

Interventie

Be wise, think twice

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 13 februari 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Lammers (februari 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Be wise, think twice'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	3
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	23
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	23
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	24
5. Samenvatting Werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28
7. Praktijkvoorbeeld	32

Samenvatting

Voor de eerste twee klassen van het cluster 4 Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO) is het lesprogramma Be wise think twice (BWTT) beschikbaar. Cluster 4 is het grootste cluster in het VSO, waar leerlingen zitten met ernstige psychische stoornissen en gedragsproblemen. Doel is om leerlingen bewust te maken van de risico's van alcohol en drugs en docenten handvatten te bieden voor signalering van mogelijk problematisch gebruik.

BWTT bestaat uit 4 lessen. Alle lessen bestaan uit het overdragen van kennis, opdrachten en gesprekken tussen leerlingen en hun docent of met elkaar. De materialen staan in een digitale docentenomgeving. Per les is er een docenteninstructie beschikbaar, net als werkbladen voor de leerlingen, filmpjes en andere materialen. Docenten die gebruik willen maken van het lesmateriaal worden getraind door speciaal opgeleide preventiewerkers van de lokale instelling voor verslavingszorg of de GGD. Na het volgen van een docententraining, kan voor €10,- een licentie voor de docentenomgeving worden aangeschaft.

Doelgroep

BWTT is ontwikkeld voor leerlingen uit de eerste twee klassen (ongeveer 12 tot en met 14 jaar) van het cluster 4 VSO.

Doel

BWTT heeft als doel de leerlingen bewust te maken van de risico's van middelengebruik en daarmee hun houding ten opzichte van middelengebruik op een gunstige manier te beïnvloeden.

Aanpak

De lessenserie bestaat uit 4 lessen die allen gegeven kunnen worden in een lesuur.

Les 1: introductie les waarbij het thema middelengebruik en verslaving op een laagdrempelige manier wordt besproken. De les staat in het teken van gewoontes.

Les 2: verschillende risico's van middelengebruik.

Les 3: opnieuw aandacht voor de nadelen van middelengebruik en daarnaast is er aandacht voor de voordelen van niet-gebruiken.

Les 4: stoppen met een gewoonte.

Materiaal

Werving

- Voor de werving wordt op dit moment een flyer ontwikkeld vanuit De gezonde school en genotmiddelen (DGSG) met alle materialen voor het praktijkonderwijs en VSO. Hier komt BWTT in terug.

Uitvoering

- Docenteninstructies bij iedere les
- Werkbladen voor de leerlingen met instructies voor de opdrachten
- Per les is er één filmpje per ervaringsdeskundige (in totaal zijn er 4 verschillende ervaringsdeskundigen)
- Tagcloud
- 7 Days Challenge
- Powerpointpresentaties bij de lessen
- Overig filmmateriaal

Onderbouwing

Uit verschillende internationale en nationale studies blijkt, dat leerlingen die speciaal onderwijs (cluster 4), meer middelen gebruiken dan leerlingen op het reguliere onderwijs (Denny, et al., 2004; Grunbaum et al., 2001; Kepper, 2013; Kepper et al., 2014; Kepper et al., 2012; Kepper et al., 2011). Deze leerlingen lopen ook een veel groter risico op problematisch middelengebruik en verslaving (Vermeulen-Smit, Kepper, & Monshouwer, 2014). De belangrijkste beïnvloedbare determinanten die middelengebruik veroorzaken zijn risicoperceptie, attitude en uitkomst-verwachtingen en waargenomen sociale normen. Daarnaast is aandacht voor negatieve peer processen van belang. Bij de ontwikkeling van de interventie is gebruik gemaakt van verschillende technieken die aansluiten bij diverse theorieën over gedragsverandering, bijvoorbeeld: kennisoverdracht, filmpjes van rolmodellen, klassikale discussie, creëren van bewustzijn en individuele invulopdrachten.

Onderzoek

Naar BWTT is in 2016 een pilotonderzoek uitgevoerd waarbij gekeken is naar de bruikbaarheid, uitvoering en werkzaamheid van de interventie. Hiervoor zijn interviews afgenomen bij docenten en preventiewerkers (bruikbaarheid), zijn evaluatieformulieren ingevuld door de docenten en observaties uitgevoerd (uitvoering) en zijn vragenlijsten afgenomen bij leerlingen (werkzaamheid). Uit de resultaten blijkt dat de meeste docenten de opdrachten helemaal uitvoeren zoals bedoeld en dat er af en toe een aantal opdrachten ietwat wordt gewijzigd. Het grootste deel van docenten vond de lessen duidelijk en compleet. De meningen van de leerlingen over de aantrekkelijkheid liepen uiteen. Zo werden bijvoorbeeld de onderwerpen van de lessen positief beoordeeld, maar de individuele invulopdrachten minder. Wat betreft de werkzaamheid bleek dat leerlingen bij de nameting een significant negatievere attitude ten opzichte van blowen hadden.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Be wise, think twice (BWTT) is ontwikkeld voor cluster 4-leerlingen uit de eerste twee klassen (ongeveer 12 tot en met 14 jaar) van het Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO). In cluster 4 zitten leerlingen met ernstige psychische stoornissen en gedragsproblemen. Onder cluster 4 vallen onder andere scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen – hier zitten leerlingen met ernstige psychiatrische problemen en /of gedragsstoornissen – en scholen verbonden aan gesloten jeugdinstellingen (justitie en jeugdzorg+). Er is sprake van veel uiteenlopende problematiek, maar ook van verschillen in IQ en EQ. BWTT is bedoeld voor leerlingen waarbij geen sprake is van problematisch middelengebruik, maar waarbij het al wel onderwerp van gesprek is. Een verdere toelichting hierop wordt beschreven onder “selectie van doelgroepen”.

Intermediaire doelgroep

De docenten die BWTT uitvoeren zijn de intermediaire doelgroep. Voor de docenten is een docentenhandleiding beschikbaar met onder andere instructies van het lesprogramma. De docenten mogen BWTT uitvoeren nadat zij een docententaining hebben gevolgd.

Selectie van doelgroepen

BWTT is speciaal ontwikkeld voor cluster 4-leerlingen uit de eerste twee klassen. Om te bepalen of een klas deel kan nemen aan de interventie wordt een inspanning van de docent gevraagd. De docent moet namelijk inschatten wat het niveau is van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de klas. Als de leerlingen nog helemaal niet bezig zijn met middelengebruik is het niet verstandig om BWTT in te zetten. Het kan de leerlingen dan mogelijk nieuwsgierig maken naar middelengebruik (Onrust et al., 2016). Als middelengebruik al wel een thema is kunnen de docenten en leerlingen in principe altijd deelnemen. Op het VSO is de relatie tussen de docent en leerlingen vaak intensiever dan op het regulier onderwijs. Er is meer aandacht voor hoe het gaat met de leerlingen. Daarnaast worden er vaak meerdere vakken gegeven door één docent/de mentor waardoor hij/zij over het algemeen goed kan inschatten hoe de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerlingen is. Ze weten ook of er een veilige sfeer in de klas is. Vaak wordt BWTT om deze reden niet aan het begin van het schooljaar gegeven. Leerlingen op het VSO kunnen soms erg kinderlijk zijn, een voorbeeld hiervan is dat zij nog bezig zijn met Bert en Ernie of andere kinderprogramma's. Daartegenover staan leerlingen die meer bezig zijn met “tienerdingen” en al wel bekend zijn met middelen en/of zelf middelenproblematiek. De docent dient te kijken naar de belevingswereld van de leerlingen, waar zijn ze mee bezig? Leerlingen van het VSO komen regelmatig van het Speciaal Basisonderwijs (SBO), tussen deze onderwijsinstellingen bestaan vaak samenwerkingsverbanden waardoor het VSO de nodige informatie heeft over de leerlingen.

Echter blijkt wel dat de uitvoerbaarheid van BWTT mede bepaald wordt door de vertrouwensrelatie tussen de docent en de leerlingen en dat de medewerking van de leerlingen afhankelijk is van andere gebeurtenissen in de klas of bij de leerling thuis.

Contra-indicaties kunnen in 'beide richtingen' worden gevonden. Enerzijds is een contra-indicatie dat leerlingen nog niet middelen(gebruik) bezig zijn. Anderzijds kan het zijn dat een leerling al te veel met middelengebruik bezig is. Voordat leerlingen op het VSO worden toegelaten is er sprake van een intake. Hierbij wordt informatie verzameld van zowel de ouders, de leerling als de voorgaande school. Het kan daardoor bekend zijn bij de docent of middelen(gebruik) een thema is voor de leerling. Daarnaast is de relatie/het contact tussen de docent en leerling intensiever op het VSO in vergelijking met regulier onderwijs. De docent kent de leerlingen en kan daardoor ook weten of het thema speelt binnen een klas. Een voorbeeld hiervan: *uit contact met docenten op het VSO blijkt dat leerlingen open zijn over het middelengebruik. Ze vertellen dit aan klasgenoten en "vergeten" dat de docent dit ook meekrijgt. Ze zijn hierin wat minder doordacht dan leerlingen op het regulier onderwijs en bedenken zich later dat het misschien niet zo handig was.* Op het moment dat blijkt dat BWTT niet passend is voor een leerling, omdat er sprake is van problematisch middelengebruik, dient een leerling te worden geholpen via de (verplicht) al bestaande zorgstructuur van de school. Als dit pas blijkt tijdens de lessen dient de docent de kwestie te bespreken met het zorgpersoneel op school (denk hierbij aan de zorgcoördinator, schoolpsycholoog, orthopedagoog, o.i.d.). Het is de taak van het zorgpersoneel om hier verdere keuzes in te maken, zoals ook het geval is bij andere problematiek.

Het kan voorkomen dat een deel van de klas wel bezig is met middelen(gebruik) en een ander deel niet. Desondanks is BWTT dan nog steeds weg te zetten binnen de school. Op het VSO worden geregeld groepen samengesteld die bepaalde lessen wel of niet volgen, aan de hand van de individuele behoeften. Dit wordt bijvoorbeeld ook zo gedaan met Sociale vaardigheidstrainingen, lessen over seksualiteit of lessen waarbij een vak extra onder de aandacht wordt gebracht. Op deze manier kan bij een deel van de klas wel BWTT worden ingezet en bij een ander deel niet.

