Richtlijn / onderbouwing

Middelengebruik

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

© NVO, BPSW en NIP

© 2016 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicaties alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de *Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming* zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

Het Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Zie voor meer informatie de website *www.richtlijnenjeugdhulp.nl*.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: '*Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming*'.

1e druk 2016

Projectleiding
Geurt van de Glind (Trimbos-instituut)

Auteurs
Daniëlle Meije
Theo Doreleijers
Wim van den Brink
Elske Wits
Bob van Wijngaarden
Geurt van de Glind

Tekst-redactie
Redactiebureau Regine zum Vörde

Rol van Resultaten Scoren
In de ontwikkeling van de richtlijn is nadrukkelijk samenwerking gezocht met Resultaten Scoren, het kenniscentrum op het gebied van verslaving. In opdracht van en namens Resultaten Scoren heeft Elske Wits (IVO) zitting genomen in het projectteam. Resultaten Scoren heeft via deze route haar kennis ingebracht. Om de omvangrijke werkzaamheden uit te kunnen voeren heeft zij een kleine financiële bijdrage rechtstreeks aan het IVO

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
3521 VS Utrecht
Telefoon 030 -297 11 00
www.trimbos.nl
info@trimbos.nl

Inhoudsopgave

Aanbevelingen 6

Hoofdstuk 1. Inleiding 9
1.1 Middelengebruik: wat is risicovol middelengebruik en wat is een middelengebonden stoornis? 12
1.2 Relevantie 13
1.3 Omgang met middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming 16
1.4 Uitgangsvragen 17
1.5 Doelgroep 18
1.6 Verantwoording/methode 19
1.6.1 Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen 19
1.6.2 Dataverzameling 19
1.6.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal 19
1.6.4 Totstandkoming aanbevelingen 20
1.6.5 Proefimplementatie 20
1.6.6 Commentaarfase 20
1.6.7 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn 21
1.6.8 Bijstelling en herziening van de richtlijn 21
1.6.9 Samenstelling werkgroep, klankbordgroep en focusgroep 22
1.7 Juridische betekenis van deze richtlijn 23
1.8 Gedeelde besluitvorming 24
1.9 Toelichting juridische termen en rechtsfiguren 26
1.10 Diversiteit 28
1.11 Leeswijzer 28

Hoofdstuk 2. Definitie van problematisch middelengebruik en afbakening 31
2.1 Over welk probleem gaat deze richtlijn? 32
2.1.1 Normering van gebruik bij jeugdigen 33
2.1.2 Wat is verslaving of een aan middelen gebonden stoornis? 35
2.2 Op wie is deze richtlijn van toepassing? 36
2.3 Waar komt het probleem vandaan? 37
2.3.1 Handelingsverlegenheid en de mogelijke oorzaken ervan 37
2.5 Prevalentie middelengebruik 40
2.5.1 Roken van tabak 40
2.5.2 Alcoholgebruik 41
2.5.3 Cannabisgebruik 42
2.5.4 Gebruik harddrugs en hallucinogene paddenstoelen 43
2.5.5 Gebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming, inclusief speciaal onderwijs 44
2.6 Conclusie 47

Hoofdstuk 3. Risicofactoren en gedragsmodel 49
3.1 Jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming: een kwetsbare doelgroep 50
3.1.1 Persoonsgebonden factoren 53
3.1.2 Directe leefomgeving: gezin en leeftijdgenoten/vrienden 57
3.1.3 Institutionele omgeving 59
3.2 Problemen die samenhangen met problematisch middelengebruik 61
3.3 Een optelsom van risicofactoren 61
3.4 Overige overwegingen 62

Hoofdstuk 4. Screening en diagnostiek 65
4.1 Signaleren en bespreekbaar maken 66
4.2 Screenen op middelengebruik 67
4.3 Model van verslavingsgedrag 72
4.4 Analyse van het middelengebruik, aangrijpingspunten voor interventies 75
4.5 Diagnostiek middelenstoornis 77
4.6 Inventarisatie beschikbare en geschikte instrumenten 77
4.6.1 COTAN-beoordelingen van instrumenten uit de inventarisatie 80
4.6.2 Literatuursearch 810

Hoofdstuk 5. Selectieve en geïndiceerde preventie 91
5.1 Werkzame elementen van verslavingspreventie 92
5.2 Selectie van preventieprogramma's 94
5.3 Selectieve preventie 95
5.4 Geïndiceerde preventie 97

Hoofdstuk 6. Behandeling 101
6.1 Algemene werkzame elementen van behandelinterventies 102
6.2 Behandelinterventies 105

Hoofdstuk 7. Basishouding en competenties 115
7.1 Waarden en normen van de professional 117
7.2 Kennis, competenties en scholing 117
7.3 Aanpak middelengebruik: zelf afhandelen, samenwerken of doorverwijzen 118

Hoofdstuk 8. Organisatie 123
8.1 Voor iedere jeugdige met problemen is hulpverlening beschikbaar 124
8.2 Integraal aanbod 124
8.3 Aandachtsfunctionarissen 125
8.4 Afspraken binnen de organisatie 126
8.5 Maatregelen rond middelengebruik 126
8.6 Samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners 126
8.7 Visie op middelengebruik en daaruit voortvloeiende afspraken vastleggen in een protocol 127

Literatuur **129**

Bijlage 1 Beoordeling interventies **143**
Bijlage 2 Het stoplichtmodel **145**
Bijlage 3 Signalen van middelengebruik **149**
Bijlage 4 Gedetailleerdebeschrijving preventie- en behandelinterventies **151**
Bijlage 4a: Beschrijving van drie werkzame onderdelen van preventie- en behandelinterventies 152
Bijlage 4b: Beschrijving van interventies gericht op preventie 159
Bijlage 4c: Beschrijving van interventies gericht op behandeling 173
Bijlage 5 Kennislacunes **191**

Aanbevelingen

Risicofactoren (H3)

Kernaanbeveling:

- Stel vanaf het allereerste contact en gedurende de gehele behandeling, inclusief nazorg, bij iedere jeugdige middelengebruik structureel aan de orde. Besteed extra aandacht aan jeugdigen die in aanraking komen of zijn geweest met institutionele zorg. Het middelengebruik in deze settings kan leiden tot middelenmisbruik bij deze jeugdigen.

Aanbevelingen:

- Onderzoek altijd de aanwezigheid van problematisch middelengebruik bij gebleken psychische of gedragsproblemen, en omgekeerd.

- Ga na of er naast het middelengebruik andere factoren aanwezig zijn die het risico op de ontwikkeling van problematisch middelengebruik vergroten.

- Weet wat de risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik.

Signaleren, screenen, diagnostiek (H4)

Kernaanbevelingen:

- Screen op middelengebruik met behulp van de SMA en de CRAFFT, en gebruik voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) de SumID-Q. Screen tijdens het diagnostische proces, aan het begin van de behandeling, bij evaluatiemomenten, en bij signalen van mogelijk middelengebruik. Met andere woorden: gebruik de genoemde instrumenten structureel in de behandeling en begeleiding van jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming (zie ook de werkkaarten 1 en 2).

- Bij een positieve score op de SMA en/of de CRAFFT of bij een positieve score op de SumID-Q: inventariseer en analyseer de vaardigheden, omstandigheden/omgeving en motivatie rondom het middelengebruik. Gebruik hiertoe de Vragenlijst Analyse Middelengebruik. De antwoorden bieden verschillende aangrijpingspunten voor interventies.

- Laat een verslavingsdeskundige de verslavingsdiagnostiek uitvoeren aan de hand van de DSM-5, voor elk middel afzonderlijk.

- Laat een LVB-deskundige de LVB-diagnostiek verrichten. Wees je bewust van de beperkingen in je communicatie en tempo en zet aangepaste interventies in.

Aanbevelingen:

- Bespreek het middelengebruik structureel, in elk gesprek, vanaf het eerste gesprek met jeugdige en de ouders (onderdeel van het intakeformulier);
- Ga met de ouders standaard in gesprek over middelengebruik, ook als hun kind (nog) niet met middelen in aanraking is gekomen;
- Ondersteun ouders in het signaleren van middelengebruik bij hun kind, en het omgaan daarmee;
- Leer ouders gespreksvaardigheden aan om middelengebruik op een open en niet-veroordelende manier ter sprake te brengen.
- Kijk naar:
  - de hoeveelheid en frequentie van gebruik, rekening houdend met de leeftijd;
  - de motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik.

  Dit om vast te stellen of het middelengebruik dermate risicovol is dat verdere diagnostiek en monitoring nodig zijn.

- Screen op middelengebruik met de SMA en de CRAFFT, en gebruik voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) de SumID-Q. Screen tijdens het diagnostische proces, aan het begin van de behandeling, bij evaluatiemomenten, en bij signalen van mogelijk middelengebruik. Met andere woorden: gebruik de genoemde instrumenten structureel in de behandeling en begeleiding van jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming (zie ook de werkkaarten 1 en 2).

- Bij een positieve score op de SMA en/of de CRAFFT of bij een positieve score op de SumID-Q: inventariseer en analyseer de vaardigheden, omstandigheden/omgeving en motivatie rondom het middelengebruik. Gebruik hiertoe de Vragenlijst Analyse Middelengebruik. De antwoorden bieden verschillende aangrijpingspunten voor interventies.

- Hanteer het model voor de stadia van gedragsverandering om jeugdigen aan te moedigen en te helpen veranderen. Gebruik dit model in gesprek met de jeugdige en zijn ouders, maar ook in overleg met het multidisciplinaire team om daarbinnen de benaderingswijze af te stemmen.

- Wanneer via een open gesprek en screening niets blijkt van problematisch middelengebruik, maar er zijn toch vermoedens dat een jeugdige problemen met middelen heeft, let dan op signalen zoals weergegeven op hulpmiddelenkaart 2. Indien de signalen erop wijzen dat inderdaad van problematisch middelengebruik sprake is, stel het middelengebruik dan op korte termijn opnieuw aan de orde.

Selectieve en geïndiceerde preventie (H5)

Kernaanbeveling:

- Zorg dat je de technieken van motiverende gespreksvoering beheerst en toepast. (Voor een samenvatting van Motiverende gespreksvoering: zie Hulpmiddelenkaart 6)

Aanbevelingen:

- Gebruik bij zowel selectieve als geïndiceerde preventie Motiverende gespreksvoering en geef feedback op het middelengebruik. Maak daarbij een vergelijking met het middelengebruik van andere jeugdigen (geef dus normatieve feedback).
- Gebruik die preventieprogramma's die geëigend zijn voor de doelgroep en de setting (zie werkkaart 2 weergegeven in tabel 5.1 en bijlage 4 van de onderbouwing).

- Zet selectieve preventieprogramma's in bij jeugdigen die een positieve score hebben op de SMA.

- Zet geïndiceerde preventieprogramma's in bij jeugdigen die een positieve score hebben op zowel de SMA als de CRAFFT.

Behandeling (H6)

Kernaanbeveling:

- Draag er zorg voor dat behandelinterventies, naast Motiverende gespreksvoering, één of meer van de volgende elementen bevatten:
  - Cognitieve gedragstherapie
  - Contingency management
  - Systeembehandeling

Aanbevelingen:

- Gebruik voor het maken van een keuze in behandelinterventies werkkaart 3 (weergegeven als figuur 6.1), en de beschrijvingen in paragraaf 6.1 (werkzame principes) en bijlage 4 van de onderbouwing.

- Werk liefst systeemgericht, aansluitend op de eigen kracht van cliënten en gezinnen. Besteed daarbij ook aandacht aan de terreinen die buiten het gezin liggen, zoals school, werk en vrije tijd.

- Indien aanbevolen interventies in een gemeente niet beschikbaar zijn: zoek naar een alternatief aanbod op basis van deze richtlijn en meld de lacunes bij de jeugdhulpinstelling.

Basishouding en competentie (H7)

Kernaanbevelingen:

- Rook niet in de nabijheid van jeugdigen en/of hun ouders. Wees je, los van de schade die ook passief roken met zich meebrengt, bewust van de boodschap die je afgeeft wanneer je dit wel doet, zeker in het licht van de risico's die middelen gebruikende jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming lopen. Bedenk alternatieven voor de rookpauze als dat doorgaans het moment is om informele gesprekken te voeren. Ga bijvoorbeeld een wandeling maken of ga samen sporten.

- Wees je bewust van je eigen visie op middelengebruik en van je eigen manier van omgaan met verslavende middelen. Praat hierover binnen je eigen team.

- Realiseer je in je contacten met jeugdigen (en in multidisciplinair overleg over jeugdigen) het volgende: gedogen of negeren van middelengebruik is geen optie, het weigeren van verdere begeleiding of behandeling vanwege middelengebruik evenmin.
- Verwijs door naar de verslavingszorg wanneer er sprake is van:
  - ernstige onthoudingsverschijnselen bij stoppen of minderen van gebruik, en/of
  - ernstig, herhaaldelijk agressief gedrag samenhangend met middelengebruik, en/of
  - ernstige symptomen van psychopathologie in combinatie met een stoornis in het gebruik van middelen, zoals psychotische symptomen, en/of
  - een belemmering van de reguliere begeleiding of behandeling in de jeugdhulp en jeugdbescherming ten gevolge van middelengebruik en daaraan verbonden problemen als geheugenproblemen.

Aanbevelingen:

- Zorg ervoor dat je motiverende gespreksvoering, met de bijbehorende gespreksvaardigheden en houding, beheerst.

- Werk samen met jeugdigen en hun ouders. Ondersteun ouders bij het verkrijgen van voldoende kennis en vaardigheden om verstandig om te gaan met het (eventuele) middelengebruik van hun kind.

- Investeer in de eigen kennis over middelen en het aanleren van vaardigheden voor het omgaan met middelengebruik: Online is veel informatie te vinden en op organisatieniveau kunnen relevante cursussen georganiseerd en aangeboden worden.

Organisatie (H8)

Aanbevelingen:

- Neem motiverende gespreksvoering op in het scholingsaanbod van alle jeugdhulporganisaties en (voor)opleidingen/nascholing.

- Stel een protocol op waarin de visie op middelengebruik en de afspraken rondom de wijze van omgaan met middelengebruik en verslaving zijn vastgelegd.

- Zorg voor een integraal aanbod van behandeling, inclusief problematisch middelengebruik; stem hiertoe waar nodig af met andere zorgaanbieders.

- Sluit een samenwerkingsovereenkomst af tussen de regionale jeugdhulporganisatie(s) en de verslavingszorg. Maak hierin afspraken over de onderlinge informatieuitwisseling over cliënten die bij meerdere organisaties onder behandeling dan wel in zorg zijn.

- Breng de verschillende expertise samen bij probleemjongeren in een regionale zorgconferentie: jeugdigen die moeilijk te handhaven zijn zowel in de verslavingszorg als in de jeugdhulp en jeugdbescherming dienen verzekerd te zijn van continuïteit van zorg.

- Directie/management moet zich ervan bewust worden dat middelengebruik belangrijk is om mee te nemen in onderhandelingen met verzekeraar.

- Directie/management moet garant staan voor opleidingsmogelijkheden en zich bewust zijn van financiële en organisatorische consequenties.

Hoofdstuk 1

Inleiding

Middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming verdient volle aandacht
Deze richtlijn gaat over het omgaan met het gebruik van alcohol, drugs en tabak bij jeugdigen t/m 23 jaar in de ambulante en residentiële jeugdhulp, jeugdbescherming, verstandelijk gehandicaptenzorg en de justitiële jeugdinrichtingen (inclusief reclassering): een kwetsbare doelgroep. In de jeugdhulp en jeugdbescherming worden knelpunten ervaren rond herkenning en diagnostiek van problematisch middelengebruik bij jeugdigen. Middelengebruik onder jeugdigen wordt vaak beschouwd als onschuldig experimenteergedrag; er heerst onduidelijkheid over de vraag wanneer het gebruik risicovol wordt. Ook is onduidelijk wat mogelijke interventies zijn, door wie deze kunnen worden ingezet en hoe dit kan worden georganiseerd, in samenwerking met partners rondom jeugd (De Argumentenfabriek, 2012). Deze richtlijn gaat in op deze vraagstukken.
Er is sprake van een overlap tussen de doelgroep van het speciaal onderwijs en de doelgroep van deze richtlijn. Het speciaal onderwijs kan daarom zeker profiteren van deze richtlijn. Dat geldt ook voor beroepsgroepen in andere sectoren zoals de jeugd-ggz, jeugd-verslavingszorg en jeugdgezondheidszorg.

Dit document is de onderbouwing van de richtlijn. De richtlijntekst staat er vrijwel integraal in en is aangevuld met meer achterliggende informatie, onder andere over de totstandkoming van de richtlijn. De richtlijn is bedoeld voor de hulpverleners en de onderbouwing is bedoeld voor geïnteresseerden die meer achtergrondinformatie zoeken.

1.1 Middelengebruik: wat is risicovol middelengebruik en wat is een middelengebonden stoornis?

Deze richtlijn gaat niet alleen over 'verslaving', ofwel een ernstige stoornis in het gebruik van middelen (alcohol, drugs, tabak), maar ook over de voorstadia hiervan: die mate van middelengebruik waarbij verslaving op de loer ligt. Dit wordt in deze richtlijn 'risicovol middelengebruik' genoemd. Risicovol middelengebruik betreft die mate van middelengebruik gerelateerd aan de leeftijd, in combinatie met andere factoren, waarbij een jeugdige het risico loopt te gaan disfunctioneren in zijn dagelijks leven of, erger nog, een verslaving te ontwikkelen of in zijn algehele ontwikkeling gestoord te raken.
In het vervolg van deze richtlijn gebruiken we de verzamelterm 'problematisch middelengebruik' wanneer we 1) in algemene zin doelen op risicovol gebruik van middelen, of 2) van een stoornis in het gebruik van middelen, volgens de DSM 5 (die voor wat betreft deze problematiek overeenkomt met het Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdhulp CAP-J[1]). Hieronder gaan we nader in op deze twee kernbegrippen.

Wanneer spreken we van risicovol middelengebruik?
Bij risicovol middelengebruik is er nog geen sprake van een stoornis in het gebruik van middelen, maar er zijn signalen en/of symptomen die wijzen op een verhoogd risico op het ontstaan hiervan. Bij de kwetsbare doelgroep van de jeugdhulp en jeugdbescherming is ieder gebruik risicovol omdat bij deze jeugdigen vrijwel altijd meerdere risicofactoren voor verslaving aanwezig zijn. Om vast te stellen of het middelengebruik dermate risicovol is dat verdere

1 De CAP-J volgt de DSM-IV. In 2013 is de DSM 5 verschenen. In het vervolg van deze richtlijn nemen we de DSM 5 daarom als uitgangspunt. De verwachting is dat de CAP-J wordt aangepast aan de DSM 5-criteria.

diagnostiek en monitoring nodig is, dient te worden gekeken naar (Hendriks, et al., 2014):

- Hoeveelheid en frequentie van gebruik, rekening houdend met de leeftijd.
- Motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik.

Alleen een combinatie van deze gegevens kan uitmaken of er dient te worden ingegrepen (zie hoofdstukken 2 en 4). Roken op zeer jonge leeftijd behoeft altijd aandacht, omdat het risico dan groot is dat de jeugdige ook problemen met middelen (met name cannabisgebruik) of andere (gedrags)problemen heeft, of in korte tijd ontwikkelt (Korhonen et al., 2010).
Wanneer spreken we van een middelengebonden stoornis?
Bij de diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen' gaat het om (Franken & Van den Brink, 2009):

- Lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie[2], onthoudingsverschijnselen) en/of
- Psychische afhankelijkheid (hunkering, 'craving') en/of
- Controleverlies (gebruik vaker of meer dan voorgenomen, niet kunnen stoppen met gebruik) en/of
- Lichamelijke en/of sociale gevolgen van het ongecontroleerde gebruik.

Van al deze kenmerken wordt psychische afhankelijkheid tegenwoordig gezien als het centrale kenmerk (Franken & Van den Brink, 2009).

In de DSM 5 moet iemand voldoen aan twee of meer van elf criteria binnen een periode van twaalf maanden om een diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen' te krijgen. Deze criteria omvatten onder meer het optreden van gewenning, het verlangen naar gebruik van het middel (craving) en het gebruik van een middel om ontwenningsverschijnselen tegen te gaan.

1.2 Relevantie

Middelengebruik is algemeen geaccepteerd in de Nederlandse samenleving. Dat geldt voor alcohol en in mindere mate voor cannabis. Middelengebruik van jeugdigen krijgt de laatste jaar echter toenemende aandacht vanwege de groeiende kennis over de gevolgen ervan voor de ontwikkeling van jeugdigen.

Meer gebruik in jeugdhulp en jeugdbescherming
Over de omvang van middelengebruik onder jeugdigen is in Nederland alleen gefragmenteerd onderzoek beschikbaar waarin verschillende doelgroepen, middelen en leeftijdscategorieën zijn onderzocht. Jeugdigen in de jeugdhulp, jeugdbescherming en speciaal onderwijs vertonen vaak (overmatig) middelengebruik. In de jeugdhulp en jeugdbescherming heeft 33% van de onderzochte twaalf- en dertien-jarigen al eens geblowd, acht keer meer dan leeftijdgenoten in het regulier onderwijs (4%). In het speciaal onderwijs is dit percentage vijf keer zo hoog (20%) (Kepper, Monshouwer, van Dorsselaer & Vollebergh, 2011); zie paragraaf 2.5.5. van de onderbouwing. Ook rookt bijna een kwart van deze jonge leeftijdsgroep in de jeugdhulp en jeugdbescherming dagelijks sigaretten, 25 keer meer dan twaalf- en dertien-jarigen buiten de jeugdhulp en jeugdbescherming (circa 1%).
Een kwart van de zestien-jarigen die in een instelling wonen, heeft ooit XTC gebruikt en 18% cocaïne. In het regulier onderwijs is dat in beide gevallen slechts 3% (Monshouwer et al., 2008). Ook uit cijfers over jongens in Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI's) blijkt dat het gebruik van tabak,

2 Gewenning, ofwel steeds meer van het middel nodig hebben voor hetzelfde effect.

alcohol en drugs onder deze jeugdigen hoog is. Van de jeugdigen in detentie heeft in de maand voorafgaand aan de inbewaringstelling 59% cannabis gebruikt (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). De verschillen met het gebruik onder scholieren uit het regulier onderwijs zijn ook hier groot, met name bij de jongste leeftijdsgroepen en wat betreft roken en cannabisgebruik (Kepper et al, 2009a).

De conclusie is dat middelengebruik onder de doelgroepen van de Nederlandse jeugdhulp en jeugdbescherming eerder regel dan uitzondering is.

Uitwerking middelen bij jeugdigen: anders dan bij volwassenen
Het op zeer jonge leeftijd gebruiken van alcohol of drugs is om verschillende redenen problematischer dan bij volwassenen (Hendriks et al., 2014).

- Hoe jonger iemand met alcohol of drugs begint, hoe gemakkelijker problematisch gebruik kan ontstaan en hoe groter de kans dat iemand een middelenstoornis en bijkomende psychische stoornissen ontwikkelt (Chen & Kandel, 1995; Chen, Kandel & Davies, 1997; Hingson & Zha, 2009; Lynskey, Coffey, Degenhardt, Carin & Patton, 2003; Agrawal, Neale, Prescott & Kendler, 2004).
- Bij jeugdigen kan frequent matig gebruik van middelen zoals alcohol, of zelfs incidenteel gebruik van drugs, negatieve gevolgen hebben voor de (hersen)ontwikkeling (Matthys, Vanderschuren, Nordquist & Zonnevylle-Bender, 2006; Van Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010).
- Bij jeugdigen kan frequent matig gebruik van middelen een indicatie zijn van probleemgedrag (Matthys et al., 2006; Van Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010);
- Jongeren gebruiken gemiddeld minder en minder frequent dan volwassenen, maar per gelegenheid wel veel. Denk bijvoorbeeld aan binge drinking (Deas, Riggs, Langebucher, Goldman & Brown, 2000; Sussman, Skara & Ames, 2008).
- Lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie en onthoudingsverschijnselen) en lichamelijke problemen ten gevolge van het middelengebruik lijken bij jongeren minder vaak op te treden dan bij volwassenen (Sussman et al., 2008; Schramm-Sapyta, Walker, Caster, Levin & Kuhn, 2009).
- Jongeren met een verslaving zijn veel sneller van eerste gebruik naar regelmatig gebruik en vervolgens verslaving gegaan dan volwassenen (Clark, Kirisci & Tarter, 1998; Deas et al., 2000);
- Jongeren ervaren hun gebruik van alcohol of drugs en de mogelijke gevolgen daarvan vaak niet als een probleem en zijn minder dan volwassenen geneigd hiervoor hulp te zoeken (SAMHSA, 2006).
- Problematisch middelengebruik bij jeugdigen gaat, evenals bij volwassenen, vaak samen met een breed scala aan psychische stoornissen. Internaliserende stoornissen – onder andere depressie en angststoornissen- in combinatie met problematisch middelengebruik, lijken daarbij vaker voor te komen bij volwassenen; externaliserende stoornissen daarentegen – met name aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en gedragsstoornissen – vaker bij jongeren (Chan, Dennis & Funk, 2008; Van der Pol, Liebregts, De Graaf, Ten Have, Korf et al., 2013).
- Jeugdigen met LVB die middelen gebruiken, lijken door dit gebruik vaker in de problemen te komen dan jeugdigen zonder LVB (McGillicuddy, 2006; Van Der Nagel, Kiewik & Didden, 2012; Hammink, Altenburg & Schrijvers, 2012).

Gevolgen op korte termijn
Afgezien van het risico op het ontwikkelen van een middelenstoornis heeft het gebruik bij jeugdigen op korte termijn verschillende negatieve gevolgen. Zwaar drinken in de leeftijd onder 23 jaar kan functionele achterstanden tot gevolg hebben die jeugdigen hinderen in hun leervermogen, en kan negatieve effecten hebben voor het functioneren op school (Boelema, Ter Bogt, Van der Eijnden & Verdurmen, 2009). Daarnaast hangt alcoholgebruik ook samen met problemen als agressie, overlast, ordeverstoring, antisociaal gedrag en geweld (Faes & Sannen, 2011). Het kan daardoor leiden tot verstoring van sociale relaties (Hammink et al., 2012).
Cannabisgebruik heeft acute effecten op het cognitieve functioneren (geheugen, leervermogen, taalgebruik en het kunnen begrijpen en uitvoeren van complexe, dagelijkse handelingen).
Tot de directe effecten van blowen behoren onder meer een lagere reactiesnelheid, aandachtsproblemen en een slechter geheugen (Ter Bogt, Van Lieshout, Doornwaard & Eijkemans, 2009). Bij zware gebruikers van cannabis heeft het cannabisgebruik tot een week na stoppen een negatief effect op de geheugenfunctie in vergelijking met lichte gebruikers (Pope, Gruber, Hudson, Huestis & Yurgelun-Todd, 2002). Op de wat langere termijn kan cannabisgebruik bovendien leiden tot het ontwikkelen van depressieve klachten (De Graaf, Radovanovic, Van Laar, Fairman, Degenhardt et al., 2010) en psychotische stoornissen (Large, Sharma, Compton, Slade, Nielssen et al., 2011). Overigens is er nog volop discussie gaande over het causale verband tussen cannabisgebruik en psychotische stoornissen. Sommige onderzoekers (Sevy, Robinson, Napolitano, Patel, Gunduz-Bruce et al., 2010) wijzen op andere factoren zoals de sociaal economische status.

Belang van vroeg ingrijpen: vroegsignalering
Hoe jonger de leeftijd waarop het eerste alcohol- of drugsgebruik heeft plaatsgevonden, des te hardnekkiger is de problematiek en des te groter de behoefte aan behandeling (Rigter, 2006). Resultaten van studies naar het beloop van alcoholisme onder jongeren laten zien dat dit bij ongeveer een derde na drie jaar chronisch is geworden. Ongeveer een derde is abstinent, 15% krijgt na een aanvankelijke verbetering een terugval en 14% verbetert pas na een jaar (Chung et al., 2003). Over het beloop van verslaving aan andere stoffen is veel minder met zekerheid bekend (Franken & Van den Brink, 2009). Onder jeugdigen die meerdere malen cannabis gebruikten (in totaal vijf keer of vaker) blijft het gebruik redelijk stabiel en vermindering van het gebruik is relatief laag. Van de jeugdigen die één tot vier keer cannabis hebben gebruikt, blijkt de meerderheid na drie jaar niet meer te gebruiken (Perkonigg, Goodwin, Fiedler, Behrendt, Beesdo et al., 2008). Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat de leeftijd waarop wordt begonnen met cannabisgebruik relevant is voor de ernst van de gevolgen ervan. Des te eerder men begint met cannabisgebruik, des te hoger het risico op (blijvende) nadelige effecten. Hoewel het precieze onderliggende mechanisme nog niet is opgehelderd, bestaat er in de literatuur wel consensus dat preventie zich in de eerste plaats moet richten op het voorkómen van cannabisgebruik op jonge/jongere leeftijd (Niesink & Van Laar, 2012).
Terwijl voor jeugdigen met een LVB de gevolgen van gebruik zich eerder en sterker manifesteren dan bij jeugdigen zonder een LVB, wordt vaak pas in een later stadium hulp gezocht (Mutsaers, Blekman & Schipper, 2007). Vroegsignalering van alcohol- en cannabisgebruik is daarom van belang. Onder vroegsignalering verstaan we het vroeg en tijdig signaleren van risicovol of problematisch gedrag.

1.3 Omgang met middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming

Middelengebruik blijkt in de jeugdhulp en jeugdbescherming lastig te hanteren. Het beleid is vaak alleen gericht op beheersing van het gebruik, en het stellen en handhaven van regels wordt daarbij als lastig ervaren. In sommige residentiële voorzieningen is blowen dermate gangbaar dat *handhaving van een drugsvrij milieu* een probleem is, en volgens meerdere professionals 'onmogelijk' wordt genoemd (bron: focusgroep). Bij de voorbereiding en ontwikkeling van deze richtlijn zijn diverse bijeenkomsten met experts uit het veld belegd om knelpunten met betrekking tot middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming te bespreken. Daaruit kwam ook de term 'handelingsverlegenheid' naar voren (zie paragraaf 2.3.1). Die hing enerzijds samen met verwarring over de vraag wanneer gebruik niet langer 'normaal experimenteergedrag' is. Anderzijds werd genoemd dat ook de visie van professionals op gebruik van middelen, en de eigen manier van omgaan met middelen, bijdraagt aan handelingsverlegenheid. Als voorbeeld werd genoemd het alcohol-, nicotine- en cannabisgebruik van medewerkers in de jeugdhulp en jeugdbescherming. In paragraaf 1.1 is reeds gesteld dat onder de doelgroep van de jeugdhulp en jeugdbescherming ieder gebruik risicovol is. In paragraaf 2.1 gaan we nader in op de vraag wanneer moet worden ingegrepen.

Ook het signaleren van problematisch middelengebruik (risicovol gebruik of verslaving) schiet er vaak bij in. Bij jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming vragen veelal andere problemen in de praktijk vaak als eerste om aandacht, zoals agressie, depressie, criminaliteit, complexe gezinsproblematiek, problemen op school, etc.

De conclusie is dat risicovol middelengebruik en verslaving vaak onvoldoende worden opgemerkt, onvoldoende bespreekbaar worden gemaakt en onvoldoende behandeld worden. Met als gevolg een vergroot risico op een zich ontwikkelende verslaving of een bedreigde ontwikkeling. Bij een eenmaal vastgesteld probleem met middelengebruik is het bovendien niet eenvoudig om in te grijpen, met name in een ambulante setting, omdat het gedrag van de jeugdige daar minder goed kan worden gevolgd. Eventuele stemmingswisselingen of gedragsveranderingen kunnen lastig worden opgemerkt tijdens een kort bezoek en een jeugdige kan bijvoorbeeld tijdelijk geen middelen gebruiken voorafgaand aan het bezoek van de hulpverlener, waardoor de uiterlijke verschijnselen van gebruik niet zichtbaar zijn.

Centraal in deze richtlijn staat daarom het verminderen van de handelingsverlegenheid: de richtlijn biedt ankerpunten voor het herkennen van problematisch middelengebruik bij jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming en mogelijke interventies om het middelengebruik te verminderen.

De richtlijn is primair bedoeld voor de jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. De richtlijn moet uiteindelijk ten goede komen aan de cliënten – de jeugdigen en hun ouders. Voor hen is een aparte cliëntversie gemaakt. Uitgangspunten van de richtlijn zijn:

- De jeugdprofessional nodigt ouders en jeugdige uit tot samenwerking en betrekt hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming. In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en kind.

- Ouders en kind kunnen pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De professional spreekt de richtlijn met ouders en jeugdige door en wijst hen op het bestaan van de cliëntversie.
- Middelenproblematiek bij een jeugdige dient integraal, d.w.z. in samenhang met andere problemen, te worden voorkomen en behandeld.
- Bij de preventie en behandeling van middelenproblematiek staan de jeugdige en het systeem rond de jeugdige centraal.
- De richtlijn is bedoeld voor alle settingen (ambulant, residentieel, justitieel en vrijwillig kader).

1.4 Uitgangsvragen

Deze richtlijn geeft antwoord op de volgende uitgangsvragen. Per hoofdstuk komen één of meerdere uitgangsvragen aan de orde. De oorspronkelijke volgorde van de uitgangsvragen is hierbij losgelaten.

Hoofdstuk 2. Definitie van problematisch middelengebruik en afbakening

- Stel normen vast wanneer er sprake is van middelenmisbruik of –afhankelijkheid.

Hoofdstuk 3 Risicofactoren en gedragsmodel

- Welke risico- (met daarbij comorbiditeit) en beschermende factoren voor ontwikkeling van middelenmisbruik en –afhankelijkheid, dienen bij professionals binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming bekend te zijn en hoe kunnen zij deze factoren bij de individuele cliënt opsporen?

Hoofdstuk 4. Screening en diagnostiek

- Welke instrumenten en methodieken zijn beschikbaar en binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming toepasbaar, om vast te stellen of er sprake is van middelengebruik, -misbruik of afhankelijkheid?
- Geef een inventarisatie van instrumenten en methodieken.

Hoofdstuk 5. Selectieve en geïndiceerde preventie

- Welke bewezen effectieve interventies, waar mogelijk gescheiden naar leeftijdsgroepen en toepasbaar binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, zijn beschikbaar om gebruik en misbruik te voorkomen, bij jeugd met een verhoogd risico?

Hoofdstuk 6. Behandeling

- Welke bewezen effectieve interventies, waar mogelijk gescheiden naar leeftijdsgroepen en toepasbaar binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, zijn beschikbaar om gebruik en misbruik te verminderen?

Hoofdstuk 7. Basishouding en competenties
en
Hoofdstuk 8. Organisatie

- Wat is er nodig om middelengebruik, -misbruik en –afhankelijkheid bespreekbaar te maken bij elke cliënt en zijn/haar ouders? Wat is de functie van het gebruik?
- Welke normen, op basis van resultaten/antwoorden bij uitgangsvraag vroegsignalering en diagnostiek, kunnen worden vastgesteld om te bepalen of het 1) middelengebruik of misbruik hanteerbaar is binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, of 2) ggz/verslavingszorg dienen te worden geconsulteerd, of 3) dat verwezen moet worden naar ggz/verslavingszorg?
- Wat is nodig om in het gehele traject goed samen te werken met de jeugdige en het systeem (ouders/verzorgers/school)?
- Over welke competenties moeten professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming beschikken om de aanbevelingen geformuleerd bij vroegsignalering en diagnostiek en zorgtoewijzing en behandeling uit te kunnen voeren?
- Wat is er nodig om multidisciplinair overleg rondom het kind uit te voeren?
- Stel normen op voor situaties wanneer dit wel en niet nodig is.
- Geef aan wie aan een dergelijk overleg minimaal moeten deelnemen.
- Geef aan wie de regie voert.
- Geef aan wanneer er wordt doorverwezen.

1.5 Doelgroep

De richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen en hun ouders.
Dit neemt niet weg dat de richtlijn ook voor andere professionals dan die in de jeugdhulp en jeugdbescherming van toepassing en bruikbaar kan zijn. Daarbij denkt de werkgroep aan de jeugd-ggz, de jeugdverslavingszorg, maar ook het (speciaal) onderwijs.

1.6 Verantwoording/methode

1.6.1 Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling werden meestal aangedragen door professionals in jeugdhulp en jeugdbescherming. Ze betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem. Ook werd bekeken of het onderwerp wel geschikt was om een richtlijn voor uit te brengen. Vervolgens werden twee gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met jeugdprofessionals, wetenschappers en cliënten in jeugdhulp en jeugdbescherming. Tijdens deze sessies werden onderwerp en de daarin optredende knelpunten zorgvuldig afgebakend en geanalyseerd. Uiteindelijk leidde dit tot een zogenaamde 'informatiekaart' met daarop de belangrijkste knelpunten en uitgangsvragen die in de richtlijn beantwoord moeten worden.

1.6.2 Dataverzameling

De data die de basis vormen voor de richtlijn zijn verzameld bij uiteenlopende bronnen. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de verzameling van de instrumenten, en de keuzes die gemaakt zijn, paragraaf 4.4.

Er is gezocht in verschillende bestaande en in ontwikkeling zijnde richtlijnen:
- Richtlijn vroegsignalering middelenproblematiek jeugdigen (Wits & Van De Mheen, 2010)
- MDR Opiaatverslaving, (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2013)
- Concept *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Boer et al., in ontwikkeling)
- Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten (Hendriks et al., 2014)

De instrumenten en interventies zijn gezocht in:
- de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het NJi;
- de Interventiedatabase van Centrum Gezond Leven;
- de database van de Erkenningscommissie Justitiële Gedragsinterventies.

Verder is er geput uit de lopende projecten van Resultaten Scoren en projecten waarbij het IVO en het Trimbos-instituut betrokken zijn. Ook is een tweetal focusgroepen georganiseerd om de ervaringen van de medewerkers in de jeugdhulp en jeugdbescherming te inventariseren. Tot slot heeft dataverzameling plaatsgevonden via de leden van werkgroep.

1.6.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies gevolgd (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze methode is toegesneden op de onderzoekspraktijk die in de jeugdhulp en jeugdbescherming gangbaar is. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor de beoordeling van studies die niet over interventies gaan, is een ander passend beoordelingskader gebruikt.

1.6.4 Totstandkoming aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare '*evidence*'. Dit is een ruim begrip. '*Evidence*' behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk en de voorkeur van cliënten. Naast de laatste twee zijn ook andere zogenaamde 'overige overwegingen' van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's. Aanbevelingen komen dus niet uit de lucht vallen. Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen.

1.6.5 Proefimplementatie

Aan de invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan. Voor elke proefimplementatie is een invoerteam geformeerd. Dit team stelde jeugdprofessionals in staat de richtlijn op proef uit te proberen in een context die voor de richtlijn relevant is. Uiteindelijk hebben acht teams, verdeeld over diverse organisaties binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming van Rotterdam en Friesland, gedurende drie maanden de richtlijn uitgeprobeerd.

Door een tijdlang op proef met een richtlijn te werken, is bekeken of een richtlijn voldeed. Waren de aanbevelingen die erin worden gedaan bijvoorbeeld concreet genoeg? Konden de professionals in de dagelijkse praktijk met de richtlijn uit de voeten? En hoe kon de invoering van de richtlijn worden vergemakkelijkt? Op dergelijke vragen moest de proefinvoering antwoord geven.

Een proefinvoering werd daarom steeds nauwkeurig voorbereid. Eerst werd, in samenspraak met de ontwikkelaar, vastgesteld wat de kernelementen van de richtlijn zijn, zodat duidelijk was op welke punten geëvalueerd moest worden. Vervolgens kregen de organisaties die op proef met de richtlijn gingen werken een voorbereidings- en instructiebijeenkomst. Daarna ging de proefperiode van drie maanden in. Gedurende deze periode hielden de jeugdprofessionals aan de hand van een registratieformulier bij welke onderdelen van de richtlijn ze konden toepassen, en welke problemen ze daarbij eventueel tegenkwamen. Zo werden ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht.

Alle teams die de richtlijn hebben uitgeprobeerd, werden na afloop van de proefperiode geïnterviewd in een focusgroep. Ook is een aantal cliënten en iemand van het management gevraagd naar hun bevindingen. De uitkomsten van de evaluatie zijn teruggegeven aan de richtlijnontwikkelaars. Zij konden – indien nodig – de richtlijn verder aanscherpen. Vervolgens maakte het invoerteam een verspreidings- en invoerplan. Als de stuurgroep (die de richtlijn formeel autoriseert) dit plan goedkeurde, kon de richtlijn worden verspreid en ingevoerd.

1.6.6 Commentaarfase

Een eerste versie van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de volgende partijen.

- De Richtlijnadviescommissie jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) heeft de richtlijn bekeken vanuit het perspectief van het projectplan en de opdrachtverstrekking, en heeft globaal de inhoud en de geschiktheid voor de proefinvoering beoordeeld.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW hebben zich gebogen over de tekst van de richtlijn en de daarbij behorende onderbouwing.
- Defence for Children Nederland heeft advies uitgebracht over de mate waarin de richtlijn

overeenstemt met het VN-verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Pharos, kennis- en adviescentrum voor de gezondheid van migranten en laagopgeleiden, heeft geadviseerd over de cultuursensitiviteit van de richtlijn.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep is nagegaan of de richtlijn en aanbevelingen ook van toepassing zijn op kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Alle feedback is daarna door de ontwikkelaars gewogen. Dit heeft in veel gevallen tot aanpassing van de richtlijn geleid. Waar dit niet is gebeurd, is dit door de ontwikkelaars in een separaat document gemotiveerd.

1.6.7 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogeheten 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)[3] benaderd, en het LCFJ zit ook de bijeenkomsten voor.
De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

1.6.8 Bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot en met 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

3 Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.

1.6.9 Samenstelling werkgroep, klankbordgroep en focusgroep

Deelnemers werkgroep:

Dhr. Prof. Dr. W. van den Brink	Academisch Medisch Centrum (AMC), Hoogleraar Verslavingszorg, (vicevoorzitter)
Mw. Drs. M. Broekman	Parnassia Groep, kinder- en jeugdpsychiater Fact-team voor adolescenten en jong volwassenen, vz. JoVoPoli Den Haag
Mw. MSc. H. Dijkstra	Jeugdhulp Friesland, gedragswetenschapper, namens NVO
Dhr. Prof. Dr. T.A.H. Doreleijers	VUmc-afd. kinder- en jeugdpsychiatrie, Hoogleraar (voorzitter)
Mw. Drs. E.F.M. van Geffen	Arkin/Jellinek, verslavingspsycholoog/GZ psycholoog, namens NIP
Mw. Drs. M.A. Hansman-Wijnands	Dimence, (kinder- en jeugd)psychiater Crisisdienst West-Overijssel (tot 1-10-2013 tevens Dubbeldiagnose Jeugd)
Dhr. Dr. V.M. Hendriks	Brijder Verslavingszorg, PARC, Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek
Mw. S. Holsappel-Abbes	Leger des Heils Overijssel, loc. Take Off Twenterand, traject begeleider dak en thuisloze jongeren, maatschappelijk werker
Mw. Drs. J. Koeman	Orthopedagoog-Generalist, namens NVO
Mw. H. van Leeuwen	Moedige Moeders Volendam
Dhr. Dr. R. Otten	Science Institute, Radboud University Nijmegen, Assistant professor
Mw. Drs. M.H.G. Scheres	Mutsaersstichting, orthopedagoge-generalist/ GZ-psychologe, namens NVO
Mw. A. Stok	Tactus verslavingszorg, preventiewerker Geïndiceerd
Mw. C.M. Tol-Kes	Moedige Moeders, voorzitter, namens Moedige Moeders Volendam
Dhr. Drs. T.I.M.O. Voncken	Pameijer, Behandelcoördinator/Gedragswetenschapper

Deelnemers Klankbordgroep

Mw. W.H. Bergsma-De Groot	Intermetzo, locatiecoördinator
Mw. Drs. B. Bressers	Kentra24, jeugdkliniek Novadic-Kentron, Behandelcoördinator en GZ-psycholoog
Dhr. Drs. W.G.T.M. van Geffen	MST-Nederland, directeur, klinisch psycholoog
Mw. N. Grahame	BPSW
Mw. Drs. P.G.H. Meulendijk	Combinatie Jeugdzorg, coördinerend gedragswetenschapper behandelcoördinator
Mw. A.M van den Berg	LSG-Rentray Locatiecoordinator Brains4Use locatie Eefde

Deelnemers Projectgroep

Dhr. Dr. G. van de Glind	Trimbos-instituut, senior wetenschappelijk medewerker
Mw. Dr. M. Hermens	Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker
Mw. Drs. D.M.G. Meije	Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker
Dhr. Dr. B. van Wijngaarden	Trimbos-instituut, senior wetenschappelijk medewerker
Mw. Ir. E. Wits	IVO, onderzoekscoördinator/advisering
Mw. N. van Zon	Trimbos-instituut, project ondersteuning

Deelnemers Focusgroep

Dhr. N Buiter	Spirit
Mw. V. Cossé	Parlan
Mw. D. Delic	Nidos
Mw. F. Ismail	Nidos
Mw. P Lammers	Lindenhout
Mw. A. Lange	Lindenhout
Mw. N. de Leij	Juzt
Dhr. K. van den Meulen	De Koppeling
Mw. E. de Rijck	Nidos
Dhr. S. Soares	Flexus Jeugdplein
Dhr. H. Witteveen	Lindenhout
Mw. J. Kamphuis	Jeugdhulp Friesland

1.7 Juridische betekenis van deze richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo ‘dichtgetimmerd’ te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Uitgangspunt is dat richtlijnen door de jeugdprofessional worden toegepast. Ze vormen immers de uitdrukking van wat er in het werkveld door de beroepsgroep als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Daarom worden ze ook wel een ‘veldnorm’ genoemd. Richtlijnen zijn dus niet vrijblijvend, maar ook geen ‘dictaat’. Dat wil zeggen dat ze niet bindend zijn: de jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen. Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep. Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap.

Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van

de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan de tuchtrechter.

1.8 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betrekt. Beslissingen hebben immers een grote impact op hun leven. Daarom horen de wensen en verwachtingen van ouders en jeugdige leidend te zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert bovendien het effect van de hulpverlening.
Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het zorgproces uit op een manier die voor hen begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist niet? Elke jeugdige heeft, ongeacht zijn leeftijd, het recht om zijn mening te geven. Aan deze mening wordt een passend gewicht toegekend: niet de leeftijd maar de capaciteiten van de jeugdige zijn leidend. Een jeugdige moet dan wel weten wat er speelt. De jeugdprofessional hoort dus duidelijk uit te leggen wat er speelt, op een niveau dat past bij de capaciteiten van de jeugdige.
In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn.
Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (shared decision making) op gang. Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;
- ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en behandeling;
- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;

- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij het jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdige begrijpen wat er gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betrekt;
- ouders in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee. Dit houdt in dat zij:
- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de professional;
- vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het zorgproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.
De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het dossier.

1.9 Toelichting juridische termen en rechtsfiguren

In onderstaande is een aantal juridische termen en rechtsfiguren opgenomen die van belang kunnen zijn voor de gebruikers van de richtlijn, bijvoorbeeld in het geval van het verkrijgen van toestemming voor het verlenen van zorg.

Juridisch ouderschap

De wet bepaalt wie er juridisch gezien ouder is van een minderjarig kind. Dit hoeft niet per se overeen te komen met de biologische of sociale werkelijkheid. Ingevolge de wet is de juridische moeder van het kind:

a. de vrouw uit wie het kind is geboren;
b. de vrouw die op het tijdstip van de geboorte van het kind is gehuwd of door een geregistreerd partnerschap is verbonden met de vrouw uit wie het kind is geboren, indien dit kind is verwekt door kunstmatige donorbevruchting en de benodigde verklaring is overlegd waaruit blijkt dat de identiteit van de donor onbekend is (tenzij artikel 199, onder b van toepassing is);
c. de vrouw die het kind heeft erkend;
d. de vrouw wier ouderschap gerechtelijk is vastgesteld; of
e. de vrouw die het kind heeft geadopteerd (artikel 1:198 BW).

De vader is:

a. de man met wie de moeder ten tijde van de geboorte van het kind is gehuwd of een geregistreerd partnerschap is aangegaan;
b. de man wiens huwelijk of geregistreerd partnerschap met de vrouw uit wie het kind is geboren, binnen 306 dagen voor de geboorte van het kind door zijn dood is ontbonden, zelfs indien de moeder was hertrouwd of een nieuw partnerschap had laten registreren (behoudens enkele uitzonderingen, zie wetsartikel);
c. de man die het kind heeft erkend;
d. de man wiens vaderschap gerechtelijk is vastgesteld; of
e. de man die het kind heeft geadopteerd (artikel 1:199 BW).

Gezag

Minderjarigen staan onder gezag (artikel 1:245 BW). Het gezag kan bestaan uit ouderlijk gezag of voogdij. Ouderlijk gezag wordt door een of beide ouders uitgeoefend. Je spreekt van voogdij wanneer het gezag door een ander dan de ouder wordt uitgeoefend. Het gezag heeft betrekking op de persoon van de minderjarige alsook op het bewind over zijn vermogen en zijn vertegenwoordiging in burgerlijke handelingen, zowel in als buiten rechte. Met andere woorden, het gezag omvat de bevoegdheid om beslissingen te nemen over de minderjarige en zijn vermogen. Het gezag, dan wel de voogdij, omvat de plicht en het recht van de ouder/verzorger dan wel voogd om de minderjarige op te voeden en te verzorgen (artikel 1:247 BW). Hieronder wordt onder meer verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind, maar ook de bevordering van de ontwikkeling van de persoonlijkheid van het kind. Hoofdregel is thans dat wanneer ouder scheiden (van echt) zij beiden (voor zover dit reeds het geval was) belast blijven met het gezag.
De juridisch ouder heeft niet per definitie het gezag. Het is mogelijk om juridisch ouder te zijn zonder het gezag uit te oefenen over een jeugdige. De vrouw of de man die ouder wordt op de

manieren c) d) of e) heeft niet automatisch ook het gezag over de minderjarige. Dit moet apart worden aangevraagd bij de rechtbank. Tevens is het mogelijk dat het gezag van de juridisch moeder of vader wordt beëindigd. Dit heeft enkel gevolg voor het gezag en niet voor hun juridisch ouderschap.

Toestemming behandeling

De wet maakt voor het starten van een medische behandeling onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën.

- Het kind is jonger dan 12 jaar: In beginsel is voor de behandeling van een minderjarige jonger dan 12 jaar toestemming nodig van beide ouders (of wettelijk vertegenwoordigers) met gezag. Op grond van art. 7:466 lid 1 BW mag een hulpverlener in acute en dreigende situaties waarin de toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers niet gegeven is, toch handelen indien dit kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt (minderjarige) te voorkomen. Ook mag de hulpverlener handelen zonder toestemming van de ouders als de hulpverlener in een individueel geval van mening is niet als goed hulpverlener te functioneren wanneer de geldende regels in acht genomen worden (lees: door niet te handelen). Hiervoor moet de hulpverlener goede argumenten hebben.

In de praktijk is het voor hulpverleners veelal moeilijk te beoordelen of sprake is van een acute situatie, dan wel een situatie waarin goed hulpverlenerschap behandeling vereist. Dat speelt te meer omdat, zoals gesteld, ook voor een intake de toestemming van beide ouders vereist is. Op dit punt zou daarom een wettelijke opening voor een intake zonder toestemming van beide ouders wellicht soelaas kunnen bieden. Dit is bovendien wenselijk daar hulpverleners bij een verkeerde beoordeling van de omstandigheden (en met name wanneer de hulpverlener besluit zonder toestemming te handelen) geconfronteerd kan worden met een tuchtzaak. Tot op heden geldt echter dat ook voor een intake toestemming van beide ouders is vereist.

- Minderjarigen van 12 tot en met 15 jaar: Voor jongeren tussen de 12 en 16 jaar geldt dat een behandeling kan worden gestart zonder toestemming van de ouders als de behandeling kennelijk nodig is om ernstig nadeel te voorkomen of als de behandeling de weloverwogen wens van het kind is.
- Minderjarigen van 16 en 17 jaar: Als de minderjarige 16 jaar of ouder is dan is hij op dit punt beslissingsbevoegd, tenzij de minderjarige wilsonbekwaam wordt geacht.

Er bestaat een lacune in de wet wat betreft de minderjarige van 12 jaar of ouder die niet in staat is tot een weloverwogen waardering van zijn belangen, bijvoorbeeld minderjarigen met een geestelijke beperking. Noch op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, noch op grond van de bepalingen in het Burgerlijk Wetboek, wordt voorzien in een mogelijkheid om een eventuele weigering van ouders om toestemming te geven te doorbreken.

Informatieplicht ouders onderling

De ouder die het gezag over het minderjarige kind heeft, is verplicht de niet met het gezag belaste ouder te informeren over 'gewichtige aangelegenheden' met betrekking tot de persoon en het vermogen van de minderjarige, en deze te raadplegen over daaromtrent te nemen beslissingen (artikel 1:377b BW). Het is mogelijk om aan de rechter te verzoeken een regeling te treffen die toe ziet op de informatieplicht (over welke dingen moet geïnformeerd worden, met welke frequentie, op welke wijze etc.).

Informatieplicht derden
Ook derden kunnen een informatieplicht hebben jegens de niet met het gezag belaste ouder (artikel 1:377c BW). Desgevraagd dienen derden die beroepshalve beschikken over informatie over belangrijke feiten en omstandigheden die de persoon van de minderjarige of diens verzorging en opvoeding betreffen te verstrekken aan de niet met het gezag belaste ouder, tenzij zij deze informatie niet op gelijke wijze zouden verschaffen aan de ouder die wel met het gezag is belast of bij wie het kind woont, dan wel als het verschaffen van die informatie niet in het belang is van het kind.

1.10 Diversiteit

Om een goede werkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met ouders van belang. Nu vinden niet alle ouders het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. De jeugdprofessional moet daarom voldoende tijd nemen om dit vertrouwen te winnen. Ook is het raadzaam er rekening mee te houden dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan de professional denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. De jeugdprofessional hoort te onderzoeken met welke verwachtingen de ouders komen en zich bewust te zijn van de verwachtingen die hijzelf van de ouders heeft. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids) instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties is meer tijd nodig om het vertrouwen te winnen.
Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. De jeugdprofessional doet er daarom goed aan te zorgen voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en voor een interventie te kiezen die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de jeugdige.

1.11 Leeswijzer

Net als in de richtlijn start in de onderbouwing elk hoofdstuk met de uitgangsvragen die in het betreffende hoofdstuk worden beantwoord (in kader). Daarna volgen – indien van toepassing – de kernaanbevelingen. De teksten die in de richtlijn staan, zijn ook opgenomen in de onderbouwing. In hoofdstuk 2 worden de definitie en afbakening van het probleem beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van risicofactoren. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op beschikbare instrumenten en methodieken voor signalering en screening op middelengebruik, -misbruik of afhankelijkheid. Daarnaast wordt een model gepresenteerd over de ontwikkeling van verslaving. Dit model biedt aangrijpingspunten voor interventies. Hoofdstuk 5 beschrijft de beschikbaarheid van bewezen effectieve interventies voor selectieve en geïndiceerde preventie. Daarnaast wordt ingegaan op de behandeling en zorgtoewijzing. Hoofdstuk 6 geeft informatie over behandelinterventies. In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de basishouding en competenties van jeugdprofessionals, die nodig zijn om de aanbevelingen in deze richtlijn uit te kunnen voeren. Tenslotte worden in hoofdstuk 8 aanwijzingen voor jeugdhulporganisaties gegeven.
De hoofdstukindeling in de onderbouwing komt overeen met die van de richtlijn. De paragraafindeling is qua naamgeving hetzelfde maar de nummering verschilt. In de onderbouwing zijn meer paragrafen opgenomen en daarom is synchroniseren niet mogelijk.

De *Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Het onderhavige document bevat de onderbouwing van de richtlijn waarin gedetailleerd en gedocumenteerd wordt onderbouwd hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Het is vanwege zijn omvang minder bruikbaar voor de dagelijkse praktijk. De Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming is in een apart document weergegeven zonder uitgebreide onderbouwing. Daarnaast is de richtlijn samengevat in werkkaarten. De richtlijn en werkkaarten ondersteunen jeugdprofessionals om de richtlijn toe te passen in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Voor pleegouders is een pleegouderversie van de richtlijn gemaakt. Beide zijn apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie *www.richtlijnenjeugdhulp.nl*.

Gebruikte begrippen
Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) bedoeld als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over 'daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals' wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak.

In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot achttien jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

Hoofdstuk 2

Definitie van problematisch middelengebruik en afbakening

Uitgangsvraag:
1.2.2 Stel normen vast wanneer er sprake is van middelenmisbruik of –afhankelijkheid.

2.1 Over welk probleem gaat deze richtlijn?

In de jeugdhulp en jeugdbescherming worden knelpunten ervaren rond herkenning en diagnostiek van problematisch middelengebruik bij jeugdigen. Middelengebruik onder jeugdigen wordt vaak beschouwd als onschuldig experimenteergedrag; er heerst onduidelijkheid over de vraag wanneer het gebruik risicovol wordt. Ook is onduidelijk wat mogelijke interventies zijn, door wie deze kunnen worden ingezet en hoe dit kan worden georganiseerd, in samenwerking met partners rondom jeugd (De Argumentenfabriek, 2012). Deze richtlijn gaat in op deze vraagstukken.

Nadrukkelijk is gekozen voor '*Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming*' als titel van deze richtlijn. In de opdrachtverlening door de Richtlijn Advies Commissie-Jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) aan de werkgroep is vastgesteld dat de richtlijn over een breder gebied dan alleen 'verslaving' gaat. Dit bredere gebied betreft dan die mate van middelengebruik, mogelijk in combinatie met andere factoren, die een risico vormt voor de ontwikkeling van een middelengebonden stoornis of anderszins ontwikkelingsbedreigend is. Vervolgens is in de werkgroep gekozen om deze zogenoemde subklinische manifestaties van middelengebruik 'risicovol gebruik van middelen' te noemen. Bij risicovol gebruik van middelen is er nog geen sprake van een gediagnosticeerde stoornis, maar er zijn tekens, signalen en/of symptomen die wijzen op riskant middelengebruik dat vooraf kan gaan aan of een sterk risico met zich meebrengt voor middelenmisbruik en -afhankelijkheid. Deze tekens, signalen of symptomen zijn:

- minder in aantal dan vereist bij de diagnose;
- gedurende een kortere periode aanwezig;
- minder intens en verstorend dan bij een diagnosticeerbare stoornis het geval is (Verstuyf, 2007).

Het moet hoe dan ook duidelijk zijn dat gebruik op erg jonge leeftijd een probleem is.
Uit de focusgroep kwam naar voren dat middelengebruik door jeugdigen die in behandeling zijn bij de jeugdhulp en jeugdbescherming per definitie risicovol is. Experimenteren is voor deze groep riskanter omdat ze doorgaans minder grenzen hebben. Problematisch is het gebruik van jeugdigen (veelal meisjes) met internaliserende problematiek (vergelijk stemmings- of angstproblemen), die middelen gebruiken om 'losser' te worden. Problematisch is ook het gebruik van jeugdigen die te maken hebben met ontwikkelingsproblematiek (bv. mishandeling of misbruik); deze groep kan excessief gebruiken terwijl de onderliggende problematiek niet bekend is. Dit geldt ook voor externaliserende gedragsproblemen als agressiviteit en vernielzucht.

Dit is dan ook het probleem/onderwerp van deze richtlijn: wanneer spreekt men van verslaving of risicovol gebruik van middelen door jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming (hoofdstuk 2), wat zijn de risico- en beschermende factoren voor de ontwikkeling van middelenmisbruik en verslaving (hoofdstuk 3), hoe stel je dat vast (hoofdstuk 4), welke mogelijkheden zijn er op het gebied van de preventie (hoofdstuk 5), welke behandelinterventies kunnen ingezet worden en wat is nodig aan competenties en samenwerking (hoofdstuk 7) om de gevonden oplossingen ook toe te kunnen passen? In het vervolg van deze richtlijn spreken we over

problematisch middelengebruik of problematisch gebruik van middelen wanneer we in algemene zin doelen op verslaving (een middelengebonden stoornis volgens de DSM 5) en risicovol gebruik van middelen.

De richtlijn gaat niet in op gebruik van niet-voorgeschreven medicatie, problematisch internetten, gamen en gokken, omdat de kennis over diagnostiek en behandeling van deze problemen nog onvoldoende is. Bij een eventuele herziening zal zo mogelijk wel op deze thema's worden ingegaan.
Deze richtlijn gaat niet alleen over 'verslaving', oftewel een stoornis in het gebruik van middelen (in dit geval alcohol en drugs), maar ook over het voorstadium hiervan: die mate van middelengebruik waarbij verslaving op de loer ligt. Dit wordt 'risicovol middelengebruik' genoemd. Het betreft die mate van middelengebruik (gerelateerd aan leeftijd en andere factoren) waarbij een jeugdige het risico loopt een verslaving te ontwikkelen of in zijn ontwikkeling verstoord te raken.
Het roken van tabak is sterk verslavend en zeer schadelijk voor de gezondheid. In deze richtlijn wordt roken echter vooral besproken als risicofactor voor andere verslavingen. Uit de literatuur is bekend dat het op zeer jonge leeftijd roken van tabak voorspellend is voor latere problemen met middelen (met name cannabisgebruik). Wanneer jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming starten met roken, moet daarom direct worden ingegrepen.

2.1.1 Normering van gebruik bij jeugdigen

Omdat problematisch middelengebruik onder jeugdigen nog maar relatief kort in de aandacht staat, ontbreken heldere, goed onderbouwde normen voor 'normaal' of risicovol middelengebruik. Afgaande op de huidige wetenschappelijke kennis over de gevolgen van middelengebruik bij jeugdigen zou het aan te bevelen zijn middelengebruik geheel af te raden, zeker bij de voor verslaving kwetsbare doelgroep van de jeugdhulp en jeugdbescherming: bij hen is ieder gebruik risicovol. De kans dat deze aanbevelingen zouden worden opgevolgd is echter klein. Rekening houdend met dit dilemma zijn drempelwaarden vastgesteld (Hendriks et al., 2014). In combinatie met bepaalde motieven en omstandigheden van het gebruik bepalen deze drempelwaarden wanneer het gebruik van alcohol en drugs dermate risicovol is dat verdere diagnostiek en monitoring van het gebruik nodig is. De drempelwaarden zijn tot stand gekomen op basis van praktijkkennis van behandelaren in combinatie met de in het vorige hoofdstuk besproken wetenschappelijke kennis over de risico's en gevolgen van middelengebruik bij jeugdigen. De drempelwaarden zijn vastgesteld voor jongeren vanaf 12 jaar. Onder de leeftijd van 12 jaar is ieder middelengebruik (inclusief roken van tabak) problematisch.
De werkgroep heeft ervoor gekozen om de drempelwaarden die voor jeugdigen in de jeugd-GGZ en jeugd verslavingszorg zijn vastgesteld (Hendriks et al., 2014) over te nemen. Het is niet wenselijk om in twee samenwerkende en deels overlappende werkvelden verschillende drempelwaarden te gebruiken. Daarnaast onderschrijft de werkgroep ook inhoudelijk de gekozen drempelwaarden.

De drempelwaarden zijn in tabel 2.1 uiteengezet, voor kinderen tot en met 12 jaar, voor jongeren van 13 tot en met 15 jaar en jongeren vanaf 16 jaar. Gebruikt de jeugdige deze hoeveelheden in de genoemde frequentie of meer, dan worden de leeftijdsgebonden drempels voor gebruik overschreden. Om te bepalen of nader onderzoek naar het middelengebruik van een jeugdige nodig is, dient - naast de frequentie en hoeveelheid van gebruik - ook te worden nagegaan

wat motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik bij een jeugdige zijn. In Hoofdstuk 4 is beschreven hoe screening en diagnostiek moeten plaatsvinden.

Tabel 2.1 Drempelwaarden voor verdere diagnostiek en behandeling van alcohol en drugs (Hendriks et al, 2014)[4]

Kinderen/adolescenten t/m 12 jaar

- Elk gebruik van alcohol, tabak, cannabis of andere drugs wordt, ongeacht de frequentie en hoeveelheid, als risicovol beschouwd

Adolescenten 13 t/m 15 jaar

Alcohol:

- De jongere heeft op 5 of meer dagen 1-2 glazen alcohol gedronken (vraag 2)
  en/of:
- De jongere heeft op 3 of meer dagen 3 of meer glazen gedronken (optelsom vragen 3+4)
  en/of:

Cannabis:

- De jongere heeft op 3 of meer dagen cannabis gebruikt (vraag 6)
  en/of:

Overige drugs:

- De jongere heeft op 1 of meer dagen andere drugs gebruikt (vraag 7)

Adolescenten 16 jaar en ouder

Alcohol:

- De jongere heeft op 12 of meer dagen 1-2 glazen alcohol gedronken (vraag 2)
  en/of:
- Jongens: de jongere heeft op 9 of meer dagen 3-4 glazen gedronken (vraag 3)
  en/of:
- Jongens: de jongere heeft op 5 of meer dagen 5 of meer glazen gedronken (vraag 4)
- Meisjes: de jongere heeft op 5 of meer dagen 3 of meer glazen gedronken (optelsom vragen 3+4)
  en/of:

Cannabis:

- De jongere heeft op 5 of meer dagen in de maand cannabis gebruikt (vraag 6)

EN/OF

Overige drugs:

- De jongere heeft op 2 of meer dagen andere drugs gebruikt (vraag 7)

4 Het overheidsbeleid is gericht op het terugdringen van alcoholgebruik onder jeugdigen. Hiertoe is de minimumleeftijd voor het kunnen kopen en het in het openbaar bezitten van alcoholische dranken per 1 januari 2014 verhoogd van 16 naar 18 jaar. De (voorlopige) normering van de SMA is bedoeld voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van problematisch alcoholgebruik onder jeugdigen.

Motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik
Naast de mate waarin alcohol en drugs worden gebruikt, is het voor het vaststellen van risicovol middelengebruik van belang dat geïnformeerd wordt naar gerelateerde aspecten die het risico op progressie naar een middelengebonden stoornis verhogen. Typische vragen die hierover in screeningslijsten zijn opgenomen, zijn: of de persoon zich wel eens schuldig heeft gevoeld over zijn/haar gebruik, of een naaste wel eens gezegd heeft dat de betrokkene minder alcohol of drugs zou moeten gebruiken, en of de persoon wel eens alcohol of drugs heeft gebruikt om zich beter over zichzelf te voelen. (Hendriks et al., 2014). Om de ernst van het gebruik te bepalen is het van belang een risico-inventarisatie te maken waarin het middelengebruik een onderdeel is en waarin de volledige context meegenomen wordt: psychische gezondheid, sociaal maatschappelijk functioneren, middelenmisbruik door ouders en dergelijke.

2.1.2 Wat is verslaving of een aan middelen gebonden stoornis?

Voor het vaststellen van een middelengebonden stoornis/verslaving dient de DSM 5 te worden geraadpleegd. De DSM 5 stelt in de definitie van een middelengebonden stoornis dat onaangepast gebruik niet een voldoende criterium is, maar moet samengaan met significante beperkingen veroorzaakt door dat gebruik.

Met betrekking tot de diagnostische criteria voor middelengebonden stoornissen is van belang dat in de DSM 5 belangrijke wijzigingen ten opzichte van de DSM-IV worden aangebracht (zie: *www.dsm5.org*). De criteria voor misbruik en afhankelijkheid zijn samengevoegd in één stoornis, waarbij het misbruik-criterium betreffende justitiële problemen ('herhaaldelijke justitiecontacten in samenhang met het gebruik') is komen te vervallen en craving als criterium aan de definitie is toegevoegd. Van de resulterende elf criteria moet de persoon voldoen aan twee of meer criteria voor een diagnose. Tevens is een ernstdimensie aan de diagnose toegevoegd, waarbij de aanwezigheid van 2-3 criteria een milde stoornis representeert, 4-5 criteria een matig-ernstige stoornis en 6 of meer criteria een ernstige stoornis. Op grond van deze wijzigingen – met name de lagere drempelwaarde voor een diagnose – wordt verwacht dat de DSM 5 geschikter is voor toepassing bij jongeren dan de DSM-IV. Voor het vaststellen van de aanwezigheid van een middelengebonden stoornis wordt daarom, conform de richtlijn ADHD en middelengebruik aanbevolen de DSM 5-criteria te hanteren.

De CAP-J (classificatiesysteem jeugdproblemen) maakt onderscheid tussen 'problematisch gebruik van middelen' en 'aan middelen gebonden stoornissen'.
Problematisch gebruik wordt als volgt beschreven: "Er is sprake van het gebruik van middelen op een zodanige manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan bij een jeugdige, of op een zodanige manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Het problematisch gebruik is niet leeftijdsadequaat, maar moet ook niet verward worden met afhankelijkheid."
Voor de omschrijving van de *aan middelen verbonden stoornissen* verwijst de CAP-J naar de DSM en de CDI: "Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om ervan te

herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk of in de vrije tijd en doorgaan met het gebruik, ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert."

Het problematisch gebruik van alcohol uit zich op een manier dat er bij de jeugdige onder meer sprake is van:
- spijbelen;
- stemmingswisselingen;
- verhoogde prikkelbaarheid;
- controleverlies (motorisch/cognitief);
- liegen;
- onttrekken aan sportactiviteiten;
- ontlopen van niet-gebruikende vrienden;
- 'blind spots' (ofwel perioden waarin ouders niet weten wat de jeugdige doet of waar hij is);
- maken van schulden ten behoeve van het middelengebruik;
- ontwenningsverschijnselen;
- teruglopende schoolprestaties;
- in aanraking komen met de politie;
- crimineel gedrag en gezondheidsproblemen (zoals verminderd gewicht).

Misbruik en dwangmatig gebruik kunnen, naast het bovenstaande, als volgt worden geuit:
- Het middel neemt een centrale plaats in het leven van de jeugdige in en verstoort de leeftijdsadequate ontwikkelingstaken (school, invulling vrije tijd, alledaagse levensverrichtingen).
- De jeugdige heeft onvoldoende invloed op de hoeveelheid en de frequentie van het gebruik.
- Belangrijke volwassenen en leeftijdsgenoten hebben onvoldoende remmende invloed op de gebruikende jeugdige.
- Er is sprake van liegen en bedriegen; de jeugdige liegt omdat hij bang is voor de waarheid of omdat hij zich schaamt voor wat hij heeft gedaan. Ook zal er vaker gelogen worden om geld als het gebruik duurder wordt. Na verloop van tijd wordt dit liegen een patroon waar iemand moeilijk uitkomt. Liegen en bedriegen als vorm van overleven wordt ook wel het junkiesyndroom genoemd.
- De jeugdige is steeds meer op zichzelf gericht en houdt minder rekening met anderen.

2.2 Op wie is deze richtlijn van toepassing?

Deze richtlijn is bedoeld voor de ongeveer 28.000 professionals die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming in de brede zin van het woord: de residentiële en ambulante jeugdhulp, verstandelijk gehandicaptenzorg en de justitiële jeugdinrichtingen (JJI). Vanwege de grote overlap in doelgroep is de richtlijn ook bruikbaar in het speciaal onderwijs.
Voor de jeugdhulp en jeugdbescherming gaat het dan om beroepsgroepen die in het overkoepelende richtlijntraject voor de jeugdhulp en jeugdbescherming betrokken zijn: de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). Omdat de jeugdhulp en jeugdbescherming volop in beweging is en daarmee moeilijk af te bakenen, richt de richtlijn zich primair op deze beroepsgroepen De richtlijn is echter ook

bedoeld voor die instellingen en beroepsgroepen vanuit JGZ en Jeugd-GGZ die nadrukkelijk met jeugdhulp en jeugdbescherming samenwerken.
De richtlijn is van toepassing op jeugdigen binnen zowel ambulante als residentiële sectoren van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Daarbij is nadrukkelijk geen ondergrens in leeftijd aangegeven. Als bovengrens is in principe de leeftijd van 23 jaar vastgelegd, maar die is minder hard dan het lijkt. Zo wordt een uitzondering gemaakt voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die al ouder zijn dan 23 jaar. Daarbij speelt niet zozeer de kalenderleeftijd een rol, maar de ontwikkelingsleeftijd. Dit kan uiteraard ook voor jeugdigen zonder een LVB gelden.

2.3 Waar komt het probleem vandaan?

Middelengebruik is algemeen geaccepteerd in de Nederlandse samenleving. Dat geldt voor alcohol en in mindere mate voor cannabis. Roken wordt steeds minder geaccepteerd, maar nog steeds draagt roken in belangrijke mate bij aan allerlei somatische problemen (kanker, hart- en vaatziekten, ademhalingsproblemen) en daarmee aan een op termijn substantiële vermindering van de kwaliteit van leven.
Experimenteren met middelen 'hoort' bij de jeugd: velen gaan alcohol en cannabis proberen en sommigen proberen ook andere middelen. Voor alcoholgebruik wordt de leeftijd van 16 jaar in de maatschappij steeds meer als minimumleeftijd geaccepteerd en door ouders als norm gesteld [5]. De grenzen tussen experimenteergedrag en risicovol gebruik (zie paragraaf 2.1) zijn, zeker voor kinderen jonger dan 16 jaar, niet eenduidig. Ook voor jongeren tussen de 16 en 23 jaar zijn normen voor risicovol middelengebruik moeilijk vast te stellen. Natuurlijk kan wel gesteld worden dat elk gebruik van middelen tijdens de school/werkweek schadelijk is.
Overigens bestaat er terughoudendheid bij het stellen van psychiatrische diagnoses (waaronder middelengebonden stoornis) bij jeugdigen onder de 18 jaar. Jeugdigen zijn sterk in ontwikkeling en eventuele problemen kunnen ook weer verdwijnen. Echter in uitzonderlijke gevallen worden wel diagnoses conform de DSM wel gesteld bij jeugdigen onder de 18 jaar.

2.3.1 Handelingsverlegenheid en de mogelijke oorzaken ervan

In de voorbereidingsfase van deze richtlijn zijn diverse bijeenkomsten met experts uit het veld belegd om knelpunten met betrekking tot middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming te bespreken. Daaruit kwam ook de term 'handelingsverlegenheid' naar voren. De volgende aspecten dragen bij aan de handelingsverlegenheid:

- De hierboven geconstateerde verwarring over wanneer gebruik niet langer 'normaal experimenteergedrag' is.
- De visie van professionals op gebruik van middelen, en de eigen manier van omgaan met middelen; als voorbeeld werd genoemd het eigen alcohol-, tabak- en cannabisgebruik van medewerkers in de jeugdhulp en jeugdbescherming.
- Het ongrijpbare karakter van het middelengebruik.
- Onvoldoende inzicht in de functie van middelengebruik binnen groepen jeugdigen (peer pressure e.d.) en in de functie ervan als zelfmedicatie bij ADHD, PTSS, etc.

5 Het overheidsbeleid is gericht op het terugdringen van alcoholgebruik onder jeugdigen. Hiertoe is de minimumleeftijd voor het kunnen kopen en het in het openbaar bezitten van alcoholische dranken per 1 januari 2014 verhoogd van 16 naar 18 jaar. De (voorlopige) normering van de SMA is bedoeld voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van problematisch alcoholgebruik onder jeugdigen.

- Het is binnen instellingen moeilijk om effectieve consequenties te verbinden aan gebruik, waardoor er bijvoorbeeld in het ene uiterste geval na een aantal waarschuwingen wordt overgegaan tot verwijdering van de behandelgroep en in het andere uiterste geval al het gebruik wordt gedoogd zonder consequenties.
- In sommige voorzieningen is blowen dermate gangbaar dat handhaving van een drugsvrij milieu een probleem is.
- Er zijn bij jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming veelal andere problemen, zoals agressie, depressie, criminaliteit, complexe gezinsproblematiek, problemen op school en de interactie hiervan met middelengebruik en dergelijke die om de aandacht vragen.

Bovenstaande leidt ertoe dat risicovol middelengebruik en verslaving onvoldoende worden opgemerkt, onvoldoende bespreekbaar worden gemaakt en onvoldoende mee behandeld worden. Het gevolg is een vergroot risico op een zich ontwikkelende verslaving, of anderszins ontwikkelingsbedreigende situaties.

2.4 Hoe onderscheidt zich dit probleem van andere problemen?

Veel klachten die ontstaan door middelengebruik kunnen ook door psychische problemen worden veroorzaakt en omgekeerd. Er is in die gevallen vaak een wisselwerking tussen de psychische problemen en het middelengebruik. Kennis hierover maakt het mogelijk beter en eerder middelenproblematiek te signaleren. Middelengebruik kan ook psychische problemen maskeren. Hieronder volgt een beschrijving van veelvoorkomende klachten bij jeugdigen waarbij niet direct is te herleiden of psychische problemen, middelengebruik of beide de oorzaak zijn.

Angstigheid

Middelengebruik kan angst- of depressieve klachten veroorzaken. Een voorbeeld is het gebruik van cannabis, dat verkeerd kan vallen bij iemand die al niet goed in zijn vel zit, of niet goed voorbereid is op de effecten. De gebruiker krijgt dan last van angst, somberheid en/of paniek. Dit kan samengaan met misselijkheid, flauwvallen en andere lichamelijke klachten. Na een dergelijke ervaring kan iemand nog dagen of weken last houden van angstklachten, concentratieproblemen en andere klachten (Trimbos-instituut, 2013). Middelengebruik kan ook een bestaande angststoornis maskeren, of juist verergeren (Snoek, Wits & Meulders, 2012). Er zijn verschillende typen angstklachten te onderscheiden die zich kunnen voordoen bij problematisch middelengebruik, waarbij géén sprake is van een angststoornis. Dit zijn angstklachten:

- als gevolg van het gebruik van middelen, bijvoorbeeld bij hallucinaties;
- als gevolg van ontwenning van middelen, bijvoorbeeld paniekaanvallen;
- na detoxificatie, vanwege gebrekkige copingvaardigheden in moeilijke situaties.

Dit zijn dus geen symptomen van een angststoornis, hoewel zij daar lastig van te onderscheiden zijn. Zij gaan soms over na een periode van abstinentie, behandeling of het aanleren van copingstrategieën (Snoek et al., 2012).

Depressiviteit
Depressie en middelengebruik komen vaak samen voor. Deze associatie wordt meestal verklaard door een causale relatie (stemmingsklachten worden veroorzaakt door middelengebruik, of omgekeerd) of door de aanwezigheid van gedeelde oorzakelijke factoren die ten grondslag liggen aan beide stoornissen (Swendsen & Merinkangas, 2000).

Aandachtsproblemen en Hyperactiviteit/Impulsiviteit
Kinderen en jongeren lopen een groter risico op het ontwikkelen van verslavingsproblemen (van Emmerik-van Oortmerssen, Van de Glind, Van den Brink, Smit, Crunelle et al., 2012; Van de Glind et al., 2014). Middelen worden door personen met ADHD vaak gebruikt om hinderende ADHD-symptomen te onderdrukken. Gebruik van nicotine, cocaïne, amfetamines en andere stimulerende producten kan helpen om helder te denken, beter op iets focussen, beter te presteren en om een positiever gevoel te krijgen (Rosiers, De Donder, Geirnaert, Van Havere & Van Peteghem, 2004). Bij de diagnostiek van zowel ADHD als middelengebruik kan overlap van symptomen een rol spelen (Wilens, 2006). Middelengebruik of onthoudingssymptomen kunnen symptomen (zoals ongeconcentreerdheid, bewegingsonrust, e.d.) van ADHD uitlokken (Haney, Ward, Comer, Foltin & Fischman, 1999; Jellinek, 2013; Rosiers et al., 2004). Maar middelengebruik kan ADHD-symptomen ook juist maskeren (onrust ten gevolge van ADHD is minder zichtbaar door bijvoorbeeld cannabisgebruik).
Voor zorgvuldige diagnostiek en behandeling van ADHD en middelengebruik bij jongeren wordt verwezen naar de richtlijn over dit onderwerp (Hendriks et al., 2014).

Denkproblemen (bijvoorbeeld ‘vreemde’ gedachten)
In tal van onderzoeken wordt het gebruik van cannabis in verband gebracht met het optreden van psychotische symptomen en psychotische stoornissen. Het gaat daarbij grofweg om drie mogelijke uitkomsten (Niesink & Van Laar, 2012):
- incidentie van acute psychotische symptomen en kortdurende psychosen(intoxicatie);
- incidentie (en handhaven en vervroegen) van chronische psychotische symptomen en stoornissen, zoals schizofrenie;
- verergeren van symptomen in mensen met een bestaande psychotische aandoening, en het negatief beïnvloeden van het beloop van de ziekte.

Onderzoeken, gebaseerd op surveys in de algemene bevolking of subpopulaties van cannabisgebruikers, case-reports en registratiegegevens, suggereren dat cannabis in hoge doseringen acute en kortdurende psychotische reacties kan uitlokken, zowel in ‘gezonde’ gebruikers als mensen met een bepaalde predispositie voor psychosen (D'Souza 2007; D'Souza, Sewell & Ranganathan, 2009; Barkus & Murray, 2010). Cannabis wordt echter ook vaker gebruikt door patiënten met een bestaande psychotische stoornis. Dat geldt ook voor het gebruik van alcohol en andere middelen. Deze patiënten zeggen cannabis te gebruiken voor het versterken van positieve emoties, ontspanning, verbeteren van de (sombere) stemming, en om de sociale interactie te versterken (Dekker et al., 2009).

Samengevat dient zowel bij angstklachten, stemmingsklachten, aandachtsproblemen, hyperactiviteit/impulsiviteit en denkproblemen aandacht te worden besteed aan het

middelengebruik van een jeugdige om de achterliggende oorzaak te kunnen bepalen. Kennis over de aard en oorzaak van de klachten en van eventueel middelengebruik is nodig om de klachten te verhelpen en om ernstiger problemen te voorkomen.

2.5 Prevalentie middelengebruik

Kerncijfers middelengebruik scholieren

Het Trimbos-instituut voert in samenwerking met de GGD-en elke vier jaar het Peilstation-onderzoek uit onder leerlingen van het regulier onderwijs. Het is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder scholieren in groep zeven en acht van het basisonderwijs en scholieren in alle klassen van het voortgezet onderwijs. De navolgende gegevens gaan over de situatie in 2011 (Verdurmen et al., 2012). Daarnaast neemt het Trimbos-instituut, samen met het Sociaal en Cultureel Planbureau en de Universiteit Utrecht deel aan het internationale Health Behaviour in School-aged Children onderzoek naar de gezondheid en het welzijn van schoolgaande jeugdigen tussen 11 en 16 jaar in Nederland. De meest recente cijfers dateren van 2009 (Van Dorsselaer et al., 2011).

2.5.1 Roken van tabak

De gemiddelde leeftijd waarop jeugdigen starten met roken is 12,8 jaar, de gemiddelde leeftijd waarop scholieren dagelijks gaan roken is 13,7 jaar.

Tabel 2.5.1.1 Lifetime-prevalentie van roken naar onderwijstype, leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
BO	5,3	3,9	7,3	2,8	1,7	4,7	4,1	3,0	5,6
12 jaar	15,3	11,5	19,9	6,8	5,0	9,2	11,0	8,7	13,8
13 jaar	23,3	19,9	27,2	18,6	15,3	22,3	21,0	18,1	24,1
14 jaar	34,4	30,8	38,2	32,2	27,8	36,9	33,4	30,3	36,7
15 jaar	47,2	43,0	51,4	45,8	40,7	51,0	46,5	42,9	50,1
16 jaar	55,5	50,7	60,3	54,6	48,2	60,8	55,1	50,8	59,4
17-18 jr	55,5	48,3	62,5	54,5	45,9	62,9	55,0	49,6	60,3
Tot VO	37,6	34,8	40,6	34,1	30,9	37,4	35,9	33,3	38,6

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 3.1 Peilstationonderzoek 2011

In het basisonderwijs (BO) heeft 4%, dat wel zeggen één op 25 leerlingen, ooit gerookt. In het voortgezet onderwijs (VO) heeft 36% ooit gerookt. Op 12-jarige leeftijd heeft één op de tien leerlingen gerookt en op 16-jarige leeftijd heeft meer dan de helft (55%) tenminste één maal gerookt.

In het BO heeft vrijwel niemand in de afgelopen maand gerookt (0,6%) en bijna één op de vijf scholieren in het VO rookte in de afgelopen maand. Onder de 12-jarigen gaat het om 4% en onder de 16-jarigen in het voortgezet onderwijs (VO) is het bijna een derde (32%).

Als het gaat om dagelijks roken geeft niemand van de scholieren in het BO aan dat ze dat dagelijks doen. Van de scholieren in het VO zegt 7% dagelijks te roken. Onder de 12- en 13-jarigen zijn er nauwelijks dagelijks rokers (<2%), bij de 14-jarigen is dit aantal opgelopen tot 5% en bij de 17- en 18-jarigen gaat het om 15%.

Tabel 2.5.1.2 Dagelijks roken naar onderwijstype, leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
BO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 jaar	0,8	0,3	2,2	0,2	0,0	1,2	0,5	0,2	1,2
13 jaar	2,3	1,2	4,5	1,4	0,6	3,0	1,9	1,2	3,0
14 jaar	6,2	4,5	8,3	4,6	3,1	6,8	5,4	4,1	7,1
15 jaar	11,3	8,9	14,2	8,3	6,1	11,2	9,8	7,9	12,0
16 jaar	15,3	12,0	19,5	14,6	10,8	19,4	15,0	12,0	18,5
17-18 jr	19,2	14,3	25,2	12,1	8,3	17,2	15,7	11,9	20,3
Tot VO	8,5	7,2	10,0	6,3	5,1	7,8	7,4	6,4	8,6

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 3.3 Peilstationonderzoek 2011

2.5.2 Alcoholgebruik

De gemiddelde leeftijd waarop scholieren voor het eerst alcohol hebben gedronken is 13,1 jaar, tien% zegt 11 jaar of jonger geweest te zijn toen ze voor het eerst wat dronken.

Tabel 2.5.2.1 Lifetime-prevalentie van alcoholgebruik naar onderwijstype, leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
BO	25,0	20,0	30,7	13,4	10,8	16,6	19,3	15,8	23,4
12 jaar	43,3	37,5	49,4	27,7	23,8	32,0	35,4	31,5	39,6
13 jaar	57,2	52,5	61,7	49,6	45,1	54,2	53,4	49,7	57,1
14 jaar	70,9	67,3	74,3	67,3	63,2	71,2	69,2	66,0	72,3
15 jaar	82,9	78,8	86,3	83,3	80,2	86,0	83,1	80,2	85,6
16 jaar	89,3	85,9	91,9	90,3	86,7	92,9	89,7	87,0	91,9
17-18 jr	93,4	88,5	96,3	93,4	89,0	96,1	93,4	89,6	95,8
Tot VO	72,0	68,9	74,9	67,2	63,4	70,8	69,7	66,5	72,6

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 4.1 Peilstationonderzoek 2011

De gemiddelde leeftijd waarop scholieren wekelijks alcohol gaan drinken is 14,9 jaar.
De gemiddelde leeftijd waarop ze voor het eerst dronken worden is 14,5 jaar.
In het BO heeft een vijfde van de scholieren (19%) al eens gedronken en bij de leerlingen van het VO gaat het om 70%. Op 12-jarige leeftijd heeft een derde van de VO-leerlingen gerookt en

op 15-jarige leeftijd heeft 83% tenminste eenmaal alcohol gedronken. Boven de 15 jaar stijgt dit percentage licht verder.
In het BO heeft één op de twintig scholieren in de afgelopen maand alcohol gedronken (5%) en vier op de tien scholieren (43%) in het VO deden dat ook in de afgelopen maand. Twee procent van de BS-scholieren is ooit dronken of aangeschoten geweest. Van de leerlingen van het VO is vier op de tien (39%) ten minste eenmaal dronken of aangeschoten geweest. Het percentage neemt sterk toe met de leeftijd tot op 17–18-jarige leeftijd is 79% wel eens dronken of aangeschoten geweest.

Tabel 2.5.2.2 Lifetime-prevalentie van dronkenschap naar onderwijstype, leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
BO	3,2	2,2	4,7	1,3	0,7	2,4	2,3	1,7	3,1
12 jaar	8,7	6,0	12,4	4,5	3,0	6,9	6,6	4,8	8,9
13 jaar	15,3	12,5	18,5	15,3	12,7	18,3	15,3	13,3	17,5
14 jaar	28,5	24,8	32,5	30,8	26,5	35,5	29,6	26,5	32,9
15 jaar	53,3	48,6	57,9	52,4	47,5	57,2	52,8	49,1	56,6
16 jaar	71,8	67,0	76,2	66,9	62,3	71,2	69,5	65,6	73,1
17-18 jr	82,9	77,8	86,9	74,9	66,0	82,1	79,0	73,5	83,6
Tot VO	40,6	36,8	44,5	38,2	34,2	42,3	39,4	35,8	43,2

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 4.3 Peilstationonderzoek 2011

2.5.3 Cannabisgebruik

De gemiddelde leeftijd waarop scholieren gaan blowen, ligt op 14,3 jaar. Eén op de twintig leerlingen heeft op 13-jarige leeftijd of eerder geblowd.

