.

Joey loopt bij GK stage, binnen het Expertisecentrum Jongvolwassene op de afdeling Brain Integration Programme (hierna BIP), als revalidatie maatschappelijk werker.

GK werkt met de methodiek BIP. Om deel te nemen aan het BIP moet het hersenletsel stationair (dus niet progressief) zijn. Het BIP richt zich op tweede fase revalidatie, wat inhoudt dat de revalidant in de eerste fase is uitgerevalideerd. In de eerste fase loopt de revalidant tegen problemen aan op het gebied van: cognitie, lopen, armfunctie en spreken. In de tweede fase kunnen we denken aan het ontwikkelen van dagelijkse dingen zoals, koken, stofzuigen en de administratie bijhouden.

In het BIP wordt er gewerkt aan de afstemming tussen wonen, werk en/of dagbesteding, vrije tijdsbesteding, sociale contacten, relaties en zingeving, ook wel de maatschappelijke participatie genoemd. Het werken aan de tweede fase van revalidatie kan in drie verschillende vormen:

- Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB);
- Revalidatie Dag Behandeling (RDB);
- Klinische Revalidatie Behandeling (KRB).

PRB houdt in dat revalidanten een of meerdere dagdelen naar GK komen om therapie te volgen.

RDB houdt in dat revalidanten een of meerdere dagen in de week komen om therapieën te volgen, waarbij zij de beschikking hebben over een bed waar zij kunnen rusten tussen de therapieën door.

KRB houdt in dat een revalidant is opgenomen. Indien de situatie het toelaat gaat de revalidant in het weekend naar huis. Daar kan de revalidant de geleerde technieken van het BIP ritualiseren.

Revalidanten die meedoen aan het BIP, hebben een Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) en hebben de leeftijd tussen de 18-30 jaar. NAH zijn alle hersenbeschadigingen die na het eerste levensjaar zijn ontstaan. Dit letsel kan ontstaan door een (verkeers)ongeval of een ziekte zoals hersenbloedingen, infarcten en tumoren in de hersenen (RMC Groot Klimmendaal, 2011).

Palm (2005) heeft de meest voorkomende problemen systematisch uitgewerkt waar mensen met NAH mee te maken krijgen. Deze uitwerking is verdeeld in de volgende drie onderdelen: Neurologische stoornissen, Neuropsychologische/cognitieve stoornissen en

Psychologische stoornissen (stoornissen in persoon, emotie en gedrag), welke hieronder staan uitgewerkt.

Neurologische stoornissen	- Sensorische; zichtvermogen, tast, smaak, reuk, enz. - Motorische; spastische verlammingen, coördinatie- bewegingsstoornissen
Neuropsychologische/cognitieve stoornissen	- Aandacht- concentratiestoornissen - Geheugenstoornissen - Waarnemingsstoornissen - Probleem met inzicht en overzicht - Gebrek aan ziekte-inzicht - Gebrek aan flexibiliteit in denken en doen
Psychologische stoornissen (stoornissen in persoon, emotie en gedrag)	- Stoornissen in sociaal gedrag; gebrek aan interesse en invoelingsvermogen in de ander, gemis aan sociale vaardigheden, problemen in de communicatie - Verandering in persoonlijkheid; initiatief loos, kinderlijkheid en dwangmatigheid - Emotionele stoornissen; snel geïrriteerd zijn, agressief gedrag, angstig zijn, dwangmatig huilen en lachen, eetontremming en verandering in seksueel gedrag door ontremming of juist desinteresse

Aanleiding van het onderzoek

GK loopt tegen het probleem aan dat er revalidanten zijn die deelnemen aan het BIP en stimulerende dempende en hallucinogene middelen gebruiken, terwijl dit gedurende het revalidatieproces verboden is (Groot Klimmendaal, 2011). Tijdens teambesprekingen is er meermaals gesproken over het aanscherpen van beleid omtrent middelengebruik. Wij kregen te horen dat het onderwerp ‘middelengebruik’ al eerder een agendapunt was en dat er iets mee moest gebeuren. Dit geeft aan dat de organisatie het probleem zowel herkend als erkend. Om een duidelijke omschrijving van het probleem te geven, hebben wij gebruik gemaakt van de FRESU-criteria (frequentie, relevantie, ernst, specificiteit en uitvoerbaarheid van de analyse).

Frequentie van het middelengebruik

Uit onderzoek van de neuropsycholoog Bulthuis (2011) blijkt dat 30% van de mensen met NAH een voorgeschiedenis heeft met middelengebruik. Na het letsel krijgt bovendien 20% van de niet eerder verslaafde slachtoffers te maken met verslavingsproblematiek (Bulthuis, 2011).

Onder middelengebruik verstaan we het gebruik van alle middelen die een stimulerende, dempende of hallucinogene werking hebben (denk basis-GGZ, n.d.). Stimulerende middelen zijn bijvoorbeeld: cafeïne (koffie/cola), nicotine, cocaïne, amfetamine. Dempende middelen zijn bijvoorbeeld: alcohol, benzodiazepinen

(oxazepam/temazepam), pijnstillers (paracetamol). Hallucinogene middelen zijn: marihuana, cannabis, LSD, paddo's.

Mensen gaan in eerste instantie middelen gebruiken om het een keer te proberen, of om stoer te doen. Het kan echter ook voorkomen dat je niet meer zonder kan. Olivier, Wijdeveld & Wetering (2006) hebben de fases hiervan op een rijtje gezet.

1. Experimentele fase: veelal jonge mensen gaan middelen proberen.
2. Sociaal gebruik: gebruikers zoeken naar een goede balans van enerzijds het gebruik maken van het middel, en anderzijds het niet hebben van de nadelige gevolgen hiervan.
3. Problematisch middelengebruik: het middel gaat een grote rol spelen in iemands leven. Dat kan spontaan gebeuren (door dood of echtscheiding), of het gaat geleidelijk aan.
4. Verslaving: de persoon kan niet meer zonder het middel. Er kunnen schadelijke gevolgen optreden op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied.

In het verslag spreken wij over problematisch middelengebruik. Problematisch middelengebruik kan grote gevolgen hebben voor iemands leven en welzijn. We praten enerzijds over de psychische gezondheidsklachten en anderzijds over omgevingsfactoren (Dijkstra & Branden, 2010). Het gevolg van problematisch middelengebruik is te herkennen aan de volgende symptomen:

- Slecht slapen;
- Zich niet goed kunt ontspannen;
- Prikkelbaar of onrustig worden;
- Zich ongemakkelijk voelen als hij/zij geen middelen tot zijn/haar beschikking heeft;
- Aan niets anders kunnen denken als hij/zij een tijdje zonder het middel zit;
- Lichamelijke klachten krijgen bij niet gebruiken van het middel (hoofdpijn, trillen, koortsig gevoel).

Relevantie van het signaal

GK is verantwoordelijk voor haar revalidanten en de begeleiding van hen. Aangezien het onderwerp *problematisch middelengebruik* al een agendapunt was voor een teambespreking, erkent de organisatie dat het een probleem is en dat ze er iets mee moet doen. Uit de literatuur blijkt dat een verbod op middelengebruik niet altijd haalbaar en effectief is gebleken (Kepper, et al., 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009). Dit geeft aan dat het huidige beleid, het eenzijdig opzeggen van de behandeling op grond van gewichtige redenen, een manier is om situationeel te besluiten of de behandeling wordt gestopt of voortgezet. GK heeft in sommige gevallen de mogelijkheid om de behandelingsovereenkomst (bijlage 1: Beleid inzake Behandelingsovereenkomst) te beëindigen vanwege middelengebruik van de revalidant. In het beleidsstuk inzake de behandelingsovereenkomst staat het volgende omschreven wat betreft het beëindigen van de overeenkomst indien dit noodzakelijk is: "De hulpverlener, hetzij de arts, hetzij de instelling, kan de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling niet zomaar eenzijdig opzeggen." Dit mag alleen op grond van '*gewichtige redenen*' (art. 7:460 BW). De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is opgenomen in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en wel als afdeling 5 van artikel 7. Aangezien de revalidatiearts de eindverantwoordelijke is, zal hij op basis van deze gewichtige reden de beslissing moeten nemen of de behandeling voortgezet gaat worden, of dat deze

beëindigd wordt en de cliënt wordt doorverwezen naar een verslavingsinstelling (Van de Logt, 2006). Deze gewichtige redenen zijn op meerdere manieren te interpreteren, wat speelruimte geeft om situationeel te handelen. Enerzijds wil GK dat er geen middelen worden gebruikt, anderzijds kan je dus geen zwart-wit beleid uitvoeren.

Ernst van de situatie

Uit onderzoek van Bulthuis (2011) blijkt dat problematisch middelengebruik geen positief effect heeft op mensen met NAH. Deze doelgroep is zelfs nog gevoeliger voor de nadelige effecten van middelengebruik dan mensen zonder NAH. Dit komt omdat het brein van deze doelgroep al is aangetast en hierdoor gevoeliger is voor de nadelige effecten van middelengebruik.

Uit de literatuur (Konijn, 1997; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009; Dijkstra & Bransen, 2010) blijkt, dat er in de praktijk weinig kennis en vaardigheden zijn bij professionals in risicosettings waarbij alcohol- en drugsgebruik aanwezig kan zijn. Niet alleen schijnt er weinig kennis over alcohol en drugs aanwezig te zijn, ook blijken de professionals onvoldoende kennis en vaardigheden te bezitten om problematisch middelengebruik te herkennen en bespreekbaar te maken (Van Hasselt, Van laar, Onrust & Verdurmen 2010; Dijkstra & Bransen, 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009). Uit onderzoek bij diverse risicosettings blijkt dat er vaak geen alcohol- en drugsbeleid is, of het beleid is verouderd, of het is in de praktijk niet uitvoerbaar (Snoek et al., 2010; Dijkstra & Bransen, 2010; Van der Veen & Van Leeuwen, 2009).

Volgens Brug, Schaalma, Kok, Meertens & Van der Molen (2003) zijn opgeleide medewerkers en een eenduidig en uitvoerbaar beleid, belangrijke veranderbare factoren in de risicosetting, oftewel de directe omgeving van de jongere of jongvolwassene. Deskundigheid van medewerkers en een eenduidig beleid zijn tevens belangrijke voorwaarden om middelengebruik te kunnen reduceren (Brug et al., 2003).

In de visie en missie van GK (bijlage 2: Missie & Visie) staat omschreven dat er gestreefd wordt naar een zo optimaal mogelijke participatie van de revalidanten in de samenleving. Het zo optimaal mogelijk participeren in de samenleving wordt niet bereikt op het moment dat revalidanten middelen gebruiken. De gevolgen van middelengebruik bij mensen met NAH zijn namelijk dat de cognitieve problemen verergeren (ontremming, depressie, epilepsie). Middelengebruik remt het genezingsproces, heeft een intenser effect op het beschadigde brein, interfereert met andere medicatie en kan leiden tot nieuw hersenletsel (Bulthuis, 2011). Indien er geen actie wordt ondernomen op dit signaal zal dit de visie en missie van GK in de weg blijven staan, wat een ernstige zaak is.

Specificiteit

Het signaal verwijst naar meerdere kanten van GK:

1. de beleidsvisie op middelengebruik;
2. de interventies die reeds ingezet worden om deze beleidsvisie na te streven;
3. de revalidanten;
4. de behandelaren;
5. de ketenpartners.

Er zijn dus verschillende onderdelen betrokken bij dit signaal die wij verder geëxploreerd hebben middels literatuur- en praktijkonderzoek. Wij gaan ons specifiek richten op een preventiemaatregel tegen middelengebruik binnen het BIP.

Het BIP richt zich op de groep mensen in de leeftijd van 18 tot 30 jaar, dat wordt ook wel de adolescentenfase genoemd. De meest recente theorie over de levensfase van de adolescentie is van Slot & van Aken (2010) waarin zij omschrijven, dat elke levensfase een levenstaak heeft. Bij adolescenten staat identiteit versus identiteitsverwarring centraal. Zij gaan hun mogelijkheden en beperkingen ontdekken. Volgens Lloyd (1998) is het gebruik van middelen op jonge leeftijd een goede voorspeller voor verslavingsproblematiek. In de praktijk merken behandelaars van het BIP geregeld dat er sprake is van middelengebruik onder revalidanten.

Volgens diverse wetenschappers is middelengebruik vermoedelijk een belangrijk element in het bepalen van de sociale positie en dominantie in de groep leeftijdsgenoten. Het gebruiken van middelen wordt vaak geassocieerd met stereotype beelden van 'cool zijn' of met het gevoel leuker, vlotter, en aantrekkelijker te zijn (Gerrard et al., 2002; Spijkerman, Van den Eijnden, Viotale & Engels, 2004). Dit wordt ook wel *peer pressure* genoemd. Volgens Feldman (2005) is *peer pressure* de benaming voor de druk die een peergroep (peergroep/vriendengroep) uitoefent op een persoon om diens gedrag te veranderen, zodat het overeenkomt met het gedrag van die peergroep. Adolescenten zijn erg gevoelig voor *peer pressure* en zijn hierdoor een grotere risicogroep (Zimbardo, 2009).

Uitvoerbaarheid van de analyse

Er is weinig literatuur beschikbaar over adolescente NAH'ers in combinatie met problematisch middelengebruik. De neuropsycholoog (prof. L. Fasotti) van GK bevestigde dit. Wel gaf hij aan dat wij gebruik kunnen maken van literatuur over middelengebruik, NAH en adolescenten, om antwoord te geven op onze vraagstelling en deelvragen.

Vraagstelling

- *Wat is een passende alcohol-drugspreventie voor revalidanten (18-30 jaar) in het Brain Integration Programme (BIP)?*

Deelvraag

Aan de hand van good practices, literatuur- en praktijkonderzoek beantwoorden wij de volgende vragen.

1. *Wat zijn de risico- en beschermende factoren die bijdragen aan alcohol- en drugsgebruik van revalidanten (18-30) in het BIP?*
2. *Wat is er al bekend over alcohol- en drugspreventie bij adolescenten met NAH?*
3. *Wat heeft de revalidant nodig om alcohol- en/of drugsgebruik te voorkomen of dit gebruik te verminderen?*
4. *Wat is het huidige beleid van GK ten aanzien van middelengebruik?*

Doelstelling

Doelstelling van dit onderzoek is het nagaan wat GK kan doen om middelengebruik binnen het BIP te voorkomen dan wel te beperken. Om hier een goed antwoord op te kunnen geven is het belangrijk om te weten wat de risicofactoren van middelengebruik zijn voor deze doelgroep, zodat preventief kan worden gehandeld.

Wanneer er preventief ingegrepen wordt, bevordert dit de revalidatie.

Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en deelvragen hebben wij gekozen voor een combinatie van literatuuronderzoek, good practices, vragenlijsten en interviews.

Wij hebben voor vragenlijsten gekozen, omdat het interviewen van 22 behandelaren, gezien de tijd niet haalbaar was en wij wel zoveel mogelijk behandelaren wilde betrekken in het onderzoek. Behandelaren van het BIP zijn druk met hun werkzaamheden binnen het BIP. Wij hebben de vragenlijsten naar de behandelaren gemaild met daarbij een tijdsindicatie van twee weken voor het retourneren van de ingevulde vragenlijst. Hierdoor hebben de behandelaren zelf kunnen bepalen wanneer zij de vragenlijst gingen invullen. Na deze twee weken hebben wij de behandelaren nog een herinneringsmail gestuurd en persoonlijk benaderd met het verzoek of zij de vragenlijst alsnog in wilde vullen. Het effect hiervan was dat behandelaren voldoende tijd hadden en wij hun niet hebben opgejaagd met het invullen van de vragenlijsten.

Het opstellen van de vragenlijst hebben wij gedaan aan de hand van een bestaande vragenlijst uit het handboek voor preventiewerkers Open & Alert (2009), een justitiële jeugdinrichting. De methodiek van Open & Alert (2009) gaat over problematisch middelengebruik bij jongeren. Dezelfde vragenlijst is in een recent onderzoek binnen GK naar middelengebruik ook afgenomen. Het viel ons daarbij op, dat bij drie van de tien antwoorden werden gegeven die onbruikbaar waren. Dit kwam door de formulering van de vraag. Hierdoor hebben wij besloten om de vragenlijst aan te passen. Er is dus gebruik gemaakt van twee verschillende vragenlijsten, zie Bijlage 3: Vragenlijsten (3.1: Eerder afgenomen vragenlijsten, 3.2: Nieuwe vragenlijsten). Vraag 6 is opgesplitst in vier vragen. Hierdoor is de vraag overzichtelijker en duidelijker geworden. Daarbij is er gekozen om andere woorden te gebruiken. Zo is vraag 6b in de oude lijst (in de nieuwe lijst vraag zeven) aangepast van, *'Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?'* naar *'Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?'*. Wij hebben hiervoor gekozen omdat het begrip pedagogisch handelen van alles kan zijn. Hierdoor is de kans aannemelijk dat wij antwoorden krijgen, die wij niet kunnen gebruiken in ons onderzoek.

Vraag 7 en 9 van de oude lijst hebben wij eruit gelaten, omdat deze voor ons niet relevant zijn. Vraag 7 is door iedereen bij vraag 1 beantwoord, en vraag 9 is een vraag voor beleidsmedewerkers en niet voor behandelaren.

Van de 22 vragenlijsten hebben wij er 18 terug ontvangen. Het betreft 10 'oude' vragenlijsten en 8 'nieuwe' vragenlijsten.

De revalidanten van het BIP hebben wij geïnterviewd. Wij hebben ervoor gekozen interviews af te nemen bij revalidanten en uitgerevalideerden, omdat bij mensen met NAH het korte termijn geheugen niet goed functioneert. Daardoor is de kans aannemelijk, dat zij een vragenlijst/enquête kunnen vergeten in te vullen wanneer wij deze opsturen. Daarnaast konden wij tijdens het interview controlevragen stellen. Dit hebben wij gedaan, wanneer wij het idee hadden dat een vraag niet goed begrepen is, of wanneer er een sociaal wenselijk antwoord kwam.

Het interview hebben wij uitgevoerd op het kantoor, binnen GK waar zij anders ook hun gesprekken hebben.

Wij hebben er ook voor gekozen om uitgerevalideerden van het BIP te interviewen. Dit heeft ermee te maken, dat er gedurende ons onderzoek, twee revalidanten binnen GK zijn. Door uitgerevalideerden in het onderzoek te betrekken, wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Doordat de uitgerevalideerden door het hele land wonen, hebben wij ervoor gekozen om deze telefonisch te interviewen. Voordat wij met hen contact hebben opgenomen, zijn zij eerst benaderd door hun (voormalig) behandelaar. Dit is voor hen bekend en kan als veilig worden ervaren. De behandelaar heeft gevraagd of wij hen telefonisch mochten benaderen om een interview af te nemen. De onderwerpen die aan bod zijn gekomen staan in Bijlage 4: Topiclijst voor het interview. Mensen met NAH hebben vaak last van een vertraagde informatie verwerking en daarom helpt beeldspraak goed om een vraag of situatie te verduidelijken. Wij hebben gekozen voor deze topiclijst, aangezien deze houvast gaf in het onderwerp. Indien een revalidant de vraag niet goed begreep of anders interpreteerde, konden wij de vraag verduidelijken door middel van het anders omschrijven van de vraag en te controleren of de revalidant begreep wat wij bedoelden. Op deze manier kregen wij alsnog de gevraagde informatie van revalidanten voor ons onderzoek.

In de topiclijst zijn onderwerpen opgenomen die ons inzicht hebben gegeven in het inzicht en motivatie van de revalidant m.b.t. middelengebruik in combinatie met hersenletsel en wat zij nodig hebben om middelengebruik te verminderen dan wel te stoppen. Dit is relevante informatie gezien zij degenen zijn die GK begeleidt in het revalidatieproces en het belangrijk is aan te sluiten bij de hulpvraag van de revalidant.

De interviews zijn met de expliciete toestemming van de revalidanten opgenomen en kunnen op aanvraag beluisterd worden. Dit hebben wij gedaan om tijdens het interview niet mee te hoeven typen. Wij typen niet snel, de revalidant is niet afgeleid en wij kunnen het interview terugluisteren om te kijken of wij niks vergeten.

