

# Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking

## Een interventieprogramma

### Projectrapportage



Iris Hilderink

Els Bransen

# **Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking**

**Een interventieprogramma**

Projectrapportage

## Colofon

### *Projectleiding*

E. Bransen, Trimbos-instituut

### *Projectuitvoering*

I. Hilderink, Trimbos-instituut

E. Bransen, Trimbos-instituut

J. Bareman (stagiaire)

### *Drukwerk*

Jan te Brinke, Trimbos-instituut

### *Omslagontwerp*

Ladenius Communicatie

### *Beeld*

www.istock.com

### *Financiering*

Ministerie van VWS

### *Pilot-coördinatoren verslavingszorg*

M. Bouts, Mondriaan Verslavingspreventie

H. van Ommen/R. den Ouden, Tactus Verslavingszorg

P. Goedhoop, Centrum Maliebaan

C. van Dam/G. Sieben, Novadic Kentron

### *Pilot-coördinatoren LVG-zorg*

Th. Venselaar, Saxenheem, 's-Heerenloo Kwadrant

L. Linssen, De Koraalgroep (Gastenhof)

M. van Karsbergen/M. Glitz, Lijn 5 OPL

I. Vugs, Amarant

### *Begeleidingscommissie*

J. Blekman, voorzitter, Trimbos-instituut

X. Moonen, Landelijk kenniscentrum LVG

D. Verstegen/M. Leeman, VOBC-LVG

H. Keizer, Tactus Verslavingszorg

B. Langenzaal, ministerie van VWS

A. de Jong, ministerie van VWS

Artikelnummer: AF0996

ISBN: 978-90-5253-679-8

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer AF0996.

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Alcohol en drugsgebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVG)	7
1.2 Een interventieprogramma voor jongeren met LVG en middelengebruik	8
1.3 Projectopzet	9
1.4 Opzet rapport	9
<b>2 Het interventieprogramma jongeren met LVG en middelengebruik</b>	<b>11</b>
2.1 Hoe het interventieprogramma tot stand kwam	11
2.2 Uitgangspunten en visie	11
2.3 Doel	13
2.4 Doelgroep	14
2.5 Inhoud van het interventieprogramma	14
2.6 Pilotstudie	14
2.6.1 Onderzoeksvragen	14
2.6.2 Werkwijze	14
2.6.3 Uitvoering	15
<b>3 Deskundigheidsbevordering</b>	<b>17</b>
3.1 Doel	17
3.2 Doelgroep	17
3.3 Inhoud	17
3.4 Materiaal	18
3.5 Uitvoering	18
3.6 Onderbouwing	19
3.7 Uitkomsten pilotstudie	20
3.7.1 Uitvoerbaarheid van de deskundigheidsbevordering	20
3.7.2 Tevredenheid over de deskundigheidsbevordering	21
3.7.3 Uitkomsten deskundigheidsbevordering	24
<b>4 Ouderbijeenkomst</b>	<b>29</b>
4.1 Doel	29
4.2 Doelgroep	29
4.3 Inhoud	29
4.4 Materiaal	29
4.5 Uitvoering	29
4.6 Onderbouwing	30
4.7 Uitkomsten pilotstudie	30
4.7.1 Uitvoerbaarheid ouderbijeenkomst	30
4.7.2 Tevredenheid ouderbijeenkomst	31
4.7.3 Uitkomsten ouderbijeenkomst	31

<b>5</b>	<b>Voorlichting voor jongeren met LVG</b>	<b>33</b>
5.1	Doel	33
5.2	Doelgroep	33
5.3	Inhoud	33
5.4	Materiaal	33
5.5	Uitvoering	34
5.6	Onderbouwing	34
5.6.1	Brochures	34
5.6.2	Prijsvraag	36
5.7	Uitkomsten pilotstudie	36
5.7.1	Uitvoerbaarheid voorlichtingsprogramma voor jongeren	36
5.7.2	Tevredenheid over het voorlichtingsprogramma	38
5.7.3	Uitkomsten van het voorlichtingsprogramma	38
<b>6</b>	<b>Motivatietraining</b>	<b>41</b>
6.1	Doel	41
6.2	Doelgroep	41
6.3	Inhoud	41
6.4	Materiaal	41
6.5	Uitvoering	41
6.6	Onderbouwing	42
6.7	Uitkomsten pilotstudie	43
6.7.1	Uitvoerbaarheid motivatietraining	43
6.7.2	Tevredenheid over de motivatietraining	44
6.7.3	Uitkomsten van de motivatietraining	44
<b>7</b>	<b>Conclusies en beschouwing</b>	<b>45</b>
7.1	Zijn de doelen van het project behaald?	45
7.2	Wat zijn de voornaamste bevindingen?	45
7.2.1	Deskundigheidsbevordering	45
7.2.2	Ouderavond	46
7.2.3	Voorlichting voor jongeren met LVG	46
7.2.4	Motivatietraining	46
7.3	Conclusies	46
7.4	Is het interventieprogramma geschikt voor landelijke implementatie?	47
	<b>Literatuur</b>	<b>49</b>
Bijlage 1	Instellingen en personen die een bijdragen leverden aan het project	51
Bijlage 2	Samenstelling jury's prijsvraag	53
Bijlage 3	Vragenlijst Deskundigheidsbevordering	55
Bijlage 4	Evaluatievragenlijst Ouderbijeenkomst	63
Bijlage 5	Evaluatievragenlijst Voorlichting voor jongeren met LVG	65
Bijlage 6	Vragenlijst Motivatietraining	67

## Voorwoord

Jongeren met een licht verstandelijke beperking gebruiken vrijwel net zo veel en vaak alcohol en drugs als jongeren in het algemeen. Ook de leeftijd waarop ze met gebruik beginnen verschilt weinig van jongeren in het algemeen. Tegelijkertijd heeft middelengebruik voor hen meer negatieve gevolgen en zijn de gangbare preventie- en behandelmethodieken niet op deze groep jongeren toegesneden. Daarom werken het Trimbos-instituut, instellingen voor verslavingszorg en de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra LVG (VOBC-LVG) sinds 2006 samen aan het ontwikkelen, evalueren en verspreiden van kennis en methodieken om problematisch middelengebruik door deze groep jongeren te voorkomen. Het project waarvan wij hier verslag doen is hier een voorbeeld van.

Voor de omschrijving van mensen met een licht verstandelijke beperking wordt vaak de term LVG gebruikt. Deze term verwijst naar *licht verstandelijk gehandicapt*. Hij wordt gebruikt in de zorg en het beleid voor mensen met een licht verstandelijke beperking en is inmiddels breed ingeburgerd. Niettemin spreken de doelgroep zelf en haar belangenbehartigers liever van beperking dan van handicap, en ook liever van *mensen met* een beperking of handicap dan van *beperkten of gehandicapten*. De reden hiervan is dat mensen niet willen samenvallen met wat hen ontbreekt. Aangezien de term LVB minder ingeburgerd is dan de term LVG gebruiken wij in dit rapport niettemin de term LVG. Jongeren met LVG hebben een lager dan gemiddeld niveau van intellectueel functioneren (IQ 50-85), kunnen complexe sociale situaties moeilijk overzien en zijn minder goed in staat om zich in het dagelijks leven staande te houden. De reden daarvan is dat er dikwijls bijkomende psychiatrische stoornissen zijn, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of medische aandoeningen. Vaak is er daarom blijvende behoefte aan ondersteuning.

In dit rapport beschrijven wij de ontwikkeling en proefimplementatie van een interventieprogramma gericht op het vergroten van kennis en vaardigheden en het vormgeven van beleid om problematisch alcohol- en drugsgebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking te voorkomen. Het programma bundelt de huidige kennis en kunde op dit gebied dankzij de bijdrage van kennis- en expertisecentra en een groot aantal instellingen voor verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Wij bedanken alle personen en instellingen die een bijdrage hebben geleverd van harte voor hun inzet. Daarbij gaat onze bijzondere dank uit naar de organisaties die mee hebben gewerkt aan de proefuitvoering van het programma en de leden van de begeleidingscommissie. Zij staan vermeldt in het colofon. In bijlage 1 staat een compleet overzicht van alle personen en organisaties die een bijdrage leverden aan het programma.

Utrecht, Trimbos-instituut, juni 2010

Els Bransen  
projectleider



# 1 Inleiding

## 1.1 Alcohol en drugsgebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVG)

Het middelengebruik van jongeren in Nederland, vooral het gebruik van alcohol, is relatief hoog en gaat gepaard met schadelijke gevolgen. Verkennend onderzoek bij jongeren met LVG<sup>1;2</sup> laat zien dat de frequentie en de omvang van hun middelengebruik weinig verschilt van dat van hun normaalbegaafde leeftijdsgenoten. Over de motieven voor alcohol- en drugsgebruik van jongeren met LVG is uit de wetenschappelijke literatuur nog weinig bekend. Jongeren met LVG zouden vooral drinken om erbij te willen horen terwijl normaal begaafde jongeren vooral zouden drinken voor de gezelligheid.<sup>3</sup> Een Nederlandse studie laat zien dat jongeren met LVG 'makkelijker kunnen praten' en 'losser worden' als de belangrijkste voordelen van het drinken van alcohol beschouwen.<sup>2</sup>

### Wat is LVG?

De meest gangbare definitie van LVG is die van de American Association of Mental Retardation: het intellectueel functioneren ligt beduidend onder het gemiddelde, daarnaast is er sprake van aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op twee of meer van de volgende tien gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding en werk. Ten slotte manifesteert de verstandelijke beperking zich voor de leeftijd van 18 jaar. Van een licht verstandelijke beperking is sprake bij een IQ tussen de 50 en 70.

In Nederland en ook in deze rapportage wordt een bredere definitie gehanteerd van het begrip LVG. Het gaat dan om mensen met:

- a. Een IQ tussen 50 en 70 of
- b. Een IQ tussen 70 en 85 (zwakbegaafdheid) in combinatie met
  - i. een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en
  - ii. een blijvende behoefte aan ondersteuning.

Een beperkt sociaal aanpassingsvermogen houdt in dat het de persoon niet lukt om zich zonder hulp in sociale situaties te handhaven. Vaak liggen hier psychiatrische stoornissen, leerproblemen, problemen in de thuissituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard aan ten grondslag. Zonder (langdurige) ondersteuning komt de persoon telkens opnieuw in de problemen.<sup>13</sup>

Jongeren in het speciaal onderwijs, waaronder jongeren met LVG, hebben minder kennis van middelengebruik en verslaving en de gevolgen daarvan dan jongeren in het regulier onderwijs.<sup>3</sup> Bovendien mist deze groep de vaardigheden om de risico's van het gebruik van dergelijke middelen in te zien.<sup>4-7</sup> Dat is problematisch omdat de negatieve gevolgen van middelengebruik voor hen groter zijn dan voor andere jongeren. Het gebruik van alcohol en drugs heeft vaak een negatieve invloed op de verstandelijke beperking, mogelijke bijkomende psychische en gedragsproblemen en de effecten van medicatie. Verslavingsproblematiek bij jongeren met LVG staat dan ook meestal niet op zichzelf maar gaat samen met gedragsproblemen en psychische problemen.<sup>8</sup> Meer negatieve en minder positieve levenservaringen hebben een grote en cumulatieve invloed op de aanwezigheid van gedragsproblemen bij jongeren met LVG.<sup>9</sup> Daarnaast hebben jongeren met LVG in een behandelsetting vaker traumatische ervaringen meegemaakt dan andere jongeren met LVG en ervaren ouders van deze jongeren vaker psychische- of verslavingsproblemen.<sup>10</sup> Een longitudinale studie in Australië laat zien dat

kinderen met een of andere vorm van verstandelijke beperking op jonge leeftijd (4-7 jaar) al meer psychische gezondheidsproblemen ervaren dan normaalbegaafde kinderen. Bovendien blijken deze kinderen een grotere kans te hebben op het ontwikkelen van psychische gezondheidsproblemen als ze behoren tot een lage sociaal economische klasse.<sup>11</sup> Vroeg beginnen met alcohol en/of drugs geeft nog een extra verhoogd risico op het ontstaan van problemen op latere leeftijd.<sup>3</sup> Dit vormt mogelijk een verklaring voor de relatief grote bijdrage die de kleine groep kinderen met een verstandelijke beperking (vijftien procent van alle kinderen) levert aan de totale psychische jeugdgezondheidsproblematiek.<sup>11</sup>

De zorgvraag van jongeren met een verstandelijke beperking tot 23 jaar is in Nederland tussen 1998 en 2008 sterk toegenomen van 19.000 jongeren tot 65.000 jongeren. Er is zelfs sprake van wachtlijsten.<sup>12</sup> De wachttijd kan variëren van drie maanden voor ambulante zorg tot een jaar voor verblijf in een orthopedagogisch behandelcentrum. Vooral de instroom in kortdurend verblijf en dagbesteding (met daarbij eventueel begeleiding en/of behandeling, maar geen verblijf) is onder de groep tot 23 jaar groot ten opzichte van oudere leeftijdsgroepen die vaker instromen in langdurige zorg. Gesuggereerd wordt dat de instroom van jongeren vooral te maken heeft met de groep jongeren met LVG met gedragsproblemen of verslavingsproblemen die daardoor thuis en op school niet meer mee kunnen komen.<sup>12</sup>

## **1.2 Een interventieprogramma voor jongeren met LVG en middelengebruik**

Ontmoediging en beperking van alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG is nodig vanwege het verhoogde risico dat deze jongeren lopen op de schadelijke gevolgen ervan. In samenwerking met instellingen voor LVG-zorg en verslavingszorg heeft het Trimbos-instituut daarom, met financiering van het ministerie van VWS, een project uitgevoerd in de periode 2008-2010 gericht op de ontwikkeling, proefuitvoering en evaluatie van een interventieprogramma voor preventie van problematisch alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG.

### *Projectdoelen*

- 1 Ontwikkelen van een gestandaardiseerd interventieprogramma bestaande uit:
  - Voorlichtingsmateriaal voor jongeren met LVG en hun ouders;
  - Voorlichtingsaanbod voor jongeren met LVG;
  - Voorlichtingsaanbod voor ouders en andere opvoeders van jongeren met LVG;
  - Programma voor deskundigheidsbevordering van professionals;
  - Motivatietraining voor jongeren met LVG en problematisch middelengebruik.
- 2 Proefuitvoering van het programma in een aantal regio's
- 3 Evaluatie van de uitvoerbaarheid van het programma en de tevredenheid en uitkomsten bij de deelnemers
- 4 Beschikbaar stellen van het programma voor landelijke implementatie

## **1.3 Projectopzet**

In de periode september – oktober 2008 werd de mogelijke inbreng vanuit organisaties voor verslavingszorg en LVG-zorg in kaart gebracht en een aantal inhoudelijke werkgroepen ingesteld. In de daarop volgende periode (tot april 2009) werd het interventieprogramma ontwikkeld en beschreven en vanaf mei 2009 vond in vier regio's een pilotstudie plaats naar de proefuitvoering van (delen van) het interventieprogramma.

Het landelijke projectteam voerde de regie bij de totstandkoming van het interventieprogramma, coördineerde het veldwerk voor de pilot en voerde de pilotstudie uit. Het bestond uit medewerkers van het Trimbos-instituut. De inhoudelijke werkgroepen waren verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het interventieprogramma. Bijlage 1 vermeldt de samenstelling van deze werkgroepen. Daarnaast fungeerde in elk van de vier regio's een preventiewerker van de verslavingszorg als coördinator voor de pilotstudie, de zogenaamde pilotcoördinator. Een begeleidingscommissie zag erop toe dat de doelstellingen en opzet van het project conform het projectvoorstel werden gerealiseerd. De commissie bestond uit afgevaardigden van de verslavingspreventie, de LVG-sector, het Ministerie van VWS en het Trimbos-instituut.

#### **1.4 Opzet rapport**

De opzet van dit rapport is verder als volgt. Na dit eerste inleidende hoofdstuk volgt hoofdstuk 2 over het interventieprogramma. Aan de orde komen de totstandkoming, uitgangspunten en visie, doel, doelgroepen en inhoud van het programma. Ook beschrijven we in dit hoofdstuk de opzet van de pilotstudie. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 werken we de inhoud en onderbouwing van de verschillende onderdelen van het programma verder uit. Daarbij betrekken we de overwegingen van de inhoudelijke werkgroepen, de wetenschappelijke literatuur en de resultaten van de pilotstudie. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies en aanbevelingen.



## **2 Het interventieprogramma jongeren met LVG en middelengebruik**

### **2.1 Hoe het interventieprogramma tot stand kwam**

Preventiewerkers, gedragswetenschappers en andere deskundigen op het gebied van middelengebruik en LVG ontwikkelden het programma in een vijftal inhoudelijke werkgroepen (bijlage 1). Voorafgaand aan de werkzaamheden van de werkgroepen werd een gezamenlijke inhoudelijke visie geformuleerd (zie paragraaf 2.2). Daarnaast was het kwaliteitsinstrument voor projecten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, de Preffi 2.0<sup>14</sup>, richtinggevend voor het interventieprogramma, met name cluster 6 Interventieontwikkeling. Dit betekent dat de onderdelen van het interventieprogramma idealiter de volgende kenmerken hebben (zie ook kader op pagina 12): 1) Theoretische en praktische onderbouwing: de interventiemethoden zijn afgestemd op doel en doelgroep en er zijn aanwijzingen voor effectiviteit op grond van onderzoek en ervaring, 2) duur, intensiteit en timing zijn afgestemd op de te behalen doelen, 3) aansluiting bij de wensen en de kennis, opvattingen, gebruiken, rollen en mogelijkheden ('cultuur') van de doelgroep, 4) gebruik van effectieve technieken, 5) haalbaar in de praktijk, 6) samenhang met andere interventies/activiteiten op het betreffende gebied en 7) op proef uitgevoerd (zie kader).

Gezien de korte looptijd van het project werd besloten om het onderdeel deskundigheidsbevordering in eerste instantie op de LVG-sector te richten. Om problematisch gebruik te kunnen voorkomen is deskundigheid op het gebied van middelenbeleid en vaardigheid in signaleren en begeleiden door professionals in de LVG-zorg een eerste vereiste. Dit laat onverlet dat de verslavingszorg (inclusief verslavingspreventie) meer deskundigheid op het gebied van LVG en middelengebruik nodig heeft.