Een andere contra-indicatie kan de sfeer/veiligheid in de klas zijn. Ook hiervoor geldt dat de docent zijn groep kent. Op het moment dat er geen veilige sfeer is in de klas wordt de inzet van BWTT afgeraden (aan de hand van het pilotonderzoek). Docenten op het VSO zijn gewend om een veilige sfeer te scheppen in de klas, dit is onderdeel van het werk als docent op het VSO. De docent weet dan ook of er een veilige sfeer heerst in de groep. Een veilige sfeer wordt bepaald aan de hand van de groepsdynamiek en de relatie met de docent. Pestgedrag past niet binnen een veilige sfeer. Alle leerlingen dienen voldoende tot hun recht te komen en durven zichzelf uit te spreken in de groep of bij de docent. Enige oproer hoort nou eenmaal bij het VSO, maar de docent dient de leerlingen bij de les te kunnen houden wanneer nodig. Lastige onderwerpen (zoals middelengebruik of uitingen van gedrag) dienen door de docent besproken te kunnen worden in de groep of individueel. Het resultaat van een veilige sfeer is dat de leerlingen zichzelf open (durven) te stellen. In de docententraining wordt ook nog ruimschoots aandacht besteed aan het scheppen van een veilige sfeer in de klas en worden pedagogische en didactische tips gegeven aan de docent.

Er is bewust gekozen om docenten BWTT te laten uitvoeren. De docent kent immers zijn leerlingen. Dit geldt niet alleen voor het IQ, EQ en de problematiek van de groep, maar ook gedragsmatig. De docent weet hoe de groep is bij een nieuw programma en hoe ze hierop reageren. Uit het pilotonderzoek bleek dat de veilige sfeer van groot belang is m.b.t. de uitvoer en het effect. Hierdoor is het scheppen van een veilig sfeer in de groep onderdeel van zowel de training die de preventiewerkers krijgen (Train-de-Trainer) als de

docententraining. De preventiewerkers dienen dit over te brengen op de docenten. Daarom gaat het grootste deel van de docententraining over de vertrouwensrelatie.

Als een docent/school twijfels heeft bij de inzet van BWTT in bepaalde groepen of bij specifieke leerlingen kan de preventiewerker advies geven. Op het moment dat ook de preventiewerker hierover twijfelt kan de helpdesk van het Trimbos-instituut worden gebruikt. Samen met de ontwikkelaars wordt vervolgens een advies gegeven.

Betrokkenheid doelgroep

BWTT is ontwikkeld samen met cluster 4 scholen. De scholen hebben eerst aangegeven welke behoeftes zij precies hadden. Vervolgens hebben zij verschillende concepten becommentarieerd. Hieruit is uiteindelijk de interventie ontstaan zoals hij in het pilotonderzoek is onderzocht. Voor dit pilotonderzoek zijn verschillende docenten en preventiewerkers geïnterviewd over hun indruk van de lesmaterialen. Daarnaast hebben docenten een evaluatieformulier ingevuld over de wijze waarop zij de lessen hebben uitgevoerd. Als laatste zijn verschillende lessen geobserveerd en zijn er schriftelijke vragenlijsten afgenomen bij de leerlingen. Aan de hand hiervan is de volgorde van de verschillende lesonderdelen gewijzigd en zijn er extra filmpjes van een nieuwe ervaringsdeskundige toegevoegd. De leerlingen zijn dus betrokken bij het pilotonderzoek en daarmee bij de ontwikkeling van BWTT zoals hij nu ingezet wordt.

De docenten, als intermediaire doelgroep, zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de docententraining. Aangezien uit het pilotonderzoek bleek dat een goede vertrouwensrelatie een randvoorwaarde is voor de uitvoering van BWTT gaat het grootste deel van de docententraining hierover (o.a. deviantietraining). Om deze te laten aansluiten bij de docenten zijn docenten nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de docententraining.

1.2 Doel

Hoofddoel

BWTT heeft als doel de leerlingen bewust te maken van de risico's van middelengebruik en daarmee hun houding ten opzichte van middelengebruik op een gunstige manier te beïnvloeden. De lessen van BWTT dienen ook als hulpmiddel voor de docent om risicoleerlingen te signaleren.

Subdoelen

Les 1:

1. Leerlingen weten wat gewoontes zijn;
 - Kennis vergroting
2. Leerlingen weten wat goede en slechte gewoontes zijn;
 - Kennis vergroting
3. Leerlingen weten dat stoppen met een gewoonte lastig is;
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting
4. Leerlingen weten waarom mensen middelen gebruiken;
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting
5. Leerlingen kunnen voornemens maken om met een gewoonte te stoppen of ermee te minderen;
 - Kennis vergroting
6. Leerlingen kunnen hun voornemens toepassen en een week volhouden.

- Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie

Les 2:

1. Leerlingen weten dat zij onder de 18 geen middelen mogen kopen;
 - Kennis vergroting
2. Leerlingen weten welke consequenties middelengebruik heeft op gedrag;
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie
3. Leerlingen weten wat de risico's zijn van middelengebruik;
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie
4. Leerlingen weten wat de risico's zijn van combigebruik (alcohol en medicijnen).
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie

Les 3:

1. Leerlingen weten dat keuzes maken gevolgen heeft;
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie
2. Leerlingen weten dat keuzes kunnen leiden tot spijt;
 - Kennis vergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie
3. Leerlingen weten welke voordelen er zitten aan niet beginnen of stoppen met middelengebruik.
 - Kennisvergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie

Les 4:

1. Leerlingen weten dat anderen invloed hebben op hun middelengebruik;
 - Kennisvergroting > attitude / risicoperceptie / waargenomen sociale norm
2. Leerlingen weten dat er lastige momenten zijn bij het stoppen met een gewoonte;
 - Kennisvergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie / waargenomen sociale norm
3. Leerlingen weten dat je op verschillende manieren op deze lastige momenten kunt reageren en dat het helpt hier vooraf over na te denken.
 - **Kennisvergroting > attitude / (uitkomst)verwachting / risicoperceptie**

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

BWTT is een lessenserie bestaande uit 4 lessen van een lesuur. Alvorens BWTT kan worden uitgevoerd dienen de docenten getraind te zijn door een trainer van IVZ en/of GGD. De docent moet inschatten of BWTT kan worden ingezet binnen een bepaalde klas. Daarnaast dient er een goede vertrouwensrelatie te zijn tussen de docent en de klas.

De opbouw van de lessen is als volgt:

Les 1: introductie les waarbij het thema middelengebruik en verslaving op een laagdrempelige wordt besproken. De les staat in het teken van gewoontes.

Les 2: verschillende risico's van middelengebruik.

Les 3: opnieuw aandacht voor de nadelen van middelengebruik en daarnaast is er aandacht voor de voordelen van niet-gebruiken.

Les 4: stoppen met een gewoonte.

Mocht de docent tijdens of na de lessenserie signalen herkennen van mogelijk (problematisch) middelengebruik kan de desbetreffende leerling geholpen worden via de al bestaande zorgstructuur (verplicht) van de school. In het geval van "zwaardere

middelenproblematiek” gaan we er vanuit dat dit al eerder is gesignaleerd en dat leerlingen al zijn doorverwezen. Mocht dit tijdens de interventie toch blijken moeten leerlingen worden doorverwezen naar de zorgstructuur van de school. Het is niet eerder voorgekomen dat leerlingen naar aanleiding van middelenproblematiek niet hebben kunnen deelnemen aan BWTT.

Specifiek voor deze doelgroep is er gebruik gemaakt van rolmodellen. Er is bewust gekozen voor een heftige casuïstiek om indruk te maken op deze leerlingen. Vanuit huis hebben sommige leerlingen al veel meegemaakt waardoor deze heftige casuïstiek nodig is om indruk te maken. Daarnaast is het niet “ver van hun bed” door de eigen ervaringen. De docenten hebben aangegeven dat zij concrete voorbeelden nodig hebben om de leerlingen “te pakken”. Opdrachten op papier of uitgeschreven verhalen doen niets voor deze leerlingen.

Inhoud van de interventie

Werving en scholing

De contactpersonen uit het DGSG netwerk worden op de hoogte gehouden van de interventies en kunnen zelf aangeven of zij getraind willen worden. Deze training wordt verzorgd door trainers vanuit IVZ en/of GGD. Vervolgens kunnen zij de interventie doorzetten naar scholen. Andersom kan ook het geval zijn: de school benaderd de regiocontactpersoon met de vraag naar BWTT.

Opbouw en inhoud lessen

Aangezien er op het VSO een diversiteit aan leerlingen met een diversiteit aan problematiek voorkomt, kan er gebruikt worden gemaakt van vier verschillende rolmodellen. Aan de hand van de leerlingen die de lessen gaan volgen dient het rolmodel te worden bepaald (denk hierbij aan man/vrouw, type middel, migratie achtergrond). Deze rolmodellen zijn ontwikkeld samen met preventiewerkers en docenten. Aan de hand van hen feedback is het vierde rolmodel na het pilotonderzoek toegevoegd. Op het VSO wordt veelal een onderscheidt gemaakt in leerlingen met een internaliserende en externaliserende problematiek. Hierdoor zijn leerlingen die “het meest op elkaar lijken” al bij elkaar geplaatst. Mocht dit zorgen voor weerstand in de groep weet de docent vanuit de docententraining hoe hij hier beste mee om kan gaan (deviantie training, didactische tips).

Er wordt daarmee op verschillende wijzen rekening gehouden met de diversiteit van de doelgroep:

- Leerlingen die wat betreft problematiek op elkaar lijken worden binnen het VSO bij elkaar geplaatst
- Er wordt van te voren bepaald of BWTT geschikt is voor de leerling
- Er kan gekozen worden tussen vier verschillende rolmodellen
- Vanuit de training heeft de docent handvatten gekregen hoe hij om kan met weerstand

Les 1: Gewoontes

De eerste les is een introductie les, waarbij het thema middelengebruik en verslaving op een laagdrempelige manier wordt besproken. Deze les staat in het teken van gewoontes.

De les begint met een inleiding op het thema gewoontes, door middel van kennisoverdracht en een associatieoefening (Tagcloud), waarbij de leerlingen bespreken wat zij onder gewoontes verstaan (Opdracht Gewoontes).

Het tweede deel van de les gaat in op goede en slechte gewoontes. In de eerste plaats wordt aan de hand van een casus (Opdracht Slechte gewoontes) besproken dat bepaalde gewoontes slecht voor de gezondheid zijn.