Tabel 2.5.3.1 Lifetime-prevalentie van cannabisgebruik naar onderwijstype, leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
BO	0,5	0,1	2,1	0,1	0,0	0,6	0,3	0,1	1,0
12 jaar	1,5	0,8	2,8	0,8	0,3	1,9	1,2	0,7	1,9
13 jaar	7,2	5,5	9,3	4,3	3,0	6,2	5,8	4,6	7,2
14 jaar	13,0	10,2	16,4	7,7	5,4	10,9	10,6	8,4	13,2
15 jaar	25,4	21,3	29,9	17,2	14,1	20,7	21,3	18,6	24,3
16 jaar	38,3	32,9	44,0	25,9	20,9	31,7	32,5	27,9	37,4
17-18 jr	51,0	45,6	56,3	38,0	31,6	44,9	44,6	39,4	49,9
Tot VO	20,7	18,0	23,7	13,9	11,8	16,3	17,4	15,2	19,9

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 5.1 Peilstationonderzoek 2011

In het BO heeft vrijwel geen enkele leerling (0,3%) ervaring met het gebruik van cannabis. In het VO heeft één op de zes (17%) ooit cannabis gebruikt. Onder 12-jarigen heeft 1% ervaring met cannabis en onder 17- en 18-jarigen bedraagt dit percentage ongeveer de helft voor de jongens en een derde voor de meisjes.
Acht procent van de scholieren in het VO heeft in de maand voorafgaand aan de meting hasj of wiet gebruikt: 3% onder de 13-jarigen en 13% (jongens) en 8% (meisjes) onder de 15-jarigen tot 26% onder de 17-18-jarige jongens en 9% onder de 17-18-jarige meisjes.

Tabel 2.5.3.2 Maandprevalentie van cannabisgebruik naar onderwijstype, leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
12 jaar	0,2	0,0	1,3	0,3	0,1	1,2	0,2	0,1	0,8
13 jaar	3,3	2,3	4,8	2,4	1,4	4,1	2,9	2,0	4,0
14 jaar	5,0	3,6	7,0	2,8	1,8	4,6	4,0	3,0	5,4
15 jaar	12,5	9,8	15,7	7,6	5,8	10,0	10,1	8,3	12,1
16 jaar	22,4	18,0	27,5	8,3	6,0	11,3	15,7	12,8	19,1
17-18 jr	26,1	21,5	31,4	9,4	6,0	14,5	17,9	14,5	21,9
Tot VO	10,5	8,8	12,3	4,8	4,0	5,9	7,7	6,6	9,0

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 5.2 Peilstationonderzoek 2011

Zeer frequent blowen (meer dan tien maal in een maand) gebeurt weinig: 1% van de scholieren en 3% van de 16-jarigen.

2.5.4 Gebruik harddrugs en hallucinogene paddenstoelen

Bijna één op de 25 scholieren (3,5%) heeft ooit XTC, amfetamine, cocaïne of heroïne gebruikt. Met GHB hebben zeer weinig leerlingen ervaring (0,5%).

Tabel 2.5.4.1 Lifetime-prevalentie van enige harddrug (XTC, amfetamine, cocaïne en heroïne) in het voortgezet onderwijs naar leeftijd[1] en geslacht (%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
12 jaar	1,1	0,5	2,6	0,9	0,3	2,5	1,0	0,5	1,9
13 jaar	1,6	0,9	3,0	1,8	1,0	3,0	1,7	1,1	2,5
14 jaar	2,4	1,5	3,8	1,8	1,1	3,0	2,1	1,5	3,0
15 jaar	5,0	3,5	7,0	3,6	2,6	5,1	4,3	3,3	5,5
16 jaar	6,8	4,7	9,7	3,7	2,3	6,0	5,3	4,0	7,2
17-18 jr	11,7	8,4	16,2	5,7	3,4	9,2	8,8	6,5	11,7
Tot VO	4,3	3,4	5,3	2,7	2,2	3,5	3,5	2,9	4,2

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 6.37 Peilstationonderzoek 2011

Van alle scholieren heeft 1,6% in de afgelopen maand één van de genoemde middelen gebruikt. Scholieren tot en met 14 jaar hebben nauwelijks ervaring met het gebruik van harddrugs of paddo's. Vanaf 15 jaar is er een geleidelijke toename.

Tabel 2.5.4.2 Maandprevalentie van enige harddrug (XTC, amfetamine, cocaïne en heroïne) in het voortgezet onderwijs naar leeftijd[1] en geslacht(%, betrouwbaarheidsinterval)[2]

	Jongens			Meisjes			Totaal		
	%	95% BI		%	95% BI		%	95% BI	
12 jaar	0,7	0,2	2,2	0,7	0,2	2,4	0,7	0,3	1,6
13 jaar	0,9	0,5	1,9	1,3	0,7	2,4	1,1	0,7	1,7
14 jaar	1,1	0,6	2,0	0,4	0,1	1,3	0,8	0,5	1,4
15 jaar	1,8	1,1	3,1	1,7	1,0	2,9	1,8	1,2	2,6
16 jaar	3,9	2,4	6,3	1,3	0,6	2,8	2,7	1,8	4,0
17-18 jr	3,9	2,0	7,3	2,0	0,8	5,1	3,0	1,8	4,8
Tot VO	1,9	1,4	2,5	1,2	0,8	1,7	1,6	1,2	2,0

1 Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jeugdigen, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18-jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus
2 Tabel 6.38 Peilstationonderzoek 2011

2.5.5 Gebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming, inclusief speciaal onderwijs

Jeugdigen in de jeugdhulp, jeugdbescherming en speciaal onderwijs zijn ontvankelijk voor overmatig middelengebruik, zo blijkt uit de eerste resultaten (uit 2011) van het Explore onderzoek (Kepper et al., 2011), dat binnen het programma 'Risicogedrag en afhankelijkheid' door ZonMw wordt gefinancierd, en werd uitgevoerd onder 531 jeugdigen in de residentiële jeugdhulp, 603 jeugdigen in het speciaal onderwijs voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen, 1905 jeugdigen in het speciaal onderwijs voor leerlingen met leerproblemen, en 2637 leerlingen uit het regulier onderwijs. Van de jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming heeft 33% van de 12- en 13-jarigen al eens geblowd. In het speciaal onderwijs voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen – de vroegere ZMOK-scholen – is dat 20%. Ter vergelijking: in het regulier onderwijs geldt dat voor slechts 4%. Het Peilstationonderzoek 2011 (Verdurmen, Monshouwer, Van Dorsselaer, Lokman, Vermeulen-Smit et al., 2012) komt tot de 1,2% (12 jaar) en 5,8% (13 jaar).

Bijna een kwart van deze leeftijdsgroep in de jeugdhulp en jeugdbescherming rookt dagelijks sigaretten. Buiten de jeugdhulp en jeugdbescherming geldt dat voor maar zo'n 1% van de 12- en 13-jarigen. Het Peilstationonderzoek 2011 (Verdurmen et al., 2012) komt tot 0,5% (12 jaar) en 1,9% (13 jaar).

Uit onderzoek van Van Laar & Van Ooyen-Houben (2009) blijkt dat onder Amsterdamse jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming cannabisgebruik veruit het meest voorkomt, vergeleken met andere middelen.

Tabel 2.5.5.1 Prevalentie van middelengebruik onder diverse groepen probleemjongeren

Groep	Middel	Actuele gebruikers
Jongeren in de jeugdhulp en jeugdbescherming, gemiddeld 17 jaar, Amsterdam, 2006	Cannabis	45%
	Ecstasy	2%
	Snuifcoke	2%
	Amfetamine	1%
	Crack	1%
	Heroïne	0%

Ter vergelijking: In het Peilstationonderzoek 2011 gaat het om 17,9% van de 17-18-jarigen die in de laatste maand cannabis gebruikt hebben. Wat betreft het harddruggebruik zijn er geen (grote) verschillen tussen leerlingen van de reguliere scholen en de jongeren in de JZ.

Gebruik in Jeugdverslavingszorg

Jeugdigen met een hulpvraag bij de verslavingszorg hebben vaak problemen met diverse middelen en hebben vaak ook secundaire problematiek. Uit LADIS-gegevens (IVZ, 2011) blijkt dat in 2008 ongeveer 7.000 jeugdigen hulp hebben gezocht bij de verslavingszorg. De primaire problematiek betreft vooral cannabis en alcohol. Dikwijls is er sprake van problemen met meer middelen. Naarmate de leeftijd stijgt, lijkt de complexiteit toe te nemen. Het LADIS maakt onderscheid tussen jeugdigen t/m 18 jaar, en jongeren van 19 t/m 24 jaar. Bij de groep t/m 18 jaar is er bij 42% sprake van één of meer middelen die naast de als 'probleemmiddel' aangeduide stof worden gebruikt. Bij de groep 19 t/m 24 jaar ligt dit hoger, namelijk 53%. De vraag naar hulp bij cocaïne- en amfetaminegebruik gaat nog vaker samen met secundaire problematiek. Bij cannabis komt in vergelijking met andere middelen secundaire problematiek minder vaak voor.

Gebruik in Justitiële jeugdhulp

Bij jeugdigen in detentie is, voorafgaand aan de inbewaringstelling, sprake van een hoog (59%) percentage actuele cannabisgebruikers. In de evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009) is ook gekeken naar prevalentie van actueel drugsgebruik onder jeugdigen in detentie, voorafgaand aan de inbewaringstelling. Hieruit bleek dat vooral cannabisgebruik onder jeugdigen in detentie veel voorkomt, in vergelijking met volwassenen (33%, cijfers over het jaar 2006), en in vergelijking met scholieren in het algemeen.

Tabel 2.5.5.2 Prevalentie van drugsgebruik onder jongeren in detentie, voorafgaand aan de in bewaringstelling

Groep	Middel	Actuele gebruikers
Jongeren 14-17 jaar, gedetineerd in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht 2002/2003, in de maand voorafgaand aan detentie	Cannabis	59%
	Ecstasy	9%
	Snuifcoke	6%
	Amfetamine	3%
	Crack	2%
	Heroïne	0,5 %

Bron: Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009

Ook uit cijfers over jongens in Justitiële Jeugd Instellingen (JJI's) blijkt dat het gebruik van tabak, alcohol en drugs onder delinquente jeugd relatief hoog is (Kepper et al., 2009b). Het gaat hierbij deels om gebruik voorafgaand aan de inbewaringstelling (maandprevalentie) en deels om het gebruik tijdens detentieperiode (tijdens verlof of binnen de JJI). De verschillen met het gebruik onder scholieren uit het regulier onderwijs zijn groot, met name bij de jongste leeftijdsgroepen en wat betreft roken en cannabisgebruik. Wat betreft het alcoholgebruik hebben meer jongens vanaf 15 jaar uit het reguliere onderwijs gedronken in de voorafgaande maand dan de JJI-jongeren in dezelfde leeftijdgroepen.

Tabel 2.5.5.3 Prevalentie van middelengebruik in de maand voorafgaand aan detentie door jongens in JJI's (2009) en maandprevalentie Peilstationonderzoek 2011.

Groep	Middel	Percentage middelengebruik				
Jongens, 13-18 jaar in 10 JJI's		13 jr	14 jr	15 jr	16 jr	17-18 jr
	Cannabis	58%		83%		89%
	Ecstasy	46%		67%		79%
	Snuifcoke	54%		62%		70%
Jongens, 13 – 18 jaar regulier voortgezet onderwijs	Amfetamine	9%	15%	27%	32%	33%
	Crack	19%	32%	58%	78%	84%
	Heroïne	3%	5%	13%	22%	26%

Tabel 2.5.5.4 Prevalentie van middelengebruik tijdens detentie door jongens in JJI's.

Groep	Middel	Actuele gebruikers
Jongens, 13-18 jaar in 10 JJI's	Alcohol	33%
	Cannabis	65%
	XTC	5%
	Cocaïne	4%
	Paddo's	2%
	Amfetamine	3%
	Heroïne	0%
	Crack	1%
	LSD	1%
	GHB	2%
	Minimaal 1 harddrug	6%
	Zowel cannabis als minimaal 1 harddrug	6%

Bron: Kepper et al., 2009b

Bijna de helft van deze jeugdigen met een hulpvraag bij de verslavingszorg zijn ook in contact geweest met justitie; 42% van de jeugdigen tot en met 18 jaar en 46% van de jongeren van 19 tot en met 24 jaar (IVZ, 2011).

Uit het voorgaande komt naar voren dat het gebruik van middelen bij cliënten van de uiteenlopende settings van de JZ frequent voorkomt en doorgaans (veel) hoger ligt dan bij jongeren die het reguliere onderwijs volgen. Daarom is het bij deze extra kwetsbare groep

jongeren van belang om aandacht te besteden aan middelengebruik. Er zal in contact met de jeugdige altijd gevraagd moeten worden naar het gebruik van middelen omdat de kans groot is dat de jeugdige daadwerkelijk middelen gebruikt en dat bovendien de kans groot is dat het om problematisch middelen gebruik gaat.

2.6 Conclusie

Concluderend kan het volgende opgemerkt worden:

- Er zijn geen harde normen beschikbaar voor het onderscheiden van problematische gebruik en een aan middelengebonden stoornis, behalve DSM 5-criteria.
- Voor het vaststellen van risicovol middelengebruik dienen gegevens te worden gecombineerd over leeftijd, hoeveelheid en frequentie van gebruik, en motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik.
- Voor het vaststellen van verslaving dienen de DSM 5-criteria te worden gehanteerd.
- De ernst of het stadium van gebruik kan niet vastgesteld worden bij een jeugdige zonder de volledige context en de functie van gebruik mee te 'wegen'.
- Om de ernst van het gebruik te bepalen is het van belang een risico-inventarisatie te maken waarin het middelengebruik een onderdeel is en waarin de volledige context meegenomen wordt: psychische gezondheid, sociaal maatschappelijk functioneren, middelenmisbruik door ouders en dergelijke.

Hoofdstuk 3

Risicofactoren en gedragsmodel

Uitgangsvraag:

1.3. Welke risico- (met daarbij comorbiditeit) en beschermende factoren voor ontwikkeling van middelenmisbruik en –afhankelijkheid, dienen bij professionals binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming bekend te zijn en hoe kunnen zij deze factoren bij de individuele cliënt opsporen (Hoofdstuk 4)?

Kernaanbeveling:
Stel vanaf het allereerste contact en gedurende de behandeling bij iedere jeugdige middelengebruik structureel aan de orde. Besteed extra aandacht aan jeugdigen die in aanraking komen of zijn geweest met institutionele zorg. Het middelengebruik in deze settings kan leiden tot middelenmisbruik bij deze jeugdigen.

Voor dit hoofdstuk is van diverse bronnen gebruik gemaakt. Daarbij is nadrukkelijk geput uit de volgende 3 publicaties:

- Kwetsbare Groepen (Snoek, Wits, van der Stel, & Mheen, 2010a);
- Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. Addendum bij de MDR Angststoornissen. Versie 1.0. (Snoek et al.,2012);
- Theoretische handleiding Stay-a-way. Gedragsinterventie voor jeugdige delinquenten met risicovol middelengebruik. (Wits et al., 2011).

3.1 Jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming: een kwetsbare doelgroep

De overheid heeft onlangs de minimumleeftijd waarop er alcohol aan jeugdigen mag worden verkocht verhoogd naar 18 jaar. Dit is een indicatie van de gezondheidsrisico's die er verbonden zijn aan gebruik van middelen.
Er blijken talloze risico- en beschermende factoren een rol te spelen bij de ontwikkeling van het middelengebruik van een jeugdige. Bij de doelgroep van de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn de risicofactoren voor problematisch middelengebruik in ruime mate aanwezig, waarbij risicofactoren en problemen elkaar onderling versterken. Bekende risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik zijn onder meer (Snoek et al., 2010a; Low, Dugas, O'Loughlin, Rodriguez, Contreras et al., 2012):

- gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit;
- oppositioneel opstandig of antisociaal gedrag;
- andere psychische problemen zoals angst, traumatisering en depressie;
- licht verstandelijke beperking (LVB).
- op jonge leeftijd (aan begin van adolescentie of eerder) starten met roken;
- disfunctionerend gezin;
- verslaafde ouder(s) of broers/zussen;
- invloed van leeftijdgenoten;
- contact hebben (gehad) met institutionele zorg[6];

6 Deze samenhang heeft te maken met de kwetsbaarheid van de doelgroep: kinderen die in aanraking komen met institutionele zorg lopen een groter risico op middelenproblematiek vanwege de aanwezigheid van risicofactoren hiervoor. Maar het in aanraking komen met middelengebruik in deze settingen leidt wellicht ook tot middelengebruik bij deze kwetsbare jongeren.

- schoolgerelateerde problemen;
- armoede;
- gebrekkige sociale controle;
- negatieve life-events (verhuizing, scheiding, verlies van ouder, etc);
- trauma.

Deze factoren hangen op een complexe manier met elkaar samen. Middelengebruik kan de aanwezige risicofactoren bovendien versterken. Het cumulatieve-risicomodel (Hermanns, 2009) gaat ervan uit dat problemen vooral ontstaan als er meer risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn. Uit talloze studies blijkt dat de cumulatie van risico's de kansen op allerlei problemen aanzienlijk verhoogt. Bij vier risicokenmerken vertienvoudigt de kans op het ontstaan van problemen. De achterliggende theorie van het *cumulatieve risicomode*l wat betreft opvoeden en opgroeien is dat een teveel aan stressoren leidt tot een ontregeling van de zelfregulatie van gezinsleden (vooral bij de ouders) en het gezin als geheel (Hermanns, 2009).

Snoek et al (2010b) onderscheiden de volgende niveaus of domeinen bij de risico- en beschermende factoren:
- persoonlijk niveau: genen, persoonlijkheidskenmerken, psychische problemen en gedragsproblemen, gender, culturele/religieuze achtergrond;
- directe leefomgeving: ouders/gezin, leeftijdgenoten;
- institutionele leefomgeving: instituties, school;
- brede sociale omgeving: maatschappelijke context.

Per niveau of domein worden de risicofactoren én de beschermende en bevorderende factoren gemeld. Snoek et al (2010b) wijzen er overigens op dat de niveaus/domeinen niet duidelijk af te bakenen zijn en dat de processen op het ene niveau of domein sterk met die op het andere zijn gerelateerd. Vaak leiden ze in combinatie tot een verhoogd risico. Ook is er soms een verschil in risico tussen jongens en meisjes en tussen etnische groepen. Verder is er de 'kip of ei' vraag; wat veroorzaakt wat?

In onderstaande tabel zijn de diverse risico- en bevorderende factoren weergegeven. Ze zijn onderverdeeld in de vier genoemde niveaus (persoonlijk, directe leefomgeving, institutionele leefomgeving en brede sociale omgeving) en deze niveaus zijn weer onderverdeeld in subcategorieën. In de tabel is waar mogelijk een specificatie gegeven van de risico- en bevorderende factoren. Met de term 'algemeen' wordt aangegeven dat een bepaalde subcategorie in zijn algemeenheid een risicofactor vormt. Bijvoorbeeld een psychisch probleem van welke aard dan ook is een risicofactor. In de tabel is dan wel verder gespecificeerd welke psychische problemen expliciet als risicofactor worden genoemd in de literatuur.

Tabel 3.1 Risico- en bevorderende factoren op de ontwikkeling van het middelengebruik van jeugdigen

Domein/niveau	Risicofactor	Bevorderend
Persoonlijk niveau		
genen/erfelijkheid/ aangeboren	- algemeen - gebruik zwangerschap	
hersenafwijkingen	- diverse	
persoonlijkheidskenmerk	- impulsiviteit - intentie gebruik - angstgevoeligheid - hulpeloosheid - lage eigenwaarde - sensatie zoekend - nieuwsgierigheid - gevoelig voor genot - ongevoelig voor beloning	- hoge mate zelfcontrole - hoog gevoel van eigenwaarde - weerbaarheid
psychisch probleem	- algemeen - depressie - angststoornis - chronische stress - gedragsproblemen - delinquent gedrag - ADHD - eetstoornissen - psychose	
cognitief functioneren	- laag	
gedragsprobleem	- algemeen - delinquent gedrag (op jonge leeftijd) - vroege seksuele ervaringen	
geslacht	- jongens - meisjes	
opleidingsniveau	- laag	
culturele achtergrond	- wisselend - Surinaams	- religie - houding ouders (regels)
gebruik andere middelen	- middelen - roken (m.n. voor 12e jaar) - cannabis gebruik op jonge leeftijd	
Directe leefomgeving		
ouders/gezin	- problemen in gezin - misbruik/geweld - gebrek aan toezicht - gebruik ouders/broers en zussen - acceptatie gebruik - gebrek aan regels - opvoedstijl - financiële problemen - negatieve life-events: scheiding, verlies ouder, dakloosheid of vaak verhuizen	- sociale controle - betrokken opvoedstijl - (huis)regels - goede sfeer in huis
leeftijdgenoten	- gebruik leeftijdgenoten - attitude leeftijdgenoten - acceptatie	- goede zelfregulatie

Domein/niveau	Risicofactor	Bevorderend
Institutionele omgeving		
instituties (tehuizen, e.d.)	- algemeen - residentiële zorg - in (justitiële) instelling	- goede kwaliteit zorg
school	- schoolverlater - beschikbaarheid - onveiligheid - spijbelen, e.d. - lage prestaties - speciaal onderwijs - laag schoolniveau	- sociale controle - veiligheid - goede schoolprestaties - beleid t.a.v. middelen
Sociale omgeving		
economische status	- lage SES	
buurtkenmerken	- probleemwijk - rijke buurt - platteland - kleinere steden	- sociale controle
beschikbaarheid middel	- beschikbaarheid van middelen	
prijs middel	- laag	
reclame voor middel	- alcoholreclame	
wettelijke regels	- geen naleving	

3.1.1 Persoonsgebonden factoren

Genetische, erfelijke en perinatale factoren

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat allerlei factoren die samenhangen met verschillen in temperament zoals concentratievermogen, sensation-seeking behaviour en zelfcontrole, een erfelijke component hebben. De laatstgenoemde twee factoren spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van risicovol middelengebruik en bijvoorbeeld ook delinquent gedrag (Van der Heiden-Attema & Bol, 2000). Ook intelligentie is een in dit verband belangrijke, deels aangeboren eigenschap. Echter, de mate waarin genetische kenmerken tot uiting komen en van invloed zijn op delinquent gedrag en verslavingsproblematiek (al dan niet aangeboren), is sterk afhankelijk van de sociale context (Boomsma, De Geus, Van Baal & Koopmans, 1999; Dick et al., 2009).
Bij het ontstaan of in stand blijven van gedrag zijn verschillende typen biologische factoren aan te wijzen: niet alleen genetische (aangeboren) invloeden, maar bijvoorbeeld ook perinatale gebeurtenissen en hormonale factoren. Hieronder wordt ingegaan op de meest onderzochte biologische factor: genetische aanleg. Ook wordt de invloed van middelen op het zich ontwikkelende brein beschreven.

Hersenafwijkingen

Stoornissen in het beloningssysteem in de hersenen veroorzaken een verhoogde kwetsbaarheid voor verslaving (Van de Wetering, Franken, & Van den Brink, 2009). Voor zover nu bekend, wordt afhankelijkheid/verslaving of de kwetsbaarheid om deze aandoening te ontwikkelen mede beïnvloed door het type genen dat we van onze ouders erven. Onderzoek naar biologische risicofactoren wordt uitgevoerd door middel van tweelingstudies, familiestudies en adoptiestudies. Uit dit soort onderzoek (Ball & Collier, 2004; Hopfer, Hewitt & Crowley, 2003;

Liu et al., 2004; Pomerleau, 1995; Rhee et al., 2003; Swan, 1999; True et al., 1997) blijkt dat erfelijkheid voor 40-60% een rol speelt bij middelenmisbruik of afhankelijkheid van middelen. Ook wordt onderzoek verricht naar biologische risicofactoren middels moleculair genetisch onderzoek. Dit soort onderzoek, dat bij mensen en dieren wordt uitgevoerd, kijkt in detail naar welke genen verantwoordelijk zijn voor de aanmaak van neurotransmitters en receptoren, die op hun beurt bepaald gedrag kunnen verklaren. Hierbij is veel evidentie gevonden voor betrokkenheid van specifieke receptoren bij een algemene neiging tot afhankelijkheid, zoals het dopaminesysteem, serotoninesysteem, opioïdsysteem en de neurotransmitter GABA (Schellekens, 2009). Voor de mate van impulsiviteit, een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van risicovol middelengebruik (zie paragraaf 2.4), blijkt de serotoninespiegel van groot belang te zijn, zowel wat betreft impulsieve agressie als wat betreft bijvoorbeeld verslavingsgevoeligheid (Virkkunen, Goldman, Nielsen, & Linnoila 1995).

Prenatale blootstelling aan middelen heeft verregaande gevolgen voor de neuro-cognitieve ontwikkeling (Matthys, Vanderschuren, Nordquist & Zonnevylle-Bender, 2006). Uit internationaal onderzoek blijkt dat kinderen van middelenafhankelijke ouders een groter risico hebben op middelengebruik, misbruik en afhankelijkheid in hun adolescentie (Sumnall et al., 2006). Dit risico is een samenspel van opvoeding, sociale overdracht, sociale omstandigheden en een genetische component (EMCDDA, 2008).

Naast een aangeboren kwetsbaarheid kan alcoholgebruik mogelijk ook op jonge leeftijd de kwetsbaarheid voor verslaving vergroten. In de adolescentie is vaak een toename te zien in impulsiviteit. Daarnaast zijn cognitieve functies nog niet volledig ontwikkeld (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003); bij aanvang van de puberteit is ons brein nog volop in ontwikkeling. Er vindt nog volumegroei plaats en de groei van de verbindingen zet zich voort. Dat gebeurt het laatst in de prefrontale cortex (Giedd et al., 1999; Crone, 2009). De voltooiing van de prefrontale cortex is van belang voor de beheersing van impulsiviteit en het in staat zijn langetermijn-doelen op te stellen en de daarvoor benodigde zelfbeheersing op te brengen (Boelema et al., 2009). Jongeren vertonen daardoor eerder risicovol gedrag, waaronder middelengebruik. Dit kan verklaard worden doordat middelengebruik sterk gestuurd wordt door spontane reacties op stimuli of mensen in de omgeving (Tiffany, 1990). Wanneer men deze reacties kan afremmen zal men minder snel overgaan tot middelengebruik. Wanneer de hersengebieden die zelfregulatie sturen onderontwikkeld zijn, is de kans echter groter dat men middelen gebruikt (Wiers et al., 2007). De voor impulscontrole belangrijke hersengebieden worden hoogstwaarschijnlijk door overmatig alcoholmisbruik blijvend verstoord (Boelema et al., 2009; Brown, Tapert, Granholm, & Delis, 2000). Uit zowel dierexperimenteel als humaan onderzoek naar hersenanatomie en cognitieve functies komen aanwijzingen naar voren dat juist in de puberteit de hersenen gevoelig zijn voor de negatieve effecten van alcoholgebruik (Boelema et al., 2009).

Persoonlijkheidskenmerken in relatie tot middelengebruik

Zelfcontrole betreft de mate waarin jeugdigen in staat zijn om baten op lange termijn te verkiezen boven baten op korte termijn. De mate van zelfcontrole is afhankelijk van aangeboren eigenschappen en de mate waarin individuen tijdens de kindertijd in hun opvoeding geleerd hebben om hiermee om te gaan. Een gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit blijken samen te

hangen met alcohol- en drugsgebruik (Castellanos & Conrod, 2006). Conrod, Steward, Comeau & McLean (2006) noemen in hun onderzoek persoonlijkheidsrisicofactoren voor alcoholmisbruik: *'anxiety sensitivity', 'hopelessness', 'negative thinking'* en *'sensation seeking'*.
Een beschermende factor voor het ontstaan van middelenproblematiek is een hoger angstniveau (Doreleijers, Boer, Huisman, Vermeiren & De Haan, 2006). Een angstig karakter lijkt echter wel samen te hangen met middelenproblematiek op latere leeftijd (Conrod, Castellanos, & Mackie, 2008). Bekend is ook dat angststoornissen vaak voorkomen bij mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid, en omgekeerd: middelenmisbruik of -afhankelijkheid komt vaak voor bij mensen met een angststoornis (Wittenberg, 2007; Schadé, Marquenie, Van den Brink, & Van Dyck, 1998; Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000).

Psychische stoornissen in relatie tot middelengebruik
Kinderen die gedurende langere tijd agressief en/of antisociaal gedrag vertonen, krijgen binnen de psychiatrie de diagnose oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis en hebben een hoge comorbiditeit met ADHD. Delinquente gedragingen zijn kenmerkend voor de antisociale gedragsstoornis; dit kan zich bijvoorbeeld uiten in agressie tegen mens en dier, vernieling of beschadiging van eigendommen en ernstige overtredingen van de regels (DSM-IV). Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen bij kinderen komen redelijk veel voor (3-6%). Bij deze kinderen is er een verhoogd risico op onder andere delinquentie, sociale isolatie, verslaving en psychiatrische stoornissen in de adolescentie en volwassenheid (Van Goozen, Matthys & Van Engeland, 2000). De kans op middelenmisbruik en -afhankelijkheid is het hoogst voor de antisociale gedragsstoornis (Matthys et al., 2006; Armstrong & Costello, 2002). De antisociale gedragsstoornis komt voor bij 40 tot 70% van de jongeren met stoornissen in het middelengebruik (Buckstein, 2000).

De risico's op middelenmisbruik en –afhankelijkheid onder jeugdigen worden vergroot in de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit en met middelengebruik samenhangende sociaal-maatschappelijke problematiek (Wilens et al., 2008). Onder jongeren met middelengebruik wordt comorbide psychiatrische problematiek gezien als depressie, angst- en gedragsstoornissen en ADHD (Griswold, Aronoff, Kernan, & Kahn, 2008; Couwenbergh, Van der Gaag, Koeter, De Ruiter & Van den Brink 2009), maar ook de combinatie met cognitieve stoornissen komt voor (Mutsaers et al., 2007).

Intelligentie en cognitieve stoornissen in relatie tot middelengebruik
Intelligentie is een van de belangrijkste beschermende factoren voor het ontstaan van risicovol middelengebruik (Van der Heiden-Attema & Van der Bol, 2000). De omvang van het middelengebruik onder jeugdigen met een cognitieve stoornis, met name een licht verstandelijke handicap (LVB), lijkt weinig te verschillen van die van jeugdigen in het algemeen. LVB-jeugdigen lopen wel een grotere kans om schadelijke gevolgen te ondervinden van middelengebruik dan jeugdigen zonder een dergelijke handicap. Ze hebben vaker motorische stoornissen, epilepsie, zintuiglijke stoornissen, psychische problemen en gedragsproblemen zoals agressie. Deze stoornissen en de medicatie ervoor (b.v. anti-epileptica en antipsychotica) gaan slecht samen met middelengebruik. LVB-jeugdigen lopen ook meer risico op middelenafhankelijkheid vanwege een hogere prevalentie van andere risicofactoren; ze

zijn vaker agressief, depressief, slachtoffer van uitbuiting en hebben meer problemen met anderen in werk, dagbesteding en relaties. Bovendien blijkt de verslavingshulpverlening nog onvoldoende afgestemd op deze doelgroep (Bransen, Schipper, Mutsaers, Haverman, & Blekman, 2009; Mutsaers et al., 2007; McGillicuddy, 2006).
Middelengebruik kan mogelijk ook cognitieve problemen veroorzaken. Jeugdigen met alcoholafhankelijkheid scoren in vergelijking tot niet-drinkende jeugdigen slechter op een aantal cognitieve taken. Het talig vermogen, aandacht, leren, het geheugen en ruimtelijk inzicht blijven achter. Zwaar drinken op jonge leeftijd kan functionele achterstanden tot gevolg hebben die jeugdigen hinderen in hun leervermogen, en kan negatieve effecten hebben voor het functioneren op school. Het staat niet vast of cannabisgebruik fysieke schade toebrengt die in directe relatie staat tot een verminderd leervermogen, de aandachtsfunctie of andere cognitieve processen. Het is wel evident dat cannabisgebruik op korte termijn aantoonbare effecten heeft op het cognitieve functioneren. Tot de directe effecten van blowen behoren een lagere reactiesnelheid, geringer visueel-spatieel concentratievermogen, aandachtsproblemen en een slechter geheugen (Ter Bogt et al., 2009).

Sekseverschillen in relatie tot middelengebruik
Schrijvers & Schoemaker (2008) geven een overzicht van verschillen in leefstijl en probleemgedrag tussen jongens en meisjes. Hun conclusie is dat sekseverschillen kleiner zijn geworden in de afgelopen jaren. Ongezond gedrag dat voorheen vooral voorkwam onder jongens, komt steeds meer voor bij meisjes. Zo zijn de verschillen tussen jongens en meisjes als het gaat om roken en het gebruik van cannabis en alcohol nagenoeg verdwenen. Nicotineafhankelijkheid blijkt bij meisjes wel sneller op te treden dan bij jongens. Hoewel onder jongens vaker dan eens per week drinken gebruikelijker is dan onder meisjes, komt binge drinken bij jongens en meisjes vrijwel evenveel voor. Voor jongens geldt aan de andere kant weer dat ze iets vaker gedragsproblemen hebben. Ze vertonen vooral vaker agressief gedrag. Meisjes hebben over het geheel genomen een iets grotere kans op geclusterd risicogedrag in vergelijking met jongens. Meisjes met drie of meer risicogedragingen hebben vaker psychische problemen, terwijl er bij jongens met meer dan drie risicogedragingen vaker sprake zal zijn van gedragsproblemen en iets vaker van middelengebruik (Schrijvers & Schoemaker, 2008). De werkgroep plaatst hierbij de kanttekening dat gedragsproblemen soms psychische problemen zijn. De problemen bij meisjes hebben meer betrekking op het intrapsychisch domein, terwijl dit bij jongens eerder gezocht zou moeten worden in hun storende, agressieve en onbeheerste gedrag.

Etniciteit in relatie tot middelengebruik
Schrijvers & Schoemaker (2008) onderzochten de verschillen in leefstijl tussen autochtone en allochtone jongeren. Ook dit leverde geen eenduidig beeld op. Op sommige punten komen allochtone jongeren minder gunstig uit de bus, terwijl ze op andere punten juist gezonder gedrag vertonen dan autochtone jongeren. Allochtone jongeren hebben vaker gedragsproblemen, al lijkt het er niet direct op dat ze meer emotionele problemen hebben. Echter, de uitkomsten van onderzoek op dit punt verschillen nog wel eens. Verder gebruiken allochtone jongeren aanzienlijk minder alcohol dan hun autochtone leeftijdgenoten, al komt binge drinken onder allochtone en autochtone alcoholgebruikers even vaak voor. Geen duidelijke verschillen zijn er met betrekking tot roken en cannabisgebruik. Deze conclusies komen overeen met de bevindingen van Monshouwer et al. (2008).

Begin leeftijd middelengebruik
Uit Nederlands onderzoek is gebleken dat jeugdigen die al voor hun twaalfde jaar roken ook sneller met cannabis beginnen. Dus elk gebruik door kinderen jonger dan 12 jaar is risicovol. Een aantal van deze jonge rokers blowt al op hun dertiende. Als deze jeugdigen 17 jaar oud zijn, roken zij vrij geregeld een joint. Volgens dit onderzoek speelt het roken op jonge leeftijd een grotere rol dan gedragsproblemen (Korhonen et al., 2010).

3.1.2 Directe leefomgeving: gezin en leeftijdgenoten/vrienden

Ouders/gezin
Naast factoren in de jeugdige zelf spelen in samenhang hiermee ook factoren in de omgeving van de jeugdige een rol bij het ontwikkelen van de persoonlijkheid waaronder de mate van impulsiviteit (Boomsma, de Geus, van Baal, & Koopmans, 1999) en het ontstaan van risicovol middelengebruik (Matthys et al., 2006). Het gaat hierbij om beschermende en risicofactoren in het gezin, de directe omgeving (buurt, school, leeftijdgenoten) en maatschappelijke factoren (beschikbaarheid van alcohol en drugs, normen ten aanzien van middelengebruik). In deze paragraaf wordt de rol van de directe leefomgeving (gezin, leeftijdgenoten) bij het ontstaan van risicovol middelengebruik besproken.

Matthys et al. (2006) noemen disharmonie in gezin of in het huwelijk van de ouders als risicofactor voor problematisch middelengebruik onder jeugdigen. Ook Junger-Tas, Steketee, & Moll, (2008) stellen dat jeugdigen die slecht functioneren in conventionele subsystemen als school en gezin, aansluiting zullen zoeken bij andere gemarginaliseerde jeugdigen, waar gebruik van alcohol en drugs wordt aangemoedigd en delinquent gedrag normaal wordt gevonden. Het EMCDDA (Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving) noemt als voornaamste risicogroepen voor middelenafhankelijkheid: 'kinderen in zorginstanties' en 'dakloze jongeren', ofwel jeugdigen met een instabiele/afwezige gezinssituatie (EMCDDA, 2008). Een disfunctionerend gezin is dus een risicofactor voor risicovol middelengebruik. Kinderen van verslaafde ouders of kinderen van psychiatrische patiënten vormen hierbij specifieke risicogroepen. Kinderen van deze ouders kunnen zowel via hun opvoeding als via hun genen een risico lopen op het ontwikkelen van middelenafhankelijkheid en/of psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie. Een verlaagde mate van zelfcontrole bij verslaafden wordt vaak toegeschreven aan het chronisch middelengebruik en de invloed daarvan op de hersenen. Kinderen (12 tot 20 jaar) van verslaafde ouders blijken echter ook deze verminderde zelfcontrole te hebben. Ook hebben zij vaker emotionele en gedragsproblemen (Euser, 2013).
Een warme en ondersteunende familieomgeving die wordt gekenmerkt door een sterke band tussen familieleden en weinig conflicten, voorspelt een lager risico op het ontstaan van middelenproblematiek gedurende de adolescentie (Claes et al., 2005; EMCDDA, 2008). Ook Stephenson & Helme (2006) vonden dat een 'betrokken' opvoedingsstijl een beschermende factor vormt voor roken of cannabisgebruik. Te veel keuzevrijheid, zonder sturing (volledig zelf mogen kiezen welke kleren je draagt, wat je eet, wanneer je gaat slapen en hoeveel tv je kijkt) voorspelt bij jongens dat het experimenteren met middelen overgaat naar gewoontegebruik. Een betrokken moeder die problemen op school en persoonlijke problemen bespreekt, voorspelt het stoppen met gewoontegebruik van cannabis voor zowel jongens als meisjes (Van den Bree & Pickworth, 2005). De basis voor een goede sociale binding ligt in het gezin. Een

sterke ouderlijke binding is een beschermende factor voor onder andere delinquent gedrag. Seydlitz (1993) operationaliseert 'ouderlijke binding' als supervisie, intimiteit van communicatie, en affectieve identificatie. Een goede supervisie blijkt hiervan een van de belangrijkste beschermende factoren te zijn voor delinquent gedrag in de vroege volwassenheid van mannen (Hoeve et al., 2009). Ook het alcoholgebruik van kinderen kan met name in de vroege adolescentie op deze manier door ouders worden beperkt (Van der Vorst, 2007). Prosociale familieprocessen (verantwoorde regels, toezicht én verbondenheid) zorgen ervoor dat kinderen zich minder inlaten met leeftijdgenoten met antisociale normen (Oxford, Harachi, Catalano, & Abbott, 2001). Een goede ouder-kindrelatie is daarbij de sleutel tot een gezond controleniveau tijdens de adolescentie. Controle op het gedrag van het kind kan alleen wanneer het kind open communiceert met de ouders over zijn doen en laten, en niet (te veel) geheimen voor zijn ouder(s) heeft. Alléén het uitvaardigen van regels en het stellen van vragen helpt meestal niet om middelengebruik te verminderen (EMCDDA, 2008).
Er is een relatie tussen de negatieve life-events zoals de scheiding van ouders en roken en cannabisgebruik. Problemen van de ouders of de familie kan de onderlinge verbondenheid verminderen en dit kan leiden tot een grotere aantrekkingskracht van peers die middelen gebruiken (Low et al., 2012).

Leeftijdgenoten, vrienden
Kenmerkend voor jongeren is dat er een grote behoefte ontstaat aan zelfstandigheid en het nemen van afstand van ouders en autoriteiten (Thornberry & Krohn, 2005). De invloed van vrienden en leeftijdgenoten wordt in deze fase steeds groter. Onderzoek laat een sterke samenhang zien tussen verschillende ongestructureerde activiteiten (rondrijden met vrienden, uitgaan) met delinquent gedrag en drugsgebruik van jeugdigen (Osgood, Wilson, O'Malley, Bachman, & Johnston, 1996; Haynie & Osgood, 2005).
Observatieonderzoek toont aan dat jongeren meer gericht zijn op goedkeuring van vrienden dan bij jongere kinderen het geval is. Voor jongeren is het heel belangrijk om met leeftijdgenoten contacten aan te gaan (Huizink, 2010). Vanzelfsprekend neemt de invloed van leeftijdgenoten dan ook toe in de adolescentie, ook waar het gebruik van middelen betreft. Maar hoe de relatie tussen middelengebruik en contacten met leeftijdgenoten die middelen gebruiken verloopt, wordt nog onderzocht. Zo is aangetoond dat jeugdigen vaak vrienden selecteren die op henzelf lijken. Hierdoor is het onduidelijk of de invloed van leeftijdgenoten op middelengebruik direct is (een jeugdige zonder nieuwsgierigheid naar middelengebruik raakt nieuwsgierig naar middelengebruik door gebruikende vrienden), of dat middelen gebruikende jeugdigen andere middelen gebruikende vrienden uitkiezen (Huizink, 2010). Larsen, Engels, Souren, Granic, I., & Overbeek, (2010) vonden wel aanwijzingen van (onbewuste) imitatie: als in een nagebootste bar (barlaboratorium) een jongere undercover meedoet met de instructie om zelf veel te drinken en in een redelijk tempo, wordt dit door de andere jongeren in de groep nagedaan.
Bij het ontwikkelen van middelengebruik spelen groepsprocessen een belangrijke rol. Zo kwamen Fletcher, Bonell, Sorhaindo, & Strange, (2009) en Fletcher, Bonell, & Hargreaves, (2008) tot de bevinding dat jeugdigen vaak beginnen met middelengebruik om bij een groep te horen. Vooral als ze de schoolsituatie als onveilig ervaren, gebruiken ze vaker middelen om bij een groep te horen en zo bescherming van deze groep te krijgen.
Voor beschermende factoren in dit domein is niet veel stevig bewijs gevonden. Een hoge mate

van zelfregulatie (Creemers, Verhulst, & Huizink, 2009; Creemers et al., 2010) vermindert het risico voor lifetime cannabisgebruik, doordat jongeren met een hoge mate van zelfregulatie minder geneigd zijn om in contact te treden met cannabis gebruikende leeftijdgenoten.

3.1.3 Institutionele omgeving

Institutionele zorg

Middelengebruik is sterk positief gecorreleerd met ervaring met institutionele zorg (EMCDDA, 2008). Roe & Becker (2005) definiëren in 'contact zijn geweest met institutionele zorg' als opgenomen geweest zijn in:

- pleeggezinnen;
- kindertehuizen;
- voorzieningen voor zwerfjongeren of andere vormen van maatschappelijke opvang.

Deze groep vertoont een overlap met jonge delinquenten. Toegevoegd wordt daarom:

- Justitiële jeugdinstellingen/-instanties (JJI's).

Ook in Nederland is dit verband gevonden: bewoners van residentiële voorzieningen vormen een risicogroep voor problematisch gebruik van alcohol en drugs (Monshouwer et al., 2008). In het regulier onderwijs heeft 23% van de 12- en 13-jarigen wel eens tabak gerookt en 4% wel eens cannabis. Voor de jeugdigen in instellingen voor jeugdhulp en jeugdbescherming is dat aanzienlijk hoger: 68% heeft op 13-jarige leeftijd al gerookt en 33% wel eens geblowd. Onder de 14- en 15-jarigen die in contact staan met de jeugdhulp en jeugdbescherming is het cannabisgebruik vier keer zo hoog als in het regulier onderwijs (67% versus 17%). Een kwart van de 16-jarigen die in een instelling wonen heeft ooit XTC gebruikt en 18% cocaïne, in het regulier onderwijs is dat in beide gevallen slechts 3% (Monshouwer et al., 2008).
Een goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur (onderwijs, zorg en welzijn) is een beschermende factor voor zowel risicovol middelengebruik als psychische problemen (EMCDDA, 2008; Postma, 2008).

