

IVO

wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies
op het gebied van leefwijzen,
verslaving en daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen



FACTSHEET

Verminderen van alcohol- en drugsgebruik onder ROC-studenten

Onderzoeksresultaten van het Aanvalsplan Drugs & Alcohol op Rotterdamse ROC's

Gerda Rodenburg, Linda Springvloet en Dike van de Mheen

Juli 2015

Deze factsheet gaat over onderzoek naar de implementatie van het Aanvalsplan Drugs & Alcohol dat in 2013 op 8 Rotterdamse ROC-locaties is ingevoerd. We kijken naar het proces van implementatie en naar het effect, waarbij de nadruk ligt op de procesresultaten. De praktijk leerde namelijk dat implementatie van het Aanvalsplan, mede door onvoorziene omstandigheden, langer duurde dan verwacht. Hierdoor waren ROC-studenten op de nameting van de effectevaluatie niet optimaal aan het Aanvalsplan blootgesteld, wat invloed heeft op het meten van effectiviteit.



Waarom is het nodig alcohol- en drugsgebruik onder ROC-studenten terug te dringen?

Veel leerlingen van het VMBO stromen door naar een mbo-opleiding op een ROC. Bekend is dat alcoholgebruik, binge-drinken (het drinken van 5 of meer glazen alcohol op een avond) en cannabisgebruik vaker voorkomen onder leerlingen van het VMBO dan onder leerlingen van HAVO of VWO¹. Bovendien laat onderzoek zien dat wanneer leerlingen van de laagste opleidingsniveaus van het VMBO (basis en kaderberoeps-

gerichte leerweg) drinken, ze grotere hoeveelheden drinken en dat wanneer ze cannabis roken, ze meer joints per gelegenheid roken dan leerlingen van hogere opleidingsniveaus. Daarnaast zijn deze leerlingen meer geneigd om met harddrugs te experimenteren². Preventie-activiteiten in de afgelopen 10 jaar hebben geleid tot een afname in alcohol- en drugsgebruik onder middelbare scholieren¹, zeker ook in Rotterdam. Onderzoek in Rotterdam laat echter zien dat deze afname niet geldt voor ROC-studenten, bij wie het gebruik van alcohol en drugs (nog) relatief hoog is³. Alcohol- en drugsgebruik onder scholieren hangt samen met een verhoogd risico op schoolverzuim en schooluitval, (verkeers)ongevallen, seksueel riskant gedrag, depressies, alcoholvergiftigingen, hersenschade en verslaving op latere leeftijd^{4,5,6}. Het is dan ook belangrijk om het alcohol- en drugsgebruik onder ROC-studenten terug te dringen. Daarom hebben de Rotterdamse ROC's Zadkine en het Albeda College, de politie Rotterdam-Rijnmond, het Openbaar Ministerie (OM) en de gemeente Rotterdam de handen ineen geslagen om met een gezamenlijke aanpak het middelengebruik onder ROC-studenten te verminderen. Deze samenwerking heeft vorm gekregen in het 'Aanvalsplan Drugs & Alcohol op ROC's'⁷.

Wat houdt het Aanvalsplan Drugs & Alcohol op ROC's in?

Het doel van het Aanvalsplan is om het alcohol- drugsgebruik onder ROC-studenten te verminderen, en daaraan gerelateerd onderprestatie, schooluitval, en drugs- en alcoholgerelateerd geweld terug te dringen en gezondheid te verbeteren. Het Aanvalsplan richt zich op het stellen van grenzen, overdragen van grenzen en bewaken van grenzen (gebaseerd op de drie beleidspijlers van lokaal alcoholbeleid van Reynolds, 2003) en op een mix van preventie, curatie en repressie. Het aanvalsplan bestaat uit de volgende onderdelen:

- een gedragscode Drugs & Alcohol, getekend door bestuur van de ROC's, politie, OM en de gemeente Rotterdam waarin staat dat drugs- en alcoholgebruik niet samengaat met onderwijs en waarin afspraken zijn vastgelegd over hoe te handelen wanneer een student onder invloed is of drugs in z'n bezit heeft;
- communicatie naar personeel, studenten en ouders over de regels en bijbehorende sancties via brieven, plenair bij de start van het schooljaar en bij concrete incidenten;
- certificering van het veiligheidsbeleid van de onderwijslocatie ('Veilig op School');
- interactieve voorlichting aan studenten via peer-education, en voorlichting via websites, e-learningmodules en Lifestyle Roulette (door Zadkine en Youz ontwikkelde lesmodule met o.m. interactief theater, debat, kennisquiz);



- deskundigheidsbevordering voor docenten en medewerkers om riskant middelengebruik te signaleren en bespreekbaar te maken, en om hen bekend te maken met de mogelijkheden voor hulp binnen en buiten de school;
- op de locaties is professionele hulp outreachend actief: gezondheidscoaches GGZ maken onderdeel uit van de zorgstructuur. Professionals op school kunnen verwijzen naar de gezondheidscoach en de gezondheidscoach is laagdrempelig en toegankelijk voor studenten. De gezondheidscoach bepaalt middels screening de ernst van het middelengebruik bij de studenten. Afhankelijk van de uitkomst biedt de gezondheidscoach kortdurende hulp, waarbij ouders waar mogelijk betrokken worden, of verwijst naar (gespecialiseerde) (jeugd) hulp via het wijkteam.

Het Aanvalsplan Drugs & Alcohol op ROC's is als methodiek beschreven en door de Erkenningscommissie Interventies van het RIVM onder voorbehoud erkend als theoretisch goed onderbouwd.

Wat hield het onderzoek in?

Bij de start van het onderzoek hebben ROC-studenten van 14 onderwijslocaties een vragenlijst ingevuld met vragen over hoeveel alcohol zij drinken en hoeveel drugs zij gebruiken. In deze vragenlijsten werd ook gevraagd naar gedrag dat samen kan hangen met alcohol- en drugsgebruik zoals spijbelgedrag, schoolprestaties, agressie en de lichamelijke en geestelijke gezondheid. De 14 onderwijslocaties werden onderverdeeld in acht interventielocaties en zes controlelocaties. Op de acht interventielocaties werd vervolgens het Aanvalsplan ingevoerd; op de zes controlelocaties gebeurde dat (nog) niet. Negen maanden later hebben de ROC-studenten van de interventie- en controlelocaties opnieuw een vragenlijst ingevuld. Door de uitkomsten met elkaar te vergelijken werden veranderingen in het alcohol- en drugsgebruik en daaraan gerelateerd gedrag bepaald. In diverse analyses zijn de

interventielocaties vergeleken met de controlelocaties, om zo het effect van het Aanvalsplan te onderzoeken. Hierbij is gekeken naar het effect van het Aanvalsplan op:

- alcoholgebruik in de afgelopen vier weken;
- binge-drinken in de afgelopen vier weken;
- cannabisgebruik in het afgelopen jaar⁸;
- agressie: aan een gevecht deelgenomen in de afgelopen zes maanden;
- gespijbel in de afgelopen vier weken;
- belang afronden schoolopleiding;
- lichamelijke gezondheid;
- psychische gezondheid.

Naast dit effectonderzoek, is onderzoek gedaan naar belemmerende en bevorderende factoren voor het invoeren van het Aanvalsplan op ROC's op basis van een implementatiemodel voor zorgvernieuwingen⁸. De resultaten zijn gebaseerd op verschillende databronnen: informatie uit een logboek, interviews met twee docententeams, interviews met studenten die klassikaal voorlichting hebben gehad van een gezondheidscoach en interviews met studenten die een individueel traject hebben doorlopen bij een gezondheidscoach i.v.m. (mogelijk) problematisch middelengebruik. Hoewel de bevindingen uit de verschillende databronnen elkaar bevestigen, dient opgemerkt te worden dat het aantal (groeps)interviews met docententeams en studenten beperkt was.