In het derde deel van de les wordt besproken dat bepaalde slechte gewoontes, zoals middelengebruik, erg schadelijk zijn. In dit deel van de les maken de leerlingen kennis met een door de docent (voorafgaand) gekozen rolmodel (Filmpje 1 Ervaringsdeskundige). De docent kiest het rolmodel aan de hand van wat er in de klas speelt: een rolmodel met of zonder migratiegrond, een mannelijk of vrouwelijk rolmodel, een rolmodel wie bepaalde middelen juist wel of niet gebruikt. Het is van belang dat de leerlingen zich kunnen verplaatsen in het rolmodel. In het eerste van in totaal vier filmpjes vertelt het rolmodel iets over zijn eigen leven. Hij vertelt op welke manier hij met middelen in aanraking is gekomen en waarom hij uiteindelijk steeds meer middelen is gaan gebruiken. Dit filmpje wordt klassikaal nabesproken.

Vervolgens denken de leerlingen na over hun eigen goede en slechte gewoontes (Opdracht Wat zijn jouw gewoontes?).

De les wordt afgesloten met een eindopdracht gericht op het stoppen met een eigen gewoonte. Bij deze opdracht denken de leerlingen na over de manier waarop ze met de gewoonte willen stoppen (Opdracht De 7 Days Challenge), waarna de leerlingen (en de docent) dit daadwerkelijk in de praktijk brengen.

Les 2: Risico's

De tweede les gaat in op de verschillende risico's van alcohol, roken en blowen en is een combinatie van feitelijke informatie met verschillende werkvormen en opdrachten.

De les wordt ingeleid met een terugblik op de 7 Days Challenge. Hoe hebben de leerlingen het gedaan? Wie heeft het volgehouden en wat maakt dat het bij anderen niet is gelukt? Vervolgens wordt in het eerste deel van de les uitleg gegeven over de Drank- en Horecawet, waarin is vastgelegd dat jongeren onder de 18 jaar geen alcohol of sigaretten mogen kopen. Hierbij wordt aan de leerlingen gevraagd of zij deze wet kennen en wat zij van deze wet vinden.

Het tweede deel van de les gaat in op het vervolg van het levensverhaal van het vooraf gekozen rolmodel (Filmpje 2 Ervaringsdeskundige). In het tweede filmpje vertelt de jongere op welke manier zijn gedrag is veranderd door middelengebruik en welke gevolgen dit had voor de relaties met zijn omgeving. De jongere vertelt bovendien welke problemen hij kreeg door het gebruik van middelen. Het filmpje wordt klassikaal nabesproken.

In het derde deel van de les wordt informatie gegeven over de risico's van alcohol. De leerlingen denken vervolgens zelfstandig na over de invloed van alcohol op gedrag (Opdracht Wat kan er gebeuren door alcohol?). De leerlingen krijgen daarna ook informatie over alcoholvergiftiging. Vervolgens kan de docent kiezen tussen een filmpje over een meisje dat buiten bewustzijn is geraakt door het drinken van teveel alcohol (Filmpje Anouk) of een filmpje over dronken fietsers (Filmpje Dronken fietsers). Aan het einde van dit deel worden de risico's van de combinatie van alcohol en medicijnen besproken.

Nadat uitgebreid is stilgestaan bij de risico's van alcohol, worden in het vierde en vijfde deel aandacht besteed aan de risico's van roken en blowen respectievelijk. De risico's van roken worden besproken met behulp van een associatieoefening (Tagcloud). De risico's van blowen worden besproken aan de hand van een kennisquiz (Opdracht Wat weet je van blowen?).

Les 3: Je kunt het ook niet doen

In de derde les wordt opnieuw aandacht besteed aan de nadelen van middelengebruik. Daarnaast gaat de les in op de voordelen van niet-gebruiken.

Het begin van les 3 heeft niet specifiek betrekking op middelengebruik, maar gaat in op de algemene thema's consequenties van gemaakte keuzes. Allereerst wordt aan de hand van een casus besproken welke gevolgen ongezond gedrag heeft op de korte en de lange termijn (Opdracht Wat gebeurt er?). In het tweede deel wordt het derde filmpje van het gekozen rolmodel bekeken en nabesproken (Filmpje 3 Ervaringsdeskundige). In dit derde filmpje vertelt de jongere waar hij allemaal spijt van heeft en wat uiteindelijk de aanleiding is geweest om te stoppen met middelengebruik. Vervolgens denken de leerlingen na over bepaalde keuzes die zij zelf gemaakt hebben, waarvan ze later spijt kregen (Opdracht Spijt).

Het derde deel van de les maakt met behulp van een kennisquiz duidelijk dat middelengebruik minder normaal is dan de leerlingen denken (Opdracht Niet iedereen doet het). De leerlingen moeten eerst schatten hoeveel jongeren van hun leeftijd roken, alcohol drinken en blowen. Vervolgens wordt besproken hoeveel jongeren van hun leeftijd dit daadwerkelijk zijn. Aan de hand van deze cijfers wordt geconcludeerd dat middelengebruik veel minder normaal is dan de jongeren denken.

De les wordt afgesloten met voordelen van niet-gebruiken. De leerlingen denken na over goede redenen om geen middelen te gebruiken (Opdracht Niet gebruiken).

Les 4: Aan de slag!

De laatste les gaat over stoppen met een gewoonte.

De vierde les bestaat ook uit twee delen: één deel is gericht op middelengebruik en één deel gaat niet specifiek over middelen. Het eerste deel van de les gaat over middelengebruik.

Allereerst wordt besproken dat middelengebruik soms voort komt uit aannames die niet altijd kloppen. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van een filmpje, waarin een jongen denkt dat hij er niet echt bij hoort op het moment dat hij geen sigaret opsteekt (Filmpje Remco). In de nabespreking wordt aandacht besteed aan het feit dat mensen vaak denken dat bepaald gedrag van hen verwacht wordt, terwijl dit in werkelijkheid helemaal niet zo is.

Vervolgens wordt bij het tweede deel ingegaan op het feit dat stoppen niet gemakkelijk is. Dit wordt uitgelegd in het laatste filmpje van de jongere waarin hij vertelt over zijn stoppoging (Filmpje 4 Ervaringsdeskundige).

In het derde deel worden valkuilen en tips om te stoppen met een gewoonte behandeld (Opdracht Valkuilen en Tips). Hiervoor wordt de 7 Days Challenge als voorbeeld gebruikt, aangezien de meeste leerlingen nog geen ervaring zullen hebben met stoppen met middelengebruik. In de discussie wordt aandacht besteed aan een belangrijke voorwaarde voor het succesvol stoppen met een gewoonte: een goede voorbereiding. De les wordt afgesloten met een terugblik op de lessenserie. Wat hebben de leerlingen geleerd en wat is hen het meest bijgebleven?

Nazorg

De lessenserie dient ook als hulpmiddel voor de docent om risicoleerlingen te signaleren. Signalering kan plaatsvinden tijdens of na afloop van de lessen. Docenten raken door de docententraining beter geïnformeerd/geschoold over de risico's die juist hun leerlingenpopulatie heeft op middelengebruik. Er vindt bewustwording plaats bij docenten van deze problematiek bij hun leerlingen. Bewustwording is de eerste stap op weg naar het signaleren van risicoleerlingen m.b.t. middelengebruik. Tijdens de lessenserie vindt

veel interactie plaats tussen docent en leerlingen. De reacties van leerlingen n.a.v. verschillende lesonderdelen kunnen een aanknopingspunt voor de docent vormen om een vermoeden van middelengebruik te krijgen. De docent wordt in de docententraining geadviseerd om zo'n vermoeden niet naast zich neer te leggen, maar serieus te nemen en om hier een gesprekje over aan te gaan met de leerling. Het is voor scholen verplicht om een ondersteuningsprofiel of zorgstructuur te hebben. Mochten er risicoleerlingen worden gesignaleerd kunnen deze leerlingen kenbaar worden gemaakt bij de zorgcoördinator, interne begeleider, o.i.d. zodat deze zorgpaden bewandeld kunnen worden.

2. Uitvoering

Materialen

Werving

- Voor de werving wordt op dit moment een flyer ontwikkeld vanuit DGSG met alle materialen voor het praktijkonderwijs en VSO. Hier komt BWTT in terug.

Uitvoering

- Docenteninstructies bij iedere les
- Werkbladen voor de leerlingen met instructies voor de opdrachten
- Per les is er één filmpje per ervaringsdeskundige (in totaal zijn er 4 verschillende ervaringsdeskundigen)
- Tagcloud
- 7 Days Challenge
- Powerpointpresentaties bij de lessen
- Overig filmmateriaal

Locatie en type organisatie

BWTT is bedoelde voor leerlingen uit de eerste twee klassen (ongeveer 12 tot en met 14 jaar) van het VSO. De lessenserie kan worden uitgevoerd in een regulier klaslokaal met een laptop en beamer.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De docent is de uitvoerder van de interventie. Alvorens deze docent BWTT mag uitvoeren moet hij/zij een docententraining hebben gedaan bij de lokale instelling voor verslavingszorg (IVZ) of GGD. Zonder deze training wordt er geen toegang verleend tot het lesmateriaal.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van BWTT wordt bewaakt doordat, voor de uitvoering in de klas, zowel de docent als de trainer van de IVZ en/of GGD eenmalig getraind worden. De trainer van IVZ en/of GGD door een trainer van het Trimbos-instituut. De docent door een trainer van IVZ en/of GGD. De trainers van het Trimbos-instituut zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van BWTT. Nadat de docenten zijn getraind wordt aan het Trimbos-instituut doorgegeven hoeveel docenten per school de training hebben gevolgd. Nadat dit bij het Trimbos-instituut bekend is kan de school voor de docenten een licentie kopen voor het lesmateriaal van BWTT.

Zowel de Train-de-Trainer als de docententraining wordt na iedere training geëvalueerd met behulp van een evaluatieformulier. Als docenten aanvullingen en/of opmerkingen hebben (welke uit de evaluatie kunnen komen of pas tijdens het uitvoeren van de lessen) kunnen zij dit kenbaar maken bij de trainer. De trainers weten wie zij hiervoor van het Trimbos-instituut kunnen benaderen. Op deze manier wordt BWTT regelmatig geactualiseerd. Daarnaast wordt er op dit moment een onderzoek uitgevoerd naar alle interventies voor het praktijkonderwijs en VSO, vanuit DGSG. BWTT wordt hierin meegenomen.

Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van BWTT moeten in ieder geval alle lessen worden gegeven. Docenten moeten dus de tijd hebben om 4 lessen te kunnen besteden aan BWTT. Daarnaast moeten de docenten de docententraining gevolgd hebben. Verder blijkt dat

een goede vertrouwensrelatie tussen docent en leerling de uitvoering en het effect ten goede komt. Op het moment dat er geen veilige sfeer is in de klas wordt de inzet van BWTT afgeraden (aan de hand van het pilotonderzoek). Een veilige sfeer wordt bepaald aan de hand van de groepsdynamiek en de relatie met de docent. Pestgedrag past niet binnen een veilige sfeer. Alle leerlingen dienen voldoende tot hun recht te komen en durven zichzelf uit te spreken in de groep of bij de docent. Enige oproer hoort nou eenmaal bij het VSO, maar de docent dient de leerlingen bij de les te kunnen houden wanneer nodig. Lastige onderwerpen (zoals middelengebruik of uitingen van gedrag) dienen door de docent besproken te kunnen worden in de groep of individueel. Het resultaat van een veilige sfeer is dat de leerlingen zichzelf open (durven) te stellen.