School

De beschikbaarheid van middelen op scholen vormt, gecombineerd met de opvatting dat het gebruik van drugs geaccepteerd is, een risicofactor voor het starten met middelengebruik (Robertson, David & Rao, 2003). Fletcher, Bonell & Hargreaves (2008) en Fletcher, Bonell, Sorhaindo & Strange (2009) onderzochten hoe scholen het middelengebruik van jeugdigen beïnvloeden. Zij onderscheiden drie potentiële wegen van beïnvloeding:

- Middelengebruik kan een manier zijn om aansluiting te vinden bij een groep medeleerlingen. Dit is vooral belangrijk voor leerlingen die een lage status in de groep hebben of nergens bij horen.
- Als scholen als onveilig worden ervaren, zoeken leerlingen meer steun bij elkaar. Het middelengebruik faciliteert mogelijkheden om bij een groep te horen.
- Middelengebruik is een strategie voor het omgaan met de angst voor slechte prestaties en om te ontsnappen aan negatieve gevoelens. Dit komt voor bij scholen waar een slecht sociaal steunsysteem bestaat.

In verschillende onderzoeken en schoolsurveys is daarnaast een sterke correlatie gevonden tussen spijbelen en middelengebruik. Ook in een recent onderzoek van het Trimbos-instituut wordt dit verband bevestigd (Ter Bogt et al., 2009). Zowel spijbelen als middelengebruik is verder gecorreleerd met slechte studieprestaties, vroege schooluitval en sociale en gedragsproblemen (EMCDDA, 2008). Het hebben van aan school gerelateerde problemen voorspelt cannabisgebruik: zowel de initiatie, het experimenteel gebruik, als het gewoontegebruik (EMCDDA, 2008). Spijbelen op zich is ook een voorspeller voor cannabisgebruik (Henry & Huizinga, 2007), voor alcoholgebruik en voor roken (Henry & Huizinga, 2007). De relatie tussen middelengebruik en problemen met school is dus complex.
Hoewel uit de studie van Ter Bogt et al. (2009) blijkt dat bij jongeren op havo en vwo middelengebruik sterker samenhangt met spijbelen dan bij jongeren met een lager schoolniveau, vormen leerlingen van het speciaal onderwijs (Monshouwer et al., 2008) en het vmbo (Schrijvers & Schoemaker, 2008; Risselada & Schoenmakers, 2010) beslist een risicogroep voor problematisch gebruik van alcohol en drugs. Hoe lager het schoolniveau, hoe intensiever het gebruik van alcohol en cannabis (Schrijvers & Schoemaker, 2008; Junger-Tas et al., 2008; Monshouwer et al., 2008; Van Dorsselaer, Zeijl, Van den Eeckhout, Ter Bogt & Volleberg, 2007). De houding van de ouders ten aanzien van drinkgedrag blijkt niet te verschillen per schoolniveau (Schrijvers & Schoemaker, 2008).
Beschermende factoren zijn:

- een veilige schoolomgeving (school als veilige omgeving) (Fletcher et al., 2009)
- anti-middelenbeleid op school (Robertson, David & Rao, 2003)
- goede schoolprestaties (EMCDDA, 2008)

Fletcher et al. (2009) stellen dat veiligheid en geborgenheid op school gebruik en misbruik van middelen onder leerlingen kunnen voorkomen. Zij pleiten daarom voor interventies die zich inzetten om de veiligheid op scholen te verbeteren door de volgende maatregelen:

- Erkenning van de prestaties van studenten in de zin van het tonen van waardering voor prestaties.
- Ervoor zorgen dat leerlingen het gevoel krijgen ‘erbij te horen’.
- Het terugdringen van pesten en agressief gedrag.
- Het aanbieden van extra ondersteuning van leerlingen bij schoolgerelateerde problemen in brede zin.
- Maatregelen om de beschikbaarheid van middelen terug te dringen.

‘Binding’ (het zich verbonden voelen met school, ouders en gezin) is een determinant die jongeren kan beschermen tegen zowel emotionele problemen (zoals gedachten over suïcide), alcohol- en druggebruik, roken en geweldpleging (Resnick et al., 1997). Waar de beschikbaarheid van middelen op school een risicofactor vormt, is een goed anti-middelenbeleid op school een beschermende factor (Robertson, David & Rao, 2003). Goede schoolprestaties beschermen ook tegen het ontwikkelen van risicovol middelengebruik (EMCDDA, 2008).

3.2 Problemen die samenhangen met problematisch middelengebruik

In paragraaf 2.3 is aandacht besteed aan het gegeven dat middelengebruik kan voortkomen uit psychische problemen, maar dat anderzijds psychische problemen ook aanleiding kunnen zijn om middelen te gebruiken. De psychiatrische comorbiditeit onder jeugdigen die door hun problematisch middelengebruik in aanraking komen met de jeugdverslavingszorg is erg hoog: tussen de 60 en 88%. Dit betreft de volgende stoornissen: gedragsstoornissen (62%), stemmingsstoornissen (26%), ADHD (22%), posttraumatische stressstoornis (11%) en angststoornissen (7%) (Couwenbergh et al., 2006). De antisociale gedragsstoornis komt voor bij 40 tot 70% van de jongeren met een stoornis in het gebruik van middelen (Couwenbergh et al., 2006; Bukstein, 2000). Psychische problemen kunnen zowel voorafgaan aan, als volgen op middelengebruik (Snoek, Wits, van der Stel & van de Mheen, 2010). Het gebruik van een psychoactief middel, waaronder ook tabak, kan gezien worden als een indicator van een verhoogd risico op psychische problemen aangezien psychisch kwetsbare personen sneller geneigd zijn middelen te gebruiken (Van Gastel, Wigman, Monshouwer, Kahn, Van Os et al., 2012). Bovendien blijkt er een grote overlap te zijn tussen de risicofactoren voor psychische gezondheid en voor cannabisgebruik, zoals regelmatig alcoholgebruik, roken, regelmatig spijbelen, school niet leuk vinden en regelmatig afwezig zijn door ziekte (Van Gastel, 2012). De hoge prevalentie van comorbide aandoeningen betekent dat altijd de aanwezigheid van problematisch middelengebruik moet worden onderzocht bij gebleken psychische of gedragsproblemen, en omgekeerd.

Een van de persoonlijkheidsfactoren (zie ook 3.1.1) die een risico vormen voor het ontstaan van alcoholmisbruik is angst sensitiviteit (Conrod, Pihl & Vassileva, 1998). Mensen die hoog scoren op angst sensitiviteit drinken meer (Stewart, Peterson, & Pihl, 1995; Stewart, Zvolensky, & Eifert, 2001). Bij een hogere score op angstsensitiviteit is er een hogere kans op het ontstaan van problematisch drankgebruik (Conrod et al., 1998). Alcoholgebruik zou hierbij als copingmechanisme fungeren (o.a. Comeau, Stewart & Loba, 2001). *Sensation seeking* is een andere persoonlijkheidsfactor die verband houdt met een verhoogd risico op zwaarder drinken en negatieve consequenties van het drankgebruik (Conrod, Peterson, & Pihl, 1997; Schall, Kemeny & Maltzman, 1992; Zacny, 2010).

3.3 Een optelsom van risicofactoren

In de algemene bevolking gaat middelengebruik onder jeugdigen vaak samen met andere problematiek. Bij jongeren tussen de 12 en 16 jaar bestaat er een sterke samenhang tussen roken, blowen en drinken van alcohol. Jongeren die op deze leeftijd alcohol drinken hebben een bijna zeven keer grotere kans om te roken dan niet-drinkende jongeren. Gemiddeld combineert een vijfde van de Nederlandse jongeren meer dan drie van de volgende risicofactoren: wekelijks roken, ooit cannabis gebruikt, alcoholgebruik in de laatste maand, ooit seksuele gemeenschap gehad, emotionele problemen en gedragsproblemen (Schrijvers & Schuit, 2010; Schrijvers & Schoemaker, 2008).

In het door ZonMw gefinancierde TRAILS project (TRacking Adolescents' Individual Lives Survey) worden 2230 jongeren vanaf 11-jarige leeftijd twee- tot driejaarlijks ondervraagd over een

groot aantal onderwerpen, waaronder het gebruik van genotmiddelen en ander risicogedrag. De resultaten laten onder andere zien dat de ontwikkeling van het gebruik van verschillende genotmiddelen (alcohol, tabak, cannabis) en externaliserend probleemgedrag (delinquent en agressief gedrag) samenhangt. Met name jongeren die al op jonge leeftijd (13 jaar) veel risicogedrag vertonen hebben het hoogste risico op de meest negatieve uitkomsten, dat wil zeggen een gecombineerde alcohol en drugstoornis en het gebruik van harddrugs. Ook blijkt dat dezelfde groep wordt gekenmerkt door een aantal factoren in de kindertijd, zoals lage mate van impulscontrole, hoge mate van sensatiezoekend gedrag, al op 11-jarige leeftijd ervaring hebben met alcohol of tabak, externaliserende problemen, lage sociaal economische status van het gezin, en gescheiden ouders. Deze uitkomsten leiden dan ook tot de aanbeveling om te komen tot een meer geïntegreerde aanpak van verschillende vormen van risicogedrag. Dit zal effectiever zijn dan interventies die zich op afzonderlijke risicogedragingen richten. Bovendien is het van belang de leeftijd waarop jongeren met middelengebruik starten, uit te stellen door effectieve preventieve interventies in te zetten (Monshouwer, Harakeh, Lugtig et al., 2012, Zoon, 2012).

3.4 Overige overwegingen

Beantwoording van de vraag “Welke risico- (met daarbij comorbiditeit) en beschermende factoren voor ontwikkeling van middelenmisbruik en –afhankelijkheid dienen bij professionals binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming bekend te zijn en hoe kunnen zij deze factoren bij de individuele cliënt opsporen?” is niet eenvoudig. Er blijken talloze risico- en beschermende factoren een rol te spelen bij de ontwikkeling van het middelengebruik van een jeugdige. Bovendien hangen deze factoren op een complexe manier met elkaar samen. Een risicofactor kan leiden tot verschillende soorten problemen en stoornissen. Tegelijk kan één en dezelfde stoornis het gevolg zijn van verschillende risicofactoren. Bovendien kan de ene stoornis een risicofactor zijn voor een andere stoornis. Het cumulatieve-risicomodel gaat ervan uit dat problemen vooral ontstaan als er meer risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn. Uit talloze studies blijkt dat de cumulatie van risico’s de kansen op allerlei problemen aanzienlijk verhoogt. Bij vier risicokenmerken vertienvoudigt de kans op het ontstaan van stoornissen. De achterliggende theorie van het cumulatieve-risicomodel wat betreft opvoeden en opgroeien is dat een teveel aan stressoren leidt tot een ontregeling van de zelfregulatie van gezinsleden (vooral bij de ouders) en het gezin als geheel (Hermanns, 2009, p.14).
Desondanks is het van belang om bij de inschatting van de ernst van de middelenproblematiek de aanwezigheid van risico- en beschermende factoren mee te wegen. Aanbeveling is om op basis van de intake/het dossier van de jeugdige na te gaan op welke domeinen de jeugdige problemen vertoont, en welke beschermende factoren aanwezig zijn. In combinatie met de aard en omvang van het middelengebruik dient te worden bepaald – eventueel met het ‘stoplichtmodel’ – wat de risico’s van het gebruik bij de betreffende jeugdige zijn. Dit is mede afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige (zie hoofdstuk 2).

Aanbevelingen

- Onderzoek altijd de aanwezigheid van problematisch middelengebruik bij gebleken psychische of gedragsproblemen, en omgekeerd.

- Ga na of er naast het middelengebruik andere factoren aanwezig zijn die het risico op de ontwikkeling van problematisch middelengebruik vergroten.

- Weet wat de risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik.

Hoofdstuk 4

Screening en diagnostiek

Uitgangsvragen:
1.2. Welke instrumenten en methodieken zijn beschikbaar en binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming toepasbaar, om vast te stellen of er sprake is van middelengebruik, -misbruik of afhankelijkheid?
1.2.1 Geef een inventarisatie van instrumenten en methodieken.

Kernaanbevelingen:
- Screen op middelengebruik met de SMA en de CRAFFT, en gebruik voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) de SumID-Q. Screen tijdens het diagnostische proces, aan het begin van de behandeling, bij evaluatiemomenten, en bij signalen van mogelijk middelengebruik. Met andere woorden: gebruik de genoemde instrumenten structureel in de behandeling en begeleiding van jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming (zie ook de werkkaarten 1 en 2).

- Bij een positieve score op de SMA en/of de CRAFFT of bij een positieve score op de SumID-Q: inventariseer en analyseer de vaardigheden, omstandigheden/omgeving en motivatie rondom het middelengebruik. Gebruik hiertoe de Vragenlijst Analyse Middelengebruik. De antwoorden bieden verschillende aangrijpingspunten voor interventies.

- Laat een verslavingsdeskundige de verslavingsdiagnostiek uitvoeren aan de hand van de DSM 5, voor elk middel afzonderlijk.

- Laat een LVB-deskundige de LVB-diagnostiek verrichten. Wees je bewust van de beperkingen in je communicatie en tempo en zet aangepaste interventies in.

In deze paragraaf wordt een stappenplan geboden om de handelingsverlegenheid rond middelengebruik te doorbreken. Onderstaande richtlijnen zijn bedoeld als ankerpunt; het is belangrijk om altijd het professionele oordeel te laten meewegen en bij twijfel advies van deskundigen in te roepen.

4.1 Signaleren en bespreekbaar maken

Screening en diagnostiek begint met het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik. Ouders spelen hierin een belangrijke rol. Om middelengebruik te signaleren en met jeugdigen en ouders bespreekbaar te maken is nodig dat:
- middelengebruik **structureel** wordt besproken: vanaf het eerste gesprek met jeugdige en de ouders/verzorgers (onderdeel intakeformulier) en daarna;
- met ouders **standaard** in gesprek wordt gegaan over middelengebruik, ook als een kind (nog) niet in aanraking is gekomen met middelen;
- ouders worden ondersteund in het **signaleren** van gebruik van hun kind, en het omgaan met middelengebruik van hun kind:
  - waarom is middelengebruik risicovol, wat zijn de leeftijdsgebonden normen?
  - wat zijn handvatten om te praten met hun kind over middelengebruik?

- ouders gespreksvaardigheden aanleren om middelengebruik op een open en niet veroordelende manier ter sprake te brengen.

Niet alleen bij de intake maar ook in de verdere begeleiding van de jeugdige dient middelengebruik structureel aandacht te krijgen, omdat het bij de intake vaak wordt 'gemist' en omdat het later alsnog kan ontstaan.

In het contact met de jeugdige kunnen verschillende signalen wijzen op problematisch middelengebruik. Signalen van mogelijk problematisch alcohol- of drugsgebruik zijn te vinden op Hulpmiddelenkaart 2. Laat het middelengebruik bovendien regelmatig terugkomen in vervolgcontacten. De mogelijkheden van urinecontroles komen in Hoofdstuk 6, paragraaf 6.1 aan de orde.

4.2 Screenen op middelengebruik

In paragraaf 1.1 is toegelicht dat er sprake is van dermate **risicovol** middelengebruik dat verdere diagnostiek en monitoring van het gebruik nodig is wanneer:

- omvang van het gebruik de leeftijdsgebonden normen overschrijdt;
- motieven, omstandigheden en gevolgen van het gebruik problematisch zijn (Hendriks et al., 2014).

In het professionele oordeel worden vervolgens de aanwezigheid van psychische- en gedragsproblemen en/of een LVB en/of risicofactoren voor verslaving meegewogen.

Deze paragraaf gaat in op screening: nagaan of er sprake is van risicovol middelengebruik. In de volgende paragraaf komt diagnostiek van middelenmisbruik aan de orde. Daarbij gaat het om het vaststellen van aanwezigheid van een stoornis in middelengebruik.

Bepaal omvang van het gebruik in relatie tot de leeftijd

Tot en met 12 jaar is elk gebruik (ook roken) reden tot aandacht en moet het worden opgevat als een 'rode vlag' (zie hoofdstuk 3). Hoe vroeger een jeugdige start met gebruik, hoe schadelijker,en hoe sterker dit gebruik allerlei gedragsproblemen, en met name cannabisgebruik, voorspelt. Bij jongeren van 12 tot en met 15 jaar moet roken dan ook worden opgevat als een rode vlag en dient te worden nagegaan of er sprake is van problematisch middelengebruik of andere problemen. Wanneer jongeren (t/m 15 jaar) starten met roken dient hier bovendien direct aandacht aan te worden besteed in de zin van interveniëren, bijvoorbeeld via motiverende gespreksvoering (zie Hoofdstuk 5).

De omvang van het gebruik wordt in een mondeling gesprek met de Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) vastgesteld (zie tabel 4.2.1) (Hendriks, et al., 2014). In deze vragenlijst wordt met betrekking tot het alcoholgebruik geïnformeerd naar zowel de frequentie (in dagen) als de hoeveelheid gedronken alcohol (in standaardglazen). Voor tabak, cannabis en andere drugs bestaan geen betrouwbare maten voor de gebruikte hoeveelheid, dus bij deze middelen wordt alleen geïnformeerd naar de frequentie van het gebruik (in dagen). Om een indruk te verkrijgen van het middelengebruik over een recente – maar toch langere – periode wordt in de vragen geïnformeerd naar het gebruik in de voorafgaande maand en

naar het gebruik in de maand die daar aan voorafgaat. De SMA kan zowel door de jongere zelf ingevuld worden, als in een gesprek met de behandelaar afgenomen worden.
De vragen over het alcoholgebruik in de SMA zijn dusdanig opgebouwd dat hiervan – naast de antwoorden op de afzonderlijke vragen – verschillende consumptiematen kunnen worden afgeleid. Voor de scoring wordt gebruik gemaakt van de drempelwaarden uit tabel 4.2.3. De optelsom van de vragen 2 t/m 4 staat voor het aantal dagen dat de persoon alcohol dronk, ongeacht de hoeveelheid. De optelsom van vraag 3 + 4 staat voor het aantal dagen dat de persoon 3 of meer standaardglazen alcohol dronk. De optelsom van alle alcohol-gerelateerde vragen (1 t/m 4) moet in alle gevallen op dertig dagen uitkomen (en kan gebruikt worden als betrouwbaarheidscheck). Uit het antwoord op vraag 8 kan afgeleid worden op hoeveel dagen de jongere ten minste één van de genoemde middelen (alcohol, cannabis, andere drugs) gebruikte. In deze laatste vraag wordt het gebruik van tabak niet meegerekend.
In de volgende stap wordt nagegaan of het gebruik van de jongere op grond van de antwoorden op de SMA als risicovol of problematisch kan worden beschouwd. Voor het drinken van 'grote hoeveelheden' alcohol ('binge drinken') hanteert het Amerikaanse National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism voor jongens van 9 t/m 13 jaar een drempelwaarde van 3 of meer glazen per gelegenheid, voor jongens van 14 en 15 jaar een drempelwaarde van 4 of meer glazen, en voor jongens van 16 jaar en ouder een waarde van 5 of meer glazen (NIAAA, 2011). Bij meisjes is volgens deze richtlijn sprake van binge drinken bij een drempelwaarde van 3 of meer glazen per gelegenheid, ongeacht de leeftijd. Voor jongeren in de vroege adolescentiefase kan zelfs incidenteel gebruik van een middel negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling en mogelijk een indicatie zijn van probleemgedrag (Van Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010). In de SMA wordt daarom bij jeugdigen t/m 12 jaar elk gebruik van alcohol, tabak of andere drugs als een signaal van risicovol middelengebruik beschouwd.
Ten aanzien van de vraag bij welke frequentie – het aantal dagen alcohol- en/of drugsgebruik – gesproken kan worden van risicovol of problematisch gebruik bestaan in de literatuur geen eenduidige aanbevelingen. De hierbij te hanteren drempelwaarden zijn dan ook onvermijdelijk voornamelijk gebaseerd op 'common sense' overwegingen. Het is enerzijds van belang om zo min mogelijk jeugdigen met risicovol middelengebruik in de screening te missen (hetgeen pleit voor relatief lage drempelwaarden ten aanzien van het gebruik). Anderzijds geldt dat een (eventuele) interventie gericht op het middelengebruik alleen relevant is – en ook door de jeugdige als zodanig kan worden ervaren – als er sprake is van voldoende substantieel gebruik (hetgeen pleit voor niet te lage drempelwaarden).

Informeer naar motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik
Voor het vaststellen van risicovol middelengebruik dient naast de beschreven Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) altijd gebruik te worden gemaakt van de CRAFFT (Knight, Shrier, Bravender, Farell, Vander Bilt et al, 1999; Knight, Sherrit, Harris, Gates & Chang, 2003). Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld voor afname bij jongeren en informeert naar de motieven, omstandigheden en gevolgen van het alcohol- en drugsgebruik, maar bevat – evenals de overige besproken screeners – geen informatie waarmee de aard en omvang van het feitelijke middelengebruik in kaart gebracht kan worden. Hoewel dit ook geldt voor de DSM-IV- en DSM 5- criteria voor een middelgebonden stoornis, wordt door verschillende auteurs aanbevolen om een consumptiemaat over het middelengebruik in het instrumentarium op te

nemen (Chung et al., 2012; Compton, Saha, Conway, & Grant, 2009; Piontek, Kraus, Legleye, & Buhringer, 2011; Saha, Stinson, & Grant, 2007). De naam 'CRAFFT' is een acroniem van Car, Alcohol, Relax, Alone, Forget, Family/Friends en Trouble, de onderwerpen van de zes vragen waaruit het Engelstalige instrument bestaat (zie tabel 4.2.2). De CRAFFT dient in een mondeling gesprek te worden afgenomen. Omdat de hulpverlener het vertrouwen van de jeugdige moet winnen, dienen de ouders niet bij dit gesprek aanwezig te zijn. Met de jeugdige wordt de vertrouwensrelatie besproken, en wordt afgesproken wat de jeugdige zelf aan zijn ouders vertelt.

Tabel 4.2.1 Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) (Hendriks et al., 2014)

Aantal keer middelen gebruikt:	Afgelopen maand (0-30)	Maand daarvoor (0-30)
Alcohol		
1. Hoeveel dagen dronk je geen alcohol?	_____	_____
2. Hoeveel dagen dronk je 1 of 2 glazen alcohol?	_____	_____
3. Hoeveel dagen dronk je 3 of 4 glazen alcohol?	_____	_____
4. Hoeveel dagen dronk je 5 of meer glazen alcohol?	_____	_____
Tabak		
5. Hoeveel dagen rookte je (sigaretten, shag, e.d.)?	_____	_____
Cannabis		
6. Hoeveel dagen gebruikte je cannabis (hasj, wiet, e.d.)?	_____	_____
Andere drugs		
7. Hoeveel dagen gebruikte je een andere drug? (cocaïne, amfetamines (speed), XTC, GHB, paddo's, heroïne)	_____	_____
Geen enkel middel		
8. Hoeveel dagen gebruikte je geen enkel middel? (d.w.z. geen alcohol, cannabis of andere drugs (dus uitgezonderd tabak))	_____	_____

Tabel 4.2.2 Drempelwaarden voor verdere diagnostiek en behandeling van alcohol en drugs (Hendriks et al, 2014)

Heb je ooit in een auto of op een brommer of scooter gezeten die bestuurd werd door iemand (inclusief jij zelf) die onder invloed was, of alcohol of drugs had gebruikt?	ja / nee
Gebruik je wel eens alcohol of drugs om je te ontspannen, om je beter over jezelf te voelen, of om erbij te horen?	ja / nee
Gebruik je wel eens alcohol of drugs als er geen anderen bij zijn, als je alleen bent?	ja / nee
Vergeet je wel eens dingen die je gedaan hebt terwijl je alcohol of drugs gebruikte?	ja / nee
Zeggen je familie of vrienden wel eens tegen je dat je je alcohol- of drugsgebruik zou moeten verminderen?	ja / nee
Ben je ooit in de problemen gekomen terwijl je alcohol of drugs gebruikte?	ja / nee

Tabel 4.2.3 CRAFFT screeningsinstrument (Knight et al., 1999; Knight, Sherrit, Harris, Gates & Chang, 2003; Nederlandse vertaling Hendriks et al., 2014)

Kinderen/adolescenten t/m 12 jaar

- Elk gebruik van alcohol, tabak, cannabis of andere drugs wordt, ongeacht de frequentie en hoeveelheid, als risicovol beschouwd

Adolescenten 13 t/m 15 jaar

Alcohol:

- De jongere heeft op 5 of meer dagen 1-2 glazen alcohol gedronken (vraag 2)
  en/of:
- De jongere heeft op 3 of meer dagen 3 of meer glazen gedronken (optelsom vragen 3+4)
  en/of:

Cannabis:

- De jongere heeft op 3 of meer dagen cannabis gebruikt (vraag 6)
  en/of:

Overige drugs:

- De jongere heeft op 1 of meer dagen andere drugs gebruikt (vraag 7)

Adolescenten 16 jaar en ouder

Alcohol:

- De jongere heeft op 12 of meer dagen 1-2 glazen alcohol gedronken (vraag 2)
  en/of:
- Jongens: de jongere heeft op 9 of meer dagen 3-4 glazen gedronken (vraag 3)
  en/of:
- Jongens: de jongere heeft op 5 of meer dagen 5 of meer glazen gedronken (vraag 4)
- Meisjes: de jongere heeft op 5 of meer dagen 3 of meer glazen gedronken (optelsom vragen 3+4)
  en/of:

Cannabis:

- De jongere heeft op 5 of meer dagen in de maand cannabis gebruikt (vraag 6)

EN/OF

Overige drugs:

- De jongere heeft op 2 of meer dagen andere drugs gebruikt (vraag 7)

Bij de uiteindelijke beoordeling van de vraag of er sprake is van risicovol gebruik – d.w.z. gebruik waarvoor een interventie geïndiceerd is – zal de hulpverlener naast de antwoorden op de beschreven vragenlijsten (SMA en CRAFFT) zijn deskundig oordeel moeten meewegen. Deze hulpverlener dient hiervoor de juiste competenties te hebben (zie paragraaf 7.3).

Omdat beide instrumenten niet voor 100% problematisch middelengebruik kunnen aantonen, is binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, in het geval dat een jeugdige op één van beide instrumenten scoort (boven één of meer drempelwaardes van de SMA, en/of op de CRAFFT) altijd verdere beoordeling aan de hand van de DSM–criteria noodzakelijk, door een gedragswetenschapper[7], arts of psychiater met verslavingsdeskundigheid. Die kan de situatie verder beoordelen aan de hand van de DSM–criteria, waarbij de vaardigheden van de cliënt, systeemaspecten en dergelijke worden meegewogen voor het stellen van een uiteindelijke verslavingsdiagnose (zie volgende paragraaf). Wanneer de jeugdige bij de intake of bij aanvang van de hulpverleningsrelatie niet op beide instrumenten scoort, maar er wel een vermoeden van problematisch middelengebruik bestaat op basis van het oordeel van de hulpverlener, dan is het van belang om te letten op signalen van problematisch middelengebruik (zie Hulpmiddelenkaart 2). Ook dient spoedig nogmaals het middelengebruik te worden besproken aan de hand van de SMA en CRAFFT. De kans op een open gesprek is groter wanneer er een vertrouwensrelatie met de jeugdige is ontstaan. Deze werkwijze is van belang, omdat een groot deel van de jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming risicovol middelen gebruikt of verslaafd is (zie Hoofdstuk 1, paragraaf 1.2) en dit gebruik de diagnostiek op andere domeinen beïnvloedt, zoals bij depressie en ADHD (zie paragraaf 2.3).
Verder dient analyse van het middelengebruik plaats te vinden. Zie hiertoe de paragrafen 4.3 en 4.4.

Screening bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)
Voor de screening van middelengebruik bij volwassenen en jeugdigen met LVB is een instrument in ontwikkeling, de SumID-Q (Van der Nagel, Kiewik-de Vries, van Dijk, de Jong, & Didden, 2011). Van dit instrument zijn nog geen evaluatiegegevens bekend. In tegenstelling tot de andere screeningsinstrumenten zijn aan de afname van de SumID-Q kosten verbonden, voor de aanschaf van een handleiding, scoreformulieren en benodigde materialen voor afname (plaatjes van middelen, pictokaarten, middelenoverzicht).

SumID-Q
De SumID-Q bestaat uit een vragenlijst die in kaart brengt:
- welke psychoactieve stoffen de cliënt kent;
- hoeveel hij ervan weet, vindt;
- wat er in zijn omgeving wordt gebruikt;
- wat hij eventueel zelf gebruikt;
- wat de gevolgen van gebruik zijn;
- hoe groot de motivatie tot veranderen is.

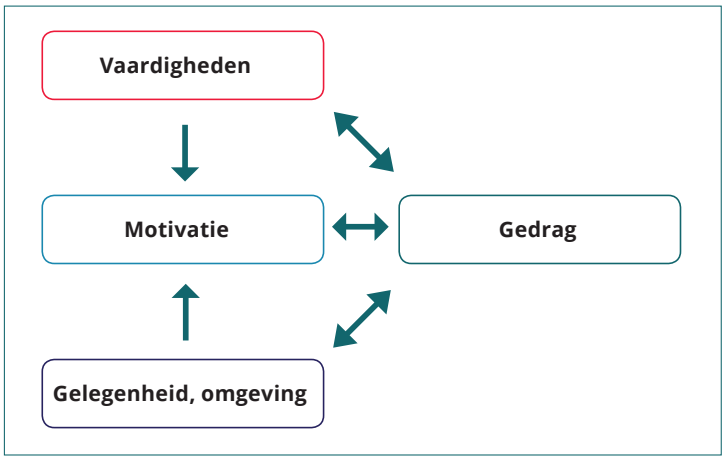
De vragenlijst is aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van volwassenen met LVB maar uit ervaring blijkt dat de lijst ook voor jeugdigen of mensen met een iets lager of hoger

7 D.w.z. NVO-Orthopedagoog Generalist, NIP K&J psycholoog of GZ-psycholoog (BIG).

niveau geschikt is. Met de SumID-Q kan het gesprek over middelengebruik worden aangegaan. Het instrument is geschikt om af te nemen op indicatie, maar is juist ook bedoeld voor het screenen van alle cliënten die in zorg zijn. Door het breed toepassen van de SumID-Q krijgt men helderheid over middelenproblematiek op cliëntniveau, en tevens zicht op waar op instellingsniveau nadere preventieve interventies nodig zijn.
De SumID-Q kan worden afgenomen door begeleiders en gedragswetenschappers. Om de beoogde visie en gespreksvoering op een juiste wijze uit te kunnen voeren is noodzakelijk om een korte training te volgen. Op de SumID-Q rust copyright en is niet kosteloos in gebruik (Bransen & Lokman, 2013).

4.3 Model van verslavingsgedrag

Figuur 4.3.1 toont een model van gedrag, COM-B[8](West, 2013). Dit model laat zien hoe gedrag op basis van drie noodzakelijke condities ontstaat. Zie ook hulpmiddelenkaart 1 met mogelijke risicofactoren.



Uitgaande van dit model worden middelengebruik en verslaving bepaald door:

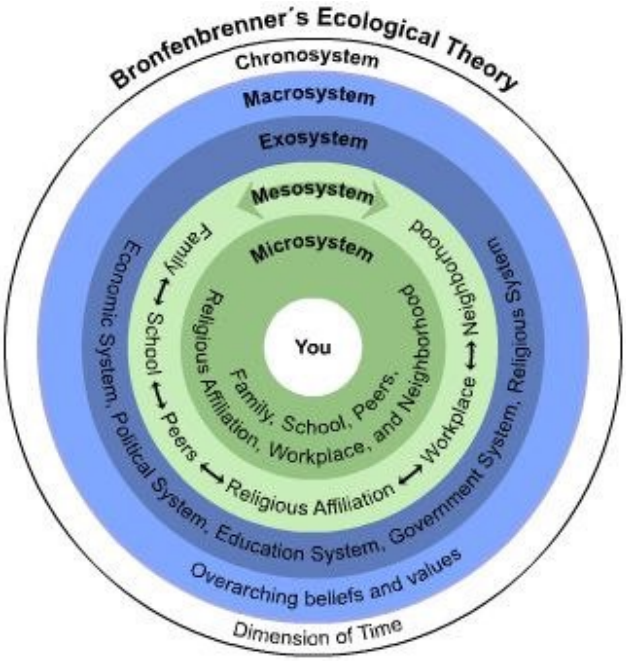
- het gebrek aan capaciteit of **vaardigheden** om bepaald gedrag te vertonen, zoals zelfregulatie, leren van straf, leefregels formuleren en naleven;
- de **gelegenheid** die wordt geboden (beschikbaarheid van middelen, geringe kosten van het gebruik) en de omgeving waarin iemand verkeert (leeftijdsgenoten die middelen gebruiken, de afwezigheid van beschermende factoren zoals een stabiel gezin, succesvol onderwijs et cetera). Volgens zijn ecologiemodel hangt gedrag mede af van de omgeving waarin iemand leeft, oftewel de ecologie. Voor een jongere zijn dat zijn gezin, familie, leeftijdgenoten, school, werk, buurt en de samenleving. Omgekeerd oefent het individu ook invloed uit op deze omgeving. Denk aan het opvoedgedrag van ouders dat door het gedrag van een jeugdige wordt beïnvloed;
- de **motivatie**, zoals de behoefte aan het dempen van emoties, de behoefte ergens bij te horen, de angst voor afkeuring of de verwachting dat het gebruik plezier geeft dan wel het sterke verlangen naar het middel (*craving)* wegneemt.

8 COM staat voor: capaciteit, 'het in staat zijn tot' (Engels: capacity, C), gelegenheid of omstandigheid (Engels: opportunity, O) en motivatie (Engels: motivation, M). De B staat voor gedrag (Engels: behaviour).

De motivatie kan deels bewust en deels onbewust tot stand komen:
- door een analyse van kosten en baten van het beoogde gedrag (bv. de overtuiging dat een bepaalde activiteit 'slecht' of 'schadelijk' is);
- door automatische processen, in die zin dat bepaalde innerlijke drijfveren, verwerking van emoties of gewoontegedrag een rol spelen.

Rol van de omgeving
In bovenstaand COM-B model heeft de gelegenheid of omstandigheid om gedrag (niet) te gaan vertonen een belangrijke rol. Het ecologiemodel van Bronfenbrenner (1979; 1994, zie figuur 4.3.2) heeft deze rol van de omgeving nader uitgewerkt. Gedrag hangt mede af van de omgeving waarin iemand leeft: dit wordt aangeduid met de term 'ecologie'. Het ecologiemodel ziet een jongere als iemand die wordt beïnvloed door factoren gelegen in de jeugdige zelf, in het gezin en de familie, maar ook in 'schillen' daaromheen: leeftijdgenoten, school, werk, buurt, en de samenleving. Omgekeerd hebben kenmerken en gedrag van een individu ook invloed op deze omgeving, bijvoorbeeld op het opvoedgedrag van ouders.

*Figuur 4.3.2 Ecologiemodel van Bronfenbrenner**



* www.lerarenopleiders.nl/

Het komt jeugdigen ten goede wanneer de verschillende systemen samenwerken. Van belang is bijvoorbeeld de samenwerking (overleg en afstemming) tussen school en ouders wanneer een jeugdige bekend is met risicovol middelengebruik.

Brede sociale omgeving (leefomgeving, wet- en regelgeving)
In de brede maatschappelijke context spelen de volgende risicofactoren voor gebruik en misbruik van middelen een rol (Matthys et al., 2006; EMCDDA, 2008):
- Armoede en lage sociaal-economische status.
- Ongunstige buurtkenmerken

- Grote beschikbaarheid van middelen
- Lage prijs van middelen
- Veel reclame voor middelen
- Lage wettelijk toegestane leeftijd voor het gebruik

Economische factoren
Hoewel armoede geen directe oorzaak is van middelengebruik, bestaat er wel een sterk verband tussen de mate van problemen met middelengebruik en sociale en economische ongelijkheid en/of sociale/economische achterstand. Beleidsmaatregelen die erop gericht zijn armoede, uitsluiting en ongelijkheid terug te dringen, zouden kunnen bijdragen aan het terugdringen van schadelijk drugsgebruik (Shaw, Dishion, Supplee, Gardner & Arnds, 2006).

Buurtkenmerken
Het verband tussen het wonen in probleemwijken en middelengebruik is onduidelijk en heeft vaak betrekking op specifieke middelen. Zo komt heroïnegebruik misschien meer voor in achtergebleven stedelijke gebieden, terwijl cocaïnegebruik vaker gesignaleerd wordt in rijkere wijken en crackgebruik weer in armere wijken. Cannabisgebruik is hoger in welvarende gebieden. Nederlands onderzoek wijst uit dat overmatig drinken meer voorkomt in minder verstedelijkte gebieden dan in de grote stad (Junger-Tas et al., 2008; Schrijvers & Schoemaker, 2008). In niet-stedelijke gebieden zijn meer drinkgelegenheden (zoals 'drankketen', waar de drank goedkoper is), terwijl in stedelijke gebieden doorgaans meer centra zijn waar jeugdigen naar toe kunnen gaan (Schrijvers & Schoemaker, 2008).

Beschikbaarheid middelen
De beschikbaarheid van middelen heeft grote invloed op de consumptie door jeugdigen.
De prijs speelt daarbij een belangrijke rol, naast de wettelijke leeftijdsgrens (en de naleving daarvan), plus de openingstijden van alcoholschenkende en -verkopende gelegenheden (Wagenaar, Salois & Komro, 2009) en de naleving van leeftijdsgrenzen bij coffeeshops.
Boelema et al. (2009) concluderen in een overzichtsstudie dat interventies om alcohol-gerelateerde agressie onder jeugdigen te reduceren niet alleen gericht dienen te zijn op vermindering van de alcoholconsumptie, maar ook op de context waarin gedronken wordt en op andere risicofactoren in de omgeving (Boelema et al., 2009).
Een goede sociale controle is een beschermende factor (EMCDDA, 2008). Sociale controle kan uitgeoefend worden door familie, de schoolomgeving, of vrienden.

4.4 Analyse van het middelengebruik, aangrijpingspunten voor interventies

Uit het hiervoor gepresenteerde model volgt dat aangrijpingspunten voor interventie te vinden zijn in:

- de vaardigheden van de jeugdige;
- de omstandigheden/omgeving van de jeugdige;
- de motivatie van de jeugdige.

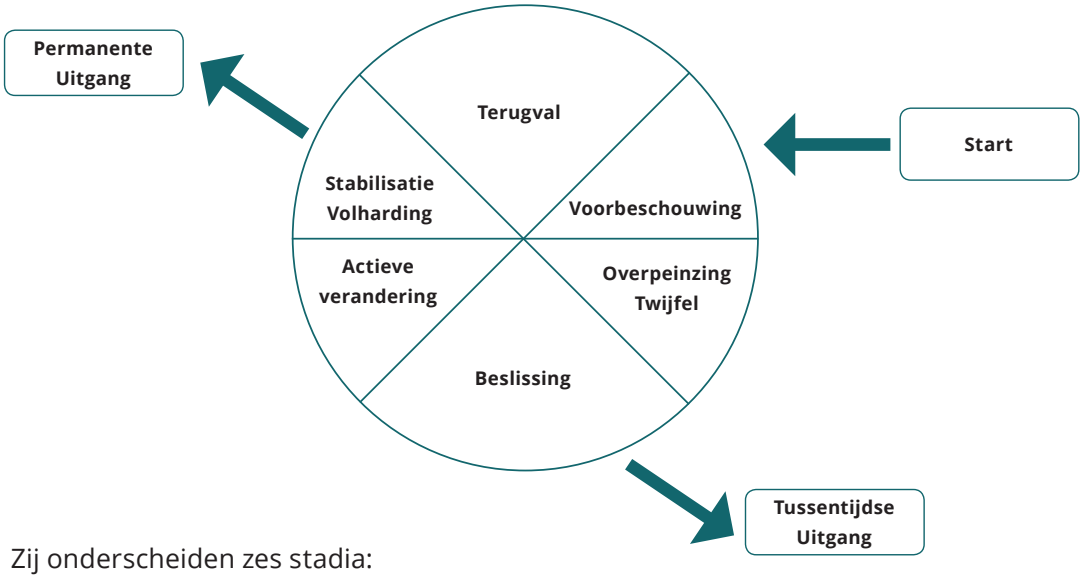
In tabel 4.4.1 is uitgewerkt welke aangrijpingspunten relevant zijn voor het in gesprek gaan met jeugdigen en hun ouders, en voor preventie en behandelinterventies. Ook informatie van de ouders is nodig om deze vragen goed te kunnen beantwoorden.

Tabel 4.4.1 Vragenlijst Analyse Middelengebruik
(ten behoeve van de analyse van gebruik op basis van het COM-B-model; naar West, 2013)

Vaardigheden	In hoeverre is de jeugdige in staat om het eigen gedrag te beïnvloeden?
Kennis en begrip van de gevolgen van het gebruik	Wat weet de jeugdige over de gevolgen van het gebruik? Begrijpt hij alle informatie?
Zelfregulerende vaardigheden	Welke vaardigheden (zoals 'iets anders gaan doen') heeft de jeugdige om het hoofd te bieden aan de verleiding? Kan hij deze vaardigheden in verschillende omstandigheden toepassen?
Weten en begrijpen wat te doen om te veranderen	Wat weet de jeugdige over veranderingsstrategieën en de hulpbronnen die daarbij kunnen worden gebruikt? In hoeverre begrijpt hij deze informatie en kan hij deze in verschillende omstandigheden toepassen?
Gelegenheid, omgeving	Welke omgevingskenmerken werken bevorderend of belemmerend?
Beschikbaarheid van alcohol en drugs	Hoe gemakkelijk zijn alcohol of drugs verkrijgbaar? Kan de jeugdige ze betalen?
Triggers in de omgeving die aanzetten tot gebruik	Ervaart de jeugdige triggers in de omgeving die aanzetten tot gebruik (zoals middelengebruik door ouders of vrienden)?
Kenmerken van de omgeving die aanzetten tot gedragsverandering	Welke omgevingskenmerken zetten aan tot gedragsverandering (zoals middelenbeleid op en rond de school of op de werkplek)?
Motivatie	Wat zijn motiverende factoren voor gedragsverandering?
Ideeën over de voor- en nadelen van verslavingsgedrag	Welke ideeën heeft de jeugdige over de voor- en nadelen van verslaving(sgedrag)? Hoe uitgesproken zijn deze?
Positieve kanten van verslaving(sgedrag)	Wat zijn de positieve kanten van verslaving(sgedrag)? Denk aan het effect/de roes, sociale status, fysieke effecten.
Negatieve kanten van verslaving(sgedrag)	Wat zijn de negatieve kanten van het verslaving(sgedrag)? Denk aan verminderde gezondheid, in aanraking komen met justitie, bijwerkingen.
Behoeftebevrediging door middelengebruik	Aan welke behoefte voldoet het gebruik van het middel (zoals het bestrijden van angst, depressie, verveling, eenzaamheid, onrust)? Of gebruikt de jeugdige het middel om ontwenningsverschijnselen tegen te gaan?
Positieve effecten van andere activiteiten dan middelengebruik	Wat zijn de positieve effecten van andere activiteiten dan middelengebruik (denk aan sport, sociale contacten, school)? In hoeverre conflicteren deze met het middelengebruik?
Ervaren identiteit/zelfbeeld	Hoe ervaart de jeugdige de eigen identiteit? Heeft hij een positief zelfbeeld? Welk gevoel heeft hij daarbij?
Ervaren identiteit/ zelfbeeld versus verslavingsgedrag	Welke invloed heeft het verslavingsgedrag op het ervaren zelfbeeld? Welke gevoelens heeft de jeugdige hierbij?

Motivatie: stadia van gedragsverandering
Motivatie speelt een belangrijke rol bij het bewerkstelligen van gedragsverandering. Prochaska & DiClemente (1992) hebben beschreven welke stadia mensen doorlopen voordat zij bereid zijn om hun gedrag aan te passen. Zij baseren deze stadia op jarenlang empirisch onderzoek bij mensen met allerlei verslavingen, vooral rook-, alcohol- en drugsverslaving. Het bepalen van het stadium waarin jeugdigen met risicovol middelengebruik zitten, heeft belangrijke implicaties voor het aanbod dat aan de jeugdigen wordt gedaan met betrekking tot zorgtoewijzing en behandeling.