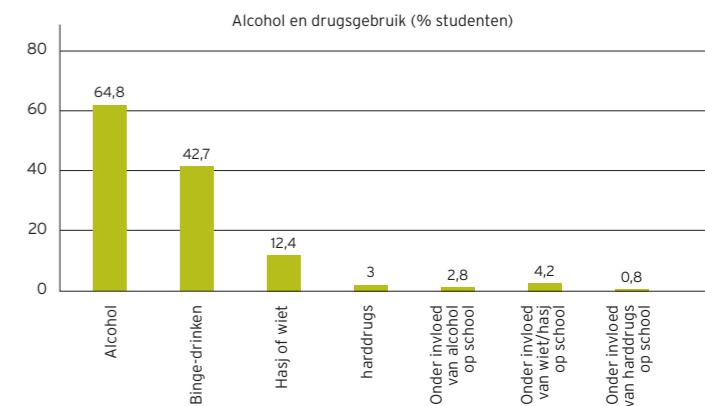
Hoe hoog was het alcohol- en drugsgebruik onder de ROC-studenten bij de start van het onderzoek?

De gegevens van de ROC-studenten over alcohol- en drugsgebruik van alle locaties gezamenlijk (interventie- en controlelocaties) staan weergegeven in figuur 1. Bijna twee derde van de ROC-studenten heeft in de afgelopen vier weken alcohol gedronken. Bijna 43% van de ROC-studenten geeft daarnaast aan in de afgelopen vier weken aan binge-drinken te hebben gedaan. Ruim 10% van de ROC-studenten heeft in de afgelopen vier weken hasj of wiet gebruikt. Harddrugsgebruik in de afgelopen vier weken werd door 3% van de ROC-studenten gerapporteerd. Deze cijfers zijn de gemiddelden over alle studierichtingen. Wanneer een opsplitsing wordt gemaakt naar studierichting, valt op dat het alcohol-

⁸ Omdat het percentage ROC-studenten dat in de afgelopen vier weken cannabis had gebruikt lager dan 20% was, is voor het meten van het effect van het Aanvalsplan gekeken naar cannabisgebruik in het afgelopen jaar. Bij de beschrijving van het middelengebruik van alle studenten (figuur 1) is wel gekeken naar cannabisgebruik in de afgelopen vier weken, als ook naar harddrugsgebruik in de afgelopen vier weken en het percentage studenten dat in de afgelopen zes maanden onder invloed op school was.

en drugsgebruik bij de studierichting techniek relatief hoog is en bij de studierichting welzijn relatief laag. Hierbij moet opgemerkt worden dat niet gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht. Gemiddeld 2,8% van de ROC-studenten zat in de afgelopen zes maanden onder invloed van alcohol op school, 4,2% onder invloed van wiet of hasj en 0,8% onder invloed van harddrugs.

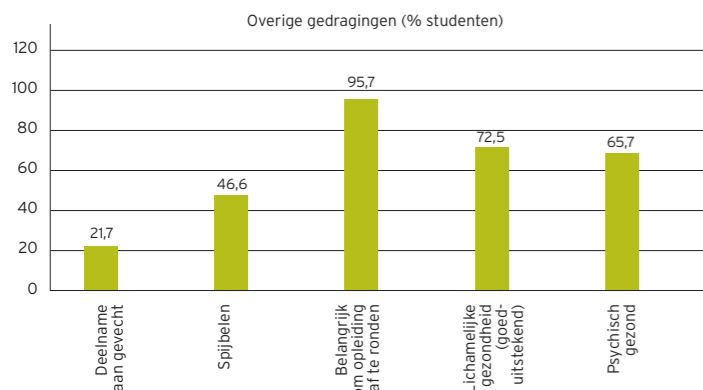
FIGUUR 1



Hoe zat het bij de start van het onderzoek met gedrag van ROC-studenten dat met alcohol- en drugsgebruik kan samenhangen?