De werkwijze van de werkgroepen was als volgt. Begonnen werd met een inventarisatie van het bestaande aanbod op het betreffende gebied en het zo nodig opstellen van aanvullende kwaliteitscriteria voor het specifieke interventieonderdeel waar de werkgroep zich op richtte. Vervolgens werd het geïnventariseerde aanbod beoordeeld aan de hand van deze criteria. Daarna werd een keuze gemaakt voor (aanpassing van) een bepaalde interventie of de ontwikkeling van nieuw aangepast aanbod.

### **2.2 Uitgangspunten en visie**

Uitgangspunt van het interventieprogramma zijn de criteria voor effectieve preventie zoals geformuleerd door Bolier en Cuijpers (2000)<sup>15</sup>:

- 1 Kennis vergroten over de werking, effecten en risico's van alcohol en drugs
- 2 Aanleren van een bij de persoonlijke situatie passende attitude ten aanzien van middelengebruik (persoonsgerichte benadering)
- 3 Versterken van vaardigheden voor een passende omgang met alcohol en drugs
- 4 Programmatische/integrale aanpak van voorlichting; dat wil zeggen geen geïsoleerde interventies aanbieden maar een aanpak op maat waarbij meerdere interventies in een onderlinge samenhang en met een follow-up worden aangeboden.

## **INTERVENTIEONTWIKKELING VOLGENS DE PREFFI 2.0**

### **Onderbouwing**

De categorie Onderbouwing bestaat uit de volgende vragen.

- A De afstemming van de interventiemethoden op doelen en doelgroepen: is onderbouwd dat de interventie geschikt is om de gestelde doelen te realiseren?
- B Eerdere ervaringen met de interventiemethode: wat zijn succes- en faalervaringen van anderen (literatuur, experts), zijn eigen succes- en faalervaringen beschikbaar?
- C Lijkt de methode in de huidige situatie in potentie effectief?

### **Duur, intensiteit en timing**

De vragen over dit aspect van interventieontwikkeling gaan over de volgende thema's.

- A De beschikbaarheid van empirische of praktische informatie over de duur en intensiteit van de interventie met het oog op het bereiken van de gestelde doelen.
- B De vraag of de duur en intensiteit van de interventie inderdaad op grond van deze informatie is bepaald en of rekening is gehouden met aspecten als kalenderperiode waarin het aanbod wordt gedaan, aansluiting van het aanbod bij specifieke (individuele) ervaringen van doelgroepleden, de leeftijd of ontwikkelingsfase van de doelgroep en, als de interventie door intermediaire groepen wordt uitgevoerd, de ontvankelijkheid van deze intermediaire doelgroep voor de interventie.

### **Afstemming op de doelgroep**

Hier gaat het om de volgende vragen.

- A In hoeverre heeft de doelgroep geparticipeerd bij de interventieontwikkeling? Participatie wordt geoperationaliseerd als 'er is minimaal sprake geweest van consultatie van de doelgroep van de interventie'.
- B Is de interventie afgestemd op de cultuur van de doelgroep. Afstemming op de cultuur van de doelgroep wil zeggen: is de inhoud, het gekozen medium en de gebruikte zender (uitvoerder van de interventie) passend gezien de kennis, opvattingen, gebruiken, rollen en mogelijkheden van de doelgroep?

### **Effectieve technieken**

Dit aspect heeft betrekking op de keuze van effectieve technieken en de daadwerkelijke toepassing ervan. Het volgende lijstje van effectieve technieken geldt als checklist.

Effectieve technieken:

- \* Ruimte voor persoonlijke benadering
- \* Feedback (over eigen situatie, gedrag of effecten van de interventie)
- \* Gebruik van beloningsstrategieën
- \* Barrières voor gewenst gedrag wegnemen
- \* Sociale steun regelen, omgeving erbij betrekken
- \* Aanleren van vaardigheden
- \* Follow-up regelen
- \* Goalsetting en implementatie-intenties
- \* Interactieve benadering

### **Haalbaarheid in de praktijk**

De vragen over haalbaarheid zijn de volgende.

- A Hoe is de afstemming op de intermediaire groepen: was er sprake van raadpleging van intermediaire groepen bij de interventieontwikkeling en past de interventie bij hun werkwijzen, procedures, normen en waarden?
- B Hoe is de implementeerbaarheid van de interventie: zien de intermediaire doelgroepen voordeel in de interventie, past hij binnen hun werkprocedures, beschikken ze over de vereiste vaardigheden, is er voldoende procedurele helderheid over hun rol en taak?

### **Samenhang tussen interventies**

Het gaat hier om de vraag of het programma, gezien de gestelde doelen, omvattend genoeg is en - als er sprake is van meerdere interventies - of deze goed op elkaar zijn afgestemd.

### **Pretest**

Als laatste is er de vraag of er een pretest van de interventies is uitgevoerd en of hier consequenties aan zijn verbonden ofwel: is de interventie zo nodig aangepast?

Daarnaast baseert het programma zich op de uitkomsten van onderzoek over interventies voor mensen met LVG.<sup>16,17</sup> Interventies voor mensen met LVG voldoet aan de volgende criteria: korte sessies, meer sessies, eenvoudig taalgebruik, een grote rol voor beeldmateriaal/visuele insteek, niet te veel informatie tegelijk geven, veel voorbeelden, zo min mogelijk beroep doen op zelfinzicht in gedachten, gevoelens en gedrag, zo min mogelijk beroep doen op schrijfvaardigheden, een levendige en interactieve aanpak kiezen en een (enigszins) directieve boodschap geven.

De volgende visie op het omgaan met alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG ligt aan het programma ten grondslag.

*Begrenzen alleen is onvoldoende.*

Ontmoediging en beperking van alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG is noodzakelijk maar uitsluitend het begrenzen van alcohol- en drugsgebruik volstaat niet; het is immers vrijwel onmogelijk de totale context waarin de jongeren zich bevinden te beheersen. Het volledig uitbannen van drugs- en alcoholgebruik onder jongeren met LVG is een utopie.

*Ontmoediging van middelengebruik is onderdeel van instellingsbeleid.*

Het is van belang dat instellingen het middelengebruik van hun cliënten onder ogen zien en hier beleid op maken, 'ontmoedigingsbeleid'. Hulpverleners, consultants en groeps werkers moeten worden toegerust om hun cliënten 'ontmoedigend' te begeleiden als het gaat om middelengebruik. Dit betekent dat er sprake is van actieve communicatie met de jongere met LVG over middelengebruik en de effecten en consequenties daarvan. Het is van belang jongeren met LVG zodanig te informeren, dat ze zo goed mogelijk stelling kunnen nemen tegen middelengebruik en hun weerbaarheid vergroot wordt, zodat ze ook buiten de instelling de eventuele verleidingen van drugs en alcohol kunnen weerstaan. Naast de jongere zelf, moet het ontmoedigingsbeleid ook gericht zijn op de aanpak van het hele natuurlijke systeem van de jongere (ouders, familie, vrienden).

*Samenwerking is nodig tussen LVG-sector en verslavingszorg.*

Voor het ontmoedigen en beperken van alcohol- en drugsgebruik bij jongeren met LVG is een integrale aanpak geboden waarin verslavingszorg, jeugdzorg (inclusief speciaal onderwijs) en LVG-sector intensief samenwerken. De expertise van elk van deze sectoren is noodzakelijk voor een juiste aanpak van middelengebruik in de instelling. Het is daarbij van belang deze samenwerking op een landelijk niveau te trekken om aldus de meest gunstige condities te creëren voor het doorlopen van de kenniscyclus: ontwikkeling, toetsing op effectiviteit en implementatie.

### **2.3 Doel**

Het doel van het interventieprogramma is voorkomen van problematisch alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG. De volgende subdoelen worden nagestreefd:

- Het vergroten van *kennis* over de werking van alcohol en drugs, redenen voor gebruik, motivatie voor gedragsverandering en de mogelijkheden van de verslavingszorg in het algemeen en bij jongeren met LVG in het bijzonder
- Het vergroten van *vaardigheden* in het omgaan met alcohol en drugs
- Het opzetten van *instellingsbeleid* gericht op ontmoediging van middelengebruik
- Het opzetten en consolideren van structurele *samenwerking* tussen LVG-zorg en verslavingszorg

## **2.4 Doelgroep**

De uiteindelijke doelgroep van het interventieprogramma bestaat uit jongeren van 12-23 jaar met LVG. Daarnaast richt het interventieprogramma zich op een aantal intermediaire doelgroepen: (pleeg-) ouders, professionals en management in de LVG-zorg en professionals van de verslavingszorg inclusief de verslavingspreventie.

## **2.5 Inhoud van het interventieprogramma**

Het interventieprogramma kent vier onderdelen die idealiter in onderlinge samenhang worden aangeboden. Het gaat om:

- Deskundigheidsbevordering voor professionals en management
- Voorlichting voor ouders en andere opvoeders (ouderbijeenkomst)
- Voorlichting voor jongeren met LVG
- Motivatietraining voor jongeren met LVG en problematisch middelengebruik

## **2.6 Pilotstudie**

Het interventieprogramma werd geheel of gedeeltelijk in vier regio's van het land uitgevoerd door de afdeling preventie van de regionale instelling voor verslavingszorg bij een instellingslocatie voor LVG-zorg. Pilotregio's werden geworven via het hoofdenoverleg van de preventieafdelingen van instellingen voor verslavingszorg. De voorkeur ging uit naar een al bestaand samenwerkingsverband van verslavingszorg en LVG-zorg. Een voorwaarde voor deelname was dat in elke regio ten minste drie van de vier onderdelen van het programma uitgevoerd zouden kunnen worden.

Er bleek veel interesse; uit de zes aanmeldingen werden aanvankelijk drie en – na overleg met de financier - uiteindelijk vier duo's van verslavingspreventie en LVG-zorg geselecteerd. De duo's ontvingen 8000 euro voor deelname aan de pilotstudie. Per regio fungeerde een preventiewerker van de verslavingszorg als pilotcoördinator. Ook binnen de LVG-instelling werd een functionaris aangesteld als contactpersoon. Gezamenlijk zorgden zij ervoor dat de evaluatie van het interventieprogramma door het Trimbos-instituut kon plaatsvinden.

### *2.6.1 Onderzoeksvragen*

In de pilotstudie stonden de volgende onderzoeksvragen centraal.

- 1 Is het interventieprogramma uitvoerbaar?
- 2 Zijn de deelnemers tevreden over het interventieprogramma?
- 3 Welke uitkomsten zijn er bij de deelnemers?

Daarnaast wilden we de vraag beantwoorden of de ontwikkelde meetinstrumenten geschikt zijn voor hun doel en zo niet, welke aanpassingen dan nodig zouden zijn.

### *2.6.2 Werkwijze*

Met behulp van observatie, telefonische interviews en schriftelijke vragenlijsten (tabel 2.1) werden gegevens verzameld bij de pilotcoördinatoren, de uitvoerders van de interventies (preventiewerkers) en de deelnemers (LVG-professionals, ouders en jongeren). Om de tevredenheid van de jongeren met de voorlichting en de training te meten werden aangepaste meetinstrumenten ontwikkeld.

Voor het vaststellen van de uitkomsten van de training voor jongeren met probleemgebruik namen we een eerder door ons ontwikkelde internetvragenlijst<sup>1</sup> en de vragenlijst van EXPLORE<sup>18</sup> als uit-

gangspunt. EXPLORE is een onderzoek naar het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren in het leerwegondersteunend onderwijs, het praktijkonderwijs en de REC-4 scholen in het voortgezet speciaal onderwijs. De bijlagen 3 tot en met 6 bevatten alle ontwikkelde en gebruikte meetinstrumenten.

**Tabel 2.1 Onderzoeksmethoden per onderzoeksvraag**

	Observatie	Telefonisch interview (uitvoerder)	Schriftelijke vragenlijsten (deelnemers)
<b>Uitkomsten</b>			√
<b>Uitvoerbaarheid</b>	√	√	
<b>Tevredenheid</b>		√	√

### 2.6.3 Uitvoering

Zoals vermeld dienden instellingen die deel wilden nemen aan de pilotstudie tenminste drie van de vier onderdelen van het interventieprogramma uit te voeren. Tabel 2.2 laat zien welke onderdelen van het programma per regio uitgevoerd zouden worden.

**Tabel 2.2 Voorgenomen programmaonderdelen per pilotregio**

Regio*	Deskundigheidsbevordering	Ouderbijeenkomst	Voorlichting	Training
<b>1. Brabant</b>	√		√	√
<b>2. Limburg</b>	√	√	√	
<b>3. Overijssel</b>	√	√	√	√
<b>4. Utrecht</b>	√	√	√	√

\* In de rest van dit rapport zullen de pilotregio's alleen met het corresponderende nummer aangeduid worden.

Voorafgaand aan de uitvoering van de verschillende onderdelen van het interventieprogramma vond een tweetal bijeenkomsten plaats met het oog op een uniforme en getrouwe uitvoering. De eerste bijeenkomst ging over het programma voor deskundigheidsbevordering en de tweede over de voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders en jongeren. Voor de uitvoering van de motivatietraining organiseerde het Trimbos-instituut een eendaagse train-de-trainer cursus voor de pilot-instellingen. Het doel van deze bijeenkomst was de uitvoerders van de interventie kennis te laten maken met de opzet en het handboek van de motivatietraining en ze te laten oefenen met de vaardigheden die vereist zijn om de training goed te kunnen geven.

In de volgende hoofdstukken gaan we in op de verschillende onderdelen van het interventieprogramma en de bevindingen van de pilotstudie.



## 3 Deskundigheidsbevordering

### 3.1 Doel

- Vergroten van *kennis* bij medewerkers in de LVG-zorg over de werking van alcohol en drugs, redenen voor gebruik, het proces van motivatie voor gedragsverandering en mogelijkheden van de verslavingszorg.
- Vergroten van *vaardigheden* van medewerkers in de LVG-zorg in het signaleren en begeleiden van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik door LVG-jongeren.
- Begeleiden van het management in de LVG-zorg bij de opzet van *instellingsbeleid* gericht op ontmoediging van (problematisch) middelengebruik
- Initiëren van structurele *samenwerking* tussen LVG-zorg en verslavingszorg

### 3.2 Doelgroep

Begeleiders, gedragsdeskundigen en management in de LVG-zorg

### 3.3 Inhoud

Uitgangspunt voor de deskundigheidsbevordering is de methodiek *Open en Alert, alcohol- en drugspreventie in risicosettings*<sup>19</sup>. Deze methodiek is gebaseerd op het inzicht dat scholing van professionals zonder gelijktijdige ontwikkeling van een uitvoerbaar en breed gedragen instellingsbeleid op het gebied van alcohol- en drugspreventie weinig effectief is. *Open en Alert* maakt gebruik van effectieve technieken volgens de Preffi 2.0 (zie kader in vorige hoofdstuk). Met *Open en Alert* is ervaring opgedaan in de residentiële jeugdhulpverlening en de justitiële jeugdzorg<sup>20</sup>. En in aangepaste vorm ook in het jongerenwerk<sup>21</sup>.

De *Open en Alert* methodiek kent twee peilers:

- 1 *Ontwikkeling van een alcohol- en drugsbeleid in de organisatie*. Hierbij is tevens aandacht voor consultatie en efficiënte doorverwijzing van jongeren naar de verslavingszorg.
- 2 *Scholing van medewerkers die met de doelgroep werken*. Teams binnen de LVG-instelling volgen een basiscursus van twee bijeenkomsten en een vaardigheidstraining van drie bijeenkomsten. De bijeenkomsten duren telkens een dagdeel.

Preventiewerkers van de regionale instelling voor verslavingszorg voeren het programma uit in nauwe samenwerking met de organisatie voor LVG-zorg.

#### Ad 1. Ontwikkeling van een alcohol- en drugsbeleid

De werkwijze van *Open en Alert* om beleidsontwikkeling in gang te zetten is het instellen van een werkgroep met daarin vertegenwoordigers van verschillende niveaus en voorzieningen van de LVG-organisatie. Een preventiewerker van de verslavingszorg begeleidt het proces. De werkgroep heeft de volgende taken:

- Uitvoeren van een probleemanalyse ten aanzien van het alcohol en drugsgebruik in de instelling: hoe ziet het gebruik eruit, welke problemen zijn er, welke visie is er op (problematisch) alcohol- en drugsgebruik, waar wil de instelling naar toe, en hoe is de bereidheid van medewerkers om hieraan mee te werken.
- Plan maken voor organisatie van deskundigheidsbevordering van medewerkers om met (problematisch) alcohol- of drugsgebruik om te gaan.

- Vaststellen van een handelswijze bij het signaleren van (problematisch) gebruik en het overtreden van regels.
- Plan maken voor de samenwerking met een instelling voor verslavingszorg bij preventie en hulpverlening.

Deze afspraken worden vastgelegd in een alcohol- en drugsbeleid.

De werkgroep zorgt ervoor dat alle medewerkers van de LVG-instelling van dit beleid op de hoogte zijn en evalueert het beleid jaarlijks. De preventiewerker van de verslavingszorg houdt daarbij de vinger aan de pols.

## Ad 2. Scholing van medewerkers

In overleg met de LVG-instelling verzorgt de preventiewerker van de verslavingszorg deskundigheidsbevordering voor medewerkers. De scholing sluit zoveel mogelijk aan bij de al aanwezige vaardigheden in het begeleiden van LVG-jongeren.

Het programma bestaat uit een basiscursus van twee dagdelen over:

- 1 De werking van alcohol en drugs in het algemeen en specifiek bij LVG-jongeren
- 2 Redenen van gebruik
- 3 Motiveren voor gedragsverandering
- 4 Mogelijkheden van de verslavingszorg

Daarna volgt afhankelijk van de vorderingen in het instellingsbeleid een verdiepcursus over:

- 1 Signaleren van problemen als gevolg van middelengebruik
- 2 Bespreekbaar maken van gebruik
- 3 Begeleiden van jongeren met problemen als gevolg van gebruik
- 4 Doorverwijzen naar de verslavingszorg

Om het programma goed te kunnen uitvoeren moet de verslavingszorg beschikken over een LVG-jeugdspecialist in verband met consultatie en efficiënte doorverwijzing van jongeren naar de verslavingszorg. Binnen de LVG-organisatie kan de aanstelling van één of meer (toekomstige) aandachtsfunctionaris(sen) middelengebruik het effect van het scholingsprogramma vergroten.