Aan de hand van het literatuuronderzoek hebben wij helder gekregen wat de risico- en wat de beschermende factoren zijn van problematisch middelengebruik bij revalidanten in het BIP. Tevens hebben wij hieruit gehaald welke van deze risico- en/of beschermde factoren zich het beste lenen voor een preventiemaatregel gericht op middelengebruik.

Daarnaast gaan wij onderzoek doen naar Good Practices op het gebied van middelengebruik. Wij gaan gebruik maken van Good Practices bij:

Trimbos	Telefonisch en mail contact geweest met een medewerker van de alcoholinfolijn	Het Trimbos-instituut doet veel onderzoek in de GGZ en verslavingszorg. Op de website van het Trimbos-instituut staat dat er veel geïnnoveerd wordt en de kennis die hieruit
---------	---	--

	(0900-5002021)	gehaald wordt, graag willen delen met derde om de kwaliteit in de gezondheidszorg te verbeteren. Wij zoeken naar informatie over preventiemaatregelen m.b.t. middelengebruik en het liefst i.c.m. NAH. Zij geven cursussen voor begeleiders, genaamd: Barcode en Geen Paniek. Wij zoeken uit <i>wat</i> zij doen, <i>hoe</i> zij dit doen en wat het <i>effect</i> hiervan is.
IrisZorg	Telefonisch, mail contact en langs geweest. Daar contact gehad met Tamara Baarvandier, dat is een preventiemedewerker.	IrisZorg is een kliniek voor mensen met verslavingsproblematieken of kenmerken hiervan. De IrisZorg heeft preventiemedewerkers in huis die preventiewerk verrichten. IrisZorg biedt ambulante begeleiding, als ook interne begeleiding. Voor ons is het interessant om te weten hoe zij op preventieniveau, middelengebruik bestrijden bij interne begeleiding.

Resultaten

Vragenlijst

De getallen geven weer hoeveel personen deze opmerking hebben gemaakt. De antwoorden die op elkaar lijken hebben wij samengevoegd. Als een respondent meerdere antwoorden heeft gegeven, zijn deze apart gecategoriseerd. Onder de tabel geven wij indien nodig een korte verduidelijking van de uitkomsten en citaten die in de tabel staan.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:

Bij opname worden de regels omtrent middelengebruik besproken en de revalidant tekent aan het begin van zijn opname een contract waarin omschreven staat, dat geen middelen zijn toegestaan	11
Er vindt geen begeleiding plaats	7
In de teambespreking word middelengebruik besproken en worden gezamenlijke afspraken gemaakt over vervolg/sancties	4
Niet helemaal op de hoogte van het beleid	2
Het gaat meer om controle in plaats van begeleiding	1
Eventueel kan een revalidant getest worden op middelengebruik en vinden er begeleidende gesprekken plaats	1

Elf behandelaren zeggen dat er een contract wordt opgesteld, dat de revalidant dient te ondertekenen voor aanvang van het revalidatietraject. In het contract staan de huisregels m.b.t. middelengebruik en de mogelijke sancties daartegen. Daarvan geeft een behandelaar aan, dat de sancties conform het contract niet nageleefd worden.

2. Welke drugs (of alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Alcohol en cannabis gebruik	11
Alcohol en cannabis gebruik en mogelijk harddrugs	7
Overige (energiedrankjes, gokverslaving)	3

Uit de tabel blijkt dat er volgens 11 behandelaren mogelijk alcohol en drugs wordt gebruikt. Mogelijk wordt er ook harddrugs gebruikt, maar dat is moeilijk te controleren. Softdrugs is in de buurt van GK (Arnhem) gemakkelijk verkrijgbaar en is meer geaccepteerd in de samenleving. Onder de categorie *Overige* wordt door deze 3 behandelaren als 'nieuwe' maatschappelijk geaccepteerde middelen gezien.

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

Vermoeidheid, motivatie, niet aan afspraken houden	19
Impulsiviteit, grensoverschrijdend gedrag, verleggen van grenzen	6
Geen of beperkt sociaal netwerk, verkeerde vrienden	2
Nog geen ervaring mee	1

Uit de tabel blijkt dat maar liefst dat 19 behandelaren aangeven, dat er sprake is van vermoeidheid, dat er weinig/geen motivatie is en revalidanten zich niet houden aan gemaakte afspraken. Daarnaast geven behandelaren aan, dat revalidanten de grenzen steeds verder opzoeken en grensoverschrijdend gedrag vertonen.

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:

Tussen de 1-5 keer	10
Tussen de 5-10 keer	3
Onbekend, het gebeurt niet openlijk	2
Tussen de 10-15 keer	1

Er zijn veel mensen in het team die er nog maar net zijn. Dit kan van invloed zijn op de bovenstaande resultaten. Omdat zij hier nog niet zo lang werkzaam zijn, is het

aannemelijk dat zij nog niet zo veel ervaring hebben met middelengebruik binnen het BIP, waardoor het antwoord 1-5 keer waarschijnlijk het meeste is ingevuld.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Weet ik niet	8
Nee	8
Ja	2

Uit de tabel blijkt dat 8 behandelaren zichzelf niet kundig genoeg achten en 8 behandelaren weten het niet. De behandelaren die 'weet ik niet' invulden, hebben hier te weinig ervaring in om hier een eenduidig antwoord op te geven.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en drugsgebruik?

Antwoord:

Geen eenduidige maatregelen.	5
De revalidant probeert veel uit en komt hiermee weg.	4
Gebrek aan motivatie bij de revalidant om te willen veranderen en het niet houden aan afspraken.	4
Geen kennis van afkickverschijnselen en hoe om te gaan met de bijbehorende gedragsproblemen als behandelaar.	4
Nog geen ervaring mee	2

Uit de tabel blijkt dat er diverse problemen zijn waar de behandelaren tegen aan lopen. Opvallend is, dat er behandelaren aangeven dat er 'paniek lijkt te ontstaan', binnen het team, wanneer een revalidant middelen heeft gebruikt. Dit ontstaat omdat er geen eenduidig beleid/protocol/aanspreekpunt is.

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord:

Ja	11
Ja, indien dit binnen het team afgesproken is, revalidant gemotiveerd is	6
Niet echt	1

Uit bovenstaande tabel is af te lezen dat de meeste behandelaren het als hun taak zien, het probleem bespreekbaar te maken.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord:

Nee	10
Deels	4
Ja	4

Uit de tabel blijkt dat maar liefst 10 behandelaren zichzelf niet deskundig genoeg achten om een open gesprek te voeren met revalidanten over alcohol en drugsgebruik. Er zijn 4 behandelaren die het woord *deels* hebben gebruikt in hun antwoord.

9. Wat doe je met de informatie (alcohol- en drugsgebruik) die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord:

Bespreken met de revalidatiearts en aan de revalidant aangeven dat ik dit doe	15
Alleen bespreekbaar maken indien het de revalidatie belemmert	2
Ik houd dit in mijn achterhoofd en benadruk dat middelengebruik niet is toegestaan	1

Uit de tabel blijkt dat 15 behandelaren zeggen: "*Bespreekbaar maken met de revalidatiearts.*"

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord:

Protocol en beleidsvoering	12
Openheid over middelengebruik en het leveren van maatwerk	5

Met protocol en beleidsvoering beschrijven de behandelaren, dat zij duidelijkheid en een *aanspreekpunt* missen. Wanneer er een aanspreekpunt is, die handelt en beslissingen neemt, kunnen behandelaren daar naartoe.

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugspreventie?

Antwoord:

Ja	16
Geen behoefte aan	2

Bovenstaande tabel geeft aan dat 16 van de 2, dit te willen. De twee die aangeven niet mee te willen doen, hebben als reden 'andere prioriteiten'.

Interview

Hieronder staan de resultaten van de afgenomen interviews. Wij hebben de interviews afgenomen middels een 'topiclijst' waar voorbeeldvragen op staan. Deze topiclijst staat hieronder met daarbij de resultaten die de (oud-)revalidanten hebben aangegeven. In

bijlage 5 zit een uitgeschreven interview met dhr. B. daaronder staan de samenvattingen van de overige interviews.

1. Welke beperkingen met betrekking tot het hersenletsel zouden bij kunnen dragen dat jij drugs en/of alcohol zou gaan gebruiken?

Drie revalidanten hebben aangegeven, dat zij al middelen gebruikten voordat zij hersenletsel opliepen. Zij zijn geen middelen gaan gebruiken door hun letsel. Eén revalidant geeft aan, dat hij drugs is gaan gebruiken, omdat hij de prikkels die hij ervaart, wil reduceren.

2. Wat zou voor jou een reden kunnen zijn dat je drugs en/of alcohol gaat gebruiken met betrekking tot het hersenletsel?

Eén revalidant geeft aan dat hij drugs is gaan gebruiken, omdat hij de prikkels die hij ervaart, wil reduceren. De overige drie kunnen begrijpen, dat revalidanten middelen gaan gebruiken om prikkels reduceren.

3. Wat draagt bij dat je destijds drugs en/of alcohol bent gaan gebruiken?

Drie van de vier revalidanten geven aan, dat zij middelen zijn gaan gebruiken omdat hun vriendengroep dit al deed.

4. Wat zou jij nodig hebben om drugs en/of alcohol te verminderen?

Vier revalidanten geven aan, dat zij perspectieven nodig hebben in het leven en iemand om mee te kunnen praten over het probleem. Zij geven dat de begeleiders van GK dit niet doen.

5. Wat zou jij nodig hebben om drugs en/of alcohol te voorkomen?

Zij geven hetzelfde antwoord als hierboven.

6. Weet jij wat drugs en/of alcohol voor een invloed heeft op de revalidatie?

Uit de interviews blijkt dat niemand dit precies weet, maar dat zij gissen over wat het met je kan doen. Opvallend is wel, dat zij alle 4 hetzelfde antwoord geven, hetgeen ook een correct antwoord is.

7. Indien jij had geweten, dat alcohol- en/of drugsgebruik het revalidatieproces vertraagt en je beperkingen versterkt, wat had je dan anders gedaan?

Alle vier de revalidanten geven aan, dat zij geen middelen meer gebruiken en dit ook niet meer willen, omdat ze al letsel hebben wat hen beperkt. Daarbij hebben bij 3 van de 4 revalidanten, middelengebruik een dermate grote rol gespeeld, dat het in het begin moeilijk is om er ook van af te blijven.

Best Practice

Trimbos-instituut heeft de methodiek Open & Alert ontwikkeld. Deze methodiek is gericht op problematisch alcohol- en drugsgebruik binnen justitionele jeugdinrichtingen en het licht verstandelijke gehandicapte instituut (LVG). Het doel van Open & Alert is een open en alerte houding te realiseren bij professionals tegenover alcohol- en drugsgebruik onder adolescenten in een risicosetting. Deze best practice is gericht op vroegsignalering van middelengebruik en het realiseren van een open houding bij behandelaren/begeleiders om middelengebruik bespreekbaar te maken middels motiverende gespreksvoering.

Met Motiverende gespreksvoering is het de bedoeling dat de intrinsieke motivatie van de revalidant wordt aangesproken. In de filosofie van motiveerden gespreksvoering, gaan we er vanuit dat iedereen motivatie heeft, om te veranderen. Alleen moet die motivatie bloot gelegd worden. Dat wordt gedaan a.d.h.v. een set gesprekstechnieken die je dan moet beheersen. In eerste instantie maak je het huidige gedrag status quo inzichtelijk en ga d.m.v. het uitlokken van verandertaal, de revalidant zijn verandering in gang zetten.

Om *het bespreekbaar te maken* te bereiken wordt er gewerkt aan deskundigheidsbevordering op het gebied van vroegsignalering, motiverende gespreksvoering en beleidsontwikkeling. Het uiteindelijke doel is problematisch middelengebruik te voorkomen, of te minimaliseren bij adolescenten in risicosettings (Trimbos-instituut, 2009).

Deze preventieve interventie zou aan kunnen sluiten bij de setting op GK, aangezien de methode van Open & Alert diverse raakvlakken met elkaar hebben. Revalidanten die meedoen aan het BIP zijn adolescenten die bij GK intern revalideren. Daarnaast lopen LVG'ers ook vaker vast in het dagelijks leven door hun beperkingen. Ook onze doelgroep loopt vast, omdat dagelijkse handelingen niet meer vanzelfsprekend zijn.

Open & Alert kan ingezet worden als selectieve preventie en geïndiceerde preventie, aangezien het als doel heeft het voorkomen of verminderen van middelengebruik, door het onderwerp bespreekbaar te maken middels motiverende gespreksvoering. Op deze manier worden revalidanten begeleid bij het verminderen of voorkomen van middelengebruik.

Het Trimbos heeft Open & Alert ontwikkeld, maar de trainingen hiervan worden verzorgt door een verslavingsinstelling (open & alert, 2012). In Arnhem is de verslavingskliniek IrisZorg. IrisZorg zet zich in voor mensen die de grip op hun leven kwijt zijn of dit dreigen kwijt te raken. Dat kan gebeuren door een verslaving aan alcohol, drugs of gokken en/of door problemen op gebied van huisvesting en werk.

Voor mensen met NAH en problematisch middelengebruik is er geen specifieke methodiek voorhanden vanuit IrisZorg. IrisZorg past motiverende gespreksvoering toe bij de NAH-doelgroep en bij mensen met problematisch middelengebruik. Dit geeft aan dat een gedeelte van de methodiek Open & Alert aansluit bij de handelwijze van de IrisZorg. De afdeling van preventiemedewerkers van IrisZorg, geven trainingen in Open & Alert.

Conclusie

Hieronder staan de deelvragen puntsgewijs uitgewerkt.

1. Wat zijn de risico- en beschermende factoren die bijdragen aan alcohol- en drugsgebruik van revalidanten (18-30) in het BIP?

Uit zowel literatuuronderzoek als uit de vragenlijsten en de interviews is gebleken, dat groepsdruk, ook wel *peer pressure* genoemd, een belangrijke factor is. Met name adolescenten blijken zeer gevoelig te zijn voor groepsdruk. Deze groepsdruk kan zowel een beschermende, als een risicofactor zijn om wel of juist geen middelen te gaan gebruiken. Dit geeft aan dat voorbeeldgedrag in een groep een belangrijke risico- en beschermende factor is m.b.t. middelengebruik. Dit voorbeeldgedrag kan middelengebruik juist stimuleren of juist motiveren om geen middelen te gaan gebruiken, of middelengebruik te minderen.

Uit zowel literatuuronderzoek als uit de afgenomen vragenlijsten komen de volgende antwoorden:

- Uit literatuuronderzoek blijkt vooral dat een zwart-wit beleid niet altijd haalbaar en realistisch is;
- Uit de vragenlijsten is duidelijk geworden dat een zwart-wit beleid geen ruimte biedt om het onderwerp bespreekbaar te maken, indien er gedurende het revalidatieproces toch sprake blijkt te zijn van middelengebruik bij een revalidant. Op deze manier kan er geen begeleiding plaatsvinden op het gebied van middelgebruik.

Het hebben van weinig kennis en vaardigheden over middelengebruik bij professionals in risicosettings komt uit zowel het literatuuronderzoek als de vragenlijst voort. Uit literatuuronderzoek is gebleken, dat er niet alleen weinig kennis aanwezig is over middelengebruik, maar ook dat professionals onvoldoende kennis en vaardigheden bezitten om problematisch middelengebruik te herkennen en bespreekbaar te maken. Uit de vragenlijsten is gebleken, dat dit ook daadwerkelijk het geval is. Het overgrote deel van de behandelaren van het BIP gaf aan onvoldoende kennis en vaardigheden te bezitten om problematisch middelengebruik te herkennen en bespreekbaar te maken. Het bezitten van voldoende kennis en vaardigheden om problematisch middelengebruik te herkennen en bespreekbaar te maken, blijkt een beschermende factor te kunnen zijn.

Het hebben van geen uitvoerbaar, of zelfs helemaal geen beleid blijkt een risicofactor te zijn. Uit literatuuronderzoek is gebleken, dat dit vaker het geval is bij risicosettings. De organisatie heeft invloed op het beleid, waardoor een organisatie een uitvoerbaar beleid kan ontwikkelen en implementeren. Uit literatuuronderzoek bleek dat beleid een belangrijke beïnvloedbare factor is. Uit de vragenlijsten is naar voren gekomen, dat het overgrote deel van de behandelaren behoefte heeft aan een duidelijk en goed uitvoerbaar beleid, zodat zij weten wat de eventuele vervolgstappen zijn die door het team gezet moeten worden en wat voor aandeel zij daarin hebben. Het hebben van een duidelijk en uitvoerbaar beleid blijkt een beschermende factor te zijn ten aanzien van middelengebruik.

Uit zowel de vragenlijst als de interviews is duidelijk geworden, dat het ontbreken van een goed sociaal, ondersteunend netwerk een risicofactor is voor middelengebruik. Dit houdt in, dat het hebben van een goed en ondersteunend netwerk een beschermende

factor zou kunnen zijn bij het reduceren van middelengebruik, dan wel het stoppen van middelengebruik. Revalidanten gaven aan voordeel te hebben bij het voeren van gesprekken met mensen uit hun sociale omgeving/behandelaren over het onderwerp middelengebruik.

Verder blijkt uit literatuuronderzoek dat de volgende beperkingen een risicofactor zijn voor middelengebruik: het hebben van een emotionele stoornis, een gemis aan sociale vaardigheden, het hebben van problemen in de communicatie, en/of eerder middelengebruik.

Verder blijkt uit de vragenlijsten dat sociale en psychosociale problemen risicofactoren zijn voor middelengebruik.

Verder is uit de interviews gebleken, dat functioneel middelengebruik bij mensen met NAH een risicofactor is. Revalidanten geven aan dat cannabis helpt bij het reduceren van prikkels. Daarnaast gaf een revalidant aan, dat foutief voorbeeldgedrag van zijn vader heeft bijgedragen aan zijn middelengebruik. Het gebruik van middelen komt ook voort uit verveling en gewoontes, eenzaamheid en het hebben van weinig tot geen toekomstperspectief. Ook het hebben van weinig tot geen kennis over de oorzaken en gevolgen van het middelengebruik in combinatie met NAH helpt niet bij het maken van de keuze om geen middelen te gaan gebruiken. Indien de revalidanten dit wel hadden geweten, was dit een motivatie geweest om het middelengebruik te reduceren, dan wel te stoppen met het middelengebruik.

2. Wat is er al bekend over alcohol- en drugspreventie voor adolescenten met NAH?

In de combinatie van NAH, adolescentie en problematisch middelengebruik, is er (nog) niets bekend op het gebied van preventie.

Wij hebben een *best practice* preventieve interventie gevonden in een vergelijkbare setting die gericht is op de doelgroep 'adolescenten licht verstandelijk gehandicapten' (LVG) die raakvlakken heeft met onze doelgroep. Wij bedoelen hiermee dat onze doelgroep ook uit adolescenten bestaat. Daarnaast lopen LVG'ers ook vaker vast in het dagelijks leven door hun beperkingen. Bij onze doelgroep gebeurt dit ook, omdat dagelijkse handelingen niet meer vanzelfsprekend zijn. Mensen met NAH hebben net als LVG'ers cognitieve beperkingen en lopen het risico overvraagd te worden.

Deze *best practice* is gericht op vroegsignalering van middelengebruik en het hebben van een open houding van behandelaren/begeleiders om middelengebruik bespreekbaar te maken. Op deze manier wordt er geprobeerd middelengebruik te voorkomen, dan wel te minimaliseren.

3. Wat heeft de revalidant nodig om alcohol- en/of drugsgebruik te voorkomen of dit gebruik te verminderen?

Mensen in de omgeving van deze doelgroep hebben vaak geen idee wat de beperkingen zijn van iemand met NAH. Hierdoor wordt deze doelgroep vaak overschat. Denk hierbij aan het overvragen van mensen. Het gevolg hiervan kan zijn, dat ze worden gezien als vreemd, raar of dom. Vaak is het zo dat er aan het uiterlijk geen tekenen te herkennen zijn van letsel. De omgeving begrijpt dan niet goed waarom zij niet communicatief vaardig zijn, een gemis aan sociale vaardigheden hebben, moeite hebben met het uiten

van emoties, of hier juist ontremd in zijn. Deze beperkingen kunnen zorgen voor een minder goede of zelfs slechte band met de omgeving. Mensen met NAH voelen zich niet begrepen en sluiten zich af of ze worden mogelijk uitgesloten door hun omgeving. Revalidanten willen graag mensen in hun omgeving die open staan voor hun behoeftes, maar wel duidelijk grenzen aangeven. Dit geeft ze de mogelijkheid om over hun problemen te praten en het geeft ze motivatie. Op deze manier voelen zij zich erkend en biedt het bespreekbaar maken van problemen op het gebied van middelengebruik steun en begeleiding. Middelengebruik hoeft niet geaccepteerd te worden, maar de gebruikers wel en dat GK helpt bij het oplossen van hun probleem.