Uit het pilotonderzoek bleek dat de veilige sfeer van groot belang is m.b.t. de uitvoer het effect. Hierdoor is het scheppen van een veilig sfeer in de groep onderdeel van zowel de training die de preventiewerkers krijgen (Train-de-Trainer) als de docententraining. De preventiewerkers dienen dit over te brengen op de docenten. Daarom gaat het grootste deel van de docententraining over de vertrouwensrelatie.

Er is sprake van veel uiteenlopende problematiek, maar ook van verschillen in IQ en EQ. Het is van belang dat er van te voren wordt gekeken naar de diversiteit van de doelgroep om BWTT uit te kunnen voeren. Als dit niet wordt gedaan kan het mogelijk resulteren in een onveilige sfeer in de klas, zoals hierboven beschreven. Er wordt op verschillende wijzen rekening gehouden met de diversiteit van de doelgroep:

- Leerlingen die wat betreft problematiek op elkaar lijken worden binnen het VSO bij elkaar geplaatst
- Er wordt van te voren bepaald of BWTT geschikt is voor de leerling
- Er kan gekozen worden tussen vier verschillende rolmodellen
- Vanuit de training heeft de docent handvatten gekregen hoe hij om kan met weerstand

Als laatste is het van belang dat de leerlingen wel al bezig zijn met middelen(gebruik). Mocht dit niet het geval zijn kan de lessenserie de leerlingen mogelijk nieuwsgierig maken naar middelen(gebruik) (Onrust et al., 2016). Voordat leerlingen op het VSO worden toegelaten is er sprake van een intake. Hierbij wordt informatie verzameld van zowel de ouders, de leerling als de voorgaande school. Het kan daardoor bekend zijn bij de docent of middelen(gebruik) een thema is voor de leerling. Daarnaast is de relatie/het contact tussen de docent en leerling intensiever op het VSO in vergelijking met regulier onderwijs. De docent kent de leerlingen en kan daardoor ook weten of het thema speelt binnen een klas

Implementatie

BWTT wordt geïmplementeerd vanuit het bestaande DGSG netwerk. DGSG is er voor scholen die aandacht willen schenken aan de preventie van alcohol, tabak en drugs. Het is daardoor geen losse, op zich zelf staande interventie. Om grotere effecten en uiteindelijk gedragsverandering te bereiken is het ons inziens een voorwaarde om de lessen in te bedden in een integrale aanpak. Naast voorlichting aan leerlingen moet men oog hebben voor een goed schoolbeleid en het betrekken van ouders. Ook moet er speciale aandacht zijn voor het signaleren en begeleiden van leerlingen die problematisch alcohol of drugs gebruiken. Deze gezamenlijke aanpak op school maakt jongeren weerbaar op het gebied van alcohol, roken en drugs. Samenvattend bestaat DGSG uit 4 pijlers: (1) educatie, (2) ouderbetrokkenheid, (3) signaleren en begeleiden en (4) beleid en regels.

De contactpersonen uit het DGSG netwerk worden op de hoogte gehouden van de interventies door middel van nieuwsbrieven en de website. Daarnaast wordt er aandacht besteed in verschillende folders van DGSG. Op dit moment wordt nog een speciale folder ontwikkeld waarin aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden voor het VSO en praktijkonderwijs. Allen worden verspreid via de kanalen van DGSG.

Contactpersonen kunnen zelf aangeven of zij getraind willen worden. Vervolgens kunnen zij de interventie doorzetten naar scholen. Andersom kan ook het geval zijn: de school benaderd de regiocontactpersoon met de vraag naar BWTT. Dit kan bijvoorbeeld als een school hoort van de lessenserie via andere VSO scholen en/of zelf heeft gekeken op de website van DGSG. Vervolgens worden de gebruikelijke paden bewandeld: contactpersonen laten zich trainen door trainers van het Trimbos-instituut en zij trainen daarna de docenten. Doordat de IVZ en GGD werken met de scholen binnen de eigen regio kan er snel geïmplementeerd worden. Ook is het prettig dat er kan worden voortgebouwd op een relatie die al bestaat tussen contactpersoon en school.

De afgelopen 2 jaar zijn er 39 trainers getraind van de GGD en/of IVZ. Er zijn 45 docenten getraind op 9 verschillende scholen (ervan uitgaande dat alles goed is doorgegeven aan het Trimbos-instituut). Aangezien er per docent een licentiecode moet worden aangeschaft is er geen zicht op het aantal leerlingen waarvoor BWTT is uitgevoerd.

Kosten

Alvorens BWTT kan worden uitgevoerd moeten er trainers worden getraind door het Trimbos-instituut. Deze training duurt gemiddeld 3 uur voor de trainers en 5 uur voor het Trimbos-instituut (inclusief voorbereidingstijd). Voor deze training betalen de contactpersonen van de IVZ en/of GGD €50,-. Vervolgens worden de docenten getraind door de trainers in ongeveer 2 uur. Dit kost 3 uur voor de trainers (inclusief voorbereidingstijd). Deze training is gratis voor de docenten/school/gemeente. Voor het uitvoeren van de lessenserie kan rekening gehouden worden met ongeveer 1,5 uur per les (inclusief voorbereidingstijd). Naast het verzorgen van de train-de-trainer-bijeenkomsten monitort het Trimbos-instituut de getrainde docenten, wordt de docentenomgeving up-to-date gehouden, worden de materialen geactualiseerd en worden licenties verstrekt. Hiervoor moet rekening gehouden worden met ongeveer 1 uur per week.

Na het volgen van de docententraining kan de school een licentie aanschaffen voor €10,- per docent. Op dit moment zijn de licentiecodes één kalenderjaar geldig.

3. Onderbouwing

Probleem

In cluster 4 zitten leerlingen met ernstige psychische stoornissen en gedragsproblemen. Onder cluster 4 vallen onder andere scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen – hier zitten leerlingen met ernstige psychiatrische problemen en /of gedragsstoornissen – en scholen verbonden aan gesloten jeugdinrichtingen (justitie en jeugdzorg+). Er is sprake van veel uiteenlopende problematiek, maar ook van verschillen in IQ en EQ. Wat betreft de problematiek kunt u denken aan internaliserende problematiek (zoals Austisme Spectrum Stoornis) en externaliserende problematiek (zoals ADHD, ODD en OC). De gedragsproblemen kunnen zijn aangeboren of veroorzaakt door factoren buiten de leerlingen. Door de gedragsproblemen richt de school zich vooral op de sociaal-emotionele ontwikkeling. De school biedt veel structuur en leert de kinderen om te gaan met hun problemen. Individuele aandacht is belangrijk, daardoor zijn de groepen vaak klein.

Uit verschillende internationale en nationale studies blijkt, dat leerlingen die speciaal onderwijs volgen voor ernstige psychische stoornissen en gedragsproblemen (cluster 4), meer middelen (e.g., tabak, alcohol, cannabis, ecstasy, GHB, heroïne) gebruiken dan leerlingen op het reguliere onderwijs (Denny, et al., 2004; Grunbaum et al., 2001; Kepper, 2013; Kepper et al., 2014; Kepper et al., 2012; Kepper et al., 2011). Dit verschil is al op jonge leeftijd aanwezig. Over het algemeen gebruiken jongens meer middelen dan meisjes (HBSC, 2018).

Op dit moment wordt EXPLORE-2 uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Hieruit komen actuele cijfers rondom het middelengebruik op (o.a.) het VSO. Naar verwachting zijn deze cijfers eind 2020 beschikbaar.

Roken

Op 12/13-jarige leeftijd rookt 16% van de cluster 4-leerlingen dagelijks, tegenover 1,3% van de leerlingen uit het reguliere onderwijs. Dit geldt op 14/15-jarige leeftijd voor 38,4% van de cluster 4-leerlingen, tegenover 9,3% van de leerlingen uit het reguliere onderwijs. Op 16-jarige leeftijd is het percentage opgelopen tot 46,6% van de cluster 4-leerlingen, tegenover 11,7% van de leerlingen uit het reguliere onderwijs.

Alcohol

Van de 12/13-jarigen op het cluster 4-onderwijs drinkt 8,1% wekelijks 8-10 glazen alcohol. Dit geldt voor 1,9% van de leerlingen op het reguliere onderwijs. Op 14/15-jarige leeftijd drinkt 23,4% van de cluster 4-leerlingen wekelijks, tegenover 13,9% van de leerlingen op het reguliere onderwijs. Op 16-jarige leeftijd is dit percentage verder opgelopen tot 40% van de cluster 4-leerlingen, tegenover 29,7% van de leerlingen uit het reguliere onderwijs.

Cannabis

Op 12/13-jarige leeftijd heeft 20% van de cluster 4-leerlingen ooit geblowd, dit geldt voor 4% van de leerlingen op het reguliere onderwijs. Op 14/15-jarige leeftijd is dit percentage meer dan verdubbeld (42%) bij de cluster 4-leerlingen. Voor leerlingen van het reguliere onderwijs geldt dat 17,2% ooit heeft geblowd. Op 16-jarige leeftijd heeft 54,1% van de cluster 4-leerlingen ooit geblowd, tegenover 30% van de leerlingen op het reguliere onderwijs.

Harddrugs

Op 12/13-jarige leeftijd heeft 13% van de cluster 4-leerlingen ooit harddrugs gebruikt. Dit geldt voor 19,4% van de 14/15-jarige en voor 31% van de 16-jarigen. Op het reguliere onderwijs geldt dit voor respectievelijk 2,3%, 5,4% en 6,6%.

