

De Akker

Een handleiding voor drugpreventiewerkers



Peter Aertsen

Jan Gabriels

Jan De Smet

Peter Aertsen : ° 1963

Studeerde klinische psychologie en is sinds 1988 als drugpreventiewerker verbonden aan het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont te Mechelen.

Jan Gabriels : ° 1965

Is criminoloog van opleiding en werkt sinds 1993 als drugpreventiewerker bij de dienst criminaliteitspreventie van de stad Lier.

Jan De Smet : ° 1974

Volgde de opleiding sociaal-cultureel werk en werd in 2000 drugpreventiewerker ; momenteel is hij werkzaam in het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg VAGGA-Alttox te Antwerpen.

Met dank aan onze commentatoren “op de eerste rij” :

Mia De Bock (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen)

Roeland Keersmaekers (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen)

Tine Lescouhier (Preventiedienst stad Turnhout)

Tevens dank aan café **De Akker** op de Vismarkt in Mechelen. Hier is “het zaaien” begonnen. Het blijft voor ons een inspirerend kader voor nieuwe “oogsten”.

Eindredactie : **Veerle Uytterhaegen**

Uitgavedatum : **maart 2006**

In dit werk, getiteld “De Akker” proberen we om in een beperkte ruimte aan te geven wat, volgens ons, specifiek drugpreventiewerk is.

Het drugpreventiewerk in Vlaanderen bestaat nauwelijks 20 jaar maar toch is in die tijdspanne reeds heel wat neergeschreven. Wij wilden graag een “nieuw” document brengen, complementair aan andere reeds bestaande bronnen. Hiervoor vertrokken we van op onze eigen “akker”, we zijn namelijk alle drie veldwerkers in preventieland.

Deze handleiding is gebaseerd op onze jarenlange praktijkervaring en niet op wetenschappelijk onderzoek ; er zijn bijgevolg bijna geen wetenschappelijke referenties te vinden in de tekst. We spreken als auteurs ook volledig in eigen naam, los van enig overkoepelend platform, los van de werkplaats waarvan we deel uitmaken.

We beseffen ten volle dat wij niet de macht in pacht hebben om voor eens en altijd te stellen wie en wat goed is met betrekking tot het drugpreventiewerk. Wel hopen we een kader aan te bieden om ons werk aanschouwelijker te maken en om dit werk en dat van collega-drugpreventiewerkers meer op elkaar af te stemmen.

Tenslotte willen we benadrukken dat deze handleiding geen noodzakelijke garantie is voor succes. Het is eerder als een kookboek : het recept helpt doch letterlijk volgen geeft niet vanzelfsprekend het gewenste resultaat. Het is “slechts” een handleiding waarin elke drugpreventiewerker zijn eigen weg moet zoeken.

Ten geleide	5
--------------------	---

Deel 1 : Wat is drugpreventiewerk ?	8
--	---

A. <u>DE TAKEN</u>	9
---------------------------	---

B. <u>DE DOELGROEP</u>	12
-------------------------------	----

C. <u>DE INBEDDING</u>	15
-------------------------------	----

Deel 2 : Coaching	17
--------------------------	----

A. <u>ANALYSE</u>	18
--------------------------	----

1. EXPLORATIE
2. KOPPELING VAN VRAAG EN AANBOD
3. OPSTARTFASE

B. <u>ACTIE</u>	27
------------------------	----

1. PRINCIPES
2. STRUCTUURGERICHTE ACTIES
3. PERSOONSGERICHTE ACTIES

C. <u>AFRONDING</u>	39
----------------------------	----

Deel 3 : Werkinstrumenten	43
----------------------------------	----

A. <u>DE DRUGPREVENTIEWERKER</u>	44
---	----

B. <u>ANDERE INSTRUMENTEN</u>	46
--------------------------------------	----

1. MODELLEN
2. BASISKENNIS
3. MATERIALENBRONNEN

Ten geleide

In dit werk willen we een handleiding voor professionele drugpreventiewerkers ontwikkelen. Deze handleiding is geen pasklaar stappenplan dat klakkeloos kan gevolgd worden maar wel een algemeen kader, een overzicht van hoe professioneel drugpreventiewerk volgens ons dagelijks kan ingevuld worden. Heel wat mensen zijn immers bezig met (losstaande) acties en initiatieven i.v.m. drugpreventie maar zijn daarom nog geen drugpreventiewerkers.

In deze handleiding gaat het zeer specifiek om drugpreventiewerk en dus niet om ander werk met mogelijk ook drugpreventieve effecten. Een leerkracht die sociale vaardigheden geeft, kan invloed hebben op het druggebruik van leerlingen maar is daarom nog geen drugpreventiewerker, een jeugdhuiswerker die niet-alcoholische dranken lager prijst dan alcoholische dranken, is effectief bezig met het drugthema maar is geen drugpreventiewerker. Graag stellen we aan professionele drugpreventiewerkers dit, zo realistisch mogelijk ideaalbeeld voor.

Wie mag zich drugpreventiewerker noemen ?

Het antwoord op deze vraag blijkt permanent ter discussie te staan.

In praktijk stellen we vast dat velen die zich drugpreventiewerker noemen, met heel wat verschillende zaken bezig zijn en bovendien vaak “extra” taken opnemen naast het “klassieke” preventiewerk (zoals vroeginterventie, het begeleiden van een oudergroep en allerlei opdrachten binnen een groter team waartoe ze behoren).

Het is niet de bedoeling van deze handleiding om al deze taken onder de noemer drugpreventiewerk te plaatsen. Deze invulling zou immers te ruim en niet overzichtelijk zijn. Hoewel we dus beseffen dat drugpreventiewerk meer kan zijn, hebben we ervoor gekozen om het drugpreventiewerk en dus de taken van de drugpreventiewerker af te bakenen tot en op te bouwen rond het begrip “coaching”. In deze handleiding vatten we dit begrip ruim op zonder ons echter te verliezen in eindeloze uitweidingen.

Wat is het doel van drugpreventiewerk ?

Voorheen werden reeds pogingen gedaan om tot een omschrijving te komen. In “Vingerafdrukken, een zoektocht naar de identiteit van het drugpreventiewerk in de provincie Antwerpen” (2001) schrijven Peter Aertsen en Bernard Bruggeman : **“We willen alle mensen, organisaties en beleid ondersteunen in het verantwoord omgaan met het drugthema.”**

Algemeen gesproken gaat het hier om een positieve boodschap. Drugpreventiewerk ijvert in de eerste plaats voor iets, wil iets positiefs bereiken in plaats van te strijden tegen iets of iets negatiefs te vermijden.

Dit doel willen we gebruiken als uitgangspunt voor deze handleiding. Alle belangrijke componenten van het drugpreventiewerk zitten erin vervat.

Drugpreventiewerk heeft te maken met het ondersteunen van een bepaalde doelgroep. Preventiewerkers kunnen niet elke mens individueel helpen in het verantwoord omgaan met alle drugs. Ze kunnen wel proberen een invloed te hebben op het beleid, organisaties en intermediairen of tussenpersonen, die op hun beurt, vanuit hun maatschappelijke rol, individuen beïnvloeden.

De drugpreventiewerker en zijn doelgroep worden verder beschreven in Deel 1.

Ondersteunen in het verantwoord omgaan met, is een professionele manier van werken die we “coachen” noemen. In Deel 2 gaan we dieper in op de verschillende stappen die een coachingproces doorloopt. In Deel 3 beschrijven we de werkinstrumenten die daartoe nodig zijn.

Het drugthema is zeer ruim. Naast de illegale drugs bestaan er ook legale, zoals alcohol, tabak en medicatie. En er zijn ook gedragingen die een verslavend effect kunnen hebben zoals gokken, computerspelletjes, eten, ... Wanneer wij over “drugs” spreken, spreken we dus over alle drugs, legale en illegale, en ook nog over enkele vormen van genotsgedrag.

Bovendien kunnen mensen niet alleen rechtstreeks maar ook onrechtstreeks geconfronteerd worden met “drugs”. Zo kunnen grootouders bijvoorbeeld bezorgd zijn om hun kleinkinderen als gevolg van verontrustende mediaberichten, zo kan een school ook zonder directe confrontatie bezorgd zijn om het imago. Om die reden spreken we ook beter over het “drugthema” in plaats van over het engere begrip “drugs”.

Aangezien de definitie verantwoord omgaan met nogal eens voor controverses zorgt, werken we dit verder uit in *Box 1*.

Box 1 : Verantwoord omgaan met het drugthema.

Preventiewerkers vertrekken vanuit de realiteit. Deze realiteit zegt dat er steeds drugs geweest zijn, dat er hier en nu drugs zijn en dat ze wellicht ook altijd zullen blijven bestaan. Doorheen de geschiedenis hebben drugs altijd en overal, in alle culturen, een plaats gehad. Volgens tijd en ruimte onderscheiden we wel verschil in de soorten drugs (soms is de ene drug populair, dan weer de andere) en verschil in de status (legaal of illegaal).

Vanuit dit gegeven behandelt de drugpreventiewerker in principe steeds alle drugs samen, wat echter niet betekent dat alle drugs over eenzelfde kam geschoren worden. Er zijn wel degelijk verschillen tussen de bestaande drugs, ondermeer wat betreft de effecten of hun huidige wettelijke status.

Alle drugs hebben duidelijk één ding gemeen : ze hebben voordelen (daarom zijn het ook genotsmiddelen) en nadelen (allerlei schade waarvan het risico op verslaving het meest gekend is). Over de mate van gevaar kan eindeloos gediscussieerd worden ; in ieder geval is het gevaar afhankelijk van vele factoren maar staat wel vast dat druggebruik nooit helemaal ongevaarlijk is.

De meest realistische benadering van het drugthema is omgaan met het gegeven op een zo positief mogelijke manier (d.w.z. de schade zo goed mogelijk beperken).

Er zijn kortweg drie mogelijkheden om om te gaan met drugs. Vanuit het perspectief van de wetgever kan men drugs toelaten, verbieden of een tussenweg hanteren, namelijk drugs soms toelaten. Ook een individu kan gebruiken, niet gebruiken of soms gebruiken. Deze laatste “soms” is telkens afhankelijk van de tijd, de plaats en de concrete mens of gebruiker. In bepaalde landen kan bijvoorbeeld tabak vrij verkrijgbaar zijn voor iedereen, cocaïne verboden zijn en bepaalde medicatie soms toegelaten zijn, zoals op voorschrift. Evenzo kan bijvoorbeeld iemand er geen gevaar in zien om onbeperkt pijnstillers die vrij verkrijgbaar zijn bij de apotheker in te nemen en tegelijk besluiten om nooit heroïne te gebruiken en wel regelmatig alcohol te drinken maar nooit tijdens het werk of bij het besturen van een voertuig.

Juist omwille van de onvoorspelbare nadelen van drugs is het onmogelijk om voor iedereen in alle omstandigheden vast te leggen wat de minst schadelijke vorm van omgaan met elke drug is ; er zal altijd betwisting zijn omtrent wat beter of slechter is.

Het is hoe dan ook evident dat ieder voor zich op zoek moet gaan naar een antwoord en bij uitbreiding geldt dit ook voor elke organisatie.

De meest ideale omgang met het fenomeen noemen we verantwoord omgaan met en dit kan zowel verbieden als (beperkt) toelaten zijn.

Het is de taak van de preventiewerker om de organisatie te helpen bij de zoektocht naar het meest gepaste antwoord, m.a.w. het antwoord dat het welzijn en de gezondheid van de leden van de organisatie meest ten goede komt.

Hierbij moet de preventiewerker steeds op zijn hoede blijven voor mogelijke valkuilen. Vier aandachtspunten moet hij voor ogen houden :

** De organisatie zal bijna altijd proberen raad te vragen aan de preventiewerker, ze verwachten dat hij invulling zal geven aan hun drugbeleid want hij is immers de specialist. Het is echter de organisatie zelf die de eigen keuzes moet maken want die keuze blijft hoe dan ook altijd haar verantwoordelijkheid.*

** Ook al heeft de preventiewerker natuurlijk een eigen mening over druggebruik (hij is bijvoorbeeld hardnekkig tegenstander van alcoholgebruik of voorstander van het gedogen van cannabis), hij mag zijn persoonlijk standpunt niet gebruiken om de organisatie te beïnvloeden.*

** Wanneer de preventiewerker de organisatie adviseert, moet hij wijzen op alle facetten van het drugfenomeen en daarbij ook waken over de naleving van de wet. Wanneer de organisatie iets wil toelaten wat bij wet verboden is, is het de taak van de preventiewerker om te wijzen op de illegaliteit ervan.*

** De drugpreventiewerker moet de organisatie eveneens duidelijk maken dat de meest ideale invulling van een drugbeleid ook evolueert doorheen de tijd. Als nieuwe wetenschappelijke inzichten bijvoorbeeld aangeven dat gebruik op jonge leeftijd het risico op verslaving op latere leeftijd verhoogt, kan de drugpreventiewerker adviseren om de leeftijdsgrens van gebruik binnen de organisatie op te trekken.*

Deel 1 : Wat is drugpreventiewerk ?

In dit eerste deel geven we antwoord op een aantal vragen betreffende het drugpreventiewerk en de drugpreventiewerker.

We buigen ons eerst over de vraag : “Wat is drugpreventiewerk ?” Hierbij geven we een overzicht van de taken waarmee elke drugpreventiewerker in essentie bezig is. Vanzelfsprekend vult elk zijn werkdagen met de meest uiteenlopende activiteiten die sterk kunnen variëren van tijd tot tijd maar toch kunnen we deze samenbrengen in een aantal grotere rubrieken die systematisch lijken terug te komen bij elke drugpreventiewerker.

Vervolgens vragen we ons af : “Voor wie werkt de drugpreventiewerker ?” Dit brengt ons tot een overzicht van de verschillende doelgroepen van het drugpreventiewerk.

De vraag : “Vanwaar voert de drugpreventiewerker zijn opdracht uit ?” leidt ons tenslotte naar zijn statuut en zijn werkplaats. De drugpreventiewerker is geen eiland op zich maar is ingebed in een grotere structuur en werkt naast en met anderen.

A. DE TAKEN.

De drugpreventiewerker voert twee soorten taken uit : enerzijds de resultaatgerichte taken en anderzijds de taken die de voorwaarden scheppen om de eerstgenoemde zo goed mogelijk te kunnen volbrengen.

1. We bespreken achtereenvolgens deze twee soorten taken en vatten aan met de resultaatgerichte taken.

a. Wanneer we de drugpreventiewerker proberen te omschrijven, dan kunnen we dit best met dit ene woord : een **coach**.

Meestal doen mensen en organisaties (zie overzicht B. De doelgroep) een beroep op de drugpreventiewerker wanneer ze zich geconfronteerd weten met het fenomeen “drugs”.

Dit kan gaan om een feitelijke confrontatie of vanuit een vorm van bezorgdheid of interesse. In elk geval vragen ze om een begeleiding – een **coaching** dus – om met het drugfenomeen (beter) te kunnen omgaan. Coaching betreft niet de begeleiding van individuele personen maar gaat steeds om een organisatie.

In een beperkt aantal gevallen beantwoordt de drugpreventiewerker niet aan een vraag maar wordt hij toegewezen of gestuurd. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een gemeentelijke overheid vindt dat er iets moet gebeuren rond het drugthema. De bevoegde schepen richt zich tot de plaatselijke drugpreventiewerker met het dringende verzoek om de jeugdhuizen en – bewegingen aan te zetten iets te ondernemen, eventueel zelfs tegen hun zin. In dergelijke situaties zal meer tijd voor afstemming met de doelgroep nodig zijn.

De meest basale taak van de drugpreventiewerker zal in alle gevallen bestaan uit het, samen met de doelgroep, op zoek gaan naar “hoe verantwoord omgaan met het drugfenomeen”. Drugs zijn er, iedereen wordt er vroeg of laat op de één of andere manier mee geconfronteerd. “Leren omgaan met” houdt in dat men leert te anticiperen op dit drugfenomeen zodat de overdreven angst die er eventueel heerst, kan plaats maken voor een realistische bezorgdheid en men aldus meer “greep” krijgt op het thema.

Wanneer de doelgroep (en uiteindelijk is dit iedereen) “beter” met het drugthema kan omgaan, dan heeft het drugpreventiewerk resultaat opgeleverd, onafhankelijk van het al of niet “gebruik” van die drugs.

Coaching staat dus steeds in functie van het resultaat, namelijk meer “verantwoord omgaan met het drugthema”.

b. “**Consult**” behoort eveneens tot de resultaatgerichte taken van de drugpreventiewerker.

Een consult is een korte tussenkomst met minder “gewicht” dan een coaching. Een consult kan drie vormen aannemen : het kan een losstaand contact zijn, of een aanleiding tot een coaching of eventueel ook nog aan bod komen na een coachingproces.

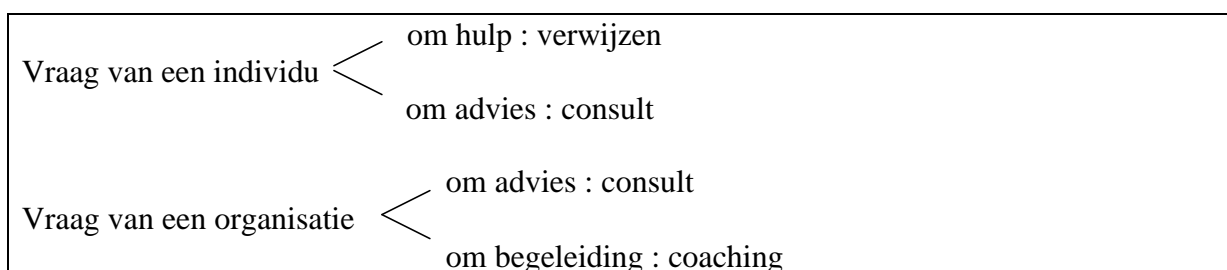
We spreken van “consult” bij zowel individuele vragen als bij vragen van organisaties. De vragen kunnen uiteenlopend zijn : een concrete raadgeving, informatie over campagnes, opvragen van een website, uitleg over mogelijke coaching, ...

Individuele vragen zijn meestal hulpvragen. Mensen worden met het drugthema geconfronteerd en zoeken een antwoord. Vaak zal de drugpreventiewerker vanuit zijn ervaring met de thematiek al een (gedeeltelijk) antwoord kunnen geven maar in vele gevallen zal hij ook doorverwijzen naar de meest aangewezen drughulpverlening. Individuele vragen

kunnen eventueel ook adviesvragen zijn, in dit geval spreken we wel van consult. Consult is dus in geen geval te verwarren met hulpverlening.

Consult aan een organisatie kan gelijkaardig zijn : een organisatie wordt met een druggerelateerd probleem geconfronteerd, is hierop niet voorbereid en zoekt een antwoord. Soms heeft de organisatie al, samen met de drugpreventiewerker, een beleid uitgewerkt maar kunnen de gemaakte afspraken om de één of andere reden niet geïmplementeerd worden. Op dat moment kunnen de gemaakte afspraken nog eens overlopen worden. Het is voor de drugpreventiewerker (buitenstaander en expert) eenvoudiger om een nuchtere kijk op de situatie te behouden en te helpen bij het zoeken naar een geschikte reactie.