### 3.4 Materiaal

Het materiaal bestaat uit een op de LVG-setting toegesneden variant van de *Open en Alert* Handleiding voor de preventiewerker en Cursistenwerkboek. In de pilotstudie vormde de bestaande handleiding voor het toepassen van de methodiek *Open en Alert* in de jeugdhulpverlening en de bijbehorende deelnemersmappen de basis voor de deskundigheidsbevordering. Er werd gebruik gemaakt van een aangepaste diapresentatie.

### 3.5 Uitvoering

Een preventiewerker van de verslavingszorg voert het programma uit in samenspraak met een aandachtsfunctionaris of contactpersoon van de LVG-instelling. De deskundigheidsbevordering wordt zoveel mogelijk in teamverband aangeboden.

### 3.6 Onderbouwing

De inventarisatie door de werkgroep van het bestaande aanbod voor deskundigheidsbevordering specifiek over LVG en middelengebruik leverde twee programma's op namelijk:

- Een driedaagse training *Verslaving en Verstandelijke Handicap* van Tactus verslavingszorg en Aveleijn verstandelijk gehandicaptenzorg
- De *Basiscursus LVG* van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN).

Mondriaan Verslavingspreventie en Centrum Maliebaan voor verslavingspsychiatrie bleken de methodiek *Open en Alert* te gebruiken bij het geven van deskundigheidsbevordering in de LVG-zorg. Een programma voor deskundigheidsbevordering van Novadic Kentron, netwerk voor verslavingszorg, was nog niet gereed voor presentatie.

De ingebrachte materialen zijn door de werkgroep met behulp van het eerder genoemde kwaliteitsinstrument Preffi 2.0 beoordeeld. Daarnaast is de expertise van de Amarant Academie voor deskundigheidsbevordering op het gebied van onder andere LVG bij de beoordeling betrokken. De werkgroep heeft de geïnventariseerde methodieken voor deskundigheidsbevordering als volgt ingedeeld:

- 1 Een gericht, projectmatig aanbod toegesneden op één of meerdere teams van een specifieke organisatie. Het programma *Open en Alert* is op deze methodiek gebaseerd.
- 2 Een gericht, eenmalig aanbod gericht op professionals van één of meerdere organisaties in de regio met mogelijkheid van follow-up op maat. Het aanbod van VNN is hiervan een voorbeeld.
- 3 Een open, eenmalig aanbod gericht op een brede groep professionals van organisaties uit in principe het hele land. Een voorbeeld is de training van Tactus en Aveleijn.

De werkgroepleden waren eensgezind in hun oordeel dat de gevonden programma's voor deskundigheidsbevordering weinig onderbouwing gaven van de gekozen aanpak. Ook was niet altijd duidelijk welke doelen werden nagestreefd bij welke doelgroep. Een oordeel over de gekozen duur, intensiteit en timing van de interventie was daarom moeilijk te geven omdat dit samenhangt met doel en doelgroep. Over de afstemming met de doelgroep was het oordeel wisselend. LVG-deskundigen misten voldoende aandacht voor het 24-uurs karakter van de LVG-zorg en de behoudende attitude en traditionele denkwijze in deze sector. Over de gekozen technieken verschilden de meningen waarbij deskundigen op het gebied van verslavingspreventie wat positiever waren. Zij waardeerden de persoonlijke en interactieve benadering, aanleren van vaardigheden en – met name bij het aanbod van VNN – de aandacht voor follow-up. LVG-deskundigen wilden meer aandacht voor feedback op de eigen situatie van de cursisten en meer aandacht voor follow-up en borging van hetgeen in de cursus werd geleerd. Over de aansluiting bij de praktijk en de mogelijkheden voor implementatie van de interventie waren de leden van de werkgroep nogal pessimistisch, evenals over de omvattendheid van de aanpak (samenhang tussen interventies). Geen van de programma's voor deskundigheidsbevordering had evaluatiegegevens (pretest) beschikbaar.

De conclusie van de werkgroep was dat een training met open inschrijving zoals die van Tactus/Aveleijn zinvol kan zijn als allereerste startpunt voor verandering in het omgaan met middelengebruik binnen een LVG-instelling. Een dergelijke training heeft als voordeel dat er niet gelijk boter bij de vis hoeft - het is wat meer vrijblijvend – en dat cursisten met situaties en beleid kunnen worden geconfronteerd die nieuwe inzichten voor de eigen aanpak bieden. Hoewel de ervaring leert dat scholing van professionals zonder gelijktijdige ontwikkeling van een uitvoerbaar en breed gedragen instellingsbeleid over alcohol en drugs uiteindelijk weinig effectief is, blijkt het in de praktijk echter

niet altijd haalbaar om op beide pijlers tegelijkertijd in te zetten. Een pragmatisch antwoord kan dan effectief zijn want de toegenomen deskundigheid van de professionals kan ertoe leiden dat alsnog initiatieven voor beleidsontwikkeling van de grond komen. Omdat voor effectieve preventie een aanpak op maat nodig is waarbij meerdere interventies in een onderlinge samenhang en met een follow-up worden aangeboden kiest de werkgroep ervoor om de methodiek van *Open en Alert* als uitgangspunt te nemen voor het programma voor deskundigheidsbevordering.

### 3.7 Uitkomsten pilotstudie

#### 3.7.1 Uitvoerbaarheid van de deskundigheidsbevordering

De onderzoeksvragen waren:

- Hoe wordt vormgegeven aan de ondersteuning bij de beleidsontwikkeling?
- Hoe getrouw wordt het programma voor deskundigheidsbevordering uitgevoerd?
- Hoe waarderen de uitvoerders het programma voor deskundigheidsbevordering?

Beantwoording van de eerste vraag vond plaats met behulp van een telefonisch interview met de preventiewerker. Verder was de opzet om de uitvoerbaarheid van het programma voor deskundigheidsbevordering te onderzoeken door in elke regio ten minste twee bijeenkomsten te observeren en daarnaast de uitvoerders (preventiewerkers) telefonisch te interviewen. In regio 1 waar een aanpassing aan het programma was gemaakt (drie in plaats van vijf bijeenkomsten) zou één bijeenkomst worden geobserveerd.

De ontwikkeling van instellingsbeleid op het gebied van alcohol en drugs in samenwerking met de verslavingszorg verliep in alle regio's anders. Afhankelijk van de voorgeschiedenis van de samenwerking tussen beide instellingen was de rol van de verslavingspreventie meer sturend of juist volgend. De voorgestelde werkwijze van *Open en Alert* fungeerde als richtsnoer of checklist voor de preventiewerker en niet als vast stramien.

Het programma voor deskundigheidsbevordering van de professionals verliep niet in alle regio's volgens de opzet. In twee van de vier regio's (regio 2 en 4) hield de preventiewerker zich aan het stramien: vijf bijeenkomsten van drie uur waarvan de inhoud overeen kwam met de thema's van het *Open en Alert* programma en waarbij gebruik werd gemaakt van de aangeleverde powerpoint-presentatie. In de overige twee regio's (regio 1 en 3) bleek deze opzet niet haalbaar.

In regio 1 lukte het binnen de LVG-instelling niet om de teamleden meer dan drie dagdelen vrij te roosteren en daarom werd het programma in drie in plaats van vijf dagdelen uitgevoerd. Bovendien werd door de uitvoerder voor meer wederzijdse kennisuitwisseling gekozen. Door op deze wijze de expertise van de LVG-professionals te erkennen wilde de uitvoerend preventiewerker de binding met het thema vergroten. De bijeenkomsten kwamen zodoende vooral in het teken te staan van het verzamelen van input en reacties van de cursisten op de training.

In regio 3 werd om een vergelijkbare reden afgeweken van het programma. De uitvoering ervan bleek een te grote investering in tijd en geld. In plaats van het *Open en Alert* programma werd gekozen voor twee bijeenkomsten waarin vooral het gezamenlijk nadenken over en vormgeven van een nieuw middelenbeleid centraal stond. Daarnaast was er ruimte voor informatie rondom middelen,

redenen van gebruik, risicofactoren voor problematisch gebruik en de organisatie van de verslavingszorg. Hierbij werd geput uit eigen kennis omdat de aangeleverde powerpoint-presentatie volgens de preventiewerker onvoldoende LVG-specifieke informatie bevatte. De onderwerpen signaleren, de stadia van gedragsverandering, motiveren en begeleiden werden niet behandeld tijdens de twee bijeenkomsten die werden geobserveerd.

Omdat de afwijking van het oorspronkelijke programma in beide regio's groot is baseren we uitspraken over de uitvoerbaarheid van het programma voor deskundigheidsbevordering uitsluitend op de twee regio's die het programma uitgevoerd hebben volgens de opzet.

De uitvoerbaarheid van het programma voor deskundigheidsbevordering werd door de uitvoerders van de regio's 2 en 4 positief beoordeeld. De training sluit volgens hen goed aan op het niveau, de wensen en verwachtingen van de cursisten. De inhoud van het programma werd eveneens positief beoordeeld: het bevat voldoende informatie over middelen, het gebruik (de effecten, stadia van gebruik), verslaving, signaleren en begeleiden. De preventiewerkers in beide regio's voerden de deskundigheidsbevordering uit in samenwerking met een collega van respectievelijk het outreachende veldwerk en de afdeling jongeren van de instelling voor verslavingszorg. Dit gebeurde met het oog op eventuele doorverwijzing naar de hulpverlening. Door een dergelijke collega bij de uitvoering van de deskundigheidsbevordering te betrekken, kunnen de deelnemers (groepsleiders uit de LVG-zorg) alvast kennismaken met hulpverleners van de verslavingszorg. Daarnaast kan deze persoon input leveren tijdens de training, zoals het bespreken van praktijkvoorbeelden. In de twee regio's werd positief op deze aanpak gereageerd.

Hoewel het programma aangepast was aan de LVG-doelgroep, waren de uitvoerders van mening dat het programma meer informatie zou moeten bevatten over de specifieke risico's van middelengebruik voor jongeren met LVG, de verschillende fasen van gebruik en stadia van gedragsverandering bij jongeren met LVG en de toepassingsmogelijkheden van motiverende gespreksvoering bij deze jongeren. De werkvormen die in het programma zitten zijn uitvoerbaar en vaak al onderdeel van de standaard werkwijze van preventiewerkers van de verslavingszorg. De uitvoerbaarheid van het programma kan verbeteren als er meer aandacht zou zijn voor casuïstiekbespreking. Over de lengte van het programma zijn de meningen wisselend. Hoewel de uitvoerders aangeven zelf positief te zijn over de opzet (vijf bijeenkomsten van drie uur) wordt opgemerkt dat de opzet wel op roostertechnische problemen bij de deelnemers kan stuiten. Zoals we al zagen was dit ook bij twee van de vier pilotregio's het geval.

### 3.7.2 *Tevredenheid over de deskundigheidsbevordering*

De onderzoeksvraag was:

- Hoe waarden de deelnemers de deskundigheidsbevordering?

Voor het meten van de tevredenheid over de deskundigheidsbevordering werd een schriftelijke vragenlijst afgenomen. We hebben daarbij tevredenheid geoperationaliseerd als: *de mate waarin de deelnemers vinden dat zij iets geleerd hebben en het geleerde ook in de praktijk kunnen brengen*. Voor alle duidelijkheid, het gaat hier over de deelnemers in alle vier de pilotregio's. Voor het antwoord konden de deelnemers gebruik maken van een vierpuntsschaal: 1= niets, 2= weinig, 3= een beetje en 4= veel. In tabel 3.1 worden de antwoorden gepresenteerd.

**Tabel 3.1 In hoeverre heb je iets geleerd over... (in procenten)**

	Veel	Een beetje	Weinig	Niets
De werking en effecten van alcohol en drugs	50	44	6	0
De risico's van alcohol en drugs	47	44	9	0
De signalen van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik	23	65	12	0
Het voeren van een signaleringsgesprek vanuit een open houding	29	47	18	6
Motiverende gespreksvoering	24	44	29	3
Het voeren van een gestructureerd begeleidingsgesprek	12	49	33	6
Het werken met de stadia van gedragsverandering	29	62	6	3
De afspraken binnen de instelling over doorverwijzen bij probleemgebruik	15	47	29	9
Mijn eigen rol bij signaleren, begeleiden en doorverwijzen	29	53	15	3
De werkwijze van de verslavingszorg in je regio	38	35	21	6
Mijn eigen visie op LVG, alcohol en drugs	50	38	9	3
De visie van de instelling op LVG, alcohol en drugs	12	59	21	9

Uit tabel 3.1 blijkt dat de respondenten aangeven het meest te hebben geleerd over de werking en de effecten van alcohol en drugs (50% 'veel' en 44% 'een beetje'), de eigen visie op LVG, alcohol en drugs (50% 'veel' en 38% 'een beetje'), de risico's van alcohol en drugs (47% 'veel' en 44% 'een beetje') en het werken met de stadia van gedragverandering (29% 'veel' en 62% 'een beetje'). Het minst hebben de respondenten geleerd over het voeren van een gestructureerd begeleidingsgesprek (33% 'weinig' en 6% 'niets'), motiverende gespreksvoering (29% 'weinig' en 3% 'niets') en de afspraken binnen de instelling over doorverwijzen bij probleemgebruik (29% 'weinig' en 9% 'niets'). Ook over de werkwijze van de verslavingszorg in de regio (21% 'weinig' en 6% 'niets') en de visie van de instelling op LVG, alcohol en drugs (21% 'weinig' en 9% 'niets') geeft een derde van de respondenten aan weinig geleerd te hebben.

Omdat in twee van de vier regio's (regio 1 en 3) het programma voor deskundigheidsbevordering niet uitgevoerd is volgens de opzet, gaan we in onderstaande tabel na of dit invloed heeft op de resultaten per regio. De antwoorden zijn gegeven op een vierpuntsschaal: 1= niets, 2= weinig, 3= een beetje en 4= veel.

**Tabel 3.2 In hoeverre heb je iets geleerd over... (gemiddelden waarbij: 1= niets, 2= weinig, 3= een beetje, 4= veel), per regio**

	Regio 1*	Regio 2	Regio 3*	Regio 4
De werking en effecten van alcohol en drugs	3,1	3,9	3,1	4,0
De risico's van alcohol en drugs	3,0	3,9	3,1	4,0
De signalen van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik	2,9	3,4	2,8	3,8
Het voeren van een signaleringsgesprek vanuit een open houding	2,7	3,7	2,6	3,7
Motiverende gespreksvoering	2,9	3,1	2,6	3,7
Het voeren van een gestructureerd begeleidingsgesprek	2,6	3,1	2,3	3,2
Het werken met de stadia van gedragsverandering	3,1	3,7	2,8	2,8
De afspraken binnen de instelling over doorverwijzen bij probleemgebruik	2,0	3,0	2,8	2,8
Mijn eigen rol bij signaleren, begeleiden en doorverwijzen	2,7	3,7	2,8	3,5
De werkwijze van de verslavingszorg in je regio	2,6	3,3	3,4	2,7
Mijn eigen visie op LVG, alcohol en drugs	2,9	3,6	3,2	4,0
De visie van de instelling op LVG, alcohol en drugs	2,4	3,0	2,8	2,5

\* Deze regio's hebben de interventie niet uitgevoerd volgens de opzet.

Uit tabel 3.2 blijkt dat de deelnemers uit de regio's 2 en 4 vinden dat ze het meest hebben geleerd. Hun gemiddelde scores zijn bij vrijwel alle vragen hoger dan bij de deelnemers uit de regio's 1 en 3. Dit betekent dat de deelnemers in de regio's die het programma uitvoerden volgens de opzet van mening zijn dat ze meer geleerd hebben dan de deelnemers uit de regio's die het programma niet volgens de opzet hebben uitgevoerd. De deelnemers uit de regio's 2 en 4 hebben het meest geleerd over de werking en risico's van alcohol en drugs, het voeren van een open signaleringsgesprek en de eigen visie en de eigen rol als medewerker. Dat deelnemers uit regio 3 over de onderwerpen signaleren, de stadia van gedragsverandering, motiveren en begeleiden minder hebben geleerd is begrijpelijk omdat deze onderwerpen niet werden behandeld.

Op de vraag of cursisten het geleerde ook in de praktijk te kunnen brengen geeft bijna veertig procent van de respondenten aan dat dit inderdaad het geval is (tabel 3.3).

**Tabel 3.3 In hoeverre kun je het geleerde in praktijk brengen? (in procenten)**

	Percentage
<b>Goed</b>	39
<b>Een beetje</b>	56
<b>Nauwelijks</b>	5
<b>Niet</b>	0

Respondenten die aangeven het geleerde een beetje of nauwelijks in de praktijk kunnen brengen, stellen dat verschillende onderdelen van de training onvoldoende concreet waren, dat de praktische toepasbaarheid nog onduidelijk is en dat er onvoldoende richtlijnen naar voren zijn gekomen.

### 3.7.3 Uitkomsten deskundigheidsbevordering

De onderzoeksvragen van dit onderdeel waren:

- Is er een passend instellingsbeleid tot stand gekomen? Waarom wel/niet?
- Is de kennis van de deelnemers aan de deskundigheidsbevordering toegenomen?
- Voelen de deelnemers zich vaardiger in het signaleren, begeleiden en doorverwijzen?

Voor het meten van de uitkomsten van de beleidsontwikkeling hielden we een telefonisch interview met de pilotcoördinator. Om het resultaat van de deskundigheidsbevordering te meten vulden de deelnemers een schriftelijke vragenlijst in aan het begin van de eerste bijeenkomst en aan het slot van de laatste bijeenkomst. Het statistische programma SPSS werd gebruikt voor invoer en analyse van de gegevens.

#### *Instellingsbeleid*

Al voor de start van de pilot was in regio 2 een beleidsontwikkeling binnen de LVG-instelling in gang gezet. Inmiddels is een middelenbeleid voor deze LVG-instelling als geheel ontwikkeld en goedgekeurd. Voor de pilotlocatie is het beleid tijdens de proefuitvoering van het programma verder toegesneden op de eigen situatie en geïmplementeerd. Wanneer dit succesvol blijkt, zal het beleid ook op de andere locaties van deze LVG-instelling worden geïmplementeerd. In regio 4 is een werkgroep samengesteld die het middelenbeleid vorm zal gaan geven. De werkgroep is verschillende keren bij elkaar geweest. Echter, het proces verliep erg moeizaam. Aan het eind van de pilot (april 2010) is het beleidsvoorstel, zoals opgesteld door de werkgroep, nog altijd niet door het management in werking gesteld. In regio 3 werd tijdens de training voor deskundigheidsbevordering input verzameld voor een nieuw middelenbeleid. Dit beleid is tijdens de pilot op de deelnemende locatie ingevoerd. Wanneer dit beleid op deze locatie effectief is, wordt het ook op andere locaties ingevoerd. In regio 1 wordt al langere tijd samengewerkt door verslavingszorg en LVG-zorg om een passend beleid op het gebied van alcohol en drugs tot stand te brengen. Daartoe is begin 2010 een instellingsbreed samenwerkingsconvenant gesloten.