Leerlingen van het cluster 4 onderwijs gebruiken niet alleen vaker en meer middelen dan leerlingen op het reguliere onderwijs, zij lopen ook een veel groter risico op problematisch middelengebruik en verslaving (Vermeulen-Smit, Kepper, & Monshouwer, 2014). Daarnaast krijgen veel leerlingen op het cluster 4 onderwijs medicatie voorgeschreven voor hun problematiek. Het gebruik van alcohol of drugs kan interacteren met deze medicatie. Medicijnen en alcohol of drugs kunnen elkaars werking versterken of juist verminderen. ADHD-medicatie zoals methylfenidaat heeft een opwekkend effect op het centraal zenuwstelsel; dit zorgt ervoor dat je bloeddruk en hartslag omhoog gaan. Gelijktijdig gebruik van ADHD-medicatie met andere stimulerende middelen zoals XTC, cocaïne of amfetamine, brengt risico's met zich mee doordat het effect dat beide middelen hebben op bloeddruk en hartslag wordt versterkt. Dit kan onder andere resulteren in hartritmestoornissen en ademhalingsproblemen. Ook het gebruik van alcohol kan de bijwerkingen van ADHD-medicatie versterken. Bovendien kan medicatie zorgen voor een extra hoge concentratie van alcohol in het bloed (www.drugsinfo.nl/publiek/risicos-en-combinaties/drugs-en-medicij-nen/).

Oorzaken

Voor de meeste risicofactoren geldt dat zij voorspellend zijn voor middelengebruik in het algemeen en niet uitsluitend voor het middelengebruik van leerlingen van het cluster 4-onderwijs. Wel zijn de meeste van deze risicofactoren significant vaker aanwezig bij leerlingen op het cluster 4-onderwijs (Kepper et al., 2014).

De relatie tussen **externaliserende problematiek** en middelengebruik ontstaat vaak al op jonge leeftijd. Externaliserende trekken, waaronder impulsief gedrag, sensatiezoekend gedrag, opstandig gedrag en agressief gedrag, zijn vaak al vroeg in de kindertijd aanwezig. Er wordt aangenomen dat externaliserend probleemgedrag en middelenproblematiek voortkomen uit een gedeelde kwetsbaarheid die de ontvankelijkheid voor beide probleemgedragingen vergroot (Kendler et al., 2013; Wichers, Gillespie & Kendler, 2013). Onderzoek toont aan dat er ook sprake is van een relatie tussen **internaliserende problematiek** en middelengebruik. De meeste internaliserende problemen, waaronder angstig en/of teruggetrokken gedrag, ontstaan ook al op jonge leeftijd. Middelengebruik is voor hen vaak een manier om stress te verminderen en problemen te vergeten (Simantov, Schoen & Klein, 2000).

De **attitude** ten opzichte van middelengebruik is een persoonlijke afweging van de voor- en nadelen van middelengebruik (Eagly & Chaiken, 1993). Dit wil niet zeggen dat hier altijd sprake is van een rationeel proces. Hiervoor is het van belang om de risicoperceptie van jongeren te vergroten: bewustwording van de negatieve consequenties van middelengebruik door kennis te vergroten. Op het cluster 4-onderwijs zitten zowel jongeren met een uitgesproken negatieve attitude ten opzichte van middelengebruik (Tummers, 2015; Vo, 2015), als jongeren met een uitgesproken positieve attitude ten opzichte van middelengebruik.

De **verwachtingen** die jongeren hebben van het effect van alcohol of drugs zijn bepalend voor het gebruik van deze middelen. Jongeren die voorafgaand aan het gebruik van alcohol of drugs een positief effect verwachten, zijn eerder geneigd alcohol of drugs

te gaan gebruiken (Engels en Ter Bogt, 2004; Ham & Hope, 2003; Scheier, 2001). Deze jongeren hebben een lage risicoperceptie. Jongeren die verwachten dat gebruik een negatief effect heeft (hoge risicoperceptie), zijn eerder geneigd om geen alcohol of drugs te gebruiken. Naast uitkomstverwachtingen, zijn ook verwachtingen ten aanzien van het eigen gedrag bepalend. Jongeren die verwachten dat zij niet goed in staat zijn om matig alcohol te gebruiken, drinken doorgaans meer dan jongeren die verwachten dat zij hier wel toe in staat zijn (Norman et al., 1998). Dezelfde relatie is gevonden voor drugsgebruik (Adalbjarnardottir & Rafnsson, 2001). De (uitkomst)verwachtingen die jongeren hebben kunnen worden beïnvloed door het vergroten van kennis over de voordelen van niet gebruiken en de nadelen van wel gebruiken.

Motieven om middelen te gebruiken zijn bepalend voor de wijze waarop dit middelengebruik zich ontwikkelt. Cooper (1994) beschrijft vier soorten motieven om middelen te gebruiken. Jongeren met voornamelijk versterkende motieven, gebruiken middelen om hun positieve stemming te verbeteren. Jongeren met voornamelijk sociale motieven, gebruiken middelen om sociale acceptatie en waardering te krijgen. Jongeren met voornamelijk coping motieven gebruiken middelen om met negatieve emoties om te gaan of om problemen te vergeten. Jongeren met voornamelijk conformiteitsmotieven, gebruiken middelen, omdat ze bang zijn dat zij anders worden afgewezen.

Naast de eigen opvattingen van jongeren ten opzichte van middelengebruik, spelen ook de **opvattingen en het gedrag van anderen** een belangrijke rol in het risico op middelengebruik. Deze percepties van het middelengebruik van peers hebben een sterkere invloed dan het daadwerkelijke gebruik van deze peers (Boman et al., 2014; D'Amico & McCarthy, 2006; Helms, et al., 2014; Henry, Kobus, & Schoeny, 2011). Op het cluster 4-onderwijs zitten zowel jongeren die het gebruik van hun peers overschatten (externaliserende problematiek) als jongeren die het gebruik van hun peers sterk onderschatten (internaliserende leerlingen; Brants, 2015). Deze inschatting van het gebruik van peers hangt vermoedelijk samen met de problematiek van de leerlingen op het cluster 4-onderwijs. Op cluster 4-scholen zitten veel jongeren met een Autisme Spectrum Stoornis (Stoutjesdijk & Scholte, 2009).

Ouders spelen een belangrijke rol in het middelengebruik van hun kinderen (Bricker, Peterson, Leroux, Andersen, Rajan & Sarason, 2006; Darling & Cumsille, 2003; Engels, Knibbe, De Vries, Drop & Van Breukelen, 1999; Otten, Harakeh, Vermulst, Van den Eijnden & Engels, 2007). De invloed van ouders verloopt via verschillende paden. Eén van de manieren waarop dit gebeurt, is voorbeeldgedrag: kinderen imiteren doorgaans het gedrag dat hun ouders vertonen. Dat geldt dus ook voor het gebruik van tabak, alcohol en drugs door ouders (Scholte, Poelen, Willemsen, Boomsma & Engels, 2008). De mate van ouderlijk toezicht is een andere voorspellende factor voor het middelengebruik van hun kinderen: adolescenten gebruiken meer middelen als er minder sprake is van ouderlijk toezicht (Fagan, Van Horn, Hawkins & Jaki, 2013; Molina, Chassin & Curran, 1994). Ook de attitude en de normen die ouders hebben ten opzichte van middelen, zijn van invloed op het middelengebruik van hun kinderen: kinderen van ouders die een sterke afkeer hebben van drugsgebruik, gebruiken minder vaak drugs dan kinderen van ouders met een minder negatieve attitude (Aldworth, 2009). Tot slot is het belangrijk dat ouders duidelijke regels stellen over middelengebruik. Adolescenten die van hun ouders geen alcohol mogen drinken, drinken minder alcohol dan adolescenten die hierover geen afspraken hebben met hun ouders. Een vergelijkbaar effect is gevonden voor regels ten opzichte van drugsgebruik (De Looze et al., 2014; Vermeulen-Smit, 2014).

Peers, oftewel leeftijdgenoten, hebben veel invloed op middelengebruik onder adolescenten. De invloed van peers op het middelengebruik van adolescenten wordt zelfs nog groter verondersteld dan de invloed van hun ouders (Allen, Donohue, Griffin, Ryan, & Turner, 2003; Marschall-Lévesque et al., 2014). Er kunnen verschillende processen worden onderscheiden die ertoe leiden dat gedragingen van peers overeenkomen. Jongeren die buiten de boot vallen of deviant gedrag vertonen, voelen zich veelal aangetrokken tot andere deviante jongeren. Door de omgang met deze deviante jongeren wordt deviant gedrag, zoals roken en het gebruik van alcohol of drugs, versterkt (Dishion, Capaldi & Yoerger, 1999; Dishion & Tipsord, 2011; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Leerlingen van het cluster 4-onderwijs hebben vaker deviante vrienden dan leerlingen van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2014). De omgang met deviante vrienden is een van de belangrijkste determinanten van middelengebruik onder adolescenten (Marschall-Lévesque et al., 2014). Het beïnvloedingsproces door deviante vrienden wordt ook wel deviancy training genoemd (Dishion, McCord, & Poulin, 1999).

De **setting** cluster 4-school, lijkt een opzichzelfstaande risicofactor te zijn. Het verhoogde risico op middelengebruik in het cluster 4-onderwijs, kan gedeeltelijk worden verklaard doordat er bij deze leerlingen veelal sprake is van een opeenstapeling van risicofactoren, waaronder externaliserende en/of internaliserende problematiek, een risicovolle thuissituatie en het hebben van deviante vrienden (Kepper et al., 2014). Het blijkt ook dat het plaatsen van een leerling in een omgeving waar veel jongeren deviant gedrag vertonen, zoals het geval is op een cluster 4-school, het risico op deviant gedrag versterkt (Kepper, 2013).

Aan te pakken factoren

Zoals beschreven wordt (problematisch) middelengebruik veroorzaakt door een samenspel van risicofactoren. Een groot deel van deze risicofactoren zijn niet te beïnvloeden door middel van een lessenserie. De lessenserie richt zich daarom op een beperkt aantal determinanten van (problematisch) middelengebruik door leerlingen van het cluster 4-onderwijs. Dit heeft tot gevolg dat de doelstelling van de lessenserie bescheiden is.

Determinanten waarop de lessenserie zich richt, zijn: risicoperceptie, attitude en uitkomst-verwachtingen en waargenomen sociale normen. Het vergroten van kennis is een determinant en een voorwaarde voor het positief beïnvloeden van de attitude, uitkomstverwachting, risicoperceptie en waargenomen sociale norm. In de bijbehorende docententraining wordt bovendien aandacht besteed aan negatieve peerprocessen (deviancy training), die het resultaat van de lessenserie in ongewenste richting zouden kunnen beïnvloeden. Bij de ontwikkeling van de interventie is gebruik gemaakt van verschillende technieken die aansluiten bij diverse theorieën over gedragsverandering.

Hierbij past het hoofddoel: BWTT heeft als doel de leerlingen bewust te maken van de risico's van middelengebruik en daarmee hun houding ten opzichte van middelengebruik op een gunstige manier te beïnvloeden.