Schematisch :



2. Een tweede soort taken van de drugpreventiewerker zijn de **voorwaardenscheppende taken**.

De drugpreventiewerker besteedt natuurlijk nog heel wat tijd en energie aan andere taken. Deze activiteiten dragen wel bij tot het resultaat, beantwoorden deels aan de doelstelling maar zijn toch eerder faciliterend of voorwaardenscheppend hiertoe. Ze leveren op zich ook wel enig resultaat maar dienen bovenal om de hoofdtak, het coachen, mogelijk te maken en te optimaliseren. Het is al het werk dat de drugpreventiewerker doet op de momenten dat hij uitdrukkelijk niet als coach fungeert.

Dit werk valt uiteen in twee groepen :

a. De eerste groep omvat alle **studie- en bureelwerk**. Drugpreventiewerkers moeten zichzelf bijscholen door zelfstudie en/of door opleiding te volgen en dit zowel wat de inhoud van drugpreventie als wat vaardigheden betreft (bijvoorbeeld leren coachen). Ze kunnen leren door theoretische studie en in praktijk door bijvoorbeeld collega's te observeren. Vanzelfsprekend moeten ze al hun taken ook voorbereiden (spreekbeurten, vormingen, vergaderingen). Dit vraagt tijd aan een bureau (telefoneren, registreren, plannen, ...), tijd die noodzakelijk is maar zich niet rechtstreeks vertaalt in concrete resultaten op vlak van drugpreventie.

b. Naast dit eerder administratieve werk, gaat ook heel wat tijd naar **overleg**. Het betreft hier niet het overleg met de "cliënten" (want dat behoort tot de coaching) maar wel alle overlegmomenten die het coachen faciliteren.

Dit overleg kan zich op verschillende niveaus afspelen : lokaal, regionaal, provinciaal, gemeenschap, nationaal en internationaal.

Meer specifiek zijn er drie soorten overleg te onderscheiden :

Intercollegiaal overleg.

Dit kan op verschillende niveaus plaatsvinden, in een vaste, langlopende structuur zitten of éénmalig zijn. Dit overleg kan een hiërarchisch karakter hebben (supervisie) of uitwisseling onder gelijken betreffen (teamvergadering). Het gaat hier dus om alle vergaderingen met twee of meer drugpreventiewerkers, zonder andere aanwezigen. De bedoeling is meestal uitwisseling, afstemming en leren van elkaar, om zo te komen tot interne netwerkontwikkeling.

Overlegplatforms.

Hier gaat het om allerlei groepen (eveneens lang- of kortlopend, met eerder losse of vaste structuur) waarbij de drugpreventiewerker louter fungeert als deelnemer (en dus niet coacht) en waaraan ook anderen (dan enkel drugpreventiewerkers) participeren. Een typisch voorbeeld vormen de overlegplatforms in diverse steden en gemeenten. De bedoeling is aan beleidsontwikkeling te doen.

Conceptontwikkeling.

Drugpreventiewerkers kunnen (met of zonder anderen) ook deelnemen aan allerlei werkgroepen waar (permanent of tijdelijk) nieuwe materialen, concepten of methodieken ontwikkeld worden. Vanzelfsprekend levert zo'n werkgroep (hopelijk) resultaten op, doch deze dienen in hoofdzaak om het coachen kwaliteitsvoller te laten verlopen.

Samengevat kunnen we stellen :

De taken van de drugpreventiewerker zijn:		
Resultaatgericht	→	COACHING
	→	CONSULT
Voorwaardenscheppend	→	STUDIE- EN BUREELWERK
	→	OVERLEG : - intercollegiaal overleg - overlegplatforms - conceptontwikkeling

B. DE DOELGROEP.

Daar iedereen met het drugfenomeen geconfronteerd wordt (reëel of onrechtstreeks, met legale of illegale middelen), zijn alle mensen in wezen het voorwerp van drugpreventie.

Wanneer echter individuele mensen een beroep doen op drugpreventie, gaat het vaak om consult (vragen om raad of informatie) of om een hulpvraag en dan is het hulpverlening. Het betreft in deze gevallen meestal mensen die zelf of in hun omgeving een drugprobleem ervaren en van hieruit om hulp verzoeken. Een individu “leren omgaan” met drugs(problemen) is eerder een taak voor de hulpverlener.

Drugpreventiewerkers werken met het beleid, organisaties of intermediairen die, vanuit hun functie of rol individuen beïnvloeden. Dit gebeurt niet alleen vanuit een economisch principe (men bereikt meer mensen op die manier) maar ook omdat organisaties en tussenpersonen de mensen beter kennen, er dichterbij staan en dus ook meer invloed kunnen uitoefenen.

Drugpreventiewerkers zullen zich dus richten op het “leren omgaan met drugs” door allerlei maatschappelijke settings, en dit zowel voor er zich problemen voordoen (wat ideaal is), als wanneer er zich reeds problemen manifesteren.

We geven hier een overzicht van de mogelijke doelgroepen of al diegenen waarvoor het drugpreventiewerk bedoeld is. Verder in de tekst benoemen we deze telkens als “**cliënten**”.

We hebben getracht om enerzijds voldoende gespecificeerd te werken maar anderzijds toch niet te detaillistisch. We brengen alle maatschappelijke organisaties onder in zeven sectoren en vervolgens verdelen we elke sector verder in subsectoren. Zo komen we tot 27 groepen van maatschappelijke settings.

Ook al is deze indeling gebaseerd op ervaring, ze blijft natuurlijk wel subjectief. Belangrijk is een werkbaar overzicht te bekomen van de doelgroep voor wie de drugpreventiewerker potentieel werkt. Niet elke preventiedienst of –werker kan voor alle doelgroepen werken en bovendien kiezen sommige diensten om prioriteit te geven aan bepaalde doelgroepen. Zo zullen bepaalde diensten bijvoorbeeld steeds voorrang geven aan risicogroepen of zich specialiseren in een bepaalde sector of zich een periode concentreren op een bepaald geografisch gebied.

Indien alle drugpreventiewerkers dit overzicht hanteren, vergemakkelijkt dit wel de onderlinge communicatie en eventueel ook de ontwikkeling van nieuwe materialen per sector.

Nog drie opmerkingen vooraf :

- In onderling overleg zou men elke subsector nog verder kunnen specificeren, voor zover men daar in bepaalde omstandigheden baat bij heeft. Dit zou bijvoorbeeld nuttig kunnen zijn wanneer een bepaalde groep drugpreventiewerkers zich intens wil bezighouden met één subsector.
- Elke subsector bestaat uit verschillende soorten organisaties. Hier en daar worden tussen haakjes een aantal voorbeelden gegeven. Over met wie er binnen elke organisatie kan gewerkt worden, wordt in dit hoofdstuk nog niets gezegd. In Deel 2 : Coaching, bij persoonsgerichte acties wordt dit luik verder toegelicht en wel op drie niveaus : de bestuurs- of directieleden, de intermediairen en de finale doelgroep van de organisatie.

- Drugpreventiewerkers zelf zijn niet terug te vinden in het overzicht. Het gaat hier enkel om de doelgroep voor zover die “gecoacht” kan worden. Indien de drugpreventiewerker zelf nood heeft aan coaching (supervisie, opleiding, ...), dan is dit voorwaardenscheppend werk (zoals beschreven in A. De taken).

SECTOREN

SUBSECTOREN

1. OVERHEID

1. beleid op lokaal niveau
(gemeentebesturen,...)
2. beleid op bovenlokaal niveau
(provinciebestuur,
Vlaamse Gemeenschap,...)

2. ARBEID

3. overheidsbedrijven
4. privé-bedrijven
5. andere actoren
(vakbonden, interbedrijfsgeneeskunde,...)

3. ONDERWIJS

6. basisonderwijs
7. secundair onderwijs
8. hoger onderwijs
9. andere actoren
(CLB, ouderverenigingen,...)

4. WELZIJN

10. centra algemeen welzijnswerk
(JAC, thuislozenzorg,...)
11. bijzondere jeugdzorg
(comité, instellingen,...)
12. OCMW
13. opbouwwerk (buurt, school,...)
14. integratiesector

5. GEZONDHEID

15. nulde lijn
(zelfhulpgroepen,...)
16. eerste lijn
(huisartsen, kinesisten,...)
17. tweede lijn
(CGG,...)
18. derde lijn
(PAAZ, beschut wonen,...)
19. straathoekwerk
20. drughulp (MSOC, TG, DC,...)

6. VRIJE TIJD en CULTUUR

- 21. sportsector
- 22. jeugdwerk
(-dienst, -huis, -beweging)
- 23. socio-cultureel werk
(verenigingsleven,...)
- 24. uitgaansleven
(horeca, ongebonden initiatieven,...)

7. POLITIE en JUSTITIE

- 25. politiediensten
- 26. rechtbanken
(parket, advocaten, justitiehuis,...)
- 27. gevangenen

C. DE INBEDDING.

De drugpreventiewerker is niet de enige speler in het preventieveld ; hij is wel een volwaardige schakel in het totale drugbeleid en maakt als dusdanig deel uit van een groter geheel. Hij is ingebed in een bepaalde werkplaats en binnen een grotere structuur. Bovendien leidt de drugpreventiewerker ook een eigen leven naast zijn beroepsleven en heeft hij een persoonlijke mening over vele kwesties.

Deze aspecten zijn belangrijk. In de mate dat ze optimaal georganiseerd zijn, zal de drugpreventiewerker zijn opdracht beter kunnen uitvoeren en dus ook betere resultaten halen.

We overlopen nu de voornaamste punten met betrekking tot de ideale positie of “**statuut**” van de drugpreventiewerker.

A. De **werkplaats** is meestal een organisatie uit de welzijns- of gezondheidssector, waar ook uitdrukkelijk ruimte is (letterlijk en figuurlijk) voor het (drug)preventiewerk. Deze organisaties zijn te verkiezen omdat ze dicht aanleunen bij het preventiedenken ; toch zijn andere werkplaatsen eveneens mogelijk op voorwaarde dat er enige link is met het drugthema.

Indien bijvoorbeeld in de organisatie ook drughulpverlening aanwezig is, is dat een pluspunt. Men kan dan van elkaar leren en de werkplaats kan zich profileren rond het thema. Soms nemen drugpreventiewerkers ook extra taken op die aanleunen bij de hulpverlening zoals vroeginterventie of begeleiden van groepen.

Een interessante wisselwerking kan ook ontstaan wanneer binnen de werkplaats nog andere preventiethema's uit de geestelijke gezondheidszorg aan bod komen, zoals bijvoorbeeld depressie- of zelfmoordpreventie.

Het zou hoe dan ook ideaal zijn wanneer meerdere drugpreventiewerkers in één organisatie een (sub)team vormen of wanneer de drugpreventiewerker zich kan integreren in een bestaand team.

De ideale werkplaats moet ook aan een aantal bijkomende voorwaarden voldoen :

1. een vast contract voor onbepaalde duur bieden (om een groot personeelsverloop tegen te gaan)
2. voldoende omkadering op materieel vlak voorzien
3. bijkomende opleiding en intercollegiaal overleg mogelijk maken (want geen enkele basisopleiding is toereikend wat preventie betreft)
4. de mogelijkheid scheppen tot flexibele werktijden en werkplaatsen (daar het preventiewerk dit vereist)

Het is eveneens zeer belangrijk dat de drugpreventiewerker (én zijn werkgever) een onafhankelijke positie kan innemen. Dit betekent dat drugpreventiewerk niet “verkocht” mag worden aan mogelijke klanten maar wel kan aangeboden worden en/of op vraag geleverd worden.

Zo kan een werkgever, om zijn eigen centrum te profileren, de drugpreventiewerker dwingen om een bepaald aantal scholen te “bereiken”, ook al vragen deze dat niet ; zo kan een werkgever door zijn subsidiërende overheid gedwongen worden om zelf bepaalde inkomsten te genereren en wordt de drugpreventiewerker daarom “verplicht” om bijvoorbeeld huisartsenkringen aan te doen.

De basis blijft vraaggestuurd werken. Dit betekent echter niet dat aanbodgericht werken steeds verkeerd is ; immers, de drugpreventiewerker maakt zijn aanbod zelf bekend bij de

verschillende doelgroepen. Sensibiliseren voor een thema of een bepaalde aanpak is dus belangrijk. Maar, aandachtspunten en diensten aanbieden mag niet verworden tot aandringen of bedelen. De drugpreventiewerker en/of zijn werkgever “dwingen” tot drugpreventiewerk om andere dan louter inhoudelijke motieven, is totaal zinloos.

Een drugpreventiewerker zal maar echt kwaliteit kunnen leveren als de klant ook gemotiveerd is en niet op een aanbod ingaat om wie dan ook te plezieren. Het ideale vertrekpunt is de intrinsieke motivatie van de klant maar ook extrinsieke motivatie bij de start kan, onder begeleiding van de drugpreventiewerker, een positief proces op gang brengen. In elk geval moeten de beide partijen elkaar in de eerste plaats kunnen vinden op basis van inhoudelijke gedeelde belangen.

B. De inbedding van de drugpreventiewerker in zijn werkplaats is belangrijk maar nog niet voldoende om optimaal te functioneren. Daarvoor moet hij deel uitmaken van een grotere structuur met andere collega's en organisaties uit de regio en bij uitbreiding uit het hele land.

Koepelorganisaties voor drugpreventie zorgen voor een duidelijke structuur en een minimale gelijkvormigheid tussen de verschillende plaatsen die een drugpreventiewerker te werk stellen. Ze brengen drugpreventiewerkers samen zodat dezen van elkaar kunnen leren en dubbel werk kan voorkomen worden. Bovendien vergroot zo ook de kans op één duidelijk preventieverhaal (visie, missie, strategieën,...) en eenzelfde vertaling daarvan naar de praktijk. Zo krijgen alle klanten dezelfde boodschap te horen en gelijke kwaliteitsvolle activiteiten aangeboden, met andere woorden de kans op een onderbouwde preventieaanpak neemt toe.

Overkoepeling maakt ook mogelijk dat drugpreventiewerkers uit eenzelfde regio op dezelfde wijze hun activiteiten registreren. Dit brengt éénvormigheid.

Onderlinge wedijver en concurrentie worden op die manier vermeden en de klanten ervaren het drugpreventiewerk als een éénduidige, professionele discipline.

Het is dus belangrijk dat de drugpreventiewerker én zijn werkgever zich inschrijven in een overstijgend verhaal en structuur.

C. **Buiten het werk** fungeert de drugpreventiewerker als “gewone burger” ; hij is ouder, buur, aandeelhouder, lid van een politieke partij, ... In zijn dagelijkse leven kan hij in contact komen met klanten, zeker wanneer hij in zijn eigen werkgebied woont.

Omdat aanzien en reputatie zowel belangrijk als kwetsbaar zijn, moet de drugpreventiewerker aandacht hebben voor wat hij zegt en doet buiten het werk. Het betreft hier vooral zijn eigen houding tegenover en zijn omgang met alle (legale en illegale) genotsmiddelen. Het is geen kwestie van het opstellen van een strakke deontologie maar wel een appèl aan de drugpreventiewerker om zichzelf kritisch te bevragen. Eventueel kunnen, samen met de werkgever, concrete afspraken gemaakt worden rond beroepsgeheim, houding en gedrag met betrekking tot het drugthema, en zo meer.

Deel 2 : Coaching

De hoofdactiviteit van de drugpreventiewerker is coaching.
In elk courant coachingproces zijn 3 fasen te onderscheiden.

De eerste fase betreft de **analyse**. In deze fase maakt de drugpreventiewerker kennis met de “klant” ; beide partijen stemmen vraag en aanbod op elkaar af en een eventuele samenwerking wordt opgestart.

Dan volgt een tijd van **actie**. Deze periode kan sterk variëren van coaching tot coaching, kan kort of lang duren, veel of weinig activiteiten bevatten en snel of langzaam evolueren. In ieder geval gebeurt van alles, waarbij de drugpreventiewerker volgens de “regels van de kunst”, samen met en op maat van de klant het drugpreventiewerk concreet gestalte geeft.

Geen enkele samenwerking is eindeloos, dus zal op een gegeven moment ook een (eventueel voorlopige) **afronding** moeten plaatsvinden.

Elke fase heeft haar eigen karakteristieken die nu verder uitgebreid besproken worden. Natuurlijk zijn er in de concrete praktijk accentverschillen mogelijk. Zo lopen de drie fasen soms enigszins door elkaar (men kan bijvoorbeeld reeds bepaalde gedeelten afronden tijdens de actie) en hoewel in principe de drie fasen chronologisch op elkaar volgen, zou het best kunnen dat bepaalde analyseaspecten pas aan bod komen nadat men reeds enkele acties heeft uitgevoerd (omdat bijvoorbeeld juist deze acties een bereidheid tot het starten van een beleid creëren).

Uiteindelijk gaat het hier om een cyclisch proces. Elke afronding kan een aanzet zijn tot een nieuwe analyse en een nieuwe actie en zo verder.

In deze handleiding houden we echter geen rekening met dit aspect maar belichten we de drie fasen lineair.

A. ANALYSE.

In de analysefase gaat de drugpreventiewerker op zoek naar een duidelijk omlijnd en realistisch samenwerkingsverband tussen zichzelf en de organisatie die om coaching vraagt.

Om een zo optimaal mogelijke samenwerking te verzekeren doorloopt men best drie stappen. Dit is echter geen noodzakelijke voorwaarde. Soms kan ook de volgorde waarin men de drie stappen doorloopt verschillen. Veel hangt af van de sector waarvan de organisatie deel uitmaakt. Afhankelijk van de concrete situatie is het ook best mogelijk dat men bij deze drie stappen maar heel even stilstaat of dat men de analysefase tijdelijk overslaat en ze pas achteraf doorloopt.

1. EXPLORATIE

In eerste instantie zal de drugpreventiewerker vanzelfsprekend inschatten of de vraag überhaupt past in zijn aanbod of dat hij beter meteen kan doorverwijzen naar een meer geschikte instantie.

Indien de drugpreventiewerker op de vraag kan ingaan, tracht hij een beeld te krijgen van de organisatie die om zijn ondersteuning vraagt. Het gaat hier zowel om subjectieve indrukken als om objectieve gegevens die een eerste globaal beeld geven van de organisatie. Deze eerste informatie verwerft de drugpreventiewerker meestal via een verkennende vergadering ter plaatse maar kan ook via telefonisch overleg.

Subjectieve indrukken : het aanvoelen van de drugpreventiewerker wat betreft : de algemene sfeer binnen de organisatie, de sfeer rond het drugthema, de houding van de organisatie tegenover preventie, de (spontaan genoemde) redenen waarom de organisatie om ondersteuning vraagt, het al dan niet klikken tussen de twee partijen, eventuele weerstanden, het engagement binnen de organisatie, de eigen mogelijkheden binnen deze bepaalde organisatie, ...