De vragenlijst voor het meten van de uitkomsten van de deskundigheidsbevordering ging over 1) de kennis van de deelnemers over (effecten van) alcohol en drugs en 2) hun ervaren vaardigheden met betrekking tot signaleren, begeleiden en doorverwijzen. De voormeting werd in totaal door 43 cursisten ingevuld. De respons op de vragenlijst voor de nameting was iets lager: 36 cursisten vulden deze lijst in. Zie tabel 3.4 voor de respons per regio.

**Tabel 3.4 Respons (in aantal deelnemers)**

	<b>Voormeting</b>	<b>Nameting</b>
<b>Regio 1</b>	9	7
<b>Regio 2</b>	10	7
<b>Regio 3</b>	17	16
<b>Regio 4</b>	7	6
<b>Totaal</b>	<b>43</b>	<b>36</b>

### Kennis

Om het kennisniveau na te gaan hebben we gevraagd hoe de cursisten hun eigen kennis met betrekking tot alcohol, cannabis, XTC, cocaïne en speed beoordelen. De respondenten konden antwoorden aan de hand van een vijfpuntsschaal: slecht (1), onvoldoende (2), matig (3), voldoende (4) en goed (5). Zie tabel 3.5 voor de gemiddelden van beide metingen.

**Tabel 3.5 Hoe beoordeel je jouw kennis? Voor- en nameting (gemiddelden waarbij: 1=slecht, 2=onvoldoende, 3=matig, 4=voldoende, 5= goed)**

	Voormeting (N=43)	Nameting (N=36)
Alcohol*	4,0	4,2
Cannabis*	3,6	4,1
XTC*	2,7	3,8
Cocaïne*	2,7	3,7
Speed*	2,6	3,8

\* Significant,  $p < 0.05$

Uit tabel 3.5 blijkt dat de cursisten bij de voormeting gemiddeld van mening zijn voldoende (4) te weten over alcohol. Kennis over cannabis wordt gemiddeld als matig tot voldoende (3,6) geschat en kennis over XTC, cocaïne (2,7) en speed (2,6) wordt beoordeeld met een onvoldoende tot matig. Bij de nameting zijn alle gemiddelden toegenomen: de cursisten beoordelen hun kennis over alcohol, cannabis, XTC, cocaïne en speed na de training gemiddeld beter dan voorafgaand aan de training. Kennis over alcohol en cannabis wordt na de training beoordeeld als ruim voldoende (resp. 4,2 en 4,1). De cursisten schatten in nu bijna voldoende te weten over XTC (3,8) en cocaïne (3,7). Het kennisniveau over speed zou het meest zijn toegenomen: van een gemiddelde score tussen onvoldoende en matig naar bijna voldoende (3,8). Om de resultaten van de voor- en nameting te vergelijken is een gepaarde t-toets uitgevoerd. Deze toets toont aan dat de verschillen tussen de gemiddelden significant zijn ( $p < 0.05$ ).

Om na te gaan of de inschatting van het kennisniveau gelijk is aan de daadwerkelijke kennis, hebben we een aantal kennisvragen gesteld over de werking, de effecten en de risico's op korte en lange termijn van alcohol en drugs. Per vraag behaalden de respondenten een totaalscore (optelsom van alle goede antwoorden). De totaalscores van de voor- en nameting werden met elkaar vergeleken aan de hand van de non-parametrische *Wilcoxon signed-ranks* toets. Deze toets laat zien hoeveel respondenten bij de nameting beter scoorden, hoeveel slechter scoorden en bij hoeveel respondenten de score van de voor- en nameting gelijk was.

**Tabel 3.6 Vergelijking van de totaalscores goede antwoorden op T0 en T1 (aantal respondenten)**

	T1 < T0	T1 > T0	T1 = T0
Werking	10	17	7
Effecten	12	19	3
Risico's op korte termijn	18	15	1
Risico's op lange termijn	14	15	5

Uit tabel 3.6 blijkt dat zeventien van de 34 respondenten op de vraag over *de werking* van alcohol en drugs bij de nameting meer juiste antwoorden gaven –en dus een hogere score behaalden- dan bij de voormeting (zie kolom T1>T0). Tien respondenten behaalden bij een nameting een lagere score dan bij de voormeting (zie kolom T1<T0): zij gaven dus bij de nameting minder goede antwoorden dan bij de voormeting. Zeven respondenten beantwoordden op deze vraag bij de voor- en nameting evenveel vragen goed.

Bij de vraag over *de effecten* van alcohol en drugs haalden negentien respondenten bij de nameting een hogere score dan bij de voormeting. Twaalf respondenten scoorden lager bij de nameting en bij drie respondenten was de score van de voor- en nameting gelijk. Op de vraag over de *risico's op korte termijn* behaalden achttien respondenten bij de voormeting een hogere score dan bij de nameting. Bij de *risico's op lange termijn* gaven vijftien respondenten na afloop van de training meer goede antwoorden dan voorafgaand aan de training; bijna net zoveel (veertien respondenten) scoorden bij de nameting echter slechter dan bij de voormeting.

Hoewel de cursisten hun middelenkennis na de training beter beoordelen dan voorafgaand aan de training (tabel 3.5), blijkt een toename van het kennisniveau van de cursisten niet eenduidig.

#### *Vaardigheden in signaleren, begeleiden en verwijzen*

Om de signaleringsvaardigheden van de cursisten in kaart te brengen, hebben we hen gevraagd deze vaardigheden voorafgaand aan en na afloop van de training te beoordelen. De respondenten konden weer antwoorden aan de hand van een vijfpuntsschaal: slecht (1), onvoldoende (2), matig (3), voldoende (4) en goed (5). Zie tabel 3.7 voor de gemiddelden van beide metingen.

**Tabel 3.7 Hoe beoordeel je jouw vaardigheden in het signaleren van problematisch middelengebruik door jongeren met LVG? Voor- en nameting (gemiddelden waarbij: 1= slecht, 2= onvoldoende, 3= matig, 4= voldoende, 5= goed)**

	Voormeting (N=43)	Nameting (N=36)
<b>Alcohol*</b>	3,7	4,0
<b>Cannabis*</b>	3,5	3,9
<b>XTC*</b>	2,5	3,1
<b>Cocaïne*</b>	2,5	3,1
<b>Speed*</b>	2,4	3,2

\* Significant, p<0.05

Uit tabel 3.7 blijkt dat de cursisten voorafgaand aan de training hun signaleringsvaardigheden op het gebied van alcohol- en cannabisgebruik gemiddeld als matig tot voldoende inschatten. Signaleringsvaardigheden met betrekking tot gebruik van XTC, cocaïne en speed schatten zij gemiddeld in als onvoldoende tot matig. Na afloop van de training zijn alle gemiddelden toegenomen: de cursisten beoordelen hun vaardigheden in het signaleren van alcohol-, cannabis-, XTC-, cocaïne- en speedgebruik na de training gemiddeld beter dan voorafgaand aan de training. Om de resultaten van de voor- en nameting te vergelijken is opnieuw een gepaarde t-toets uitgevoerd. Hieruit blijkt dat deze verschillen significant zijn (p<0.05).

Om na te gaan of de inschatting van de eigen signaleringsvaardigheden gelijk is aan de daadwerkelijke signaleringsvaardigheden, is aan de cursisten gevraagd welke signalen ze herkennen bij jongeren met LVG die vermoedelijk alcohol of drugs gebruiken. Bij de voor- en nameting werden globaal dezelfde antwoorden gegeven. De meest genoemde signalen zijn: rode ogen, druk gedrag (veel praten, onrustig zijn, verminderde concentratie), stemmingswisselingen, passiviteit (verminderde motivatie), geldproblemen en liegen. Hieruit blijkt dat de deelnemers voor de training al kennis hadden over de signalen van middelengebruik, zowel op korte termijn (zoals rode ogen, verwijde pupillen, geur) als op lange termijn (zoals verandering in gedrag of psychische gesteldheid, financiële verandering en verslechterde schoolpresentaties).

Ook de vaardigheden van de cursisten rondom het begeleiden en verwijzen van jongeren met LVG met (problemen als gevolg van) middelengebruik zijn gemeten. Voorafgaand aan en na afloop van de training hebben we de cursisten gevraagd deze vaardigheden te beoordelen. Bij de voormeting beoordeelden de cursisten hun begeleidingsvaardigheden –op een vijfpuntsschaal- gemiddeld als voldoende (3,0). Bij de nameting was dat gemiddelde verschoven naar ruim voldoende (3,6). Dit verschil is significant ( $p < 0,05$ ). De vaardigheden in het verwijzen van jongeren met LVG met (problemen als gevolg van) middelengebruik werden bij de voormeting gemiddeld met een voldoende (3,2) beoordeeld. Ook deze vaardigheden werden bij de nameting beter beoordeeld; gemiddeld als ruim voldoende (3,9). Dit verschil is significant ( $p < 0,05$ ).

Helaas is het vanwege de korte looptijd van deze pilotstudie niet mogelijk geweest na te gaan of de inschatting van de eigen begeleidingsvaardigheden overeen komt met de daadwerkelijke begeleidingsvaardigheden.

#### *Visie*

In hoeverre is de visie van de deelnemers aan de deskundigheidsbevordering opgeschoven in de richting van de visie van het interventieprogramma? Om daar zicht op te krijgen hebben we de cursisten een aantal stellingen voorgelegd over middelengebruik bij jongeren met LVG en het instellingsbeleid op dat gebied. Ze konden antwoorden op basis van een vijfpuntsschaal: 1= helemaal mee oneens, 2= mee oneens, 3= neutraal, 4= mee eens en 5= helemaal mee eens. Tabel 3.8 geeft een beeld van de gemiddelde score per stelling bij de voor- en nameting.

Uit tabel 3.8 blijkt dat bij zowel de voor- als de nameting veel stellingen met 'neutraal' beantwoord zijn. Op basis van deze gemiddelde scores van de voor- en nameting is een gepaarde t-toets uitgevoerd. Uit deze toets blijkt dat het verschil in gemiddelden tussen de voor- en nameting alleen bij de stelling *'Als de jongeren toch alcohol of drugs gebruiken moeten ze weg bij de instelling'* significant is. Hoewel een toename in het aantal begeleiders dat deze stelling onderschrijft erop zou kunnen wijzen dat de visie van het programma goed is overgebracht, kan deze conclusie toch niet worden getrokken. De gemiddelde score op deze stelling is bij de voormeting namelijk ook al aardig in overeenstemming met de onderliggende visie van het interventieprogramma. Bij alle overige stellingen is het verschil tussen de gemiddelden niet significant. Dit betekent dat gemiddeld genomen de mening van de cursisten na de training weinig is veranderd.

**Tabel 3.8 Visie op middelengebruik door jongeren met LVG, voor- en nameting (gemiddelden waarbij: 1= helemaal mee oneens, 2= mee oneens, 3= neutraal, 4= mee eens en 5=helemaal mee eens)**

	<b>Voormeting (N=43)</b>	<b>Nameting (N=36)</b>
De instelling moet het gebruik van alcohol en drugs door LVG-jongeren verbieden.	2,9	2,6
*Als de jongeren toch alcohol of drugs gebruiken moeten ze weg bij de instelling.	2,5	2,0
LVG-jongeren zijn zeer gevoelig voor beïnvloeding door leeftijdsgenoten, daar kun je ze niet tegen beschermen.	2,7	3,0
Voor LVG-jongeren zouden dezelfde regels moeten gelden als voor jongeren in het algemeen, ook als het gaat over alcohol en drugs.	3,2	2,8
Het heeft geen zin om met LVG-jongeren in gesprek te gaan over alcohol en drugs.	1,9	1,7
Ook al weten LVG-jongeren wat de effecten en risico's van drugs en alcohol zijn, ze gebruiken ze toch wel.	3,1	3,2
Het is onmogelijk LVG-jongeren te motiveren voor het stoppen of minderen met het gebruik van alcohol en/of drugs.	2,2	2,1
De enige manier waarop problemen als gevolg van alcohol en/of drugsgebruik bij LVG-jongeren zijn te voorkomen, is zorgen dat zij er niet mee in aanraking komen.	2,2	2,5
Er moeten strakke regels worden opgesteld over de hoeveelheid alcohol die LVG-jongeren mogen gebruiken.	3,4	3,1
Als er regels komen met betrekking tot alcohol- en drugsgebruik door LVG-jongeren, zullen deze in de praktijk niet werken.	2,6	2,5

\* Significant,  $p < 0,05$

## 4 Ouderbijeenkomst

### 4.1 Doel

- Informeren van ouders en andere opvoeders over de effecten en risico's van alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG
- Informeren van ouders en andere opvoeders over het beleid rond alcohol en drugs van de organisatie waarvan hun kind hulp ontvangt
- Vergroten van het bewustzijn van ouders en andere opvoeders over hun eigen mogelijkheden om alcohol- en drugsgebruik te voorkomen of met het (beginnend) alcohol- en drugsgebruik van hun kind om te gaan

### 4.2 Doelgroep

Ouders en andere opvoeders van jongeren met LVG van 12-23 jaar die hulp ontvangen van een organisatie voor LVG-zorg. Het gaat om ouders van jongeren die alcohol drinken en/of drugs gebruiken en jongeren die dat (nog) niet doen.

### 4.3 Inhoud

De bijeenkomst richt zich op kennis- en informatieoverdracht en attitudevorming. Onderwerpen zijn de werking, aantrekkelijkheid en risico's van alcohol en drugs met aandacht voor de specifieke risico's voor LVG-jongeren en de mogelijkheden van ouders om hun kinderen hiermee om te leren gaan. Op grond van de huidige beschikbare wetenschappelijke kennis en praktijkervaring luidt de boodschap van de bijeenkomst voor ouders en andere opvoeders als volgt:

- 1 Streef naar uitstel van het gebruik van alcohol en hasj/wiet
- 2 Heb weet van het alcohol en drugsgebruik van je kinderen
- 3 Wees je ervan bewust dat ouders veel invloed hebben
- 4 Stel regels en handhaaf die regels
- 5 Communiceer met andere ouders over regels en gebruik
- 6 Heb er weet van dat jongeren met LVG meer kans lopen op (problematisch) middelengebruik en verslaving, ook bij gebruik van kleine hoeveelheden

De eerste vijf boodschappen gelden voor ouders en jongeren in het algemeen.

### 4.4 Materiaal

Kern van de bijeenkomst is de informatiebrochure 'Uw kind, alcohol en drugs' voor ouders van jongeren met LVG en de gelijknamige diapresentatie. Er is tevens een beschrijving beschikbaar van een mogelijke invulling van de bijeenkomst.

### 4.5 Uitvoering

De ouderbijeenkomst wordt uitgevoerd door een preventiewerker van de verslavingszorg in samenwerking met een begeleider of gedragswetenschapper van de LVG-organisatie. De preventiewerker draagt zorg voor de inhoud van de bijeenkomst en de LVG-medewerker bewaakt het proces. Bij de organisatie van de bijeenkomst wordt er zorg voor gedragen dat de groep van een zodanige samenstelling is dat ouders onderling voldoende herkenning kunnen vinden.

## 4.6 Onderbouwing

Uit de inventarisatie van het bestaande aanbod werd duidelijk dat er binnen de verslavingspreventie geen specifiek voorlichtingsaanbod bestaat over alcohol en drugs voor ouders van jongeren met LVG. De werkgroep 'Ouderbijeenkomst' besloot daarom de ouderavond van De Gezonde School en Genotmiddelen en de bijbehorende algemene voorlichtingsbrochure voor ouders<sup>22</sup> als uitgangspunt te nemen. Dit betekent dat de ouderbijeenkomst gebaseerd is op de bewezen effectieve methodiek Preventie Alcoholgebruik Scholieren (PAS)<sup>23</sup>.

Daarnaast is bij de uitwerking van de ouderbijeenkomst gebruik gemaakt van het recent ontwikkelde materiaal van de cursus *Pubers en alcohol, Hoe doe je dat?* die door Trimbos-instituut en Tactus Verslavingszorg is ontwikkeld voor de landelijke alcohol en opvoedingscampagne.<sup>24</sup>

Bij de aanpassing van de voorlichtingsbrochure voor de doelgroep LVG is rekening gehouden met het gegeven dat ouders van jongeren met LVG soms zelf ook een licht verstandelijke beperking hebben. De voorlichtingsbrochure is ter becommentariëring voorgelegd aan deskundigen uit verslavingspreventie en LVG-zorg tijdens een klankbordbijeenkomst over de voortgang van het project als geheel.

## 4.7 Uitkomsten pilotstudie

### 4.7.1 Uitvoerbaarheid ouderbijeenkomst

De onderzoeksvragen waren:

- Hoe getrouw wordt de ouderbijeenkomst uitgevoerd?
- Hoe waarden de uitvoerders de ouderbijeenkomst?

Beantwoording van deze vragen vond plaats met behulp van een telefonisch interview met de uitvoerder (preventiewerker). Tevens was de opzet dat de bijeenkomst zou worden geobserveerd door één van de onderzoekers. Dit is echter als gevolg van miscommunicatie tussen onderzoeker en uitvoerder niet gebeurd.

Hoewel de ouderavond in drie van de vier regio's uitgevoerd zou worden, werd dit alleen in regio 4 op de beoogde manier gerealiseerd. In de beide andere regio's die de bijeenkomst wilden aanbieden werd de bijeenkomst een aantal keer afgeblazen wegens gebrek aan deelnemers. Uiteindelijk vond in regio 2 een individueel oudergesprek plaats met behulp van de voorlichtingsmaterialen voor de bijeenkomst. In regio 3, zo liet de preventiewerker van de verslavingszorg weten, is het na afloop van de pilot alsnog gelukt een ouderbijeenkomst te houden, zij het met een lage opkomst. Deze bijeenkomst vond op een zaterdagmiddag plaats. De ouders die niet aanwezig konden zijn hebben tijdens een telefonisch voorgesprek met de ouderbegeleider van de LVG-instelling informatie gekregen over alcohol en drugs, het project en het middelenbeleid.