Figuur 4.4.2: Stadia van gedragsverandering



Zij onderscheiden zes stadia:

1. Voorbeschouwing (precontemplatie): de cliënt heeft (nog) geen intentie om te veranderen. Vaak is de potentiële (mogelijke) cliënt zich niet bewust van een probleem of ontkent hij dat hij een probleem heeft. In veel gevallen ervaart de omgeving van de cliënt het probleem wel. Pogingen van een hulpverlener om de cliënt zich bewust te laten worden van het probleem en een verandering in gang te zetten stuiten op weerstand.
2. Overpeinzing (contemplatie): de cliënt is zich bewust van het probleem en overweegt wat het kan opleveren als hij zijn gedrag verandert. De motivatie om iets te gaan doen is aanwezig, maar hij onderneemt nog geen actie.
3. Besluitvorming (voorbereiding): de cliënt neemt pas een besluit op het moment dat hij zich bewust is van het probleem, dit ook als probleem erkent en voldoende vertrouwen heeft in zijn mogelijkheden om te veranderen. In dit stadium maakt de cliënt een plan waarmee hij zijn gedrag kan veranderen.
4. Actie: de cliënt onderneemt actie om zijn gedrag te veranderen. De eigenlijke behandeling, gericht op verandering, vindt in dit stadium plaats.
5. Onderhoud (consolidatie): dit stadium is het moment waarop de cliënt probeert om het nieuwe gedrag in zijn dagelijks leven te integreren. Alleen op die manier is hij in staat om de bereikte verandering vast te houden en niet terug te vallen.
6. Terugval: meestal is een cliënt niet in staat om het bereikte resultaat volledig te handhaven en krijgt hij een terugval. Terugval komt voor. Een cliënt hoeft niet elke keer dat hij terugvalt, helemaal opnieuw te beginnen. Een cliënt leert van zijn eerdere pogingen tot gedragsverandering en maakt hiervan gebruik bij een hernieuwde poging (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Deze stadia overlappen elkaar, worden niet altijd lineair doorlopen en niet elk stadium wordt in alle gevallen doorlopen. Het model biedt hulpverleners wel houvast voor het aanmoedigen en helpen veranderen van mensen (Littell & Girvin, 2002). Het model helpt hulpverleners meer reële verwachtingen te hebben doordat het inzicht geeft in de fase waarin de cliënt zich bevindt.

4.5 Diagnostiek middelenstoornis

Hendriks et al. (2014) hebben een op de DSM-IV gebaseerde vragenlijst aangepast voor het stellen van een diagnose op basis van de DSM 5-criteria voor stoornis in het gebruik van middelen. De resulterende vragenlijst dient in een interviewformat te worden afgenomen en bestaat uit 11 criteria en in totaal 14 items die met ja of nee kunnen worden beantwoord (zie tabel 4.5.1). Voor elk middel afzonderlijk moeten deze vragen worden herhaald.

Tabel 4.5.1 Vragenlijst DSM-5: Stoornis in het gebruik van middelen (Hendriks et al., 2014)

Heb je in de afgelopen 12 maanden:		
1	regelmatig een sterk verlangen gehad om [-middel-] te gebruiken?	ja / nee
2a	regelmatig het verlangen gehad om te stoppen met het gebruik van [-middel-]?	ja / nee
2b	zonder succes geprobeerd te stoppen of te minderen met het gebruik van [- middel-]?	ja / nee
3	veel tijd besteed aan het gebruik, verkrijgen, of bijkomen van de effecten van [-middel-]?	ja / nee
4	vaak meer of langer [-middel-] gebruikt dan je van plan was?	ja / nee
5a	gemerkt dat je veel meer [-middel-] nodig had om hetzelfde effect te bereiken?	ja / nee
5b	gemerkt dat dezelfde hoeveelheid [-middel-] minder effect op je had dan daarvoor?	ja / nee
6a	je ziek of onwel gevoeld als je probeerde te stoppen of minderen met [-middel-]?	ja / nee
6b	[-middel-] gebruikt om te voorkomen dat je je ziek of onwel zou gaan voelen?	ja / nee
7	toch [-middel-] gebruikt terwijl je wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij je veroorzaakte?	ja / nee
8	toch [-middel-] gebruikt terwijl je wist dat dat problemen gaf met je familie, vrienden op je werk of op school?	ja / nee
9	door je gebruik van [-middel-] belangrijke activiteiten moeten opgeven of sterk verminderen, zoals sport, werk, omgaan met vrienden of familie?	ja / nee
10	door je gebruik van [-middel-] regelmatig je werkzaamheden op school, op je werk of thuis niet goed kunnen doen?	ja / nee
11	meer dan eens [-middel-] gebruikt in situaties waarin dat gevaarlijk was, bijvoorbeeld bij het besturen van een scooter of auto, of het bedienen van een machine terwijl je onder invloed was?	ja / nee

4.6 Inventarisatie beschikbare en geschikte instrumenten

In het bovenstaande is een drietal instrumenten uitgelicht voor de screening op middelengebruik, namelijk de SMA, de CRAFFT en de SumID-Q. Voor de diagnostiek gaat het om de vragenlijst DSM 5. De werkgroep heeft deze instrumenten op pragmatische gronden gekozen, namelijk:

- Aansluiten bij de in ontwikkeling zijnde richtlijn ADHD en problematisch middelengebruik (en het behandelprotocol).
- Voor screening op risicovol middelengebruik is geen goed instrument voorhanden (een normering van gebruik bij jeugdigen ontbreekt überhaupt) vandaar de SMA, een practice based screeningsinstrument waar de werkgroep achter staat.
- De CRAFFT sluit aan op de normering van gebruik.
- De SumID-Q is het enig beschikbare instrument voor de LVB-doelgroep.
- Diagnostiek door middel van de vragen die aansluiten op DSM 5.

In het navolgende wordt verslag gedaan van de inventarisatie, overwegingen en de beoordeling van de instrumenten die aan deze keuze vooraf is gegaan. De informatie is wellicht van belang voor zorgorganisaties die gebruik maken van deze andere instrumenten en al dan niet overwegen om over te stappen op één of meerdere andere instrumenten.

Voor een inventarisatie van beschikbare en geschikte instrumenten voor het vaststellen van middelengebruik, -misbruik of –afhankelijkheid is in eerste instantie uitgegaan van de studies die zijn uitgevoerd in het kader van bestaande (concept) richtlijnen en instrumenten die zijn opgenomen in de website van het NJi. Daarnaast zijn enkele instrumenten opgenomen uit lopende onderzoeken bij ZonMw en het Trimbos-instituut, en instrumenten die zijn aangereikt door leden van de werkgroep. Voorwaarde hierbij was wel dat deze instrumenten afkomstig moeten zijn uit Nederland of in het Nederlands zijn vertaald.

De bronnen:
- Richtlijn vroegsignalering middelenproblematiek jongeren (Wits & Van De Mheen, 2010)
- MDR Opiaatverslaving, (Van den Brink et al., 2013)
- Concept Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Boer, in ontwikkeling)
- Richtlijn ADHD en middelengebruik adolescenten (Hendriks et al., 2014)
- Website NJi Meetinstrumenten
- Lopende projecten
- Aangegeven door de werkgroep

Deze inventarisatie leidde tot de volgende lijst instrumenten die in Nederland bij jeugdigen worden toegepast (tabel 4.6.1). Het gaat hierbij niet alleen om screeners voor het vaststellen van middelengebruik, maar ook om instrumenten voor vroegsignalering, diagnostische instrumenten voor middelengebruik, diagnostische instrumenten voor het vaststellen van psychische en gedragsproblemen en instrumenten uit het jeugdstrafrecht.

Tabel 4.6.1 Inventarisatie instrumenten

Type	Korte naam	Volledige naam (voor zover bekend)
Signalering	KIPVA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten
	KIPPPI 12-15	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten
Screeners	AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
	AUDIT-C	Verkorte versie AUDIT
	CRAFFT	1e letters Engelstalige vragenlijst vormen samen CRAFFT
	POSIT	Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers
	CAGE-AID	CAGE Questions Adapted to Include Drugs
	CUDID	Cannabis Use Disorder Identification Test
	ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
	SUMID-Q	Screener op middelengebruik bij LVB
	DAST	Drug Abuse Screening Test
	5-shot questionnaire	2 vragen AUDIT + 3 vragen CAGE
	BARO*	Basis RaadsOnderzoek
	LIJ	Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafketen
	SMA	Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten
Diagnostiek middelengebruik	EUROP-ASI	EUROP- Addicition Severity Index
	EURO-ADAD	Euro Adolescent Drug Abuse Diagnosis
	K-SADS-PL	Kiddie-SADS-lifetime versie
	MATE-jeugd	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie-Jeugd
Diagnostiek psychische klachten	CIDI	Composite International Diagnostic Interview
	CAP-J	Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van cliënten in de Jeugdjulp
	KLAD	Klachtenlijst voor Adolescenten
	MMPI-A	Minnesota Multiphasic Personality Inventory, jongerenversie
	YSR	Youth Self Report
	YASR	Young Adult Self-Report
	SDQ/SPsy	Strenghts and Difficulties Questionnaire/ Screeningsinstrument Psychische Stoornissen
	CBCL	Child Behavior Checklist
	Maysi	Massachusettes youth screening instrument

* De Baro wordt niet meer gebruikt door de Raad, het LIJ is hiervoor in de plaats gekomen. Alleen in leerplichtzaken wordt voorlopig nog de Baro gebruikt, maar daar wordt in de loop van 2013 een nieuwe methodiek voor geïmplementeerd.

Van al deze instrumenten is vervolgens onderzocht wat de klinimetrische kenmerken van de Nederlandse versies zijn. Dit is in twee stappen uitgevoerd. Als eerste is nagegaan welke instrumenten zijn beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland van het Nederlands Instituut van psychologen (COTAN). Als tweede is een beperkt literatuuronderzoek uitgevoerd en is de informatie over validiteit en betrouwbaarheid beoordeeld.

4.6.1 COTAN-beoordelingen van instrumenten uit de inventarisatie

De COTAN bevordert de kwaliteit van tests en testgebruik in Nederland. Verder informeert de COTAN testgebruikers over de stand van zaken op testgebied. De COTAN beoordeelt psychodiagnostische instrumenten (tests, vragenlijsten, observatieschalen, screeners, e.d. op de volgende criteria:

- Uitgangspunten van de testconstructie.
- Kwaliteit van het testmateriaal.
- Kwaliteit van de handleiding.
- Normen.
- Betrouwbaarheid.
- Begripsvaliditeit.
- Criteriumvaliditeit.

De COTAN bestaat uit een diverse groep professionals met expertise op het gebied van testconstructie en psychometrie. Zij bepalen het beleid van de COTAN en doen testbeoordelingen. Deze beoordelingen worden gemaakt op basis van bestaande psychometrische data en beoordeling van het instrument zelf, zoals de kwaliteit van de handleiding en de kwaliteit van het testmateriaal. Er worden drie categorieën beoordelingen onderscheiden:

G = goed
V = voldoende
O = onvoldoende

In voetnoten wordt daarbij aangegeven wat de reden is van een oordeel, meestal als een oordeel onvoldoende is.

De database van de COTAN bevat informatie voor zeven van de instrumenten uit de genoemde inventarisatie (zie Tabel 4.4.1.1). Het betreft een maat voor signalering (KIPVA), vijf maten voor psychische en/of psychosociale klachten (KLAD, MMPI-A, YSR, SDQ en CBCL) bij jeugdigen en één maat voor middelengebruik (MATE). Hierbij moet worden opgemerkt dat het bij de MATE gaat om de versie voor volwassenen. De versie voor de jeugd (MATE-Y) is onlangs te beschikking gekomen en nog niet beoordeeld. Bij de YSR en CBCL gaat het om verouderde versies. De meest recente versies zijn nog niet beoordeeld.

Tabel 4.6.1.1 COTAN beoordelingen van instrumenten

	KLAD	MMPI-A	KIVPA	MATE*	YSR 1997**	CBCL1996**	SDQ
Uitgangspunten testconstructie	V	O	O	G	G	G	V
Kwaliteit van het testmateriaal	V	G	V	G	G	G	G
Kwaliteit van de handleiding	O ontbreekt	V	O summier	O summier	G	G	O summier
Normen	O onbekend	O onbekend	O onbekend	O geen onder-bouwing	G	O verouderd	O niet te beoordelen
Betrouwbaarheid	V	V	O onbekend	O onbekend en/of laag	G alleen w.b. totaalscores	V	V
Begripsvaliditeit	V	O onbekend	O onbekend	V alleen voor schaal MATE-ICN	V	G	V
Criteriumvaliditeit	O onbekend	O onbekend	O onbekend	O onbekend	V	V	O onbekend

* Onlangs is de MATE-Y voor de jeugd ter beschikking gekomen. Deze versie is met behulp van een subsidie van ZonMw ontwikkeld en in een pilot onderzocht in acht instellingen voor jeugdverslavingszorg.

** De meest recente versies van YSR en CBLC zijn nog niet beoordeeld

Uit tabel 4.6.1.1 blijkt dat er geen screeners voor middelengebruik bij jeugdigen zijn beoordeeld door de COTAN. De oudere versies van de YSR en CBCL worden redelijk positief beoordeeld op betrouwbaarheid en validiteit. Vooral de KIPVA en de MATE krijgen een lagere beoordeling.

4.6.2 Literatuursearch

Bij de literatuursearch is gezocht naar informatie over de validiteit en betrouwbaarheid van de instrumenten uit de inventarisatie, die niet door de COTAN zijn beoordeeld. Het ging hierbij uitsluitend om Nederlands onderzoek. Klinimetrisch onderzoek op de oorspronkelijke (meest Amerikaanse) versies is hier niet meegenomen. De search is breed uitgevoerd in zowel de witte als grijze literatuur. Hierbij zijn de volgende bronnen gebruikt:

- bestaande richtlijnen;
- medline/PsychInfo;
- google Scholar;
- publicaties IVO;
- instrumentenbank op de Website NJi;
- vrije search in Google op instrumentennaam;
- benaderen van ontwikkelaars van nieuwe instrumenten.

In de bestaande richtlijnen werd gezocht naar de beoordeling van instrumenten in die richtlijn. In Medline/Psychinfo en Google Scholar werd gezocht werd op de namen van de instrumenten uit de inventarisatie in de titel van artikelen. Uit de gevonden hits werden de artikelen geselecteerd waarbij sprake was van Nederlands onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid bij gebruik van het instrument onder jeugdigen. Bij de grijze literatuur en de vrije search in Google werd gezocht op naam van het instrument naar achtergrondinformatie van de instrumenten. Ontwikkelaars van nieuwe instrumenten werden per mail om informatie benaderd.

Uit deze beperkte search komt naar voren dat er weinig tot niets is gepubliceerd in de witte literatuur over de klinimetrische kwaliteiten van de Nederlandse versies van de geïnventariseerde instrumenten. In de grijze literatuur wordt hier en daar wel gewag gemaakt van gegevens over validiteit en betrouwbaarheid, maar veelal zonder bronvermelding. Aan de hand van deze beperkte bronnen zijn de instrumenten uit de inventarisatie beoordeeld aan de hand van de indeling van Terwee et al., (2007). In deze indeling worden acht criteria onderscheiden:

1. *Inhoudsvaliditeit:* de mate waarin de inhoud van het instrument een adequate afspiegeling is van het construct dat het instrument beoogt te meten.
2. *Interne consistentie:* de mate waarin de items aan elkaar zijn gerelateerd.
3. *Criterium validiteit:* de mate waarin de scores een adequate afspiegeling zijn van een gouden standaard.
4. *Construct validiteit*: de mate waarin de scores consistent is met de hypothesen.
5. *Reproduceerbaarheid:* de mate waarin een meting vrij is van meetfouten.
6. *Responsiviteit:* het vermogen om veranderingen in de tijd te meten.
7. *Bodem/plafondeffect:* het aantal laagste of hoogste scores op het instrument.
8. *Interpretatie:* de mate waarin de scores betekenisvol zijn.

Elk criterium kan worden gescoord op vier niveaus:

+ Positieve beoordeling
? Onbepaalde beoordeling (door onvolledige informatie of potentiële tekortkomingen)
- Negatieve beoordeling
O geen informatie beschikbaar

Per criterium is gedefinieerd waarop een beoordeling moet worden gebaseerd. In tabel 4.6.2.1 zijn de beoordelingen van de geïnventariseerde instrumenten op basis van de criteria van Terwee weergegeven. Vanwege de geringe hoeveelheid beschikbare informatie is er weinig over de instrumenten te zeggen, vooral de instrumenten voor screening van middelengebruik.

Van de volgende screeners wordt in de gevonden literatuur aangegeven dat er (nog) geen Nederlands valideringsonderzoek is uitgevoerd of is gepubliceerd:

- POSIT
- CRAFFT
- ASSIST
- CUDID
- SUMID

Van de AUDIT zijn gegevens beschikbaar over de betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit. De enige screener waar meer gegevens over bekend zijn, is de CAGE-AID.

Wat betreft de diagnostische instrumenten voor middelengebruik geldt hetzelfde. Van de Nederlandse versies van de K-SADS-PL en EURO-ADAD zijn in Nederland geen valideringsgegevens bekend. Van de EUROP-ASI zijn geen gegevens gevonden voor een populatie jeugdigen. Van de instrumenten voor psychische en/of psychosociale klachten bij jeugdigen zijn wel gegevens beschikbaar, al geldt dit nog niet voor de laatste versies van de YSL en CBCL.
De CIDI en CAP-J zijn niet beoordeeld omdat zij (een onderdeel van) een diagnostische classificatiesysteem zijn.

Uit de uitkomsten van de COTAN beoordelingen en de beperkte literatuursearch blijkt dat veel van de instrumenten in Nederland (nog) niet zijn gevalideerd. Hierdoor is een keuze voor het meest geschikte instrument moeilijk. Deze conclusie werd ook al getrokken in de Richtlijn vroegsignalering middelenproblematiek jeugdigen. In hun overzicht van beschikbare instrumenten constateren zij dat verschillende bronnen verschillende instrumenten aanbevelen. De onderzochte buitenlandse reviews leverde overigens een zelfde beeld op, namelijk dat er weinig doorslaggevend bewijs was dat een bepaald instrument geschikter zou zijn dan een andere.

Op basis van de beschikbare informatie zijn van de geïnventariseerd instrumenten de algemene kenmerken opgezocht, die van belang zouden kunnen zijn bij een keuze voor instrumenten. Het betreft:

- doelgroep en setting;
- aantal items en format (vragenlijst, online vragenlijst, interview);
- schalen en eventuele afkappunten;
- afnametijd en eventuele inzet van professionals uit een bepaalde discipline;
- noodzaak tot training om instrument af te kunnen nemen;
- scoringstijd en eventuele inzet van professionals uit een bepaalde discipline;
- eventuele licenties en kosten voor gebruik van het instrument.

Tabel 4.6.2.1 Beoordeling van Nederlands valideringsonderzoek volgens de indeling van Terwee

	Inhouds-validiteit	Interne consistentie	Criterium-validiteit	Construct-validiteit	Reproduceerbaarheid	Responsiviteit	bodem/ plafondeffect	Interpretatie
Signalering								
KIPPPI 12-15	?	+	?	+	O	O	O	O
Maysi	O	O	O	O	O	O	O	O
Screeners								
AUDIT	?	O	+	O	O	O	O	O
AUDIT-C	?	O	O	O	O	O	O	O
CUDIT	?	O	O	O	O	O	O	O
SUMID-Q	?	O	O	O	O	O	O	O
ASSIST	?	O	O	O	O	O	O	O
CAGE-AID	?	+	+	+	O	O	O	O
POSIT	O	O	O	O	O	O	O	O
CRAFFT	?	O	O	O	O	O	O	O
5-shot questionnaire	O	O	O	O	O	O	O	O
SMA	?	O	O	O	O	O	O	O
Diagnostiek middelengebruik								
EUROP-ASI	?	O	O	O	O	O	O	O
EURO-ADAD	?	O	O	O	O	O	O	O
K-SADS-PL	?	O	O	O	O	O	O	O
MATE-Y	?	O	O	O	O	O	O	O
Diagnostiek psychische klachten								
CAP-J	+	n.v.t.						
CIDI	+	n.v.t.						
YSR 2003	?	O	O	O	O	O	O	O
YASR	+	+	+	+	O	O	O	O
CBCL nieuwste versie	?	O	O	O	O	O	O	O
DAST	0	0	0	0	0	0	0	0
BARO 1997	?	O	?	O	+	O	O	O
BARO 2003	?	+	+	+	O	O	O	O
LIJ-instrumenten	?	O	O	O	O	O	O	O

Diagnostiek middelengebruik
Wat betreft de diagnostische instrumenten is weinig bekend van de klinimetrische kwaliteiten. Het zijn alle interviews van wisselende omvang. De EUROP-ASI, EURO-ADAD en K-SADS-PL zijn alle omvangrijk, kosten veel tijd om af te nemen en vereisen een getrainde diagnostische geschoolde professional. De MATE-Y ligt om pragmatische redenen het meest voor de hand, als een zelfinvulvragenlijst, bestaande uit 14 items die zijn gebaseerd op de DSM 5-criteria voor middelengebonden stoornissen. De MATE-Y is echter recent uitgebracht en nog niet gevalideerd. De in ontwikkeling zijnde MATE-Y en de MATE voor volwassenen werden door de COTAN niet zo positief beoordeeld.

Diagnostiek psychische klachten
Van de instrumenten voor het vaststellen van psychische klachten zijn meer klinimetrische gegevens bekend. De oudere versies van de YSR en de CBCL worden redelijk positief door de COTAN beoordeeld, de KLAD en de SDQ minder. De MMPI-A krijgt de laagste beoordeling. De beschikbare gegevens over de YASR geven aan dat er sprake is van voldoende klinimetrische kwaliteit. Wat betreft de algemene kenmerken is er bij de MMPI-A en de KLA sprake van een interview, de andere instrumenten zijn zelfbeoordelingsvragenlijsten. Het aantal items varieert van 25 (SDQ) tot 478 (MMPI-A). Voor de YSR moet worden betaald, bij de andere instrumenten is dat nog onduidelijk.

In schema

	N items	Format	Kosten	Oordeel
KLAD	60	interview	?	+
YSR	?	vragenlijst	Ja	++
YASR	125	vragenlijst	?	++
MMPI-A	478	interview	Nee	-
SDQ	25	vragenlijst	?	+
CBCL	160	vragenlijst	?	++

++ redelijk positief COTAN + volgens Terwee
+ minder positief COTAN
- minste oordeel COTAN

Gezien het gebruiksdoel lijken de SDQ, de KLAD en de YSR het meest geschikt. Voor de laatste moet dan wel worden betaald.

Overwegingen uit de concept Richtlijn ADHD en Middelengebruik

Deze richtlijn sluit op veel vlakken aan bij de Richtlijn ADHD en Middelengebruik (Hendriks et al., 2014). Daarom wordt expliciet aandacht besteed aan de overwegingen die ten behoeve van deze richtlijn gemaakt zijn. Voor deze richtlijn is een eigen screeningsprotocol voor risicovol of problematisch gebruik van alcohol en drugs ontwikkeld. Dit betreft zowel de diagnostiek van middelengebonden stoornissen als het vaststellen van risicovol middelengebruik, in het geval dat er nog geen sprake is van een stoornis volgens de DSM 5-criteria.

Diagnostiek van middelengebonden stoornis
Voor de diagnostiek van een middelengebonden stoornis verdient het aanbeveling gebruik te maken van de DSM 5-criteria, door middel van een korte vragenlijst die rechtstreeks informeert naar de DSM-criteria, zoals de MATE-Y (Schippers & Broekman, 2013; 2014), die gebaseerd is op een selectie van vragen uit het Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1; Robins et al., 1988) en is aangepast voor het stellen van een diagnose op basis van de DSM 5 criteria voor middelengebonden stoornis. De resulterende vragenlijst dient in een interviewformat te worden afgenomen en bestaat uit 14 items die met ja of nee beantwoord kunnen worden. De somscore varieert tussen 0 en 11. In de DSM 5 moet de persoon voldoen aan twee of meer van de 11 criteria voor een diagnose. Er is volgens de MATE-Y dus sprake van een middelenstoornis als aan 2 of meer van de 11 criteria wordt voldaan.

Risicovol middelengebruik
Naast een DSM-diagnose dient nagegaan te worden of bij de jeugdige sprake is van problematisch of risicovol middelengebruik, dat (nog) niet aan de DSM-criteria voor een middelengebonden stoornis voldoet. De meest gebruikte screeningslijsten die thans op dit gebied voorhanden zijn, de AUDIT (alcohol; Babor et al., 2001), CUDIT-R (cannabis; Adamson et al., 2010) en CAGE-AID (alcohol en/of drugs; Brown & Rounds, 1995; Couwenbergh et al., 2009), zijn echter juist bedoeld om in te kunnen schatten of een formele middelenstoornis aanwezig is, en zijn hoofdzakelijk voor dit doel onderzocht. Bovendien wordt in deze lijsten niet of slechts in beperkte mate geïnformeerd naar de omvang van het feitelijke middelengebruik en wordt in de lijsten waarin daar wél een vraag aan wordt gewijd geen rekening gehouden met verschillende drempelwaarden voor wat onder 'veel' of 'risicovol' gebruik moet worden verstaan bij jongere versus oudere adolescenten. Hoewel noch in de DSM-IV, noch in de (voorgestelde) DSM 5 criteria voor middelengebonden stoornis geïnformeerd wordt naar de omvang van het feitelijke middelengebruik, wordt door verschillende auteurs aanbevolen om een consumptiemaat over het middelengebruik in het diagnostisch instrumentarium op te nemen (Saha et al., 2007; Compton et al., 2009; Piontek et al., 2011).
Naast de mate waarin alcohol en drugs worden gebruikt, is voor het vaststellen van risicovol middelengebruik van belang dat geïnformeerd wordt naar gerelateerde aspecten die het risico op progressie naar een middelengebonden stoornis verhogen. Typische vragen die hierover in screeningslijsten zijn opgenomen, zijn: of de persoon zich wel eens schuldig heeft gevoeld over zijn gebruik, of een naaste wel eens gezegd heeft dat de betrokkene minder alcohol of drugs zou moeten gebruiken, en of de persoon wel eens alcohol of drugs heeft gebruikt om zich beter over zichzelf te voelen.

Op grond van deze overwegingen wordt aanbevolen om voor het vaststellen van subklinisch risicovol middelengebruik bij jongeren gebruik te maken van een vragenlijst die informeert naar de mate van gebruik van alcohol en drugs en een vragenlijst die informeert naar de motieven, omstandigheden en gevolgen van het gebruik.

Voor het eerste doel is door de auteurs van het onderhavige protocol een korte (7 items) Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) ontwikkeld (Hendriks et al., 2014) die informeert naar de frequentie en de mate van gebruik.

Voor het vaststellen van risicovol middelengebruik wordt naast de beschreven SMA geadviseerd om gebruik te maken van de CRAFFT (Knight et al., 1999; 2003). Deze vragenlijst informeert naar de motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik en is speciaal ontwikkeld voor afname bij jongeren. Zie voor de beschrijving van de SMA en de CRAFFT paragraaf 4.2.

Keuze voor geschikte instrumenten

De keuze voor geschikte instrumenten wordt in eerste instantie bepaald door:
- gebruiksdoel;
- bewezen klinimetrische kwaliteiten;
- algemene kenmerken als aantal items, afnameduur en kosten.

Gebruiksdoel

De Richtlijn Middelengebruik voor de jeugdhulp en jeugdbescherming richt zich met name op de jeugdhulp en jeugdbescherming zelf. De keuze voor instrumenten zal zich met name moeten richten op die instrumenten die in de jeugdhulp en jeugdbescherming kunnen worden toegepast. Dit betreft in eerste instantie screeners op middelengebruik en screeners voor eventuele comorbiditeit, eventueel aangevuld met aanvullende assessment. Uitgebreide diagnostiek lijkt eerder de taak van de gespecialiseerde ggz en verslavingszorg. De instrumenten voor vroegsignalering richten zich vooral op leerlingen uit het regulier onderwijs. Instrumenten specifiek gericht op het jeugdstrafrecht vallen ook buiten het gebruiksdoel.

Screeners

In het voorgaande is vastgesteld dat – op basis van de beschikbare gegevens – geen voorkeur kan worden uitgesproken voor een screener. Met uitzondering van de CAGE-AID is er weinig tot niets bekend van de klinimetrische kenmerken van deze instrumenten (al betreft het bij de CAGE-AID één artikel).
Uitgaande van de algemene kenmerken van de screeners is er een grote overeenkomst tussen de screeners. De meeste zijn kort (4-13 items) en kunnen in enkele minuten worden ingevuld als zelfbeoordelingsinstrument.

Uitzonderingen:
- ASSIST is oorspronkelijk ontwikkeld voor volwassenen, wordt in Nederland alleen bij 18+ afgenomen én bevat 80 items.
- POSIT bevat 139 items en duurt 20-25 minuten afnametijd.
- SUMID-Q is oorspronkelijk ontwikkeld voor volwassen met een licht verstandelijke beperking en er moet voor worden betaald.

Uitgaande van de literatuurstudie Richtlijn vroegsignalering middelenproblematiek jongeren is er ook internationaal geen consensus over wat de beste instrumenten zijn.

Bij gebrek aan gegevens over klinimetrie ligt een pragmatische keuze voor de hand. In het recente literatuuronderzoek voor de *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* worden de volgende instrumenten geschikt geacht:

- AUDIT
- CUDIT
- POSIT
- CAGE-AID
- ASSIST

In de Richtlijn vroegsignalering middelenproblematiek jongeren worden genoemd:

- AUDIT
- CRAFFT
- POSIT
- CAGE-AID

In de Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten (Hendriks et al., 2014) worden genoemd:

- CRAFFT
- SMA

Diagnostiek psychische klachten: Gezien het gebruiksdoel lijken hiertoe de SDQ, de KLAD en de YSR het meest geschikt. Voor de laatste moet dan wel worden betaald.

Diagnostiek middelengebruik: De MATE-Y ligt om pragmatische redenen het meest voor de hand, als een zelfinvulvragenlijst bestaande uit 14 items die zijn gebaseerd op de DSM 5-criteria voor middelengebonden stoornissen.

De werkgroep sluit bij de keuze voor instrumenten aan bij de Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten (Hendriks et al., 2014). Dit betekent een keuze voor screening door middel van de SMA en de CRAFFT. Daarnaast wordt de SUMID-Q genoemd omdat dit het enige instrument is voor de LVB doelgroep. Voor het uitvragen van de diagnostiek middelengebruik aan de hand van de DSM 5-criteria is in de richtlijn een vragenlijst (bewerkt door Hendriks et al., 2014) opgenomen (zie paragraaf 4.3 van de richtlijn behorende bij deze onderbouwing).

Aanbevelingen

- Bespreek het middelengebruik structureel, in elk gesprek, vanaf het eerste gesprek met jeugdige en de ouders (onderdeel van het intakeformulier);
- Ga met de ouders standaard in gesprek over middelengebruik, ook als hun kind (nog) niet met middelen in aanraking is gekomen;
- Ondersteun ouders in het signaleren van middelengebruik bij hun kind, en het omgaan daarmee;
- Leer ouders gespreksvaardigheden aan om middelengebruik op een open en niet-veroordelende manier ter sprake te brengen.

- Kijk naar:
  - de hoeveelheid en frequentie van gebruik, rekening houdend met de leeftijd;
  - de motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik.

  Dit om vast te stellen of het middelengebruik dermate risicovol is dat verdere diagnostiek en monitoring nodig zijn.

- Screen op middelengebruik met de SMA en de CRAFFT, en gebruik voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) de SumID-Q. Screen tijdens het diagnostische proces, aan het begin van de behandeling, bij evaluatiemomenten, en bij signalen van mogelijk middelengebruik. Met andere woorden: gebruik de genoemde instrumenten structureel in de behandeling en begeleiding van jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming (zie ook de werkkaarten 1 en 2).

- Bij een positieve score op de SMA en/of de CRAFFT of bij een positieve score op de SumID-Q: inventariseer en analyseer de vaardigheden, omstandigheden/omgeving en motivatie rondom het middelengebruik. Gebruik hiertoe de Vragenlijst ten behoeve van de analyse van gebruik op basis van het COM-B model (naar West, 2013). De antwoorden bieden verschillende aangrijpingspunten voor interventies.

- Hanteer het model voor de stadia van gedragsverandering om jeugdigen aan te moedigen en te helpen veranderen. Gebruik dit model in gesprek met de jeugdige en zijn ouders, maar ook in overleg met het multidisciplinaire team om daarbinnen de benaderingswijze af te stemmen.

- Wanneer via een open gesprek en screening niets blijkt van problematisch middelengebruik, maar er zijn toch vermoedens dat een jeugdige problemen met middelen heeft, let dan op signalen zoals weergegeven op hulpmiddelenkaart 2. Indien de signalen erop wijzen dat inderdaad van problematisch middelengebruik sprake is, stel het middelengebruik dan op korte termijn opnieuw aan de orde.

Hoofdstuk 5

Selectieve en geïndiceerde preventie

Uitgangsvragen:
2.2 Welke bewezen effectieve interventies, waar mogelijk gescheiden naar leeftijdsgroepen en toepasbaar binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, zijn beschikbaar om gebruik en misbruik te voorkomen bij jeugd met een verhoogd risico?

Kernaanbevelingen:
Zorg dat je de technieken van motiverende gespreksvoering beheerst en toepast.
(Voor een samenvatting van motiverende gespreksvoering: zie Hulpmiddelenkaart 6)

5.1 Werkzame elementen van verslavingspreventie

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag welke bewezen effectieve preventieprogramma's voor de jeugdhulp en jeugdbescherming beschikbaar zijn om problematisch middelengebruik bij jeugdigen met een verhoogd risico te voorkómen. Preventie bij jeugdigen met een verhoogd risico noemen we selectieve preventie. Preventie bij individuen die wel klachten of symptomen hebben, maar die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een stoornis, noemen we geïndiceerde preventie. Dit kan ook worden beschouwd als vroeginterventie. Op organisatieniveau kan preventie van middelengebruik bij jeugdigen plaatsvinden via beleid (zoals regels rond gebruik) en via vroegsignalering van middelengebruik – met daarop volgende geïndiceerde preventie. Op individueel niveau tracht selectieve en geïndiceerde preventie kennis, verwachtingen, houdingen, intenties, motivatie en vaardigheden te veranderen, zodat jeugdigen gemotiveerd en in staat zijn geen middelen te gebruiken of hun middelengebruik te minderen.
In het 'Basisaanbod Preventie' (Oudejans & Spits, 2013) is een overzicht te vinden van de huidige verslavingspreventie in Nederland en van de evidentie hiervoor. Voordat we ingaan op beschikbare preventieprogramma's worden in deze paragraaf eerst de werkzame elementen van verslavingspreventie besproken.

Effectieve componenten van selectieve preventie
Er is weinig bewezen effectief aanbod van selectieve preventie voor risicogroepen. De onderzoeken die er zijn laten beperkte of geen effecten zien. Van Deursen et al (2010, in: Zoon, 2012) geven in hun overzichtsstudie naar selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik wel aan dat er aanwijzingen zijn dat interventies die specifiek gericht zijn op de risicovolle persoonlijkheidseigenschappen van de jeugdige effectief kunnen zijn in het veranderen van het alcoholgebruik van de jeugdige. Dit is eerder ook al aangetoond door Conrod et al. (2006). (uit: Oudejans & Spits, 2013) en wordt nu onderzocht door het Trimbos-instituut (zie hiervoor Lammers, Goossens, Lokman, Monshouwer, Lemmers et al., 2011; Conrod et al., 2013).

Effectieve componenten van geïndiceerde preventie
Geïndiceerde preventieprogramma's zijn vaak gericht op het creëren van motivatie voor verandering. De sterkste effecten worden behaald wanneer motiverende gespreksvoering (zie bijlage 4a) gecombineerd wordt met feedback over het middelengebruik, waarbij tevens een

vergelijking wordt gemaakt met middelengebruik van andere jeugdigen (normatieve feedback). Feedback leent zich goed voor het gebruik van e-health, zoals bijvoorbeeld een advies op maat zonder tussenkomst van een hulpverlener, via internet. Daarvoor lijken jeugdigen bij uitstek een doelgroep te zijn, niet alleen vanwege de rol die media spelen in hun generatie, maar ook vanwege de anonimiteit en de online beschikbaarheid. Over de effectiviteit van feedback via dit medium is echter nog weinig bekend. Verder is bekend dat cognitief-gedragstherapeutische programma's effectiever zijn dan programma's die dat niet hebben (Cuijpers, Scholten & Conijn, 2006) (uit: Oudejans & Spits, 2013).

Motiverende gespreksvoering

Omdat motiverende gespreksvoering een veelgebruikte effectieve methode is om cliënten te stimuleren hulp te zoeken voor hun problemen of hun gedrag te veranderen, wordt hier uitgebreid stilgestaan bij deze techniek. Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) is een cliëntgerichte benadering van hulpverlening zoals onder andere ontwikkeld door Carl Rogers (1959). Deze methode is oorspronkelijk ontwikkeld als actiegeoriënteerde benadering van behandeling (Miller & Rollnick, 1991), gericht op het veranderen van het stadium van motivatie voor verandering waarin een cliënt zich bevindt, zodat deze meer kan profiteren van toekomstige behandelingen (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003). Uit onderzoek, vooral in de verslavingszorg, blijkt dat motiverende gespreksvoering effectief is om bij risicovol middelengebruik of stoornissen in het gebruik van middelen mensen te motiveren hun gedrag te veranderen. Ook voor andere problemen zoals depressie, angststoornissen en opvoedingsproblemen zijn er indicaties dat motiverende gespreksvoering effectief is (NJi, 2015). Een empathische en motiverende houding van hulpverleners zorgt ervoor dat cliënten actiever betrokken zijn bij de behandeling die zij krijgen aangeboden. Hierdoor boekt de hulpverlener betere resultaten. Na een training kunnen hulpverleners motiverende gespreksvoering vrij gemakkelijk in hun bestaande werkwijze inpassen.

Rollnick & Miller (1995) beschrijven als specifieke, te trainen technieken die kenmerkend zijn voor motiverende gespreksvoering (volgens website NJi, 2015):

- Reflectief luisteren: doelen van het reflecteren zijn het tonen van empathie voor de cliënt, het bevestigen van zijn gedachten en gevoelens, en hem te helpen door te gaan met het proces van zelfontdekking. Reflecties hebben betrekking op verschillende niveaus van complexiteit en diepte, variërend van het begrijpen van de inhoud van wat een cliënt zegt tot het onderzoeken van de betekenis van gevoelens.
- Omgaan met weerstand: motiverende gespreksvoering lijkt eerder op een dans, waarin de therapeut meebeweegt met de cliënt om de cliënt te helpen weerstand te overwinnen en stappen te zetten in de richting van verandering, dan op een worstelwedstrijd waarin de cliënt en de therapeut als tegenstanders tegenover elkaar staan.
- Agenda bepalen en toestemming vragen: door cliënten te vragen wat zij willen bespreken in het gesprek verzekert de hulpverlener zich ervan dat die cliënten actief en bereidwillig deelnemen aan het proces. Dit kan ook inhouden dat de cliënt bepaalt over welk gedrag hij wil praten en welk doel de sessie of de interventie in het algemeen heeft.
- Uitlokken van verandertaal: motiverende gespreksvoering gaat ervan uit dat individuen meer accepteren en eerder handelen wanneer zij iets zelf willen. Hoe meer een individu

zijn eigen keuze verdedigt, des te groter zal zijn toewijding daaraan zijn. Daarom proberen hulpverleners uitspraken aan hun cliënten te ontlokken, waarin die laten merken hoe gemotiveerd zij zijn om te veranderen en of zij menen hiertoe in staat te zijn.

Motiverende gespreksvoering kan ook worden ingezet bij jeugdigen met een LVB. Hiervoor is een specifieke training ontwikkeld voor begeleiders LVB. Op Hulpmiddelenkaart 6 zijn de basisprincipes van motiverende gespreksvoering weergegeven.

Preventie inbedden in de organisatie

Om het problematisch middelengebruik van cliënten in de jeugdhulp en jeugdbescherming te verminderen, is op organisatieniveau een integrale aanpak nodig. De meeste effecten worden bereikt als een organisatie zich op meerdere activiteiten en op meerdere doelgroepen richt (Bolier & Cuijpers, 2000). In een integrale aanpak is er aandacht voor signalering, voorlichting en educatie, de omgeving (in en buiten de organisatie) en beleid. Daarbij is het belangrijk activiteiten te ontplooien voor zowel de medewerkers en het management, school, de ouders en de jeugdigen.

5.2 Selectie van preventieprogramma's

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van aanbevolen programma's en interventies. De keuze voor programma's en interventies die toepasbaar zijn binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming is hoofdzakelijk gebaseerd op de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het NJi en betreft:

- Selectieve preventie (SP): programma's voor het voorkomen en uitstellen van middelengebruik bij jeugdigen waarbij de kans op het ontwikkelen van problemen (met middelen) groter is dan gemiddeld, bijvoorbeeld jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Deze programma's worden meestal op groepsniveau aangeboden, veelal door of in samenwerking met de jeugdhulp en jeugdbescherming. Onder deze categorie vallen ook programma's op het niveau van de organisatie, waarbij het bijvoorbeeld gaat om beleid, regels, kennis en houding van medewerkers.
- Geïndiceerde preventie (GP) ofwel vroeginterventie: interventies voor het voorkómen van een toename in gebruik en het ontstaan van problematisch middelengebruik.

De interventies zijn door het NJi beoordeeld op effectiviteit. Deze beoordeling is onderverdeeld in vier niveaus, volgens de criteria van de Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies:

1. Theoretisch goed onderbouwd
2. Effectief volgens eerste aanwijzingen
3. Effectief volgens goede aanwijzingen
4. Effectief volgens sterke aanwijzingen

Daarnaast zijn interventies opgenomen die afkomstig zijn uit de databank (I-database) van het Centrum Gezond Leven van het RIVM en het overzicht van erkende gedragsinterventies van de Erkenningscommissie Justitiële Gedragsinterventies.

Uit de volgende paragrafen en Hoofdstuk 6 (over behandelinterventies) zal blijken dat weinig interventies voldoende zijn onderzocht bij de doelgroep van deze richtlijn. De meeste interventies halen daardoor hooguit niveau 1 van effectiviteit (theoretisch goed onderbouwd).

De keuze voor het opnemen van interventies in deze richtlijn wordt daardoor in grote mate bepaald door praktijkkennis over bijvoorbeeld de uitvoerbaarheid, het succes waarmee interventies zijn geïmplementeerd en de mate waarin interventies passen bij de verschillende settings van de jeugdhulp en jeugdbescherming (de residentiële en ambulante jeugdhulp, speciaal onderwijs, verstandelijk gehandicaptenzorg en de justitiële jeugdinrichtingen). Wanneer voor een specifieke setting maar één interventie beschikbaar is dan zal deze worden aanbevolen, mits de interventie minimaal niveau 1 van effectiviteit heeft.
Ook blijken de meeste interventies alleen door verslavingsconsulenten/-behandelaren te kunnen worden uitgevoerd. Deze moeten ofwel werkzaam zijn binnen de eigen instelling, of er moet een nauwe samenwerking bestaan met de regionale instelling voor verslavingszorg (zie Hoofdstuk 7). Motiverende gespreksvoering is een basistechniek uit de verslavingszorg die breder toepasbaar is (zie vorige paragraaf) en die wel door medewerkers van instellingen voor jeugdhulp en jeugdbescherming kan en moet worden beheerst.

Bij een aantal interventies is een overlap met het speciaal onderwijs zichtbaar. De medewerkers die bij het speciaal onderwijs betrokken zijn kunnen hun voordeel doen met deze richtlijn. Zij dienen echter wel rekening te houden met het feit dat de richtlijn niet specifiek voor deze doelgroep is geschreven.

5.3 Selectieve preventie

Open en Alert is een integraal programma voor selectieve preventie, ontwikkeld voor organisaties die te maken hebben met (problematisch) alcohol- en drugsgebruik door (jongere) cliënten, zoals jeugdhulp, jeugdbescherming, justitiële voorzieningen en zorgvoorzieningen voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Open en Alert bestaat uit drie bouwstenen (Factsheet Open en Alert, 2011):

1. ontwikkelen van een duidelijk en breed gedragen alcohol- en drugsbeleid;
2. deskundigheidsbevordering (scholing) zodat medewerkers kennis hebben van alcohol en drugs(gebruik) en vaardigheden beheersen voor het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik;
3. opzetten van een structurele samenwerking met de regionale instelling voor verslavingszorg zodat er duidelijke afspraken zijn over consultatie, doorverwijzing en behandeling.

De regionale instelling voor verslavingszorg voert Open en Alert uit in samenwerking met de betreffende organisatie. Open en Alert is in 2011 erkend als theoretisch goed onderbouwde interventie door het Centrum Gezond Leven van het RIVM. De interventie en onderbouwing zijn te vinden in de I-database.