Objectieve gegevens : de drugpreventiewerker heeft weet van of kent : de instantie die de organisatie doorverwees, de grootte van de organisatie, de structuur, de missie, de aanwezige kennis van het drugthema, de initiatieven die in het verleden zijn genomen, de (dieperliggende) redenen waarom de organisatie om ondersteuning vraagt, ...

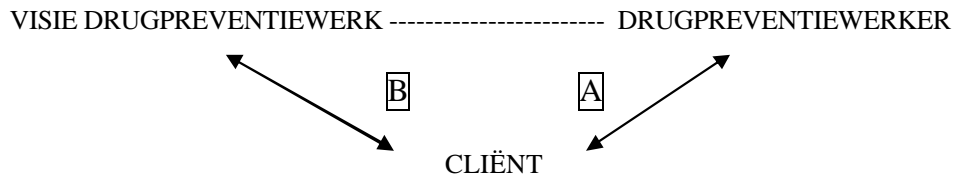
Op deze manier heeft de drugpreventiewerker de organisatie zo goed mogelijk in kaart gebracht. Een goede analyse van de huidige situatie is zeer belangrijk : er moet namelijk niet steeds iets “nieuws” opgezet worden ; tijdens de actiefase zal de drugpreventiewerker best ook gebruiken wat nu reeds aanwezig is en goed werkt.

2. KOPPELING VAN VRAAG EN AANBOD

Opdat de samenwerking tussen de drugpreventiewerker en de cliënt zo goed mogelijk zou verlopen, is afstemming van vraag en aanbod zeer belangrijk.

In deze fase wordt de vraag van de betreffende organisatie afgestemd op het aanbod dat de drugpreventiewerker wil en kan bieden.

Deze fase zal een zoektocht zijn naar overeenstemming, enerzijds tussen de drugpreventiewerker en de organisatie die om ondersteuning vraagt (A), anderzijds tussen de visies en strategieën op drugpreventiewerk van diezelfde partijen (B). Eventuele misverstanden kunnen hier nog rechtgezet worden.



A. Afstemming tussen drugpreventiewerker en cliënt, d.w.z. toelichten van de concrete rol van de drugpreventiewerker.

Het wederzijds engagement van de beide partijen moet duidelijk gemaakt worden.

De drugpreventiewerker stelt klaar en duidelijk wat de organisatie van hem kan en mag verwachten. De rol van coach moet uitgeklaard en voldoende begrensd worden zodat geen verkeerde verwachtingen geschapen worden : de rol van de drugpreventiewerker is er één van begeleiden bij een zoekproces naar een voor de organisatie aanvaardbare manier van omgaan met het drugthema. De drugpreventiewerker geeft geen pasklare oplossingen. Wanneer eveneens financiële ondersteuning mogelijk zou zijn, wordt dit hier ook vermeld en de eventuele voorwaarden toegelicht.

De organisatie geeft de eigen mogelijkheden aan i.v.m. tijd, inzet, beschikbare mensen, finances, ...

B. Afstemming tussen de visie op drugpreventiewerk van de drugpreventiewerker en van de cliënt.

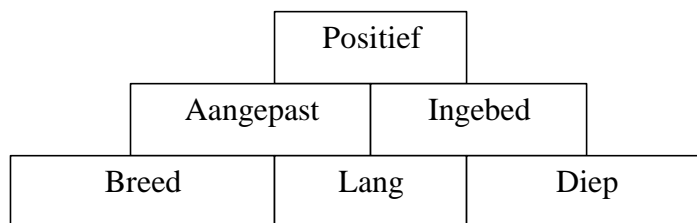
Een drugpreventiewerker heeft bepaalde ideeën over wat goede drugpreventie kan en moet zijn. Hij draagt deze visie met zich mee en communiceert deze ook aan de organisatie waarmee hij gaat werken. Deze visie werd uitgebreid beschreven in *Box 1* : het gaat hier fundamenteel om het leren verantwoord omgaan met het drugthema in al zijn facetten door de organisatie.

Fundamentele visies omtrent drugpreventie kunnen echter nogal verschillen, daarom zal afstemming hier ook noodzakelijk zijn. Wanneer de visie binnen de organisatie duidelijk anders is dan de visie van de drugpreventiewerker, zal in een eerste fase meer werk moeten gemaakt worden van de afstemming. Ook binnen de organisatie kan de visie van de mensen verschillen ; in dit geval moet eerst werk gemaakt worden van het bereiken van een eensluidende visie binnen de groep.

Het is belangrijk dat de organisatie duidelijk weet hoe drugpreventie werkt ; de drugpreventiewerker licht zijn geëigende strategieën dus voldoende toe. Hierbij houdt hij rekening met de basisvoorwaarden waaraan goed preventiewerk moet voldoen. Het gaat hier weliswaar om een ideaalbeeld dat men zo goed mogelijk moet nastreven ; het is bijgevolg geen kwestie van alles of niets.

Zie hiervoor *Box 2*.

Box 2 : Basisvoorwaarden voor goed preventiewerk.



De grondvoorwaarden waaraan drugpreventiewerk moet voldoen, beantwoorden aan de kenmerken “breed”, “lang” en “diep”. Het preventiewerk moet bovendien aangepast zijn aan de doelgroep en ingebied zijn in de werking van de organisatie. Maar boven alles moet men een positieve boodschap meegeven.

We lichten de verschillende begrippen verder toe.

Breed : Dit betekent dat alle facetten van het drugfenomeen moeten belicht worden, bijvoorbeeld niet alleen de illegale maar alle drugs, niet alleen de gezondheidsaspecten maar evenzo de economische, juridische, sociale, ... aspecten. Het betekent eveneens dat het drugpreventiewerk zich in principe richt tot iedereen, m.a.w. de doelgroep reikt van kleuter tot bejaarde en niet alleen bijvoorbeeld jongeren of risicogroepen. Eens een bepaalde doelgroep gekozen is, moet ook iedereen binnen die doelgroep bereikt worden.

Lang : Het gaat om meer dan losse acties. Drugpreventiewerk is een continu proces dat nooit eindigt. Het verloopt procesmatig in verschillende fasen (voorbereiding, uitvoering, opvolging).

Diep : De bedoeling van drugpreventiewerk is het gedrag van de doelgroep te beïnvloeden en dit is meer dan werken aan de oppervlakte door uitsluitend te focussen op sensibilisering en kennisoverdracht. Men richt zich dus eveneens op attitudebeïnvloeding en vaardigheidstraining.

Aangepast : Het drugpreventiewerk moet aangepast zijn aan de mentale en de psychische mogelijkheden van de doelgroep, aan de concrete situatie en de leefwereld van de betrokkenen.

Ingebed : Het drugpreventiewerk moet passen binnen de identiteit en het klimaat van de organisatie. Het mag niet totaal vreemd zijn maar moet aansluiten bij wat reeds bestaat en leeft bij de cliënt.

Positief : Men geeft steeds aan waar men voor is in plaats van te benadrukken wat men wil vermijden. Zo richt men zich niet enkel op het straffen van negatief gedrag maar ook op het belonen van gewenst gedrag. Men streeft naar openheid met betrekking tot het drugthema, weg van de taboesfeer.

We kunnen dus stellen dat de drugpreventiewerker in deze fase een continue controle doet op de zinvolheid en de haalbaarheid van de samenwerking. Hij gaat na of de coaching betekenisvol en haalbaar is voor zichzelf én voor de organisatie.

Zo kan het voor de organisatie heel zinvol zijn om één grote publieksactie te organiseren zonder meer maar dit zal de drugpreventiewerker net niet zinvol vinden. Omgekeerd zal de drugpreventiewerker vanzelfsprekend een volledig uitgewerkt drugbeleid de meeste waarde toedichten terwijl de cliënt misschien bepaalde acties hiervan lager inschat.

Een organisatie kan het een goed idee vinden dat de drugpreventiewerker wekelijks een halve dag aanwezig is, wat voor deze dan weer niet haalbaar is. Omgekeerd kan de drugpreventiewerker een project voorstellen dat eerder duur en voor de cliënt onbetaalbaar blijkt.

Indien A. en B. voldoende zijn toegelicht, de “juiste” verwachtingen zijn gecreëerd bij de organisatie, krijgt de drugpreventiewerker wellicht een mandaat om een drugpreventiebeleid te coachen. Indien dit niet zo is, stopt hier de samenwerking.

Het kan ook zijn dat dit mandaat reeds gegeven was voor de analysefase. Ook dan blijft het belangrijk om op dit moment even terug te koppelen en de stappen te overlopen.

3. OPSTARTFASE

Eens de drugpreventiewerker een mandaat om een coaching te starten heeft verworven, kunnen de toepassing van de visie op drugpreventie en de gehanteerde strategieën in concreto worden uitgewerkt.

Vooraleer met een daadwerkelijke actie te starten, zijn er nog drie tussenstappen. Deze vormen de afronding van de analysefase.

1. Installeren van de coaching.

Wanneer een geëxpliciteerde overeenstemming bereikt is tussen de visie van de organisatie en die van de drugpreventiewerker, wanneer de organisatie bovendien voldoende weet wat ze wil bereiken inzake drugpreventie en hoe ze dit wil bereiken, kan de coaching concreet vorm krijgen.

Het installeren van de coaching gebeurt in de meeste gevallen via de installatie van een werkgroep. Dit gebeurt om praktische redenen : bij de meeste organisaties van enige omvang is het immers onmogelijk om als drugpreventiewerker iedereen samen te coachen.

De samenstelling van de werkgroep kan variëren tijdens de coaching. Het aanspreekpunt voor de drugpreventiewerker blijft best hetzelfde.

Bij de samenstelling van de werkgroep houdt men best rekening met een aantal voorwaarden. Het beleid (de directie) is ofwel zelf vertegenwoordigd of geeft een duidelijk mandaat aan de groep ; de groep moet voldoende draagvlak hebben, dit wil zeggen dat alle geledingen er rechtstreeks of onrechtstreeks in vertegenwoordigd zijn ; de grootte van de groep is afhankelijk van de organisatie maar moet werkbaar zijn.

2. Opmaken van een visietekst.

In een visietekst maakt de werkgroep de eigen visie op drugpreventiewerk concreet met een geschreven neerslag. Dit is niet absoluut noodzakelijk maar het kan de organisatie aanzetten om de visie daadwerkelijk te implementeren. Een mondelinge formulering van de visie is eveneens mogelijk en is toch wel het strikte minimum. In essentie gaat het in een visietekst steeds om de algemene doelen die men op lange termijn wenst te realiseren.

Een visietekst is hoe dan ook abstract of algemeen, er worden geen gedetailleerde standpunten uitgewerkt, wat echter niet betekent dat deze tekst onduidelijk of vaag zou zijn.

In een visietekst komen vijf ingrediënten standaard naar voren. Deze vijf punten kunnen gemakkelijk weergegeven worden in vijf alinea's zodat een gemiddelde visietekst ongeveer één bladzijde lang is.

1. beschrijving van de missie van de organisatie : Wat is haar reden van bestaan? Wat zijn haar kerntaken, haar doel?
2. beschrijving van het drugthema volgens de organisatie : Wat verstaat men onder “drugs”? Hoe uit het fenomeen zich in de maatschappij?
3. de confrontatie tussen het drugthema en de missie van de organisatie : Wat gebeurt er als “drugs” voorkomen in de organisatie? Wat is dan precies het probleem en voor wie is dit een probleem, m.a.w. hoe bedreigt dit de missie van de organisatie?
4. Wat is het algemeen theoretisch doel van de organisatie betreffende het drugthema? Wat wil de organisatie idealiter en realistisch betreffende het omgaan met drugs bereiken? (dit is met andere woorden het tegengestelde van 3.)
5. Hoe wil men, in algemene termen, dat doel bereiken? Welke stappen denkt men te zetten? Welke methode wil men volgen ? Op wie wil men hierbij een beroep doen?

3. Doelen stellen.

Het is beslist aangewezen en wenselijk dat de organisatie een realistische omschrijving geeft van wat ze wil bereiken. Zonder deze omschrijving wordt evaluatie moeilijker of zelfs onmogelijk. Hier gaat het uitdrukkelijk om de concrete doelen, te realiseren op korte of halflange termijn.

Met andere woorden, de algemene theoretische doelstellingen, vermeld in de visietekst, moeten worden geconcretiseerd in werkdoelen, aangepast aan de doelgroep en de organisatie. Zulke werkdoelen zijn bijvoorbeeld : een interventieplan ontwikkelen, dit communiceren en toepassen, een project organiseren, een ouderavond inrichten, ...

De drugpreventiewerker kan de organisatie suggereren om minimum- en maximumdoelen te bepalen om eventuele latere ontgoochelingen te vermijden. Bovendien kunnen deze doelstellingen evolueren doorheen de periode van samenwerking ; het is belangrijk om doelen permanent scherp te stellen.

Tenslotte waakt de drugpreventiewerker er mee over dat de doelen (wat men wil bereiken) niet verward worden met de middelen (wat nodig is om de doelen te bereiken) of de effecten (wat men hoopt te bereiken maar zelf niet rechtstreeks onder controle heeft).

De begrippen doel, middel en effect dienen duidelijk gedefinieerd en onderscheiden te worden. Omdat dit een tamelijk complexe materie is, besteden we hieraan extra aandacht in *Box 3*.

Box 3 : De kunst van het doelen stellen.

Doelen stellen is zeer belangrijk ; ze geven immers aan wat men wil bereiken. Goede doelen kunnen later bij de evaluatie dienen om na te gaan of men al dan niet “geslaagd” is.

Het stellen van doelen is in de praktijk vaak en veel nattevingerwerk. Vaak worden onduidelijke doelen gesteld of stelt men te hoge verwachtingen. Dit kan gebeuren om een goede indruk te maken of om eventuele geldschieters (die met subsidies moeten komen) te verleiden.

Daarom is het nodig duidelijkheid te scheppen door een éénduidige terminologie te hanteren waar voor elk woord de betekenis strikt is vastgelegd.

Concreet gaat het hier om drie termen : doel, middel en effect.

Het doel is wat men wil bereiken, is datgene waarop men later kan geëvalueerd worden. Het al of niet bereiken van de doelen ligt volledig in handen van wie deze stelt.

De middelen zijn alles wat men nodig heeft en gebruikt om dit doel te bereiken.

Het effect is wat men hoopt te bereiken maar niet zelf in zijn macht heeft en later ook niet controleerbaar is. Bij effecten weet men niet of deze het gevolg zijn van de eigen acties of van andere invloeden ; effecten zijn vaak ook niet zichtbaar of tastbaar aanwezig.

Alle preventiewerk gebeurt met het oog op de effecten, dit wil zeggen dat men zoveel mogelijk wil bereiken. Het is echter essentieel dat men zich laat evalueren op de doelen.

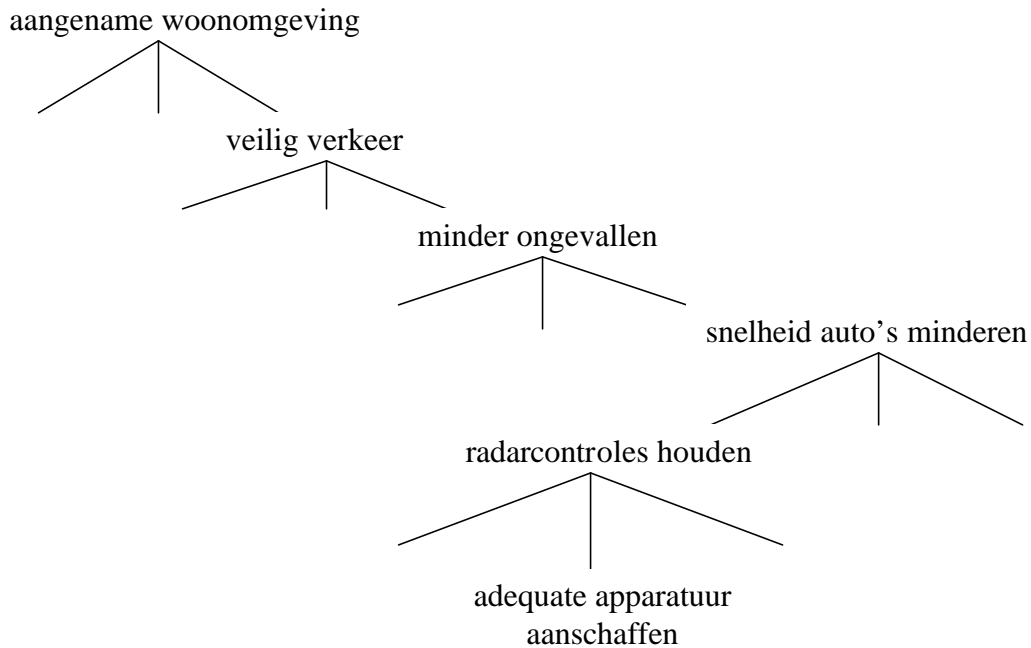
Belangrijk is dat de doelen goed geformuleerd worden. Hiervoor dienen ze te beantwoorden aan een aantal criteria. Ze zijn bij voorkeur :

- ***Positief geformuleerd*** : ze geven aan wat men wil bereiken en niet wat men wil vermijden ; dus een omschrijving zonder negatie
- ***Realistisch*** : op het eerste zicht haalbaar binnen de organisatie rekening houdend met beschikbare tijd, geld en energie
- ***Aanvaardbaar*** : het doel moet passen binnen de identiteit van de organisatie en niet botsen met de heersende waarden en normen
- ***Concreet*** : specifiek en gedetailleerd geformuleerd, bij voorkeur met een tijdsbepaling omtrent wanneer welk facet of het volledige doel moet gerealiseerd zijn
- ***Evalueerbaar*** : zo omschreven dat achteraf snel en zonder discussie kan vastgesteld worden of het doel al dan niet bereikt is en onder wiens verantwoordelijkheid het eventuele falen valt

We stellen hier dus het “PRACE”-model voor, wat te vergelijken is met gelijkaardige schema’s in de internationale literatuur zoals het “SMART”- en het “SPIRO”-model.

Om dit alles nog duidelijker te illustreren, geven we drie voorbeelden waarvan het eerste niet uit het drugpreventiewerk komt en eerder algemeen is.

Voorbeeld 1 :



In een wijk streeft men naar een aangename woonklimaat. Hiervoor bestaan talloze invullingen. Analyse wijst uit dat veilig verkeer ondermeer een belangrijk aspect is. Veilig verkeer echter heeft ook zeer vele aspecten zoals het streven naar minder ongevallen. Ongevallen gebeuren door meerdere oorzaken, bijvoorbeeld weinig rijervaring, slechte signalisatie, barre weersomstandigheden,... Onderzoek geeft aan dat te hoge snelheid één van de belangrijkste oorzaken is. Om de rijnsnelheid te doen dalen, kan men ondermeer de infrastructuur aanpassen zodat snel rijden minder mogelijk wordt, een aanmoedigingscampagne voeren of radarcontroles houden. Indien men kiest voor dit laatste, moet men kunnen beschikken over de nodige apparatuur.

Deze redenering is af te lezen in het bovenstaande boomdiagram.