Revalidanten geven aan dat zij toekomstperspectief moeten hebben. Wanneer zij een toekomstperspectief hebben, zijn zij minder snel geneigd middelen te gaan gebruiken, indien middelengebruik het werken aan hun toekomst perspectief belemmert. Hierdoor is het van belang om duidelijke, concrete, haalbare doelen te hebben om aan te werken.

Behandelaren geven aan dat middelengebruik gedurende de behandelingsovereenkomst verboden is. Revalidanten geven aan geen kennis te hebben van middelengebruik op een al beschadigd brein, sterker nog, zij geven aan dat zij behoefte hebben aan informatie hierover. Zij geven hierbij aan, dat dit hen helpt te stoppen of het gebruik te reduceren. Gesteld kan worden dat een revalidant een contract ondertekent (zie bijlage 6: Alcohol- & drugscontract) zonder voldoende informatie te krijgen over de nadelen van middelengebruik m.b.t. het hersenletsel.

Behandelaren geven aan dat revalidanten intrinsiek gemotiveerd moeten zijn om te stoppen met middelengebruik, dan wel hun middelengebruik te verminderen. Revalidanten geven aan dat de volgende punten hun intrinsiek zou motiveren om te stoppen met middelengebruik of het te beperken, door:

- uitleg over oorzaken en gevolgen van middelengebruik op een beschadigd brein;
- door te werken aan toekomstperspectief;
- mensen om hen heen, met wie zij hun problematiek m.b.t. hun middelengebruik kunnen bespreken.

4. Wat is het huidige beleid van GK ten aanzien van middelengebruik?

De organisatie heeft in het beleid opgenomen, dat er een alcohol- en drugscontract moet worden ondertekend (bijlage 6: Alcohol- & drugscontract), waarin staat dat middelengebruik tijdens de behandelovereenkomst niet is toegestaan. Wanneer dit toch gebeurt, is ontslag het gevolg. Echter, volgens de WGBO kan een behandelingsovereenkomst alleen stop worden gezet op basis van gewichtige redenen (Bijlage 1: Beleid inzake behandelingsovereenkomst). De revalidatiearts kan per casus bekijken of een behandelingsovereenkomst stop wordt gezet, op basis van gewichtige redenen.

Behandelaren geven aan dat het beleid vaag is en dat ze behoefte hebben aan een aanspreekpunt. Wanneer er wordt geconstateerd dat er middelen zijn gebruikt, wordt er niet of nauwelijks opgetreden. Opvallend is dat niet alle behandelaren op de hoogte zijn van het beleid.

Hoofdvraag

Wat is een passende alcohol-drugspreventie voor revalidanten (18-30 jaar) in het Brain Integration Programme (BIP)?

Revalidanten dienen actief te worden geïnformeerd over de oorzaken en gevolgen van middelengebruik op een beschadigd brein. Hierdoor heeft een behandelaar een opening om middelengebruik bespreekbaar te maken, waardoor een revalidant zich gehoord voelt m.b.t. zijn middelengebruik. Ook is het van belang dat behandelaars worden opgeleid op het gebied van vroegsignalering van middelengebruik. Door vroegtijdig middelengebruik te kunnen signaleren, kan de behandelaar het eventuele middelengebruik bespreekbaar maken.

Doordat het bespreekbaar wordt gemaakt, kan een behandelaar een revalidant begeleiden. Dit kan een behandelaar doen, door het inzetten van motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een manier, of eigenlijk een methode, om mensen aan te zetten tot verandering door te praten over verandering. Motiverende gespreksvoering is een directieve aanpak gericht op verandering, waarbij als uitgangspunt geldt: de respectvolle bejegening van revalidanten. Het is bovenal een basis- of grondhouding en geen repertoire aan gesprekstechnieken.

Verandering komt niet op gang door de cliënt te confronteren met alle negatieve gevolgen van zijn gedrag en te focussen op zaken als angst, schaamte, verlies of ongemak die hij daarbij ondervindt. Constructieve gedragsverandering komt op gang wanneer iemand zich weet te verbinden met iets van intrinsieke waarde, iets wat voor hem kostbaar is. En intrinsieke motivatie komt niet op gang in een confronterend klimaat, maar in een open, ontvankelijk en bevestigende omgeving waarin hij veiligheid ervaart.

Discussie

Wij hebben behandelaars contact op laten nemen met de oud-revalidanten van GK. Zij zijn bekend met elkaar en er is een vertrouwensband tussen beiden. De behandelaar heeft medewerking gevraagd aan de revalidant voor het onderzoek en de revalidant geïnformeerd over het onderwerp. Dit maakte dat wij de oud-revalidanten konden interviewen. Voor een volgende keer zullen wij kiezen voor dezelfde werkwijze.

Wij hebben vier revalidanten geïnterviewd. Twee van de vier hebben wij direct geïnterviewd. De andere twee hebben wij telefonisch geïnterviewd. Bij het afnemen van de telefonische interviews merkten wij, dat de communicatie soms moeizaam verliep. Dit komt door de beperkingen die voortkomen uit het NAH: moeilijk sprekende revalidanten en vertraagde informatieverwerking. Hierdoor was het soms moeilijk in te schatten of de vraag goed werd begrepen door de revalidant. Daarnaast was het soms moeilijk om de revalidant te verstaan en was er geen non-verbale communicatie mogelijk, om eventueel iets te verduidelijken en te observeren hoe de revalidant reageert op zowel onze vraag. Bij de twee directe interviews was dit geen probleem. Wij konden anticiperen op de non-verbale reacties van de revalidanten. Voor een volgende keer zullen wij kiezen om alle interviews direct af te nemen.

Omdat er eerder onderzoek is geweest, waren er recent vragenlijsten afgenomen over hetzelfde onderwerp. De reeds bestaande vragenlijst hebben wij aangepast, omdat niet alle vragen concreet genoeg waren of niet relevant waren voor ons nieuwe onderzoek. Omdat de vragenlijsten recent zijn afgenomen, hebben wij gebruik gemaakt van deze informatie. Hierdoor hebben wij van twee verschillende vragenlijsten onderzoeksresultaten. Dit maakt het interpreteren van drie vragen lastig en vraagt het om extra uitleg in ons onderzoeksverslag. De overige vragen sloten goed op elkaar aan. Dit was terug te zien in de antwoorden. Ook zagen wij terug in de antwoorden, dat sommige behandelaren nog niet zo lang binnen het BIP werkzaam zijn. Dit maakt dat zij niet op alle antwoorden goed antwoord konden geven, omdat zij weinig tot geen ervaring hebben met revalidanten die middelen gebruiken binnen het BIP. Voor een volgende keer zijn wij geneigd om te kiezen voor 1 vragenlijst, hetgeen ervoor zorgt dat het interpreteren van de vragenlijst eenduidiger is.

Uit literatuur blijkt, dat zwart-wit beleid niet altijd even effectief en haalbaar is. Uit de vragenlijst blijkt, dat een groot deel behandelaren van het BIP behoefte aan duidelijk beleid. Dit betekent dat de organisatie hier actie op moet ondernemen. Zie verder: punt 5 bij aanbevelingen.

Het onderzoek heeft ons inzicht gegeven in de preventieve aanpak van middelengebruik. Voor dit onderzoek was ons al bekend, dat er meerdere vergelijkbare instellingen zijn die tegen het probleem aanlopen dat mensen met NAH middelengebruiken en niet goed weten hoe zij hiermee om moeten gaan. Wij hebben contact gehad met een instelling die bezig is met het ontwerpen van modules die specifiek gericht zijn op preventie van middelengebruik bij mensen met NAH. Wij hebben gevraagd hierin samen te werken door middel van het delen van kennis met elkaar. Hierop werd sceptisch gereageerd, aangezien de informatie alleen voor intern gebruik bestemd was. Zij zouden hierover vergaderen en bij ons op terug komen. Tot op de laatste dag van ons onderzoek hebben wij hier geen reactie meer op ontvangen.

Ons is opgevallen dat er binnen de zorg veel kennis in eigen bezit wordt gehouden. Het verkrijgen van informatie over methodieken, interventies en de achterliggende theorie wordt naar ons inziens stiekem gedaan. Dit maakt dat meerdere vergelijkbare organisaties hetzelfde wiel aan het uitvinden zijn. Wij denken dat er effectiever gewerkt kan worden door het delen van kennis binnen diverse organisaties.

Als wij kijken naar onze aanbevelingen, dan kunnen deze ook toepasbaar zijn in vergelijkbare settings. Wij bedoelen hiermee, dat andere revalidatiecentra, die ook tegen hetzelfde probleem aanlopen, gebruik zouden kunnen maken van dit onderzoek.

Indien zij gebruik willen maken van ons onderzoek, dan zouden zij kunnen starten met het laten invullen van de vragenlijsten door hun personeel. Deze lijsten zouden zij kunnen gebruiken om te pijlen of het personeel zich deskundig genoeg voelt op het gebied van vroegsignalering van middelengebruik en open gespreksvoering. Daarnaast geeft de vragenlijst inzicht in de denkwijze en kennis van het personeel op het gebied van beleid van middelengebruik. Tevens fungeert de vragenlijst als graadmeter voor draagvlak deel te nemen aan een werkgroep op het gebied van middelengebruik. Indien er behoefte is aan deskundigheidsbevordering kan de organisatie een

verslavingsinstelling benaderen voor deskundigheidsbevordering op het gebied van vroegsignalering van middelengebruik en/of motiverende gespreksvoering.

Aanbevelingen

Wanneer GK de volgende aanbevelingen uitvoert, werkt de instelling actief aan het voorkomen of te verminderen van alcohol- en/of drugsgebruik binnen het BIP.

Hiervoor hebben wij vijf punten bedacht die hieronder puntsgewijs staan uitgeschreven in termen van doelen en activiteiten.

Doelen / activiteiten

1. Voorlichting

Wij bevelen voorlichting aan, omdat uit ons onderzoek blijkt, dat revalidanten behoefte hebben aan informatie over de gevolgen van middelengebruik op een beschadigd brein. Zij geven aan dat zij eerder geneigd zijn te stoppen, dan wel het middelengebruik te reduceren, op het moment, dat zij inzicht hebben in wat de gevolgen zijn van middelengebruik op een beschadigd brein. Uit de vragenlijsten blijkt dat er voorlichting wordt gegeven in de vorm van het uitleggen van het beleid en het ondertekenen van het drugscontract. Er wordt geen voorlichting gegeven over de gevolgen van middelengebruik op een beschadigd brein.

De psycholoog bespreekt met de revalidant wat zijn beperking is en wat voor een invloed middelengebruik heeft op een beschadigd brein.

Voorlichting is in veel gevallen mondelinge overdracht van informatie, zo nodig ondersteund met schriftelijke en materiële andere media (video). Bij de voorlichting wordt rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de cliënt of cliëntgroep.

Activiteiten hierbij zijn:

- Mondeling voorlichting geven over de gevolgen van middelengebruik op een beschadigd brein, zo nodig ondersteund met schriftelijke en materiële andere media (video). Bij de voorlichting wordt rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de cliënt of cliëntgroep.
- beantwoorden van vragen en gericht verwijzen voor specifieke verslavingsproblematiek.

2. Deskundigheidsbevordering

Uit de vragenlijsten is gebleken dat 14 van de 18 behandelaren zichzelf niet kundig genoeg achten op het gebied van vroegsignalering van middelengebruik en open gespreksvoering. Zestien van de 18 behandelaars geven aan deel te willen nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- en/of drugspreventie.

GK/teammanager van het BIP zorgt ervoor, dat alle behandelaren van het BIP deskundig zijn op het gebied van vroegsignalering en motiverende gespreksvoering d.m.v. deskundigheidsbevordering.

Activiteit hierbij is:

- GK gaat IrisZorg benaderen voor het verzorgen van deskundigheidsbevordering bijeenkomsten, op het gebied van vroegsignalering van middelengebruik en motiverende gespreksvoering.

3. Teammanager

Uit literatuur blijkt dat in risicosettings personeel onvoldoende kennis heeft en kundig is op het gebied van vroeg signalering van middelengebruik en motiverende gespreksvoering.

De teammanager houdt toezicht op het scholingstraject van behandelaren binnen het BIP en is adviseur wanneer er vragen zijn op het gebied van scholing van vroeg signalering van middelengebruik en motiverende gespreksvoering.

Activiteiten hierbij zijn:

- Teammanager ziet erop toe dat alle behandelaren geschoold gaan worden.
- Teammanager ziet erop toe dat behandelaren twee keer per jaar bijgeschoold worden in vroegsignalering en motiverende gespreksvoering.
- Wanneer er vragen zijn over het scholingstraject m.b.t. vroegsignalering en motiverende gespreksvoering vanuit het BIP-team, is de teammanager het aanspreekpunt.

4. Commissie

Uit de vragenlijst komt naar voren, dat het team in paniek lijkt te raken wanneer een revalidant middelen blijkt te gebruiken. Ze weten niet wat zij met de situatie moeten, omdat er onduidelijkheid is over het beleid. Uit de vragenlijsten is duidelijk geworden, dat een zwart-wit beleid geen ruimte biedt om het onderwerp bespreekbaar te maken. Daarnaast is uit literatuuronderzoek gebleken, dat een zwart-wit beleid niet altijd realistisch en effectief is.

We bevelen aan om een commissie aan te stellen die fungeert als ethisch overlegorgaan, wanneer er sprake is van middelengebruik bij een revalidant.

De commissie bestaat uit de volgende behandelaren vanuit het BIP: revalidatiearts, de pb'er en de teammanager.

Activiteiten hierbij zijn:

- Wanneer een revalidant middelen heeft gebruikt, bespreekt de commissie de casus, en of er sprake is van gewichtige redenen om de behandelovereenkomst eenzijdig op te zeggen.
- Indien er sprake is van middelengebruik bij een revalidant, maar er geen sprake is van gewichtige redenen om het contract eenzijdig op te zeggen, dan overlegt de commissie over afspraken met de revalidant om middelengebruik in de toekomst te voorkomen,

5. Beleid

Twaalf van de 18 behandelaren geven aan behoefte te hebben aan een duidelijk protocol en beleidsvoering. Uit literatuur blijkt dat er vaak verouderd beleid, of zelf geen beleid is binnen risicosettings. Bij GK blijkt er sprake te zijn van een verouderd beleid.

Duidelijkheid en transparantie voor behandelaren binnen het BIP op het gebied van middelengebruik.

Activiteiten hierbij zijn:

- GK doet vervolgonderzoek naar een passend beleid, op het gebied van middelengebruik. Hierbij brengen wij in herinnering, dat een zwart-wit beleid niet altijd even realistisch en effectief is.

Presentatie

Uitgenodigd: Dhr. Harms, praktijkdocent
Dhr. Raanhuis, praktijkbegeleider
Mvr. Til, teammanager van het BIP

Helaas kon dhr. Harms er niet bij aanwezig zijn.

Locatie: GK, gereserveerde ruimte

Tijd: 9:00 – 10:00 uur

Presentatoren: Dennis Hoving
Joey Heijssen

De presentatie is op de volgende wijze opgebouwd:

- 09.00 – 9.10: aanleiding onderzoek, Joey
- 09.10 - 9.20: huidige situatie omtrent middelengebruik, Dennis
- 09.20 – 9.30: structuur van het onderzoek (interview, vragenlijst, literatuuronderzoek), Joey
- 09.30 – 9.45: gewenste situatie voor behandelaren en revalidanten, Dennis
- 09.45 – 10.00: aanbevelingen, Joey
- 10.00 – 10.10: vragenronde, genodigden.

Literatuurlijst

Beleidsdocument Groot Klimmendaal (21 november 2012) *Alcoholbesluit* (geraadpleegd 24 maart 2014)

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M., & Van der Molen, H.T. (2003). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Bulthuis, F. (2011). *NAH-en-Verslaving*. Opgeroepen op 04-11-2013, van <http://www.docstoc.com/docs/81482585/NAH-en-Verslaving>

Denk basis-GGZ. (n.d.). *Denk basis-GGZ*. Opgeroepen op 02 20, 2014, van <http://www.denk.nl/middelengebruik>

Dijkstra, M. & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Feldman, F.S. (2005). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education.

Gerrard, M., Gibbons, F.X., Reiss-Bergan, M., Trudeau, L., Lune, L.S. van de & Buunk, B. (2002). Inhibitory effects of drinker and nondrinker prototypes on adolescent alcohol consumption. *Health Psychology*, 21, 601-609.

IrisZorg. (2013, November 10). *IrisZorg in het kort*. Opgeroepen op 03-04-2014, van: <http://www.iriszorg.nl/over-iriszorg/iriszorg-het-kort>

Hasselt, N. van. Laar, M. van., Onrust, S. & Verdurmen, J. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T. & Vollebergh, W. (2010). *Middelengebruik bij jongeren in justitiële jeugdinrichtingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Konijn, C. (1997). "Ik blow nog maar af en toe." Drugspreventieproject op internaat Hoenderloo. Tijdschrift 0/25, 14-19.

Lloyd, C. (1998). Risk, vulnerability and problem drug use: identifying high-risk groups. *Drugs: education, prevention and policy*, 5, 217-232.

Olivier, E.J.F.L. & Wijdeveld, A.G.M. & Wetering, B.J.M. van de. (2006). *In gesprek over verslaving*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, blz 3. 16 februari 2014

Open & Alert (2012). *Hoe kan ik van start*. Opgeroepen op 19-06-2014, van: <http://www.openenalert.nl/hoe-kan-ik-van-start>

Palm, J. (2005). *Omgaan met hersenletsel*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

RMC Groot Klimmendaal. (2011, Februari 26). *Huisregels*. Opgeroepen op 27-11-2013, van: http://www.grootklimmendaal.nl/rmc_groot_klimmendaal/over_ons/huisregels.aspx#.UpYPE2TulWk

RMC Groot Klimmendaal. (2011, Febr 17). *RMC Grootklimmendaal specialist in revalidatie*. Opgeroepen op 26-11-2013, van: http://www.grootklimmendaal.nl/rmc_groot_klimmendaal/over_ons/missie_en_visie.aspx#.UpTY5WTulWm

Snoek, A., Wits, E., Stel, J. van der. & Van de Mheen, D. (2010). *Kwetsbare groepen. Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Rotterdam: IVO.

Slot, W., & Aken, M. Van. (2010). *Psychologie van de adolescentie*. Baarn: HB uitgevers.

Spijkerman, R., Eijnden, R.J.J.M. van den., Vitale, S. & Engels, R.C.M.E. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behavior: The concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behavior. *Addictive Behaviors*, 29, 1615-1622.

Trimbos-instituut. (2009). *Open en Alert*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos. (2014, januari 1). *over Trimbos - Trimbos pagina's*. Opgeroepen op 03-04-2014, van Trimbos: <http://www.trimbos.nl/over-trimbos/over-ons>

Veen, C. van der. & Leeuwen, L. Van. (2009). *Open en Alert. Alcohol-drugspreventie in de justitiële jeugdinrichting. Resultaten procesevaluatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Zimbardo, P.G., & Johnson, R.L., & McCann, V. (2009) *Psychologie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Bijlage 1: Beleid inzake Behandelingsovereenkomst

Beleid inzake de Behandelingsovereenkomst

Vastgesteld op 28 juni 2006,

G.C. van de Logt
Algemeen directeur

Behandelingsovereenkomst

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1994 gaat ervan uit dat de behandeling tot stand komt door middel van een tussen cliënt en behandelaar af te sluiten **behandelingsovereenkomst**. Een overeenkomst regelt de rechten en plichten tussen partijen. Een cliënt in de gezondheidszorg weet zich gesteund door specifieke wetgeving.