Los van de uitvoerbaarheid van de bijeenkomst zelf bleek in de praktijk de werving van de ouders een groot obstakel. Ondanks verschillende creatieve ideeën om de ouderbijeenkomst zo laagdrempelig, aantrekkelijk en toegankelijk mogelijk te maken, zoals aanbieden van reiskostenvergoeding of de koppeling van de bijeenkomst aan een maaltijd bleek de bereidheid tot deelname bij de ouders minimaal. Volgens de preventiewerkers en groepsbegeleiders heeft dit onder andere te maken met

de grote afstanden die de ouders soms moeten afleggen maar ook aan het niet gewend zijn om als ouder betrokken te zijn bij de behandeling van je kind.

De uitvoerend preventiewerkers waren tevreden over het aangeleverde materiaal voor de bijeenkomst maar de powerpoint presentatie bleek te lang. Verder zou het programma nog kunnen worden verbeterd door nog meer LVG-specifieke informatie op te nemen. Ondanks dat er bij de ontwikkeling van het programma rekening gehouden werd met het feit dat sommige ouders ook zelf een licht verstandelijke beperking hebben, werd aangegeven dat het niveau soms toch nog te hoog was.

#### *4.7.2 Tevredenheid ouderbijeenkomst*

De onderzoeksvraag was:

- Hoe waarden ouders en andere opvoeders de ouderbijeenkomst?

De evaluatie van de ouderbijeenkomst bij de deelnemers vond plaats met behulp van een schriftelijke vragenlijst die na afloop van de ouderavond aan de ouders en eventuele andere opvoeders werd voorgelegd. In deze vragenlijst was ook een vraag opgenomen over de waardering (tevreidenheid) voor de bijeenkomst namelijk 'Wat vond u al met al van de ouderavond'. De deelnemers aan de ouderbijeenkomst in regio 4 gaven de volgende antwoorden: interessant (8 keer genoemd), bruikbaar (4) en praktisch (5). De ouders gaven de ouderavond gemiddeld een 7,9 als rapportcijfer.

#### *4.7.3 Uitkomsten ouderbijeenkomst*

De onderzoeksvragen waren:

- Zijn de ouders geïnformeerd over de effecten en risico's van alcohol- en drugs?
- Zijn de ouders geïnformeerd over het middelenbeleid van de organisatie waarvan hun kind hulp krijgt?
- Zijn de ouders zich meer bewust geworden van hun eigen mogelijkheden om alcohol- en drugsgebruik te voorkomen of met het (beginnend) alcohol- en drugsgebruik van hun kind om te gaan?

Evaluatiegegevens met behulp van de bovengenoemde schriftelijke vragenlijst zijn uitsluitend verzameld bij de deelnemers in regio 4.

In totaal werden acht vragenlijsten ingevuld. Op de vraag waarover de ouders tijdens de ouderavond meer te weten waren gekomen, antwoordden zeven ouders dat ze meer te weten waren gekomen over alcohol, drie ouders antwoordden dat ze nu meer weten over blowen en één ouder was meer te weten gekomen over andere drugs. De antwoorden op de andere vragen over de ouderbijeenkomst staan in tabel 4.1. Ze geven een positief beeld van de bijeenkomst. Bijna alle ouders geven aan dat zij meer te weten zijn gekomen over hoe ze hun kind kunnen helpen met het verstandig omgaan met alcohol en drugs. Alle ouders antwoordden bevestigend op de vraag of zij al hun vragen hebben kunnen stellen en –voor zover van toepassing- over hun eigen ervaringen hebben kunnen vertellen. Ook geven alle ouders aan dat zij van plan zijn om met hun kind over de ouderavond te praten. De meerderheid van de ouders weet bij wie ze binnen de instelling terecht kunnen met vragen. Echter, uit de tabel blijkt ook dat vijf van de acht ouders niets méér te weten zijn gekomen over de regels over alcohol- en drugsgebruik van de instelling. Dat kan betekenen dat ze al op de hoogte waren van de regels maar het kan ook betekenen dat de regels niet duidelijk zijn of dit onderwerp (te) weinig aan de orde is geweest.

Uit het individuele oudergesprek in regio 2 kwam naar voren dat de voorlichting aan ouders zich niet alleen op alcohol en blowen moet richten maar ook op gebruik van middelen als XTC, speed en cocaïne.

**Tabel 4.1 Vragenlijst ouderbijeenkomst (in aantallen) N=8**

	Ja	Nee	N.v.t.*
1. Bent u op deze ouderavond meer te weten gekomen over hoe u zelf uw kind kunt helpen met verstandig omgaan met alcohol en drugs?	7	1	
2. Bent u op deze avond meer te weten gekomen over de regels over alcohol- en drugsgebruik van de instelling waar uw kind hulp van krijgt?	3	5	
3. Heeft u tijdens de ouderavond al uw vragen kunnen stellen?	8	0	
4. Heeft u tijdens de ouderavond over uw eigen ervaringen kunnen vertellen?	6	0	2
5. Is uw mening over alcohol en drugs veranderd door deze avond?	5	3	
6. Bent u van plan om met uw kind te praten over deze ouderavond?	8	0	
7. Weet u bij wie u op <LVG-instelling> terecht kunt met vragen over alcohol en drugs?	6	2	

\* Deze antwoordcategorie was alleen opgenomen bij vraag 4.

## 5 Voorlichting voor jongeren met LVG

### 5.1 Doel

- Informeren van jongeren met LVG over de effecten en risico's van alcohol en drugs
- Vergroten van de bereidheid van jongeren met LVG om verstandig met alcohol en drugs om te gaan dat wil zeggen in een mate die past bij hun persoonlijke situatie
- Informeren van jongeren over het beleid van de organisatie waarvan zij hulp krijgen over (preventie van) alcohol en drugsgebruik.

### 5.2 Doelgroep

Jongeren van 12-23 jaar die hulp krijgen van een organisatie voor LVG-zorg. De voorlichting is bedoeld voor alle LVG-jongeren in deze leeftijdsgroep, zowel voor degenen die alcohol drinken en/of drugs gebruiken als voor degenen die dat (nog) niet doen.

### 5.3 Inhoud

Het voorlichtingsprogramma bestaat uit twee bijeenkomsten. De eerste bijeenkomst dient als introductie op het thema alcohol en drugs. Er wordt gebruik gemaakt van een spel of andere speelse werkvorm. In de tweede bijeenkomst wordt op gerichte wijze interactieve voorlichting gegeven. Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van voorlichtingsbrochures over genotmiddelen voor jongeren met LVG.

De bijeenkomst richt zich op kennisoverdracht en attitudevorming vanuit het idee dat jongeren op grond van de feiten hun houding leren bepalen. Onderwerpen zijn de werking, aantrekkelijkheid en risico's van alcohol en drugs met aandacht voor de specifieke risico's voor LVG-jongeren. De exacte keuze van onderwerpen is afhankelijk van de deelnemersgroep. De jongeren krijgen tevens informatie over het beleid van de instelling waar ze mee in contact staan. Op grond van de huidige beschikbare wetenschappelijke kennis en praktijkervaring luidt de boodschap van de bijeenkomst als volgt:

- 1 Stel het gebruik van alcohol en drugs zo lang mogelijk uit
- 2 Als je gebruikt doe het dan in een mate die past bij je persoonlijke situatie
- 3 Ken de feiten van alcohol en drugs
- 4 Houd rekening met sociale druk
- 5 Zorg voor steun bij het uitvoeren van je voornemens

### 5.4 Materiaal

Er is een draaiboek beschikbaar met bijbehorende werkmaterialen zoals de informatiebrochures *Alcohol, zonder flauwekul*, *Hasj en wiet, zonder flauwekul* en *XTC, cocaïne en speed, zonder flauwekul* en foto's en afbeeldingen. Het draaiboek bevat negen inhoudelijke programmaonderdelen voor een bijeenkomst en is gebaseerd op de LVG-koffer van VNN. Uit deze onderdelen stelt de voorlichter een bijeenkomst van anderhalf uur samen. Per onderdeel staat de tijdsduur aangegeven. De keuze voor de inhoud is afhankelijk van de voorkennis over alcohol en drugs bij de deelnemers en hun vragen. Het is mogelijk om meerdere bijeenkomsten te organiseren met de werkmaterialen.

## 5.5 Uitvoering

De bijeenkomsten worden gegeven door een preventiewerker van de verslavingszorg samen met een gedragswetenschapper of begeleider van de LVG-instelling. Voor een kwalitatief goede uitvoering is immers de expertise van zowel de verslavingspreventie als de LVG-zorg nodig. Uitvoerders hebben ervaring met (motiverende) gespreksvoering die is toegesneden op LVG-jongeren en hun specifieke leerstijlen en manieren van informatie verwerken. Er doen niet meer dan zes tot acht jongeren mee aan de bijeenkomst. De groep dient zodanig van samenstelling te zijn dat jongeren onderling voldoende herkenning kunnen vinden en de boodschap van de voorlichting goed kan overkomen. Om te zorgen dat de boodschap beklijft is herhaling ervan nodig. Organiseer daarom zo mogelijk een vervolgbijeenkomst.

## 5.6 Onderbouwing

De werkgroep 'Jongerenvoorlichting' inventariseerde eerst het bestaande aanbod. De opbrengst bestond uit:

- Voorlichtingsbrochures voor jongeren met LVG *Alcohol zonder flauwekul* en *Hasj en wiet zonder flauwekul* van het Trimbos-instituut
- De koffer voor intermediairen in de LVG-zorg voor het geven van voorlichting aan jongeren met LVG van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)
- Het bordspel Meienzorg en andere educatieve materialen (platenkaarten, cartoons) voor het geven van voorlichting aan jongeren met LVG van Brijder Verslavingszorg
- Een voorlichtingsbrochure en een educatief spel van Novadic Kentron.

Omdat schriftelijk voorlichtingsmateriaal zonder meer noodzakelijk werd bevonden en de Trimbos-brochures nog niet eerder waren geëvalueerd is parallel aan de activiteiten van de werkgroep een vragenlijst uitgezet onder de afnemers van de brochures in 2007. Daarnaast stelde de werkgroep een kwaliteitsstandaard op voor voorlichting over alcohol en drugs aan jongeren met LVG. Op basis van de beschrijving van voorlichtingsbijeenkomsten die deel uitmaken van de LVG-koffer van VNN<sup>17</sup> werd vervolgens door het Trimbos-instituut en VNN een basisprogramma voorlichting voor jongeren met LVG uitgewerkt. Vanwege het belang van een spelelement in de voorlichting werd een prijsvraag uitgeschreven voor een educatief spel over alcohol en drugs voor jongeren met LVG omdat de werkgroep uit de bestaande spellen geen keuze kon maken.

### 5.6.1 Brochures

De vragenlijst voor evaluatie van de voorlichtingsbrochures ging over de inhoud, het uiterlijk en de verspreiding van de brochures. Daarnaast werd gevraagd wat het onderwerp zou moeten zijn van een derde brochure: XTC, cocaïne of speed. Uit het onderzoek van Bransen e.a. (2008)<sup>1</sup> bleek namelijk dat deze middelen bij jongeren met LVG op de derde plaats staan (na alcohol en cannabis) en in ongeveer gelijke mate worden gebruikt. Een klankbordgroep bemiddelde bij het verspreiden van de vragenlijst en het vergroten van de respons. Bijlage 1 vermeldt de leden van deze klankbordgroep. De vragenlijst werd door 34 professionals ingevuld: 25 professionals uit de LVG-zorg, zeventien professionals van de verslavingszorg en twee professionals uit de GGZ. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de respondenten naar sector.

Ook jongeren met LVG werd naar hun mening over de brochures gevraagd. Er werden twee focusgroepen gehouden: één bij het Appartementen Trainingscentrum in Meppel en één bij Opbouwnet Molenhoek in Mijdrecht, een wooncentrum voor mensen met een verstandelijke beperking. De focusgroepen werden geleid door een preventiewerker van de verslavingszorg uit de regio (VNN respectievelijk Centrum Maliebaan) en er werd gebruik gemaakt van een gespreksrichtlijn. In totaal namen twaalf jongeren deel. De leeftijden van de jongeren liepen uiteen van 16 tot 30 jaar.

**Tabel 5.1 Schriftelijke enquête LVG-voorlichtingsbrochures: respondenten naar sector (N=34)**

(L)VG-zorg	Verslavingspreventie	GGZ
Amarant	Centrum Maliebaan	GGZ Drenthe
Lijn 5 OPL	Iriszorg	
Promens Care	Jellinek	
Philadelphia	Mondriaan	
Zonnehuizen	Novadic Kentron	
Vanboeijen	Parnassia Bavo Groep	
De Reeve	VNN	

Uit de evaluatie bij professionals en jongeren bleek dat de brochures over het algemeen positief beoordeeld werden, maar dat een aantal aanpassingen gewenst waren. Sommige aanpassingen werden door zowel jongeren als professionals voorgesteld. Zie tabel 5.2 voor de belangrijkste aanbevelingen. Aangezien er onder de respondenten van de vragenlijst geen eensgezindheid bleek te bestaan over het onderwerp van een derde brochure werd besloten een brochure over alle drie stimulerende middelen te schrijven. Deze brochure is in samenwerking met de klankbordgroep Brochures geschreven en kreeg als titel mee 'XTC, cocaïne en speed zonder flauwekul'.

**Tabel 5.2 Uitkomsten evaluatie LVG-voorlichtingsbrochures: professionals en jongeren**

Beiden	Jongeren (N=12)	Professionals (N=34)
Meer ondersteunende plaatjes en pictogrammen	Meer informatie over de lichamelijke gevolgen van gebruik	Meer informatie over de (negatieve) gevolgen van gebruik op schoolprestaties en relaties
Taalgebruik aanpassen	Modernere vormgeving	Meer informatie over 'nee' leren zeggen
Minder tekst per pagina	Meer leeftijdsgerelateerde plaatjes	Extra risico's voor jongeren met LVG noemen
Meer informatie over afhankelijkheid/verslaving	Meer links naar websites opnemen	Duidelijker drinkadvies geven
Meer informatie over populaire mixdrankjes		

### **5.6.2 Prijsvraag**

Het doel van de prijsvraag was om een spel te kiezen dat deel kan uitmaken van het voorlichtingsprogramma. Een nevendoeel was meer landelijke bekendheid te geven aan het bestaan van de vele initiatieven op dit gebied. Er moest aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Het spel:

- heeft als doel jongeren met LVG te informeren over de effecten en risico's van alcohol- en drugsgebruik en hen over dit gebruik te leren praten;
- voldoet aan de criteria voor educatie van jongeren met LVG: eenvoudig taalgebruik, niet teveel informatie tegelijk, weinig beroep op zelfinzicht, zoveel mogelijk beeldend, weinig beroep op schrijfvaardigheden, interactieve aanpak en richtinggevende boodschappen;
- is qua inhoud en vorm geschikt voor jongeren met LVG van 12-23 jaar of moet zonder veel moeite aangepast kunnen worden aan deze doelgroep;
- heeft helder beschreven spelregels waardoor het spel ook kan worden gespeeld zonder de aanwezigheid van een preventiewerker van de verslavingszorg;
- is theoretisch en praktisch onderbouwd;
- is makkelijk te vervoeren;
- is tegen redelijke kosten te produceren (kostprijs max. € 50).

Tenslotte is er aantoonbare ervaring opgedaan met het spel.

Vier spellen werden ingezonden. Een jury van professionals uit de verslavingspreventie en LVG-zorg, een jury van jongeren met LVG én een jury van educatiedeskundigen hebben de spellen gespeeld en beoordeeld. In bijlage 2 staat de jurysamenstelling vermeld. Alle drie de jury's waren van mening dat het spel Meienzorg van de Parnassia Bavo Groep er het beste in slaagt om jongeren met LVG te informeren over de effecten en risico's van alcohol- en drugsgebruik.

De jury's menen dat Meienzorg:

- goed aansluit bij het niveau en de belevingswereld van jongeren met LVG;
- veel variatie kent;
- een gesprek uitlokt waarbij de mogelijkheid om door te vragen aanwezig is;
- makkelijk is en geen ingewikkelde spelregels heeft;
- de mogelijkheid heeft om spelelementen toe te voegen;
- met een grote groep gespeeld worden.

Het spel zal worden uitgegeven door het Trimbos-instituut. Het spel zal vanaf het najaar van 2010 beschikbaar zijn.

## **5.7 Uitkomsten pilotstudie**

### *5.7.1 Uitvoerbaarheid voorlichtingsprogramma voor jongeren*

De onderzoeksvragen waren:

- Hoe getrouw wordt het voorlichtingsprogramma uitgevoerd?
- Hoe waarderen de uitvoerders het voorlichtingsprogramma?

Beantwoording van deze vragen vond plaats met behulp van een telefonisch interview met de uitvoerder (preventiewerker). Tevens zou een van beide bijeenkomsten worden geobserveerd door een van de onderzoekers. Observatie heeft plaatsgevonden in regio 2.

Het programma werd uitgevoerd in drie regio's waarbij regio 2 het programma min of meer volgens de opzet uitvoerde en regio's 1 en 3 een eigen aanbod deden. In regio 4 bleek de uitvoering van het programma niet haalbaar binnen de tijdspanne van de pilot, omdat de besluitvorming over het mid-delenbeleid veel vertraging opliep.

In regio 2 werd het programma uitgevoerd volgens de opzet. Op basis van het draaiboek voor voorlichtingsbijeenkomsten stelde de preventiewerker in samenwerking met de LVG-organisatie een eigen programma samen dat binnen de tijd paste. Toegevoegd werd informatie over XTC, cocaïne, speed en GHB. De vraag naar informatie over deze middelen is hoog, vooral in groepen met wat oudere jongeren. De preventiewerker vond het een gemis dat een module over deze middelen niet is opgenomen in het draaiboek. "Het is ook onlogisch, omdat er wel een brochure over XTC, cocaïne en speed is gemaakt, deze zou beter geïntegreerd moeten worden in het programma". Voor de werving van de jongeren werd een voorgesprek ingepland met drie jongeren die binnen de groep een leidende rol vervullen. Het doel van dit voorgesprek was het creëren van draagvlak onder de jongeren en het verzamelen van input voor de invulling van de voorlichtingsbijeenkomsten. Deze aanpak bleek erg succesvol: de drie jongeren voelden zich medeverantwoordelijk en spoorden medebewoners aan aanwezig te zijn. Bij de eerste bijeenkomst waren negen jongeren aanwezig, bij de tweede acht. Tijdens de eerste bijeenkomst werd een spel gespeeld dat door preventiewerkers van de Parnassia Bavo Groep is ontwikkeld, Meienzorg<sup>1</sup>. Tijdens de tweede bijeenkomst werden verschillende elementen uit het draaiboek voor jongerenvoorlichting uit het interventieprogramma ingezet.