De verantwoordelijke, bijvoorbeeld de politiecommissaris kan nagaan wat in zijn mogelijkheden ligt, wat hij onder controle heeft. Niet het aantal ongevallen, noch de snelheid van de chauffeurs want hier spelen te veel andere factoren mee die hij als commissaris onmogelijk kan beheersen. Wel ligt het in zijn macht om controleapparatuur te plaatsen. Dit betekent dat dit project enkel als doel kan hebben het houden van regelmatige en efficiënte radarcontroles. Bij de evaluatie moet dan ook worden nagegaan of dit effectief is gebeurd en hiertoe zijn de nodige middelen vereist (tijd, geld, apparatuur). Alles wat erboven ligt in het schema zijn effecten. Vanzelfsprekend streeft men hiernaar maar men heeft dit zelf niet in de hand en kan dit ook niet controleren achteraf. Wanneer bijvoorbeeld de snelheid daadwerkelijk daalt, waaraan ligt dit dan?

Wat men uiteindelijk wil (m.a.w. het effect waarop men hoopt), is een aangename woonomgeving maar het heeft geen zin om dit als doel te stellen want het ligt niet in de macht van de actievoerder en hij kan dus onmogelijk afgerekend worden op het eventuele niet bereiken hiervan.

Voorbeeld 2 :

Men wil een avond inrichten met productinformatie voor ouders. Het doel van deze avond is dus de ouders van een bepaalde wijk of gemeente samenbrengen om hen iets leren over de verschillende drugs en hun effecten.

Men zoekt de nodige middelen zoals geschikte sprekers, een lokaal, uitnodigingen, didactisch materiaal,... Ideaal is dat de ouders inderdaad meer gaan weten over drugs en hun effecten en meer nog dat ze anders gaan denken over het drugthema.

Op het eerste zicht lijkt het doel dus te laag gegrepen want streven we toch niet naar het ideaal?

Echter, het enige controleerbare element is de avond zelf dus daarom is het gestelde doel juist. Het ligt immers niet in de macht van de initiatiefnemers of de ouders daadwerkelijk iets bijleren en al evenmin of die kennis hun gedrag zal beïnvloeden. Natuurlijk is het goed om die avond te organiseren in de hoop dat die effecten geressorteed worden maar bij evaluatie moet men zich richten op het gestelde doel.

Schematisch kunnen we dit zo stellen :

Doel = de infoavond

Middel = de sprekers, het lokaal,...

Effect = de deelnemers weten meer over drugs

Wanneer de organisator bijvoorbeeld zou beschikken over een meetinstrument (een vragenlijst om de drugkennis van de ouders te toetsen), dan kunnen de ouders getest worden op hun drugkennis, voor de start en op het einde van de avond. In dat geval kan men zien of een hoger doel gehaald werd en zo ja, hopen op nog hogere effecten.

Schematisch wordt dit dan :

Doel = een verhoging van bijvoorbeeld minimum 10% van de drugkennis van de deelnemers na het volgen van de infoavond (te meten door een vragenlijst)

Middel = de infoavond

Effect = de ouders denken anders over het drugfenomeen en passen deze kennis toe bijvoorbeeld in hun houding tegenover hun kinderen

Voorbeeld 3 :

Interessant is gebruik te maken van materialen waarvan wetenschappelijk onderzoek reeds heeft bewezen dat ze effectief werken op bijvoorbeeld de vaardigheden van de deelnemers. Dit laat namelijk toe om van in het begin het doel hoger te stellen.

Concreet kan dit bijvoorbeeld gaan om een project waarbij jongeren leren te weerstaan aan groepsdruk en leren aangeboden drugs te weigeren, en waarbij voldoende bewezen is dat dit project voor die deelnemers (bij correcte toepassing) deze doelstelling wel degelijk realiseert.

In dit geval mag het doel zijn te zorgen dat de jongeren daadwerkelijk kunnen weigeren en weerstaan aan drugs. Het middel om dit doel te bereiken is dan het concrete project toepassen en het effect waarop we mogen hopen kan dan zijn dat jongeren inderdaad minder illegale drugs zullen gebruiken, een sigaret zullen weigeren.

In deze analysefase is uitsluitend voorbereidend denkwerk gebeurd en dus in strikte zin nog geen actie om preventief in te grijpen op het drugfenomeen. Ook al is dit ingrijpen vaak de uitdrukkelijke vraag van de organisatie, toch is deze eerste fase zeer belangrijk. Ze vraagt de nodige tijd en energie maar is onontbeerlijk om de hiernavolgende acties te laten renderen.

B. ACTIE.

Hoewel al heel wat actie ondernomen is, start hier pas de actieve fase in de klassieke zin van het woord.

De drugpreventiewerker heeft nu zicht op de organisatie, de verwachtingen zijn duidelijk, het mandaat is verzekerd, de werkgroep is samengesteld, de visie geformuleerd en de doelen bepaald.

De drugpreventiewerker gaat nu trachten de organisatie op een meer concrete en gerichte manier te beïnvloeden, dit wil zeggen veranderingen op gang brengen die er op termijn zullen toe leiden dat de organisatie en haar doelgroep op een “betere” manier met het drugthema omgaan.

Deze veranderingen verlopen als een continu gebeuren. De drugpreventiewerker probeert de organisatie te begeleiden in het ontwikkelen van een drugbeleid. Dit kan omschreven worden als een geheel van breed gedragen afspraken over grenzen, interventies en activiteiten rond het drugthema dat structureel ingebed is in de organisatie. Dit drugbeleid krijgt vorm door een samenhangend geheel van acties.

We omschrijven dit actieluik in drie delen :

1. Principes : aandachtspunten, belangrijk vooraleer aan de acties te beginnen
2. Structuurgerichte acties : deze hebben betrekking op de organisatie zelf : regelgeving, afspraken met externe partners, communicatiewijzen, ... kortom hoe bereidt de organisatie zich voor op mogelijke confrontaties met het drugthema
3. Persoonsgerichte acties : de leden van of de betrokkenen bij de organisatie moeten over de kennis, de attitudes en de vaardigheden beschikken die hen in staat stellen om op een “betere” manier met het drugthema om te gaan, om de gestelde afspraken te kunnen uitvoeren

Opmerking :

In de delen 2. en 3. geven we telkens een opsomming van een reeks acties.

Het spreekt voor zich dat de organisatie, in samenspraak met de drugpreventiewerker, niet alle acties moet ondernemen, noch in deze gegeven volgorde. Wel moeten er samenhangende keuzes gemaakt worden. Dit betekent dat men kiest voor wat zinvol en haalbaar is, voor wat beantwoordt aan een behoefte. Alle keuzes samen moeten een coherent beleid vormen. Losse éénmalige acties hebben per definitie een erg beperkt effect. Het aantal acties en het keuzeprocess hierbij is voor elke cliënt anders.

1. PRINCIPES

Vooraleer aan de acties te beginnen is het belangrijk nog een aantal zaken op te merken. We vatten deze tien aandachtspunten samen in drie groepen :

Omtrent de effecten :

1. *Acties zijn zowel mogelijk wanneer er effectief een probleem is of wanneer er (nog) geen probleem is.*

Voor er zich problemen stellen :

Bijvoorbeeld : Een school stelt een aantal leerkrachten vrij om deel te nemen aan een opleiding “werken rond sociale vaardigheden” want de school is er zich van bewust dat werken rond deze vaardigheden een sterk preventief effect kan hebben.

Wanneer er problemen zijn :

Bijvoorbeeld : Een school koestert al een hele tijd vermoedens dat een aantal leerlingen cannabis gebruikt ; op het ogenblik dat een leerling betrapt wordt, start de school met de uitwerking van een interventieplan, om in de toekomst “beter” te kunnen reageren.

2. *De acties hebben een ruimer effect, zijn breder relevant dan enkel het drugthema, ook al vertrekken ze vanuit deze invalshoek.*

Bijvoorbeeld : Op school ruimte maken voor sociale vaardigheden in plaats van traditioneel enkel te mikken op kennisoverdracht, geeft extra mogelijkheden. Sterker worden in vaardigheden als conflicthantering, luisteren, keuzes maken, je mening durven zeggen, ... kan een sterk preventief effect hebben op het omgaan met drugs maar ook op vandalisme, spijbelen, depressie, ...

3. *Een organisatie die goed werkt, heeft op zich al een drugpreventief effect.*

Bijvoorbeeld : Een vereniging waar een goede communicatie bestaat tussen het bestuur en de leden, waar leden inspraak krijgen en zich gewaardeerd voelen, loopt minder risico om geconfronteerd te worden met problematisch druggebruik.

4. *Men denkt vooraf reeds na over wie de actie op welke manier gaat evalueren.*

Bijvoorbeeld : Een afdeling van een bedrijf wil een interventieplan maken en spreekt af om bij elke stap een gedetailleerd verslag bij te houden. Dit verslag gebruiken ze voor de procesevaluatie die ze ook doorspelen aan andere afdelingen. Als zou blijken dat het interventieplan fout loopt, kan men hieruit onmiddellijk lessen trekken voor de toekomst.

Omtrent de concrete uitvoering :

5. *De acties kunnen uitgevoerd worden door de drugpreventiewerker zelf of hij kan ook doorverwijzen naar andere preventieorganisaties of aanverwanten.*

Dit kan ondermeer zo zijn voor specifieke vormingen (Eerste Hulp Bij Drug-ongevallen tijdens het uitgaan, omgaan met de media, ...), voor wetenschappelijk onderzoek.

Dit betekent echter niet dat de drugpreventiewerker de verantwoordelijkheid voor de actie overneemt van de cliënt.

6. *De acties zijn meestal gericht op of verlopen via intermediairen.*

Drugpreventiewerkers leiden intermediairen binnen de organisatie op zodat dezen zelf een actie kunnen organiseren en uitvoeren.

Dit heeft drie voordelen :

Multiplificatie : Louter economisch gezien kan men op deze manier meest mensen uit de doelgroep bereiken. Bijvoorbeeld : via tien HRM-medewerkers bereikt men al snel een paar honderd arbeiders, via één leerkracht tientallen leerlingen, ...

Emancipatie van de organisatie en uiteindelijk van de hele sector : Of er daadwerkelijk minder drugs zullen gebruikt worden valt nog af te wachten maar de organisaties zullen wel “beter” en kwaliteitsvoller met het gegeven omgaan. Door gedurende een periode rond het drugthema te werken, zal de knowhow toenemen en het subjectief gevoel van beheersbaarheid van het thema in de organisatie groeien. Zo worden organisaties en uiteindelijk de hele sector onafhankelijker van gespecialiseerde derden om met het drugthema om te gaan. Na verloop van tijd kunnen de intermediairen eventueel zelf de organisatie verder coachen.

Aansluiting : De intermediairen kennen hun doelgroep veel beter dan de drugpreventiewerker en weten welke “taal” zij dienen te gebruiken. In communicatie tussen mensen is het zo dat boodschappen beter worden gehoord als ze afkomstig zijn van een herkenbaar persoon en in de taal van de doelgroep worden geformuleerd.

Men kan echter ook werken met de finale doelgroep van een organisatie indien daar specifieke redenen voor zijn. Zo kan de preventiewerker les geven aan leerlingen omdat dit motiverend kan werken voor leerkrachten.

7. *Soms moet de drugpreventiewerker ook “opportunistische” keuzes maken, met andere woorden soms moet hij een actie voeren die op het eerste gezicht niet zinvol lijkt maar in die bepaalde organisatie wel deuren kan openen.*

Bijvoorbeeld : Een school heeft geen drugbeleid maar staat erop een ouderavond rond drugs en verslaving te organiseren. Op die infoavond is het oudercomité bijna voltallig aanwezig. Zij vernemen de boodschap van nood aan procesmatige, structurele aandacht voor het drugthema en zetten in de loop van het schooljaar druk op de directie om een degelijk drugbeleid uit te werken.

Omtrent het werken op maat :

Elke organisatie heeft specifieke sterktes en zwaktes en hiermee moet men rekening houden. Bijvoorbeeld : Wat is de cultuur rond middelengebruik? Hoe is de sfeer en het klimaat in de organisatie ? Hoe wordt er binnen de organisatie gecommuniceerd? Op welke manier worden er beslissingen genomen? Is er specifieke knowhow in de organisatie en waar zit die ? ...

Alle acties gebeuren met andere woorden op maat van de organisatie : een school is geen bedrijf, een bedrijf geen jeugdhuis, ...

8. *De cliënt kiest de acties (welke, hoeveel, volgorde, ...) ; participatie van de cliënt is essentieel.*

De geplande acties dienen niet alleen zinvol te zijn in het kader van drugpreventie maar moeten eveneens haalbaar zijn voor die bepaalde organisatie. Het is aan de betrokken organisatie om dit in te schatten.

9. *De cliënt kiest de duur en het tempo van de acties.*

Belangrijk in het procesmatig werken met een organisatie rond het drugthema, is het benadrukken van de nood aan tijd : het uitwerken van een degelijk drugbeleid kost tijd, mogelijk zelfs verscheidene maanden tot meerdere jaren.

10. *De actie moet vlot “in te bedden” zijn in de organisatie, dit wil zeggen :*

- niet vreemd aan de organisatiecultuur
bijvoorbeeld : in een organisatie met een zeer rigide regelgeving en een strikt repressief optreden ten aanzien van andere thema's zal een activiteit die gericht is op het verhogen van de openheid en de bespreekbaarheid van het thema drugs waarschijnlijk weinig succes hebben.
- niet vreemd aan de organisatiestructuur
bijvoorbeeld : voor een jeugdhuis met een drukbezochte filmprogrammatie lijkt een film over drugs, eventueel met een nabespreking, een geschikte actie om het thema aan te kaarten ; een film “opdringen” in een buurthuis zonder filmtraditie kan geforceerd overkomen.

2. STRUCTUURGERICHTE ACTIES

Deze acties hebben de organisatie zelf als doel. Ze komen vaak neer op het begeleiden van een werkgroep in het uitschrijven en toepassen van een regelgeving en een interventieplan, afspraken over contacten met externe organisaties, taakverdeling, planning van activiteiten met de doelgroep, ruimte, tijd en energie vrijmaken voor persoonsgerichte acties.

Hierin is aandacht voor :

1. Interne werking van de organisatie (klimaat, cultuur, algemeen beleid)
2. Situatianalyse
3. Regelgeving
4. Interventiewijzen
5. Samenwerking met externen
6. Organisatie van het persoonsgerichte

(Punten 3 en 4 zijn gebaseerd op : Aertsen, Peter, Het interventieplan, een handleiding voor preventiewerkers bij het ontwikkelen van een interventieplan binnen het drugbeleid van een organisatie, 2001.)

1. Interne werking

Het is belangrijk om aandacht te hebben voor het klimaat en het algemeen beleid van de organisatie want dit beïnvloedt het drugbeleid en vice versa. Een beleid initiëren in een sfeer en/of een organisatiecultuur die zich hier niet toe leent, is verspilling van tijd en energie. De eerste toetsing hiervan is in principe reeds gebeurd in de analysefase tijdens de exploratie en de koppeling van vraag en aanbod.

Aandachtspunten :

- Opdat een drugbeleid goed zou kunnen werken, is de sfeer, de cultuur binnen de organisatie belangrijk. Er is nood aan vertrouwen zowel hiërarchisch, als tussen collega's onderling, als tussen de organisatie en de doelgroep. Er is nood aan goed functionerende communicatiekanalen en een cultuur van feedback geven op doorgegeven informatie. Goede werkomstandigheden waarin mensen zich thuis voelen zijn onontbeerlijk.
Verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn en wie deze op zich neemt binnen een dergelijk beleid, dient overtuigd te zijn van de steun en het vertrouwen van collega's, oversten en andere betrokkenen.
- Men kan bij de interne werking ook aandacht hebben voor de omgevingsgerichte interventies. Dit wil zeggen dat de omgeving van de organisatie zodanig ingericht wordt dat de finale doelgroep geholpen wordt om "gezonde" keuzes te maken en dat zo de risico's op drugproblemen afnemen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door in uitgaansgelegenheden voldoende te voorzien in verluchting en waterbedeling, door een prijzenbeleid te ontwikkelen waar niet-alcoholische dranken voordelig zijn en zo meer.

- De drugpreventiewerker kan zich engageren om de interne werking van de organisatie te helpen verbeteren, op voorwaarde dat de thema's waarrond dan gewerkt wordt, aanleunen bij het drugthema. Als blijkt dat de interne werking niet voldoet om een drugbeleid in praktijk te brengen, wacht men beter met het opstellen ervan. Eventueel kan de organisatie doorverwezen worden naar organisatiedeskundigen.

2. Situatieanalyse

De bedoeling is een beeld te krijgen van de situatie waarin de organisatie zich bevindt. Dit kan gaan over het druggebruik (hoeveelheid, soorten drugs,...) binnen de organisatie maar eveneens over aanverwante zaken.

Bijvoorbeeld bij een situatieanalyse op een school zal men naast druggebruik ook peilen naar het aantal leerlingen dat het schoolreglement hierover kent, naar hun welbevinden op school en zo meer. In een gemeente kan men het druggebruik en het aantal aanhoudingen nagaan maar men kan ook onderzoeken of de inwoners de weg vinden naar de drughulpverlening, tevreden zijn over het aanbod, ...

Dit situatieonderzoek gaat dieper dan het exploreren in de analysefase.

Het is niet de betrachting om de situatie volkomen waarheidsgetrouw te kennen, wel om hulpmiddelen aan te reiken om deze situatie beter in te schatten.

Aandachtspunten :

- Men kan hiervoor een aantal bronnen gebruiken. In de literatuur vindt men eventueel informatie over de doelgroep, over de sector waarbinnen de organisatie werkt, over mogelijk recente ontwikkelingen binnen de sector die van belang zijn, cijfermateriaal over gebruik bij de doelgroep, binnen de sector, ... Via neergeschreven resultaten van bevragingen, enquêtes of interviews kan men peilen naar de ervaringen van de intermediairen, de attitude van de doelgroep ten aanzien van druggebruik, ...
- De drugpreventiewerker kan ook zelf een onderzoek begeleiden. Dit kan intern door bevraging van de intermediairen of de leden van de organisatie. Dit kan ook extern, zoals een leerlingenbevraging voor scholen, een universiteit die een onderzoek doet naar de bekendheid van de drughulpverlening bij de inwoners van een bepaalde regio, ...

3. Regelgeving

Hier worden de grenzen aangegeven die een organisatie stelt ten aanzien van het drugthema, de regels. Wanneer er regels worden opgesteld is er ook nood aan toezicht en (sociale) controle, zoniet hebben deze regels weinig of geen zin.

Deze regels gaan over alle drugs, met name alcohol, medicatie, tabak, cannabis en andere illegale drugs en over alle mogelijke situaties waarin men met drugs kan geconfronteerd worden, zijnde bezit, gebruik, onder invloed zijn, delen en dealen (respectievelijk verspreiden zonder en met winstbejag).

	bezit	gebruik	onder invloed	delen	dealen
alcohol					
tabak					
medicatie					
cannabis					
andere illegale drugs					

De organisatie moet voor elk vakje bepalen of deze verschijningsvorm volledig of gedeeltelijk toegelaten is (bijvoorbeeld op bepaalde tijdstippen, in bepaalde omstandigheden, voor bepaalde personen) of volledig verboden is.