Leefstijl Onderwijs[9] is een onderwijsprogramma voor het (speciaal) basisonderwijs, alle typen van voortgezet onderwijs en opvoedkundige organisaties buiten de school(m)uren.
Het onderwijsprogramma is voor leerlingen van 4 tot en met 18 jaar in het regulier en speciaal

9 Onder Leefstijltraining valt een range aan interventies die qua intensiteit en impact sterk kunnen verschillen. Zo zijn er trainingen die op school gegeven worden, hier Leefstijl Onderwijs (O) genoemd. Maar ook trainingen die alleen gegeven worden door professionals die expliciet geschoold zijn in cognitief gedragstherapeutische technieken, hier Leefstijl VZ genoemd (zie paragraaf 6.1).

basisonderwijs (groep 1 t/m 8), in het voortgezet onderwijs in de onder- en bovenbouw van alle typen voortgezet onderwijs en opvoedkundige organisaties zoals kinderopvang, jeugdwerk en sportclubs. Het programma wil opbouwend gedrag en positieve sociale betrokkenheid stimuleren door het oefenen van sociaal-emotionele vaardigheden. Deze vaardigheden worden overgedragen door lesmateriaal, oefeningen en trainingen voor docenten en ouders. Leerkrachten in het basisonderwijs en mentoren of docenten in het voortgezet onderwijs voeren het programma uit. Buiten de school(m)uren verzorgen de desbetreffende begeleiders het programma.

De Cannabisshow is een eenmalige interventie gericht op het verminderen van riskant blowgedrag en het beperken van de schadelijke effecten van cannabisgebruik onder Amsterdamse jeugdigen (12-25 jaar) in het speciaal onderwijs. In een interactieve show van één à anderhalf uur die gepresenteerd wordt door peereducators leren jongeren over determinanten van gedrag in relatie tot cannabisgebruik. Deze jongeren hebben veelal een multiculturele achtergrond en een verhoogd risico op problematisch cannabisgebruik. Wat betreft het risicogedrag richt de interventie zich op jongeren die nog niet blowen, maar wel een verhoogd risico hebben om te beginnen met blowen, en op jongeren die recreatief of riskant blowgedrag vertonen. Jongeren die tegen riskant blowgedrag aan zitten of dat gedrag al vertonen, vormen de belangrijkste doelgroep waar ook de meeste aandacht op gevestigd is.

Bekijk 't nuchter – Voorlichting over alcohol en drugs is een voorlichtingspakket dat tot doel heeft problematisch alcohol- en drugsgebruik te voorkomen bij mensen met LVB, door het vergroten van het bewustzijn over alcohol en drugs(gebruik). Het pakket bestaat uit een handleiding waarin dertien bijeenkomsten staan beschreven voor het geven van voorlichting over alcohol, cannabis en harddrugs. Er wordt een onderscheid gemaakt naar ervaringen met, effecten van en risico's in het gebruik van de middelen, om zo mensen in verschillende stadia van gebruik aan te kunnen spreken. Bovendien kan een keuze worden gemaakt uit werkvormen die meer of juist minder cognitieve vaardigheden vragen. Bij de handleiding zit een 'Kikbox', een toolbox met een verzameling aan educatief (audiovisueel) materiaal waaronder het spel TRIP en de voorlichtingsbrochures 'Zonder flauwekul'. Ook is er een voorlichtingsbrochure voor ouders van jeugdigen met LVB in de Kikbox opgenomen.
Brochures Zonder Flauwekul zijn vier verschillende brochures die zijn ontwikkeld in samenwerking met mensen met LVB. Voor jeugdigen en volwassenen met LVB zijn er drie brochures: 1) over alcohol, 2) over hasj en wiet en 3) over XTC, cocaïne en speed. Voor ouders (vaak ook met een verstandelijke beperking) is er een aparte brochure: Uw kind, alcohol en drugs. Met weinig woorden, grote letters en veel plaatjes staat er informatie in over (de werking van) het middel, de effecten, risico's, gevolgen, de wet en over verslaving. Deze brochures zijn opgenomen in de Kikbox van Bekijk 't nuchter – Voorlichting over alcohol en drugs.

Spel TRIP, een reis door de wereld van drank en drugs is een spel dat is bedoeld om alcohol en drugs op een laagdrempelige manier bespreekbaar te maken en onder de aandacht te brengen. Daarnaast kan het spel ingezet worden om te achterhalen hoe er door mensen met LVB gedacht wordt over alcohol en drugs, en om zicht te krijgen op hun middelengebruik. TRIP kan gespeeld worden met drie tot zeven spelers, afhankelijk van de drukte en de veiligheid

van de groep. Het spel kan bijvoorbeeld ingezet worden tijdens een voorlichtingsbijeenkomst. TRIP bestaat uit een speelveld met verschillende vakken. Elke speler heeft een pion en om de beurt gooit een speler met de dobbelsteen. De speler pakt een kaart met dezelfde kleur als het vak waar hij of zij op komt. De speler leest de kaart hardop voor. Er zijn vier soorten kaarten: Wat weet jij? (kennis), Wat doe jij? (vaardigheden), Wat vind jij? (mening), en Waar of niet waar (stellingen). De speler die aan de beurt is, beantwoordt eerst de vraag, daarna wordt aan de andere spelers gevraagd wat zij zouden doen, of wat hun mening is. TRIP is opgenomen in de Kikbox van Bekijk 't nuchter – Voorlichting over alcohol en drugs.

KopOpOuders.nl is een website voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen en met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De site biedt de mogelijkheid om anoniem en gratis een online groepscursus te volgen in een chatbox onder begeleiding van een ggz-professional. Deze cursus biedt gerichte informatie, oefeningen en tips hoe men, ondanks de eigen problemen, een zo goede mogelijke ouder voor de kinderen kan zijn. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur in een gesloten chatbox. Zes weken na de afronding volgt een terugkombijeenkomst. De site geeft verder informatie en tips over goed ouderschap en biedt de mogelijkheid om advies via e-mail te vragen en ervaringsverhalen te lezen en uit te wisselen.

KOPP-preventieprojecten bestaan uit gespreksgroepen voor kinderen van 8-12 jaar (Doe-praatgroep) en voor pubers van 13-15 jaar (Pubergroep), waarvan een of beide ouders een psychiatrische of verslavingsprobleem heeft. Doel van de gesprekken is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij kinderen die kunnen ontstaan als gevolg van psychiatrische of verslavingsproblemen van een of beide ouders.

5.4 Geïndiceerde preventie

Wiet-Check wil problematisch cannabisgebruik voorkomen of verminderen bij jongeren van 14-21 jaar die reeds cannabis gebruiken, maar die zelf (nog) geen hulpvraag hebben geuit. In twee één-op-één sessies van anderhalf uur wordt informatie verzameld over het gebruik van de jongere en wordt de balans opgemaakt over de invloed hiervan op het dagelijks leven en de toekomst. Doel is de motivatie en zelfwerkzaamheid van de jongere te vergroten om in actie te komen in geval van (zelf ervaren) problematisch cannabisgebruik, en het voorkomen of verminderen van cannabisafhankelijkheid. Daarbij wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering (zie voor een toelichting op motiverende gespreksvoering: p. 73 en bijlage 4a).

Moti-4 richt zich op jongeren van 14-24 jaar die beginnend problematisch bezig zijn met middelengebruik, gokken of gamen. Ook die jongeren die al verslaafd zijn, komen in aanmerking. Daarbij zijn deze jongeren (nog) niet gemotiveerd voor hulpverlening of is hun problematiek te licht voor hulpverlening (bij beginnend problematisch gedrag). In vier individuele gesprekken van één uur met een medewerker van de verslavingspreventie wordt getracht het problematische gedrag terug te dringen.

Aanbevelingen

- Gebruik bij zowel selectieve als geïndiceerde preventie motiverende gespreksvoering en geef feedback op het middelengebruik. Maak daarbij een vergelijking met het middelengebruik van andere jeugdigen (geef dus normatieve feedback).

- Gebruik die preventieprogramma's die geëigend zijn voor de doelgroep en de setting (zie werkkaart 3 weergegeven in tabel 5.1 en bijlage 2 van de onderbouwing).

- Zet selectieve preventieprogramma's in bij jeugdigen die een positieve score hebben op de SMA.

- Zet geïndiceerde preventieprogramma's in bij jeugdigen die een positieve score hebben op zowel de SMA als de CRAFFT.

Tabel 5.1: Overzicht van preventieve interventies [10]

Interventie	Doel	Doelgroep	Setting	Wie voert uit
Open en Alert (SP)	Realiseren van een open en alerte houding bij professionals in risicosettings tegenover alcohol en drugs en de (jonge) mensen die dit gebruiken. Voorkomen of verminderen van problematisch alcohol- en drugsgebruik.	Management en medewerkers van een risicosetting.	Residentiële jeugdhulp Verstandelijk gehandicaptenzorg Residentiële justitiële jeugdinrichtingen	Preventiewerker VZ ondersteunt het programma en verzorgt de scholing van management en medewerkers
Leefstijl (O)* (SP)	Stimuleren opbouwend gedrag en positieve sociale betrokkenheid.	Leerlingen van het (speciaal) basisonderwijs, groep 1 t/m 8 (4 t/m ≥12 jaar) Leerlingen van alle typen van voortgezet onderwijs en opvoedkundige organisaties buiten de school(m)uren (12 t/m ≥ 18 jaar)	(speciaal) Basisonderwijs Alle typen van voortgezet onderwijs Opvoedkundige organisaties buiten de school(m)uren	School Jeugdhulp en jeugdbescherming
De Cannabisshow (SP)	Verminderen van riskant blowgedrag.	Jongeren in het speciaal onderwijs tussen de 12 en 25 jaar die nog niet blowen maar wel een verhoogd risico hebben om te beginnen met blowen, en op jongeren die recreatief of riskant blowgedrag vertonen.	Speciaal onderwijs	Voorlichting over cannabis wordt gegeven aan de einddoelgroep door peers
Bekijk 't nuchter Voorlichting over alcohol en drugs (SP)	Problematisch alcohol- en drugsgebruik voorkomen bij mensen met LVB. Het doel van de voorlichting is de kennis en het bewustzijn te vergroten over alcohol en drugs(gebruik).	Jongeren en volwassenen met LVB.	Verstandelijk gehandicaptenzorg Praktijkonderwijs	Gedragswetenschapper VG in combinatie met een preventiefunctionaris VZ
Brochures Zonder Flauwekul (SP)	Mensen met LVB informeren over alcohol, cannabis en harddrugs.	Jongeren en volwassenen met LVB.	Verstandelijk gehandicaptenzorg	Begeleiders Preventiefunctionaris VZ
Spel TRIP, een reis door de wereld van drank en drugs (SP)	Alcohol en drugs op een laagdrempelige manier bespreekbaar maken en onder de aandacht brengen. Daarnaast kan het spel ingezet worden om te achterhalen hoe er door mensen met LVB gedacht wordt over alcohol en drugs en om zicht te krijgen op hun middelengebruik.	Jongeren en volwassenen met LVB	Verstandelijk gehandicaptenzorg	Preventiefunctionaris VZ bij voorkeur in combinatie met een begeleider/ gedragswetenschap-per VG

10 SP = Selectieve Preventie, GP = Geïndiceerde preventie

* Onder Leefstijltraining valt een range aan interventies die qua intensiteit en impact sterk kunnen verschillen. Zo zijn er trainingen die op school gegeven worden, hier Leefstijl Onderwijs (O) genoemd. Maar ook trainingen die alleen gegeven worden door professionals die expliciet geschoold zijn in cognitief gedragstherapeutische technieken, hier Leefstijl VZ (zie paragraaf 6.1) genoemd.

Interventie	Doel	Doelgroep	Setting	Wie voert uit
KopOpOuders Online (SP)	Bevorderen van het psychosociaal welbevinden van kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van de ouders.	Ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar.	Niet specifiek	Online interventie *www.kopopouders.nl*
KOPP-preventie-projecten (SP)	Het voorkomen van psychische problemen bij kinderen die kunnen ontstaan als gevolg van psychiatrische of verslavingsproblemen van een of beide ouders.	Kinderen en jongeren in de leeftijd van 8-15 jaar, die een vader en/of moeder hebben met psychiatrische of verslavingsproblematiek. De Doe-praatgroep is voor kinderen van 8-12 jaar, de Pubergroep voor kinderen van 13-15 jaar.	Niet specifiek	Behandelaar
Wiet-Check (GP)	Voorkomen of verminderen van problematisch cannabisgebruik en -afhankelijkheid onder jongeren die reeds cannabis gebruiken.	Jongeren van 14-21 jaar waarvan een vermoeden bestaat dat zij problematisch cannabis gebruiken, maar die zelf (nog) geen hulpvraag hebben geuit.	Niet specifiek	Preventiewerkers van VZ
Moti-4 (GP)	Het terugdringen van zich ontwikkelend (beginnend) problematisch middelengebruik, gokgedrag of gamegedrag	Jongeren (14-24 jaar) die beginnend problematisch middelen gebruiken, gokken of gamen, of verslaafd zijn. Jongeren zijn (nog) niet gemotiveerd voor hulpverlening of hun problematiek is te licht voor hulpverlening.	Residentiële jeugdhulp Ambulante jeugdhulp Speciaal onderwijs	Preventiewerkers van VZ

Hoofdstuk 6

Behandeling

Uitgangsvraag:
Welke bewezen effectieve interventies, waar mogelijk gescheiden naar leeftijdsgroepen en toepasbaar binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, zijn beschikbaar om gebruik en misbruik te verminderen?

Kernaanbevelingen
- Draag er zorg voor dat behandelinterventies, naast motiverende gespreksvoering, één of meer van de volgende elementen bevatten:
  - Cognitieve gedragstherapie.
  - Contingency management.
  - Systeembehandeling.

6.1 Algemene werkzame elementen van behandelinterventies

In deze paragraaf bespreken we de werkzame elementen van behandelingen gericht op het verminderen of stoppen van problematisch middelengebruik. De werkzame elementen uit de behandelinterventies (zie paragraaf 6.2) zijn doorgaans terug te voeren op vier 'typen' behandeling:
- motiverende gespreksvoering;
- cognitieve gedragstherapie;
- contingency management;
- systeembehandeling.

Ook wordt enige aandacht besteed aan urinetesten als een interventie die naast andere interventies ingezet kan worden.

N.B. Er is nog weinig onderzoek is naar de effectiviteit van de aanbevolen interventies in deze richtlijn. Dit onderzoek is gewenst voor de nabije toekomst[11].

1. Motiverende gespreksvoering
Deze techniek is in Hoofdstuk 5, paragraaf 5.1 (p. 73) al aan de orde geweest. Sinds in Nederland gesprekstechnieken zijn ingevoerd om de motivatie tot gedragsverandering bij personen met middelengebruik te vergroten, worden deze zowel binnen als buiten de verslavingszorg veel toegepast. Ook als onderdeel van de behandeling van jeugdigen is motiverende gespreksvoering een veelgebruikte techniek. (Zie voor een gedetailleerde beschrijving Bijlage 4a).

2. Cognitieve gedragstherapie
Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een interventie die bij een breed scala aan psychische aandoeningen relatief succesvol wordt toegepast. CGT is een verzamelnaam voor een aantal interventies die cognitieve en gedragstherapeutische interventies combineren. Cognitieve

11 De laatste jaren wordt in toenemende mate onderzoek gedaan naar behandeling van middelenmisbruik door middel van bio- en neurofeedback. De resultaten zijn nog niet eenduidig. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI zijn (nog) geen interventies opgenomen die hierop zijn gebaseerd. Deze behandelvormen zijn derhalve niet in deze richtlijn opgenomen.

therapie is een behandelvorm die ervan uitgaat dat stoornissen ontstaan doordat mensen bepaalde opvattingen over gebeurtenissen hebben, die nauw samenhangen met sterke emoties en disfunctioneel gedrag. Gedragstherapie gaat ervan uit dat ongewenst gedrag vaak een aangeleerde, niet-werkende manier is om met problemen om te gaan, en dat ander gedrag aangeleerd kan worden om effectiever met problemen om te gaan. De grondleggers van cognitieve gedragstherapie zijn Beck en Ellis (Beck, Wrights, Newman & Liese, 1993; Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1988; Beck, 1976; Ellis, 1962). CGT voor behandeling van problemen met middelengebruik is gebaseerd op de leertheorie (zie paragraaf 2.4) en is erop gericht om de positieve verwachtingen die mensen ten opzichte van middelengebruik hebben af te laten nemen (Moos, 2007).
De hoogste effectiviteit van CGT-interventies is gevonden voor sociale vaardigheidstraining en zelfcontroletraining (Van den Brink et al., 2009; APA, 2006; Rietdijk, 2002). Opbrengsten van de CGT zijn dan: het trainen van sociale vaardigheden, gericht op leervermogen, het vormen en behouden van interpersoonlijke relaties, assertiviteit, en het weigeren van middelengebruik of delinquent gedrag (zie voor een gedetailleerde beschrijving Bijlage 4).

3. Contingency management
Contingency management is een gedragstherapeutische interventie waarbij het kort gezegd gaat over het belonen van gewenst gedrag en het intrekken van privileges bij ongewenst gedrag. Het geven van punten waarmee beloningen verdiend kunnen worden, is een manier om positieve feedback te geven.
Het uitgangspunt is dat jeugdigen door positieve reacties op pro-sociaal gedrag gestimuleerd worden om dat gedrag meer te vertonen. Ze merken op die manier dat pro-sociaal gedrag hen meer oplevert dan antisociaal gedrag (Slot & Spanjaard, 1999). Hierbij is bijvoorbeeld in residentiële settings de valkuil dat de technieken van belonen en straffen gericht zijn op disciplineren en op het handhaven van de orde in de leefgroep, in plaats van op het stimuleren van ander gedrag.
In Nederland is één onderzoek gedaan waarin gebruik van een puntensysteem in de leefgroep vergeleken is met de reguliere aanpak in leefgroepen (Kok, Menkehorst, Naayer & Zandberg, 1991). Het onderzoek naar dit Residentieel Gedragstherapeutisch Programma laat zien dat bij de jeugdigen in de leefgroep met dit programma de gedragsproblemen en het middelengebruik meer afnamen en de sociale vaardigheden meer toenamen dan bij een vergelijkbare groep jongeren in een reguliere behandelgroep (Boendermaker, Van Rooijen & Berg 2012) (zie voor een gedetailleerde beschrijving Bijlage 4).
Contingency-management is een specifieke vorm van gedragstherapie. Het is een interventie die is ontwikkeld ten behoeve van de volwassen verslavingszorg. Hier wordt het clean/droog blijven beloond met geld/cadeaubonnen.

4. Systeembehandeling
Zoals al in de inleiding op deze richtlijn is aangegeven, is samenwerking tussen jeugdprofessional, de jeugdige en de ouders van groot belang. De jeugdprofessional neemt dan ook het initiatief om de jeugdige ende ouders uit te nodigen om actief deel te nemen aan de diverse onderdelen en aan besluitvorming in het gehele traject. Uit de goede resultaten die met Multidimensional Family Therapy (MDFT) behaald worden, blijkt dat de aandacht behalve op het systeem ook op terreinen buiten het gezin gericht moet worden.

MDFT is bestemd voor een doelgroep die grotendeels overeenkomt met de doelgroepen waar MST/FFT (Multi System Therapy/Functional Family Therapy) zich op richt. Waar MST/FFT zich vooral richt op elf- tot achttienjarigen met ernstige gedragsproblemen, in samenhang met een problematische gezinssituatie, richt MDFT zich met name op jeugdigen bij wie verslavingsproblematiek op de voorgrond staat of een ernstig verstorende factor is. MDFT is bij uitstek geschikt voor deze doelgroep (Oudhof, ten Berge, & Berger, 2009). Ook Kuipers & Roosma (in Bakker, 2012) stellen dat, wanneer de jeugdige verslavingsproblematiek heeft en naast de multisysteemgerichte aanpak ook bemoeizorg nodig is, MDFT de meest geëigende interventie is. Wanneer verslavingsproblematiek een substantieel probleem van de jeugdige vormt, is MST minder geschikt. Wel kan verslaving bij MST een onderdeel vormen van de problematiek van de jeugdige (Oudhof et al., 2009).
MDFT biedt enkele voordelen ten opzichte van MST in de toepassings- en toeleidingsmogelijkheden (Oudhof et al., 2009):

- Actieve tegenwerking van de ouders is wel een contra-indicatie voor MST en FFT, maar niet voor MDFT. Om MST of MDFT in te zetten moet de jeugdige (op korte termijn) deel uitmaken van het gezinssysteem. MDFT kan echter ook ingezet worden bij jeugdigen die bijvoorbeeld op kamers willen gaan wonen maar wel willen werken aan de relatie met gezinsleden. Bij MDFT vinden ook gesprekken met de jeugdige alleen plaats, terwijl dit bij MST en FFT vooral met de ouders en het gezin is;
- Voor MDFT bestaan versies (MDFT Preventief en Engaging Moms) die ook bij kinderen jonger dan elf jaar kunnen worden ingezet, bij MST niet;
- MDFT wordt geregeld ook buiten een forensisch kader toegepast in de reguliere jeugdhulp, jeugdbescherming, GGZ of verslavingszorg. Bij MST gebeurt dit soms;
- MDFT heeft inmiddels een grote landelijke dekkingsgraad.

Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat MDFT voor de doelgroep van de richtlijn middelengebruik in de meeste gevallen de voorkeur heeft boven MST. Wanneer verslaving niet op de voorgrond staat en geen verstorende factor is, ouders meewerken en de jeugdige (op korte termijn) onderdeel uitmaakt van een gezinssysteem, dan kan ook MST worden aangeboden.

5. Toepassing van urine- en blaastest

De motivatie en vooral het vertrouwen in de eigen vaardigheden om het gedrag te veranderen kunnen ondersteund worden door controlemaatregelen, zoals urine- en blaastesten.
Voor sommige jeugdigen is deze stimulans nodig om op een bepaald moment niet te gaan gebruiken. Dit geldt vooral in de beginfase, wanneer de jeugdigen de eerste stappen zetten om hun middelengebruik te veranderen. Deze maatregelen kunnen echter alleen tot steun zijn indien zij ook werkelijk als steun worden ervaren door de jeugdigen, en niet als straf of uitsluitingscriterium. Als uit een urinetest middelengebruik blijkt, leidt dit tot een stevig gesprek en wellicht een evaluatie van de haalbaarheid van de gestelde doelen (practice based).

Een flexibel gebruik van urinetesten kan twee doelen dienen:

- Vrijwillig is het een manier voor jeugdigen om te bewijzen geen drugs te hebben gebruikt.
- Vrijwillig is het een manier om jeugdigen aan te tonen dat het stoppen met gebruik zichtbaar wordt in de testuitslagen (positieve prikkel).

Bij cannabis heeft de urinetest wel haken en ogen, want de uitslag is niet altijd duidelijk.
Een goed laboratorium geeft ook advies bij de uitslag.

6.2 Behandelinterventies

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van aanbevolen programma's en interventies. De keuze voor programma's en interventies die toepasbaar zijn binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming is hoofdzakelijk gebaseerd op de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het NJi en betreft behandelinterventies (BI) om problematisch middelengebruik te behandelen, veelal uitgevoerd in de verslavingszorg of in samenwerking met de verslavingszorg (VZ). Omdat het roken van tabak (vooral op zeer jeugdige leeftijd) een riscifactor is voor problematisch middelengebruik, is ook een interventie (Pak je kans) gericht op het stoppen met roken in het overzicht opgenomen.

De interventies zijn door het NJi beoordeeld op effectiviteit (zie Hoofdstuk 5, paragraaf 5.2). Daarnaast zijn interventies opgenomen die afkomstig zijn uit de databank van het Centrum Gezond Leven van het RIVM en het overzicht van erkende gedragsinterventies van de Erkenningscommissie Justitiële Gedragsinterventies.

Leefstijltrainingen varianten 1, 2, 3 en 4 vormen een onderdeel van de behandeling in de verslavingszorg. Ze zijn bedoeld voor mensen die iets willen veranderen aan hun alcoholgebruik, middelengebruik of gokgedrag. Het is het minst intensieve aanbod gericht op verandering van het verslavingsgedrag. De interventie bestaat uit een korte variant (4 sessies) en een lange variant (10 sessies). Leefstijltrainingen 1 en 2 worden individueel gegeven. Cliënten krijgen informatie over de voor- en nadelen van het middelengebruik of gokken en hoe ze dat kunnen veranderen. Ze leren met risicosituaties om te gaan, hoe ze hun gebruik of gokken in de hand kunnen houden, en hoe ze sociale druk kunnen weerstaan. De cliënt wordt nauw betrokken bij het opstellen van het trainingsplan. Met hem wordt een behandelovereenkomst gesloten. Leefstijltrainingen 3 en 4 betreffen geprotocolleerde ambulante groepstrainingen. Het zijn de groepsgerichte equivalenten van de individugerichte Leefstijltrainingen 1 en 2.

Brains 4 Use is een gedragsinterventie voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar die problematisch middelengebruik vertonen en die zijn opgenomen in een justitiële jeugdinrichting. Het heeft als doel het verminderen van de kans op recidive door het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik bij jongeren die verblijven in een justitiële jeugdinrichting of residentiële (gesloten) jeugdhulp. Daarnaast vermindert Brains 4 Use de kans op uitval uit school of werk als gevolg van middelengebruik en voorkomt het schadelijke gevolgen voor het sociaal-emotioneel welbevinden en de gezondheid van de jongeren. Dit leidt indirect tot het terugdringen van recidive. Het programma bestaat uit 12 wekelijkse gesprekken, met een mogelijke uitloop voor bijzondere doelgroepen. Brains 4 Use is toepasbaar bij normaal begaafde jongeren en bij jongeren met een licht verstandelijk beperking (LVB).

Stay-a-way is een in 2011 ontwikkelde en erkende justitiële gedragsinterventie. Het is een individuele training voor jongeren van 12-18 jaar die een of meerdere delicten hebben gepleegd en waarbij sprake is van een beginnende middelenafhankelijkheid. Doel is het verminderen of voorkomen van risicovol middelengebruik en het vergroten van het inzicht in het middelengebruik, om daarmee de kans op criminele recidive te verminderen. Stay-a-way kent drie varianten: Stay-a-way Verkort; Stay-a-way Regulier; Stay-a-way Plus. De Stay-a-way Plus variant is bedoeld voor jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Ouders worden actief betrokken bij Stay-a-way. Stay-a-way kan door de rechter of officier van justitie worden opgelegd als leerstraf, of als onderdeel van een gedragsbeïnvloedende maatregel, al dan niet in combinatie met andere interventies. De interventie wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Raad voor de Kinderbescherming.

Multidimensional Family Therapy (MDFT) is een ambulant behandelprogramma gericht op vier kerngebieden (domeinen) in het leven van een jongere: de jongere zelf, de ouders, het gezin, en externe systemen, zoals school, werk en vrije tijd. MDFT is gezinstherapie uitgebreid tot andere systemen. Essentieel onderdeel is bemoeizorg. MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 19 jaar die probleemgedrag vertonen, zoals het overmatig gebruik van drugs en/of alcohol, criminaliteit en spijbelen, en die daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Zij zijn meestal op meerdere leefgebieden vastgelopen of dat dreigt te gebeuren. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere. Doelen van MDFT zijn:

- het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder probleemgedrag;
- het verminderen van het risico op (strafrechtelijke) recidive;
- verbetering van het functioneren van de jongere in het gezin, op school of werk en in de buurt;
- bevordering van leeftijdsadequate vrijetijdsbesteding en gezonde relaties met leeftijdgenoten. Een van de teamleden is supervisor, die daarvoor apart is gecertificeerd. De therapeut is voor de jongere en het gezin het eerste aanspreekpunt voor al hun zorgen en vragen. Uit de INCANT-study (Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, & Greenbaum 2009) komt naar voren dat MDFT een effectieve interventie is.

MDFT is bestemd voor een doelgroep die grotendeels overeenkomt met de van MST/FFT (Multi System Therapy/Functional Family Therapy). Waar MST/FFT zich vooral richt op 11- tot 18-jarigen met ernstige gedragsproblemen, in samenhang met een problematische gezinssituatie, richt MDFT zich met name op jeugdigen bij wie verslavingsproblematiek op de voorgrond staat of een ernstig verstorende factor is. MDFT is met uitstek geschikt voor deze doelgroep (Oudhof, ten Berge, & Berger, 2009). Ook Kuipers & Roosma (in Bakker, 2012) stellen dat, wanneer er sprake is van verslavingsproblematiek bij de jeugdige en naast de multisysteem gerichte aanpak ook bemoeizorg nodig is, MDFT de meest geëigende interventie is. Wanneer verslavingsproblematiek een substantieel probleem van de jeugdige vormt, is MST minder geschikt. Wel kan verslaving bij MST een onderdeel vormen van de problematiek de jeugdige (Oudhof et al., 2009).

MDFT biedt enkele voordelen ten opzichte van MST in de toepassings- en toeleidingsmogelijkheden (Oudhof et al., 2009):

- Actieve tegenwerking van ouders is wel een contra-indicatie voor MST en FFT maar niet voor MDFT. Om MST of MDFT in te zetten moet de jeugdige (op korte termijn) deel uitmaken van het gezinssysteem. MDFT kan echter ook ingezet worden bij jeugdigen die bijvoorbeeld op kamers willen gaan wonen maar wel willen werken aan de relatie met gezinsleden. Bij MDFT vinden ook gesprekken met de jeugdige alleen plaats, terwijl dit bij MST en FFT vooral met de ouders en het gezin is (Oudhof et al., 2009).

- Voor MDFT bestaan versies (MDFT Preventief en Engaging Moms) die ook bij kinderen jonger dan 11 jaar kunnen worden ingezet, bij MST niet.
- MDFT wordt geregeld ook buiten een forensisch kader toegepast in de reguliere jeugdhulp, jeugdbescherming, GGZ of verslavingszorg. Bij MST gebeurt dit soms.
- MDFT heeft inmiddels een grote landelijke dekkingsgraad.

Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat MDFT voor de doelgroep van de richtlijn middelengebruik in de meeste gevallen de voorkeur heeft boven MST. Wanneer verslaving niet op de voorgrond staat en geen verstorende factor is, ouders meewerken en de jeugdige (op korte termijn) onderdeel uitmaakt van een gezinssysteem, dan kan ook MST worden aangeboden.

Wraparound care is een zorgmodel voor het organiseren van integrale zorg aan gezinnen met een opeenstapeling van problemen. Gezinsbegeleiding en coördinatie van zorg liggen in één hand (Casteleijn, Croes, Heij, Menger & Vliet, 2012; Schamhart & Colijn, 2012). Het perspectief van de cliënt staat centraal. De cliënt formuleert einddoelen in relatie tot (de wens tot) herstel van eigen regie en grip op het eigen leven. Kern is aansluiten bij de behoefte van de cliënt en pas overgaan tot zwaardere vormen van hulp als dat ook echt noodzakelijk is. Coördinatie en samenwerking zijn van groot belang; er is sprake van gecoördineerde activiteiten in één continue lijn, waarbij specialisten - afhankelijk van het plan - (tijdelijk) een rol kunnen spelen. Daarbij wordt de cliënt niet doorgeschoven naar professionals en voorzieningen, maar professionals schuiven zelf aan. Een sterk casemanagement is daarom noodzakelijk.

Bekijk 't nuchter – Motivatietraining heeft als doel riskant middelengebruik te doorbreken en een ingang te creëren voor verdere ondersteuning. De training is bedoeld voor personen met LVB vanaf 18 jaar bij wie sprake is van (vermoedelijk) riskant gebruik van alcohol en drugs en daardoor minder goed functioneren op school, werk of in de behandeling of begeleiding. Voorwaarde voor deelname is dat men:
- kennis heeft van middelen en hun werking;
- het eigen gebruik van alcohol en drugs erkent;
- bereid is om over dit gebruik te praten;
- in staat is om nuchter op de lessen te verschijnen;
- in een groep kan functioneren.

De training bestaat uit vijf (groeps)bijeenkomsten die in een handleiding zijn uitgewerkt. Ook is er een kaartenset beschikbaar voor het bespreken van voor- en nadelen en gewoontes rondom alcohol- en drugsgebruik. Elke deelnemer heeft gedurende (en na) de training een zogeheten 'helper'. Dit is vaak een ouder, begeleider of belangrijke andere die hem of haar ondersteunt. Het is mogelijk de motivatietraining individueel aan te bieden.

Trainingen 'Omgaan met middelen en verslaving' delen 1, 2 en 3 kunnen als drieluik worden gegeven, maar ook los van elkaar worden uitgevoerd. De trainingen kunnen worden gezien als een vervolg op de motivatietraining Bekijk 't nuchter. Deelnemers zijn jongeren en volwassenen met LVB en riskant middelengebruik/verslaving, eventueel gecombineerd met ernstige gedrags- of psychische problematiek

1 Training 'Het Begin'
De eerste training 'Het Begin' heeft als doel de deelnemers te leren praten over hun gebruik, zodat zij zich bewust worden van hun probleem, en gemotiveerd raken om actief te gaan werken aan hun probleem. De training bestaat uit een variabel aantal lessen (minimaal 5 tot maximaal 12). Het aantal lessen is afhankelijk van de groep deelnemers en welke onderwerpen voor hen van toepassing zijn (welke middelen een probleem zijn). Deelnemers kunnen aan het eind van de les een opdracht meekrijgen. Het is de bedoeling dat ze deze opdracht gedurende de week maken met hun (persoonlijk) begeleider. Aan het begin van de (volgende) les worden de gemaakte opdrachten besproken.

2 Training 'Mijn Gebruik'
In de tweede training 'Mijn gebruik' wordt een uitgebreide analyse gemaakt van de verslavingsproblematiek, zodat de deelnemer inzicht krijgt in de specifieke factoren van zijn gebruik. Het doel is het vergroten van de bereidheid tot verandering bij de cliënt (bij voorkeur stoppen met gebruik), en het leren omgaan met gevoelens van craving (onweerstaanbare hunkering naar middelen). De training bestaat uit dertien lessen en wordt bij voorkeur in een groep gegeven. Voor deelnemers voor wie een groepstraining te zwaar blijkt, of niet haalbaar is, kan de training eveneens individueel worden gebruikt. Tijdens de training werkt elke deelnemer aan zijn eigen problemen en doelen. De deelnemers kunnen (h)erkenning en steun vinden bij elkaar. De training wordt afgesloten met een persoonlijk terugvalpreventieplan, een eindverslag en een advies (bijvoorbeeld het volgen van een vaardigheidstraining).

3 Training Vaardigheden
De derde training is een vaardigheidstraining waarin de tijdens de eerste twee trainingen verworven kennis wordt versterkt en uitgebreid, voor jongeren en volwassenen met LVB met riskant middelengebruik/-verslaving die besloten hebben te stoppen of te minderen met het gebruik. De deelnemers aan de training leren specifieke vaardigheden aan voor het vermijden van drugs en alcohol (en gokken), en voor het ontwikkelen van meer aangepaste gewoontes en gedragsalternatieven. In de training worden 9 vaardigheden getraind in ongeveer 24 lessen van anderhalf uur. De vaardigheden worden aangeleerd tijdens wekelijkse sessies waarin er veel ruimte is voor herhaling en rollenspel. De trainingen kunnen zowel individueel als in groepsverband worden gegeven. Er is tevens een instructiefilm beschikbaar die past bij deze module. De film is op een zodanige manier samengesteld dat de hoofdpersoon op hetzelfde punt in zijn behandeling is als de deelnemers aan de training. Er wordt in de film steeds een link gelegd met de te leren vaardigheden in de training.

Pakje Kans is een groepstraining voor volwassenen met als doel stoppen met roken. Tijdens deze training van negen bijeenkomsten van gemiddeld anderhalf uur verdeeld over twaalf weken, doorloopt de deelnemer de vier fasen van het stoppen met roken: voorbereiden, stoppen, volhouden en terugvalpreventie (noodplan). In een groep van 6-15 deelnemers versterkt de stopper tijdens de eerste drie bijeenkomsten zijn motivatie om te stoppen met roken, maakt een stoppen-met-rokenplan en stopt vervolgens. Daarna werkt hij eraan om een 'niet-roker' te blijven voor de korte en voor de lange termijn. Hij leert in dat kader bijvoorbeeld om te gaan met een 'uitglijder'. In de training wordt informatie gegeven door de trainer, opgeleid door STIVORO. Maar

er zijn ook veel mogelijkheden voor het uitwisselen van ervaringen tussen deelnemers en voor het oefenen van nieuw gedrag. Groeps- en individuele werkvormen worden regelmatig afgewisseld.

Leefstijltraining-PLUS is bedoeld voor het doorbreken van problematisch middelengebruik, bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en problematisch gebruik of afhankelijkheid van één of meer van de volgende middelen: cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine, heroïne, medicijnen. Ook LVB-cliënten met problematisch gebruik of afhankelijkheid van gokken, gamen of internet kunnen deze training volgen.
De Leefstijlstraining-PLUS kan als een vervolg op de motivatietraining Bekijk 't nuchter worden gezien. Het gaat om een individueel aanbod en de training heeft een praktische en sterk gedragstherapeutische benadering. Het accent ligt op het oefenen van vaardigheden tijdens de training en in de thuissituatie. Zelfgekozen en laagdrempelige doelen, afspraken en beloningen staan centraal. Zo kan de cliënt succeservaringen opdoen, hetgeen motiverend is voor de toekomst. De training is opgebouwd uit acht thema's. De eerste vier thema's zijn gericht op ontwikkeling en motivatie en het bespreken van het middelengebruik. In het tweede deel maakt de cliënt een plan om het middelengebruik te doorbreken. Vervolgens oefent de cliënt vaardigheden die hem helpen om het plan te realiseren.

Minder drank of drugs heeft tot doel het aanleren van vaardigheden die het voor de cliënt mogelijk maken het middelengebruik te stoppen of te minderen, het doorbreken van problematisch middelengebruik en verslavingsgedrag, en het versterken van sociale binding en ondersteuning vanuit het netwerk. De interventie is gericht op cliënten met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70 of 70-85 met aanpassingsproblemen), die overmatig alcohol of drugs gebruiken en die gemotiveerd zijn voor de cursus.
De cursus Minder drank of drugs kan als een vervolg op de motivatietraining Bekijk 't nuchter worden gezien. De cursus bestaat uit 24 bijeenkomsten. Het gaat om twaalf individuele gesprekken met een cliënt en een vertrouwenspersoon en twaalf groepsbijeenkomsten.
De bijeenkomsten vinden tweemaal per week plaats, één individueel gesprek en een groepsbijeenkomst. In de cursus wordt gewerkt met kleine stappen, haalbare doelen, creatieve en visuele werkvormen, spellen (o.a. Trip en bordspel Brein/Op tijd voorbereid). Er is veel aandacht voor de generalisatie van aangeleerde vaardigheden naar de dagelijkse praktijk, de betrokkenheid van een steunfiguur vanuit het netwerk van de cliënt, aanpassing aan individuele mogelijkheden en beperkingen.,

Aanbevelingen

- Gebruik voor het maken van een keuze in behandelinterventies werkkaart 3 (weergegeven als figuur 6.1), en de beschrijvingen in paragraaf 6.1 (werkzame principes) en bijlage 4 van de onderbouwing.

- Werk liefst systeemgericht, aansluitend op de eigen kracht van cliënten en gezinnen. Besteed daarbij ook aandacht aan de terreinen die buiten het gezin liggen, zoals school, werk en vrije tijd.

- Indien aanbevolen interventies in een gemeente niet beschikbaar zijn: zoek naar een alternatief aanbod op basis van deze richtlijn en meld de lacunes bij de jeugdhulpinstelling.

Figuur 6.1 behandelinterventies

Tabel 6.2 Overzicht van behandelinterventies en zorgmodellen[12]

Interventie	Doel	Doelgroep	Setting	Wie voert uit
Leefstijltraining variant 1, 2, 3 en 4)	Verandering van het verslavingsgedrag.	Cliënten met problematisch enkelvoudig gebruik van cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine, medicijnen of gokproblematiek. De cliënt is maximaal eenmaal hiervoor behandeld. De cliënt bevindt zich in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering De mate van sociale integratie is matig tot goed.	Individuele variant: Residentiële jeugdhulp Ambulante jeugdhulp? Speciaal onderwijs Groepsvariant: Verslavingszorg	Verslavingszorg
Brains 4 Use (BI)	Terugdringen alcohol- en druggebruik.	Jongeren in justitiële jeugdinrichting die problematisch middelengebruik vertonen. Ook toepasbaar bij jongeren met LVB.	Residentiële justitiële jeugdinrichtingen	Drugsconsulenten in JZ of VZ
Stay-a-way (BI)	Verkleinen van de kans op criminele recidive via het motiveren tot vermindering van middelengebruik, vergroten van inzicht ten aanzien van middelengebruik en delictgedrag, en voorkomen van middelenafhankelijkheid bij jongeren met een verhoogd risico daartoe.	Delinquenten (12 - 18 jaar) met risicovol middelengebruik. De interventie wordt buiten de muren van een justitiële inrichting uitgevoerd, in het kader van een leerstraf of gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM).	Residentiële jeugdhulp Ambulante jeugdhulp Speciaal onderwijs (bij schooluitval, maatregel leerplicht/Raad voor de Kinderbescherming)	Behandelaren van (jeugd) verslavingszorg i.s.m. jeugdreclassering
MDFT (BI, zorgmodel)	De jongere helpen een leven te leiden waarin probleemgedrag verdwijnt of afneemt en bevredigende maatschappelijke participatie mogelijk wordt.	Jongere doelgroep (12- t/m 23 jaar).	Ambulante jeugdhulp Ambulante justitiële jeugdhulp	De therapeut is lid van een gecertificeerd team, dat drie tot zes leden telt. Zie: *www.med.miami.edu/ctrada*
Wraparound care(zorgmodel)	Integraal en systeemgericht werken, aansluitend bij de eigen kracht van het gezin. Wraparound care is een meta-methodiek: het is een paraplu waaronder verschillende interventies en methodieken kunnen vallen.	Gezinnen.	Ambulante jeugdhulp Justitiële jeugdhulp (ambulant, pilot door verslavingsreclassering)	Jeugdhulp en jeugdbescherming Reclassering

12 BI = Behandelinterventie

Interventie	Doel	Doelgroep	Setting	Wie voert uit
Bekijk 't nuchter Motivatie-training (BI)	Riskant middelengebruik doorbreken en een ingang creëren voor verdere ondersteuning.	Mensen met LVG vanaf 18 jaar: - Bij wie sprake is van (vermoedelijk) riskant gebruik van alcohol en drugs en daardoor minder goed functioneren op school, werk of in de behandeling of begeleiding. - die kennis hebben van middelen en hun werking. - die eigen gebruik van alcohol en drugs erkennen. - die bereid zijn om over hun gebruik te praten. - die in staat zijn om nuchter op de lessen te verschijnen. - die in een groep kunnen functioneren.	Verstandelijk gehandicaptenzorg	Begeleider/ gedragswetenschapper VG in combinatie met een preventiefunctionaris VZ
Training 'Omgaan met middelen en verslaving' deel 1: Het begin (BI)	Deelnemers leren praten over hun gebruik, zich bewust worden van hun probleem en gemotiveerd raken om actief te gaan werkenaan hun probleem.	Jongeren en volwassenen met LVB en riskant middelengebruik/verslaving (met ernstige gedrags- of psychische problematiek).	Verstandelijk gehandicaptenzorg	GZ-psycholoog, professionals HBO-niveau
Training 'Omgaan met middelen en verslaving' deel 2: Mijn gebruik (BI)	Een uitgebreide analyse maken van de verslavingsproblematiek, zodat de deelnemer inzicht krijgt in de specifieke factoren van zijn gebruik. Verhogen van de bereidheid tot verandering bij de cliënt (bij voorkeur stoppen met gebruik). Leren omgaan met gevoelens van craving (onweerstaanbare hunkering naar middelen).	Jongeren en volwassenen met LVB met riskant middelengebruik/verslaving (met ernstige gedrags- of psychische problematiek).	Verstandelijk gehandicaptenzorg	GZ-psycholoog, professionals HBO-niveau
Training 'Omgaan met middelen en verslaving' deel 3: vaardigheids-training met instructiefilm	Leren van specifieke vaardigheden voor het vermijden van drugs en alcohol (en gokken) en voor het ontwikkelen van meer aangepaste gewoontes en gedragsalternatieven.	Jongeren en volwassenen met LVB met riskant middelengebruik/-verslaving (met ernstige gedrags- of psychische problematiek met als gevolg risicovol, c.q. delictgedrag, SGLVG), die besloten hebben te stoppen met of minderen van gebruik.	Verstandelijk gehandicaptenzorg	GZ-psycholoog, professionals HBO-niveau

Interventie	Doel	Doelgroep	Setting	Wie voert uit
Training Pak je kans	Stoppen met roken tijdens een training van negen bijeenkomsten waarin vier fasen van het stoppen met roken doorlopen worden: voorbereiden, stoppen, volhouden en terugvalpreventie (noodplan).	(Jong) volwassenen van 18 jaar en ouder met tabakverslaving. Mensen met een lage sociaal economische status. Algemeen publiek.	Welzijnsinstelling Eerstelijns zorg Niet-eerstelijns zorg GGZ/verslavingszorg Wijk Werk	Trainer van Stivoro
Leefstijltraining-PLUS	Het doorbreken van problematisch middelengebruik.	Cliënten met LVB en problematisch gebruik of afhankelijkheid van één of meer van de volgende middelen: cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine, heroïne, medicijnen. Ook LVB-cliënten met problematisch gebruik of afhankelijkheid van gokken, gamen of internet.	Verstandelijk gehandicaptenzorg	Persoonlijk begeleider in combinatie met een behandelaar VZ
Minder drank of drugs	Aanleren van vaardigheden die het voor de cliënt mogelijk maken het middelengebruik te stoppen of te minderen. Doorbreken van problematisch middelengebruik en verslavingsgedrag. Versterken van sociale binding en ondersteuning vanuit het netwerk.	Cliënten met LVB (IQ 50-70 of 70-85 met aanpassingsproblemen) die overmatig alcohol of drugs gebruiken en gemotiveerd zijn voor de cursus.	Verstandelijk gehandicaptenzorg	Medewerkers met HBO werk- en denkniveau bij VG en VZ

Met de transitie van de zorg voor jeugd naar de gemeente kan het voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op een of meerdere beschermende of risicofactoren bij de jeugdige. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de jeugdhulpinstelling. Gebruik deze *Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing. De jeugdhulpinstelling kan vervolgens in overleg treden met de gemeente en gezamenlijk zoeken naar een oplossing.