In regio 1 hebben drie voorlichtingsbijeenkomsten plaatsgevonden. De werving van de jongeren verliep via de LVG-instelling. Omdat de bijeenkomsten niet verplicht waren, was de groepssamenstelling echter bij elke bijeenkomst anders. Als gevolg hiervan moest het programma elke bijeenkomst opnieuw geïntroduceerd worden en was er geen sprake van de gewenste groepsdynamiek. Volgens de uitvoerder was een belangrijke oorzaak dat er onvoldoende draagvlak en afstemming onder de groepsleiding van de LVG-instelling was. Toch werd het programma uitgevoerd zoals voorgenomen. Net als in regio 2 werd met verschillende elementen uit de module een programma 'op maat' samengesteld.

In regio 3 werden twee voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. De opzet van deze bijeenkomsten week af van de voorgestelde opzet: er werd geen gebruik gemaakt van de basismodule. De groepsleiders van de LVG-instelling gaven volgens de preventiewerker van de verslavingszorg aan dat 'de module in het geheel niet aansloot bij hun jongeren'. Tijdens de eerste bijeenkomst werd een kookles ('cokes') georganiseerd, waar vooral kennismaking met de verslavingszorg centraal stond. De tweede bijeenkomst stond in het teken van kennisoverdracht in de vorm van een kennisquiz. Hierbij is geprobeerd zoveel mogelijk gebruik te maken van elementen uit de basismodule.

---

<sup>1</sup> Dit is het spel dat de prijsvraag won en in een vernieuwde versie door het Trimbos-instituut zal worden uitgegeven.

### 5.7.2 Tevredenheid over het voorlichtingsprogramma

De onderzoeksvraag was:

- Hoe waarden de jongeren de voorlichting?

Om na te gaan hoe de voorlichtingsbijeenkomsten door de jongeren gewaardeerd werden, is hen gevraagd het programma een rapportcijfer te geven. In regio 1 kreeg het programma een 7 als rapportcijfer, in regio 2 was het gemiddelde rapportcijfer een 7,8 en in regio 3 gemiddeld een 7,2. Alles bij elkaar genomen komt het rapportcijfer dan uit op een 7,3. Hieruit kunnen we opmaken dat de jongeren gemiddeld genomen tevreden waren over de voorlichting.

### 5.7.3 Uitkomsten van het voorlichtingsprogramma

De onderzoeksvragen waren:

- Zijn de jongeren geïnformeerd over de effecten en risico's van alcohol- en drugs?
- Zijn de jongeren geïnformeerd over het middelenbeleid van de organisatie waarvan zij hulp krijgen?
- Zijn de jongeren meer bereid om op een passende manier met alcohol en drugs om te gaan?

Evaluatie van de voorlichting bij de jongeren vond na afloop van de tweede voorlichtingsbijeenkomst plaats met behulp van een evaluatievragenlijst die individueel – al dan niet met hulp van een begeleider - moest worden ingevuld. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst zorgden we ervoor dat de vragen en de antwoordcategorieën begrijpelijk waren voor jongeren met LVG. De lijst bestond uit tien vragen. Jongeren die niet kunnen lezen en schrijven mochten de vragenlijst onder begeleiding invullen. Toch bleek het invullen niet overal haalbaar. In regio 1 vulden daarom vier jongeren gezamenlijk één vragenlijst in.

Zoals vermeld werd het programma uitgevoerd in drie regio's waarbij regio 2 het programma min of meer volgens de opzet uitvoerde en regio's 1 en 3 een eigen aanbod deden. In totaal werden vijftien schriftelijke evaluatievragenlijsten ingevuld. Zie tabel 5.3 voor de respons per regio.

**Tabel 5.3 Respons (in aantal ingevulde vragenlijsten)**

<b>Regio 1</b>	1
<b>Regio 2</b>	6
<b>Regio 3</b>	8
<b>Totaal</b>	<b>15</b>

De jongeren gaven aan informatie te hebben gekregen over alcohol en drugs. Zoals uit tabel 5.4 duidelijk wordt zijn de jongeren uit de regio's 2 en 3 vooral meer te weten gekomen over de leuke en minder leuke kanten van 'andere drugs' (n=12). Bier (n=9) en blowen (n=5) stonden op de tweede en derde plaats. Over de voor- en nadelen van breezers, shooters, wijn en mixdrankjes zijn minder jongeren meer te weten gekomen. Deze uitkomst is begrijpelijk omdat het programma in regio 3 onder andere uit een cokeles bestond en in regio 2 in aanvulling op de aangeleverde module (waarin de nadruk ligt op alcohol en blowen) ook informatie was gegeven met behulp van de brochure over XTC, speed en cocaïne.

**Tabel 5.4 Uitkomsten vragenlijst jongerenvoorlichting regio's 2 en 3 (N=14)**

Vraag	Ja	Nee
1 Ben je meer te weten gekomen over wat leuk en wat vervelend is van:		
Bier	8	4
Breezers	0	14
Shooters	1	13
Wijn	0	14
Mixdrankjes	2	12
Blowen	5	9
Andere drugs	11	3
2 Is door deze bijeenkomst je mening veranderd over drank en drugs?	3	10
3 Ken je de regels over alcohol- en drugsgebruik op de instelling nu beter?	6	7
4 Heb je al je vragen kunnen stellen?	12	2
5 Ben je van plan om met anderen over deze bijeenkomst te praten?	8	5
6 Weet je bij wie je terecht kunt met vragen over alcohol en drugs?	8	5

In regio 1 werd door 4 jongeren gezamenlijk een vragenlijst ingevuld. Deze jongeren geven aan over de voor- en nadelen van alle middelen (bier, breezers, shooters, wijn, mixdrankjes, blowen en andere drugs) meer te weten dan voor de bijeenkomsten.

Tweederde van de jongeren (n=10) uit de regio's 2 en 3 geeft aan dat door de bijeenkomst hun mening over alcohol of drugs niet veranderd is. De mening van alle vier jongeren uit regio 1 over alcohol en drugs bleef ongewijzigd.

Minder dan de helft van de jongeren (n=6) uit de regio's 2 en 3 is meer te weten gekomen over de regels over alcohol- en drugsgebruik van de instelling. De jongeren uit regio 1 zijn eveneens niet meer te weten gekomen over de regels over alcohol- en drugsgebruik van de LVG-instelling. Vrijwel alle jongeren zeggen wel te weten aan wie ze binnen de LVG-instelling vragen kunnen stellen over alcohol en drugs.

De vraag of ze van plan zijn met anderen over de voorlichtingsbijeenkomst te praten, werd door ongeveer de helft (n=7) van de jongeren uit de regio's 2 en 3 met 'ja' beantwoord. Deze jongeren verwachten vooral over de bijeenkomst te zullen praten met vrienden, vriendinnen, ouders en groepsleiding. Ook de jongeren uit regio 1 geven aan met anderen over de bijeenkomst te praten, bijvoorbeeld met ouders en groepsleiding.



## **6 Motivatietraining**

### **6.1 Doel**

Doel van de training is het vergroten van de motivatie van jongeren met LVG voor verandering van hun alcohol en drugsgebruik met het oog op hun gezonde ontwikkeling in fysieke, psychische en maatschappelijke zin. Nevendoel is het vergroten van de geschiktheid van deze doelgroep voor behandeling en begeleiding in de verslavingszorg.

### **6.2 Doelgroep**

Jongeren met LVG die:

- alcohol en drugs gebruiken
- daardoor minder goed meedoen op school, werk en/of in hun behandeling
- hun eigen gebruik van alcohol en/of drugs erkennen
- bereid zijn om over hun gebruik te praten
- in een groep kunnen functioneren

### **6.3 Inhoud**

De training wordt gegeven in groepsverband en bestaat uit vijf bijeenkomsten met maximaal 6 deelnemers. De bijeenkomsten duren anderhalf uur en vinden wekelijks plaats. In de training wordt aandacht besteed aan het in kaart brengen van het middelengebruik, bewustwording van de risico's van gebruik, vergroten van de bereidheid om gebruik en bijbehorend gedrag te veranderen en bewustwording van het belang van ondersteuning om hierin te kunnen slagen. Onderliggend model is dat van Prochaska en DiClemente (1998). De training is gericht op de eerste drie fasen van gedragsverandering: voorbeschouwing (probleemherkenning), overwegen (veranderbereidheid vergroten, ambivalentie vergroten) en voorbereiden en beslissen (redenen om gedrag te veranderen, plan maken). Een en ander is aangepast aan de doelgroep: concreet, visueel en voorgestructureerd. De onderwerpen staan dicht bij de belevingswereld van de deelnemers.

### **6.4 Materiaal**

Er is een handleiding voor de trainer beschikbaar met bijbehorende werkmaterialen. Ook voor de deelnemers zijn er werkmaterialen. Het gaat om een screeningslijst voor de intake, infofolder, evaluatieformulieren, doelkaarten en materialen voor opdrachten.

### **6.5 Uitvoering**

De training wordt bij voorkeur gegeven door een trainer met kennis en ervaring op het gebied van verslaving en een trainer met ruime ervaring met de doelgroep LVG. Voor een kwalitatief goede uitvoering is namelijk de expertise van zowel de verslavingszorg als de LVG-zorg nodig. Afhankelijk van de samenstelling van de groep (gemengd) kan gekozen worden voor trainers van verschillend geslacht.

Voorwaarden waaraan trainers moeten voldoen:

- Ervaring in het werken met groepen (bij voorkeur met LVG)
- Zich kunnen inleven in gevoelens en behoeften van jongeren
- Kennis en kunde betreffende verslaving bij mensen met LVG
- Aansluiten in taalgebruik bij doelgroep
- Opleiding motiverende gespreksvoering (bij voorkeur)

De training is binnen het interventieprogramma geschikt als vervolg op het voorlichtingsprogramma. Ze kan dienen als opstapje naar de verslavingszorg als de voorwaarden hiervoor goed zijn geregeld. Dit is afhankelijk van het resultaat van het traject voor professionals en managers in de LVG-zorg, oftewel als de deskundigheidsbevordering en het instellingsbeleid zijn gerealiseerd.

## 6.6 Onderbouwing

De werkgroep 'training voor jongeren met probleemgebruik' is begonnen met het onderzoeken van de mogelijkheid van aanpassing van de bestaande training *Mijn Gebruik*<sup>25</sup> voor de doelgroep jongeren met LVG. Deze training was al eerder door het Trimbos-instituut op kwaliteit getoetst aan de hand van de Preffi 2.0. *Mijn gebruik* richt zich op volwassenen met SGLVG (Sterk Gedragsgestoorde mensen met LVG) en heeft als doel inzicht krijgen in de specifieke factoren van gebruik, verhogen van de bereidheid tot verandering en om leren gaan met gevoelens van craving. De conclusie van de werkgroep was dat voor een passend trainingsaanbod voor jongeren met LVG meer nodig is dan enkele aanpassingen aan *Mijn gebruik*. De afstand tussen een educatief aanbod (de voorlichting voor jongeren met LVG) en een behandelaanbod zoals *Mijn Gebruik* werd als te groot bevonden. Daarom werd besloten een nieuwe training te ontwikkelen gericht op het vergroten van de motivatie voor verandering van het middelengebruik en het stellen van doelen. Daarbij werden bestaande geïndiceerde preventieve en behandelinterventies op hun bruikbaarheid beoordeeld waaronder 'Hèinig an' van Tactus verslavingszorg, 'WOW' van Iriszorg en de 'Cannabis Leefstijltraining' voor jongeren die in het kader van Resultaten Scoren is ontwikkeld.<sup>26</sup>

Omdat wetenschappelijk onderbouwde interventies of methodieken voor gedragsverandering bij jongeren met LVG ontbreken hebben we de training voor jongeren met LVG en riskant middelengebruik gebaseerd op de wetenschappelijke evidentie voor interventies voor jongeren met problematisch middelengebruik in het algemeen. Die evidentie is op het moment het grootst voor gezinstherapie, motivationeel interviewen en cognitieve gedragstherapie in een groep. De resultaten van Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA)<sup>27</sup> zijn veelbelovend en vanwege de omgevingsgerichte insteek mogelijk met name voor de doelgroep LVG. Daarnaast gaan we uit van algemene principes bij behandeling van mensen met LVG dat wil zeggen, meer tijd besteden aan het overdragen van kennis en het aanleren van nieuw gedrag dan in een standaardbehandeling, vaardigheden oefenen die in het echte leven nodig zijn en veel herhaling.<sup>11</sup>

## 6.7 Uitkomsten pilotstudie

### 6.7.1 Uitvoerbaarheid motivatietraining

De onderzoeksvragen waren:

- Hoe getrouw wordt de training uitgevoerd?
- Hoe waarderen de uitvoerders de training?

Om deze vragen te beantwoorden zou een telefonisch interview worden gehouden met de uitvoerders van de training (preventiewerker en LVG-gedragsdeskundige).

De motivatietraining voor jongeren met LVG en riskant middelengebruik is in geen enkele regio binnen de tijdspanne van de pilotstudie uitgevoerd. Inmiddels is regio 3 eind april 2010 gestart met de training. Hoewel de pilotstudie inmiddels is afgerond laat de coördinator van deze regio weten dat het programma goed wordt gevolgd maar dat het tempo naar beneden is bijgesteld. En om het voor jongeren aantrekkelijk te maken, is de vorm van een meidengroep gekozen, waarin naast alcohol en drugs ook nagels lakken op de agenda staat.

Voor de beoogde uitvoerders van de training in de pilotregio's is voorafgaand een train-de-trainer cursus aangeboden. Deze cursus vond op het Trimbos-instituut plaats en duurde een dag. Het doel van de cursus was om toekomstige cursusbegeleiders kennis, houdingsaspecten en vaardigheden bij te brengen voor het geven van de training. De cursus bestond uit het doornemen van de handleiding en het oefenen van de vaardigheden voor het geven van de training. Om goed te kunnen profiteren van de train-de-trainer cursus formuleerden wij de volgende voorwaarden voor de beoogde uitvoerders van de cursus:

- Ervaring in het werken met groepen (bij voorkeur met LVG)
- Zich kunnen inleven in gevoelens en behoeften van jongeren en jongvolwassenen
- Kennis en kunde betreffende verslaving bij mensen met LVG
- Aansluiten in taalgebruik bij doelgroep
- Opleiding motiverende gespreksvoering (bij voorkeur)

Helaas hebben niet alle instellingen uit de pilotregio's hieraan kunnen voldoen. Vijf van de zestien deelnemers gaven op het evaluatieformulier aan geen ervaring te hebben in het geven van trainingen en/of het werken met groepen. De vragen en behoeften van de deelnemers aan de cursus waren hierdoor nogal verschillend. Niet alle deelnemers hebben hierdoor even goed van de cursus kunnen profiteren. Dit blijkt ook uit de schriftelijke evaluatie van de cursus bij de deelnemers. Gevraagd werd een rapportcijfer te geven voor de mate waarin de cursus bijdroeg aan kennis, houdingsaspecten en vaardigheden voor het geven van de training. Gemiddeld gaven de deelnemers de cursus op alle drie de aspecten een 6,5. De trainers kregen respectievelijk een 7 en een 7,5 als rapportcijfer. Bij een volgende train-de-trainer cursus is een grondige screening van de deelnemers dus aan te bevelen, iets dat ook door enkele deelnemers werd geadviseerd.

Los van de niveaoverschillen tussen de deelnemers op het gebied van trainingsvaardigheden werden nog enkele tekortkomingen gesignaleerd. Negen deelnemers vonden de cursus te kort duren en vier deelnemers vonden de groep te groot. Een iemand gaf aan dat meer in kleine groepjes had moeten worden geoefend. Daarnaast werd door drie mensen aangegeven dat ze meer praktische voorbeelden hadden gewild en meer actieve spelvormen. Eén iemand gaf als aanbeveling een instructievideo

te maken. Het motiveren van jongeren om deel te gaan nemen aan de motivatietraining werd door twee deelnemers gemist. De handleiding van de motivatietraining zou volgens vier deelnemers meer achtergrondinformatie moeten bevatten 'bijvoorbeeld over de doelgroep en over de onderbouwing van de keuzes in het trainingsprogramma'.

#### *6.7.2 Tevredenheid over de motivatietraining*

De onderzoeksvraag van dit onderdeel was:

- Hoe waarden de jongeren de training?

Om zicht te krijgen op de tevredenheid van de jongeren is een vragenlijst ontwikkeld die na afloop van de motivatietraining aan de jongeren voorgelegd diende te worden.

#### *6.7.3 Uitkomsten van de motivatietraining*

De onderzoeksvragen van dit onderdeel waren:

- Is de houding van de jongeren ten opzichte van eigen alcohol- en/ of drugsgebruik veranderd?
- Hebben de jongeren inzicht in hun gebruik van alcohol en drugs?
- Is de bereidheid tot verandering van het gebruik van alcohol en drugs toegenomen?
- Kunnen de jongeren beter omgaan met gevoelens van trek?

Om zicht te krijgen op de uitkomsten van de training bij de jongeren is een vragenlijst ontwikkeld die zowel voorafgaand aan als na afloop van de motivatietraining aan de jongeren voorgelegd diende te worden.

In regio 3 is met het oog op de ontwikkeling van criteria voor instroom van jongeren in de voorlichting en/of de motivatietraining een zogenaamd stoplichtmodel ontwikkeld om risicovol gebruikende jongeren en jongeren met een verhoogde verslavingsgevoeligheid te kunnen identificeren. Hiervoor is een classificatiesysteem opgezet van drie kleurcodes met bijbehorend traject. Middelengebruik wordt hiermee een vast onderdeel van de behandeling (De Groot en Den Ouden, 2010).

## 7 Conclusies en beschouwing

Dit project had als doel een gestandaardiseerd interventieprogramma te ontwikkelen voor de preventie van problematisch alcohol- en drugsgebruik door jongeren met LVG en dit programma op proef uit te voeren. In een pilotstudie zouden de uitvoerbaarheid van het programma en de tevredenheid en uitkomsten bij de deelnemers worden onderzocht. Zijn deze doelen behaald? Wat zijn de voornaamste bevindingen? Welke conclusies kunnen we trekken? En, is het programma geschikt voor landelijke implementatie?