Onderzoek laat zien dat alcohol- en drugsgebruik samenhangt met onder andere spijbelen, schoolprestaties, agressie en de lichamelijke en geestelijke gezondheid. De ROC-studenten hebben daarom ook vragen beantwoord over deze gedragingen (figuur 2). Hieruit blijkt dat één vijfde van de ROC-studenten in de afgelopen zes maanden deel heeft genomen aan een gevecht. Bijna de helft van de ROC-studenten heeft in de afgelopen vier weken gespijbel, terwijl bijna 96% het belangrijk vindt om een opleiding af te ronden. Als het gaat om de gezondheid, is voor bijna drie kwart van de ROC-studenten de lichamelijke gezondheid goed tot uitstekend en voelt ongeveer twee derde zich psychisch gezond. Als we kijken naar de samenhang tussen middelengebruik en daaraan gerelateerd gedrag, zien we in dit onderzoek dat alcoholgebruik, binge-drinken, hasj- of wietgebruik en harddrugsgebruik van de ROC-studenten samenhangt met vaker deelnemen aan een gevecht, vaker spijbelen, het minder belangrijk vinden om de opleiding af te ronden en met een lagere lichamelijke en psychische gezondheid.

FIGUUR 2



Neemt het alcohol- en drugsgebruik onder ROC-jongeren af door het Aanvalsplan?

Met de effectevaluatie is onderzocht of het Aanvalsplan leidt tot veranderingen in alcohol- en/of drugsgebruik, spijbelen, het belang de schoolopleiding af te ronden, agressie en geweld, de lichamelijke gezondheid en de psychische gezondheid onder ROC-studenten. De toe- en afnames in deze gedragingen zijn in grootte vergelijkbaar tussen de interventielocaties die het Aanvalsplan hebben ingevoerd en de controlelocaties die het Aanvalsplan (nog) niet hebben ingevoerd. Een uitzondering hierop is de psychische gezondheid; deze is bij de interventielocaties gelijk gebleven, terwijl deze bij de controlelocaties licht is gedaald. Omdat er over het algemeen geen verschillen zijn tussen de interventie- en controlelocaties, hebben we met dit onderzoek niet kunnen aantonen dat het Aanvalsplan effectief is in het terugdringen van alcohol- en drugsgebruik en daaraan gerelateerd gedrag als spijbelen, agressie en de gezondheid onder ROC-studenten. Ook de psychische gezondheid verbeterde niet, maar bleef wel stabiel, waar deze op de controlelocaties iets achteruit ging.

Dit onderzoek kan geen effect aantonen in het veranderen van gedrag: hoe te verklaren?

Het niet kunnen aantonen van effecten van het Aanvalsplan in dit onderzoek betekent niet per definitie dat het programma zelf niet effectief is. Het kan ook worden veroorzaakt door diverse belemmeringen die we tijdens de implementatie van het Aanvalsplan en het uitvoeren van het onderzoek tegenkwamen. Goed was dat bij het ontwikkelen van het Aanvalsplan zowel studenten, ouders, professionals en deskundigen op het gebied van gezondheidsbevordering, zorg,

onderwijs en handhaving betrokken waren. Ook was er voldoende draagvlak en bekendheid voor het Aanvalsplan op het hoogste managementniveau van de ROC's. Het bleek in de praktijk echter lastig dit op korte termijn door te laten sijpelen naar het management op locatie- en opleidingsniveau en naar het uitvoerend niveau (docenten), terwijl dit cruciale voorwaarden zijn voor een goede implementatie⁸. Bovendien vonden tijdens de implementatieperiode reorganisaties en bezuinigingen plaats bij de ROC-locaties, waardoor aandacht voor het Aanvalsplan minder prioriteit kreeg. Daarnaast was het voor gezondheidscoaches tijdrovend en soms lastig om bekendheid te creëren bij zowel docenten als studenten, en was er niet voor alle ROC-locaties tijdig een gezondheidscoach beschikbaar. Ook bleek het betrekken van ouders bij het overtreden van gedragsregels door studenten in de praktijk lastig te realiseren, omdat het merendeel van de Rotterdamse ROC-studenten meerderjarig is en daarvoor dus toestemming moest geven.