Hoofdstuk 7

Basishouding en competenties

uitgangsvragen

1.1 Wat is er nodig om middelengebruik, -misbruik en –afhankelijkheid bespreekbaar te maken bij elke cliënt en zijn ouders? Wat is de functie van het gebruik?

2.1 Welke normen, op basis van resultaten/antwoorden bij uitgangsvraag 1 (vroegsignalering en diagnostiek), kunnen worden vastgesteld om te bepalen of het 1) middelengebruik of misbruik hanteerbaar is binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, of 2) ggz/verslavingszorg dienen te worden geconsulteerd, of 3) dat verwezen moet worden naar ggz/verslavingszorg?

3.3 Wat is nodig om in het gehele traject goed samen te werken met de jeugdige en het systeem (ouders/verzorgers/school)?

3.1 Over welke competenties moeten professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming beschikken om de aanbevelingen geformuleerd bij 1 (vroegsignalering en diagnostiek) en 2 (Zorgtoewijzing en behandeling) uit te kunnen voeren?

3.2 Wat is er nodig om multidisciplinair overleg rondom het kind uit te voeren?

3.2.1 Stel normen op voor situaties wanneer dit wel en niet nodig is.

3.2.2 Geef aan wie aan een dergelijk overleg minimaal moeten deelnemen.

3.2.3 Geef aan wie de regie voert.

3.2.4 Geef aan wanneer er wordt doorverwezen (overlap met vraag 2.1).

N.B. Deze uitgangsvragen worden ook beantwoord in Hoofdstuk 8. Organisatie

Kernaanbevelingen:

- Rook niet in de nabijheid van jeugdigen en/of hun ouders. Wees je bewust van de boodschap die je afgeeft wanneer je dit wel doet, zeker in het licht van de risico's die middelengebruikende jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming lopen. Bedenk alternatieven voor de rookpauze als dat doorgaans het moment is om informele gesprekken te voeren. Ga bijvoorbeeld een wandeling maken of ga samen sporten.

- Wees je bewust van je eigen visie op middelengebruik en je eigen manier van omgaan met verslavende middelen. Praat hierover binnen je eigen team.

- Realiseer je in je contacten met jeugdigen (en in multidisciplinair overleg over jeugdigen) het volgende: gedogen of negeren van middelengebruik is geen optie, het weigeren van verdere begeleiding of behandeling vanwege middelengebruik evenmin.

- Verwijs door naar de verslavingszorg wanneer er sprake is van:
  - ernstige onthoudingsverschijnselen bij stoppen of minderen van gebruik, en/of
  - ernstig, herhaaldelijk agressief gedrag samenhangend met middelengebruik, en/of
  - ernstige symptomen van psychopathologie in combinatie met een stoornis in het gebruik van middelen, zoals psychotische symptomen, en/of
  - een belemmering van de reguliere begeleiding of behandeling in de jeugdhulp en jeugdbescherming ten gevolge van middelengebruik en daaraan verbonden problemen als geheugenproblemen.

Het kunnen opvolgen van de aanwijzingen in deze richtlijn vergt veel van professionals. Ook dient voor alle betrokkenen, binnen en buiten de eigen organisatie, duidelijk te zijn wat op welk moment van wie wordt verwacht. Hiervoor is geen blauwdruk te geven. In dit hoofdstuk bespreken we de aandachtspunten met betrekking tot de basishouding en competenties voor de professionals binnen de jeugdhulp-organisaties. De inzichten die in dit hoofdstuk aan de orde komen zijn hoofdzakelijk practice based. Zie hiervoor ook Hulpmiddelenkaarten 3 en 4.

7.1 Waarden en normen van de professional

Normen middelengebruik

De eigen normen met betrekking tot middelengebruik van jeugdprofessional dienen regelmatig onderwerp van gesprek te zijn. Elke individuele medewerker binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming dient zich bewust te zijn van zijn of haar mening over middelengebruik, en van zijn of haar eigen middelengebruik en/of misbruik. Als je als hulpverlener zelf vanaf twaalfjarige leeftijd rookt reageer je mogelijk meer vergoelijkend op rokende cliënten dan een niet rokende medewerker (of juist extra kritisch). Belangrijk is dat je hierover in gesprek gaat met elkaar, binnen het team en binnen de organisatie.

Voorbeeldfunctie hulpverleners

Wanneer je als professional het roken, of ander middelengebruik wilt ontmoedigen/bespreekbaar dient te maken, zoals in deze richtlijn wordt voorgeschreven, dien je dat ook zelf uit te dragen. Dit betekent bijvoorbeeld: niet roken in de nabijheid van de cliënten. Je dient je bewust te zijn van de boodschap die je afgeeft aan een cliënt wanneer je in de nabijheid van een cliënt rookt. Bedenk alternatieven voor de rookpauze als dat doorgaans het moment is om informele gesprekken te voeren. Ga bijvoorbeeld een wandeling maken of samen sporten.

Van belang is dat je als hulpverlener je bewust bent van je eigen ervaringsdeskundigheid waar het gaat om (eigen) middelengebruik en verslavingsgevoeligheid. Welke ervaringen heb je zelf en/of in je directe omgeving met middelengebruik en zelfs middelenafhankelijkheid? In hoeverre kleuren deze eigen ervaringen je reactie op het middelengebruik van de jeugdigen waar je mee werkt? Zorg, om hierin ondersteuning en uitwisseling van ervaringen te verkrijgen, voor agendering van dit onderwerp in teamoverleg en intervisie.

7.2 Kennis, competenties en scholing

Kennis van jeugdigen en middelen(gebruik)

Hoeveel en welke competenties een jeugdzorgwerker moet hebben is afhankelijk van de functie. Een raadsonderzoeker heeft andere competenties nodig dan een pedagogisch medewerker in een residentiële setting of een gezinsvoogd. De werkgroep is echter van mening dat kennis over middelen en middelengebruik onder jeugdigen behoort tot het basispakket van elke jeugdzorgwerker. Als deze achtergrond ontbreekt, dient de medewerker deze leemte in kennis door scholing aan te vullen.

Van belang is dat jeugdzorgwerkers hun kennis vergroten over middelen(gebruik) en het signaleren van gebruik. Online is vrijwel alle informatie te vinden, vergelijk *www.drugsinfo.nl*. Bij de huidige opleiding JZ-medewerkers zou extra aandacht moeten komen voor het herkennen

van middelengebruik, al dan niet in combinatie met psychische problemen en/of LVB, waarin de aanbevelingen in deze richtlijn aan bod komen.

Motiverende gespreksvoering
Motiverende gespreksvoering (zoals omschreven in bijlage 4a) behoort tot de basiscompetenties voor jeugdprofessionals die met signalering, screening, diagnostiek, begeleiding en behandeling van (problematisch) middelengebruik te maken hebben. Dat zijn dus alle jeugdprofessionals. Die competentie kan langs diverse routes verkregen worden.

Tot op heden lijkt het thema middelengebruik nog niet één van de thema's waarin medewerkers frequent (bij)geschoold worden. Ook in het competentieprofiel jeugdzorgwerker wordt weinig aandacht aan dit onderwerp besteed (Zwikker, Hens, Van de Haterd & Uyttenboogaart, 2009). Aandacht wordt besteed aan gedragsproblemen maar niet aan middelengebruik als mogelijk onderliggende oorzaak. Hulpverleners koppelen gedragsveranderingen niet altijd aan mogelijk middelengebruik. Daardoor richten zij zich vooral op de gedragsverandering en niet op de mogelijke onderliggende middelenproblematiek. Gedragsveranderingen moeten meer als signaal voor mogelijk middelengebruik worden gezien.

7.3 Aanpak middelengebruik: zelf afhandelen, samenwerken of doorverwijzen

Samenwerking met jeugdige en het systeem
Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betrekt. Actieve deelname van ouders en kind bevordert namelijk het effect van de hulpverlening. Uitgangspunt is dan ook dat de wensen en verwachtingen van de jeugdigen en ouders leidend zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt.

Ondersteun de ouders bij:
- het krijgen van een realistische kijk op middelengebruik onder andere door ze te informeren over experimenteergedrag, problematisch gebruik en verslaving;
- het verzamelen van informatie; wijs ouders op online informatiebronnen zoals de 'Alcoholinfolijn' en de 'Drugsinfolijn' waarmee ouders (en jeugdigen) anoniem kunnen bellen en chatten;
- het verkrijgen van handvatten om te praten met hun kind over middelengebruik. Ga er over in gesprek, ook als een kind (nog) niet in aanraking komt met middelen. Wijs op websites als: *www.hoepakjijdataan.nl*: *www.uwkindenalcohol.nl*, *www.uwkindenroken.nl* en *www.uwkindenblowen.nl*

In de samenwerking kan een hulpverlener soms voor een dilemma staan. In de praktijk komt het regelmatig voor dat een jeugdige niet wil dat de ouders op de hoogte gesteld worden van het middelengebruik. Hulpverleners hebben te maken met de (medische) geheimhoudingsplicht. Ouders hebben op grond van het Nederlandse recht in beginsel recht op informatie over de gezondheidstoestand en de behandeling van hun minderjarige kind onder de zestien jaar (artikel

7: 488 lid 1 jo artikel 7: 457 lid 3 BW). Voor minderjarigen onder de zestien jaar moeten ouders met gezag namelijk toestemming geven voor een geneeskundige behandelingsovereenkomst (artikel 7: 450 lid 2 BW). Deze toestemming moeten ouders weloverwogen kunnen verlenen, waartoe adequate informatie van de kant van de hulpverlener noodzakelijk is. Voor een jongere van 16 jaar of ouder geldt dat hij of zij toestemming moet geven om informatie te verstrekken (artikel 7: 447 jo. 7:457 BW). Het maakt daarbij niet uit of de ouder het gezag heeft of niet. Wanneer een jongere in de leeftijd van 12 tot 16 jaar niet wil dat informatie wordt verstrekt (deze jongeren kunnen ook weigeren om toestemming te geven) moet er worden afgewogen of er zwaarwegende belangen van de jongere zijn die dit rechtvaardigen ten aanzien van de ouder zonder gezag (ex artikel 1: 377c BW). Aangezien voor jeugdigen jonger dan 16 jaar de toestemming van de ouders vereist is voor een behandeling (artikel 7: 457 lid 3 jo 7: 450 BW) moet aan hen wel informatie worden verstrekt. In de wet staat dat de hulpverlener het inlichten van ouders/voogden achterwege mag laten als dat in strijd zou zijn met goed hulpverlenerschap, bijvoorbeeld als het informeren van de ouders/voogden in strijd is met het belang van de jeugdige (artikel 7: 457 lid 3 jo. artikel 7:453 BW). Het informeren van ouders/voogden kan achterwege blijven als de informatieverstrekking de behandelrelatie zou benadelen. Bijvoorbeeld in het geval van een psychiatrische behandeling van de jeugdige, die verband houdt met de problematische relatie met de ouders/voogden. Het informeren van ouders/voogden mag eveneens achterwege blijven als de jeugdige daar uitdrukkelijk om vraagt. Ook hier moet als goed hulpverlener worden gehandeld. Dit betekent dat hulpverleners vanaf de intake met jongeren moeten bespreken (soms onderhandelen) wat wel of niet aan de ouders of verzorgers verteld wordt en ook 'wie wat wanneer' vertelt.

Naast opstarten en uitvoeren van behandelafspraken is ook van belang de voortgang te evalueren, en indien mogelijk de behandeling af te sluiten. Daarbij is van belang:
- na te gaan of de jeugdige steun heeft in omgeving om gedrag vol te houden;
- notivatie te bespreken; bespreek wat jeugdige doet in situaties waarin drang bestaat om te gebruiken.

Samenwerking met de verslavingszorg
In hoofdstuk 8 komt aan de orde dat een integraal aanbod, waarin jeugdhulp, jeugdbescherming en verslavingszorg (en geestelijke gezondheidszorg) onder één dak worden aangeboden, wenselijk is. Wanneer het integrale aanbod nog niet haalbaar is, is raadzaam om te werken met aandachtsfunctionarissen. Dit alles om problematisch middelengebruik zo vroeg mogelijk te signaleren en aan te pakken. De daadwerkelijke diagnose van aan middelengebonden stoornissen wordt gesteld door een verslavingsdeskundige uit de verslavingszorg en in dat geval is de verslavingszorg ook verantwoordelijk voor de behandeling ervan. Het belang van afstemming en weten wie wat doet, is essentieel.

Er kunnen zich echter situaties voordoen waarin verwijzing naar de verslavingszorg noodzakelijk is. De werkgroep stelt hiertoe de volgende indicaties voor:
- ernstige onthoudingsverschijnselen bij stoppen of minderen van gebruik;
- ernstig, herhaaldelijk agressief gedrag samenhangend met middelengebruik;
- ernstige symptomen van psychopathologie in combinatie met een stoornis in het gebruik van middelen, zoals psychotische symptomen

Stoplichtmodel
In de samenwerking tussen jeugdverslavingszorg, jeugdhulp en jeugdbescherming is het stoplichtmodel een bekend hulpmiddel om inzichtelijk te maken welke vervolgstappen in de samenwerking met de verslavingszorg nodig zijn om problemen rond het middelengebruik van de jeugdige te verminderen of voorkomen.

Op basis van de besproken criteria in Hoofdstuk 2 kunnen we dit stoplichtmodel als volgt invullen:

Groen Het gebruik overschrijdt de leeftijdsgebonden normen niet.
Oranje Het gebruik overschrijdt de leeftijdsgebonden normen.
Rood De jeugdige heeft een stoornis in het gebruik van middelen.

Wat betekent het wanneer het middelengebruik van een jeugdige een groen, oranje of rood label krijgt?

Groen
In de begeleiding van jeugdigen die het groene label krijgen, speelt positieve feedback een belangrijke rol. In de motiverende gespreksvoering komt vooral naar voren wat een jeugdige wil bereiken en hoe middelengebruik hiermee kan interfereren. Jeugdigen worden voorgelicht over de verschillende aspecten van middelengebruik door middel van folders, websites en groepsvoorlichting.

Oranje
Bij jeugdigen die een oranje label krijgen, zal in de individuele begeleiding expliciet aandacht besteed worden aan het middelengebruik. Door middel van motiverende gesprekvoering gaan jeugdigen samen met de hulpverlener op zoek naar argumenten om het middelengebruik te ontmoedigen. Bij deze jeugdigen zal altijd een verslavingsdeskundige geconsulteerd worden voor de inzet van geïndiceerde preventie. Ook deze jeugdigen worden voorgelicht over de verschillende aspecten van middelengebruik door middel van folders, websites en groepsvoorlichting.

Rood
Bij jeugdigen die het rode label krijgen, zal aangestuurd worden op behandeling door de verslavingszorg. Veelal zullen jeugdigen tot zo'n behandeling gestimuleerd moeten worden. In de individuele begeleiding is behandeling door de verslavingszorg dan ook expliciet onderwerp van gesprek. Voor deze jeugdigen wordt altijd een verslavingsdeskundige geconsulteerd. Jeugdhulp, jeugdbescherming en verslavingszorg beslissen in overleg met de jeugdige en de ouders waar de behandeling plaats kan vinden. Ze halen – wanneer mogelijk – de behandeling de jeugdhulporganisatie binnen.
Ook deze jeugdigen worden voorgelicht over de verschillende aspecten van middelengebruik door middel van folders, websites en groepsvoorlichting.

De grenzen van de jeugdhulp en jeugdbescherming: middelengebruik gedogen?
Gedogen of negeren van het gebruik is geen optie; het weigeren van verdere begeleiding of behandeling evenmin. Ontslag uit de jeugdhulporganisatie bij middelengebruik is onwenselijk: de reden waarom de jeugdige zorg nodig heeft, wordt dan immers de reden voor ontslag. Voor het welzijn van de jeugdige is het een voorwaarde dat hij een veilige basis heeft. De kunst is een middenweg te vinden tussen verbieden en het bespreken van het gebruik en begrip tonen voor de jeugdige. “Je mag niet blowen, maar je wordt niet gelijk op straat gezet als je een keer gebruikt.” Een gesprek moet altijd mogelijk zijn en is startpunt van een traject waarin het motiveren van de jeugdige centraal staat. Dit is vaak een zaak van lange adem. Ook na het starten van een behandeling is veel geduld van alle betrokkenen nodig, omdat het proces van minderen of stoppen met alcohol- of drugsgebruik met vallen en opstaan verloopt. In de praktijk blijken de hulpverleners nogal eens aan te lopen tegen het spanningsveld tussen handhaven en sanctioneren enerzijds en het open gesprek gaande houden, en de wens om gedrag vooral positief te bekrachtigen anderzijds.

In praktijk blijken sommige jeugdigen moeilijk te handhaven in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Hierbij is dan bepalend de begeleidbaarheid of behandelbaarheid van de jeugdige en de gevolgen van zijn gedrag voor de groep. Cliënten blijken moeilijk te handhaven wanneer na herhaalde waarschuwingen, niet nagekomen afspraken en (behandel)interventies er sprake is van:

- harddruggebruik (niet sporadisch een pilletje): "Iemand die regelmatig strak binnenkomt, is niet te handhaven op een groep.";
- dealen binnen de groep/instelling;
- ontregeling van de groep, 'verslavingsgedrag'[13] vertonen: stelen, afpersen, chanteren.

Dergelijke jeugdigen dienen in een regionale zorgconferentie te worden besproken waar alle betrokkenen en relevante partijen aan tafel zitten. Het gaat dan om het samenbrengen van relevante expertise en het gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid. De jeugdige moet immers onderdak hebben om in de verslavingszorg of ggz te kunnen worden behandeld. De jeugdige kan eerst naar een detoxafdeling, maar zal daarna ergens moeten verblijven. Geschikte RIBW-plaatsen zijn schaars. En als eenmaal bekend is dat een jeugdige verslaafd is, dan is hij bijna nergens meer welkom.

13 Gedrag dat te maken heeft met het bemachtigen ('scoren') van drugs.

Aanbevelingen

- Zorg ervoor dat je motiverende gespreksvoering, met de bijbehorende gespreksvaardigheden en houding, beheerst.

- Werk samen met jeugdigen en hun ouders. Ondersteun ouders bij het verkrijgen van voldoende kennis en vaardigheden om verstandig om te gaan met het (eventuele) middelengebruik van hun kind.

- Investeer in de eigen kennis over middelen en het aanleren van vaardigheden om voor het omgaan met middelengebruik: Online is veel informatie te vinden en op organisatieniveau kunnen relevante cursussen georganiseerd en aangeboden worden.

Hoofdstuk 8

Organisatie

Uitgangsvragen:

1.1 Wat is er nodig om middelengebruik, -misbruik en –afhankelijkheid bespreekbaar te maken bij elke cliënt en zijn/haar ouders? Wat is de functie van het gebruik?

2.1 Welke normen, op basis van resultaten/antwoorden bij uitgangsvraag 1 (vroegsignalering en diagnostiek), kunnen worden vastgesteld om te bepalen of 1) het middelengebruik of misbruik hanteerbaar is binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, of 2) ggz/verslavingszorg dienen te worden geconsulteerd, of 3) dat verwezen moet worden naar ggz/verslavingszorg?

3.3 Wat is nodig om in het gehele traject goed samen te werken met de jeugdige en het systeem (ouders/verzorgers/school)?

3.1 Over welke competenties moeten professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming beschikken om de aanbevelingen geformuleerd bij 1 (vroegsignalering en diagnostiek) en 2 (Zorgtoewijzing en behandeling) uit te kunnen voeren?

3.2 Wat is er nodig om multidisciplinair overleg rondom het kind uit te voeren?

3.2.1 Stel normen op voor situaties wanneer dit wel en niet nodig is.

3.2.2 Geef aan wie aan een dergelijk overleg minimaal moeten deelnemen.

3.2.3 Geef aan wie de regie voert.

3.2.4 Geef aan wanneer er wordt doorverwezen (overlap met vraag 2.1).

N.B. Deze uitgangsvragen worden ook beantwoord in Hoofdstuk 7. Basishouding en competenties

8.1 Voor iedere jeugdige met problemen is hulpverlening beschikbaar

De transitie van de jeugdhulp en jeugdbescherming naar de gemeente is een goed moment om de schotten tussen de verschillende voorzieningen te verwijderen. In praktijk heeft dit veel voeten in aarde maar door intensivering van de samenwerking tussen de ketenpartners kunnen wellicht barrières afgebroken worden. De huidige praktijk is dat jeugdigen zich bij de jeugdhulp en jeugdbescherming melden omdat ze problemen hebben met middelengebruik en dat ze soms om diezelfde reden geweigerd worden. Het spreekt voor zich dat dit een onwenselijke situatie is. De werkgroep is van mening dat er structureel verslavingsdeskundigheid aanwezig moet zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming; hoe men dat organiseert is punt twee.

8.2 Integraal aanbod

De werkgroep is van mening dat een integraal aanbod voorkomt dat jeugdigen tussen wal en schip vallen. Wanneer er een gezamenlijke voordeur is en wanneer de verslavingszorg binnen de muren van de jeugdhulp en jeugdbescherming beschikbaar is, wordt het voor jeugdigen mogelijk minder 'bedreigend' om ook in een vroeg stadium al gebruik te maken van interventies die de verslavingszorg biedt.

Een geïntegreerd aanbod kan wellicht ook voorkomen dat jeugdigen uitvallen die door hun middelengebruik moeilijk in de jeugdhulp en jeugdbescherming te handhaven zijn. In samenwerking met de verslavingszorg kan eerder ingegrepen worden, omdat de verslavingszorg beter toegerust is. Ook een 'warme' overdracht tussen jeugdhulp, jeugdbescherming en

verslavingszorg wordt dan eenvoudiger. Overigens is ook een integraal aanbod wenselijk waarbij de geestelijke gezondheidszorg opgenomen is. Dit blijft hier buiten beschouwing.

8.3 Aandachtsfunctionarissen

Wanneer om wat voor reden dan ook een integraal aanbod (nog) niet mogelijk is, zijn tussenvormen mogelijk. Zowel bij de jeugdhulp, jeugdbescherming als bij de verslavingszorg kunnen aandachtsfunctionarissen aangesteld worden. Bij verschillende jeugdhulporganisaties wordt gewerkt met aandachtsfunctionarissen middelengebruik (of verslavingsconsulenten). In de focusgroep werd het 'model' van één van de jeugdhulporganisaties omarmd. Daar wordt deze functie als volgt ingevuld:
Aandachtsfunctionarissen beschikken over extra kennis onder andere over de afzonderlijke middelen, de signalen van gebruik en gespreksmethodieken om gebruik aan de orde te stellen. Ze hebben de opleiding tot aandachtsfunctionaris verslavingsconsulent gevolgd. In deze opleiding kan de regionale verslavingszorginstelling een rol spelen. Deze aandachtsfunctionarissen hebben verschillende taken en aandachtsgebieden:

- Zij zijn een vast aanspreekpunt voor alle medewerkers en/of teams van de organisatie op het terrein van middelengebruik.
- Zij kunnen de scholing verzorgen voor de medewerkers om de kennis rondom middelen gebruik te vergroten.
- Zij kunnen bijeenkomsten organiseren om normen met betrekking tot middelengebruik te bespreken en teams te bewegen tot een eenduidige attitude ten opzichte van middelengebruik.
- Zij worden geconsulteerd wanneer middelengebruik bij een (nieuwe) cliënt problematisch is.
- Zij kunnen interventies uitvoeren bij individuele cliënten, een cliënt gaat dan het consulententraject in.
- Zij kunnen tijdens het consulententraject een cliënt motiveren om behandeling te aanvaarden van de verslavingszorg. (NB. Het consulententraject wordt soms verplicht gesteld wanneer een cliënt zich niet aan de afspraken rondom middelengebruik gehouden heeft).
- Zij zijn het vaste aanspreekpunt bij contact met de verslavingszorg.

Her en der in het land is bij verslavingszorgorganisaties een aandachtsfunctionaris jeugdhulp en jeugdbescherming ingesteld. De aandachtsfunctionaris heeft verschillende taken:

- Hij/zij wordt op de hoogte gesteld of geconsulteerd wanneer middelengebruik bij een (nieuwe) cliënt problematisch is.
- Hij/zij kan outreachend werken wanneer een cliënt niet naar de verslavingszorg kan/wil komen.
- Hij/zij kan cliënten van de jeugdhulp en jeugdbescherming behandeling bieden op het terrein van de jeugdhulp en jeugdbescherming (bv. leefstijltraining).
- Hij/zij is het vaste aanspreekpunt voor de medewerkers van de verslavingszorg/de aandachtsfunctionaris middelengebruik.
- Hij/zij ziet er op toe dat het behandelplan van een cliënt uit de verslavingszorg realiseerbaar en hanteerbaar is binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming.

Waarschijnlijk moeten de ketenpartners voor de financiering van deze functionarissen naar alternatieve financiering zoeken omdat een cliënt bijvoorbeeld nog niet onder behandeling is van de verslavingszorg. Hierbij kunnen de ketenpartner gezamenlijk optrekken naar de financiers toe.

8.4 Afspraken binnen de organisatie

De werkgroep adviseert: Neem motiverende gesprekvoering op in het scholingsaanbod van alle jeugdhulporganisaties en vooropleidingen. Wellicht is het een forse investering op korte termijn maar uiteindelijk levert het naar verwachting een besparing op in de intensieve zorg.

Het is wenselijk dat middelengebruik onderwerp is bij werkbesprekingen/intervisie. Scholing van een team kan een eenduidig gedragen visie ondersteunen.

Anders dan nu in sommige jeugdhulporganisaties het geval is, dient het omgaan met middelengebruik en –bezit op alle afdelingen of units zo veel mogelijk uniform te zijn. Het is onwenselijk dat bijvoorbeeld op één unit rookpauzes in het programma zijn opgenomen en op een andere unit niet. Het management heeft een taak in deze afstemming daar waar het beleid niet in zoveel detail is uitgewerkt. Voer binnen de organisatie een eenduidig rookbeleid. Leg vast waar en wanneer gerookt mag worden door cliënten en hulpverleners.

8.5 Maatregelen rond middelengebruik

Om de setting alcohol- en drugsvrij te houden, kunnen verschillende maatregelen worden genomen. Op organisatieniveau moet worden bepaald welke maatregelen wel en niet genomen (mogen) worden (interventies, eventuele sancties). Hierbij kan wellicht ook de verslavingszorg geconsulteerd worden. Een uniform organisatiebreed uitgevoerd beleid rond middelengebruik is veelal wenselijk maar hierbij is het belangrijk dat medewerkers op directieniveau in gesprek gaan met medewerkers op de werkvloer: Wat is haalbaar, wat is werkbaar? In een dergelijke situatie botsen immers principes als 'empowerment' en 'het initiatief laten bij de cliënt' nogal eens met 'grenzen stellen' en 'positioneren'. In het vorige hoofdstuk is aan de orde gekomen dat belonen van goed gedrag (*contingency management*) effectief is. Het veranderen van het middelengebruik is een proces van vallen en opstaan, waarin sterk moet worden ingezet op de (vaak sterk wisselende) motivatie van de jeugdige. Straffen werkt hierbij meestal contraproductief. Het stellen van heldere gedragsregels en het handhaven hiervan is belangrijk, maar de nadruk dient hierbij te liggen op het vieren van de successen en niet op sancties bij het overtreden van de regels rondom middelengebruik. De jeugdige moet inzicht krijgen in zijn gedrag, en waarom het niet lukt om zijn gebruik te minderen of stoppen.

8.6 Samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners

De samenwerking tussen ketenpartijen wordt soms bemoeilijkt door leemtes in de informatie-uitwisseling tussen de zorgorganisaties en het uiteenlopende beleid rondom middelengebruik. De jeugdhulp en jeugdbescherming verwijst cliënten bijvoorbeeld naar de verslavingszorg maar de jeugdhulp en jeugdbescherming weet niet of die cliënten daar ook aankomen. Of de jeugdhulporganisatie streeft volledige abstinentie na terwijl de verslavingszorgorganisatie inzet op controle van gebruik.

Van belang is daarom het beleid zo veel mogelijk op elkaar af te stemmen en een samenwerkingsovereenkomst af te sluiten tussen de regionale jeugdhulporganisatie(s) en de verslavingszorg. Neem hierin afspraken op over:

- de onderlinge informatie-uitwisseling over cliënten;
- het organiseren van een warme overdracht tussen de zorgorganisaties;
- het samenbrengen van relevante expertise rond jeugdigen die moeilijk te handhaven zijn binnen de zorg;
- het gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid voor therapieresistente jeugdigen om te voorkomen dat ze tussen wal en schip vallen.

Voor een overzicht van de vereisten aan de organisatie zie Hulpmiddelenkaart 5.

8.7 Visie op middelengebruik en daaruit voortvloeiende afspraken vastleggen in een protocol

Middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming is een groot probleem. In alle lagen van de organisatie (van directie tot en met ondersteunende diensten) dienen medewerkers zich bewust te zijn van de noodzaak van de aanpak van middelengebruik. Deze aanpak heeft consequenties voor elke professional binnen de eigen organisatie. Van belang is dan ook dat op alle lagen van de organisaties een eenduidig beleid gehanteerd wordt rondom middelengebruik. Het begint bij het ontwikkelen van een visie op middelengebruik, risicovol middelengebruik en verslaving, waarbij elke professional betrokken wordt – van de Raad van Bestuur tot op de werkvloer.
Deze gezamenlijk gedragen visie op middelengebruik leidt tot een eenduidig beleid dat vastgelegd wordt in een *protocol middelengebruik*. Vervolgens dient op alle niveaus van de organisatie meegewerkt te worden aan de aanpak van middelengebruik. De borging hiervan verdient de aandacht en evaluatie van het beleid rond middelengebruik dient periodiek te gebeuren.

Het preventieprogramma Open en Alert kan organisaties ondersteunen bij het aanpakken van het middelengebruik. Het is namelijk een preventieprogramma voor organisaties die te maken hebben met (problematisch) alcohol- en drugsgebruik door cliënten en die dat willen veranderen. Vaak gaat het om organisaties die ondersteuning, opvang of begeleiding bieden aan een specifieke doelgroep, zoals jeugdigen, justitiabelen of mensen met LVB.

Aanbevelingen

- Neem motiverende gespreksvoering op in het scholingsaanbod van alle jeugdhulporganisaties en (voor)opleidingen/nascholing.

- Stel een protocol op, waarin de visie op middelengebruik en de afspraken rondom de wijze van omgaan met middelengebruik en verslaving zijn vastgelegd.

- Zorg voor een integraal aanbod van behandeling, inclusief problematisch middelengebruik; stem hiertoe waar nodig af met andere zorgaanbieders.

- Sluit een samenwerkingsovereenkomst af tussen de regionale jeugdhulporganisatie(s) en de verslavingszorg. Maak hierin afspraken over de onderlinge informatie-uitwisseling over cliënten die bij meerdere organisaties onder behandeling dan wel in zorg zijn.

- Breng de verschillende expertise samen bij probleemjongeren in een regionale zorgconferentie: jeugdigen die moeilijk te handhaven zijn zowel in de verslavingszorg als in de jeugdhulp en jeugdbescherming dienen verzekerd te zijn van continuïteit van zorg.

- Directie/management moet zich ervan bewust worden dat middelengebruik belangrijk is om mee te nemen in onderhandelingen met verzekeraar.

- Directie/management moet garant staan voor opleidingsmogelijkheden en zich bewust zijn van financiële en organisatorische consequenties.

Literatuur

Adamson, S.J., Kay-Lambkin, F.J., Baker, A.L., Lewin, T.J., Thornton, L., Kelly, B.J., & Sellman, J.D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend, 110(1-2)*, 137-43.

Adriana G. (2009). *Verwachtingen van de implementatie van een preventief gesprekkenprogramma; een responsief onderzoek (Mondriaan verslavingspreventie).* Heerlen: Mondriaan.

Agrawal, A., Neale, M.C., Prescott, C.A., & Kendler, K.S. (2004). *A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs.* Psychological Medicine, 34, 1227-1237.

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior, *organisational Behavior and Human decision process,* 50: 179-211.

APA (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition.* DOI: 10.1176/appi.books.9780890423363.141077.

Armstrong, T.D., & Costello, E.J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol, 70(6),* 1224-1239.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care (second edition).* Geneva, Switzerland.

Bakker, L. (2012). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Doen Wat Werkt (DWW)*'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Ball, D., & Collier, D. (2004). Substance Misuse. In O. M. McGuffin P, Gottesman II (Ed.), *Psychiatric Genetics and Genomics*. Oxford: University Press

Barkus, E. & Murray, R.M. (2010). Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 365-89.

Bartelink C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. *http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf*

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A., Wrights, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* New York/London: The Guilford Press.

Blaauw, E., & Roozen, H. (2012). *Handboek forensische verslavingszorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boelema, S., Ter Bogt, T., Van den Eijnden, R., & Verdurmen, J. (2009). F*ysieke,functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18-jarigen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Boer, F., Berg, G. van den, Boer A. de, Hogemans-Weijers, W., Hoofdakker, B. van den, Prins, P., Rijsingen, R. van, Stuifmeel, J., Waterschoot, F. van, Wiltink, N., Vos, C. de, & Glind, G. van de (concept in ontwikkeling). *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Trimbos-instituut, Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Boendermaker, L., Rooijen, K. van, & Berg, T. (2012). *Residentiële jeugdzorg: Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. *www.nji.nl*.

Bogt, T. ter, Lieshout, M. van, Doornwaard, S., & Eijkemans, Y. (2009). *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: Trimbos-instituut/ Universiteit Utrecht.

Bolier, L., & Cuijpers, P. (2000). *Effectieve verslavingspreventie: op school, in het gezin en in de wijk.* Utrecht: GGZ Nederland.

Bool, M., Zanden, van der R., & Smit, F. (2007). *Factsheet preventie. Kinderen van ouders met psychische problemen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Boomsma, D.I., de Geus, E.J., van Baal, G.C. & Koopmans, J.R. (1999). *A religious upbringing reduces the influence of genetic factors on disinhibition: evidence for interaction between genotype and environment on personality.* Twin Res. 1999 Jun;2(2):115-25.

Bosch, E. van den. (2010). *Een explorerende evaluatie van MOTI-4.* Maastricht: Universiteit Maastricht.

Bransen, E., & Lokman, S. (2013). *Toolkit LVB en verslaving.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2009). A*ard en omvangvan middelengebruik bij lichtverstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenningbij jongeren zelf en hun begeleiders.* Utrecht: Trimbos-Instituut.

Braet, C., & Scholing, A. (1999). Cognitieve therapie bij kinderen en jeugdigen. In S.M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve Therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Lochum.

Bree, M. B. van den, & Pickworth, W. B. (2005). Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Arch Gen Psychiatry*, 62(3), 311-319.

Brink, W. van den, Glind, G. van de & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving.* Utrecht: CCBH, NVvP, Trimbos-instituut.

Brink, W. van den, Bueren, L. van, Drenthen, A., Fischer, E., Van de Glind, G., Noorlander, E., et al. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In U. Bronfenbrenner, International *Encyclopedia of Education Vol 3*, 2nd Ed. Oxford: Elsevier.

Brown, R.L., & Rounds, L.A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J*, 94(3), 135-40.

Brown, A., Tapert, S., Granholm, E., & Delis, D. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 164-171.

Buckstein, O. G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *J Psychoactive Drugs*, 32(1), 67-79.

Burke, B.L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861.

Casteleijn, L., Croes, L. de, Heij, D., Butter, R., Menger, A., & Vliet, J. van. (2012). *Naar continuïteit en samenhang in de begeleiding tijdens het justitietraject.* Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Castellanos, N.C., & Conrod, P.J. (2006). Efficacy of brief personality-targeted cognitive behavioural interventions in reducing and preventing adolescent emotional and behavioral problems. *Journal of mental health*, 15(6), 1-14.

Chambers, R.A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *The American journal of psychiatry*, 160(6), 1041-1052.

Chen, K., & Kandel, D.B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.

Chen, K., Kandel, D.B., & Davies, M. (1997). Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 53-67.

Chan, Y.F.1., Dennis, M.L., & Funk, R.R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*, 34(1), 14-24.

Chung, T., Smith, G.T., Donovan, J.E., Windle, M., Faden, V.B., Chen, C.M., & Martin, C.S. (2012). Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems. *Pediatrics*, 129(2), 205-212.

Chung, T., Martin, C.S., Grella, C.E., Winters, K.C., Abrantes, A.M. & Brown, S.A. (2003). Course of alcohol problems in treated adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 253–261.

Claes, M., Lacourse, E., Ercolani, A., Pierro, A., Leone, L., & Presaghi, F. (2005). "Parenting, Peer Orientation, Drug Use, and Antisocial Behavior in Late Adolescence: A Cross-National Study". *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5): 401-411.

Clark, D.B., Kirisci, L., & Tarter, R.E. (1998). Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 115-121.

Colijn, J., & Schamhart, R. (2012). *Greep op wraparound care: Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg.* Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Comeau, N., Stewart, S.H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive behaviors*, 26, 803-825.

Compton, W.M., Saha, T.D., Conway, K.P., & Grant, B.F. (2009). The role of cannabis use within a dimensional approach to cannabis use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 100(3), 221-227.

Conrod, P.J., Castellanos N. & Mackie C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:2, 181–190.

Conrod, P.J., O'Learry-Barret, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mckie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a Selective, Personality-Targeted prevention Program for Adolescent Alcohol Use and Misuse. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 334-342.

Conrod, P.J., Peterson, J.B., & Pihl, R.O. (1997). Disinhibited personality and sensitivity to alcohol reinforcements: independent predictors of drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 1320-1332.

Conrod, P.J., Pihl, R.O., & Vassileva, J. (1998). Differential sensitivity to alcohol reinforcement in groups of men at risk for distinct alcoholism syndromes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 585–597.

Conrod, P.J., Stewart, S.H., Comeau, N., & Maclean, A.M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(4), 550-563.

Couwenbergh, C., Brink, W. van den, Zwart, K., Vreugdenhil, C., Wijngaarden-Cremers, P. van, & Gaag, R.J. van der (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(6), 319-328.

Creemers, H.E., Dijkstra, J.K., Vollebergh, W.A.M., Ormel, J., Verhulst, F.C., & Huizink, A.C. (2010). Predicting life-time and regular cannabis use during adolescence: The roles of temperament and peer substance use. The TRAILS study. *Addiction*, 105(4), 699-708. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02819.x

Creemers, H.E., Verhulst, F.C., & Huizink, A.C. (2009). Temperamental risk factors foradolescent cannabis use: a systematic review of prospective general population studies. *Subst Use Misuse*, 44(13), 1833-1854.

Crone, E. (2009). *Het puberende brein.* Amsterdam: Bert Bakker.

Cuijpers, P., Scholten, M., & Conijn, B. (2006). *Verslaving, deel 4: Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie.* Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.

De Argumentenfabriek (2012). *Knelpuntenanalyse ten behoeve van de Richtlijn ADHD Jeugdzorg*. Utrecht: NJi.

Deas, D., Riggs, P., Langenbucher, J., Goldman, M., & Brown, S. (2000). Adolescents are not adults: Developmental considerations in alcohol users. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 232-237.

De Graaf, I., Speetjens, P.A.M., De Wolff, M.S., & Smit, H.F.E. (2008a). Effectiveness of the Positive Parenting Program Triple P on behaviour problems in children: meta-analysis of randomized trials. *Behavior Modification*, 32, 714-735.

De Graaf, I., Speetjens, P.A.M., De Wolff, M.S., & Smit, H.F.E. (2008b). Effectiveness of the Positive Parenting Program Triple P on parenting: a meta-analysis of randomized. *Family Relations,* 57 (5), 553-566

Graaf, R. de, Radovanovic, M., Laar, M. van, Fairman, B., Degenhardt, L., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., Girolamo, G. de, Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Kostychenko, S., Lépine, J.P., Matschinger, H., Mora, M.E., Neumark, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Tachimori, H., Wells, J.E., & Anthony, J.C. (2010). Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: Epidemiologic evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *American Journal of Epidemiology*, 172(2), 149-59.

Dekker, N., Linszen, D. H., de, H. L., 2009. Reasons for cannabis use and effects of cannabis use as reported by patients with psychotic disorders. *Psychopathology* 42, 350-360.

Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*, 27(3), 197-213.

Dick, D.M., Bernard, M., Aliev, F., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. & Rose, R.J. (2009). The role of socioregional factors in moderating genetic influences on early adolescent behavior problems and alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res*, 33(10), 1739-48.

Doesum, K. van, Frazer, W., Dhondt, M. (1995). *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Een studie naar preventieve interventies.* Utrecht: Landelijke Ondersteuning Preventie/Trimbos-instituut.

Doreleijers, T., Boer, F., Huisman, J., Vermeiren, R., & Haan, E. de (2006). *Leerboek Psychiatrie kinderen en adolescenten.* Utrecht: de Tijdstroom.

Dorsselaer, S. van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, S. de, Verdurmen, J., Bogt,T. ter & Vollebergh, W. (2011). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. HBSC 2009.* Utrecht, Trimbos-instituut.

Dorsselaer, S. van, Zeijl, E., Eeckhout, S. van den, Bogt, T. ten, & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland.* Utrecht: SCP/Trimbos-instituut.

D'Souza, D.C. (2007). Cannabinoids and psychosis. *Int Rev Neurobiol*, 78, 289-326.

D'Souza, D.C., Sewell, R.A. & Ranganathan, M. (2009). Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*i, 259(7),413-31.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapie.* New York: Lyle Stuart.

Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers.* Oxford: Pergamon Press.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2008). *Drugs andvulnerable groups of young people.* Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Emmerik-van Oortmerssen, K. van, Glind, G. van de, Brink, W. van de, Smit, F., Crunelle, C.L., Swets, M., & Schoevers, R.A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependency* 122(1-2), 11-9.

Euser, A.S. (2013). *Neurocognitive endophenotypes of substance use disorders.* Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Factsheet Open en Alert, 2011. Utrecht: Trimbos-instituut.

Faes, F., & Sannen, A. (2011). *CVGU Infosheet Ontremd en overmoedig - Drugs en agressie in het uitgaansleven.* Utrecht: Trimbos-instituut/Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV).

Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: the reasoned action approach.* New York: Psychology Press (Taylor & Francis).

Fletcher, A., Bonell, C. & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *J Adolesc Health*, 42(3), 209-20.

Fletcher, A., Bonell, C., Sorhaindo, A. & Strange V. (2009). How might schools influence young people's drug use? Development of theory from qualitative case-study research. *J Adolesc Health*, 45(2), 126-32.

Foolen N., & Deniz I. (2013) *Cognitieve gedragstherapie.* Utrecht: NJi
*http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_CognitieveGedragstherapie.pd*f

Franken, I., & Brink, W. van den (red.) (2009). *Handboek verslaving.* Utrecht: De Tijdstroom.

Gastel, W.A. van, Wigman, J.T., Monshouwer, K., Kahn, R.S., Os, J. van, Boks, M.P., & Vollebergh, W.A. (2012). Cannabis use and subclinical positive psychotic experiences in early adolescence: findings from a Dutch survey. *Addiction* 107, 381-387.