Aandachtspunten :

- Zorg dat de werkgroep bij het opstellen van de regels zoveel mogelijk aansluit bij reeds bestaande regels zoals het huisreglement, het schoolreglement,...
- De regels dienen dus aan te sluiten bij de visie, zo zijn ze beter te motiveren.
- Grenzen dienen éénduidig en expliciet te zijn, niet vatbaar voor interpretatie. Bijvoorbeeld “voor het donker thuis” is niet hetzelfde als “voor tien uur thuis”.
- Grenzen dienen veilig te zijn. Wees ervan bewust dat, zeker bij pubers, betekenisvol gedrag net voorbij “het verbodene” ligt. Blijf daarom voldoende ver van de gevarengrens.
- Wees flexibel met grenzen, houd rekening met tijdsgeest, leeftijd, maturiteit,...
- De grenzen binnen een organisatie zijn het resultaat van een consensus tussen de betrokkenen. Druk niets door dat niet door de meerderheid van de betrokkenen wordt gedragen. Neem tijd om te argumenteren. Sta bij de aanvang van de discussie rond regels daarom ook even stil bij de persoonlijke normen en waarden van de werkgroepleden wat betreft alcohol en drugs.
- Geef bij het opstellen van de regels inspraak aan de doelgroep. Stel regels zoveel mogelijk op in samenspraak.
- Zorg dat in de regelgeving geen discriminerende of veroordelende standpunten worden ingenomen. Overtreders worden steeds aangesproken op hun gedrag, niet op hun persoon.
- Houd rekening met de Belgische wetgeving : een regel mag natuurlijk strenger zijn, in principe echter nooit lakser, anders sta je toe dat de doelgroep met je medeweten de wet overtreedt.
- Denk vooraf ook aan de bekendmaking van de regels. Maak een goede planning en voorzie de nodige herhaling wanneer de doelgroep verandert of de bekendheid van de regels afneemt.

4. Interventiewijzen

Hoe gaat men reageren bij grensoverschrijding ? Wie gaat wat doen wanneer er zich toch problemen stellen, met andere woorden wanneer iets gebeurt dat op basis van bovenstaand schema gekwalificeerd werd als verboden of niet gewenst ?

Men kiest hier dus best voor een gedifferentieerd optreden dat aangepast is aan de situatie. Uiteindelijk moet het voor alle betrokkenen duidelijk zijn wie wat zal doen wanneer men op ongewenste wijze met drugs geconfronteerd wordt. Dit vraagt heel wat werk en inspanning. Meer uitleg hierover is te lezen in *Box 4*.

Box 4 : Interventiewijzen.

Wanneer men geconfronteerd wordt met grensoverschrijding zijn basaal drie reacties mogelijk.

1. Communicatie : Dit is een noodzakelijke stap ; immers wanneer niets gemeld wordt, kan niets ondernomen worden. Belangrijk is op voorhand uit te maken wie van de organisatie op de hoogte moet gebracht worden van ongewenst gedrag. De communicatielijnen moeten zeer gedetailleerd uitgewerkt worden.

Communicatie kan gebeuren tussen individuen onderling maar ook in teambesprekingen. Het kan intern (binnen de organisatie) en extern (naar ouders, politie,...toe). Communiceren is steeds een proces van geven en nemen ; informeren is belangrijk maar terugkoppeling of feedback mag evenmin vergeten worden. We onderscheiden hierbij feedbackrecht wat betekent dat de zender moet vragen naar terugkoppeling en de ontvanger verplicht is te antwoorden. Daarnaast bestaat ook feedbackplicht wat inhoudt dat de ontvanger van de boodschap op eigen initiatief de zender feedback moet geven. Communicatie kan tenslotte steeds zowel mondeling als schriftelijk gebeuren.

2. Sanctioneren : Deze reactie is optioneel, geldt dus niet voor elke overtreding maar is afhankelijk van de eigen cultuur van de organisatie en verloopt volgens enkele algemene regels. Zo moet een sanctie steeds in verhouding staan tot de overtreding, mag ze niet vernederend zijn en dient ze steeds gemotiveerd te worden. Een sanctie heeft als doel de betrokkene opnieuw tussen de lijnen te laten lopen, is dus correctief en niet repressief bedoeld.

Het moet evenwel duidelijk zijn wie de sanctie geeft en wie ze opvolgt. In de concrete situatie van druggebruik kan een sanctie gaan van een berisping, afnemen van het product tot en met het uitsluiten uit de organisatie.

3. Begeleiden : Ook deze reactie is optioneel en volgens de eigen cultuur van de organisatie.

Het moet steeds duidelijk zijn wie de begeleiding aanbiedt en wie ze opvolgt.

Een begeleiding kan op verschillende wijzen gebeuren.

Iemand van de organisatie kan de overtreder persoonlijk toespreken en bijstaan. Hiervoor hoeft men zeker geen drugsdeskundige te zijn want vaak gaat het over de ruimere levensgebieden van de betrokkene.

Pas wanneer de eigen begeleidingsmogelijkheden uitgeput zijn, kan men doorverwijzen naar externen ; belangrijk is dat dit niet te vroeg gebeurt om de persoon in kwestie niet te stigmatiseren maar vanzelfsprekend ook niet te laat om de problemen nog te kunnen aanpakken (zie ook 5. Samenwerking met externen).

Opgelet :

Vaak zal men geen feitelijke betrapting kunnen doen en dus geen zekerheid maar slechts een vermoeden hebben, bijvoorbeeld op basis van geruchten. Onder invloed zijn bijvoorbeeld is vaak moeilijk te bewijzen zonder testing en vaak is dat juridisch, praktisch en/of financieel onhaalbaar.

Ook voor die gevallen moeten procedures voorzien zijn ; communicatie moet ook dan steeds gebeuren, sanctioneren zonder bewijslast kan niet maar eventueel kan wel begeleiding aangeboden worden.

Bewijzen vinden mag echter nooit het ultieme doel zijn, ondermeer omdat ook bij het vinden van bewijzen men niet vanzelfsprekend zal kunnen rekenen op de medewerking van de overtreder want vaak is het vertrouwen op dat ogenblik geschonden. Bovendien kan men ook heel wat doen voor men bewijzen heeft, namelijk letten op signalen. Deze signalen zijn in de eerste plaats zeker niet drugspecifiek zoals pupillen, zilverpapier, prikwonden en zo meer maar zijn te vinden in het dagelijks functioneren. Wanneer hierin iets fundamenteels wijzigt, kan dit (maar dit is niet noodzakelijk) te maken hebben met druggebruik.

5. Samenwerking met externen

De drugpreventiewerker is de aangewezen persoon om te fungeren als go-between in het sociale veld, tussen externe organisaties (politie, justitie, hulpverlening, ...) en de organisatie die hij coacht. Een goed contact tussen deze partners is belangrijk binnen het drugbeleid.

Aandachtspunten :

- Zowel bij contacten met de hulpverlening als met de politie en justitie is het belangrijk dat organisaties deze personaliseren.

De drugpreventiewerker heeft een goed zicht op de doelgroep die de organisatie bereikt en welke hulpverlening hier best aangewezen zou zijn. Zorg dat de organisatie in de loop van het proces contact neemt met deze hulpverleningsorganisatie zodat men goed op de hoogte is van aanmeldingsprocedure, behandelingsmogelijkheden, eventuele wachtlijsten,... Een contactpersoon kennen werkt drempelverlagend.

Wat de politie betreft is het eveneens aangewezen dat de cliënt contact neemt en te weten komt aan welke reactie men zich mag verwachten als er beslist wordt politie in te schakelen. Komt de politie discreet met een paar rechercheurs in burger of kan men zich verwachten aan combi's met zwaailichten?

- Wanneer de organisatie uit jongeren bestaat of veel jongeren telt in haar geledingen, is het ook belangrijk voldoende aandacht te hebben voor hun omgeving en dat zijn in de eerste plaats de ouders.
- De drugpreventiewerker is niet verantwoordelijk voor eventuele latere samenwerking van de organisatie en externen.

6. Organisatie van het persoonsgerichte

De organisatie heeft ook structureel aandacht voor de persoonsgerichte acties rond de drugproblematiek; het beleid van de organisatie is bereid om te investeren in drugpreventie.

Aandachtspunten :

- Men biedt structuur aan om persoonsgericht te werken, zowel naar intermediairen als naar de doelgroep toe. Dit betekent dat men systematisch budget en tijd vrijmaakt om bijvoorbeeld mensen te vormen met de bedoeling de leden sterker te maken ten aanzien van het drugthema.
Wat men investeert, moet de moeite waard zijn ; de output moet minstens even groot of groter zijn dan de input. Bijvoorbeeld : sommige organisaties investeren tijd en geld in grote projecten waarvan het effect bedroevend is, waarbij de doelgroep in het beste geval even stilstaat bij haar druggebruik maar verder niet nadenkt, laat staan het gedrag aanpast.
- Deze acties zijn niet éénmalig maar dienen verankerd te zijn in een globale werking. Bijvoorbeeld : om drugpreventief zo goed mogelijk te scoren, zal men eerst affiches hangen om de aandacht te trekken, nadien foldermateriaal verspreiden onder de doelgroep om zo de kennis over het thema te doen toenemen. Parallel hiermee kan een vormingsmoment ingericht worden voor de intermediairen om zo de doelgroep beter te kunnen ondersteunen. Kortom, de verschillende acties (zowel naar de intermediairen als naar de uiteindelijke doelgroep toe) haken op elkaar in en versterken elkaar.
- Organisaties kunnen deze persoonsgerichte acties vastleggen in een soort van curriculum waarin ze planmatig aangeven wat jaar na jaar voor welk deel van de doelgroep zal gebeuren. Zo kan een jeugdbeweging bijvoorbeeld aangeven welke acties voor de verschillende deelgroepen georganiseerd worden en wanneer deze een plaats krijgen.

3. PERSOONSGERICHTE ACTIES

Persoonsgerichte acties hebben steeds de mensen van de organisatie als doel.

Dit kunnen zijn : - bestuurs- of directieleden van een bedrijf, een sportclub ,een jeugdhuis
- intermediaren zoals teamleiders in een bedrijf, coaches in een sportclub, een ploeg vaste medewerkers in een jeugdhuis
- de finale doelgroepen van de organisatie, de “cliënten” zoals de werknemers in een bedrijf, de ouders van de jongeren in een sportclub, de bezoekers van een jeugdhuis

Meestal kiest de drugpreventiewerker ervoor om te werken met de intermediaren (zie hoger bij Principes) maar vanzelfsprekend is het ook mogelijk een actie te voeren naar combinaties van deze rollen.

We onderscheiden hier twee vormen van actie : voorlichting en vorming.

De bedoeling is steeds te streven naar gedragsverandering, naar mensen te begeleiden in het “beter” leren omgaan met het drugthema.

De principes van goede voorlichting en vorming zijn dezelfde als de voorwaarden voor een goed totaal drugbeleid (zie *Box 2*). Dit wil dus zeggen dat een goede voorlichtings- of vormingsactie breed, lang en diep is, aangepast is aan de doelgroep, ingebed is in de organisatie en een positieve boodschap hanteert.

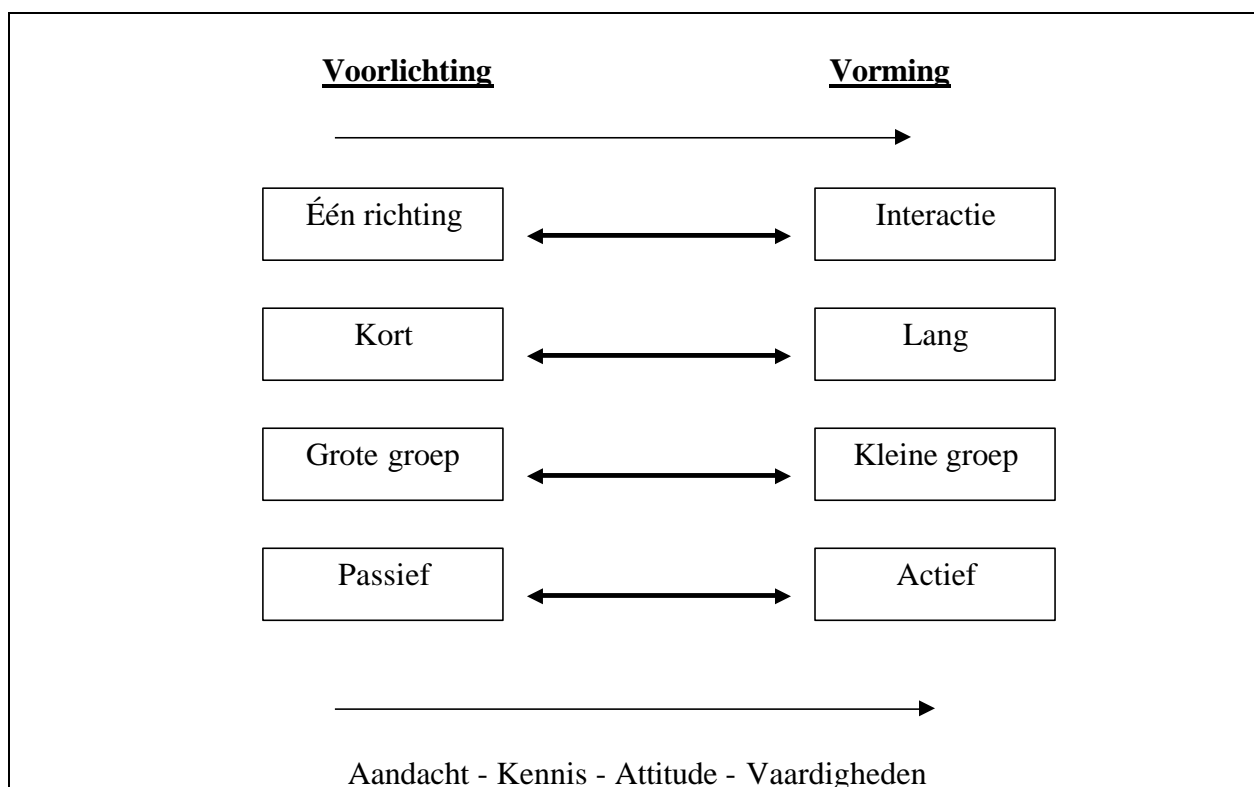
Voorlichting : Hier gaat het om een éénmalige actie voor een grote groep met de bedoeling de toehoorders te sensibiliseren, te informeren en eventueel te doen nadenken over het drugthema. Dit informeren kan gebeuren via het verspreiden van campagnemateriaal (affiches, spotjes), via het ter beschikking stellen van brochures en folders en via de klassieke voordrachten, met andere woorden zowel mondeling als schriftelijk. Hierbij zijn ook heel wat mogelijkheden om te werken via het internet (bijvoorbeeld het ontwikkelen van websites).

Men kan zich richten naar het beleid (bv. beknopte toelichting “Drugbeleid Op School” voor de directie van een scholenkoepel) en/of naar de intermediaren van een organisatie (bv. “productinformatie” voor de leerkrachten van een BuSO-school) en/of naar het cliëntensysteem van een organisatie (bv. voordracht voor de seniorenraad over “grootouders en drugs”, of het oudercomité van een school organiseert een ouderavond over het thema “jongeren en drugs”). Omdat deze werkwijzen grotendeels éénrichtingsverkeer zijn en de toehoorders of lezers een passieve rol hebben, beperken deze acties zich voornamelijk tot het “aandachts- en kennis”-niveau en werken ze slechts gedeeltelijk op het “attitude”-niveau.

Vorming : Hier gaat het eerder om het verwerken en het toepassen van informatie. Een vorming duurt doorgaans langer dan bijvoorbeeld een voordracht, minimaal een halve dag tot meerdere dagen. De groep is ook kleiner ; er is ruimte voor interactie, debat en het inoefenen van aangeleerde vaardigheden.

Vormingen kunnen eveneens worden georganiseerd voor het beleid van een organisatie (bv. vormingsdag “omgaan met alcohol op de werkvloer” voor werkgevers in KMO’s) en/of voor intermediairen (bv. een training “werken met sociale vaardigheden” voor leerkrachten) en/of voor het cliëntsysteem van de organisatie (bv. een vorming “hoe praat ik met mijn kind over drugs” voor kleine groepen ouders van een BuSO-school).

Een vorming werkt op “kennis”- en “attitude”-niveau en als mensen ook daadwerkelijk de kans krijgen om te oefenen via allerlei technieken (zoals een rollenspel), ook op het “vaardigheden”-niveau.



C. AFRONDING.

Het afronden van het contact met een organisatie kan na korte of na lange tijd. Als het hele proces van het ontwikkelen van een drugbeleid en de opvolging ervan wordt doorlopen met de organisatie, kan de samenwerking jaren duren ; als het verschil in visie tussen de organisatie en het drugpreventiewerk onoverkomelijk blijkt, kan men na een eerste contact al afronden.

Afronden dient altijd te gebeuren. Dit is steeds de verantwoordelijkheid van de drugpreventiewerker ongeacht de duur van het contact. Niet afronden staat gelijk met “afbreken” en dit is noch voor de organisatie, noch voor het drugpreventiewerk, wenselijk. Er blijven dan vragen en verwachtingen onbeantwoord en de kans dat bij beide partijen een onbevredigd gevoel leeft, is groot.

De fundamentele verantwoordelijkheid ten aanzien van het proces blijft wel bij de cliënt. Als het proces een zekere emancipatie op gang heeft gebracht, wordt de cliënt onafhankelijker van de drugpreventiewerker in het omgaan met het drugthema. Dat is het moment waarop de drugpreventiewerker de organisatie moet loslaten, wel steeds met de bereidheid te ondersteunen indien nodig. Soms kan het zelfs nodig zijn om terug te gaan en het proces opnieuw op te starten, of samen met de organisatie na te gaan of alle gemaakte afspraken in praktijk haalbaar zijn, ...

De drugpreventiewerker moet de organisatie voorbereiden om het uitgewerkte beleid in te passen, op te volgen, bij te sturen. Follow-up is altijd belangrijk, een drugbeleid ontwikkelen is immers nooit gedaan.

Een voorbeeld : het opheffen van de werkgroep “Drugbeleid” in een school en het drugthema structureel een plaats geven in de werkgroep “Gezondheid”.

Het is aangewezen om een blijvend contactpersoon aan te duiden die het thema en de realisaties kan bewaken, contact kan opnemen met de drugpreventiewerker wanneer nodig, die kortom, het thema onder de aandacht houdt en niet laat verwateren.

Naast het kritisch bekijken van de voorbije samenwerking tussen de drugpreventiewerker en de organisatie, kan er ook uitdrukkelijke aandacht geschonken worden aan het evalueren van de acties die de organisatie ondernam.

Evaluatie gebeurt idealiter continu maar het is meest logisch om er op het einde manifest aandacht aan te besteden.

Er zijn vier mogelijke doelstellingen die we door “evalueren” trachten te bereiken :

- om bij te leren
- om gedane investeringen te verantwoorden
- om het effect van een gekozen aanpak na te gaan of aan te tonen
- om een kosten-batenanalyse te maken

Idealiter is de evaluatie dus een antwoord op zowel proces- als productevaluatievragen.