Uitgangspunt voor de overeenkomst

Onder andere de WGBO en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) bieden de kaders voor verantwoorde hulpverlening. Deze wetten vullen op onderdelen andere wetten aan of in, zoals bijvoorbeeld de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Daarnaast is de behandelaar op grond van zijn beroepseed of gelofte en binnen de kaders van het door zijn beroepsvereniging opgestelde beroepsprofiel gehouden de patiënt naar beste vermogen te behandelen. De patiënt mag ervan uitgaan dat hij kwalitatief verantwoorde medische zorg ontvangt. Hij mag de hulpverlener daarop aanspreken.

Wederkerigheid tussen partijen

De wederkerigheid in de overeenkomst komt tot uiting in de bereidheid van de cliënt om de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking te geven die voor de uitvoering van de overeenkomst nodig is (art. 452 WGB). De behandelaar daarentegen heeft de plicht om de patiënt zodanig te informeren dat deze in staat is om de noodzaak van behandeling te beoordelen en daarvoor zijn toestemming te geven (art. 448 WGB). Hij legt een dossier (art. 454 WGB) aan, waarin de voor behandeling relevante informatie is vastgelegd.

Tendens

Er is een tendens om een schriftelijke behandelingsovereenkomst aan te gaan met de cliënt. In zo'n overeenkomst dienen de behandeldoelen, behandelfrequentie en overige relevante informatie voor de cliënt te worden vermeld. Partijen hoeven niet meer in onzekerheid te verkeren over de gemaakte afspraken en hebben beide de gelegenheid de behandeling vooraf goed te overwegen.

Voordeel

De patiënt ontvangt de afspraken op papier en kan deze alvorens met de behandeling in te stemmen deze thuis in alle rust doorlezen. Met de ondertekening van een contract krijgt hij zekerheid over de voorwaarden voor behandeling en kan hij zich beroepen op de afspraken die zijn gemaakt.

Bezwaar

Het ondertekenen van een contract is in de gezondheidszorg geen gebruik. De patiënt gaat een vertrouwensrelatie aan met zijn arts/behandelaar en een formeel juridische benadering van deze relatie kan bij de patiënt een beeld van afstandelijkheid oproepen. Gezondheidszorg is juist gestoeld op vertrouwen en intimiteit in de zin van beslotenheid en veiligheid. Een contract kan dit beeld en dus de relatie verstoren, het kan de cliënt afschrikken. Het kan onzekerheid of argwaan oproepen en de indruk wekken dat de behandeling niet zonder juridische consequenties is.

Bovendien is in de revalidatie een dergelijke overeenkomst moeilijk te realiseren. De doelen en de frequentie wijzigen immers regelmatig, afhankelijk van de vorderingen. Dit heeft een grote administratieve impact en herbergt het risico in zich dat de overeenkomst gedateerd raakt.

Mogelijke oplossing

Ondertekening blijft achterwege, er is sprake van stilzwijgende acceptatie.

Hoewel een formele benadering nadelen heeft zijn er ontegenzeggelijk ook voordelen aan verbonden. Partijen kunnen in geval van twijfel of verschil van mening terugvallen op een schriftelijk stuk. Het boven omschreven dilemma is ondervangen door in plaats van een overeenkomst leveringsvoorwaarden te beschrijven en te poneren bij de KvK. De patiënt wordt door de arts geïnformeerd over de inhoud en betekenis van de leveringsvoorwaarden. Hij kan ze thuis rustig doorlezen en zijn beslissing opmaken. Echter de beladenheid van de ondertekening blijft achterwege. Het enkele feit dat de cliënt na kennis genomen te hebben van de voorwaarden zijn behandeling consumeert is voldoende om te concluderen dat hij de voorwaarden heeft geaccepteerd en dat de overeenkomst tot stand is gekomen (art 6.217 BW). Er is sprake van een wederkerige overeenkomst waarop het BW, boek 6, afdeling 5 van toepassing is.

Gevolgen

In juridische zin kan de behandelingsovereenkomst met wederzijds goedvinden worden opgezegd.

Onder bijzondere omstandigheden kan dat echter ook eenzijdig (art. 6.265 BW).

Omdat behandelaars in dienst zijn van het centrum gaat de patiënt een overeenkomst aan met Groot Klimmendaal. Wanneer ontslag uit behandeling lijkt aangewezen dient daarom eerst onderzocht te worden of overname van de patiënt door een andere arts/team tot de reële mogelijkheden behoort.

Pas als dat niet mogelijk blijkt kan de overeenkomst schriftelijk worden ontbonden (art.6.267 BW) en tot ontslag uit behandeling worden overgegaan.

Opzegging

Door patiënt

Opzegging door de patiënt verplicht Groot Klimmendaal te onderzoeken wat de aanleiding is. Indien sprake is van een voortijdige beëindiging van behandeling vanwege relationele problemen met de behandelaar(s) dan zal de revalidatiearts de patiënt informeren over de mogelijkheid om van behandelaar te veranderen. Mocht de patiënt bij zijn besluit blijven dan informeert de arts de patiënt over de gevolgen van beëindiging van behandeling en biedt hij hem aan een overdracht te regelen naar een andere zorgaanbieder. Groot Klimmendaal immers is als goed hulpverlener via de arts

verplicht de patiënt op een verantwoorde wijze over te dragen aan een andere zorgaanbieder, zodat de patiënt niet in een nadelige positie komt te verkeren.

Door Groot Klimmendaal

De hulpverlener, hetzij de arts hetzij de instelling, kan de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling niet zomaar eenzijdig opzeggen. Dit mag alleen op grond van “*gewichtige redenen*” (art. 460 WGBO). De KNMG onderscheidt de gewichtige redenen in twee categorieën; die van de zijde van de behandelend arts en die van de zijde van de instelling:

Van de zijde van de arts:

- De patiënt gedraagt zich onheus of agressief jegens de arts of anderen,
- De patiënt weigert aan de behandeling mee te werken,
- De patiënt weigert voortdurend de rekening te betalen,
- De arts heeft een aanmerkelijk belang bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst, en wel zodanig dat voortzetting van de overeenkomst redelijkerwijs van hem niet kan worden gevergd. (vb. persoonlijke gevoelens van de arts voor de patiënt of ernstige gewetensbezwaren van de arts)

Van de zijde van de instelling

- De patiënt komt een aantal essentiële plichten of regels niet na, ook niet na herhaaldelijk (eventueel ook schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de instelling en/of de arts,
- Door toedoen van naasten van de patiënt ontstaan ernstige spanningen met de hulpverleners waardoor voortzetting van zorgvuldige behandeling en verzorging van de patiënt ernstig wordt bemoeilijkt,
- Om organisatorische of budgettaire redenen of vanwege de zorgbehoefte van de patiënt kan niet langer verantwoorde zorg worden gegarandeerd,
- Er is niet langer een indicatie voor opname en behandeling van de patiënt aanwezig.

Om bovengenoemde redenen kan ontslag uit behandeling van een patiënt tegen zijn wil gerechtvaardigd zijn, mits de ernst en/of de frequentie van het ongewenste gedrag van de patiënt zodanig is dat ieder perspectief op herstel van de relatie tussen arts en/of andere behandelaars en de patiënt is verdwenen. Het is aan de arts om dat aan te tonen.

Een tussenvorm is de tijdelijke schorsing van de behandelingsovereenkomst door de instelling vanwege agressie of geweld van de patiënt of diens naasten. De toename van geweld heeft geleid tot de ontwikkeling van deze mogelijkheid, die tot stand is gekomen in het kader van het Project Veilige Zorg®. Voor de uitvoering van deze mogelijkheid gelden dezelfde zorgvuldigheidsvereisten als voor ontslag uit behandeling.

Procedure

Iedere patiënt die voor revalidatiebehandeling in aanmerking komt ontvangt, nadat onderzoek en indicatiestelling voor een revalidatiebehandeling heeft plaatsgevonden een informatiemap, waarin alle voor een goed verblijf op Groot Klimmendaal noodzakelijke informatie is verzameld. In deze map zijn de behandelingsvoorwaarden met Groot Klimmendaal opgenomen.

Geeft de patiënt blijk van onaanvaardbaar gedrag, waarmee afbreuk wordt gedaan aan de voorwaarden, dan wordt hij door de behandelend arts terstond (binnen 24 uur) uitgenodigd voor een gesprek, waarin hij op zijn onaanvaardbare gedrag wordt gewezen en wordt uitgesproken dat als hij zijn houding niet verandert ontslag uit behandeling zal volgen.

Uitvoering van de overeenkomst

Zodra een patiënt zich aanmeldt voor onderzoek en behandeling worden de gegevens vastgelegd in een daartoe aangelegd dossier. Dit dossier is het archief waarin de arts alle voor onderzoek en behandeling relevante informatie opslaat; **de medische status**. In de medische status worden naast alle medische gegevens (onderzoeks- en behandelgegevens) tenminste die gegevens opgenomen die van belang zijn in het kader van de behandelingsovereenkomst. Dit is van belang voor het medisch curriculum van patiënt, waarin het historisch beloop van zijn relatie met Groot Klimmendaal is vastgelegd. De arts tekent in het medisch dossier aan dat de patiënt kennis heeft genomen van de voorwaarden en dat deze met hem/haar zijn doorgesproken.

De medische status geeft de voortgang weer van de behandeling in al zijn facetten. Iedere afspraak met de patiënt wordt hierin geregistreerd. Uiteraard zijn dit de medische bevindingen, verslagen en brieven, maar ook het verzoek tot inzage in zijn dossier, toestemming voor het verlenen van inzage aan derden, verzoeken om wijziging van de gegevens etc..

Beëindiging van de overeenkomst

Als de behandelingsovereenkomst eenzijdig en door Groot Klimmendaal wordt opgezegd is sprake van onvrijwillig ontslag uit behandeling. Dit kan niet op stel en sprong en niet zonder waarschuwing vooraf, maar arts of instelling hanteren een redelijke termijn. Dit hangt mede af van de specifieke omstandigheden van het geval. Ontslag met onmiddellijke ingang is alleen geoorloofd als sprake is van zeer dringende redenen, bijvoorbeeld uiterst agressief gedrag.

Groot Klimmendaal moet voorzien in een aantal voor de patiënt noodzakelijke voorzieningen. Zo mag de patiënt niet "op straat" gezet worden of aan zijn lot worden overgelaten. Groot Klimmendaal moet zich inspannen om te zorgen voor onderdak en verzorging zodat de patiënt niet in een nadelige situatie komt te verkeren.

Voordat de arts (namens Groot Klimmendaal) de behandelingsovereenkomst daadwerkelijk opzegt, zal hij hierover een gesprek hebben met de patiënt. Er zal naar mogelijke alternatieven worden gekeken. Als dit gesprek niet leidt tot verbetering van het gedrag dan ontvangt de patiënt een schriftelijke waarschuwing, waarin aan het gesprek wordt gerefereerd en wordt aangegeven dat volharding van het gedrag onherroepelijk tot ontslag uit behandeling leidt. Tevens wordt de directie over de situatie geïnformeerd. Na deze waarschuwing (*als niet, dan...*) zal een afkoelingsperiode gelden, waarin de patiënt zijn gedrag kan herstellen. De waarschuwing moet tenminste in het dossier worden genoteerd. Als ontslag uit behandeling onvermijdelijk blijkt verdient het de voorkeur de opzegging van de overeenkomst schriftelijk te bevestigen.

Soms is een patiënt reeds bij binnenkomst bekend met risicogedrag. Dit kan zijn ten gevolge van medicijn-, alcohol- of drugsverslaving, of een crimineel verleden. Het kan nodig zijn dergelijke risico's van tevoren in te dekken door reeds bij aanvang van de behandeling concrete afspraken hierover met betrokkene te maken. Deze afspraken kunnen gegoten worden in de vorm van een schriftelijke overeenkomst of bevestiging, waarin de consequenties van "overtreding" van de afspraken nadrukkelijk zijn vermeld (voorbeeldbrieven zijn beschikbaar). Molest van medepatiënten, personeel of bezoekers zal leiden tot onmiddellijk ontslag uit behandeling. Eventuele aangifte bij politie of justitie ligt in de rede. Echter ook hier gelden de voorwaarden dat voorzien is in medische zorg, onderdak en verzorging van patiënt.

De arts heeft de plicht na het beëindigen van de behandelingsovereenkomst de noodzakelijke hulp te blijven verlenen tot de patiënt een andere arts heeft gevonden die de hulp kan verlenen. Hiervoor dient een termijn van 14 dagen in acht genomen te worden. Het beëindigen van de behandelrelatie mag niet leiden tot schade aan de gezondheid van de patiënt. Hiermee moet rekening worden gehouden bij o.a. de verstrekking van medicijnen en de overdracht en bewaring van gegevens.

Omdat de overeenkomst tot stand komt tussen Groot Klimmendaal en de patiënt en niet tussen een individuele hulpverlener en een patiënt, maakt dit het mogelijk een patiënt in geval van problemen op relationeel vlak wel op Groot Klimmendaal te blijven behandelen, bijvoorbeeld door een andere arts/behandelaar in te schakelen. Uit jurisprudentie blijkt dat deze lijn ook in juridische procedures wordt voorgestaan. De overeenkomst met de instelling blijft dan bestaan.

Aandachtspunten

- Overtuig je ervan dat de patiënt de algemene voorwaarden en de daarmee samenhangende consequenties begrijpt;
- Wanneer er sprake is van allochtonen wordt zonodig een tolk ingeschakeld teneinde ervan verzekerd te zijn, dat de patiënt de inhoud van de overeenkomst begrijpt;
- Ontslag uit behandeling kan alleen van toepassing zijn als de aanleiding hiertoe aan de patiënt te verwijten valt en hij de consequenties van zijn gedragingen kan overzien (bijv. qua cognitieve vermogens);
- Er is sprake van ongewenst gedrag als het onaanvaardbare gevolgen heeft voor mede patiënten, behandelaars en/of verplegend en verzorgend personeel, het ernstig belemmerend is voor het revalidatieprogramma of handhaving op de afdeling onmogelijk maakt;
- Noteer alle afspraken met de patiënt in het dossier van de patiënt;
- Bewaak dat ongewenst gedrag in concreto (aard en frequentie) wordt omschreven en gemotiveerd;
- Neem de volgorde van afwikkeling van ontslag uit behandeling in acht (mondelinge, schriftelijke waarschuwing en schriftelijke bevestiging van het ontslag);
- Informeer de directie op het moment dat de patiënt een tweede en schriftelijke waarschuwing heeft gehad over de situatie;

- Neem een afkoelingsperiode van 14 dagen in acht;
- Bedenk dat beëindigen van de behandelingsovereenkomst tot ernstige consequenties kan leiden voor de betrokkene, het moet proportioneel zijn ten opzichte van het ongewenste gedrag
- De directie besluit of ontslag uit behandeling aanleiding is voor een melding aan de inspecteur voor de gezondheidszorg (in ieder geval na onmiddellijk ontslag).

Bijlage 2: Missie & Visie

Missie

RMC Groot Klimmendaal biedt specialistische revalidatiegeneeskundige zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen met een, dreigende, beperking met als doel optimaal te participeren in de samenleving.

Visie

RMC Groot Klimmendaal biedt de juiste revalidatiegeneeskundige zorg op de juiste plaats en het juiste moment.

Bijlage 3: Vragenlijst

3.1 Eerder afgenomen vragenlijst

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?
 - Welke knelpunten ervaar je hierbij?

Antwoord:

- Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?

Antwoord:

- Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?

Antwoord:

- Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord:

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord :

8. Zo ja, wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord:

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?
 - a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
 - b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
 - c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho-educatie / voorlichting.
 - d. Anders:

Antwoord:

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord:

3.2 Nieuwe vragenlijst

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:

2. Welke drugs (of alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en drugsgebruik?

Antwoord:

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord:

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord:

9. Wat doe je met de informatie (alcohol- en drugsgebruik) die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord:

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord:

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugspreventie?

Antwoord:

Bijlage 4: Topiclijst voor het interview

Wat willen wij weten van de revalidanten/ topics:

- Welke beperkingen met betrekking tot het hersenletsel zouden bij kunnen dragen dat jij drugs en/of alcohol zou gaan gebruiken?
- Wat zou voor jou een reden kunnen zijn dat je drugs en/of alcohol gaat gebruiken met betrekking tot het hersenletsel?
- Wat draagt bij dat je destijds drugs en/of alcohol bent gaan gebruiken?
- Wat zou jij nodig hebben om drugs en/of alcohol te verminderen?
- Wat zou jij nodig hebben om drugs en/of alcohol te voorkomen?
- Weet jij wat drugs en/of alcohol voor een invloed heeft op de revalidatie?
- Indien jij had geweten, dat alcohol- en/of drugsgebruik het revalidatieproces vertraagt en je beperkingen versterkt, wat had je dan anders gedaan?

Bijlage 5: Interviews

Aanwezig: Dhr. B (revalidant), Joey (interviewer), Dennis (notulist)

Datum: 24 april 2014

Locatie: Groot Klimmendaal, kamer van de revalidant

Betreft: Interview m.b.t. middelengebruik

Aandachtspunten

Voor het interview: 1. Welke beperkingen met betrekking tot het hersenletsel zouden bij kunnen dragen dat jij drugs en/of alcohol zou gaan gebruiken?

1. Wat zou voor jou een reden kunnen zijn dat je drugs en/of alcohol gaat gebruiken met betrekking tot het hersenletsel?
2. Wat draagt bij dat je destijds drugs en/of alcohol bent gaan gebruiken?
3. Wat zou jij nodig hebben om drugs en/of alcohol te verminderen?
4. Wat zou jij nodig hebben om drugs en/of alcohol te voorkomen?
5. Weet jij wat drugs en/of alcohol voor een invloed heeft op de revalidatie?
6. Indien jij had geweten, dat alcohol- en/of drugsgebruik het revalidatieproces vertraagt en je beperkingen versterkt, wat had je dan anders gedaan?

Joey heeft een afspraak gemaakt met dhr. B om geïnterviewd te worden over middelengebruik. De punten die aan de orden gaan komen staan in de topiclijst hierboven 'aandachtspunten voor het interview'.

Het interview heeft de volgende initialen;

Joey = J

Dhr. B.=B

J; Heb je er problemen mee als het interview wordt opgenomen?

B; Nee hoor, dat vind ik prima.

J; Mooi dat je er verder geen problemen mee hebt. Okey, aan het eind van wat we besproken hebben, zal ik even kort samenvatten, dit is voor ons zowel voor jouw dat we elkaar goed begrijpen. Heb je zelf een idee over hoelang de boog gespannen kan blijven om in gesprek te blijven?

B; Ooo, nee, maakt mij niet uit. Ik babbel wel gewoon door.

J; Kijk, je babbelt wel lekker door. Zullen we om de nabij de 20 min aanhouden?

B; Ja, dat is goed.

J; Dan heb je namelijk ook nog een beetje tijd om, om te kleden.

Om naar de volgende therapie te gaan, half vier volgens mij.

B; Uuhmhmm ja, half vier, half vijf ja. Dan heb ik weer fysio. Dan doe ik even lekker mijn trainingsbroek aan en sportschoentjes.

J; Ja, precies...maar Dennis, vertel eens. Destijds heb jij geblowd, had je het over?

B; Uhm ja, dat klopt wel.

J; En had je nog meer gebruikt?

B; Tsja, verdovingsmiddelen, XTC.

J; XTC?

B; Ja op party's altijd, vaak met vrienden is het allemaal heel normaal, snuiven, GHB, en iedereen gebruikte XTC en daar begon het allemaal mee.

J; Daar begon het mee?

B; Ja, voor mij ben ik nooit meegegaan met snuiven.

J; Ja, dus XTC wel, maar uhm snuiven niet?

B; Nee.

J; En uh er is ook sprake dat je wel een borreltjes lust he, heb ik begrepen?

B; Ja, dat klopt, dat vind ik wel lekker.

J; Kun je hier iets meer over vertellen?

B; Uh, ja, daar kan ik wel wat meer over vertellen? Ja, dan gingen we met vrienden, en kwam ik bij een vriend en dan gingen we bij hem thuis, oooohhhh, je hebt bier ben je..had ik twee van die six packjes van die halve liters gehaald, voor hem een en voor mij een.

Ja uh

Even later ging hij naar de kroeg 'De Ophein' en kwam hij terug met twee kratten bier, een voor hem een en voor mij een.