Verantwoording

Verschillende theorieën (o.a. Health Believe Model (Abraham & Sheeran, 2005), Protection Motivation Theory (Rogers 1975) en Stages of Change Model (Prochaska & DiClemente, 1982)) beschrijven dat risicoperceptie een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering is. Zolang iemand zich er niet van bewust is dat een bepaald gedrag negatieve consequenties heeft, is de kans op gedragsverandering klein. Volgens

Prochaska en DiClemente (1982) kan een verschuiving van de precontemplatie fase naar de contemplatie fase (van niet van plan om het gedrag te veranderen naar overwegen het gedrag te veranderen) worden bereikt, door het creëren van bewustzijn van de risico's van het gedrag. Om de risicoperceptie van de leerlingen te beïnvloeden, is gebruik gemaakt van verschillende methoden. In de eerste plaats is gebruik gemaakt van kennisoverdracht en het creëren van bewustzijn door informatie te geven over de consequenties van middelengebruik. Hiervoor zijn verschillende werkvormen gebruikt, zoals uitleg door de docent, klassikale discussie, individuele invuloefeningen en beeldmateriaal. Daarnaast is gebruik gemaakt van modelling. Volgens de sociaal cognitieve theorie (Bandura, 1986) leren mensen niet uitsluitend van eigen ervaringen, maar zijn mensen ook in staat om te leren van de ervaringen van anderen. De rode draad in de interventie wordt gevormd door een serie van vier korte filmpjes, waarin een jongere vertelt over de problemen die hij heeft gekregen door zijn middelengebruik. Er zijn filmpjes beschikbaar van vier verschillende rolmodellen, zodat de docent kan kiezen voor een jongere die het meest aansluit bij de doelgroep ("tailoring"). Identificatie met het rolmodel is namelijk een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van modelling. Om te bepalen welk rolmodel het beste bij de klas past, bevat de docentenhandleiding beschrijvingen van ieder rolmodel. De rolmodellen bevatten onderscheid in middelenproblematiek, geslacht en migratieachtergrond.

Naast risicoperceptie beschrijven verschillende theorieën dat gedrag voor een belangrijk deel wordt bepaald door de attitude die iemand heeft ten opzichte van dit gedrag (o.a. Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991), Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1975) en Social Cognitive Theory (Bandura, 1986)). De lessenserie BWTT heeft als belangrijkste doel om de attitude van de leerlingen in de gewenste richting te beïnvloeden. De lessenserie bevat daarom veel verschillende methoden voor het beïnvloeden van de attitude van de leerlingen. BWTT is gebaseerd en bouwt voort op theoretische modellen, maar bevat geen modellen. Volgens Prochaska en DiClemente (1982) en precaution adoption process model (Weinstein & Sandman, 2002), is gedragsverandering een proces met verschillende stadia. Zolang mensen niet gemotiveerd zijn om hun gedrag te veranderen (precontemplatie fase), zullen zij geen actie ondernemen. Motivatie komt vaak voort uit ambivalentie ten opzichte van het gedrag. Ieder gedrag heeft zowel voor- als nadelen. Naarmate mensen meer nadelen ondervinden van bepaald gedrag, is de kans groter dat zij gemotiveerd raken om dit gedrag te veranderen. In de lessenserie wordt daarom veel aandacht besteed aan de verschillende nadelen van middelengebruik en de voordelen van niet-gebruiken. Op deze manier wordt een toename in de ambivalentie nagestreefd bij leerlingen met een positieve attitude ten opzichte van middelengebruik. Door middel van kennisoverdracht, argumenten, beeldmateriaal en klassikale discussie, worden de nadelen van middelengebruik onder de aandacht gebracht. Tijdens de les wordt bovendien op verschillende manieren aandacht besteed aan de voordelen van gezond gedrag. Door middel van de filmpjes over de jongere die in de problemen is gekomen door middelengebruik (negatief rolmodel), wordt enerzijds inzichtelijk gemaakt hoe middelengebruik uit de hand kan lopen. Doordat de docent kan kiezen uit verschillende rolmodellen, kan goed worden aangesloten bij de belevingswereld van de leerlingen. Hierdoor is de kans het grootst dat de leerling zich kan voorstellen hoe deze problemen kunnen ontstaan (risicoscenario's) en dat deze problemen ook persoonlijk relevant zijn. Naast deze op verlies gebaseerde boodschap (negative framing), is uiteindelijk ook te zien op welke manier het rolmodel uiteindelijk stopt met het middelengebruik en welke voordelen dit oplevert (positive framing).

De lessenserie bevat ook enkele methoden voor het beïnvloeden van uitkomstverwachtingen. In de laatste les is te zien hoe de jongere die in de problemen is gekomen door middelengebruik, er uiteindelijk in slaagt om te stoppen met middelengebruik. In dit filmpje vertelt het rolmodel dat stoppen met middelengebruik erg moeilijk is, maar dat dit met vallen en opstaan uiteindelijk is gelukt (coping model). Mensen leren ook van de ervaringen van anderen (Bandura, 1986). Wanneer zij zien hoe een ander er in slaagt iets te bereiken, bijvoorbeeld stoppen met middelengebruik, schept dit vertrouwen in eigen succes. Voorwaarde hiervoor is wel dat het rolmodel een moeizaam proces heeft doorlopen, voordat het resultaat werd bereikt, en dat rolmodel representatief is. De lessenserie bevat daarnaast een huiswerkopdracht waarmee de leerlingen zelf oefenen met het stoppen met een gewoonte ("active learning"). De leerlingen kiezen zelf een gewoonte waarmee ze een week lang stoppen. Op deze manier ervaren de leerlingen dat dit niet gemakkelijk is, maar dat verschillende leerlingen er wel in zullen slagen. Door de opdracht goed na te bespreken, leren de leerlingen ook van elkaars ervaringen.

Tevens bevat BWTT verschillende methoden om waargenomen sociale normen ten opzichte van middelengebruik te beïnvloeden. De sociale norm theorie (Perkins, 2002) veronderstelt dat mensen riskant gedrag van anderen overschatten en vervolgens zelf ook riskanter gedrag gaan vertonen om zich te conformeren aan de waargenomen norm. Om dit principe tegen te gaan, wordt in de lessenserie gecommuniceerd hoeveel middelen jongeren daadwerkelijk gebruiken, zodat mispercepties worden gecorrigeerd (normative feedback). Daarnaast wordt door middel van de filmpjes van rolmodellen en klassikale discussies gedemonstreerd dat gezond gedrag (geen middelengebruik) ook sociaal geaccepteerd wordt.

Zie voor een overzicht van de verschillende onderdelen bijlage 1, tabel 1.

Tot slot wordt er in de docententraining in gegaan op het beïnvloeden van negatieve peer processen (deviantie training). Deviantie training betekent onder andere dat leerlingen tegen elkaar gaan "opbieden" met stoere verhalen, dat leerlingen gestimuleerd worden om zich riskant(er) te gaan gedragen en dat stoere verhalen positief worden ontvangen. Het lijkt erop dat eerdere ongewenste resultaten (wat betreft onderzoeken naar het effect van middelenpreventie op het VSO) waarschijnlijk veroorzaakt werden door deviantie training. Bij de docententraining worden de docenten geleerd wat deviantie training inhoudt, hoe ze hier alert op kunnen zijn en hoe ze ermee om kunnen gaan in de praktijk (aan de hand van "do's en don'ts"). Uit een eerdere pilot naar ander materiaal bleek dit van grote invloed op de uitwerking van de interventie.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onrust, S., Velthof, A., & Verkerk, R. (2016).

In 2016 is er een pilotonderzoek uitgevoerd naar onder andere de uitvoering van BWTT. Om de uitvoering te beoordelen zijn na iedere les evaluatieformulieren ingevuld. Op de evaluatieformulieren konden de docenten aangeven welke opdrachten ze hebben uitgevoerd en of er aanpassingen hebben plaatsgevonden in de manier waarop de les hebben aangeboden. Daarnaast werden algemene vragen over de lessen beantwoord en is er een aantal lessen geobserveerd. De evaluatieformulieren werden ingevuld over 8 klassen (door 6 docenten).

Wat betreft les 1 werden de meeste opdrachten door docenten volledig uitgevoerd zoals beschreven, werden een aantal opdrachten aangepast en werd door een enkele docent een enkele opdracht niet uitgevoerd. De docenten gaven aan dat de doelen van les 1 helemaal ofwel voldoende zijn behaald. 5 docenten vonden les 1 leuk en de meesten vonden dat de leerlingen serieus meededen met de les. Alle docenten vonden les 1 duidelijk en compleet.

Wat betreft les 2 geldt ook dat de meeste opdrachten volledig werden uitgevoerd, iets minder opdrachten werden aangepast. Echter werden er nu meer opdrachten, in vergelijking met les 1, niet uitgevoerd. De meeste docenten geven aan dat de doelen van les 2 helemaal ofwel voldoende zijn behaald. Echter geeft een klein deel van de docenten bij les 2 aan dat de doelen redelijk ofwel onvoldoende zijn behaald. Alle docenten vonden les 2 leuk en allemaal vonden ze dat de leerlingen serieus meededen. 5 docenten vonden les 2 duidelijk en 4 docenten vonden les 2 compleet.

Wat betreft les 3 wordt het grootste deel van de opdracht uitgevoerd zoals beschreven. Een enkele opdracht wordt aangepast of niet uitgevoerd. De meeste docenten geven bij les 3 aan dat de doelen helemaal, voldoende of redelijk zijn behaald. De meningen van de docenten over les 3 lopen uiteen. 3 docenten vonden het een leuke les, 1 docent vond het hele leuke les en 2 docenten stonden neutraal tegenover les 3. 5 docenten vonden les 3 duidelijk en compleet.

Wat betreft les 4 worden de opdrachten helemaal uitgevoerd zoals beschreven of niet uitgevoerd. Er zijn hier beduidend minder docenten die opdrachten hebben aangepast. Bij bijna alle doelen worden door alle docenten aangegeven dat de doelen voldoende zijn behaald. Een enkele keer wordt aangegeven dat de doelen redelijk of onvoldoende zijn behaald. 5 docenten vonden les 4 een leuke les.

Per les is in ieder geval 1 observatie uitgeschreven in het rapport van het pilotonderzoek.

De meningen van de leerlingen liepen uiteen over de aantrekkelijkheid van de lessen. De leerlingen waren het meest positief over het onderwerp van de lessen (alcohol en drugs, 70%). De klassikale gesprekken over alcohol en drugs werden door ruim 60% leuk gevonden. Iets minder dan 60% vond de klassikale opdrachten leuk en iets meer dan de helft was positief over de filmpjes van de ervaringsdeskundigen. Iets minder dan de helft was positief over de andere filmpjes. De invuloefeningen, die de leerlingen zelfstandig moesten maken, werden het minste gewaardeerd: 45% vond deze opdrachten leuk.