De mogelijkheden van de drugpreventiewerker zijn hier echter beperkt. Hij werkt veelal solo als procesbegeleider. Bovendien zijn de resultaten van de ondernomen acties en het doorlopen proces zo afhankelijk van een veelheid aan variabelen dat het resultaat een zeer complex gegeven wordt. De drugpreventiewerker kan de organisatie wel stimuleren om extra tijd en geld te investeren in evaluatie.

De drugpreventiewerker moet erover waken dat hij het maximaal haalbare binnen de evaluatie ook doet. Hij moet de beperkingen van evaluatie kennen en zichzelf niets wijsmaken omtrent wat te bewijzen valt. Hij weet nooit alles, het bereik dat hij haalt zegt niets over het effect ; tevredenheid van de deelnemers wil niet zeggen dat de actie iets aan hun attitude heeft veranderd, laat staan aan hun gedrag. Dit alles is echter geen reden om niets te doen. Er zijn zeker een aantal zaken die met relatief weinig moeite reeds iets opleveren.

Meestal worden kwantiteit (tellen en turven) en tevredenheid (voelen drugpreventiewerker en organisatie zich goed bij het doorlopen proces?) gemeten.

Door expliciet te bevragen, door te observeren, het aantal deelnemers te turven, ... verkrijg je inderdaad basisinformatie over tevredenheid, bereik, enzovoort. Dit is reeds een eerste stap.

De wijze en het tijdstip van de evaluatie werden idealiter reeds besproken bij de projectvoorbereiding. Wanneer de verwachtingen in de "Analysefase" realistisch werden geformuleerd, zal het afronden makkelijker verlopen. Als men bovendien aandacht heeft gehad voor het zo correct mogelijk formuleren van de doelen (zie *Box 3*), wordt de evaluatie nog interessanter omdat men dan meer accuraat kan nagaan wat men al of niet bereikt heeft.

Aandachtspunten :

- Een cruciale vraag die de drugpreventiewerker zich dient te stellen over het effect en het resultaat is : "Wie moet er aantonen of een actie resultaat heeft?" Is het de drugpreventiewerker?, Is het de organisatie die de actie gekozen heeft?, Is het de geldschieter die de actie gefinancierd heeft? Interessant is daarom te vertrekken vanuit de vraag "Welke betrokkene is in welke evaluatievraag geïnteresseerd?" ; van die actor kan men dan immers ook de inspanning (investeren van tijd en geld) terzake verwachten.
- De drugpreventiewerker kan ook een beroep doen op bestaande wetenschappelijke literatuur waarin beschreven wordt "wat werkt" voor een gelijkaardige doelgroep en setting, én op voorgaande ervaringen van anderen. Dit is bezig zijn met zogenaamde pre-evaluatie, dit wil zeggen door de criteria omtrent wat werkt te kennen, kan de drugpreventiewerker op voorhand inschatten wat het waarschijnlijke effect zal zijn, en dus de keuze voor een welbepaalde actie hierdoor laten leiden.
- Het is belangrijk stil te staan bij de effectiviteit : wat bracht het op voor wie ? en bij de efficiëntie : hoeveel moest daar voor gedaan worden ?
De centrale regel is : de output moet groter of gelijk zijn aan de input.
Een beperkt resultaat is niet erg als de investering ook minimaal was, bijvoorbeeld folders van de druglijn in een Jongeren Informatie Punt zullen weinig effect hebben op het gedrag van mensen ten aanzien van genotsmiddelen maar het kost dan ook weinig moeite en is daarom een voor de hand liggende actie. Omgekeerd kan een grote campagne soms veel geld en energie kosten en toch erg weinig opleveren, de actie maakt dan misschien wel veel indruk maar de efficiëntie is zeer laag.

- Acties kunnen resultaat hebben op verschillende niveaus. Wanneer de doelstellingen van de acties geformuleerd worden, is het belangrijk stil te staan bij deze verschillende niveaus. We stellen vast dat men de doelen vaak op een te hoog niveau formuleert waardoor de actie wel mooi oogt maar niet realistisch is. Te hoge verwachtingen leiden vaak tot teleurstellingen. Meer hierover is te lezen in *Box 5*.

Box 5 : Niveaus van resultaten.

Elk gedrag is gekenmerkt door bepaalde determinanten en heeft bepaalde gevolgen. Er zijn determinanten die een rechtstreeks gevolg hebben op het gedrag, andere werken eerder onrechtstreeks in en er zijn onmiddellijke gevolgen naast langetermijngevolgen. Ondermeer het ASE-model (zie Deel 3 B.) geeft hierover theoretisch inzicht.

De verschillende factoren vormen een keten. Preventieacties kunnen één of meerdere van deze factoren (in geringe of grote mate) beïnvloeden. Het is belangrijk om precies na te gaan op welke factor deze invloeden spelen.

We illustreren dit aan de hand van een voorbeeld uit een rookstopproject. Per factor geven we een voorbeeld van een effect aan ; naast het gegeven voorbeeld kunnen natuurlijk nog andere effecten bestaan.

- determinanten van gedrag :

- “aandacht” : bv. na de acties zijn de deelnemers zich bewust dat er gevaren zijn verbonden aan roken

- “kennis” : bv. na de actie kennen de deelnemers de gevaren verbonden aan roken

- “attitude” : bv. na de actie zijn de deelnemers overtuigd van de gevaren en de nadelen van roken

- “vaardigheden” : bv. na de actie beschikken de deelnemers over voldoende vaardigheden om te stoppen met roken

- “intentie” : bv. na de actie nemen de deelnemers zich voor om te stoppen met roken

- gesteld gedrag : bv. na de actie zijn er deelnemers die stoppen met roken

- gevolgen van gedrag :

bv. op kortere termijn voelen de deelnemers zich beter, zijn minder vaak vermoeid of ziek

bv. op langere termijn betekent dit voor de samenleving een grote besparing binnen de sociale zekerheid

Belangrijk is nu te kiezen op welk niveau men zich richt, m.a.w. wat men als doel stelt of wat men onder controle heeft (zie Box 3). Meestal gaat dit bij eenvoudige preventieprojecten over determinanten in plaats van over gedrag of de gevolgen ervan.

- Vaak probeert men het effect van een actie in cijfers uit te drukken. Als men bijvoorbeeld het effect van de acties die een jeugdhuis voert in het kader van haar drugbeleid enkel gaat afmeten aan het aantal bezoekers die illegale middelen gebruiken, doet men tekort aan de acties.
 Immers, het resultaat heeft ook te maken met “gevoel”. Bijvoorbeeld : voelen de tappers van het jeugdhuis zich sterker wanneer ze geconfronteerd worden met het illegale druggebruik?
 Dit is even belangrijk maar moeilijker te vatten in cijfers.
- Het effect van een actie, het resultaat dat bereikt wordt, kan zichtbaar of onzichtbaar, bedoeld of onbedoeld en bovendien positief of negatief zijn (zie schema).
 Het zichtbare is gekend maar het onzichtbare is ongekend, het zijn de effecten die men nooit te weten komt maar waar men evengoed beducht moet voor zijn.
 De bedoeling van een actie zal vanzelfsprekend steeds positief zijn ; acties kunnen echter ook onbedoelde effecten ressorteren en deze kunnen zowel positief als negatief zijn. Onbedoelde positieve effecten zijn bijvoorbeeld het imago van de organisatie dat opgekrikt wordt of toenemende motivatie bij werknemers dankzij een succeservaring. Onbedoelde negatieve gevolgen kunnen bijvoorbeeld zijn : de angst en de ongerustheid in verband met het drugthema nemen toe of de kloof tussen de kansrijken en de kansarmen groeit omdat bij gelijke preventie voor allen de kansrijken sneller de vruchten plukken.

EFFECTEN	Bedoeld	Onbedoeld
Positief	Zichtbaar / onzichtbaar	Zichtbaar / onzichtbaar
Negatief	-----	Zichtbaar / onzichtbaar

Deel 3 : Werkinstrumenten

Om als drugpreventiewerker goed werk te kunnen verrichten zijn een aantal werkinstrumenten vereist.

Het belangrijkste instrument waarover de drugpreventiewerker beschikt, is zichzelf. De eigen persoonlijkheid, met de nodige kennis en vaardigheden is uiterst belangrijk in het drugpreventieproces.

Daarnaast moet de drugpreventiewerker over voldoende basiskennis beschikken en op de hoogte zijn van de bestaande modellen en materialen betreffende het drugthema.

Het is hier echter niet de plaats om breed uit te weiden over bestaande modellen en informatie. In gespecialiseerde lectuur vindt men deze ongetwijfeld gemakkelijk terug. In deze handleiding beperken we ons tot de voornaamste ingangspoorten.

Het zou evenmin mogelijk zijn om een exhaustieve lijst te geven van alle bestaande modellen en informatie ; de lijst zou te lang worden en bovendien te onderhevig aan veranderingen en vernieuwingen.

Om die reden beperken we ons tot de voornaamste voorbeelden van elke modellengroep. Ook aan een opsomming van bestaande materialenbronnen wagen we ons niet, we geven slechts aanwijzingen.

A. DE DRUGPREVENTIEWERKER.

Eén van de belangrijkste instrumenten die de drugpreventiewerker gebruikt, is zichzelf. De eigen persoonlijkheid, vaardigheden en positie bepalen voor een groot stuk het welslagen van het drugpreventiewerk. Maar, “goed” worden vergt tijd.

De (ideaal) vereiste vaardigheden zijn de volgende :

A. Als drugpreventiewerker ga je “met jezelf” aan de slag, je gebruikt jezelf als instrument om te werken. Dit is eigen aan elk beroep waar je in eerste instantie met en voor mensen werkt (zoals bijvoorbeeld ook therapeuten, managers, ...).

Dit betekent dat de eigen stijl een belangrijke en doorslaggevende rol speelt. De finesse van hoe je iets doet, is met andere woorden heel sterk afhankelijk van de persoon zelf en daardoor heel moeilijk (en zeker niet in detail) door te geven of aan te leren aan anderen.

B. Heel vaak weten we zelf niet precies wat maakt dat hetgeen we doen, ook werkt. Zoals in veel disciplines is er sprake van een zekere bricolage, van ‘trial and error’, van iets op een bepaalde manier proberen, zien dat het werkt, dat opnieuw doen, vaststellen dat het nu anders verloopt en hierop weer je stijl aanpassen.

Wel kan men algemeen stellen dat elke drugpreventiewerker telkens probeert om de sterke en zwakke punten van de cliënt te herkennen en optimaal te hanteren. Elke organisatie heeft namelijk sterktes, krachten en mogelijkheden (de hulpbronnen) maar tegelijk ook tekorten en beperkingen (de hindernissen). Met beide efficiënt aan de slag gaan, is vaak de rode draad doorheen elk coachingsproces.

C. De preventiewerker moet zichzelf voortdurend vormen ; hij zit in een continu groeiproces.

Dit betekent zowel zich bijscholen op vlak van inhoud (kennis) maar vooral ook op vlak van vaardigheden (kunnen). Zo moet hij zichzelf in vraag durven stellen, specifieke trainingen volgen, feedback vragen aan andere collega’s en supervisie krijgen, de kans krijgen om andere collega’s te observeren, ...

D. Aangezien de drugpreventiewerker in de eerste plaats met mensen werkt en samenwerkt, moet hij vanzelfsprekend beschikken over een aantal algemene contactvaardigheden. “Omgaan met mensen” vereist (idealiter) onder andere : inlevingsvermogen, kunnen relativiseren, kunnen loslaten, kunnen omgaan met kritiek, motivatiestrategieën, loyaliteit, omgaan met weerstand,...

E. Daarnaast zijn er ook nog een aantal specifieke, praktische vaardigheden waarover elke drugpreventiewerker, weermom idealiter, zou moeten beschikken. Vanzelfsprekend zal niet iedereen elke vaardigheid optimaal beheersen maar toch kunnen we stellen dat een uitgesproken tekort op één of meerdere vaardigheden de uitvoering van het drugpreventiewerk ernstig kan hypothekeren.

Het blijkt dan ook typisch te zijn voor een drugpreventiewerker dat hij een “allrounder” is, een beetje van alle markten thuis moet zijn. Wie het voordeel heeft in een team te werken, kan natuurlijk bepaalde tekorten gecompenseerd weten door collega’s.

Meer concreet moet de drugpreventiewerker deze praktische vaardigheden op drie niveaus kunnen toepassen, namelijk kennis kunnen verwerven, verwerken en presenteren.

Kennis verwerven kan op meerdere manieren zoals door te luisteren naar de cliënt, verslagen te lezen, gerichte vragen te stellen, zich op de hoogte te stellen van de vakliteratuur en zo meer.

Om de cliënt beter te kunnen dienen moet de drugpreventiewerker deze kennis ook voldoende verwerken, zich bewust van het onderscheid tussen het belangrijke en het onbelangrijke. Hiertoe dient hij over de nodige denkvaardigheden te beschikken zoals creatief denken (zowel bij probleemanalyse, adequate doelen stellen, methodes tot verandering aanreiken).

De meest zichtbare activiteit van de drugpreventiewerker situeert zich op het niveau van het presenteren van de kennis en dit zowel schriftelijk als mondeling. Geschreven presentaties zijn bijvoorbeeld verslagen of artikels. Bij mondelinge presentatie onderscheiden we vier vormen, namelijk onderhandelen (tegenover één ander individu of partij), overleggen (als lid van een groep), voordrachten geven (het spreken voor een groep) en vorming geven (het interactief werken met een groep).

Deze vereisen op hun beurt vanzelfsprekend weer een heleboel detailvaardigheden zoals kunnen structureren, omgaan met storingen, positie kiezen in een groep,...

Schematisch :

- | |
|---|
| <p><u>Kennis</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- verwerven- verwerken- presenteren :<ul style="list-style-type: none">- schriftelijk- mondeling :<ul style="list-style-type: none">- onderhandelen- overleggen- voordracht- vorming |
|---|

B. ANDERE INSTRUMENTEN.

Bij het coachen van een organisatie heeft de drugpreventiewerker een aantal basiswerkinstrumenten nodig waarop hij steeds kan terugvallen.

Het gaat enerzijds om de noodzakelijke basismodellen die gangbaar zijn binnen het drugpreventiewerk en anderzijds om een flink pak basisinformatie en een heleboel concreet materiaal. De basismodellen zullen we hier uitgebreider bespreken ; wat betreft kennis en materialen beperken we ons tot een overzicht.

Drugpreventiewerkers die reeds langer actief zijn, beschouwen deze instrumenten als verworven kennis en als vaste oriëntatiekaders.

We willen hier wel drie ingangspoorten aangeven :

1. Voor alle drugspecifieke informatie verwijzen we naar de Druglijn, een bruikbare en betrouwbare bron die toegankelijk is voor iedereen, zowel via de website (www.druglijn.be) als via telefoon (078 151020).
2. Daarnaast is er ook de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Voor materialen en documentatie verwijzen we naar de catalogus, voor informatie via boeken, tijdschriften, rapporten,... verwijzen we naar de uitgebreide bibliotheek van deze organisatie. (www.vad.be ; 02 4230333)
3. Tenslotte hebben ook vele drugpreventiewerkers of koepelorganisaties vaak vanuit de eigen ervaring zelf materiaal ontwikkeld om hun coaching te vergemakkelijken, zoals draaiboeken, interventieplannen, situatieanalyses, uitgewerkte projecten, specifieke schema's...
Het is onmogelijk om hier recht te doen aan al deze bronnen. Daarom verwijzen we ook hier naar de VAD.

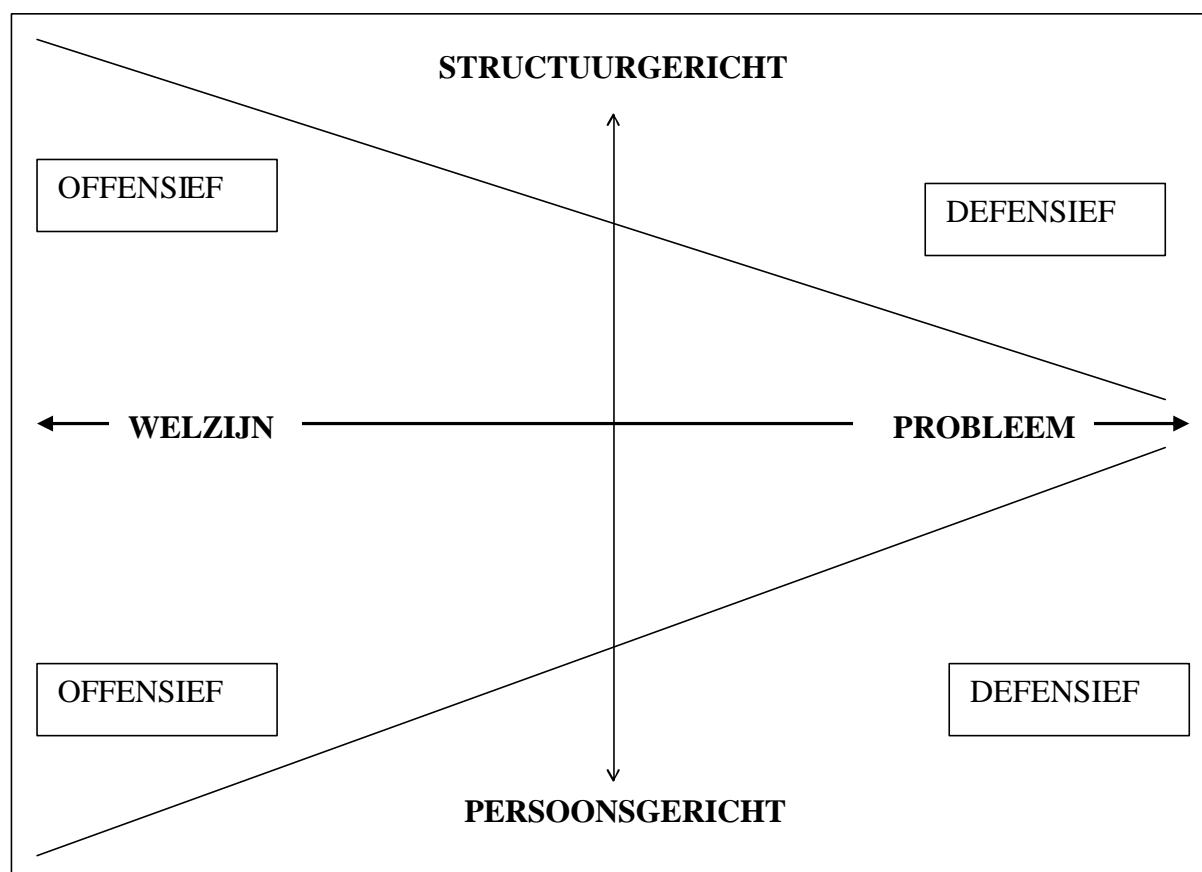
1. MODELLEN

Hierbij onderscheiden we drie soorten van modellen : de preventiemodellen, waarin men meer kan terugvinden over de functie en de situering van preventie in het algemeen, de drugspecifieke modellen en de modellen van gedragsverandering. Deze laatste zijn modellen die aangeven hoe het menselijk gedrag functioneert en welke factoren dit gedrag kunnen beïnvloeden.