J; Ja.

B; En dat ging dan iedere donderdag- en vrijdagavond, ja, dat is gewoon gezellig.

J; Ja.

B; Niet altijd alles leeg, maar wel bijna alles. En dan ging ik lopend naar huis, niet fietsend, daar heb ik wel van geleerd.

J; Ja, nee, daar hebben wij het weleens eerder over gehad dat is voor dat je dacht, echt van uhm, nee niet nog een keer. Kan je heel even kort kunnen omschrijven, kijk, ik heb er wel een beeld bij, maar Dennis natuurlijk niet. Zou je dat heel even kunne...

B; Ja, uhm alcohol en uuhh...

J; Ja, nee, wat is er met jouw gebeurt en wat maakt het dat je nu hier zit?

B; Oo, zo, ja, ok. Ik ben het laatste weekend van oktober 26 slash 27 oktober ben ik klote zat op de fiets met een gangetje van 50/60 hub, over de kop gevlogen en op mijn schedel beland en toen heb ik een maand in coma gelegen, drie weken, en jau, h nu ben ik hier.

J; ZoSoo

B; Ik heb nu een hersenletsel, dus dat is wat er met mij is gebeurt. Ik was behoorlijk dronken en ik was het feestnummertje van de baas achter de bar. Je bestelt tien bier, dat zet ik bij jouw neer en dat doe ik bij mezelf hetzelfde en zo ook met wat wijntjes, en zo gaat dat met 120 mensen. Jah, ik had niet volop gedronken wat iedereen dronk, maar wel bijna de helft van wat iedereen dronk.

J; Uuhmm.

B; Dus ja, ik was wel klote zat en toen ben ik met de fiets naar huis gegaan, want ik dacht slim te zijn, en tsja, niet dus. Dus jaa, en nu ben ik nog steeds aan het revalideren.

J; Ja, hey en uhmn je zegt van uhmnnn da da daarvoor had je geen hersenletsel he?

B; Nee!

J; Nee ûh

B; NAH

J; ja, NAH zoals dat zo mooi afgekort heet he. Hey maar, wat maakt het dat je destijds uh, uh, uhm, dus dus alcohol en drugs bent gaan gebruiken?

B; Uhmuhhhmmm poefppoooooeeeeefffffff, ja dat blowen gebeurde op de middelbare school, in het derde jaar zo'n bietje

J; Ja?

B; Dat deden zoveel mensen, deden dat vaak, gingen we even stiekem in een bospaadje heette dat. Daar deden we dat en daar gingen we even ons ding doen. En dat deden we met zó veel mensen en daar is het allemaal zo'n bietje mee begonnen.

J; Ja.

B; Op de Broerkannermee school, daar begonnen we 's ochtends 11:30 ermee, pakte we de auto en begonnen ik er daar al mee om te roken.

J; Dus eigenlijk, ik zal je af en toe onderbreken. Om het even kort samen te vatten, maar dat vindt je volgens mij wel okey. Dus het begon zeg maar met blowen op school, omdat er meerder mensen om je heen blowde en dat je dacht, hey, ik ga dat proberen en toen uh, beviel dat wel.

B; Ja, uhm, ja, het is eerder een beetje blijven hangen uhm beetje. En toen gingen we zó veel door, ook met allemaal bekende buiten school om en dat soort dingen, ook bij het vissen kijken. Het ging maar door, ik kan er zo tien opnoemen. Iedereen deed het overal, altijd.

J; Ja.

B; Ja, ook tijdens school, hadden we een tussenuurtje (lacherig) gingen er een paar naar de coffeeshop, dan zeide ik, nou, hier heb je van mij ook een tientje, haal voor mij ook maar effe. En hier dan krijg je ook een tientje van mij, want hij ging dan weer naar de slijterij voor een fles whisky, wvodka, of weet ik veel wat hij dan ging halen. Ze deden van alles halen, dat was dan in een tussenuurtje. Zo hebben wij natuurlijk veel uren verloren. En dan is natuurlijk ook dom. Dus jah, maar dat is ook allemaal zo gebleven allemaal. Dus jah, dat betreft vind ik rum altijd wel lekker, juhm, paffertje hoeft ik niet meer.

J; Sorry, rum vindt je wel lekker, maar wat hoeft je niet meer?

B; Een paffertje roken.

J; Wat is een paffertje? Blowen of zo?

B; Een paffertje, is ja inderdaad, blowen. Ik sta er wel van te kijken, van der Paffert, sta daar wel van te kijken, hoe heet die nauw?

J; Ohm.

B; Ja, uhhh, ik hoeft haar niet zo heel veel te spreken en ik ben ook maar gestopt met denken hoor.

J; Ja, uh

B; Jah, uh uh, je zal maar zo heette, Wietteke van der Paffert, uhm.

Wietteke van der Paffert, jaja, uhm.uhhmmm

Vind ik persoonlijk niet zoon goeie naam hoor

J; Ja, nee nee

B; Ja, verder ben ik wel klaar met alles. Ik ga nooit meer iets riskeren en nooit meer iets gebruiken.

J; Nee

B; Daar ben ik hel simpel in.

J; Ja

B; Ik rook ook niet meer, gewone sigaretten

J; Nee

B; Met me klaplongen ga ik het niet meer riskeren

J; Nee

B; Nee, en de rest van de drugs, blowen en dat soort dingen, voor de rest niet

J; Ja, en en en wat is nou de concrete reden dat je dat helemaal niet meer doet?

B; Gewoon niet, ik ben al gestopt met roken, dus ik hoeft de rest ook allemaal niet meer te doen en voor de rest, ik wil niet het risico nemen.

J; Ja, je wilt geen risico nemen

B; Nee, het ken wel slecht zijn voor je hersens en ik heb al hersenletsel dus ik ga geen onnodig risico nemen, dat ga ik niet riskeren

J; Ja uhm, ben jij uhm, weet jij uhm, wat de gevolgen kunnen zijn, van bijvoorbeeld alcohol- en drugsgebruik

B; Poeh.uuhhh

J; Ten aanzien van je hersenleestel.

B; Nee, dat weet ik zo niet

J; Nee

B; Nee, misschien je lichaam, je hart, weet ik het, ik weet ut niet

J; Nee, daar heb je zo, zo, geen idee van?

B; Nee

J; Nooit iets van gelezen of over gehoord?

B; Nee, alcohol, je lever, dat is voor alcohol, en verder uhm metaal, alcohol bloed verdunner, zo zie ik het dan weer, en verder weet ik het allemaal niet

J; Ja

B; Ik zal het eens gaan Googlen, ik doe aan googlen

J; Ja

B; Ja, dan weet ik het wel

J; Ja, maar ik ben ook ergens wel benieuwd naar, als jij uhm, nou uhm zo weten he, dat uhm dat alcohol- en drugsgebruik dat dat uhm uhm uhm ene uhm ene intens op het brein dat al hersenletsel heeft

B; Ja

J; Zou dat voor jouw een reden zijn, als je dat te horen krijgt, dat je dan denkt van dat uhm ja

B; Euh.eueu

J; Ja?

B; Ja

J; Ja?

B; Ja, dan stop ik er helemaal mee. Alcohol, nou ja, dan alleen met de kermis. Bier op een avond. Nouh, vier pilsjes op een avond

J; Ja

B; Dat vind ik wel rustig aan

J; Ja

B; Dus als dat dan nog kan, vind ik het goed en verder hoeft het voor mij allemaal niet

J; Nee

B; Als je met vrienden op een avond, dan pak ik een pilsje

J; Ja

Ook daarbij.

Ja, dat is ook wel iets wij wij zijn ok wel een beetje opzoek, van kijken van uhm uhm het kan zo zijn dat dat iemand daar daar uhmhhm gebruikt om te kijken van uhm ja wat wat kan iemand motiveren om te kijken van uhm, podverdorie waar ik mee bezig ben, is toch eigenlijk wel uh niet zo slim weet je wel

B; Ja

J; En natuurlijk heeft diegene daar een keuze in, om het wel of niet te doen maar ik ben dan eigenlijk wel eens benieuwd als jouw word vertelt door mij of door een psycholoog, ik noem maar eens even iets, dat je al hersenletsel heb en dat je korte termijn geheugen, of het overzicht bewaren dat dat nog uhm uhm uhm kan verminderen daardoor

Ja, dat zal wel helpen

B; Ja, dus dat zal wel voor jouw een hele duidelijke reden zijn van, oke.y

Ja, een paar pilsjes, met goed overleg, maar ik wil er geen risico in nemen

J; Nee

N; Ik heb al hersenletsel en dat vind ik al minder, en als het nog minder wordt, dan vind ik het al helemaal veel minder.

J; Ja

B; Ja

J; Ja, ja daar hebben we het wel vaker over gehad he. Hey, waar zou je nog behoefte aan hebben, of wat zou je helpen om geen alcohol of drugs te gebruiken?

B; Ja, gewoon wat gesprekken met jullie slash dokter, om alles om gevoel en dat soort dingen

J; Dus, je wilt gesprekken, maar wat bedoel je dan precies?

B; Ja, over alcohol en jah drugsgebruik, ja daar ben ik helemaal klaar mee. Dat hoeft ik helemaal niet meer

J; Uhm, nee

B; Daar heb ik geen enkele behoefte aan, daar ben ik helemaal klaar mee, daar zeg ik nu nee en dan jah uhm alcohol, als je een paar keer een pilsje drinkt dan jaa, dat mot misschien wel kunne

J; Ja

B; En anders gewoon persoonlijk, jah. Ik ga niet meer fietsen dan

J; Nee, nee dat zit er heel resoluut in he

B; Juist ja

J; Hey, en uh uh dus als ik het goed begrijp is het dus dus zou je dus dus wel behoefte hebben om uh uitleg erover

B; Ja

J; Over wat kunnen de gevolge daarvan zijn he

B; Ja, dan kan ik alles op een rijtje zetten en dan kan ik voor mezelf wel een conclusie trekken

J; Ja en dat uh met uh het personeel he het daar uh over hebben van he poeh van uh uhm ik loop daar tegen aan en uh hoe is dat nou en dan van uh en dat dan op een open manier dat dat te bespreken daar zou je well

B; Ja, ik zit hier niet voor niks. Het is allemaal therapie s dat betreft is het dan wel makkelijk met andere revalidanten daar praat ik wat minder

J; Ja

B; Ja, dat betreft ja, heb ik geen behoefte tegen niks jah uh

J; Nee, precies, hey uh nou is er helemaal voor jouw niks je bent er heel resoluut in, je bent helemaal klarie, maar stel he dat he dat nou zou zo zijn dat je toch nog zou blowen he, dat is niet zo, maar zou jij je dan open en vrij genoeg vinden om uh dat bijvoorbeeld aan mij in gesprek bespreekbaar te maken?

B; Dat is voor mij heel belangrijk

J; Dat is voor jouw heel belangrijk

B; Mare ik ga dat niet meer doen

J; Nee

B; Als ik dat dan nou weer zou dan, dan zeg ikug kerel

J; Maar?

B; Tegen mezelf dan

J; Oh ja tegen je zelf ja

B; Ja, tegen mezelf, mare dat guit niet meer gebeuren

J; Ja

B; Dat is een risico dat niet nodig is

J; Ja, maar maar zou zou je je zo vrij voelen om dat om dat wel bespreekbaar te maken

B; Ja

J; Zeg maar

B; Ja, dat wel, daar heb ik niks op tegen

J; Nee

B; Nee, want ik uh bedoel ik ga eut niet meer doen, maar mocht het gebeuren dan zal ik het gewoon zeggen

J; Ja ja

J; Ja, ben je zo op de hoogte van het beleid hier

B; Ja, drugsvrij

J; Ja, en wie wanneer is het uh jouw uitgelegd?

B; Ppoooeeffff, dat heb ik ergens gelezen volgens mij, maar dat weet ik niet effe zeker meer. Mare voor mij spreekt dat voorzich

J; Ja, voor jouw is dat logisch. Als het goed is hebben ze uh hier van de verpleging uh want die hebben hier uhm want wie is jouw pb'er?

Ppoooeeff, ik dach eerst Marcel, en toen dach ik Ria en nou weet ik het zo net niet meer kan ook Veronica zijn, mare dat weet ik niet zeker. Dus wat dat betreft moet ik dat maar eens een keertje navragen.

J; Ja, nou het maakt opzich voor nu niet zo heel veel uit

B; Maar heb binnenkort wel een gesprek, en dan schrijf ik het wel een keurtje op

J; Ja, okey

B; Dan weet ik het wel

J; Ja

B; Die twee namen kan ik me namelijk wel herinneren

J; Ja, precies want ik kan, als het goed is hebben die met jouw destijds ook een uh een een formulier doorgenomen een contract, staat op dan waar dat opstaat inderdaad dat alcohol en drugs dat dat niet toegestaan is

B; Oh, zo ja

J; Dat je daar voor gete ik vermoed dat dat daar

B; Ja, het kan zijn. Ik heb wel wat getekend dat weet ik wel. En anders kunne ze hem nog wel een keer voorleggen en dan teken ik hem zeker wel, met datum en handtekening

J; Ja, dat dat zou jouw wel voor jouw wel een stok achter de deur kunnen zijn?

B; Ja, nou die stok die staat er gewoon persoonlijk

J; Ja

B; Mare, ja, ik het maar gewoon effe met jullie kortsluiten

J; Ja

B; Ja

Dddus dus dat uh dat wij daar ook weet van hebben en dat als jij er behoefte aan heb dat jij daarover wil praten dat dat die ruimte er is

J; Ja, dat vind ik goed

B; Begrijp klopt het wat ik zeg?

B; Ja. Ja ik heb er geen spijt van. Ik praat er ook gewoon over met andere revalidanten niet, dat hoeft ik allemaal niet mare met jullie, ja, jullie zijn niet voor niks therapeuten zo zie ik het wel

J; Ja

B; Dat vind ik wel gewoon best, dan praat ik zo over van alles

J; Ja, ja precies. En nou even naar een vraag, daar ben ik daar ben ik nog even naar benieuwd. En uh dat dat dat is niet van toepassing maar ik ben wel even benieuwd hoe jij erover denkt en uh uh zou het voor sommige mensen zo kunnen zijn dat dat uh uh uh uh hersenletsel dat dat uh , moet ik even goed nadenken hoe ik dat ga formuleren hoor

Ja

Uhm uuuuuuhhhhhhhhm zou bijvoorbeeld de hersenletsel uh ertoe kunnen leiden dat iemand alcohol of drugs gaat gebruiken?

B; Ppooeehhh, dat hangt er vanaf wat zijn verleden is. Of zijn slash haar verleden is

Zijn/haar verleden ja

J; Ja, en dan uh ligt het er helemaal aan wat hun ideeën zijn

B; Ja

Het kan variëren, sommige gaan door, die hebben er behoefte aan sommige kappen het af die zijn er gewoon klaar mee

J; Ja

Dus ja, het kan variëren per persoon

B; Ja

J; Gevoelens dus ja. Dus ja ik denk dat de meeste er wel klaar mee zijn want je gaat het ook niet riskeren denk ik persoonlijk en anders zijn het gewoon malloten, zo zie ik het dan. Dus voor mij is het gewoon heel simpel als je. Dus ja, het kan variëren denk ik

B; Ja

Ik zeg niet dat het zo is, maar het kan

J; Ja, nee helder, helder verhaal. Ja, ik ga heel even kij en ook op de klok kijken want anders, we doen jouw ook een beetje tijd gunnen natuurlijk

B; Ja

J; Even kijken, waar hebben het kort over gehad. We hebben het gehad over dat je vroeger alcohol- drugs- hebt gebruikt en wat het maakt en met name omdat er op school ook mensen waren, wat voor jouw een aanleiding was om het ook te gaan doen en dat beviel wel goed

B; Ja, nou ja dat was alcohol en blowen, XTC is alleen op partys gebeurd

J; Ja en daarna is het uh het dus dus eigenlijk meer geworden en met name toen je na party's ging en uh en toen in de horeca hey de duh barkoning twee bier voor jouw en een voor mij he en uh toen uuhhh ja en toen uh is dat heb je destijds dat ongeluk gehad met de fiets en uh en uh toen was je er wel helemaal vanaf

B; Ja, ik heb tot dat ongeluk nooit wat gehad, maar als je goed gaat nadenken, dan denk ik dat ik aldoor gewoon geluk heb gehad. Wel eens met een scooter tegen een boom aan gereden en dat ik toen vijf meter naar voren ben gevlogen.

J; Ja heel duidelijk en dat laatste waar we het ook uh nog o over hebben gehad is uh dat uh dat je uh zegt van uh ik ben me er niet van bewust wat alcohol en drugs uh uh uh op een brein kan aanrichten wat al letsel heeft he ehm uh als je daar uhm uh als je dat zou weten dat het voor jouw echt wel nog een extra motivatie zou kunnen zijn van hey, no go. Dat zou voor jouw echt wel helpen en als je ergens in tegen problemen aan loopt dat je behoefte zou hebben en prettig zou vinden dat je ut open en bespreekbaar kan maken met personeel mmmet therapeuten.

B; Ja, het enigste wat nog wel door zou blijven gaan is alcohol.

J; ja

B; Niet gigantisch veel, maar een klein beetje

J; Nee

B;mEn dan zit ik aan de kermis te denken, van acht tot negen een biertje, van negen tot tien een biertje, van tien tot elf en van elf tot twaalf, dus dat zijn maar vier pilsjes op een avond, bijvoorbeeld.

J; Ja, maar dat zijn al hele goeie, en dat praat ik even vanuit mezelf als therapeut ddddan dan ben je nu dus al heel gericht met doelen bezig he

B; Ja, niks overdrijven, heel rustig aan doen

J; Ja, en dat is heel gezond denk ik

Uhm

En mocht je nog de behoefte hebben om het daarover te hebben, dan ja uh spreek me gewoon aan en dan kunnen we het er even over hebben

B; Komt wel goed
J; Okey, dan laten we het hierbij.

Joey sluit het gesprek af.

Naam: Dhr. V.
Datum: 4 mei 2014
Locatie: Telefonisch interview, dhr. is thuis

Resultaat:

Dhr. V. is gaan drinken door de druk van zijn vriendengroep. Dit is van experimenteel drinkgedrag overgegaan naar gewoontegedrag, wat heeft geresulteerd in een verslaving. Dhr. V. geeft aan dat het hem toentertijd ontbrak aan toekomstperspectieven: hij had geen motivatie om te stoppen met drinken. Nu hij wel toekomstperspectieven heeft, is hij intrinsiek gemotiveerd om minder te drinken. Dhr. V. vindt 3 biertjes op een vrijdag- en zaterdagavond een normale hoeveelheid om te drinken. Daarbij geeft dhr. V. aan, dat als hij een biertje geopend heeft, dat hij hem op moet drinken: hij kan niet meer stoppen. Dhr. V. weet niet wat eventuele gevolgen kunnen zijn van het drinken van alcohol m.b.t. zijn letsel. Hij is hier niet over ingelicht tijdens zijn revalidatie bij GK. Wanneer hij had geweten dat dit nadelig zou zijn voor zijn revalidatie, dan had hij het niet gedaan.

Naam: Dhr. H.
Datum: 15 mei 2014
Locatie: Telefonisch interview, dhr. woont momenteel in Wolfheze (psychiatrie)

Resultaat:

Dhr. H. is drugs (marihuana) gaan gebruiken om de prikkels die hij ervaart, te reduceren. Dhr. H. ervaart dat alle prikkels erg hard binnenkomen en dat je overal veel prikkels krijgt. Door al deze prikkels kan dhr. H. zich niet concentreren op een ding/situatie tegelijk. Door het gebruiken van marihuana kan dhr. H. zich wel concentreren. Dhr. H. geeft aan dat er binnen GK drugs wordt gebruikt en dat hier niet of nauwelijks tegen opgetreden wordt. Revalidanten regelen voor elkaar drugs. Dhr. H. staat op en gebruikt drugs. Om in slaap te komen, gebruikt hij wederom. Dhr. H. geeft aan dat hij nooit voorgelicht is door GK over wat het effect is van drugsgebruik op zijn letsel. Wanneer hij het had geweten, dan had hij het waarschijnlijk niet gedaan. Dhr. H. weet zelf dat het gebruiken van drugs tijdens de revalidatie niet gunstig is, omdat hij zelf ervaart dat het hem afvlakt. Daardoor had hij geen zin meer om aan zijn revalidatie te werken. De afvlakking is versterkt door de antipsychotica. Dhr. H. geeft aan dat hij de aansluiting van de revalidatiearts naar hem toe miste: hij had het gevoel dat hij naar de arts toe moest werken. Hij wilde over zijn drugsgebruik kunnen praten, zodat de revalidatie misschien op een andere manier had kunnen worden ingericht. Dhr. H. heeft weer toekomstperspectieven, waardoor hij niet de marihuana nodig heeft. Wanneer dhr. H. tegenslagen ervaart, dan is de kans op een 'terugval' het grootst. Hij is nu nog niet helemaal afgekickt, maar volgt een detox-programma bij Wolfheze (psychiatrie).