### 7.1 Zijn de doelen van het project behaald?

Het eerste doel, de ontwikkeling van een gestandaardiseerd interventieprogramma, is behaald. Wel maken we de kanttekening dat het onderdeel deskundigheidsbevordering voor de verslavingszorg nog ontbreekt in het programma. De ontwikkeling hiervan was niet haalbaar in de looptijd van het project. Het programma betreft een voorlopige versie waarvan de geschiktheid en bruikbaarheid in een kleinschalige pilotstudie verder werd onderzocht. Het tweede doel, de proefuitvoering van het programma, is gedeeltelijk behaald. Uiteindelijk zijn alle interventies in één of meerdere pilotregio's uitgevoerd. Hierbij is echter geregeld afgeweken van de oorspronkelijke opzet. Zoals duidelijk is geworden in het voorgaande is het derde doel, de evaluatie van de uitvoerbaarheid van het programma en de tevredenheid en uitkomsten bij de deelnemers, in beperkte mate behaald. Er heeft niet altijd evaluatieonderzoek plaatsgevonden vanwege miscommunicatie of omdat de interventie niet in de beoogde tijdsperiode kon worden uitgevoerd.

### 7.2 Wat zijn de voornaamste bevindingen?

In geen van de vier regio's is het mogelijk gebleken om het programma gedurende de pilotperiode in haar geheel uit te voeren. Wel heeft regio 2 alle drie voorgenomen programmaonderdelen uitgevoerd en is regio 3 inmiddels gestart met het laatste onderdeel van het programma, de motivatietraining. Deze regio had het voornemen het hele interventieprogramma in de pilotperiode uit te voeren. Hetzelfde geldt voor regio 4. Deze regio is inmiddels gestart met de voorbereidingen voor het uitvoeren van de motivatietraining.

#### 7.2.1 Deskundigheidsbevordering

Alle pilotregio's hebben een programma voor deskundigheidsbevordering uitgevoerd waarbij de methodiek van *Open en Alert* volgens de preventiewerkers die ermee hebben gewerkt goed uitvoerbaar is. De inhoud sluit goed aan bij het niveau en de behoefte van de doelgroep. Dit geldt eveneens voor de werkvormen. Wel schiet het programma nog tekort in specifieke kennis over middelengebruik en LVG. Ook zijn aanvullende werkvormen nodig, zoals casuïstiekbesprekingen. De deelnemers lijken op grond van hun scores op de vragenlijst over hun tevredenheid met de cursus redelijk positief. Ruim een derde van de cursisten (39%) denkt het geleerde goed in de praktijk te kunnen brengen en ruim de helft denkt dit 'een beetje' te kunnen. Hoewel de cursisten aangaven met name iets geleerd te hebben over hun kennis over alcohol en drugs en hun eigen visie op middelengebruik door jongeren met LVG (en minder over vaardigheden voor gespreksvoering en de afspraken en visie binnen de eigen instelling), wordt dit niet zichtbaar in de uitkomsten van de cursus bij de deelnemers. De deelnemers beoordelen hun middelenkennis en hun signalerings-, begeleidings- en verwijsvaardigheden gemiddeld significant beter na afloop van de training terwijl de toename van het daadwerkelijke kennisniveau van de cursisten niet opmerkelijk was. Het aantal respondenten dat bij de nameting

meer goede antwoorden gaf op vragen over de werking, de effecten en de risico's dan bij de voormeting, verschilde nauwelijks van het aantal respondenten dat bij de nameting minder goede antwoorden of evenveel goede antwoorden gaf. Daarnaast was de visie van de cursisten op middelengebruik door jongeren met LVG weinig veranderd. De lengte van het programma is een lastig punt. Enerzijds heeft een langer programma de voorkeur omdat de deelnemers die het programma volgens de opzet van *Open en Alert* kregen naar eigen inzicht meer hebben geleerd dan de deelnemers die een eigen, ingekorte versie kregen. Anderzijds bleek een programma van vijf dagdelen financieel niet altijd haalbaar en bovendien tot roostertechnische problemen voor de cursisten te leiden.

### *7.2.2 Ouderavond*

De ouderavond werd in slechts één regio uitgevoerd. Daarnaast werd in regio 2 een oudergesprek gevoerd met behulp van de diapresentatie. Ondanks de inzet van de uitvoerders en verschillende, creatieve ideeën om de ouderavond zo laagdrempelig, aantrekkelijk en toegankelijk mogelijk te maken, bleek de werving van de ouders een groot obstakel. In de regio waar de ouderavond wel door kon gaan, waren de reacties van de ouders in het algemeen erg positief. De ouders gaven aan meer te weten te zijn gekomen over met name alcohol en over hoe ze hun kind kunnen helpen met het verstandig omgaan met alcohol en drugs. Op de vraag hoe ze de ouderavond vonden, gaven de ouders alleen positieve antwoorden: interessant, bruikbaar en praktisch. De ouders gaven aan dat het programma nog verbeterd zou kunnen worden door nog meer informatie op te nemen over blowen en over het middelenbeleid van de instelling.

### *7.2.3 Voorlichting voor jongeren met LVG*

De voorlichtingsbijeenkomsten voor jongeren met LVG werden in drie regio's uitgevoerd. In twee regio's werd het programma uitgevoerd volgens de opzet. In deze regio's werd de uitvoerbaarheid van het programma positief beoordeeld. Het draaiboek voor voorlichtingsbijeenkomsten bleek goed bruikbaar voor het samenstellen van een eigen voorlichtingsbijeenkomst. Een aandachtspunt bleek de werving van de jongeren. De jongeren waardeerden de bijeenkomsten positief en gaven aan dat zij meer te weten waren gekomen over bier, blowen en andere drugs. Hun mening over alcohol en drugs veranderde niet. Minder dan de helft van de jongeren is meer te weten gekomen over de regels omtrent middelengebruik in de instelling. Dat kan betekenen dat ze al op de hoogte waren van de regels maar het kan ook betekenen dat de regels niet duidelijk zijn of dat dit onderwerp (te) weinig aan de orde is geweest.

### *7.2.4 Motivatietraining*

De motivatietraining is in de projectperiode in geen enkele regio uitgevoerd.

## **7.3 Conclusies**

Uitvoerders en deelnemers waarden de inhoud en werkvormen van het interventieprogramma over het algemeen positief. Wel geldt daarbij als kanttekening dat (nog) meer LVG-specifieke informatie en aangepaste werkvormen nodig zijn. De voorlichting voor jongeren zou uitgebreid moeten worden met andere middelen, zoals XTC, cocaïne en speed. De vraag naar informatie over deze middelen is hoog, vooral in groepen met oudere jongeren. Daarbij zou gebruik gemaakt kunnen worden van de - in het kader van dit project ontwikkelde - brochure 'XTC, cocaïne en speed zonder flauwekul'. Voor beleidsontwikkeling en deskundigheidsbevordering blijkt ruim de tijd (een jaar) te moeten worden uitgetrokken.

De uitvoerbaarheid van het interventieprogramma blijkt afhankelijk van de mogelijkheden van de LVG-instellingen om voldoende tijd en middelen beschikbaar te kunnen hebben. De financiering van verslavingspreventie verschilt per regio/gemeente en de beschikbaarheid van budget voor deskundigheidsbevordering per LVG-instelling.

De werving van ouders voor voorlichting over alcohol en drugs is een belangrijk aandachtspunt. Om de opkomst van ouders te bevorderen zou de LVG-instelling de ouderavond kunnen integreren in een andere bijeenkomst, zoals een receptie of een themadag. Daarnaast zou een presentatie door de jongeren zelf de bereidheid tot deelname van de ouders ook kunnen bevorderen. Verder zouden ouders van jongeren met LVG niet alleen via de LVG-zorg maar ook via het speciaal onderwijs benaderd moeten worden.

Ook de werving van jongeren voor voorlichting over alcohol en drugs vraagt aandacht. Om een goede opkomst te realiseren en jongeren te enthousiasmeren, wordt aanbevolen met een aantal jongeren uit de groep met een 'leidende' rol een voorgesprek te houden. Tijdens dit voorgesprek kan de opzet van de voorlichtingsbijeenkomsten besproken worden en kan input van de jongeren gevraagd worden. Zodoende kan het programma 'op maat' gemaakt worden en wordt draagvlak gecreëerd: de jongeren voelen zich verantwoordelijk voor de bijeenkomsten en zullen andere jongeren aansporen aanwezig te zijn. Verder bleek een spelelement in de voorlichting goed te werken om jongeren daadwerkelijk met voorlichting te kunnen bereiken.

Gezien de bescheiden omvang en beperkte uitvoering van de pilotstudie is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de uitkomsten van het programma. Zo is de uitkomst dat een (fors) aantal deelnemers aan de deskundigheidsbevordering na afloop van de cursus minder goede antwoorden geeft op kennisvragen over alcohol en drugs niet goed te plaatsen. Het is goed mogelijk dat deze uitkomst moet worden toegeschreven aan de gebruikte vragenlijst en gevolgde meetprocedure. Vooral de vragenlijst voor de nameting bevatte erg veel vragen, waardoor het invullen veel tijd in beslag nam. Omdat deze vragenlijst om logistieke redenen aan het eind van de (lange) laatste cursusdag diende te worden ingevuld, gebeurde dat mogelijk niet nauwkeurig. Per situatie zal bekeken moeten worden wanneer een zo kort mogelijke vragenlijst – al dan niet in de vorm van een internet-vragenlijst – kan worden aangeboden om de resultaten van de cursus na te gaan.

Hoewel we de uitkomsten dus voorzichtig moeten interpreteren vraagt de bevinding dat bij de LVG-professionals het zicht op het beleid van de eigen instelling over middelengebruik vaak tekort schiet en ook niet verbetert door de cursus aandacht. Ook ouders en jongeren zelf geven relatief vaak aan hier niet veel meer over te weten te zijn gekomen.

#### **7.4 Is het interventieprogramma geschikt voor landelijke implementatie?**

De proefuitvoering van het programma heeft op beperkte schaal plaatsgevonden. Aanpassing van het programma op grond van de bevindingen is nodig voordat het programma landelijk geïmplementeerd kan worden. Deze implementatie zal plaats vinden door uitgave van het programma met de bijbehorende materialen en het aanbieden van train-de-trainer cursussen door het Trimbos-instituut.



## Literatuur

1. Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Steenhuis, I.H.M., Van der Poel, E. (2009). Alcohol- en drugsgebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15-25 jaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64(1-2): 66-78.
3. Cocco, K.M., Harper, D.C. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1): 34-41.
4. McGillicuddy, N.B., Blane, H.T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addict Behav*, 24(6): 869-878.
5. McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1): 41-47.
6. Barrett, N., Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*, 19(5): 481-485.
7. Christian, L., Poling, A. (1997). Drug abuse in persons with mental retardation: a review. *Am J Ment Retard.*, 102(2): 126-136.
8. 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. *J Ment Health Res Intellect Disabil*, 2(3): 201-219.
9. Embregts, P.J., Du Bois, M.G., Graef, N., Van den Eijnden, L. (2008). Opvoedingsproblemen in relatie tot gedragsproblemen bij licht verstandelijk beperkte jongeren. Een aanzet tot preventie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 1(3-19).
10. Embregts, P.J. (2009). Residential treatment following outpatient treatment for children with mild to borderline intellectual disabilities: a study of child and family characteristics. *Res Dev Disabil*, 30(5): 1062-1067.
11. Emerson, E., Einfeld, S., Stancliffe, R.J. (2010). The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5): 579-587.
12. Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H., Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
13. Moonen, X., Versteegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1): 23-28.
14. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L., Ploeg, M. (2003). *Preventie Effectmanagement Instrument Preffi 2.0 Scoreboek*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
15. Bolier, L., Cuijpers, P. (2000). *Effectieve verslavingspreventie: op school, in het gezin en in de wijk*. Utrecht: GGZ Nederland.
16. Mutsaers, K., Blekman, J.W., Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
17. Wolthuizen, L. (2007). *Voorlichting voor mensen met een licht verstandelijke beperking over alcohol- en cannabisgebruik; theoretische onderbouwing. Eindopdracht ten behoeve van Verslavingszorg Noord Nederland*. Leeuwarden: Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.
18. Trimbos-instituut (2008). *Explore 2008. Vragenlijst scholen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

19. Van Leeuwen, L., Beckers, Y., Bouts, M. (2006). *Open en Alert. Alcohol- en drugspreventie in de residentiële jeugdhulpverlening*. Utrecht: Trimbos-instituut.
20. Van Leeuwen, L., Van der Veen, C. (2009). *Open en Alert. Alcohol- drugspreventie in de justitiële jeugdinrichting. Resultaten procesevaluatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
21. Bransen, E., Govers, A., De Knegt, V. (2007). *Handboek Open en Alert. Voor jongerenwerkers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
22. Anzion, P. (2007). *Uw kind en roken, drinken en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut.
23. Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M., Ter Bogt, T.F.M., Stattin, H., Engels, R.C.M.E. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104(10): 1669-1678.
24. Boersma, A., Naaborgh, L. (2009). *Pubers en alcohol. Hoe doe je dat? Tips en 'trucs' voor ouders in twee bijeenkomsten. Handleiding*. Utrecht: Trimbos-instituut.
25. Trentelman, M.J. (2008). *Mijn gebruik. Training omgaan met verslaving*. Boschoord: Hoeve Boschoord/ Trajectum.
26. Ivens, Y. (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar*. Amsterdam: Jellinek/ Mentrum, GGZ Nederland.
27. Meyers, R.J., Smith, J.E. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment. The Community Reinforcement Approach*. New York: The Guilford Press.

## **Bijlage 1 Instellingen en personen die een bijdrage leverden aan het project**

### **Inhoudelijke werkgroepen**

#### **Werkgroep Deskundigheidsbevordering**

Voorzitter: Els Bransen (Trimbos-instituut)

- 1 Marijke Bouts (Mondriaan)
- 2 Hans van Ommen (Tactus)
- 3 Johan de Boer (De Karmel/ Kenniscentrum LVG)
- 4 Antoinette van Putten (Emaus)
- 5 Anja van der Pluijm (Amarant)

#### **Werkgroep Ouderbijeenkomst**

Voorzitter: Els Bransen (Trimbos-instituut)

- 1 Renate Elfrink (Iriszorg)
- 2 Anita Oliemans (Jellinek)
- 3 Gwenn Sieben (Novadic Kentron)
- 4 Astrid Brouwer ('s Heerenloo)
- 5 Yra Teunkens (Gastenhof, Koraal Groep)

#### **Werkgroep Voorlichting jongeren**

Voorzitter: Els Bransen (Trimbos-instituut)

- 1 Gwenn Sieben (Novadic Kentron)
- 2 Rozemarijn de Kruijf/ Jan Roelf Geldof (VNN)
- 3 Katrien Raemdonck (Ipse De Bruggen)
- 4 Jantine van der Plas (Brijder verslavingszorg)

#### **Klankbordgroep Brochures**

Voorzitter: Iris Hilderink (Trimbos-instituut)

- 1 Philip Goedhoop (Centrum Maliebaan)
- 2 Marc van Karsbergen (Lijn 5 OPL)
- 3 Jantina Vermeij (William Schrikker Groep)
- 4 Rozemarijn de Kruijf/ Jan Roelf Geldof (VNN)

#### **Werkgroep Motivatietraining**

Voorzitter: Els Bransen (Trimbos-instituut)

- 1 Maria Trentelman (Hoeve Boschoord)
- 2 Jeannette Visscher (VNN)
- 3 Theo Venselaar (Emaus)/ Antoinette van Putten (Emaus)
- 4 Renate Elfrink (Iriszorg)
- 5 Marjo Bokhove (Ipse de Bruggen)

## Pilotregio's en coördinatoren

Van de acht instellingen voor verslavingszorg die medewerking aan het project toezegden, willen er zes als proefregio fungeren. Op grond van de toetsingscriteria en inschatting door het VOBC-LVG is de keuze gevallen op:

- 1 Tactus verslavingszorg en Kwadrant  
H. van Ommen/R. den Ouden en Th. Venselaar
- 2 Mondriaan en Gastenhof  
M. Bouts en L. Linssen
- 3 Centrum Maliebaan en Lijn 5 OPL  
P. Goedhoop en M. van Karsbergen/M. Glitz
- 4 Novadic Kentron en Amarant  
C. van Dam/G. Sieben en I. Vugs

## **Bijlage 2 Samenstelling jury's prijsvraag**

### **Jury 1: Professionals verslavingszorg en LVG-zorg**

Marijke Bouts, Mondriaan

Philip Goedhoop, Centrum Maliebaan

Johan de Boer, De Karmel

Antoinette van Putte, 's Heerenloo Emaus

### **Jury 2: Jongeren**

Frans

Jeroen

Rowena

Marloes

### **Jury 3: Educatiedeskundigen**

Boukje van Vlokhoven, Trimbos-instituut

Hettie Rensink, Trimbos-instituut



## Bijlage 3 Vragenlijst Deskundigheidsbevordering

De vragen 1-16 maken deel uit van zowel de vragenlijst van de voor- en de nameting. De vragen 17-26 zijn alleen opgenomen in de vragenlijst voor de nameting. Deze vragen zijn aangeduid met een \*.