De meeste leerlingen vonden de lessen niet moeilijk. Het meeste moeite hadden de leerlingen van de invuloefeningen. Ongeveer 25% vond deze opdrachten moeilijk. Het minste moeilijk werden de filmpjes van de ervaringsdeskundigen gevonden. Ongeveer 15% vond deze filmpjes moeilijk.

De meeste leerlingen vonden opdrachten uit de lessen duidelijk (85,7%). Iets meer dan de helft van de leerlingen vond de lessen nuttig (53,8%).

Aan de hand van het pilotonderzoek is de volgorde van verschillende lesonderdelen gewijzigd en is er een nieuwe ervaringsdeskundige toegevoegd. Zo is bijvoorbeeld (1) de 7-days challenge naar les 1 verschoven aangezien deze goed bij het thema "gewoontes" past. Tevens kan de opdracht dan in les 2 worden nabesproken. Dit kon niet toen deze werd uitgevoerd na les 4. (2) Les 2 is ingekort door één individuele invuloefeningen eruit te halen. Reden hiervoor was dat er volgens de leerlingen te veel invuloefeningen in de lessen zaten. Daarnaast zat les 2 al erg vol en voerden docenten deze les daarom anders uit dan bedoeld. (3) De filmpjes van de ervaringsdeskundigen zijn meer in het midden van de lessen geplaatst zodat deze beter kunnen worden ingeleid en nabesproken. Tevens kunnen de verschillende lesthema's vervolgens worden besproken aan de hand van de filmpjes.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onrust, S., Velthof, A., & Verkerk, R. (2016).

In het pilotonderzoek is de werkzaamheid van BWTT gemeten door middel van schriftelijke vragenlijsten. Deze werden voorafgaand en na afloop van de lessenserie afgenomen bij de leerlingen. Doordat het pilotonderzoek voor de zomervakantie heeft plaatsgevonden, is het niet gelukt om in alle klassen een nameting af te nemen. Doordat er sprake was van veel uitval op verschillende momenten in het onderzoek (een deel van de leerlingen heeft geen lessen gehad en een deel heeft geen nameting ingevuld), worden eerst de verschillende groepen met elkaar vergeleken. Vervolgens wordt beschreven in hoeverre er een verandering is opgetreden bij de leerlingen die zowel een voor- als een nameting hebben ingevuld. Omdat er op een school erg veel weerstand was en de leerlingen niet serieus hebben deelgenomen aan de lessen, zijn deze analyses ook uitgevoerd zonder dat deze leerlingen zijn meegenomen in de analyse. Hier was sprake van een onveilige sfeer waarbij geen vertrouwensrelatie was tussen de (inval)docent en de leerlingen.

Demografische kenmerken onderzoeksgroep

Doordat de leerlingen uit de twee bovenbouwklassen uiteindelijk geen lessen hebben gevolgd, is de groep leerlingen bij wie de lessen zijn uitgeprobeerd iets jonger dan de totale groep leerlingen die de voormeting hebben ingevuld ($p=0,014$). Beide groepen verschillen niet in de andere demografische kenmerken (zie bijlage 1, tabel 2).

Attitude, sociale norm, intentie en middelengebruik van de onderzoeksgroep

Omdat de leerlingen die uiteindelijk geen lessen hebben gevolgd, ouder zijn dan de leerlingen die wel aan de lessen hebben deelgenomen, is er een verschil tussen de groep leerlingen die lessen hebben gevolgd en de totale groep leerlingen die de vragenlijst hebben ingevuld. De houding, ervaren sociale norm en de intentie van de leerlingen die de lessen hebben gevolgd, is negatiever dan het geval is bij de totale groep leerlingen die

de vragenlijst hebben ingevuld. Het verschil is statistisch significant voor de variabelen attitude alcohol, sociale norm blowen en de intentie om alcohol te drinken. Voor de variabelen attitude blowen, sociale norm alcohol en de intentie om te blowen is een trend zichtbaar. Ondanks dat de leerlingen die de lessen hebben gevolgd jonger zijn dan de totale groep leerlingen die de vragenlijst hebben ingevuld, zijn er geen significante verschillen tussen beide groepen in het gebruik van middelen (zie bijlage 1, tabel 3).

Uitval analyse demografische kenmerken

Leerlingen die de nameting hebben ingevuld, wonen significant vaker bij beide ouders dan de leerlingen van wie geen nameting beschikbaar is. Verder zijn er geen significante verschillen gevonden in de demografische variabelen (leerlingen die zijn uitgevallen lijken vaker in het buitenland geboren te zijn en niet in Nederland geboren ouders te hebben; dit verschil is echter niet significant; zie bijlage 1, tabel 4).

Uitval analyse attitude, sociale norm, intentie en middelengebruik

Uit de uitval analyse blijkt bovendien dat de leerlingen van wie wel een nameting beschikbaar is, minder hoog scoren op de voorspellers van middelengebruik (attitude, ervaren sociale norm en intentie) dan de leerlingen van wie geen nameting beschikbaar is. Bij drie van de zes variabelen is het verschil statistisch significant (de attitude ten opzichte van blowen, de ervaren sociale norm ten opzichte van blowen en de intentie om alcohol te drinken), bij twee andere variabelen (de attitude ten opzichte van alcohol en de intentie om te blowen) is sprake van een trend. Dit heeft er vermoedelijk mee te maken dat de uitval voornamelijk afkomstig is van de twee scholen waarop de leerlingen met de meest extreme externaliserende problematiek zitten (bij een van deze scholen is het helemaal niet gelukt om de nameting af te nemen).

Tot slot blijkt uit de uitval analyse dat de leerlingen die zijn uitgevallen ook meer ervaringen hebben met het gebruik van alcohol (statistisch significant) of cannabis (trend). Uit deze resultaten blijkt dat de leerlingen met het grootste risico op problematisch middelengebruik, zijn uitgevallen uit het pilotonderzoek. De onderzoeksresultaten zijn dus maar beperkt te generaliseren naar de VSO-populatie (zie bijlage 1, tabel 5).

Veranderingen bij alle leerlingen (n=39):

De onderzoeksresultaten laten zien dat er sprake is van een significant verschil tussen de voor- en nameting. Op de nameting hebben de leerlingen een significant negatievere attitude ten opzichte van blowen ($p=0,013$). Er is geen sprake van een significant verschil in de attitude ten opzichte van alcohol. De ervaren sociale norm is ook niet significant veranderd. *Echter was de betrouwbaarheid van de vragenlijst op de nameting een stuk lager dan op de voormeting, daarnaast is niet bekend of er echt sprake is van geen verschil of dat de steekproef te klein is om een verschil aan te tonen.* Ten aanzien van de intentie om alcohol te drinken lijkt sprake van een negatieve trend ($p=0,145$). Doordat er geen controlegroep aanwezig is, is niet duidelijk of deze trend toe te schrijven is aan de interventie of dat er sprake is van een natuurlijk ontwikkeling. Naarmate leerlingen ouders worden, neemt de intentie om alcohol te drinken namelijk toe. Er is geen significant verschil in gebruik.

Veranderingen bij leerlingen die serieus hebben meegedaan (n=30):

Wanneer de data van de docent die nog geen vertrouwensband had opgebouwd niet wordt meegenomen in de analyse, dan zien we dat de leerlingen na afloop van de lessen nog steeds een significant negatievere attitude hebben ten opzichte van blowen ($p=0,002$). Voor de andere variabelen werd geen verschil gevonden. Ook is er niet langer

sprake van een negatieve trend ten aanzien van de intentie om alcohol te drinken ($p=0,945$).

In verband met de verschillende resultaten wat betreft de veranderingen bij leerlingen die serieus hebben meegedaan en niet serieus hebben meegedaan is een advies voor implementatie dat er een veilige sfeer in de klas moet zijn. Er moet een vertrouwensrelatie zijn tussen de docent en de klas alvorens deze de lessenserie uit gaat voeren.

5. Samenvatting Werkzame elementen

- Bewust maken van de negatieve consequenties van middelengebruik door kennisoverdracht aan de hand van verschillende werkvormen (uitleg docent, klassikale discussie, individuele invuloefeningen, beeldmateriaal) en modelling aan de hand van vier korte filmpjes van ervaringsdeskundigen
- Beïnvloeden van de attitude van leerlingen door kennisoverdracht. De nadelen van middelengebruik: argumenten, beeldmateriaal, klassikale discussie. De voordelen van gezond gedrag: filmpjes.
- Beïnvloeden van uitkomstverwachtingen met behulp van filmpjes van de ervaringsdeskundige waaruit blijkt dat de jongere kan stoppen met middelengebruik en een huiswerkopdracht (7-days challenge).
- Beïnvloeden van de waargenomen sociale normen ten opzichte van middelengebruik door middel van kennisoverdracht (informatie over hoeveel middelen jongeren daadwerkelijk gebruiken), filmpjes van de rolmodellen en klassikale discussies. Laatstgenoemden worden ingezet om te demonstreren dat niet-gebruiken ook sociaal geaccepteerd wordt.
- Beïnvloeden van negatieve peer processen (deviantie training). Bij de docententraining worden de docenten geleerd wat deviantie training inhoudt, hoe ze hier alert op kunnen zijn en hoe ze ermee om kunnen gaan in de praktijk (aan de hand van "do's en don'ts").

6. Aangehaalde literatuur

- Abraham, C. & Sheeran, P. (2005). The Health Believe Model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (2nd ed., pp. 28-80). Maidenhead, Berkshire, UK: Open University Press, McCraw Hill Education.
- Adalbjarnardottir, S., & Rafnsson, F. D., (2001). Perceived control in adolescent substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 25-32.
- Aldworth, J. (2009). *Results from the 2007 national survey on drug use and health: National findings*. Derby: DIANE Publishing.
- Allen, M., Donohue, W. A., Griffin, A., Ryan, D., & Turner, M. M. M. (2003). Comparing the influence of parents and peers on the choice to use drugs: A meta-analytic summary of the literature. *Criminal Justice and Behavior*, 30(2), 163-186.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Engelwoods Cliffs: Erlbaum.
- Boman, J. H., Young, J. T., Baldwin, J. M., & Meldrum, R. C. (2014). Specifying the sources of misperceptions of peer deviance: A tale of two levels. *Criminal Justice and Behavior*, 41(1), 91-113.
- Brants, M. (2015). *Influencing Adolescent Perception and Peer Contagion through Theater: Exploring Effective Ingredients for Substance Use Prevention in Special Education*. Utrecht: Utrecht University, Masterthesis.
- Bricker, J. B., Peterson, A. V., Leroux, B. G., Andersen, M. R., Rajan, K. B., & Sarason, I. G. (2006). Prospective prediction of children's smoking transitions: Role of parents' and older siblings' smoking. *Addiction*, 101 (1), 128-136.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.
- D'Amico, E. J., & McCarthy, D. M. (2006). Escalation and initiation of younger youths' substance use: The impact of perceived peer use. *Journal of Youth Health*, 39(4), 481-487.
- Darling, N., & Cumsille, P. (2003). Theory, measurement, and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction*, 98(1), 21-36.
- Denny, S., Clark, T., & Watson, P. (2004). The health of alternative education students compared to secondary school students: A New Zealand study. *The New Zealand Medical Journal*, 117(1205), 1-12.