Binnen het opzet van deze handleiding is het onmogelijk om exhaustief te zijn wat dit thema betreft, noch om elk voorgesteld model gedetailleerd uit te leggen. Daarom kiezen wij ervoor om de modellen waarover bij de meeste mensen consensus bestaat als basis hier kort voor te stellen. We weten dat er nog heel wat modellen en variaties bestaan, die nu eens wel en dan weer niet opgang maken ; onze keuze voor deze basis is dus subjectief.

1.1. PREVENTIEMODELLEN

Preventieschema – Frits De Cauter (1990)



Het model van Frits De Cauter plaatst preventie op een continuüm met langs de ene kant welzijn en langs de andere kant de probleemzijde, in casu het probleemgebruik.

Idealiter bevindt het preventiewerk zich in het midden, in die zin dat van alle concepten gebruik wordt gemaakt, al dan niet met een variërend gewicht. Zo kunnen we uit dit model als belangrijk principe weerhouden dat preventie zich richt op zowel persoonsgebonden als op structurele oorzaken van onwelzijn en ongezondheid.

De Cauter typeert een algemeen preventieve aanpak volgens drie dimensies : het tijdstip, de focus van de preventieve interventie en het karakter van de ingreep (defensief, offensief).

We beschrijven hierna kort de voornaamste elementen.

Welzijn : Voor het probleem zich manifesteert, richt men zich meer op beleidsmaatregelen die het algemeen welzijn bevorderen.

Probleem : Tijdens en zeker na de manifestatie van het probleem, zijn de inspanningen meer gericht op de behandeling en/of op een repressieve aanpak.

Persoonsgericht : De actie richt zich op de mensen zelf ; men wil hen informeren, sterker maken.

Structuurgericht : De actie richt zich op de omgeving van de mensen (de organisatie) en op de structurele elementen om die te versterken.

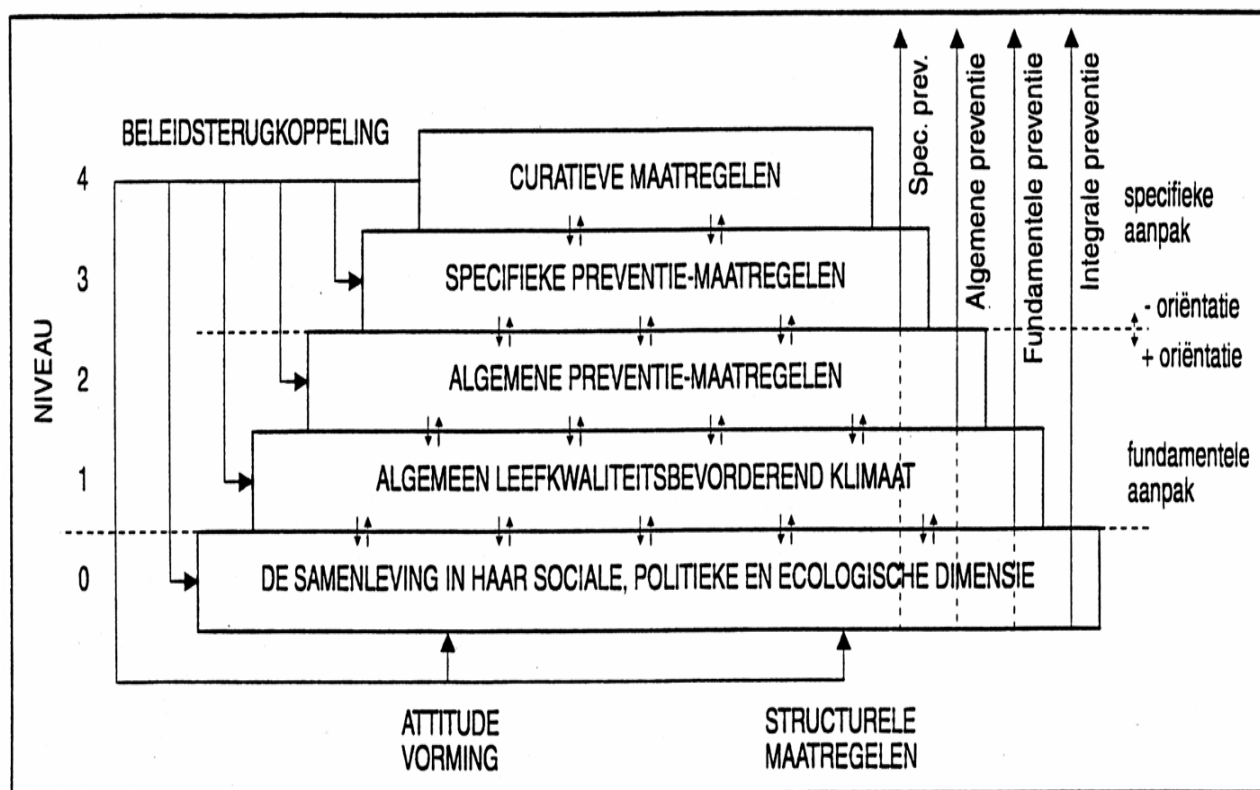
Defensief : Men werkt eerder repressief, d.w.z. dat de mogelijkheden van de doelgroep beperkt worden.

Offensief : Men werkt eerder emancipatorisch, d.w.z. dat de mogelijkheden van de doelgroep verruimd worden.

Referentie :

De Cauter, F., Methodiek van de preventieve projectwerking, Leuven, Acco, 1990.

Preventiepiramide – Johan Deklerck (1996)



Het uiteindelijke doel van preventie is de verbetering van de leefkwaliteit in de samenleving! Deklerck onderscheidt 5 niveaus van preventie op basis van het verschil in graad van “probleemgerichtheid”. Naarmate we hoger klimmen, wordt de probleemgerichtheid groter.

Niveau 4 : “Curatieve maatregelen” zijn meest specifiek. Er zijn al problemen maar men probeert ze te beperken. Zowel de analyse van de situatie als de aanpak zijn probleemgeoriënteerd.

Niveau 3 : “Specifieke preventiemaatregelen” gaan voornamelijk over situationele maatregelen; men wil specifieke misdrijven voorkomen. Ook hier zijn de analyse en de geformuleerde maatregelen probleemgericht.

Niveau 2 : “Algemene preventiemaatregelen” vertrekken vanuit het probleem maar hier worden niet-probleemgerichte antwoorden geformuleerd die wel een preventief effect hebben. Naast na te streven preventiedoelen kunnen we hier soms ook meer maatschappelijke doelen vaststellen.

Niveau 1 : “Fundamentele preventie” wordt gezien als algemeen leefkwaliteitsbevorderend beleid. De maatregelen op dit niveau zijn positief georiënteerd, ze hebben als doel om het basisklimaat in de samenleving te verbeteren.

De focus ligt niet langer op probleemgroepen of –situaties maar op het maatschappelijke kader als drager van probleemgebieden.

Maatregelen op dit niveau hebben een onrechtstreeks preventief effect. Door de leefkwaliteit van de samenleving te bevorderen, bieden ze een draagvlak voor een meer gericht preventiebeleid.

Niveau 0 : “De maatschappelijke context” of het gegeven dat een preventiebeleid (niveaus 1 tot 4) niet los kan gezien worden van de sociale, politieke en ecologische dimensie.

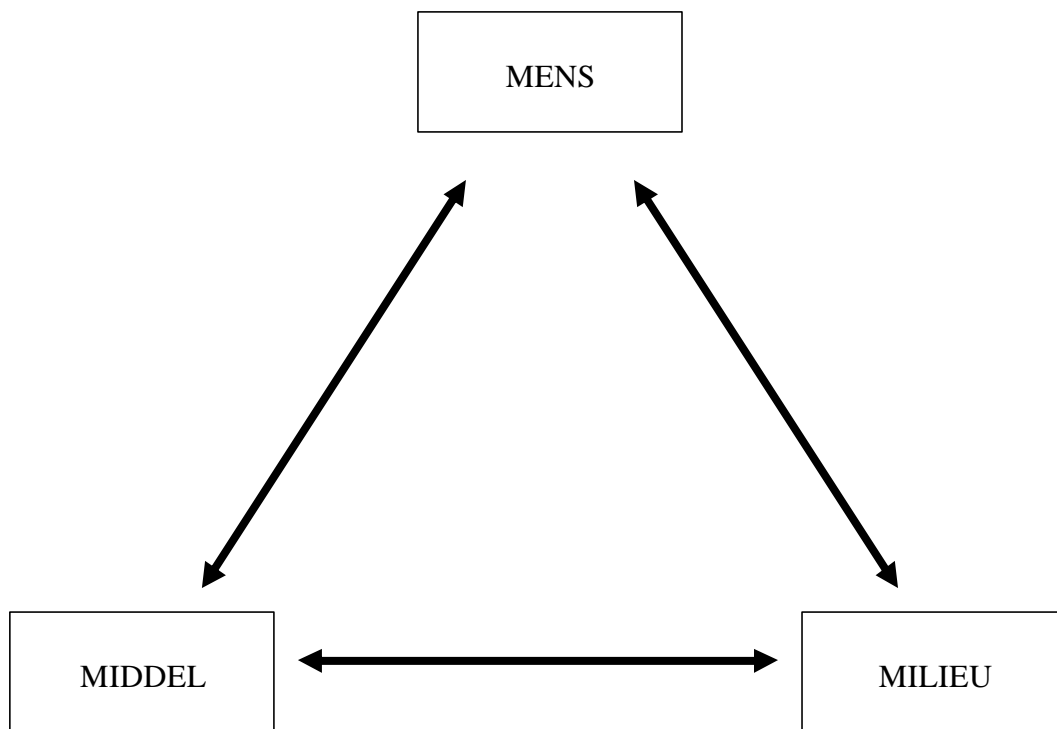
Deze context schept de mogelijkheden tot het voeren van een preventiebeleid in positieve of negatieve zin.

Referentie :

Deklerck, J., De preventiepiramide, een oriëntatiekader voor geïntegreerde preventie, Panopticon, 4, 1996, p. 347-363.

1.2. DRUGSPECIFIEKE MODELLEN

Het Mens – Middel – Milieu – model (3M) – Zinberg (1984)



Middelengebruik is een vrij complexe problematiek zowel wat betreft oorzaken als gevolgen. Oorzaken van middelengebruik zijn niet éénduidig maar erg verweven.

De drugpreventiesector maakt al lang gebruik van een multifactorieel verklaringsmodel : het 3M – model. In dit model zijn alle ontstaansfactoren van middelengebruik of middelenmisbruik samengebracht in drie grote groepen.

Oorspronkelijk heeft de auteur Norman Zinberg dit model uitgewerkt en samengebracht in zijn werk “Drug, Set and Setting”.

Dit model geeft ons een duidelijk beeld van de drie belangrijke variabelen waarmee we moeten rekening houden bij de ontwikkeling van een drugprobleem : de mens, het middel en het milieu of de omstandigheden waarin een bepaald middel gebruikt wordt. Deze variabelen beïnvloeden elkaar voortdurend en zullen uiteindelijk bepalen of mensen al dan niet problematisch middelen gaan gebruiken.

We bespreken ze hier bondig :

Mens (set) : verwijst naar het geheel van kenmerken van de gebruiker in kwestie. We denken bijvoorbeeld aan : leeftijd, geslacht, actuele gemoedstoestand, kennis en opvattingen, verwachtingen, fysieke conditie, motieven voor gebruik, vaardigheden, waarden en normen, zelfvertrouwen, de persoonlijke draagkracht en genetisch bepaalde eigenschappen.

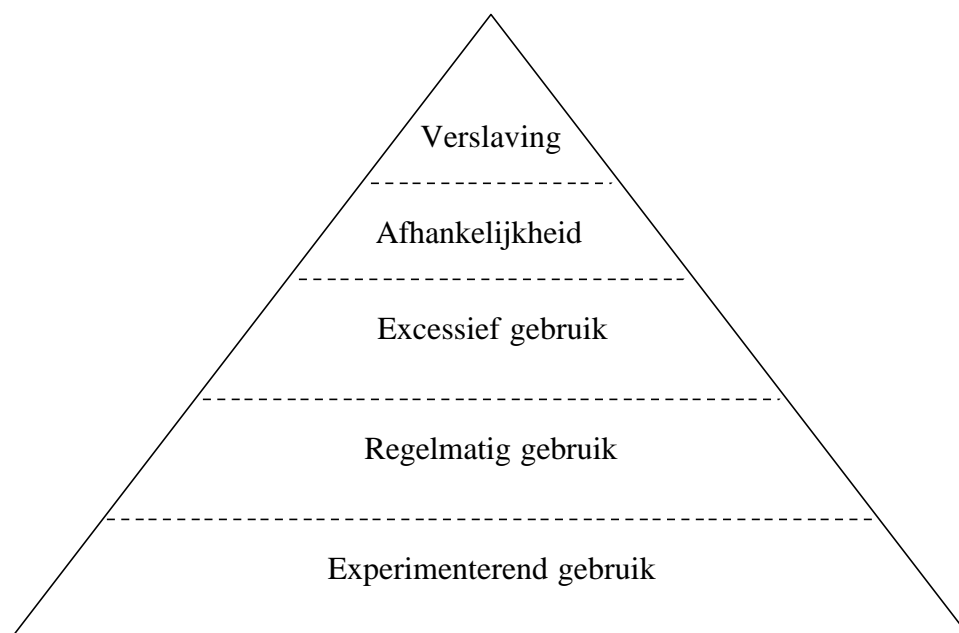
Middel (drug) : verwijst naar de eigenschappen en specifieke kenmerken van het middel dat gebruikt wordt : de aard van het product, de frequentie van het gebruik, de hoeveelheid, de zuiverheid van het product, de wijze van gebruik en al of niet gecombineerd gebruik.

Milieu (setting) : verwijst naar de fysieke en sociale omgeving waarin mensen al dan niet gebruiken : het gezin, de school, de vrienden, de cultuur, belangrijke derden, de subcultuur, de media, de wetgeving en socio-economische factoren.

Referentie :

Zinberg, N., Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use, Yale University Press, 1984.

Fasen in druggebruik



Niet alle druggebruikers zijn verslaafden. Veel gebruikers kunnen normaal functioneren zonder verslaafd te worden. Verslaving is het resultaat van een proces waarin de mens die gebruikt, het middel zelf en de omstandigheden waarin gebruikt wordt, steeds een cruciale rol spelen (cf. 3M-model). Dit model toont eveneens de complexiteit en het multifactoriële karakter van druggebruik.

We onderscheiden 5 fasen. Nagaan in welke fase zich een drugprobleem situeert, geeft aan hoever het probleem is geëvolueerd en is bovendien zinvol in de bepaling van de ernst en de prognose van de problematiek.

De symboliek achter de voorstelling van de piramide is het grote aantal experimenterende gebruikers (basis) tegenover het kleine aantal echt verslaafden (top). De overgang tussen de verschillende fasen is echter geen automatisme en wordt vaak door andere factoren dan louter gebruik bepaald. Bovendien is het zo dat de ernst en het aantal problemen toeneemt in de hogere fasen. De indeling in fasen is ook niet steeds strak te trekken aangezien de grenzen niet steeds duidelijk zijn. Soms wordt zelfs een fase overgeslagen. In het geval van polydruggebruik kunnen personen zich zelfs in verschillende fasen bevinden.

Stoppen met druggebruik kan in elke fase maar wordt complexer naarmate men hoger in de piramide geraakt.

Fase van experimenterend gebruik : Experimenteren en kennismaken met middelengebruik begint meestal op jonge leeftijd (bv. alcohol en tabak) en gebeurt meestal thuis. Experimenteren met illegale middelen (bv. cannabis) is meer iets dat binnen de vriendengroep plaatsgrijpt. Problemen kunnen in deze fase al opduiken, al dan niet zichtbaar (bv. lichamelijke problemen). In deze fase speelt het aspect genot nauwelijks of geen rol aangezien de gebruikers geen of minimale ervaring hebben met eerder gebruik. De motieven van gebruik zijn meestal van sociale aard.

Fase van regelmatig gebruik : Wanneer men na een tijdlang experimenteren doorgaat met het gebruik van één of verschillende producten, komt men in de fase van het regelmatig gebruik. Vooral voor legale drugs schept dit voor de meeste mensen niet veel problemen aangezien het meestal gaat om lage dosissen en kortdurend gebruik. Toch kunnen, zoals in alle fasen, in deze fase ook specifieke problemen opduiken (lichamelijk, juridisch, sociaal,...). Men gebruikt omwille van de positieve effecten van het middel zelf, het motief is m.a.w. lustbevrediging.

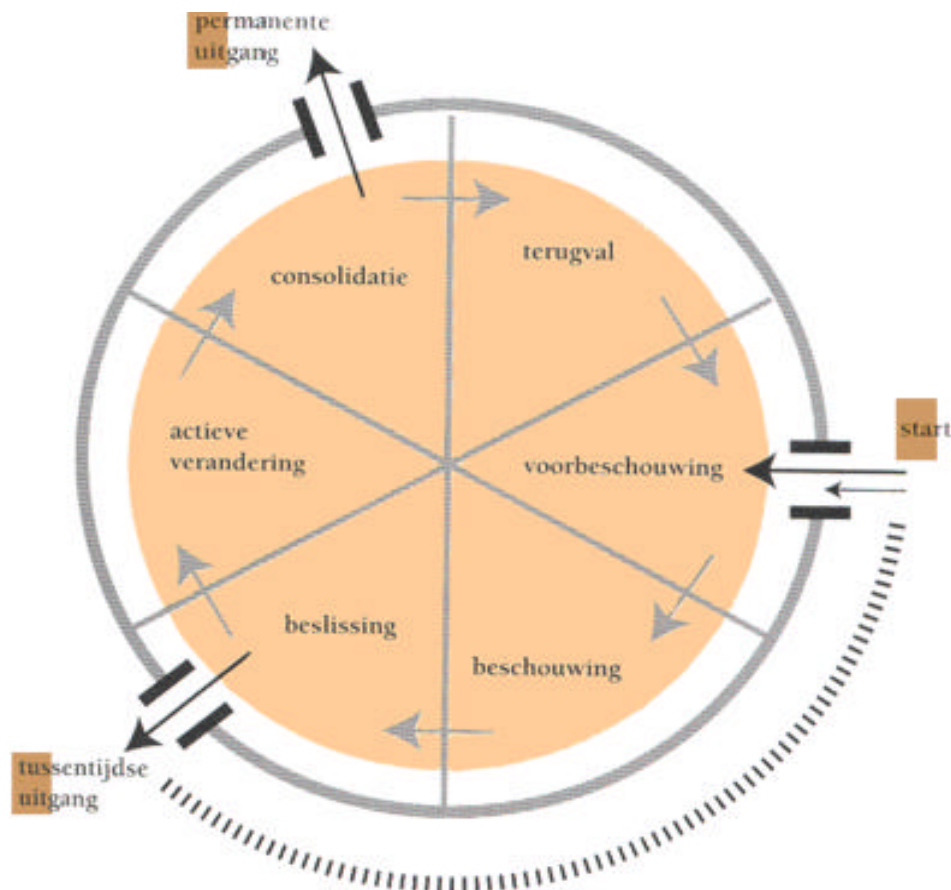
Fase van excessief gebruik : Deze fase is meestal gekenmerkt door langduriger, meer regelmatig gebruik van middelen. Dit kan te wijten zijn aan een zekere tolerantie voor het product of aan een gewijzigde functie van het gebruik van het individu. Motieven voor gebruik zijn vanaf deze fase meestal van persoonlijke aard en verschuiven meer naar onlustverdrijving. Controleverlies over het gebruik treedt in deze fase vaak op. In deze fase komen problemen van allerlei aard frequenter voor, bijvoorbeeld op sociaal en lichamelijk vlak.