Naam: Dhr. R.
Datum: 21 mei 2014
Locatie: GK, kamer bezoek

Resultaat:

Dhr. R. geeft aan altijd al middelen gebruikt te hebben. Dit komt voort door de druk die hij ervaart vanuit zijn vriendengroep. Hij geeft aan het lekker te vinden en het te missen, want dhr. R. gebruikt niet meer. Dit is voor hem bewust, omdat hij zich bewust is van zijn beperkingen en dat het eventueel erger kan worden. Toch heeft hij nog zo'n tien keer gebruikt. Hij heeft als doel om weer te leren lopen. De dokter heeft gezegd, dat hij dat nooit meer kan, maar hij wil graag het tegendeel bewijzen.

Dhr. R. geeft aan nooit voorlichting te hebben gehad, wat alcohol/drugs met de hersens doen die al beschadigd zijn. Wanneer hij dit wel had gehad, dan had hem dit geholpen om niet terug te vallen. Zijn vader en broer ziet hij als rolmodel. Die hebben ook gebruikt en zijn vader heeft het nu, volgens hem, goed voor elkaar. Daarnaast zou dhr. R. een vriendin en/of vrienden willen. Dit zou hem ook helpen om van de middelen af te blijven. Het maakt niet uit of zij middelen gebruiken.

Bijlage 6: Alcohol- & Drugscontract

Behandelovereenkomst

Datum:

Bezoekadres

telefoonnummer

Unit 1, gebouw A

Referentie

faxnummer

Mbk

Betreft: dhr X, geboren

wonende

Ondergetekenden gaan akkoord met de volgende voorwaarden met betrekking tot de behandeling van dhr X.

Het gebruik van alcohol of andere dempende dan wel stimulerende stoffen, behoudens die op recept van een arts zijn voorgeschreven, wordt niet gedoogd bij de heer X, gedurende de periode dat hij is opgenomen in Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal.

Wanneer desondanks alcohol dan wel drugs gebruikt worden door hem, zijn wij genoodzaakt de behandeling te staken.

Voor akkoord getekend,

Arnhem, datum

Dhr X

revalidatiearts

Bijlage 7: Inge vulde oude vragenlijsten respondenten

7.1

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Door de nadelen / gevaren van middelen gebruik i.c.m. hersenletsel met de revalidant te bespreken. Door het te melden in het team / revalidatiearts.

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Alcohol (bier / sterke drank), GHB, Wiet (een enkele keer ook hard drugs, maar dan heeft diegene al vaak een verslaving voordat ze opgenomen worden).

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Gebrek aan motivatie, vermoeidheid, niet alert zijn voor therapie, geen gedragsverandering.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: 1 of 2 keer per jaar.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Niet kundig. Het hangt van de revalidant af hoe slim / gehaaid hij/zij is.

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- Welke knelpunten ervaar je hierbij?

Antwoord: Gebrek aan motivatie bij de revalidant om het te willen veranderen. Gebrek aan kennis hoe je met afkickverschijnselen (en het gedrag daarbij) omgaat.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord: Het is de taak van het hele team. Ik denk wel dat het goed is dat er per casus 1 verantwoordelijke is die de lijnen uit zet.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord: Niet deskundig genoeg.

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord: Die deel ik met het team / revalidatiearts

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord : Ja. Er dient een niet-gebruiken-verklaring getekend te worden door de revalidant bij opname.

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord: Consequent handelen door het team. Beleidvoering hierop / protocol.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.**
- Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.**
- Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.**
- Anders:**

Ik denk een combinatie van alle bovenstaande. Het is erg afhankelijk in welke fase van verslaving een revalidant zich bevindt. Daarnaast is het erg afhankelijk van de sociale situatie van een revalidant en aan de mate van cognitieve problemen die de revalidant heeft.

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord: Ja, lijkt me interessant.

7.2

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

- Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?**

Antwoord: Door middel van gesprekken met een psycholoog of arts worden de regels verduidelijkt en een waarschuwing gegeven. Er is momenteel nog geen sprake van begeleiding.

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Alcohol (bier, wijn), wiet (joint).

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Vermoeidheid, verminderde focus, verminderde inzet, asociaal gedrag naar anderen.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: Afgelopen drie jaar zijn er wel zeker 10 jongeren geweest die hiermee te maken hebben gehad. Alcohol ligt nog wel wat hoger, ik denk dat de meeste revalidanten toch in het weekend wel een biertje drinken.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Nee. Je moet er ook bij zijn geweest en dit gedrag doet zich mijns inziens voornamelijk in de avonduren voor.

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- Welke knelpunten ervaar je hierbij?

Antwoord: Geen 'bewijzen', dus wanneer je geen eerlijk antwoord krijgt, kan je er niks mee.

- Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?

Antwoord: Zeker als het te maken heeft met onderwerpen die in de therapie aan bod komen.

- Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?

Antwoord: Half. Maar op dit moment is de richtlijn vanuit GK nog niet duidelijk, dus ook niet waar we de grenzen leggen.

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord: Doorgeven aan arts of psycholoog.

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord : Dat dacht ik wel, maar dit bleek afgelopen jaar niet zo solide te zijn. Blijkbaar is er dus geen duidelijk beleid.

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord: Duidelijkheid. En daarnaast ook wel aandacht voor het letsel van een persoon.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.**
- c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.**
- d. Anders:

Nb: voornamelijk B en C en dan de nadruk op B.

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord: Ja.

7.3

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Aan het begin wordt een contract ondertekend waarin staat dat ze geen drugs mogen gebruiken tijdens hun verblijf op GK, dit geldt ook voor het weekend wanneer ze met verlof zijn.

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: alcohol, wiet

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

- 4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?**

Antwoord: 1 periode (in anderhalf jaar)

- 5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?**

Antwoord: Nee

- 6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?**

- **Welke knelpunten ervaar je hierbij?**

Antwoord: Er wordt vaak op dat moment een maatregel bedacht, die niet altijd streng wordt uitgevoerd. De revalidanten proberen veel uit en komen daar dan mee weg.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord: ik denk dat we met het hele team dezelfde benadering moeten hebben. Het is dus de taak/rol van het hele team. Deze benadering moet van te voren vast staan.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord: Nee – dat vind ik de taak van arts/psycholoog

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord: Dat speel ik door naar PB'er en/of arts

- 7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?**

Antwoord : Ja

- 8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?**

Antwoord: er wordt niet adequaat naar gehandeld en sancties worden ter plekke bedacht.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?
- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
 - b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.**
 - c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
 - d. Anders:

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord: Nee

7.4

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Zoals alle andere revalidanten. Vooraf wordt besproken dat alcohol en drugs niet getolereerd worden in de revalidatie. Als er sprake is van lichte verslavingsproblematiek en de patient zegt het middelengebruik te kunnen staken, dan wordt hij/zij in behandeling genomen. Eventueel wordt de persoon tussentijds getest en vinden er begeleidende gesprekken plaats. Specifiek voor deze groep mensen geldt dat ik als psycholoog hen voorlichting geef over de werking en risico's van middelen in het algemeen en specifiek bij NAH. Tevens aandacht voor een adequatere coping, wordt vaak deel van behandelplan van psycholoog. Als alcohol en drugs een te groot probleem vormen, wordt de patient verwezen naar de verslavingszorg.

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: voornamelijk alcohol, cannabis. Echter ook medicatieverslaving (voornamelijk benzodiazepines), naar inschatting sporadisch ook harddrugs (zoals cocaïne)

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Onduidelijk beleid, wisselende benadering, moeilijk te controleren, twijfelachtige rechtsmatigheid van onze regels, soms blijven mensen gebruiken zonder dat wij dit als team zeker weten.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: 1x

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: redelijk, maar ik weet niet of ik signalen van verschillende soorten drugs zou herkennen.

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- **Welke knelpunten ervaar je hierbij?**

Antwoord: met name niet zeker weten dat iemand gebruikt. Wisselende benadering tussen verschillende revalidanten, mede vanwege deze onzekerheid.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord: ik weet niet zo goed wat je hier precies bedoelt met pedagogisch handelen. Ik zie het wel als mijn taak om het bespreekbaar te maken en binnen de kaders van revalidatie op te pakken. Bij te grote problematiek bespreekbaar maken en verwijzen.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord: ja

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord: Met de revalidant bespreken; reden gedrag samen proberen te analyseren, adequater gedrag proberen aan te leren. Daarnaast bespreken met het multidisciplinaire team en beleid ten aanzien van gebruik bij de revalidant afstemmen.

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord : ja, maar deze is voor mij niet geheel helder. Ik weet overigens niet of deze Groot Klimmendaal-breed geïntroduceerd is of voornamelijk voor de BI.

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord: Vooral helderheid en een duidelijke implementatie.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?
- Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
 - Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
 - Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
 - Anders:

A t/m D: afhankelijk van de problematiek en de ernst ervan. Drugsgebruik met wel stoppen tijdens de revalidatie. Stopt het niet, dan sancties. Anders is met name cognitieve revalidatie niet zinvol. Wat we meer moeten doen is optie C. En t.a.v. D: adequatere coping aanleren.

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord: jazekeer, maar alleen als daar tijd voor beschikbaar gesteld wordt.

7.5

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: rev. Teken een contract en dat is het!

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: wiet en sterke drank

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: ongeremdheid, grensoverschrijdend gedrag, impulsiviteit.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: 3 keer

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: ten dele

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- **Welke knelpunten ervaar je hierbij?**

Antwoord: directief. Benoem direct als ik denk dat ze gebruikt hebben.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord: ja zeker!

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord: ten dele

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord: melden in het team en afspraken over maken.

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord : nee. Wel contract maar naleven???

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord: naleven en consequente aanpak

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
- c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
- d. Anders: alle 3 en scholing personeel!

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord: ja heel graag!

7.6

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

*Wij kunnen de revalidanten hier geen begeleiding in geven.
Dit is niet hun doel waarvoor ze hier komen.*

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

*Moeilijk te zeggen.
Wel in het verleden te maken gehad met soft drugs en alcohol.*

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Ze zijn dan minder gemotiveerd.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Ik denk ongeveer 10 keer gemiddeld genomen.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

*Het vermoeden is er snel maar je kunt er niets mee.
Het staat de revalidatie in de weg.*

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- Welke knelpunten ervaar je hierbij?

*Ik maak het wel bespreekbaar en geef het door aan de arts.
Zo maar iemand van een verslaving afhelpen gaat niet van de ene op de andere dag.
Vaak gebeurt het vaker dan maar 1 keer het komt vaker terug in het revalidatieproces.*

- Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?

*Om het te signaleren wel maar om hier een behandelplan voor te maken niet.
Om het aan te geven dat het binnen Klimmendaal niet gebruikt mag worden dat is zeker mijn taak.
Ook dat het in het revalidatieproces beter is om het niet te gebruiken geef ik ook aan.
Maar hoe verder te gaan met een revalidant dat moet de arts beslissen.*

- Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?

nee

- Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?

Niets

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

ja

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Het wordt niet goed uit gevoerd.
Bij 1 keer gebruik dan is het einde revalidatie.
Je ziet dat meerdere revalidanten toch meer kansen krijgen.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
- Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
- Anders:

D

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

nee

7.7

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:

Tekenen van een contract waarin wordt afgesproken dat alcohol en drugs niet gebruikt mag worden tijdens opname, ook niet in de weekenden.

Ik weet niet of er verder nog concrete afspraken gemaakt worden als er bijvoorbeeld sprake is van verslavend gedrag, waardoor stoppen moeilijk is.

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Van horen zeggen: alcohol (voornamelijk bier) en wiet (joint).

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

Nog geen ervaring mee.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:

Ik werk pas sinds september met deze doelgroep, dus ik heb hier zelf geen ervaring mee.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Ik vind mezelf kundig genoeg om een vermoeden te kunnen hebben, maar ik denk dat we met het gehele team moeten signaleren of er sprake is van alcohol- of drugsgebruik. Een verpleegkundige zal bijvoorbeeld andere dingen zien, dan dat ik als ergotherapeut zie.

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- **Welke knelpunten ervaar je hierbij?**

Antwoord:

Nog geen ervaring mee.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord:

Ik kan daar een aandeel in hebben als het het dagelijks invloeden behandeld, maar ik denk dat hier een grotere rol ligt voor de psycholoog.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord:

Dat denk ik wel, al denk ik dat je hierbij duidelijke afspraken moet maken in een team over wie dit doet en wat er besproken wordt. Er moet één lijn getrokken worden en een duidelijk beleid bepaald worden. Ik kan uit ervaring niet zeggen of dit al op deze manier wordt gedaan.

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord:

Mocht ik weten dat er in de voorgeschiedenis alcohol of drugs aan de orde was, dan zal ik hier meer alert op zijn.

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord:

Binnen Klimmendaal mag geen drugs of alcohol gebruikt worden, maar volgens mij zijn er in de weekenden geen eisen (geadviseerd wordt om het niet te doen).

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord:

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
- c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
- d. Anders:

B en C, maar ook revalidanten bewust te maken van de gevolgen van alcohol en drugs op lichaam en geest.

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord:

Ligt nu niet mijn prioriteit, maar zou kunnen.

7.8

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: I.p. is drugs gebruik een contra indicatie. Wanneer het bij de intake bekend is dat een revalidant gebruikt, wordt er doorverwezen naar b.v. Iriszorg.

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Cannabis, alcohol

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: gedragsproblemen, sufheid/verwardheid

- 4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?**

Antwoord: tussen de 3-5 keer

- 5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?**

Antwoord: Nee

- 6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?**

- **Welke knelpunten ervaar je hierbij?**

Antwoord: Als er sprake is van misbruik, verwijs ik door naar de arts en/of psycholoog om dit probleem op te pakken.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord: Wanneer er door misbruik van drugs problemen ontstaan bij ofwel de revalidant ofwel het systeem van de revalidant, vind ik het mijn taak om dit bespreekbaar te maken. Om er vervolgens een interventie op te zetten vind ik niet direct mijn taak maar de taak van de eindverantwoordelijke in het revalidatie proces, de arts. De psycholoog heeft hierin ook een belangrijke rol in het geven van voorlichting van het gebruik op de werking van de hersenen.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord: Ik denk dat ik hier niet voldoende geschoold in ben. Ik weet ook niet alles van drugs en welke drugs er allemaal bestaan.

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord: Mocht het nog niet bij aanvang bekend zijn, dan bespreek ik dit met de behandelend revalidatiearts.

- 7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?**

Antwoord : Ik heb even gezocht op DMS en wel wat teruggevonden over alcoholbeleid waar ook drugs in mee wordt genomen. Ik wist het dus niet vanuit mezelf....

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord: Mag onder de aandacht!! Duidelijk begeleid. En duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
- c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
- d. Anders:

Zowel b als c

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord: Ja

7.9

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:

Nee

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Cannabis / Alcohol / xtc

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

Moeilijk uit bed komen, moe zijn en daardoor moeite hebben met concentratie, afspraken niet na komen, niet transparant in communicatie, liegen over afspraken die zij niet nakomen.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:

+/- 10 / 15.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Weet ik niet. Moeilijk om aan te geven. Ik vermoed dat er dingen zijn waar ik niks van afweet.

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- **Welke knelpunten ervaar je hierbij?**

Antwoord:

Het is niet te bespreken, want het mag niet. Taboe onderwerp.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord:

Ja indien een revalidant het zelf aangeeft en gemotiveerd is hieraan te werken.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord:

Nee. Ik vindt mijzelf niet deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over dit onderwerp.

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord:

Indien het naar mijn inzicht het programma niet belemmert meld ik het niet.

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord :

Nee

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord:

Openheid over middelengebruik en hoe ga je daar mee om en op deze manier maatwerk te leveren.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
- c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel

van psycho educatie / voorlichting.
d. Anders:

Antwoord:
B en C.

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord:
Ja

7.10

Vragen middelengebruik Groot Klimmendaal Brain intergration programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:
Nee

2. Welke Drugs (inclusief alcohol) worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:
alcohol – cannabis – gokverslaving – cocaïne, maar valt te verwaarlozen.

3. Welke problemen binnen het BIP signaleer je die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:
vermoeidheid – motivatie – te laat komen op afspraken – doel van de revalidatie wordt wat minder scherp.

4. Hoe vaak heb je afgelopen drie jaar met alcohol- en/ of drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:
8 of 10 personen

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:
Redelijk. Ik heb in het ziekenhuis in Den Haag gewerkt waar ik meermaals in aanraking ben geweest met cliënten die midellen gebruikte.

6. Hoe ga jij om met revalidanten die alcohol- drugsgebruiken?

- Welke knelpunten ervaar je hierbij?

Antwoord:

vermoeidheid – motivatie – te laat komen op afspraken – doel van de revalidatie wordt wat minder scherp.

- **Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol- drugsgebruik samenhangen door middel van pedagogisch handelen te benaderen?**

Antwoord:

Ja, je moet er iets mee.

- **Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol- drugs samenhangen?**

Antwoord:

Nee

- **Wat doe je met de informatie (alcohol en of drugs gebruik) die jou bekend is over een revalidant?**

Antwoord:

Ik maak het bespreekbaar met de revalidatiearts.

7. Bestaat er binnen Groot Klimmendaal een alcohol en drugsbeleid?

Antwoord :

Nee. Het is verboden.

8. Zo ja wat mis je in het huidige alcohol en drugsbeleid?

Antwoord:

Het is een no go area, omdat het beleid voor de behandelaren niet duidelijk is.

9. Wat moet volgens jou het doel van drugsbeleid zijn?

- a. Drugsgebruik signaleren en sanctioneren.
- b. Drugsgebruik signaleren en begeleiding bieden.
- c. Revalidanten weerbaarder maken tegen alcohol en drugsgebruik doormiddel van psycho educatie / voorlichting.
- d. Anders:

Antwoord:

Eerst A en dan B.

10. Zou je deel nemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugs preventie?

Antwoord:

Ja

Bijlage 8: Ingevulde nieuwe vragenlijsten respondenten

8.1

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Daar is geen vast protocol van. Revalidanten tekenen bij binnenkomst een alcohol en drugs protocol waarin zij verklaren tijdens opname niet te gebruiken. Mochten zij wel gebruiken en dit bemerkt worden, krijgen zij een waarschuwing. De behandeling kan ook stop gezet worden. Revalidanten worden soms doorverwezen naar IRIS zorg voor ondersteuning bij gebruik. GK doet hier zelf erg weinig aan/mee

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: blowen, cocaïne, GHB, pillen, alcohol

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Therapie ontrouw, moeilijkere ingang voor revalidatie. Alcohol- of drugsgebruik verstoort het evenwicht van de revalidant waardoor werkelijkheid en fictie door elkaar gehaald kunnen worden. De vraag is binnen een behandeling dan regelmatig... wat behandelen we eigenlijk? Komen we wel toe aan revalideren. Zijn wij wel de aangewezen professionals om deze persoon te helpen. Welke problematiek staat er op de voorgrond?

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: Gezien de hoeveelheid van BI revalidanten in de nieuwe situatie weinig. Twee jaar is BI ingehuisd in gebouw A, ongeveer 3 revalidanten
Dat jaar voor inhuizing (in oude situatie gebouw C) ongeveer 4

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Om te signaleren wel. Om daar vervolg aan te geven op een juiste manier niet.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord: gedragsproblemen waar niet in door te komen is. Weinig afstemming van teamleden onder elkaar.