- Dishion, T. J., Capaldi, D. M., & Yoerger, K. (1999). Middle childhood antecedents to progressions in male adolescent substance use: An ecological analysis of risk and protection. *Journal of Adolescent Research, 14*, 175-205.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American psychologist, 54*(9), 755.
- Dishion, T. J., & Tipsord, J. M. (2011). Peer contagion in child and youth social and emotional development. *Annual review of psychology, 62*, 189.
- Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. For Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A., Vries, H. de, Drop, M. J., & Breukelen, G. J. P. van (1999). Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: A longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology, 29*, 337-361.
- Engels, R. C. M. E., & Bogt, T. ter, (2004). Outcome expectancies and ecstasy use in visitors of rave parties in the Netherlands. *European Addiction Research, 10*, 156-162.
- Fagan, A. A., Horn, M. L. van, Hawkins, J. D., & Jaki, T. (2013). Differential effects of parental controls on adolescent substance use: For whom is the family most important? *Journal of Quantitative Criminology, 29*, 1-22.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research*. Adison-Wesley Pub. Co.
- Grunbaum, J. A., Lowry, R., & Kann, L. (2001). Prevalence of health-related behaviors among alternative high school students as compared with students attending regular high schools. *Journal of Adolescent Health, 29*(5), 337-343.
- Ham, L., & Hope, D. (2003). College students and problematic drinking: a review of literature. *Clinical Psychology Review, 23*, 719-759.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for sub-stance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64-105.
- Helms, S. W., Choukas-Bradley, S., Widman, L., Giletta, M., Cohen, G. L., & Prinstein, M. J. (2014). Youths misperceive and are influenced by high-status peers' health risk, deviant, and adaptive behavior. *Developmental psychology, 50*(12), 2697.
- Henry, D. B., Kobus, K., & Schoeny, M. E. (2011). Accuracy and bias in youths' perceptions of friends' substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(1), 80.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Edwards, A., Hickman, M., Heron, J., Macleod, J., ... Dick, D. M. (2013). Dimensions of parental alcohol use/problems and offspring temperament, externalizing behaviors, and alcohol use/problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37*(12), 2118-2127.

- Kepper, A. (2013). Substance use among adolescents in special education and residential youth care (Doctoral dissertation).
- Kepper, A., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2011). Substance use by youths in special education and residential youth care institutions. *European Child & Youth Psychiatry*, 20(6), 311-319.
- Kepper, A., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2012). Middelengebruik door jongeren. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(5), 287-294.
- Kepper, A., Van Den Eijnden, R., Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2014). Understanding the elevated risk of substance use by youths in special education and residential youth care: the role of individual, family and peer factors. *European Child & Youth Psychiatry*, 23(6), 461-472.
- Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Bogt, T. F. ter, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Schulten, I., Engels, R. C. M. E., & Vollebergh, W. A. (2014). Trends in alcohol-specific parenting practices and adolescent alcohol use between 2007 and 2011 in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 133-141.
- Marschall-Lévesque, S., Castellanos-Ryan, N., Vitaro, F., & Séguin, J. R. (2014). Moderators of the association between peer and target youth substance use. *Addictive behaviors*, 39(1), 48-70.
- Molina, B. S., Chassin, L., & Curran, P. J. (1994). A comparison of mechanisms underlying substance use for early adolescent children of alcoholics and controls. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 55(3), 269-275.
- Norman, P., Bennett, p., & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behavior. *Health education Research*, 13, 163-169.
- Onrust, S.A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 45-59.
- Onrust, R., Velthof, A., & Verkerk, R. (2016). *Be Wise Think Twice: Pilotonderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Otten, R., Harakeh, Z., Vermulst, A. A., Eijnden, R. J. J. M. van den, & Engels, R. C. M. E. (2007). Frequency and quality of parental communication as antecedents of adolescent smoking cognitions and smoking onset. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 1-12.
- Perkins, H.W. (2002). Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 14, 164-172.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.

- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91: 93-114.
- Scheier, L. (2001). Etiologic studies of adolescent drug use: a compendium of data resources and their implications for prevention, 22, 125-168.
- Scholte, R. H. J., Poelen, E. A. P., Willemsen, G., Boomsma, D. I., & Engels, R. C. M. E. (2008). Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors*, 33, 1-14.
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Healthcompromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(10), 1025-1033.
- Stevens, G., Dorsselaer, S. van, Boer, M., Roos, R. de, Duinhof, E., Bogt, T. ter, Eijnden, R. van den, Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., & Looze, M. de. (2018). *HBSC 2017 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stoutjesdijk, R., & Scholte, E. M. (2009). Cluster 4 speciaal onderwijs: een vergelijking tussen leerlingen op cluster 4 scholen en cluster 4 rugzakleerlingen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 48, 161-169.
- Tummers, M. (2015). *De onderliggende motivationele segmenten voor alcoholgebruik bij cluster 4 jongeren en het verschil met jongeren op het reguliere onderwijs*. Utrecht: Universiteit Utrecht. Masterthesis.
- Vermeulen-Smit, E., Kepper, A., & Monshouwer, K. (2014). *Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettingen. Een systematische literatuurstudie naar de effectiviteit van interventies in justitiële jeugdinrichtingen, residentiële jeugdzorg en speciaal onderwijs en het aanbod van interventies in Nederland*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Vermeulen-Smit, E. (2014). *The role of parents in preventing adolescent alcohol and cannabis use*. Utrecht: Universiteit Utrecht. Doctoral Thesis.
- Vo, T. (2015). *Middelengebruik in relatie tot probleemgedrag bij adolescenten op cluster 4 scholen*. Utrecht: Universiteit Utrecht. Masterthesis.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (2002). The precaution adoption process model and its application. *Emerging theories in health promotion practice and research*. Jossey-Bass, San Francisco, 16-39.
- Wichers, M., Gillespie, N. A., & Kendler, K. S. (2013). Genetic and environmental predictors of latent trajectories of alcohol use from adolescence to adulthood: A male twin study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(3), 498-506.

7. Praktijkvoorbeeld

Citaat observatie les 1:

"De docent gaat verder met het nabespreken van het werkblad slechte gewoonten. De docent vraagt wat de leerlingen er van vinden dat Nicky zo veel chips eet. Een leerling zegt: "slecht". De preventiefunctiearis vraagt of de leerlingen ook wel eens een zak chips leeg eten en dit voorbeeld herkennen. Hier wordt instemmend op gereageerd. Ze merkt vervolgens op dat de leerlingen zich waarschijnlijk meer kunnen voorstellen bij deze gewoonte dan bij de gewoonte sponzen eten. Er volgt een discussie in de klas over gezond en slecht eten, waarbij een leerling aangeeft dat je van te veel gezonde dingen als brood en fruit ook dik kunt worden."

Citaat eerste observatie les 2:

"De les begint met een terugblik op de voorgaande les. De docent geeft aan dat de voorgaande les ging over gewoontes. In deze les hebben alle leerlingen en de docent een eigen uitdaging geformuleerd. Deze uitdaging staat voor iedereen op het bord geschreven. De docent bespreekt met de leerlingen hoe de uitdagingen zijn verlopen. De meeste leerlingen is het gelukt om de uitdaging vol te houden, wel vonden veel leerlingen het heel moeilijk. De leerlingen krijgen complimenten voor de manier waarop ze met de uitdaging aan de slag gegaan zijn. De docent vraagt aan de leerlingen wat ze uit deze oefening kunnen afleiden. Een leerling merkt op dat als je ergens bewust mee bezig bent het makkelijker wordt om je gedrag onder controle te krijgen. De docent bespreekt ook de eigen uitdaging (minder op de telefoon kijken) en benoemt dat het de eerste dag makkelijker was dan de tweede, omdat je je in het begin meer bewust bent van de uitdaging. De docent vertelt aan de leerlingen van plan te zijn om de uitdaging door te zetten en vraagt aan de leerlingen hoe zij verder willen met de uitdaging. Sommige leerlingen geven aan dat zij hier ook wel mee door willen gaan, anderen vinden het wel mooi geweest."

Citaat tweede observatie les 2:

"De docent vraagt vervolgens aan de leerlingen of een van hen wel eens hasj of wiet gerookt heeft. Eén van de leerlingen antwoordt hierop weinig verschil te merken tussen hasj en wiet. De leerling vertelt over de eigen ervaringen met blowen en beschrijft hier erg duizelig van geworden te zijn. Ook vertelt de leerling uitgebreid over eigen ervaringen met hallucineren door het gebruik van wiet. De docent geeft aan dat veel mensen dit hallucineren als erg onprettig ervaren en dat dit dus een nadeel is van blowen. De leerling bevestigt dit en geeft aan erg bang geweest te zijn en allemaal nare sensaties te hebben gehad. De leerling vertelt bovendien thuis ruzie te hebben gekregen over het gebruik van "die zoi". Een andere leerling vertelt ook wel wat ervaring te hebben met drugs. De docent complimenteert de leerlingen voor hun serieuze inbreng."

Citaat observatie les 3:

"De docent start vervolgens met de derde les je kunt het ook niet doen. De docent bespreekt klassikaal de introductietekst die op de PowerPoint presentatie is weergegeven. Tussendoor stelt de docent vragen als: "wie kan uitleggen wat het verschil is tussen een korte-termijnevolg en een langetermijnevolg?". Een van de leerlingen

brengt het thema alcohol in en noemt gevolgen als een kater hebben en spugen. De docent geeft aan dat dit inderdaad goede voorbeelden zijn van negatieve gevolgen op de korte termijn. Vervolgens vraagt de docent aan de leerlingen of ze ook gevolgen op de lange termijn kunnen bedenken. Verschillende leerlingen noemen dat je er arm van kunt worden en dakloos. De docent bekrachtigt dit en zegt dat dit een goed voorbeeld is. De leerlingen lijken het principe te snappen.”

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