In de praktijk bleek dus dat, mede door onvoorziene omstandigheden als reorganisaties en personele wisselingen van ROC-contactpersonen en gezondheidscoaches, niet alle onderdelen van de interventie binnen de vooraf gestelde tijd goed geïmplementeerd konden worden. Hierdoor waren ROC-studenten op de nameting van de effectevaluatie niet optimaal aan het Aanvalsplan blootgesteld, wat invloed heeft op het meten van effectiviteit. Dat de implementatie meer tijd vergde dan verwacht, is meegenomen als leerpunt en verwerkt in de methodiekbeschrijving van het Aanvalsplan, die door de Erkenningscommissie Interventies van het RIVM onder voorbehoud erkend is als theoretisch goed onderbouwd. Hierin is opgenomen dat de invoering van het ROC-Aanvalsplan ongeveer twee schooljaren duurt.

Onderzoek naar Aanvalsplan op ROC's lastig

Het bleek lastig het effect van het Aanvalsplan op een gedegen manier te onderzoeken in deze praktijkstudie. De belemmerende factoren voor implementatie van het Aanvalsplan, hadden ook gevolgen voor het uitvoeren van het onderzoek naar de effecten van het Aanvalsplan. Zoals eerder vermeld duurde het langer dan verwacht voordat het Aanvalsplan bekend was en geaccepteerd werd op uitvoerend niveau. Dit zorgde voor een lage bereidheid onder docenten om klassikaal vragenlijsten af te nemen voor het effectonderzoek. Persoonlijk contact tussen onderzoeker en docenten was door de grootte van de ROC's niet mogelijk. Contact met docenten over het afnemen van vragenlijsten verliep dan ook indirect en trapsgewijs: via de ROC-contactpersonen naar de locatieleiders, naar de docenten, aangevuld met nieuwsbrieven voor docenten en mails aan opleidingsmanagers. Deze bleken echter



lang niet altijd gelezen te worden. Ook voor het werven van docenten en studenten voor deelname aan interviews was de onderzoeker afhankelijk van derden, zoals de ROC-contactpersonen en de gezondheidscoaches. Door stage of werk waren bovendien niet alle studenten het gehele jaar op school aanwezig, wat de respons in het vragenlijstonderzoek negatief heeft beïnvloed. Door reorganisaties werden enkele onderwijslocaties samengevoegd, waardoor sommige studenten wisselden tussen interventie- en controlelocatie, wat de resultaten mogelijk heeft vertekend. Omdat de vragenlijsten anoniem zijn ingevuld, kon dit niet worden gecontroleerd op individueel niveau.

Het uitzetten van vragenlijsten onder ouders kwam nauwelijks van de grond. ROC-studenten kregen een brief mee voor hun ouders met hierin het verzoek online een vragenlijst in te vullen. Echter, een groot deel van de ROC-studenten is meerderjarig, woont op zichzelf of is zelf vader of moeder. De brieven kwamen dan ook lang niet altijd bij de ouders terecht. De respons onder ouders was zeer laag, waardoor afgezien is van een tweede vragenlijst en de oudergegevens niet konden worden meegenomen in de effectstudie.

Een deel van deze belemmerende factoren voor het onderzoek is niet te beïnvloeden en maakt het evalueren van effecten op ROC's complex. De resultaten van het onderzoek moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

In de vragenlijst voor studenten is gevraagd naar hun gedrag (alcoholgebruik, drugsgebruik, spijbelgedrag, etc.) maar niet naar factoren die dit gedrag kunnen beïnvloeden, zoals sociale norm of attitude ten opzichte van (het veranderen van) bijvoorbeeld alcoholgebruik. Mogelijk verloopt een effect op gedrag via deze tussenliggende factoren, die op kortere termijn veranderingen kunnen laten zien.