Het behandelteam 'lijkt' lichtelijk in paniek te raken hoe we hier mee om moeten gaan. Er is geen rechtlijnige benadering. Dit geeft voor een revalidant die alcohol en drugsgebruiken alle ruimte om zich niet aan de afspraken te houden. Je bent als verpleegkundige meer puin aan het ruimen en politie agent aan het spelen dan wat anders.

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: Ligt eraan hoe de problematiek is. Als PB'er kan je daar zeker wel een rol in spelen.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord: Nee

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: Bespreek ik met directe collega's en geef ik door aan RA als eindverantwoordelijke of binnen de zijlijn (als dat mogelijk en gepast is) daarnaast benader ik de psycholoog.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: Duidelijkheid hoe hier mee om gegaan wordt. Rol verdeling, wie doet wat.

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol-drugspreventie?

Antwoord: ja

8.2

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Ik ben niet helemaal op de hoogte van de huidige regels. Voorheen was het zo dat er een contract werd opgesteld waarin 3 maal scheepsrecht gold; wanneer betrapt op middelengebruik, werd de behandeling gestaakt. Bij uitzondering werd er via urine getest. Of er dan sprake is van begeleiding is de vraag, het gaat meer om controle.

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Waar we binnen het BIP veelal te maken krijgen met jongeren die zijn vastgelopen in hun dagelijkse leven, is de kans aanwezig dat ze tijdens de zware of vervelende periodes in hun leven naar de fles of de joint grijpen. Het is een goed bedoelde maar onhaalbare kaart om hen van die gewoontes af te helpen in een relatief kort revalidatietraject. De meest voorkomende 'drug' die wordt gebruikt is volgens mij de meest maatschappelijk geaccepteerde; energiedrankjes per pallet.

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Ik signaleer vanuit mijn rol nauwelijks problemen van die aard. Ik heb dan ook geen goed idee hoe ze tot uiting komen in het dagelijkse leven, maar kan me er van alles bij voorstellen.

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: Een aantal keer, maar dit gold voor de hele NAH, niet alleen BIP. Lastig te scheiden.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Nee.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugs gebruiken?

Antwoord: Het ter sprake brengen van verdenkingen is een lastige; wat doe je als je iets meerdere malen ruikt, en als het geen merkbaar effect heeft op het functioneren?

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: Ja, als het invloed heeft op het traject dat ik met de revalidant vorm geef. Zoniet, dan niet.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord: Ja en nee. Het effect van overmatig alcohol- en drugsgebruik heeft nooit een positief effect op iemands functioneren. En ik heb verstand van functioneren. Maar ik geen verstand van specifiek alcohol of drugs, dus zal het gesprek nooit gaan over de alcohol of drugs, maar over het functioneren.

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: Die deel ik met het behandelteam, of in ieder geval met de verantwoordelijk revalidatiearts.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: Duidelijkheid en implementatie. Ik zal het beleid waarschijnlijk ergens in DMS kunnen vinden, maar ik heb geen idee van wat, hoe en wanneer. Wat is mijn rol in het geheel? Wie is er verantwoordelijk voor de effecten van misbruik tijdens het revalidatietraject? Hoe ver ga je in het 'enforcen' van een gekozen beleid?

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugspreventie?

Antwoord: Ja.

8.3

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Ik ben hier niet helemaal goed van op de hoogte maar bij mijn weten tekenen de revalidanten een soort overeenkomst waarin staat dat ze geen alcohol of drugs gebruiken. Bij signalering van drugsgebruik wordt dit tijdens de zijlijn / teambesprekingen ter sprake gebracht en wordt gezamenlijk afspraken gemaakt over het vervolg / sancties

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Alcohol / Marihuana

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Het verleggen van grenzen. Revalidanten binnen het BIP kunnen elkaars gedrag versterken. Als 1 iemand gebruikt, kan een ander in de verleiding komen. Wat betreft problemen die het veroorzaakt is dat revalidanten minder gemotiveerd zijn voor therapie. Ze zijn meer bezig met het leven buiten klimmendaal en staan m.i. niet open om 100% aandacht te besteden aan revalideren.

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: 1 keer een periode van meerdere weken

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Ja, ik ben zelf nog redelijk jong en weet wat drugs en alcohol met iemand kan doen en hoe zich dit kan uitten.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord: Ik ben zelf nooit tegen problemen aan gelopen bij het begeleiden van revalidanten.

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: In eerste instantie niet. Ik vind dat dit eerst in het behandelteam moet worden besproken. Dus therapeuten en art(sen). Aan de hand daarvan kan worden bepaald wie het voortouw neemt in dergelijke situaties. In het verleden was dit de klinisch neuropsycholoog / arts / maatschappelijk werk.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord: Ja

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: zsm terugkoppelen naar het behandelteam. Vanuit daar verder redeneren.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: Soort van duidelijk plan wat wel / niet kan. In het verleden heb ik gemerkt dat er niet altijd een rechtlijnig plan is omtrent drug / alcohol gebruik. Ik denk dat er nog uitgebreider op papier moet komen staan wat het beleid is ten aanzien van gebruik. Om onduidelijke situaties te voorkomen en ervoor te zorgen dat iedere revalidant gelijk behandeld wordt.

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugspreventie?

Antwoord: Ja

8.4

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Revalidanten moeten bij opname een overeenkomst tekenen omdat ze geen alcohol en drugs mogen gebruiken tijdens de opname hier op GK.

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Wiet, Bier, Wijn.

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: Ontwijkend gedrag. Moeilijk aanspreekbaar en slecht uit bed kunnen komen. Agressie staat wat meer op de voorgrond. Gevoelens van onveiligheid bij revalidanten en behandelaars.

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: 1 of 2 revalidanten mee gemaakt die onder invloed waren van drugs. En van alcohol.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: ik ben nog niet zoveel revalidanten tegen gekomen die onder invloed waren, dus ik kan niet zeggen dat ik mezelf kundig genoeg vind.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord: Revalidanten die alcohol en/of drugs gebruiken zijn mijn inziens niet gemotiveerd om te revalideren en moeten daar mee geconfronteerd worden.

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: Ja ik zie het wel als mijn taak.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord: Op dit moment niet helemaal. Ik zou mezelf eerst heel goed moeten inlezen.

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: Ik leg dit neer bij de arts. Zal dit ook tegen een revalidant zeggen.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: er staat in dat revalidanten wanneer ze alcohol en drugs gebruiken ontslagen kunnen worden..... maar gebeurt dit dan ook? En door wie dan??

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol-drugspreventie?

Antwoord: ja zeker.

8.5

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Het is eigenlijk zo dat revalidanten die opgenomen worden een contract moeten ondertekenen dat ze gedurende de duur van de opname geen alcohol en drugs zullen gebruiken, doen ze dit toch dan volgt ontslag. In de praktijk krijgen revalidanten vaak nog een waarschuwing/tweede kans. Dus van begeleiding als ze toch gebruiken is eigenlijk geen sprake!

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: De keren dat wij iets gemerkt hebben van middelengebruik ging het meestal om het drinken van bier of blowen, mogelijk ook wel eens cocaine maar zeker weten we dat niet.

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: We weten nooit zeker of problemen samenhangen met middelengebruik omdat ze door het letsel vaak ook afwijkend gedrag vertonen. Gedrag wat we veel zien is ontwijken, niet aan afspraken houden, moeilijk uit bed komen, niet gemotiveerd enzv.

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: Niet echt bij gehouden, maar denk een keer of drie.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: We zijn niet specifiek gericht op het signaleren hiervan maar vaak als mensen opgenomen worden is al bekend dat ze wel eens wat gebruiken. In dat soort gevallen ben je extra alert en signaleer je wel eens wat.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord: Ze laten zich vaak moeilijk aanspreken, zijn ongrijpbaar en niet altijd te vertrouwen. Beloven van alles wat ze vervolgens niet nakomen.

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: Niet echt omdat we daar niet in zijn gespecialiseerd en te weinig van af weten. Als het zich voordoet wordt er vaak dan pas afgesproken hoe we het gaan aanpakken.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord: Nee, is ook erg afhankelijk van de band die je met een bepaalde revalidant hebt.

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: Bespreekbaar maken binnen de rest van het behandelteam.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: Naar mijn idee wordt er nu een ad-hoc beleid gevoerd waardoor je achter de feiten aanloopt en niet meteen weet hoe te handelen als het zich voordoet. Er moet een duidelijk beleid komen.

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol-drugspreventie?

Antwoord: Ja zeker.

8.6

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord:

Alcohol en drugs gebruik is verboden tijdens de revalidatieperiode. Dus van begeleiding is niet echt sprake.

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Gebeurt niet openlijk dus het gaat om vermoedens. Bij sterke vermoedens wordt/werd er wel eens een urinetest gedaan.

Meestal gaat het om alcohol of softdrugs

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord:

- Verkeerde of geen vrienden/kennissenkring
- Slecht structuur aan kunnen brengen in de dag
- Moeite om de juiste keuzes te maken en daar voor te gaan.
- Werken aan de toekomst wordt belemmerd
- Niet gelukkig zijn

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord:

Lastig te zeggen omdat het niet openlijk gebeurt

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord:

Kan beter.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord:

Is een belemmerende factor bij revalidatie

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord:

Hangt af van de modules die de revalidant volgt. Lijkt me niet goed als iedereen zich er mee gaat bemoeien. Dat hier in het team goede afspraken over gemaakt worden lijkt me van belang.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord:

Ja

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord:

Zoeken naar de juiste weg om de revalidant en de revalidatie kans van slagen te geven. Is moeilijk een standaard antwoord op te geven.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord:

Het huidige zero tolerance beleid wordt niet strikt uitgevoerd en schept dus regelmatig onduidelijkheid in plaats van duidelijkheid.

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol-drugspreventie?

Antwoord:

Ja, dat zou kunnen.

8.7

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: beleid tav drugs en alcohol is mij onbekend. kan me voorstellen dat er n.a.v. teamoverleg duidelijke afspraken opgesteld worden met revalidant.

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: geen ervaring mee. wel eens meegemaakt op andere afdeling dat er bier, sterke drank werd gehouden. drugsgebruik naar mijn weten niet meegemaakt.

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: geen idee of de problemen die ik signaleer (bijv. concentratieproblemen, agressie, ontremd gedrag) samenhangen met daadwerkelijk drugsgebruik.

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: Werk slechts een paar maanden op de bi. Naar mijn weten nog niet mee te maken gehad.

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: nee, onvoldoende kennis en ervaring in.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord:
nog niet ervaren.

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: wel, na overleg en afspraken t.a.v. beleid hieromtrent.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord:
dat hangt ook af van bijv. de complexiteit van de problematiek en de cognitie van een revalidant en de eigen vertrouwensrelatie die een behandelaar met revalidant heeft.

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: waarschijnlijk bespreken met vp en arts.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: weet ik niet

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol- drugspreventie?

Antwoord: waarschijnlijk niet als logopedist.

8.8

Vragenlijst middelengebruik Groot Klimmendaal Brain Integration Programma.

1. Hoe begeleidt Groot Klimmendaal revalidanten binnen het BIP die alcohol of drugs gebruiken?

Antwoord: Alcohol en drugs zijn niet toegestaan tijdens opname in groot Klimmendaal. Revalidanten tekenen bij opname en alcohol en drugs contract. Als wij erachter komen dat er toch alcohol of drugs gebruikt wordt dan wordt dit aan de arts gemeld en volgt meestal een gesprek met revalidant en arts. Soms blijft het bij een waarschuwing maar meestal volgt direct ontslag.

2. Welke alcohol en/of drugs worden volgens jou gebruikt door revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Ik heb alleen meegemaakt dat ze blowen. Verder is het lastig te achterhalen als er meer gebruikt wordt.

3. Welke problemen bij revalidanten binnen het BIP signaleer je, die met alcohol- of drugsgebruik samenhangen?

Antwoord: de revalidanten die veel blowen en daarbij hersenletsel hebben, daarbij merk ik dat ze vaak sloom/loom zijn. Geen structuur hebben/kunnen aanhouden.(verder durft ik het niet zo te zeggen want heb het nog niet veel mee gemaakt)

4. Hoe vaak heb je de afgelopen drie jaar met alcohol- en drugsgebruik binnen het BIP te maken gehad?

Antwoord: 2 a 3 x

5. Vind jij jezelf kundig genoeg om alcohol- en drugsgebruik te signaleren bij revalidanten binnen het BIP?

Antwoord: Nee, ik heb hier weinig verstand van en wij hebben hier nooit een cursus in gehad. Je hebt vaak wel vermoedens maar je kan het niet bewijzen.

6. Tegen welke problemen loop jij zelf aan bij het begeleiden van revalidanten die alcohol- en of drugsgebruiken?

Antwoord: Vaak niet gemotiveerd/sloem/loom/niet aan afspraken kunnen houden en geen structuur kunnen aanhouden.(moeilijk opstaan)

7. Zie je het als jouw taak/ rol om problemen die met alcohol en drugsgebruik samenhangen bespreekbaar te maken met de revalidant?

Antwoord: Deels, maar ik vind dat een arts hier ook een grote rol in kan spelen. Die hebben vaak wat meer overwicht op iemand dan v&v. Wij kunnen de voorbeelden aandragen en de arts de gevolgen ervan.

8. Vind jij jezelf deskundig genoeg om een open gesprek te voeren met revalidanten over problemen die met alcohol en drugs samenhangen?

Antwoord: Nee. Zoals ik al zei wij hebben hier nooit een scholing/cursus in gehad. Wij zijn meer gericht op het hersenletsel. Al ben je wel allert als je weet dat iemand in het verleden alcohol of drugs gebruikte.

9. Wat doe je met de informatie over alcohol- en drugsgebruik die jou bekend is over een revalidant?

Antwoord: Ik hou dit in mijn achterhoofd. En benadruk bij een opname dat drugs en alcohol niet is toegestaan en wat de gevolgen zijn als dit wel gebruikt wordt.

10. Wat mis je in het huidige alcohol- en drugsbeleid?

Antwoord: Een duidelijk aanspreekpunt. En als wij de vermoedens hebben is het vaak de vraag..wie pakt dit op?Wordt het getest?..en wat zijn de gevolgen?? Ontslag??Eerst een waarschuwing?? Dit is mij niet duidelijk. En ook als er dan ontslag volgt..wat wordt er verder gedaan in het proces met de revalidant(krijgt hij dan nog ondersteuning in het stoppen met alcohol/drugs/hersenletsel)Vaak is er dan geen begeleiding meer voor de revalidant, en zal hij/zij helemaal vervallen in oud gedrag.

11. Zou je deelnemen aan een werkgroep met als doel alcohol-drugspreventie?

Antwoord: Op zich wel al wil ik mij meer richten op het hersenletsel van revalidanten. Alcohol/drugs kan wel een bijkomend probleem zijn.

Bijlage 9: Startdocument

Startdocument

O&I

Joey Heijssen, Dennis Hoving

Projectgroep

Joey Heijzen (485113)	06-26 99 13 38	joeyheijzen@gmail.com
Dennis Hoving (486453)	06-24 95 00 21	dchoving@gmail.com

Instelling

Grootklimmendaal Heijenoordseweg 5 6813 GG Arnhem	026-352 61 00
---	---------------

Praktijkbegeleider

Martin Raanhuis	026-352 61 00	m.raamhuis@grootklimmendaal.nl
-----------------	---------------	--

Praktijkdocent

Roeland Harms	06-44 71 02 79	Roeland.harms@han.nl
---------------	----------------	--

Inleiding

Wij, Joey Heijssen en Dennis Hoving, willen ons onderzoek doen bij revalidatiecentrum GrootKlimmendaal (hierna GK). Joey loopt hier stage, binnen het expertisecentrum jongvolwassene op de afdeling Brain Integration Programme (hierna BIP), als revalidatie maatschappelijk werker.

Het BIP is gericht op mensen tussen de 18 en 30 jaar oud met Niet Aangeboren Hersenletsel (hierna NAH). Onder NAH verstaat GK alle hersenbeschadigingen die niet in het eerste levensjaar, maar later zijn ontstaan. Dit letsel kan ontstaan zijn door een (verkeers)ongeval of een ziekte, zoals hersenbloedingen, infarcten en tumoren in de hersenen (RMC Groot Klimmendaal, 2011). De oorzaak van het hersenletsel dient daarbij stationair (dus niet progressief) te zijn. GK onderscheidt twee fases in de revalidatie: de primaire en de secundaire fases.

In de eerste revalidatiefase heeft revalidant gewerkt aan basisvaardigheden zoals: lopen, armfunctie, spreken, dagelijkse activiteiten en cognitie.

Het BIP richt zich op tweede fase revalidatie. Hierin wordt er gewerkt aan de afstemming tussen wonen, werk en/of dagbesteding, vrijetijdsbesteding, sociale contacten, relaties en zingeving, ook wel de maatschappelijke participatie genoemd.

Probleemomschrijving

GK loopt tegen het probleem aan dat revalidanten binnen het BIP middelen gebruiken terwijl dit gedurende het revalidatie proces verboden is. Tijdens teambesprekingen werd meermaals gesproken over het aanscherpen van beleid omtrent middelengebruik. Wij kregen te horen dat het onderwerp middelengebruik al eerder een agendapunt was en dat er iets mee moest gebeuren. Dit geeft aan dat de organisatie het probleem zowel herkend als erkend. Wij zijn dit signaal verder gaan onderzoeken, door er met sleutelfunctionarissen over te praten en literatuuronderzoek over dit onderwerp te verrichten. Wij kwamen schokkende cijfers tegen over middelengebruik in combinatie met NAH welke hieronder verder staat uitgeschreven. Middelengebruik heeft volgens Bulthuis (2011) een nadelig effect op het revalidatieproces. Dit geeft aan dat de situatie hoe dat hij nu is een probleem is. Om een duidelijke omschrijving van het probleem te geven, hebben wij gebruik gemaakt van de FRESU-criteria (frequentie, relevantie, ernst, specificiteit en uitvoerbaarheid van de analyse). Hieronder worden die criteria toegelicht.

Frequentie

Uit onderzoek van de neuropsycholoog Boelhuis (2011) blijkt dat 30% van de mensen met NAH een voorgeschiedenis heeft met middelengebruik. Na het letsel krijgt 20% van de niet eerder verslaafde slachtoffers te maken met verslavingsproblematiek (Bulthuis, 2011). Dit zijn stevige cijfers die wijzen op de omvang van het probleem, zeker gezien volgens Lloyd (1998) het gebruik van middelen op jonge leeftijd een goede voorspeller is voor verslavingsproblematiek, dit geeft dan ook direct de ernst van het probleem aan. Bovenstaande is een goede indicatie voor de omvang van het probleem onder mensen met NAH. In de praktijk merken behandelaars van het Brain Integration Programme (BIP) geregeld dat er sprake is van middelengebruik onder revalidanten. Wij omschrijven geregeld, omdat wij niet weten hoe vaak het precies is signaleerd. Hier

zijn geen rapportages van bekend. De problemen zijn blijkbaar dusdanig vaak gesignaleerd, dat deze in de teambespreking een agendapunt waren. Ook hebben wij contact gehad met een ander revalidatiecentrum (Noorderbrug, te Groningen), waar tegen hetzelfde probleem bestaat.

Relevantie

GK is verantwoordelijk voor het wel en wee van zijn revalidanten en de begeleiding van hen. Uit onderzoek blijkt dat drugs geen positief effect heeft op het wel en wee van mensen met NAH. Deze doelgroep is zelfs nog gevoeliger voor de nadelige effecten van middelengebruik dan mensen zonder NAH. Dit komt doordat het brein van deze doelgroep al aangetast is en hierdoor gevoeliger is voor de nadelige effecten van middelengebruik (Bulthuis, 2011). Aangezien in de teambespreking dit onderwerp op de agenda stond, erkent de organisatie dat het een probleem is en dat ze er iets mee moet doen. GK kan de verantwoordelijkheid niet bij een andere organisatie neer leggen. Ze zou mogelijk wel een andere organisatie kunnen betrekken bij het uitvoeren van een preventieve interventie die gericht is op middelengebruik. Dit geeft aan dat het signaal relevant is voor GK.