Fase van afhankelijkheid : In deze fase komt men terecht wanneer het middelengebruik een vrij overheersende plaats inneemt in het dagelijks functioneren van de persoon in kwestie. Men kan nog net functioneren zolang men het product regelmatig ter beschikking heeft, maar problemen op verschillende vlakken manifesteren zich (sociaal, financieel, juridisch,...). De functie van het middelengebruik voor het individu is eerder zuchtverdrijving geworden.

Fase van verslaving : In deze fase raakt de gebruiker in een vicieuze cirkel met controleverlies over zijn gebruik. Problemen worden ontlopen door drugs te gaan gebruiken. Het dagelijks functioneren wordt overheerst door het middelengebruik en gezondheidsklachten komen frequent voor. Er is ook sprake van psychosociaal disfunctioneren. Ook op sociaal, financieel en juridisch vlak ontstaan nog meer problemen.

1.3. MODELLEN VAN GEDRAGSVERANDERING

Veranderingscirkel – Prochaska en DiClemente (1982)



Dit model baseert zich op de inzichten van de Amerikaanse psychologen Prochaska en DiClemente. Het model krijgt soms de naam “veranderingscirkel”, “draaideurmodel” of “motivatiecirkel” mee. Het model onderstreept het belang van de motivatie van de cliënt om zijn gedrag te veranderen.

Het model van Prochaska en DiClemente geeft een duidelijk inzicht in de processen die bij gedragsverandering een rol spelen. Het is te veralgemenen naar tal van situaties waarbij verandering moeilijk is, zoals bij mensen met psychisch lijden, eetstoornissen of drugproblemen.

Dit overzichtelijke model geeft aan dat er geen eenvoudige oplossingen zijn voor complexe problematieken. Bereidheid tot verandering is niet vanzelfsprekend en wordt bepaald door veranderingen bij de persoon en zijn omgeving. Deze bereidheid kan men dus beïnvloeden, er is hierbij geen standaardaanpak. De complexiteit dwingt ertoe om op het juiste moment de juiste interventies te plannen.

Het model geeft ook een verklaring waarom zoveel mensen ondanks de negatieve gevolgen van hun verslaving zo moeilijk tot verandering komen. Het maakt duidelijk dat gedragsverandering

een dynamisch gegeven is en procesmatig verloopt. Het is als het ware een draaideurmodel waarbij de cliënt in elk segment van deze draaideur een aantal klussen zal moeten klaren voor hij verder kan.

Een korte beschrijving van de verschillende fasen :

Voorbeschouwing : De betrokkene erkent het probleem niet ook al zijn er talloze signalen die er wel op wijzen.

Beschouwing : De betrokkene geeft toe een probleem te hebben dat rechtstreeks of onrechtstreeks met drugs te maken heeft maar doet er verder niets mee.

Beslissing : De betrokkene beslist om iets aan zijn gedrag te doen. Dit is ofwel blijven gebruiken (tussentijdse uitgang), ofwel veranderen (stoppen of minderen).

Actieve verandering : De betrokkene werkt aan de verandering van zijn gedrag op zichzelf of met hulp van anderen.

Consolidatie : De persoon slaagt in de verandering. Indien dit gedrag blijft lukken, neemt hij de permanente uitgang.

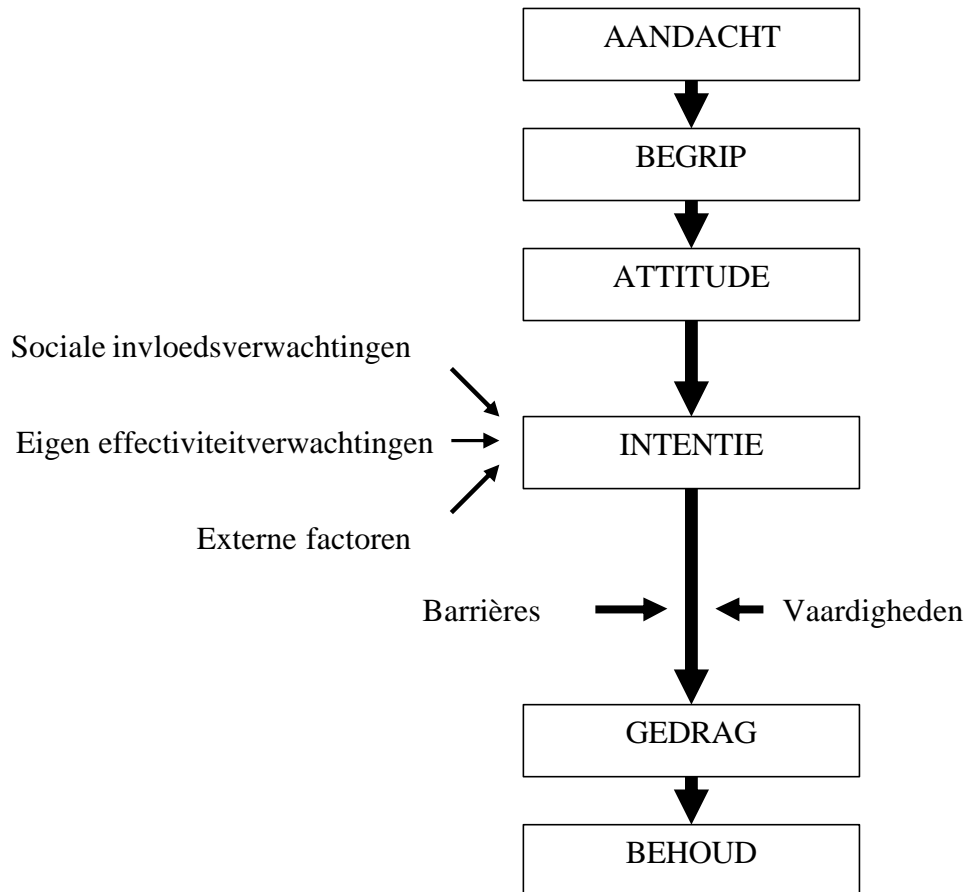
Terugval : Na korte of langere tijd hervalt de persoon soms in de vroegere gewoonte. Dit is geen mislukking maar een uitdaging om de cirkel opnieuw te doorlopen.

Referenties :

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19 (3), 276-288.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking : toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

ASE-model – De Vries (1987 en 1988) – Kok (1991)



Dit model verenigt de bevindingen van andere gedragsverklaringsmodellen. Het model is vooral gebaseerd op de theorie voor beredeneerd gedrag van Fishbein en Ajzen en op Bandura's cognitieve theorie voor gedragsverandering.

Het ASE-model onderscheidt drie primaire determinanten voor gedrag : attitudes (A), sociale invloedsverwachtingen (S) en eigen effectiviteitverwachtingen (E). Samen bepalen ze de motivatie van een persoon (de intentie) om een bepaald gedrag uit te voeren.

Attitudes : Een attitude of een houding t.a.v. een gedrag wordt gevormd op basis van het afwegen van alle relevante voor- en nadelen en dus alle consequenties van een bepaald gedrag en dit op verschillende vlakken (bv. op het vlak van gezondheid, op sociaal vlak, op financieel vlak en zo meer). Men kan de gevolgen of consequenties van het gestelde gedrag gevoelsmatig (affectief) of op kennisniveau (cognitief) benaderen.

Sociale invloedsverwachtingen : De tweede belangrijke factor die het gedrag van een mens bepaalt, zijn de sociale invloedsverwachtingen die een persoon ervaart. De sociale invloed wordt bepaald door de sociale normen, de ervaren sociale druk of support en het waargenomen gedrag van anderen. Sociale normen zijn de verwachtingen die anderen (ouders, vriendenkring,...) hebben ten aanzien van het gedrag van een individu. Of een individu die sociale norm al dan niet volgt, hangt af van de geneigdheid om zich al dan niet aan die norm te confirmeren.

Eigen effectiviteitverwachtingen : De derde belangrijke factor die het gedrag van mensen bepaalt, is de eigen effectiviteitverwachting. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de gedrageffectiviteitverwachting, de sociale effectiviteitverwachting en de spanningseffectiviteitverwachting. Onder de gedrageffectiviteitverwachting wordt verstaan de inschatting van een persoon om een bepaald gedrag uit te kunnen voeren. De sociale component refereert naar de inschatting van een persoon van de mate waarin hij zich in staat acht om de sociale druk te weerstaan. Onder spanningseffectiviteit wordt de inschatting van een individu verstaan om het gewenste gedrag te kunnen blijven vertonen in situaties van spanning.

Attitudes, sociale invloedsverwachtingen en eigen effectiviteitverwachtingen beïnvloeden de motivatie van een persoon of de intentie om een bepaald gedrag uit te voeren. Daarnaast zijn er nog externe factoren zoals genetisch bepaalde eigenschappen, sociaal demografische factoren en persoonlijkheidsvariabelen.

Gedrag is echter niet enkel afhankelijk van de intentie, maar ook van iemands vaardigheden om het gedrag te kunnen stellen en de barrières die de uitvoering van het gedrag kunnen hinderen. Bovendien wordt de centrale factor “attitude” beïnvloed door de factor “begrip” (de kennis die iemand heeft over een bepaald thema) en de mate van kennisverwerving zal afhangen van de mate waarin de aandacht erop gefocust is.

Tenslotte is het niet voldoende iemands gedrag kortstondig te veranderen maar ook om deze verandering te behouden.

Referenties :

Vries, H. de, Kuhlman, P. & Dijkstra, M. (1987). Persoonlijke effectiviteit : de derde variabele naast attitude en subjectieve norm als voorspeller van de gedragsintentie. Tijdschrift voor Gezondheidsbevordering, 8, 253-264.

Vries, H. de (1993). Determinanten van gedrag. In : Damoiseaux, V., Molen, H.T. van der & Kok, G.J., Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen : Van Gorcum & Heerlen : Open Universiteit, 109-132.

Kok, G.J., Vries, H. de, Mudde, A.N. & Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy : Dutch research. Health Education Research, 6, 231-238.

Kok, G.J. & T. Oostveen (1987). Modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag II. GVO/Preventie, 4, pag. 225-233.

Kok, G.J. (1993). Theorieën van verandering. In : Damoiseaux, V., Molen, H.T. van der & Kok, G.J., Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen : Van Gorcum & Heerlen : Open Universiteit, 221-236.

2. BASISKENNIS

Als drugpreventiewerker is het noodzakelijk om de essentiële basiskennis over het drugthema en het werkveld als bagage mee te dragen. Het gaat om gegevens die na verloop van tijd zouden moeten behoren tot de parate kennis over het drugthema.

Evenzeer is het belangrijk om de nieuwe ontwikkelingen betreffende het drugthema op de voet te volgen, zichzelf te blijven informeren en bij te blijven.

Wij willen deze (grote hoeveelheid) kennis hier ordenen in zeven rubrieken.

1. Basiskennis over de legale en illegale producten

Het is belangrijk dat de drugpreventiewerker weet welke drugs er zoal op de markt zijn en de basisgegevens erover kent. Kennis over volgende aspecten is onontbeerlijk :

- kennis van de verschillende producten, hun werking, effecten en risico's
- kennis van de verschillende signalen van gebruik (welke plaats neemt druggebruik in het dagelijks functioneren, letten op gedragsveranderingen, ...) en van de evolutie naar problematisch gebruik
- kennis van de basisterminologie van verslaving (bijvoorbeeld lichamelijke en psychische afhankelijkheid, tolerantie, craving, ...)

2. Kennis van bestaand cijfermateriaal over druggebruik

Kennis over elementaire cijfergegevens met betrekking tot het druggebruik is aangewezen. Het gaat er dan om een idee te hebben van de meest frequent gebruikte legale en illegale drugs. Meestal zijn die gegevens afkomstig van bevolkingsstudies. Andere methodes die informatie opleveren over het gebruik zijn registratiestudies (utilisation studies) en etnografische studies. Ze leveren allen complementaire informatie.

3. Kennis over risico- en beschermingsfactoren

Dit betreft kennis over de factoren die de kans op drugmisbruik kunnen verhogen of verlagen, m.a.w. men moet, vanuit wetenschappelijk-theoretische achtergrond kunnen situeren op welk punt het preventiewerk kan ingrijpen of beïnvloeden.

4. Kennis van het landschap van de preventie

De structuur van het Vlaamse preventielandschap is divers. Er zijn verschillende "soorten" drugpreventiewerkers actief die dikwijls afhangen van verschillende werkgevers en overheden. Het is aangewezen te weten hoe dat preventielandschap gestructureerd is. Bovendien kan men best ook nagaan welke overlegstructuren er binnen het preventiewerk gangbaar zijn op gemeenschaps-, provinciaal, regionaal en lokaal niveau.

5. Kennis van het landschap van de hulpverlening

De hulpverlening in het algemeen en de drughulpverlening in het bijzonder is op een specifieke manier gestructureerd (bijvoorbeeld naar werksoorten). Het aanbod is bovendien vrij complex en verscheiden. Het is zinvol dat men van deze indeling kennis heeft, alsook van de sociale kaart van de eigen werkregio.

6. Kennis over de drugwetgeving en de werking van justitie

De drugwetgeving is de laatste jaren enigszins veranderd. De drugpreventiewerker kan best weet hebben van de grote lijnen van de drugwetgeving en de specifieke toepassing ervan. Men kan zich bovendien ook informeren over het specifieke beleid dat gevoerd wordt door de procureur des konings van het eigen gerechtelijk arrondissement.

7. Kennis over de verschillende sectoren en settings

Het is eveneens belangrijk als drugpreventiewerker te weten hoe de verschillende sectoren, zoals onderwijs, cultuur, welzijn, ... in elkaar zitten. Men dient best weet te hebben van hun respectievelijke organisatie (actoren, rollen, instrumenten), welke hun ondersteunende koepels zijn, via welke kanalen ze subsidies ontvangen, ... Een goede kennis hiervan laat toe om efficiënt beleidsmatig te werken.

3. MATERIALENBRONNEN

Er bestaat nogal wat materiaal dat de drugpreventiewerker als ondersteuning kan gebruiken of waarnaar verwezen kan worden.

Het is onmogelijk een exhaustieve lijst te geven, dit brengt ons te ver en bovendien zou deze lijst ook zeer snel achterhaald zijn.

We kunnen alle bruikbaar materiaal, dat zeer divers kan zijn, als volgt structureren :

1. Sensibiliserend materiaal

In de loop der jaren is allerlei ontwikkeld zoals affiches, gadgets, T-shirts, flyers, ...

Het is belangrijk een goede keuze te maken zodat de doelgroep zich aangesproken voelt.

Dit materiaal is meestal niet duur, vraagt weinig moeite en bereikt een breed publiek. Daartegenover staat wel dat het effect beperkt is. Het zijn aandachtstrekkers maar ook niet meer.

2. Informatief materiaal

Er zijn reeds talloze documenten neergeschreven over de meest diverse algemene of gespecialiseerde aspecten van het drugthema. We onderscheiden hier de vele folders (beknopte informatie) en brochures (uitgebreidere informatie). Als deze in een begrijpelijke taal worden opgesteld én gelezen worden, mag men er van uit gaan dat de kennis bij de lezer zal toenemen.

3. Materiaal om zelf mee aan de slag te gaan

Hieronder verstaan we leesboeken, video's, Cd-rom's, spelmateriaal, websites,...

Werken met dit materiaal vergt meer tijd en energie ; het materiaal moet bovendien gekozen worden in functie van de doelgroep en ingebed worden in de werking. Afhankelijk van de mate waarin aan die voorwaarden is voldaan, mag men ook meer resultaat verwachten.

4. Presentaties om bij te wonen

Hiermee bedoelen we allerlei tentoonstellingen en theaterstukken. Deze zijn vaak duurder en tijdelijk. Ze moeten eveneens aansluiten bij de doelgroep en ingebed worden. De algemene regel is : hoe meer interactie met de doelgroep (via opdrachten, nabespreking), hoe efficiënter ze zijn.

5. Lespakketten en andere uitgewerkte projecten

Deze zijn uitgewerkt voor de meest diverse sectoren, vooral het onderwijs.

Ervaring met dit materiaal heeft zeker het nut ervan reeds bewezen ; het biedt vaak een breed gamma aan mogelijkheden en het is meestal hapklaar voor de gebruiker (soms leidt dit standaardmateriaal wel slechts tot na-apen). Goed aan de slag gaan met dit materiaal vraagt voldoende tijd en vaak gekwalificeerd personeel met de nodige opleiding.

Opmerking :

Vele intermediairen nemen vaak klakkeloos bestaand materiaal over of maken bij voorkeur gebruik van externe “specialisten”. Ook al ligt het niet voor de hand, toch durven wij pleiten om zelf acties te ontwikkelen – eventueel op basis van bestaand materiaal – en om deze zelf toe te passen bij de doelgroep. We merken in die gevallen telkens een verhoogde kans op succes (de inspanning meer dan waard) omdat de intermediair de doelgroep beter kent en de actie bijgevolg ook dichterbij de doelgroep staat. Bestaand en bekend materiaal is op zich zeker niet slecht maar het biedt niet vanzelfsprekend garantie op succes.

Tot slot ...

De zaaier kijkt tevreden naar zijn akker.

Een belangrijk deel van de arbeid is voltooid, het zaaigoed zit in de grond en kan betijen.

Het is tijd nu om te groeien, om te groeien naar een totaal, een grote plant, diepe wortels, prachtige bloemen en heel veel nieuwe zaden...

De cyclus van het leven, groeien, bloeien, zaad maken... een nooit eindigende cyclus.

Let op, er zijn geen garanties. Wat als het zaaigoed wordt opgegeten, als voeten het vertrappen of als het verbrandt in de zon ?

Doch, met veel vertrouwen, in vruchtbare aarde, de bodem die meewerkt, goed weer, precies de juiste hoeveelheid zon en water... zullen de zaden hun bestemming vervullen.

De zaaier neemt afscheid van zijn akker.

De veldwerkers nemen het werk over. De akker wordt hun thuis, de planten hun kinderen, elk met hun eigen dromen en verwachtingen.

Samen kijken ze uit naar de oogst, naar de tijd van vruchten plukken.

Wat zal de oogst brengen ? Wie zal oogsten ? Wanneer en waar ?

Wie zal het zeggen ?

En de drugpreventiewerker ? Hij ploegde rustig voort...