### 1 Hoe beoordeel je jouw kennis over alcohol en de volgende drugs?

	slecht	onvol- doende	matig	voldoen- de	goed
Alcohol					
Cannabis (hasj/wiet)					
XTC					
Cocaïne					
Speed					

### 2 Hoe kom je aan kennis over deze drugs?

---

### 3 Hoe blijf je op de hoogte van ontwikkelingen op dit gebied?

---

### 4. Drugs en alcohol zijn op basis van hun werking onder te verdelen in drie groepen: stimulerende middelen, verdovende middelen en bewustzijnsveranderende middelen. Geef aan in welke groep jij denkt dat de volgende middelen thuishoren.

	stimulerende middelen	verdovende middelen	bewustzijns- veranderende middelen	weet ik niet
Alcohol				
Cannabis (hasj/wiet)				
XTC				
Cocaïne				
Speed				

5. De effecten van drugs verschillen per middel. Geef aan welke effecten bij alcohol, cannabis (hasj/wiet), XTC, cocaïne en speed horen.

	alcohol	cannabis	XTC	cocaïne	speed
Ontspannend					
Versterkt gevoelens					
Ontremmend					
Onderdrukking van vermoeidheid, pijn en hongergevoel					
'King of the world' gevoel					
Verandering in het waarnemen (zien, horen, ruiken)					
Spieren verslappen					
Hartkloppingen					
Moeizamer bewegen en praten					
Tijdelijke toename uithoudingsvermogen					
Rode ogen					

6. De risico's van drugs verschillen per middel. Geef aan wat de risico's van gebruik op korte termijn zijn van alcohol, cannabis (hasj/wiet), XTC, cocaïne en speed.

	alcohol	cannabis	XTC	cocaïne	speed
Oververhitting					
Invloed op medicijnen bij gebruik van het middel					
Invloed op geheugen, concentratie en stemming					
Angstgevoelens					
Epileptische aanval					
Weerstand gaat achteruit					

7. Er zijn ook risico's van gebruik op langere termijn. Geef aan wat deze lange termijn risico's zijn van gebruik van alcohol, cannabis (hasj/wiet), XTC, cocaïne en speed.

alcohol    cannabis    XTC    cocaïne    speed

Schade aan luchtwegen

Schade aan lever

Lichamelijke afhankelijkheid

Geestelijke afhankelijkheid

Schade aan hersenen

8. Alcohol en drugsgebruik hebben specifieke risico's voor LVG-jongeren. Noem enkele van deze risico's.

---

9. Hoe beoordeel je jouw vaardigheden in het signaleren van (problemen als gevolg van) middelengebruik door LVG-jongeren? Geef per middel aan hoe je jouw vaardigheden inschat.

slecht    onvol-  
doende    matig    voldoende    goed

Alcohol

Cannabis (hasj/wiet)

XTC

Cocaïne

Speed

10. Welke signalen herken je bij LVG-jongeren die vermoedelijk alcohol of drugs gebruiken?

---

11. Ga je in gesprek met jongeren over hun middelengebruik? Zo ja, op welke manier verloopt dat gesprek?

---

**12. Hoe beoordeel je jouw vaardigheden in het begeleiden van LVG-jongeren met (problemen als gevolg van) middelengebruik?**

slecht

onvoldoende

matig

voldoende

goed

ik begeleid geen jongeren

**13. Waaruit bestaat in jouw instelling de begeleiding van LVG-jongeren die alcohol of drugs gebruiken? Maak hierbij een onderscheid tussen jouw eigen taken en die van andere medewerkers.**

---

**14. Hoe beoordeel je jouw vaardigheden in het verwijzen van LVG-jongeren met (problemen als gevolg van) middelengebruik?**

slecht

onvoldoende

matig

voldoende

goed

ik verwijs geen jongeren door

**15. Is er iemand binnen of buiten de instelling die je kunt raadplegen in geval van (problemen als gevolg van) middelengebruik door LVG-jongeren? Op welke manier verloopt dit?**

---

**16. Hieronder staan enkele stellingen. Geef voor elke stelling aan in hoeverre je het met deze stelling eens bent.**

hele- maal mee eens	mee eens	Neu- traal	mee oneens	Hele- maal mee oneens
------------------------------	-------------	---------------	---------------	--------------------------------

De instelling moet het gebruik van alcohol en drugs door LVG-jongeren verbieden.

Als de jongeren toch alcohol of drugs gebruiken moeten ze weg bij de instelling.

LVG-jongeren zijn zeer gevoelig voor beïnvloeding door leeftijdsgenoten, daar kun je ze niet tegen beschermen.

Voor LVG-jongeren zouden dezelfde regels moeten gelden als voor jongeren in het algemeen, ook als het gaat over alcohol en drugs.

Het heeft geen zin om met LVG-jongeren in gesprek te gaan over alcohol en drugs.

Ook al weten LVG-jongeren wat de effecten en risico's van drugs en alcohol zijn, ze gebruiken ze toch wel.

Het is onmogelijk LVG-jongeren te motiveren voor het stoppen of minderen met het gebruik van alcohol en/of drugs.

De enige manier waarop problemen als gevolg van alcohol en/of drugsgebruik bij LVG-jongeren zijn te voorkomen, is zorgen dat zij er niet mee in aanraking komen.

Er moeten strakke regels worden opgesteld over de hoeveelheid alcohol die LVG-jongeren mogen gebruiken.

Als er regels komen met betrekking tot alcohol- en drugsgebruik door LVG-jongeren, zullen deze in de praktijk niet werken.

**17.\* Hoe heb je de training ervaren?**

---

**18.\* De training ging over kennis, vaardigheden en visie over LVG, alcohol en drugs. Geef hieronder aan in hoeverre je iets geleerd hebt over het betreffende onderwerp.**

	Veel	Een beetje	Weinig	Niets
De werking en effecten van alcohol en drugs.				
De risico's van alcohol en drugs.				
De signalen van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik.				
Het voeren van een signaleringsgesprek vanuit een open houding.				
Motiverende gespreksvoering.				
Het voeren van een gestructureerd begeleidingsgesprek.				
Het werken met 'de stadia van gedragsverandering'.				
De afspraken binnen de instelling over doorverwijzen bij probleemgebruik.				
Mijn eigen rol bij signaleren, begeleiden en doorverwijzen.				
De werkwijze van de verslavingszorg in je regio.				
Mijn eigen visie op LVG, alcohol en drugs.				
De visie van de instelling op LVG, alcohol en drugs.				

**19.\* Draagt het volgen van de training bij aan de uitvoering van je werk?**

---

**20.\* In hoeverre kun je het geleerde ook in de praktijk brengen?**

goed    een beetje    nauwelijks    niet

**Waar ligt dat aan?**

---

**21.\*** Sloot de training aan bij wat je wilde leren? Zo nee, wat had je nog meer willen leren?

---

**22.\*** Welk rapportcijfer (tussen de 1 en 10) zou je de trainer geven? Licht dit toe.

---

**23.\*** Wat vind je van de vaardigheden van de trainer? Maak een onderscheid tussen vaardigheden om informatie over te brengen en vaardigheden om de groep te leiden.

---

**24.\*** Noem enkele positieve punten van de training.

---

**25.\*** Noem enkele verbeterpunten van de training.

---

**26.\*** Heb je verder nog opmerkingen?

---



## Bijlage 4 Evaluatievragenlijst Ouderbijeenkomst

**Beste ouder/ verzorger,**

U bent aanwezig geweest bij de bijeenkomst 'Uw kind, alcohol en drugs'. We willen graag weten wat u van de ouderavond vond. Daarom vragen we u om deze korte vragenlijst in te vullen. Wilt u het rondje dat bij het juiste antwoord hoort zwart maken? Alvast bedankt!

1. Bent u op deze ouderavond meer te weten gekomen over de gevolgen voor uw kind van:
  - Alcohol
  - Blowen
  - Andere drugs
  
2. Bent u op deze ouderavond meer te weten gekomen over hoe u zelf uw kind kunt helpen met verstandig omgaan met alcohol en drugs?
  - Ja
  - Nee
  
3. Bent u op deze avond meer te weten gekomen over de regels over alcohol- en drugsgebruik van de instelling waar uw kind hulp van krijgt?
  - Ja
  - Nee
  
4. Heeft u tijdens de ouderavond al uw vragen kunnen stellen?
  - Ja
  - Nee
  
5. Heeft u tijdens de ouderavond over uw eigen ervaringen kunnen vertellen?
  - Ja
  - Nee
  - Niet van toepassing (want ik wilde dat niet)
  
6. Is uw mening over alcohol en drugs veranderd door deze avond?
  - Ja
  - Nee
  
7. Bent u van plan om met uw kind te praten over deze ouderavond?
  - Ja
  - Nee
  
8. Weet u bij wie u op De Prins terecht kunt met vragen over alcohol en drugs?
  - Ja
  - Nee

9. Wat vond u al met al van de ouderavond? (U kunt meer dan één antwoord aankruisen)

- Interessant
- Te theoretisch
- Te vaag
- Praktisch, handig
- Bruikbaar
- Te lang
- Te kort
- ...

10. Welk rapportcijfer geeft u de ouderavond? (Omcirkel het cijfer)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

11. Heeft u nog tips om de ouderavond te verbeteren?

## Bijlage 5 Evaluatievragenlijst Voorlichting voor jongeren met LVG

### Hoi!

Je bent bij de bijeenkomst over alcohol en drugs geweest. We willen graag weten wat je van die bijeenkomst vond. Wil je deze vragenlijst invullen? Maak het rondje zwart dat bij het juiste antwoord hoort. Dankjewel!

12. Ben je meer te weten gekomen over wat leuk is en wat vervelend is van:
  - Bier
  - Breezers (briezers)
  - Shooters (sjoeters)
  - Wijn
  - Mixdrankjes zoals rode wodka-redbull
  - Blowen
  - Andere drugs
  
13. Is door deze bijeenkomst je mening veranderd over drank en drugs?
  - Ja
  - Nee
  
14. Ken je de regels over alcohol- en drugsgebruik op <naam instelling> nu beter?
  - Ja
  - Nee
  
15. Heb je al je vragen kunnen stellen?
  - Ja
  - Nee
  
16. Ben je van plan om met anderen over deze bijeenkomst te praten?
  - Ja
  - Nee
  
17. Zo ja, met wie?
  - Vrienden of vriendinnen
  - Ouders
  - Groepsleiding
  - Leraar
  - Iemand anders, namelijk .....

18. Weet je bij wie je bij < naam instelling> vragen kunt stellen over alcohol en drugs?

- Ja
- Nee

19. Wat vond je van de bijeenkomst?

Zet een kruisje op de lijn hoe je het vond.

10-----9-----8-----7-----6-----5-----4-----3-----2-----1-----0  
☺☹  
GoedSlecht

20. Wat heb je geleerd van de bijeenkomst?

---

21. Wat kon er beter?

---

## Bijlage 6 Vragenlijst Motivatietraining

### ALCOHOL

#### 1 Drink je wel eens alcohol?

- Ja
- Af en toe
- Nooit

#### 2 Hoeveel keer heb je alcohol gedronken? LET OP: het gaat om het aantal keren dat je alcohol dronk in je hele leven, in de laatste 12 maanden en in de laatste 4 weken. Het gaat dus niet om het aantal glazen per keer.

Omcirkel het cijfer dat staat voor het aantal keer dat je alcohol dronk. Dus dronk je in je hele leven 6 keer alcohol, dan omcirkel je in de eerste rij het cijfer 6.

##### In je hele leven:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

##### In de laatste 12 maanden:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

##### In de laatste 4 weken:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

#### 3 Drink je wel eens alcohol op doordeweekse dagen?

Doordeweekse dagen zijn maandag, dinsdag, woensdag en donderdag.

- Ja
- Af en toe
- Nooit

**4 Hoeveel alcohol drink je meestal op zo'n doordeweekse dag?**

Doordeweekse dagen zijn maandag, dinsdag, woensdag en donderdag.

Omcirkel het cijfer dat staat voor het aantal glazen dat je dronk. Dus drink je op doordeweekse dagen meestal 5 glazen bier, dan omcirkel je in de eerste rij het cijfer 5.



**Glas bier, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Flesje of blikje bier, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Wijn, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Breezers en andere mixdrankjes in een flesje, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Mixdrankjes in een glas (zoals rum-cola en wodka-jus), aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Pure drank (niet gemixt) (zoals whiskey, wodka, cognac, sherry, port, martini, pisang ambon, campari, passoa, coebergh), aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Shooter (kleine flesjes drank zoals flugel, feighling), aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer

**5 Drink je wel eens alcohol in het weekend?**

Dus op vrijdag, zaterdag of zondag.

Ja

Af en toe

Nooit

**6 Hoeveel alcohol drink je meestal op vrijdag, zaterdag of zondag?**

Omcirkel het cijfer dat staat voor het aantal glazen dat je dronk. Dus drink je op vrijdag, zaterdag of zondag meestal 5 glazen bier, dan omcirkel je in de eerste rij het cijfer 5.



**Glas bier, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Flesje of blikje bier, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Wijn, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Breezers en andere mixdrankjes in een flesje, aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Mixdrankjes in een glas (zoals rum-cola en wodka-jus), aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Pure drank (niet gemixt) (zoals whiskey, wodka, cognac, sherry, port, martini, pisang ambon, campari, passoa, coebergh), aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer



**Shooter (kleine flesjes drank zoals flugel, feighling), aantal:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer

**7 Hoe vaak heb je in de afgelopen maand vijf OF MEER drankjes (met alcohol) gedronken op één gelegenheid (bijvoorbeeld op een feestje of op één avond)?**

- Nooit
- 1 keer
- 2 keer
- 3 of 4 keer
- 5 of 6 keer
- 7 of 8 keer
- 9 keer of vaker

**8 Hoe vaak ben je dronken of aangeschoten geweest door het drinken van alcohol?**

Omcirkel het cijfer dat staat voor het aantal keer dat je dronken was. Dus ben je 4 keer dronken geweest, dan omcirkel je het cijfer 4.

**In je hele leven:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

**In de laatste 12 maanden:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

**In de laatste 4 weken:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

**9 Kruis hieronder de redenen aan waarom je alcohol drinkt.**

Je mag meerder vakjes aankruisen.

**Ik drink alcohol...**

omdat het lekker is

voor de gezelligheid

om me te ontspannen

om me beter te voelen over mezelf

om me minder eenzaam te voelen

om mee te kunnen doen met anderen

om beter te kunnen presteren

om mijn problemen te kunnen vergeten

om minder last te hebben van pijn of andere lichamelijke problemen

anders, namelijk...

**10 Kruis hieronder de situatie aan waarin je alcohol drinkt.**

Je mag meerder vakjes aankruisen.

**Ik drink alcohol...**

als ik me verveel

als ik alleen ben

als ik met vrienden ben

als ik op een feestje ben

anders, namelijk...

## DRUGS

- 11** Hoeveel keer heb je wiet of hasj gebruikt (geblowd)? (LET OP: het gaat om het aantal keren dat je geblowd hebt je hele leven, in de laatste 12 maanden en in de laatste 4 weken. Het gaat dus niet om het aantal joints per keer.)

Omcirkel het cijfer dat staat voor het aantal keer dat je geblowd hebt. Dus heb je in hele leven 6 keer geblowd, dan omcirkel je in de eerste rij het cijfer 6.

**In je hele leven:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

**In de laatste 12 maanden:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

**In de laatste 4 weken:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11-19 20-39 40 keer of vaker

- 12** Als je wiet of hasj rookt (blowen), hoeveel joints rook je dan per keer? Een joint is een sigaret met hasj of wiet erin.

Ik rook nooit wiet of hasj

Minder dan 1 joint

Dan rook ik gemiddeld  joints

- 13** Heb je de AFGELOPEN 12 MAANDEN wiet of hasj gebruikt, ofwel geblowd?

Nee (ga door naar vraag 14)

Ja

**14 Zijn de AFGELOPEN 12 MAANDEN de volgende dingen gebeurd?**

Geef bij elke vraag aan of het nooit, bijna nooit, af en toe, best vaak of heel vaak gebeurd is.

- 1 = Nooit**
- 2 = Bijna nooit**
- 3 = Af en toe**
- 4 = Best vaak**
- 5 = Heel vaak**

**1 2 3 4 5**

Heb je ooit 's ochtends wiet/hasj gebruikt?

Heb je ooit wiet/hasj gebruikt terwijl je alleen was?

Heb je ooit geheugenproblemen gehad doordat je wiet/ hasj gebruikt?

Hebben je vrienden of familie je ooit gezegd dat je minder wiet/hasj zou moeten roken of zou moeten stoppen?

Heb je ooit geprobeerd te minderen of te stoppen met wiet/hasj, zonder dat het lukte?

Heb je ooit problemen gehad doordat je wiet/hasj gebruikt (ruzie, gevecht, ongeluk, slechte schoolresultaten etc.)?

**15 Geef aan of je de volgende drugs wel eens hebt gebruikt.**

**IN JE HELE LEVEN**

**Ja Nee**

**IN DE LAATSTE 4 WEKEN**

**Ja Nee**

Snuif cocaine (coke)

XTC (ecstasy, MDMA)

Heroïne

Paddo's of magic mushrooms

Amfetamine (uppers, pep of speed)

Crack

LSD

GHB

**16 Kruis hieronder de redenen aan waarom je drugs gebruikt.**

Je mag meerder vakjes aankruisen.

**Ik gebruik drugs...**

omdat het lekker is

voor de gezelligheid

om me te ontspannen

om me beter te voelen over mezelf

om me minder eenzaam te voelen

om mee te kunnen doen met anderen

om beter te kunnen presteren

om mijn problemen te kunnen vergeten

om minder last te hebben van pijn of andere lichamelijke problemen

anders, namelijk...

**17 Kruis hieronder de situatie aan waarin je drugs drinkt.**

Je mag meerder vakjes aankruisen.

**Ik gebruik drugs...**


als ik me verveel

als ik alleen ben

als ik met vrienden ben

als ik op een feestje ben

anders, namelijk...



Jongeren met een licht verstandelijke beperking gebruiken vrijwel net zo veel en vaak alcohol en drugs als jongeren in het algemeen. Ook de leeftijd waarop ze met gebruik beginnen verschilt weinig van jongeren in het algemeen. Tegelijkertijd heeft middelengebruik voor hen meer negatieve gevolgen en zijn de gangbare preventie- en behandelmethodeken niet op deze groep jongeren toegesneden. Daarom ontwikkelde het Trimbos-instituut een gestandaardiseerd interventieprogramma voor de preventie van problematisch alcohol- en drugsgebruik door deze groep jongeren. Het programma bundelt de huidige kennis en kunde op dit gebied dankzij de bijdrage van kennis- en expertisecentra en een groot aantal instellingen voor verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Dit rapport behandelt het programma en de uitkomsten van een pilotstudie naar de uitvoerbaarheid ervan en de tevredenheid en uitkomsten bij de deelnemers. De uitvoerbaarheid van het interventieprogramma bleek afhankelijk van de mogelijkheden van de LVG-instellingen om voldoende tijd en middelen beschikbaar te kunnen hebben. De financiering van verslavingspreventie verschilt per regio/gemeente en de beschikbaarheid van budget voor deskundigheidsbevordering per LVG-instelling. Uitvoerders en deelnemers waardeerden de inhoud, materialen en werkvormen van het programma over het algemeen positief. De proefuitvoering van het programma heeft op beperkte schaal plaatsgevonden. Aanpassing van het programma is nodig voordat het programma landelijk geïmplementeerd kan worden. Deze implementatie zal plaats vinden door uitgave van het programma met de bijbehorende materialen en het aanbieden van train-de-trainer cursussen door het Trimbos-instituut.