Ernst

De gevolgen van problematisch middelengebruik zijn aanzienlijk voor het individu, zijn of haar directe omgeving en de maatschappij (Dijkstra & Branden, 2010; Bransen et al., 2008; Brookman-Frazee et al., 2009; Knorth & Dubbeldam, 1995). Dit geeft aan dat de ernst aanwezig is. Van problematisch middelengebruik, is de stap naar een verslaving klein. Olivier (2006) schrijft in een artikel over 'verslaving' dat het verdeeld is over de volgende 4 fases:

1. Experimentele fase: de veelal jonge mensen gaan middelen proberen.
 2. Sociaal gebruik: gebruikers zoeken naar een goede balans van enerzijds het gebruik maken van het middel, en anderzijds naar het niet hebben van de nadelige gevolgen hiervan.
 3. Problematisch middelengebruik: het middel gaat een grote rol spelen in iemands leven. Dat kan spontaan gebeuren (door dood of echtscheiding), of het verloopt geleidelijk.
 4. Verslaving: de persoon kan niet meer zonder het middel. Er kunnen schadelijke gevolgen optreden op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied.
- Gezien de toekomst, waarin het sociale netwerk sterk moet zijn (participatie wet), is het van belang te voorkomen dat revalidanten verslaafd raken, omdat zij dan hun sociale netwerk kunnen verliezen.

In de visie en missie van GK staat omschreven dat er gestreefd wordt naar een zo goed mogelijke participatie van de revalidanten in de maatschappij. Die participatie wordt niet bereikt op het moment dat revalidanten middelen gebruiken. De gevolgen van middelengebruik bij mensen met NAH zijn namelijk, dat de cognitieve problemen verergeren (ontremming, depressie, epilepsie). Middelengebruik remt het genezingsproces, het heeft een intenser effect op het beschadigde brein, het interfereert met andere medicatie en kan leiden tot nieuw hersenletsel (Bulthuis, 2011). Indien er geen actie ondernomen wordt op dit signaal, zal dit de visie en missie van GK in de weg blijven staan, wat een ernstige zaak is.

Specificiteit

Het signaal verwijst naar meerdere kanten van GK:

1. de beleidsvisie op middelengebruik;
2. de interventies die reeds ingezet worden om deze beleidsvisie na te streven;
3. de revalidanten;
4. de behandelaren;
5. de ketenpartners.

Er zijn dus verschillende onderdelen betrokken bij dit signaal die verder geëxploreerd moeten worden middels literatuur- en praktijkonderzoek. Wij gaan ons specifiek richten op een preventie maatregel tegen middelengebruik binnen het BIP.

Uitvoerbaarheid van de analyse

Er is weinig literatuur beschikbaar over middelengebruik van mensen met NAH in de leeftijd 18 tot 30. Onze neuropsycholoog op GK bevestigde dit. Wel gaf hij aan dat een transfer mogelijk zou kunnen zijn. Er is namelijk wel voldoende literatuur beschikbaar over adolescenten, NAH, de voor- nadelen van 'het wonen in een instelling' en middelengebruik en preventie op middelengebruik. Om deze reden zullen wij een theorietransfer moeten maken voor de analyse van het verslag. Daarnaast gaan wij onderzoek doen naar Good Practices op het gebied van middelengebruik. Wij zullen gebruik maken van Good Practices bij onder andere: Trimbos, Iriszorg, Loket Gezond Leven, Nederlands Jeugd Instituut. Voor het praktijkonderzoek ga ik het personeel en de revalidanten bevragen. Verder zijn er voldoende mensen aanwezig met kennis van NAH.

Welke betrokkenheid hebben Dennis en Joey met het onderwerp van het onderzoek, waar ligt hun motivatie?

Dennis: Ik werk nu in de VG-sector en loop stage in de GGZ, waar ik ook bewoners heb met NAH-problematieken. Geen van hen zijn verslaafd aan middelen. De doelgroep van ons onderzoek is uniek, omdat er nog relatief weinig over bekend is. Door deel te nemen aan dit project hoop ik meer te leren over wat we onder middelengebruik moeten verstaan, en wat de gevolgen van middelengebruik zijn bij mensen met NAH. Ik vind het belangrijk om mij als maatschappelijk werker breed te ontwikkelen.

Joey: Ik werk reeds met de omschreven doelgroep, om deze reden ben ik hier automatisch bij betrokken. Ik ben gemotiveerd om deel te nemen aan de projectgroep, omdat er over de doelgroep nog relatief weinig over bekend is. Daarnaast zou het mooi zijn om een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteitsverbetering binnen de organisatie, waardoor het revalidatieproces geoptimaliseerd wordt. Als maatschappelijk werker kan ik op deze manier een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg voor de revalidanten.

Er is een duidelijke definitie van het projectresultaat.

Het aandragen van handvatten om een preventieve maatregel te ontwikkelen om middelen gebruik bij revalidanten te voorkomen. Zie hiervoor de onderstaande vraagstelling.

Vraagstelling: *Wat is een passende alcohol- en drugspreventie voor revalidanten (18-30 jaar) in het Brain Integration Programme (BIP)?*

Doelstelling: *Doelstelling van dit onderzoek is het nagaan wat GK kan doen om middelengebruik binnen het BIP te voorkomen dan wel te beperken. Om hier een goed antwoord op te kunnen geven is het belangrijk om te weten wat de risicofactoren van middelengebruik zijn voor deze doelgroep, zodat daar preventief kan worden gehandeld. Wanneer er preventief ingegrepen kan worden, dan bevordert dit de revalidatie.*

Er zijn (voorlopige) kwaliteitseisen geformuleerd voor het projectresultaat waarbij onderscheid is gemaakt tussen, functionele en operationele eisen.

Functioneel:	Operationeel:
Begeleiders kunnen revalidanten beter begeleiden Vroegsignalering op alcohol- en drugsgebruik	Het sluit aan bij het beleid. De organisatie streeft haar eigen visie na.

Er is een plan van aanpak waarin de verschillende fases van het project, de inhoudelijke activiteiten en beoogde resultaten per fases worden beschreven.

Maand:	Doelstelling(en):	Wie, waar en wanneer:
Januari	Startdocument Vraagstelling Feedbackmoment	Joey + Dennis Joey + Dennis Roeland, nader te bepalen
Februari	Opstart maken met het verslag/aanleiding v.h verslag (lay-out) Deelvragen opstellen Praktijkonderzoek uitvoeren Beginnen met literatuuronderzoek	D.m.v. Dropbox Joey + Dennis Joey + Dennis Joey + Dennis Joey + Dennis
Maart	Deelvragen beantwoorden (beginnen) Praktijkonderzoek analyseren Aanleiding afronden met de vraagstelling Feedbackmoment	Joey + Dennis Joey + Dennis Joey + Dennis Roeland, nader te bepalen
April	Analyse (theorie en praktijk samenbrengen) Conclusie schrijven Start maken voor aanbevelingen/implementatie Feedbackmoment Afspraak maken voor de presentatie	Joey + Dennis Joey + Dennis Nader te bepalen Roeland, nader te bepalen Joey of Dennis
Mei	Analyse/conclusie perfectioneren Aanbevelingen vertalen naar concrete handvatten voor de praktijk-methodisch maken	Joey + Dennis Joey + Dennis Joey + Dennis

	De methoden verantwoorden Feedback moment Presentatie van het verslag op de praktijkplek	Roeland, nader te bepalen Joey + Dennis
Juni	Het concept-verslag eventueel verbeteren Extra ruimte voor eventuele onvoorziene gebeurtenissen	Joey + Dennis en Roeland Hopelijk niet nodig

Er zijn afspraken beschreven die van belang zijn voor de beheersing van het project; tijd, kwaliteit, geld, faciliteiten, informatievoorziening, organisatie.

Tijd:	Stage-uren Tijd voor de presentatie op de praktijkplek Verder, zie tijdsplanning
Kwaliteit:	Door nauwkeurigheid en zorgvuldigheid Bronnen en paradigma triangulatie, dit door een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek Inhoudscontrole, zelf en elkaar en eventueel praktijkbegeleider/docent
Geld:	Geld in tijd. Papier en inkt om het product af te drukken Communicatie kosten (brieven, bellen, fax, ect.)
Faciliteiten:	Computer van de stage Beschikbare ruimte voor de presentatie met beamer
Informatievoorziening:	Tussentijdse- presentatie Projectoverleg met praktijkbegeleider- docent Per mail
Organisatie:	Zie planning Praktijkdocent houdt controle op het onderzoeksproces Praktijkbegeleider houdt controle op de inhoud en aansluiting op de praktijk

Er is geanticipeerd op de obstakels waarmee rekening moet worden gehouden en oplossing die men daarvoor heeft bedacht.

Er is weinig literatuur beschikbaar over middelengebruik van mensen met NAH in de leeftijd 18 tot 30 jaar. Onze neuropsycholoog op GK bevestigde dit. Wel gaf hij aan dat een transfer mogelijk zou zijn. Om deze reden zal ik een theorie transfer moeten maken voor mijn analyse en preventieve interventie. Er is namelijk wel voldoende literatuur beschikbaar over jeugd en middelengebruik en de preventie op middelengebruik. Daarnaast ga ik onderzoek doen naar Good Practices op het gebied van middelengebruik. Ik ga gebruik maken van o.a: Trimbos, IrisZorg, loket gezond leven, Nederlands jeugd instituut. Voor mijn praktijkonderzoek ga ik het personeel en de revalidanten bevragen. Verder zijn er voldoende mensen aanwezig met kennis van NAH.

Literatuurlijst:

Bransen, E., Schippers, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapten jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Brookman-Frazee, L., Baker-Ericzen, M., Stahmer, A., Mandell, D., Haine, R.A., Hough, R.L. (2009). *Involvement of Youths with Autism Spectrum Disorders or Intellectual Disabilities in Multiple Public Service Systems*. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disability*, 2(3): 201-219.

Bulthuis, F. (2011, 11 06). *www.docstoc.com*. Opgeroepen op 11 4, 2013, van .docstoc: <http://www.docstoc.com/docs/81482585/NAH-en-Verslaving>

Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Knorth, E.J., & Dubbeldam, J.W.E. (1995). *Plaatsing in de jeugdverlening. Een onderzoek bij 119 adolescenten*. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 34, 115-127.

Lloyd, C. (1998), „Risk, vulnerability and problem drug use: identifying high-risk groups”, *Drugs: education, prevention and policy*, 5: 217-232.

RMC Groot Klimmendaal. (2011, Febr 17). *RMC Groot Klimmendaal specialist in revalidatie* . Opgeroepen op Nov 26, 2013, van RMC Groot Klimmendaal specialist in revalidatie :

Olivier, E.J.F.L. & Wijdeveld, A.G.M. & Wetering, B.J.M. van de. (2006). *In gesprek over verslaving*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, blz 3. 16 februari 2014

Onderzoek en Innovatie MWD deeltijd, studiejaar 2013-2014.

Aanvraagformulier voor goedkeuring van een door deeltijdstudenten geworven projectopdracht

Deze aanvraag is ingediend door:

Naam	Vt/Dt	Student-nummer	Email adres	telefoon
1. Joey Heijssen	DT	485113	joeyheijssen@gmail.com	0626991338
2. Dennis Hoving	DT	486453	dchoving@gmail.com	0624950021
3.				
4.				

Datum van indiening van deze projectaanvraag: 17 februari 2014

Akkoord van de opdrachtgever:

Ondergetekende gaat akkoord met deze projectaanvraag.

Namens instelling/lectoraat: RMC Grootklimmendaal

Naam: Raanhuis, M

Functie: Praktijkbegeleider

Datum: 17 februari 2014

Handtekening

A. Gegevens van instelling/lectoraat.

Naam opdrachtgevende Instelling/lectoraat:

Afdeling: Unit 1 groep 4

Postbus: 9044

Postcode en plaats: 6800 GG Arnhem

Bezoekadres: Heijenoordseweg 5

Postcode en plaats: 6800 GG Arnhem

Contactpersoon of -personen:

Naam: Raanhuis, M

Functie: Maatschappelijk werker, praktijkbegeleider

Vaste telefoon: 026-352 61 00

Mobiele telefoon:

E-mailadres: m.raanhuis@grootklimmendaal.nl

Website van de instelling:	www.groot klimmendaal.nl

B. Korte beschrijving van de organisatie.

Beschrijf de voor deze onderzoeksopdracht relevante kenmerken van de instelling/organisatie? (doelstellingen, cliëntgroepen/ - problematieken, organisatie, positie van het Maatschappelijk Werk in de organisatie)

RMC Grootklimmendaal is een revalidatiecentrum dat zich onder andere richt op het revalidatie proces van mensen met NAH (niet aangeboren hersenletsel). Hierin wordt onderscheid gemaakt in primaire en secundaire revalidatie.

Primaire revalidatie houdt in dat het hersenletsel recent is ontstaan.

Secundaire revalidatie richt zich op de stap terug in de maatschappij. De missie van de organisatie hierin is dat revalidatie zo hoog mogelijk participeren in de maatschappij. Het Brain Integration Programma (BIP) is hier ook op gericht alleen de leeftijd van de doelgroep hiervan ligt tussen de (18 t/m 30 jaar oud).

Werkwijze

In het BIP wordt er gewerkt in een multidisciplinair team. Hierin zitten de volgende disciplines in fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedie, psycholoog, cultureel werk, cognitief trainer, verzorging en maatschappelijk werk.

De maatschappelijk werker heeft in deze de positie van contactpersoon tussen het sociale netwerk en revalidant. Daarnaast werkt de maatschappelijk werker (MW) samen met de revalidant aan praktische zaken, zoals het aanvragen van voorzieningen. Daarnaast begeleidt de MW de revalidant in het stuk psychosociale hulpverlening/verwerking.

Meermaals is gebleken dat er drugs/alcohol wordt gebruikt onder revalidanten van het BIP. Onder drugs wordt cannabis verstaan. In het vervolg zal ik dit benoemen als middelgebruik. Uit onderzoek is gebleken dat middelengebruik de revalidatie beperkt. Ook is het zo dat dit eerder een agendapunt is geweest.

Cliënten

Mensen met NAH (18-30 jaar) die bezig zijn met hun secundaire revalidatie.

Onze doelstelling

Het doen van aanbevelingen voor een mogelijke, preventieve interventie gericht op beperken/voorkomen van middelen gebruik bij revalidanten van 18-30 jaar in het BIP-programma.

C. Beschrijving van de aanleiding voor deze projectopdracht:

Beschrijf de achtergronden, problemen, ontwikkelingen e.d. die de aanleiding vormen om deze onderzoeksopdracht te formuleren?

De aanleiding staat omschreven in bovenstaande kopje.

D. Doel en eindresultaat van de onderzoeksopdracht.

a. Wat is het **doel** van de onderzoeksopdracht? Welke bijdrage kan de onderzoeksopdracht leveren wordt aan **innovatie**? (bv. nieuw aanbod, verbeterde dan wel nieuwe methodieken/ werkwijze samenwerkingsvormen,etc.)

Ik wil mij gaan richten op alcohol- en drugspreventie in de periode van het BIP, dus nog niet de periode daarna. Voor de periode hierna zal op een later stadium verder onderzoek gedaan moeten worden ten einde hier een goed antwoord op te kunnen geven.

Doelstelling:

Het doen van aanbevelingen voor een mogelijke, preventieve interventie gericht op beperken/voorkomen van middelen gebruik bij revalidanten van 18 tot 30 jaar in het BIP-programma.

b. Welk **eindresultaat** moet de onderzoeksopdracht opleveren (m.a.w. waaruit bestaat het eindproduct dat verwacht wordt? Wat is er klaar als het project klaar is?)?

Zie Doelstelling hier boven.

NB. Afspraken over de definitieve, uitgewerkte omschrijving van onderzoek en projectresultaat worden in een later stadium (contract, startdocument) vastgesteld in overleg tussen opdrachtgever en student(en).

Criteria voor de beoordeling en goedkeuring van de projectopdracht.

De projectopdracht moet voldoen aan de volgende criteria:

1. De projectopdracht is relevant voor de ontwikkeling van het beroep maatschappelijk werk.
2. De projectopdracht is gericht op het tot stand brengen van een vernieuwend projectresultaat op het gebied van ontwikkeling van methodiek, organisatie, beleid en/of kwaliteitszorg.
3. Het project zal zowel Onderzoek als Innovatie omvatten.
4. Praktijkgericht onderzoek zal een substantieel deel van het project uitmaken.
5. De projectopdracht is voldoende haalbaar binnen de beschikbare studietijd.
6. De opdrachtgever biedt voldoende faciliteiten en begeleiding.
7. De projectopdracht is voldoende complex en vernieuwend om toe te kunnen werken naar een resultaat op HBO-niveau (zie de beoordelingscriteria voor Onderzoek en innovatie).

Geef hieronder de informatie die noodzakelijk is om te kunnen beoordelen of het project voldoet aan de gestelde criteria. Mocht de informatie al in het aanvraagformulier zijn opgenomen, neem die informatie dan toch ook op bij het betreffende criterium.

1. Wat is het belang van de projectopdracht in het licht van de doelstelling en beroepspraktijk van het Maatschappelijk Werk?

Toelichting

De maatschappelijk werker bevordert het tot zijn recht komen van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving. De maatschappelijk werker draagt actief bij aan een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid van de cliënt (NVMW, 2010). De organisatie wil dat revalidanten zo hoog mogelijk participeren in de maatschappij. De visie van het NVMW sluit hierop aan. Momenteel komt het voor dat revalidanten middelen gebruiken, wat bovenstaande doelstelling in de weg staat.

2. De vraag veronderstelt een innovatief antwoord op het terrein van methodiekontwikkeling dan wel van organisatie, kwaliteitszorg en beleidsontwikkeling.

Op welke van deze terreinen beweegt de opdracht zich?

Toelichting

De opdracht richt zich op een aanbeveling voor een methodiek, die ervoor zorgt dat de kwaliteitszorg geborgd blijft, voor het behoud van de HKZ certificering.

3. Is de opdracht gericht op het realiseren van een vernieuwend projectresultaat op basis van theoretisch en praktijkgericht onderzoek, inclusief een implementatieplan en een verantwoording?

Toelichting

Momenteel bestaan er, voor zo ver bekend, nog geen preventiemethoden voor

deze doelgroep.

Om hier goed antwoord op te kunnen geven gaan wij gebruik maken van de volgende bronnen: literatuur onderzoek, behandelaren, revalidanten middel open interviews, *snowball sampling* met ervaringsdeskundigen op het gebied van NAH/middelengebruik.

4. Ziet de opdrachtgever voldoende mogelijkheden om praktijkonderzoek te laten doen? Denk hierbij aan de mogelijkheid voor observatie, vragen te stellen aan relevante informanten en respondenten en aan de beschikbaarheid van schriftelijke/digitale informatiebronnen voor deskresearch (een onderzoeksplan wordt nog niet gevraagd, maar wel moet duidelijk zijn dat praktijkonderzoek mogelijk is).

Toelichting

Ja.

5. Is het behalen van het beoogde projectresultaat, gelet op omvang en complexiteit te doen binnen de daartoe beschikbare uren en tijdsperiode?

Beschikbare tijd

Deeltijd: Studiejaar 2013-2014, semester 1 en 2.

Beschikbare projecturen: 490 uur per student. (Daarnaast 280 uur voor binnenschools onderwijs: cursus 'praktijkgericht onderzoek' en cursus 'innovatie').

Toelichting

Ja.

6. Kan de opdrachtgever de nodige **begeleiding en faciliteiten** bieden die noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van de onderzoeksactiviteiten, bijvoorbeeld: introductie, toegang tot bronnen, regelmatige gesprekken met de student/studenten over de voortgang van het onderzoek?

Toelichting

Ja.

7. Maken de kwaliteit van de **opdracht** en de kwaliteit van de **begeleiding** bij het uitvoeren van de opdracht het realiseren van een projectresultaat op HBO-niveau mogelijk?

Toelichting

Ja.

Stuur het volledig ingevulde formulier (inclusief het akkoord van de opdrachtgever) op als e-mail toe aan ondergetekende.

Veel succes en vriendelijke groet,

namens de opleiding MWD,

Paul Hofman, coördinator van de MWD projecten Onderzoek en Innovatie

Email: paul.hofman@han.nl

Vaste telefoon: 0263336521

Mobiel: 0619032854.

Akkoordverklaring namens de opleiding MWD:

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