De gezondheidscoach was het meest gewaardeerde onderdeel van het Aanvalsplan

Uit gesprekken met de ROC-contactpersonen, docenten en studenten kwam naar voren dat de gezondheidscoach het meest gewaardeerd werd en als complementair op de bestaande activiteiten werd gezien⁹. Op grotere locaties had deskundigheidsbevordering van het personeel nog niet altijd plaatsgevonden en was de gezondheidscoach ook minder bekend op de werkvloer, maar de lijntjes van bijvoorbeeld zorgcoördinator naar de gezondheidscoach waren goed en werden gewaardeerd. Hoewel deels afhankelijk van de opleidingsrichting, werd door personeel aangegeven dat lessen waarin aandacht werd besteed aan alcohol en drugs vóór implementatie van het Aanvalsplan ook meestal al plaats vonden. De websites die beschikbaar waren voor studenten en docenten als vorm van voorlichting, waren bij zowel docenten als studenten niet bekend. Op locaties waar deskundigheidsbevordering had plaatsgevonden, gaven docenten en de ROC-contactpersonen aan dat alcohol- en drugsgebruik meer bespreekbare onderwerpen waren geworden. Ook waren docenten zich meer bewust van hun eigen gedrag ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik (rolmodel). Studenten die in het kader van het Aanvalsplan voorlichtingslessen hadden gehad, gaven ook aan dat alcohol- en drugsgebruik op school meer bespreekbare onderwerpen waren geworden.

Conclusie

Met dit onderzoek is, als gevolg van genoemde belemmeringen, geen direct effect van het Aanvalsplan op het gedrag van de ROC-studenten aangetoond, maar positief is dat alcohol- en drugsgebruik op de ROC's meer bespreekbare onderwerpen zijn geworden. Mogelijk loopt het effect van het Aanvalsplan via het beïnvloeden van de sociale norm bij docenten en studenten en is er daarom op korte termijn geen direct effect op gedrag te verwachten. Diverse factoren hebben

⁸ Naast deze onderzoeksresultaten is op andere manieren de voortgang van de implementatie van het Aanvalsplan inzichtelijk gemaakt: beide ROC's hebben een borgingsplan aan de gemeente Rotterdam opgeleverd waarin zij aangeven hoe de verschillende onderdelen van het Aanvalsplan binnen de organisatie zijn geborgd. Zo is bijvoorbeeld de scholing van docenten opgenomen in het opleidingsplan en is de voorlichting aan studenten opgenomen in het curriculum. Daarnaast zijn alle locaties ROC VOS ('Veilig op School') gecertificeerd. Cijfers van Youz over de inzet van de gezondheidscoach laten zien dat gezondheidscoaches ruim een derde van de studenten in individueel traject helpen hun problematiek op te lossen en een derde van de studenten verwijzen naar (specialistische) (jeugd)hulp. Youz evalueert structureel de deskundigheidsbevordering, deze waarden ROC-medewerkers gemiddeld met een 7,4. Gedurende het implementatietraject heeft jaarlijks een evaluatie van de gedragscode op naleving ervan plaatsgevonden. Deze evaluaties waren positief qua naleving en leverden verbeterpunten op qua implementatie.

de implementatie van het Aanvalsplan en het uitvoeren van het onderzoek belemmerd. Door in toekomstig onderzoek aandacht aan deze factoren te besteden, kan de implementatie verbeterd worden en een meer gedegen effectonderzoek uitgevoerd worden.

Bronnen

1. De Looze M, Van Dorsselaer S, De Roos S, Verdurmen J, Stevens G, Gommans R., Vollebergh W. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. HBSC 2013. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2014.
2. Verdurmen J, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Lokman S, Vermeulen-Smit E, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag 2011 Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
3. Mieloo C, Van de Looij-Jansen P. Onderzoek naar gezondheid en leefstijl van ROC deelnemers oktober 2010. Rotterdam; 2010.
4. Boelema S, Ter Bogt T, van den Eijnden RJJM, Verdurmen J. Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos Instituut; 2009.
5. Ter Bogt T, Van Lieshout M, Doornwaard S, Eijkemans Y. Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Utrecht; 2009.
6. Schoemaker CG, Schrijvers C. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM; 2008.
7. Gemeente Rotterdam. Infoblad Aanvalsplan Drugs & Alcohol op ROC's. Rotterdam; 2012.
8. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. International Journal for Quality in Health Care;16:107-123; 2004.



IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
F 010 276 39 88
Secretariaat@ivo.nl
www.ivo.nl