Giedd, J., Blumenthal, J., Jeffries, N., Castellanos, F., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A., and Rapoport, J. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. Nature *Neuroscience*, 2 (10), 861-863.

Glind, G. van de, Konstenius, M., Koeter, M.W., Emmerik-van Oortmerssen, K. van, Carpentier, P.J., Kaye, S., Degenhardt, L., Skutle, A., Franck, J., Bu, E.T., Moggi, F., Dom, G., Verspreet, S., Demetrovics, Z., Kapitány-Fövény, M., Fatséas, M., Auriacombe, M., Schillinger, A., Møller, M., Johnson, B., Faraone, S.V., Ramos-Quiroga, J.A., Casas, M., Allsop, S., Carruthers, S., Schoevers, R.A., Wallhed, S., Barta, C., Alleman, P., IASP Research Group, Levin, F.R., & Brink, W. van den (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM 5 criteria. *Drug Alcohol Depend*, 1;134, 158-66.

Goozen, S. H. M. van, Matthys, W., & Van Engeland, H. (2000). *Antisociaal gedrag van kinderen. Een neurobiologisch perspectief.* Justitiële verkenningen, 26(3).

Griswold, K.S., Aronoff, H., Kernan, J.B., & Kahn, L. S. (2008). Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician.* 1, 77(3), 331-336.

Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, A. (2012). *De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving.* Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek IVO.

Haney, M., Ward, A.S., Comer, S.D., Foltin, R.W., & Fischman, M.W. (1999). Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology*, 141, 395-404.

Haynie, D.L., & Osgood, D.W. (2005). Reconsidering peers and delinquency: how do peers matter? *Social Forces*, 84(2), 1109-1130.

Heiden-Attema, N. van der & Bol M.W. (2000). *Moeilijke jeugd: risico- en protectieve factoren en de ontwikkeling van delinquent gedrag in een groep risicojongeren.* Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Hendriks, V., Spijkerman, R., Oort M. van, Glind, G. van de, Müller, M., Schee, E. van der, Carpentier, P.J., Nagel, J. van der, & Jong, C.A.J. de (2014). *Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg.* Amersfoort: Resultaten Scoren.

Henry, K.L. & Huizinga, D.H. (2007). Truancy's effect on the onset of drug use among urban adolescents placed at risk. *J Adolesc Health*, 40(4), 358.e9-17.

Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.

Hilderink, I., & Bransen, E. (2010). *Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een interventieprogramma.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Hingson, R.W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, 123, 1477-1484.

Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V.I., Laan, P. H. van der, Smeenk, W. & Gerris, J.R.M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.

Hopfer, C.J., Hewitt, J.K., Crowley, T.J. (2003). A review of twin and adoption studies of adolescent substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 710-719.

Huizink, A. (2010). *Middelen om aan de druk te ontsnappen.* Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen Faculteit der Sociale Wetenschappen.

IVZ. (2011). *15 jaar Cannabishulpvraag in Nederland. Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor cannabisproblematiek in de verslavingszorg 1995-2009.* Houten, Stichting IVZ.

Jellinek (2013). *Wat zijn onthoudingsverschijnselen?* Verkregen op 19 november 2013 via *http://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/alcohol-drugs/drugs/drugs-verslaving/wat-zijn-onthoudingsverschijnselen*.

Junger-Tas, J., Steketee, M., & Moll, M. (2008). *Achtergronden van jeugddelinquentie en middelengebruik.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Kaminer, Y., Burleson, J.A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J Nerv Ment Dis*, 190(11),737-45.

Kepper, A.S., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, & Vollebergh, W.A.M. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 311-319.

Kepper, A.S., Monshouwer, K., Dorsselaer, S van & Vollebergh, W.A.M. (2009a). *Middelengebruik bij jongeren in het speciaal onderwijs en jongeren in de residentiële jeugdzorg.* Presentatie. Utrecht: Forum Alcohol en Drugs gebruik (FADO).

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., Vroome, T. de, & Vollebergh, W. (2009b). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel.* Den Haag: Ministerie van Justitie.

Knight, J.R., Shrier, L.A., Bravender, T.D., Farrell, M., Vander Bilt, J., & Shaffer, H.J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics. Adolescent Medicine*, 153, 591-596.

Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.K., Gates, E.C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT,CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27, 67-73.

Kok, J.M., Menkehorst, G.A.B.M; Naayer, P.M.H., & Zandberg, T. (1991). *Residentieel gedragstherapeutisch behandelingsprogramma : ontwikkeling, invoering, effectmeting.* Assen: Dekker & Van de Vegt.

Korhonen, T., Prince, A., Reijneveld, S.A., Ormel, J., Verhulst, F.C., & Huizink, A.C. (2010). Externalizing behavior problems and cigarette smoking as predictors of cannabis use: The TRAILS Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 49(1), 61-69.

Kushner, M., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 149-171.

Laar, M. van, & Ooyen-Houben, M. van (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid.* Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.

Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S., Monshouwer, K., Lemmers, l., Conrod, P., Wiers, R., Engels, R., & Kleinjan, M. (2011). Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 126.

Large, M. Sharma, S., Compton, M.T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6), 555-561.

Larsen, H., Engels, R.C., Souren, P.M., Granic, I., & Overbeek, G. (2010). Peer influencein a micro-perspective: imitation of alcoholic and non-alcoholic beverages. *AddictiveBehaviors*, 35(1), 49-52.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2009). Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuser: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 12-25.

Littell, J.H., & Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behav Modif*, 26(2), 223-73.

Liu, I. C., Blacker, D. L., Xu, R., Fitzmaurice, G., Lyons, M. J., & Tsuang, M. T. (2004). Genetic and environmental contributions to the development of alcohol dependence in male twins. *Arch Gen Psychiatry*, 61(9), 897-903.

Low, N.C.P., Dugas, E., O'Loughlin, E., Rodriguez, D., Contreras, G., Chaiton, M. & O'Loughlin, J. (2012). Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry* 12, 116.

Lynskey, M.T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J.B., & Patton, G. (2003). A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, 98, 685-692.

Matthys, W., Vanderschuren, L.J.M.J., Nordquist, R.E., & Zonnevylle-Bender, M.J.S. (2006). *Verslaving. Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen.* Den Haag: NWO, ZonMw.

McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 12(1), 41-7.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Preparing people for change.* New York: Guilford Press.

Monshouwer, K., Harakeh, Z., Lugtig, P, Huizink, A., Creemers, H.E., Reijneveld, S.A., Winter, A.F. de, Oort, F. Van, Ormel, J., & Vollebergh, W.A. (2012). Predicting transitions in low and high levels of risk behavior from early to middle adolescence: The TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 923-31.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, S. van, Smit, E., Gorter, A., & Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Moos, R. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 109-121.

Mutsaers, K., Blekman, J. & Schipper H. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.

Nagel, J.E.L. van der, Kiewik, M., & Didden, R. (2012). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom.

Nagel, J.E.L. van der, Kiewik-de Vries, M., Dijk, M. van; Jong, C.A.J. de, Didden, H.C.M. (2011). *Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Deventer: Tactus.

NJi – Nederlands Jeugd instituut (2015). *http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Wat-werkt/Onderwerpen/Wat-werkt-bij-motiverende-gespreksvoering* [januari 2015].

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (2011). Alcohol screening and brief interventions for youth: A practitioner's guide. *NIH Publications*, 11, 7805.

Niesink, R., & Laar, M. van (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Osgood, D. W., Wilson, J. K., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (1996). Routine Activities and Individual Deviant Behavior. *American Sociological Review*, 61(4), 635-655.

Oudhof, M., ten Berge, I., & Berger, M. (2009). Checklist MST/FFT. *De ontwikkeling van een indicatie-instrument voor MST en FFT in de vorm van een checklist.* Utrecht: NJi.

Oxford, M.L., Harachi, T.W., Catalano, R.F., & Abbott, R.D. (2001). Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27(4), 599-616.

Oudejans, S., & Spits, M. (2013). *Investeren in verslavingspreventie - beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren.* Amersfoort: Resultaten Scoren.

Perkonigg, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H.U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103(3), 439-49; discussion 450-1.

Piontek, D., Kraus, L., Legleye, S., & Buhringer, G. (2011). The validity of DSM-IV cannabis abuse and dependence criteria in adolescents and the value of additional cannabis use indicators. *Addiction*, 106(6), 1137-1145.

Pol, P. van der, Liebregts, N., Graaf, R. de, Have, M. ten, Korf, D.J., Brink, W. van den, & Laar, M. van (2013). Mental health differences between frequent cannabis users with and without dependence and the general population. *Addiction*, 108(8), 1459-69.

Pomerleau, O.F. (1995). Individual differences in sensitivity to nicotine: implications for genetic research on nicotine dependence. *Behav Genetics*, 25, 161-77.

Pope, H.G. Jr, Gruber, A.J., Hudson, J.I., Huestis, M.A., & Yurgelun-Todd. D. (2002). Cognitive measures in long-term cannabis users. *Journal of Clinical Pharmacology* 42(11 Suppl), 41S–47S.

Postma, S. (2008). *JGZ-Richtlijn: Vroegsignalering van psychosociale problemen.* RIVM-rapport nr. 295001002. Bilthoven: RIVM.

Prochaska, J.O., DiClemente, & C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behaviour Modification*, 28, 183–218.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-14.

Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. & Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10), 823-32.

Rhee, S.H., Hewitt, J.K., Young, S.E., Corley, R.P., Crowley, T.J., & Stallings, M.C. (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 60(12), 1256-1264.

Rietdijk, E. (2002). Literatuurstudie. Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaving: een review van de empirische evidentie. In W. De Wildt (Ed.), Achilles. *Leefstijltraining 2. Alcohol, middelengebruik, gokken. Handleiding voor de trainer.* Amsterdam: Boom.

Rigter, H. (2006). *Cannabis, preventie en behandeling bij jongeren.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Risselada, A., & Schoenmakers, T.M. (2010). *Protocol voor signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij jongeren.* Utrecht/Rotterdam: Partnership Vroegsignalering Alcohol/IVO.

Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D.A., et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45(12), 1069-77.

Robertson, E.B., David, S.I., Rao, S.A. (2003). *Preventing Drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders.* Second edition. Bethesda, MD, USA: 2003. (NIH Publication No. 04-4212(A).

Roe, S. & Becker, J. (2005). Drug prevention with vulnerable young people: A review. *Drugs: Education, Prevention & Policy,* Vol 12(2), Apr, 2005. pp.85-99

Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science, Vol.3: Formulations of a person and the social contexts.* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill

Rollnick, S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Rooijen, S. van. (2010). T*oolkit Dubbele Diagnose Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose.* Utrecht, LEDD: Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose.

Rosiers, J., Donder, E. de, Geirnaert, M., Havere, T. van, & Peteghem, M. Van (2004). D*ossier ADHD en middelengebruik. Verkregen op 19 november 2013 via de website van Vereniging Alcohol- en andere drugsproblemen: http://www.vad.be/media/37436/dossier_adhd_met_cover.pdf*.

Saha, T.D., Stinson, F.S., & Grant, B.V. (2007). The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 89(1), 82-92.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). Results from the 2005 national survey on drug use and health: national findings. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-30, DHHS Publication No. SMA 06-4194. Rockville, MD: SAMHSA.

Schadé, A., Marquenie, L.A., Van den Brink, W., & Van Dyck, R. (1998). De combinatie van angststoornis en alcoholverslaving. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 142(2), 57-60.

Schall, M., Kemeny, A., & Maltzman, I. (1992). Factors associated with alcohol use in university students. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 122-136.

Schamhart, R., & Colijn, J. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg.* Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Schellekens, A. (2009). In: Franken, I. & Van den Brink, W. (red.). *Handboek verslaving.* Utrecht: de Tijdstroom.

Schippers, G.M. & Broekman, T.G. (2013). *MATE-Y: Samenstelling, toetsing en verspreiding.* Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31160401. Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Bêta, Nijmegen

Schippers, G., & Jonge, J. de (2002). Motiverende gespreksvoering, *Maandblad Gestelijke volksgezondheid*, 57, 250-255.

Schramm-Sapyta, N.L., Walker, D., Caster, J.M., Levin, E.D., & Kuhn, C.M. (2009). Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models. *Psychopharmacology*, 106, 1-21.

Schrijvers, C.T.M., & Schoemaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd.* Bilthoven: RIVM.

Schrijvers, C., & Schuit, A. (red.) (2010). *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau; Aangrijpingspunten voor preventie.* Bilthoven: RIVM.

Schippers, G.M. & Broekman, T.G. (2014). *MATE-Y-Uitkomsten: Samenstelling en evaluatie van de bruikbaarheid.* Final report Resultaten Scoren. Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Bêta, Nijmegen.

Seydlitz, R. (1993). Complexity in the relationships among direct and indirect parental controls and delinquency. *Youth and Society*, 24 (3), 243-275.

Sevy, S., Robinson, D.G., Napolitano, B., Patel, R.C., Gunduz-Bruce, H., Miller, R., McCormack, J., Lorell, B.S., & Kane, J. (2010). Are cannabis use disorders associated with an earlier age at onset of psychosis? *Schizophrenia Research*, 120(1-3), 101-107.

Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *J Consult Clin Psychol*, 74(1), 1-9

Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro.

Snoek, A., Wits, E.G., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen.* Addendum bij de MDR Angststoornissen. Versie 1.0. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Snoek, A., Wits, E., Mheen, D. van de, & Wilbers, G. (2010a). *Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of-afhankelijkheid bij jongeren.* Rotterdam: IVO.

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

Stephenson, M. T., & Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *J Drug Educ*, 36(3), 247-270.

Stewart, S.H., Peterson, J.B., & Pihl, R.O. (1995). Anxiety sensitivity and self-reported alcohol consumption rates in university women. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 283-292.

Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., & Eifert, G.H. (2001). Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. P*ersonality and Individual Differences*, 31, 157-171.

Sumnall, H., Jones, L., Burrell, K., Witty, K., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). *Annual Review of Drug Prevention.* Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.

Sussman, S., Skara, S., & Ames, S.L. (2008). Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse*, 43, 1802-1828.

Swan, G.E. (1999). Implications of genetic epidemiology for the prevention of tobacco use. *Nicotin Tobac Res*, 1, S49-S56.

Swendsen, J.D.1. & Merikangas, K.R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev*, 20(2),173-89.

Terwee, C.B., Bot, S.D.M., Boer, M.R. de, Windt, D.A.W.M., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., & Vet, H.C.W. de (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 34-42.

Thornberry, T.P., & Krohn, M. D. (2005). Applying interactional theory to the explanation of continuity and change in antisocial behavior. In D. P. Farrington (Ed.), *Integrated developmental & life-course theories of offending.* (Advances in Criminological Theory, vol.14) (pp. 183-210). New Brunswick/London: Transaction Publishers.

Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Re*v, 97(2), 147-168.

Trimbos-instituut (2013). *Risico's cannabis.* *http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/cannabis/cannabis-algemeen/risicos* [geraadpleegd: november 2013].

True, W.R., Heath, A.C., & Scherrer, J.F., Waterman, B., Goldberg, J., Lin, N., Eisen, S.A., Lyons, M.J., & Tsuang, M.T. (1997). Genetic and environmental contributions to smoking. *Addiction*, 92, 1277-87.

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

Verdurmen, J. Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, Lokman, S., Vermeulen-Smit, E., & Vollebergh, W. (2012). Jeugd en riskant gedrag 2011. *Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren.* Trimbos-instituut, Utrecht.

Verstuyf, G. (2007). *Dossier vroeginterventie.* Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen.

Virkkunen, M., Goldman, D., Nielsen, D. A., & Linnoila, M. (1995). Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. *J Psychiatry Neurosci*, 20(4), 271-275.

Vorst, H. van der. (2007). *The key to the cellar door. The Role of the Family in Adolescents' Alcohol Use.* Radboud Universiteit, Nijmegen.

Wagenaar, A.C., Salois, M.J., Komro, K.A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179-90.

Waldron, H.B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol*, 69(5), 802-13.

Waldron, H.B., Turner, C.W., & Ozechowski, T.J. (2005). *Profiles of drug use behavior change for adolescents in treatment.* Addict Behav, 30(9), 1775-96. West, R. (2013). *EMCDDA Insights: Models of addiction.* Lisbon: EMCDDA.

Wetering, B. van de, Franken, I., & Van den Brink, W. (2009). Neurobiologie. In: Franken I & Van de Brink W (2009). *Handboek Verslaving.* Utrecht: De Tijdstroom.

Wiers, R. W., Bartholow, B. D., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R. C., Sher, K. J., e.a. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: a review and a model. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 86(2), 263-283.

Wilens, T.E. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Americal Journal of Psychiatry*, 163, 2059-2063.

Wilens, T.E., Biederman, J., Adamson, J.J., Henin, A., Sgambati, S., Gignac, M., e.a. (2008). Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: A controlled study. *Drug Alcohol Depend*, 1;95(3), 188-198.

Wijngaarden-Cremers, P.J.M. van, & Gaag, R.J. van der (2010). Verslaving als ontwikkelingsstoornis. Een andere kijk op neurobiologie en comorbiditeit. *Kind en Adolescent*, 31, 174-187.

Wits, E., Ganpat, S., Snoek, A., Schoenmakers, T., Boonstra, J. & Ouden, R. van (2011). *Theoretische handleiding Stay-a-way. Gedragsinterventie voor jeugdige delinquenten met risicovol middelengebruik.* Deventer / Rotterdam: Tactus Verslavingszorg / IVO.

Wits, E., & Mheen, D. van de (2010). *Richtlijn vroegsignalering middelenproblematiek jongeren.* Rotterdam: IVO (In het kader van Resultaten Scoren).

Wittenberg, S. (2007). *Behandeling van verslaving en een comorbide angststoornis.* Amsterdam: Jellinek.

Yperen, T. van & Bommel, M. van (2009). *Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies.* Utrecht: NJi/RIVM.

Zacny, J.P. (2010). A possible link between sensation-seeking status and positive subjective effects of oxycodone in healthy volunteers. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior,* 95, 113-120.

Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij middelengebruik?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zoon, M., & Berg-le Clercq, T. (2013). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zwikker, N., Hens, H., Van de Haterd, J., & Uyttenboogaart, A. (2009). *Competentieprofiel jeugdzorgwerker in systeemgericht en pedagogische gerichte context.* Utrecht: NJi.

Bijlage 1

Beoordeling interventies

Onderstaande informatie is afkomstig van de website van het NJi, geraadpleegd op 17 december 2014:
http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies

De Erkenningscommissie Interventies beoordeelt de effectiviteit van interventies op een uniforme manier en kan een erkenning afgeven in een van vier opeenvolgende categorieën:

Niveau 1 - Goed onderbouwd: Een interventie krijgt deze classificatie als deze op z'n minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.

Niveau 2 - Effectief volgens eerste aanwijzingen: Een interventie is effectief volgens eerste aanwijzingen als uit onderzoek met zwakke of indicatieve bewijskracht, zoals bijvoorbeeld veranderingsonderzoek, blijkt dat er voldoende effect optreedt bij uitvoering van de interventie, ook al staat nog niet vast dat dit effect (helemaal) door de interventie wordt veroorzaakt.

Niveau 3 - Effectief volgens goede aanwijzingen: Een interventie is effectief volgens goede aanwijzingen als uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

Niveau 4 - Effectief volgens sterke aanwijzingen: Een interventie is effectief volgens sterke aanwijzingen als uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

Bijlage 2

Het stoplichtmodel

Classificatie middelengebruik volgens het stoplichtmodel

Sinds september 2006 bestaat er een samenwerkingsverband tussen Commujon LSG en Tactus Verslavingszorg. Tactus en Commujon hebben een integraal project opgezet met onderdelen als trainingen voor medewerkers, preventief aanbod voor jeugdigen en ouders en het ontwikkelen van middelenbeleid.
Om identificatie van risicovol gebruikende jeugdigen en jeugdigen met een verhoogde verslavingsgevoeligheid mogelijk te maken, hebben Tactus en Commujon ervoor gekozen een classificatiesysteem te ontwikkelen. Er worden drie kleurcodes omschreven met bijbehorende trajecten (preventie/hulpverlening). Ook wordt een taxatie gemaakt van de risico's in het systeem, waarbij de aanwezigheid van verslavingsproblematiek bij één of meer gezinsleden leidt tot een label rood voor het systeem.

Opbouw van het classificatiesysteem

Dit systeem is een hulpmiddel bij het inzichtelijk maken van de ernst van het middelengebruik. Er zijn geen harde criteria omschreven, er wordt gewerkt met overzicht van gedragskenmerken en signalen.
Wel valt op te merken dat de jeugdigen die het label rood hebben normaliter voldoen aan de DSM-IV-criteria voor middelenmisbruik of –afhankelijkheid. De jeugdigen met het label oranje zijn alle overige jeugdigen die middelen gebruiken of dit recent hebben gedaan. De jeugdigen met het label groen hebben nog geen ervaring met middelen.

Er wordt een risicotaxatie gemaakt van het middelengebruik aan de hand van een checklist. Daarnaast wordt een taxatie gemaakt van het systeem en worden risicofactoren als een verstandelijke beperking, verslaafde ouder of een psychiatrische diagnose meegewogen bij de uiteindelijke labeling. Hierbij maakt de jeugdprofessional onderscheid tussen groen en oranje-rood. De keuze tussen oranje en rood wordt in samenspraak met de verslavingszorg vastgesteld.

Groen Er is (nog) geen sprake van middelenproblematiek.
Oranje De jeugdige krijgt de code oranje wanneer er sprake is van experimenteren met middelen tot en met risicovol gebruik.
Rood De jeugdige krijgt de code rood wanneer er sprake is van afhankelijkheid of verslaving.

De grens tussen oranje en rood is te definiëren in de mate waarin het gebruik de ontwikkeling en het dagelijks leven beïnvloedt. Bij label oranje is de invloed van het middelengebruik er niet of maar beperkt. In die gevallen is een behandeling in de verslavingszorg niet direct geïndiceerd, maar verdient het de voorkeur een preventief aanbod binnen de jeugdhulpinstelling aan te bieden. Bij rood is er sprake van een (verwachte) behandelindicatie voor de verslavingszorg.
Er is voor gekozen om de experimenteerfase al als oranje te labelen. Dit omdat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat jeugdigen die gebruik maken van jeugdhulpinstellingen

vaak snel en zonder al te veel drempels de verschillende fasen doorlopen. Hetzelfde geldt voor jeugdigen met een verstandelijke beperking, die veelal later beginnen met middelen, maar vervolgens sneller doorschieten naar misbruik. Dit maakt dat experimenteergedrag al een risico vormt.

Een middelenbeleid volgens het stoplichtsysteem zorgt ervoor dat middelengebruik een vast onderdeel wordt van de behandeling. Vanaf binnenkomst van de jeugdige vindt labeling plaats en gaat een traject met betrekking tot middelengebruik onderdeel uitmaken van de behandeling. Daarmee kan in veel gevallen worden voorkomen dat jeugdigen in label rood terechtkomen. Ook is het onderwerp daardoor voor jeugdigen en medewerkers heel normaal geworden; het taboe is doorbroken. De interventies worden aangesloten op de behoeften van de aanwezige jeugdigen en medewerkers, waarbij een structurele aandacht voor middelengebruik gewaarborgd is.

Resultaten

Er zijn aanwijzingen dat deze werkwijze resulteerde in:

- afname van middelen gerelateerde incidenten;
- minder (nieuwe) jeugdigen met label rood;
- laagdrempelig aanbod voor jeugdigen en een doorgaande lijn naar behandeling, van preventief aanbod op locatie tot en met toeleiding naar behandeling. Daardoor is de kans op drop-out erg klein.

Voorwaarde voor het slagen van het stoplichtmodel is dat instellingen gebruik maken van elkaars expertise. Wellicht is het stoplichtmodel ook ambulant toepasbaar.

Bijlage 3

Signalen van middelengebruik

Alcohol
Sterke alcoholgeur uit de adem, wijde pupillen, vrolijk en luidruchtig, meer durf en minder verlegen. Black-outs.

Hasj en wiet
Sloom zijn, vergeten wat er net gezegd is. Lacherig (lachkick), zware armen en benen.
Rode ogen met verwijde pupillen. Hongerig (vreetkick). Sterke, typisch geur in de kamer.

XTC
Energiek en praterig zijn. Ontspannen en zorgeloos. De pupillen zijn vergroot. Iemand kan zich dagen na gebruik ineens in de put voelen. Oververmoeid en geïrriteerd zijn

Amfetamine (speed)
Energiek en praterig zijn. Wijd openstaande pupillen (strak staan). Droge mond, smakkende geluiden. Heen en weer bewegen van de kaken.
De dagen na het gebruik: somber, oververmoeid en geïrriteerd.

Cocaïne
Energiek en praterig zijn. Vrolijk en overmoedig. Geïrriteerd, opvliegend. De dagen na gebruik: somber en oververmoeid.

Heroïne
Vernauwde pupillen, bijna gesloten oogleden, dromerig, net alsof de persoon in slaap dommelt, sloom, passief, stil, langzame adem.

GHB
De kenmerken van onder invloed zijn van GHB wijken niet erg af van andere drugs zoals XTC en cocaïne: vrolijk, seksueel opgewonden, veel praten.
De negatieve gevolgen bij te grote dosis zijn specifieker: duizeligheid, zwalken, overgeven, rillingen, stuiptrekkingen, ademhalingsmoeilijkheden.

Uit: *www.vnn.nl/meer-weten-over/drugs/herkennen-van-druggebruik*

Bijlage 4

Gedetailleerde beschrijving preventie- en behandelinterventies

Deze bijlage bestaat uit 3 onderdelen:

Bijlage 4a:
Beschrijving van drie werkzame onderdelen van preventie- en behandelinterventies;

Bijlage 4b:
Beschrijving van interventies gericht op preventie;

Bijlage 4c:
Beschrijving van interventies gericht op behandeling.

Bijlage 4a: Beschrijving van drie werkzame onderdelen van preventie- en behandelinterventies

In dit deel komen achtereenvolgens aan bod:
- motiverende gespreksvoering
- cognitieve gedragstherapie
- contingentie management

Motiverende gespreksvoering

Gebaseerd op Bartelink (2013), Schippers & De Jonge (2002) en Miller & Rollnick (2002).

Achtergrond

Mensen met een alcohol- of drugsprobleem worden nogal eens benaderd met een afwachtende, confronterende of moraliserende houding. Er wordt van uitgegaan dat de cliënt niet gemotiveerd is voor verandering, het problemen ontkent en weerstand heeft tegen behandeling. Motiverende gespreksvoering gaat uit van de stelling dat motivatie geen persoonlijkheidskenmerk is of voorkomt uit de autoriteit van de hulpverlener, maar dat een cliënt zelf een veranderstrategie kiest en volhoudt, en dat deze strategie beïnvloedbaar is. Motivatie wordt binnen de motiverende gespreksvoering gezien als het streven van de mens om zijn gedrag in overeenstemming te laten zijn met zijn uitspraken, zijn gevoelens en zijn houding. Wanneer dit niet in overeenstemming met elkaar is dan spreken we van cognitieve dissonantie. De cliënt kan kiezen om deze zaken met elkaar in balans te brengen door:
- het verschil te ontkennen;
- zijn houding aan te passen;
- zijn gedrag aan te passen.

Effectiviteit

Niet opgenomen in Databank Effectieve Jeugdinterventies. Bartelink (2013) merkt op dat de gevonden meta-analyses en reviews maar weinig informatie bieden over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij kinderen en jongeren, en bij psychische problematiek. Hoewel motiverende gespreksvoering ook in Nederland veelvuldig gebruikt wordt, zijn de effecten hier nog niet onderzocht. Ook is niet bekend hoeveel training hulpverleners nodig hebben om motiverende gespreksvoering effectief en zoals bedoeld te kunnen uitvoeren. Uit buitenlandse studies komt naar voren dat motiverende gespreksvoering helpt om alcohol- en drugsgebruik te verminderen bij uiteenlopende doelgroepen. Zowel bij jongeren als bij volwassenen is dit middel effectief. Ook bij een moeilijk te bereiken doelgroep als dak- en thuisloze jongeren.
De effecten van motiverende gespreksvoering houden langdurig stand. Ook zijn er aanwijzingen dat motiverende gespreksvoering bij eetstoornissen, depressie en angststoornissen positieve effecten heeft.

Motiverende gespreksvoering zorgt ervoor dat de therapietrouw van cliënten toeneemt, waardoor zij actiever deelnemen aan de behandeling en meer vooruit gaan. Vermoedelijk is het bij complexe problematiek, bijvoorbeeld bij cliënten met een verslaving én psychiatrische problemen, wel noodzakelijk om de behandeling te intensiveren. Onderzoek naar een specifieke

motiverende gezinsinterventie, de Family Check Up, laat zien dat in gezinnen met een groot risico op gedragsproblemen bij een kind, motiverende gesprekstechnieken effectief gebruikt kunnen worden om ouders ertoe aan te zetten hulp te zoeken.

Doel

De kern van deze benadering bij uiteenlopende doelgroepen is dat mensen gaan inzien dat zij een probleem hebben en gemotiveerd raken om dit aan te pakken. Met motiverende gespreksvoering versterkt een hulpverlener de intrinsieke motivatie om te veranderen door de ambivalentie van de cliënt te onderzoeken en op te lossen.

Doelgroep

De methode is ontwikkeld in de verslavingszorg, maar wordt inmiddels ook in de jeugdhulp en jeugdbescherming en in justitiële jeugdinrichtingen gebruikt.

Niet bij elke cliënt is motiverende gespreksvoering mogelijk. Contra-indicaties zijn:

- De cliënt maakt zich niet ongerust over de eigen situatie en ziet daardoor geen noodzaak tot veranderen.
- Onvoldoende gevoel van eigenwaarde.
- Onvoldoende sociale vaardigheden om te veranderen.
- Cliënt is niet in staat zijn eigen verantwoordelijkheden te dragen.

Aanpak

Samen met de cliënt verkent de behandelaar wat de problemen zijn en wat daaraan te doen is. Bij motiverende gespreksvoering werkt een hulpverlener aan een relatie die is gebaseerd op samenwerking en eigen verantwoordelijkheid. Gedrag wordt niet veroordeeld, ook al is het zelfdestructief. Niet de doelen van de hulpverlener staan centraal, maar het krijgen van een balans tussen de wensen en gedrag van de cliënt zelf. Constructieve zelfconfrontatie kan gedragsverandering uitlokken doordat het een cliënt duidelijk maakt dat wat hij wil of zegt, niet overeenstemt met wat hij doet.
Een empathische en motiverende houding van hulpverleners zorgt ervoor dat cliënten actiever betrokken zijn bij de behandeling die zij krijgen aangeboden. Het belangrijkste uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat bereidheid tot verandering niet gezien wordt als een vaststaand kenmerk van een cliënt, maar als een variërend resultaat van interpersoonlijke interactie. Dat wil zeggen dat motivatie om te veranderen wordt beschouwd als iets wat de hulpverlener bij een cliënt uitlokt in plaats van oplegt. Door zijn reactie op de hulpverlener laat een cliënt zien waarom hij aarzelt in de aanpak van zijn problemen.
Van de hulpverlener mag verwacht worden dat hij die aarzelingen herkent en richting geeft aan de cliënt om ze te onderzoeken en op te lossen. Het gaat erom dat hulpverlener en cliënt samenwerken, waarbij ieder zijn eigen inbreng heeft.

Voor een verandering in het gedrag van de cliënt is het nodig dat er een discrepantie ontstaat tussen het huidige gedrag van de cliënt en belangrijke doelen of waarden die cliënt heeft.
De cliënt moet ontdekken waarom het belangrijk voor hem is om te veranderen. Daarom is het niet de hulpverlener die argumenten om te veranderen benoemt, maar de cliënt.

De hulpverlener moet weerstand van een cliënt zien als signaal om van strategie te veranderen. Wanneer een cliënt weerstand heeft tegen de aanpak van de hulpverlener, betekent dit dat de hulpverlener niet goed afgestemd is op de cliënt. Daarom wordt weerstand niet zozeer bestreden als wel erkend en onderzocht. Doel hiervan is de cliënt te helpen om zijn kijk op het probleem te wijzigen.

De hulpverlener moet ook in staat zijn om self-efficacy te ondersteunen. Self-efficacy is de overtuiging van een cliënt dat hij beschikt over de capaciteiten die hij nodig heeft voor een gedragsverandering. Als een hulpverlener vertrouwen heeft in de cliënt en zijn capaciteiten en dat duidelijk laat merken, werkt dat als een selffulfilling prophecy: ook de cliënt raakt overtuigd van zijn capaciteiten. Die overtuiging is een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering.

Rollnick & Miller (1995) beschrijven als specifieke, te trainen technieken die kenmerkend zijn voor motiverende gespreksvoering:

- Reflectief luisteren: doelen van het reflecteren zijn het tonen van empathie voor de cliënt, het bevestigen van zijn gedachten en gevoelens en hem te helpen door te gaan met het proces van zelfontdekking. Reflecties hebben betrekking op verschillende niveaus van complexiteit en diepte, variërend van het begrijpen van de inhoud van wat een cliënt zegt tot het onderzoeken van de betekenis van gevoelens.
- Omgaan met weerstand: motiverende gespreksvoering lijkt meer op een dans, waarin de therapeut meebeweegt met de cliënt om de cliënt te helpen weerstand te overwinnen en stappen te zetten in de richting van verandering dan op een worstelwedstrijd waarin de cliënt en de therapeut als tegenstanders tegenover elkaar staan.
- Agenda bepalen en toestemming vragen: door cliënten te vragen wat zij willen bespreken in het gesprek verzekert de hulpverlener zich ervan dat die cliënten actief en bereidwillig deelnemen aan het proces. Dit kan ook inhouden dat de cliënt bepaalt over welk gedrag hij wil praten en welk doel de sessie of de interventie in het algemeen heeft.
- Uitlokken van verandertaal: motiverende gespreksvoering gaat ervan uit dat individuen meer accepteren en eerder handelen wanneer zij iets zelf willen. Hoe meer een individu zijn eigen keuze verdedigt, des te groter zal zijn toewijding daaraan zijn. Daarom proberen hulpverleners uitspraken aan hun cliënten te ontlokken waarin die laten merken hoe gemotiveerd zij zijn om te veranderen, en of zij menen hiertoe in staat te zijn.

Kenmerken van goede uitvoering

Motiverende gespreksvoering vereist een onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt en zijn probleem. Naast het kunnen toepassen van de techniek vergt de methodiek van de hulpverlener ook veel reflectie op de eigen normen en waarden. Men probeert de afhankelijkheid - die de cliënt vaak buiten zichzelf plaatst- om te zetten in een eigen verantwoordelijkheidsgevoel. De cliënt wordt voorgehouden dat er wel degelijk keuzemogelijkheden zijn en dat hij of zij zelf verantwoordelijk is voor de keuzes die gemaakt worden.

Principes van motiverende gespreksvoering:

1. Toon begrip.
2. Wijs op discrepantie.
3. Vermijd discussies.
4. Meegaan met weerstand.
5. Bevorder zelfwerkzaamheid.

Bij motiverende gespreksvoering dient de hulpverlener zich bewust te zijn van de '*Stadia in het veranderingsproces*' (zie paragraaf 4.4.2).

Tabel B.4.1 Samenhang tussen motivatiestadium en technieken van de hulpverlener gebaseerd op Prochaska & DiClemente(1992; overgenomen uit Bartelink, 2013).

	Motivatiestadium				
	Voorbeschouwing (precontemplatie)	Overpeinzing (contemplatie)	Besluitvorming (voorbereiding)	Actie	Onderhoud (consolidatie)
Technieken	'Bewustmakende' interventies (observaties, confrontaties en interpretaties). Handelingen gericht op het laten ervaren en uitdrukken van gevoelens over het probleem en de oplossingen (rollenspel, psychodrama, rouw). Handelingen gericht op het verhelderen van de invloed van het probleem op de omgeving.	Handelingen gericht op het verhelderen van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt (o.a. verhelderen van waarden, denkbeelden, wensen).	Handelingen gericht op het kiezen voor het zich verbinden aan actie, of het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te veranderen (keuzes maken, voornemens formuleren, doelen stellen, commitment verhogende handelingen zoals behandelcontracten aangaan).	Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen). Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen). Handelingen gericht op het substitueren van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken). Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken (waaronder uitdovingstechnieken, eerst-denken-dan-doen-technieken, vermijden van risicovolle situaties).	

Cognitieve gedragstherapie

Gebaseerd op Foolen & Ince (2013).

Effectiviteit

Niet opgenomen in Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Doel

Het doel van cognitieve gedragstherapie is het opsporen en corrigeren van denkfouten, die leiden tot psychische problemen en afwijkend gedrag. Hoewel de inhoud van de therapie wordt aangepast aan de problemen die moeten worden aangepakt, bestaan er gemeenschappelijke veelgebruikte technieken zoals cognitieve herstructurering en psycho-educatie.

Doelgroep

De therapie is geschikt voor jeugdigen, volwassenen en gezinssystemen. Doorgaans wordt de interventie ingezet bij kinderen en jongeren tussen 8 en 18 jaar.
Cognitieve gedragstherapie wordt ingezet bij problematisch middelengebruik en uiteenlopende andere problemen, waaronder:

- Agressiviteit en woede-uitbarstingen
- Angsten en fobieën, en paniekstoornissen
- Depressieve stoornis
- Eetstoornissen
- Gedragsstoornissen
- Opzettelijke zelfbeschadiging

Jongeren moeten gemotiveerd zijn om iets aan de klachten en stoornissen te doen. Deelname aan CGT veronderstelt dat de betreffende jongeren logisch en abstract kunnen denken, rationeel kunnen discussiëren, en dat zij afwegingen kunnen maken tussen verschillende gedachten die leiden tot de meest rationele keuze. Een andere basisvoorwaarde is dat de jongeren in staat moeten zijn hun gedachten onder woorden te brengen en daarop te reflecteren. De therapie is minder geschikt voor jongeren met beperkte verstandelijke vermogens en een beperkte taalbeheersing.

Aanpak

De duur van een CGT-programma kan variëren van drie maanden tot ongeveer één jaar. Ieder traject van cognitieve therapie is te beschouwen als een training waarin de therapeut de cliënt helpt anders te leren aankijken tegen gebeurtenissen en ervaringen die de cliënt als moeilijk en belastend ervaart. Tijdens de training wordt er veel activiteit en zelfwerkzaamheid van de cliënt verwacht. Cognitieve gedragstherapie bestaat meestal uit 15 tot 18 sessies. Als de klachten na acht tot tien sessies nog niet zijn afgenomen, moeten andere therapievormen worden overwogen. Aanvankelijk zullen de sessies vaak met een frequentie van eens per week worden gehouden. In het laatste stadium zullen de sessies vaak eens per maand plaatsvinden.

Bij CTG worden verschillende technieken gebruikt.
Cognitieve herstructurering
Het opsporen en uitdagen van disfunctionele gedachten om vervolgens op zoek te gaan naar 'betere' of 'helpende gedachten'. Het idee is dat gedragsverandering pas zal optreden wanneer veranderingen worden aangebracht in de manier waarop een persoon betekenis verleent aan of afleidt uit de wereld om zich heen (Braet & Scholing, 1999). Dit impliceert dat 'cognities moeten worden geherstructureerd'.

Exposure
Exposure is het onder begeleiding blootstellen van de cliënt aan een situatie die negatieve emoties opwekt. Meestal gaat het daarbij om extreme angst of walging, een aanzet tot problematisch gedrag, waaronder drinken of druggebruik. Het doel van exposure is om de intensiteit van deze negatieve gevoelens te verminderen, dan wel om het problematische gedrag af te leren.

Zelfinstructietraining en hardop-denken methode
Zelfinstructietraining is bedoeld om cliënten te helpen hun gedrag beter te sturen via zelfinstructies. Deze zelfinstructies worden geleerd via de zogeheten hardop-denken methode.

Probleemoplossend denken
Het probleemoplossend denken wordt, in combinatie met zelfinstructietraining en de hardop-denken methode, beschouwd als een basisinterventie in de cognitieve gedragstherapie voor kinderen. De therapeuten leren kinderen een denkstrategie aan die bestaat uit vier stappen, te weten:

- Stap 1: Wat is mijn probleem? Hierin moet de jeugdige het probleem goed omschrijven en verwoorden.
- Stap 2: Hoe los ik het op? In deze stap leert de jeugdige eerst alternatieve oplossingen te bedenken en af te wegen. Vervolgens maakt hij een keuze uit de verschillende mogelijke oplossingen, waarbij de persoon in kwestie rekening houdt met de consequenties van zijn keuze.
- Stap 3: Volg ik nog mijn plan? Hierin leert de jeugdige in de gaten te houden dat hij zich niet door de omstandigheden laat verwarren.
- Stap 4: Hoe heb ik het gedaan? Bij deze evaluatie vraagt de jeugdige zich onder meer af of de keuze werkte of niet, of het al dan niet een eerlijke keuze was, of de keuze veilig was of niet en of de keuze aangename gevoelens opriep of niet.

Zelfcontrole
Interventies kunnen gemakkelijk falen wanneer een kind of een cliënt in het algemeen niet over de nodige zelfsturingvaardigheden of over zelfcontrole beschikt. Bij zelfcontrole gaat het om stappen die elkaar opvolgen: zelfobservatie, doelbepaling, zelfevaluatie en zelfbeloning.

Psycho-educatie
De jongere en eventueel de ouders krijgen informatie, steun en advies. Het gaat om het vergroten van de kennis over het probleem en over de manieren waarop de cliënt hier het beste mee kan omgaan.

Nazorg
Gedurende de nazorgcontacten (nadat de behandeling is afgesloten) kan de jongere met de therapeut moeilijke situaties doorspreken en de geleerde vaardigheden versterken.

Contingentie management
Gebaseerd op Van Rooijen (2010) en Blaauw & Roozen (2012).

Effectiviteit
Niet opgenomen in Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Doelgroep
Contingency Management is geschikt voor verschillende doelgroepen waaronder jongeren met problematisch middelengebruik.

Doel

Contingency Management wordt ingezet om gewenst gedrag, bijvoorbeeld reductie middelen gebruik, te realiseren.

Begripsomschrijving

Contingency Management gaat ervan uit dat (verslavings)gedrag is aangeleerd door bekrachtiging en stimulansen vanuit de omgeving. Vanuit dit idee kan verslavingsgedrag worden aangepakt door het aanleren van positief gedrag en het afleren van negatief gedrag. In samenwerking met de cliënt wordt een behandeldoel opgesteld. Het behalen van een behandeldoel wordt beloond, bijvoorbeeld door het verstrekken van vouchers (tegoedbonnen).

Kenmerken van een goede uitvoering

CM-interventies bevatten vrijwel altijd één of meer van de volgende elementen om het aanleren van positief gedrag en het afleren van negatief gedrag te bevorderen:

- Positieve bekrachtiging: verschaffen van een gewenste beloning (bijv. tegoedbonnen die kunnen worden ingewisseld voor artikelen) volgend op het behalen van een gesteld behandeldoel.
- Negatieve bekrachtiging: het weghalen van vervelende elementen of van restricties in vrijheid, volgend op het behalen van een gesteld behandeldoel.
- Positieve bestraffing: straffen als gevolg van onwenselijk gedrag.
- Negatieve bestraffing: het weghalen van een positief element als gevolg van onwenselijk gedrag.

Bekrachtiging verdient overigens altijd de voorkeur boven bestraffing. Het is essentieel dat het behandeldoel heel duidelijk wordt opgesteld. Er mag geen discussie ontstaan over het wel of niet behalen van doelen.

Achtergrond

Contingency Management (CM) heeft als uitgangpunt dat gedrag kan worden aangeleerd door middel van bekrachtiging met omgevingsstimuli. Gedrag is een resultaat van de gevolgen die dat gedrag eerder heeft gehad. De veranderbaarheid van (aangeleerd) gedrag is het sleutelelement in deze benadering. Bekrachtiging is overigens niet de enige factor die een rol speelt in de ontwikkeling en bestendiging van verslavingsgedrag. Kwetsbaarheid voor middelenafhankelijkheid is een complex geheel van biologische, omgevings- en gedragsfactoren.

Meer informatie

Higgins, S.T., K. Silverman, S.H. Heil (red.) (2007). Contingency Management in Substance Abuse Treatment. New York/London: Guilford Press.

Higgins, S.T., K. Silverman (red.) (1999). Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions Washington DC: American Psychological Association (APA).

Petry, N.M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. Drug and Alcohol Dependence, 58 (1-2), 9-25.

Stitzer M. L., & R. Vandrey (2008). Contingency management: utility in the treatment of drug abuse disorders. Clinical Parmacology and Therapeutics, 83(4), 644-647.

Bijlage 4b: Beschrijving van interventies gericht op preventie

In dit deel worden de interventies in onderstaande tabel gedetailleerd beschreven.

Open en Alert
Selectieve Preventie (SP)

Leefstijl (O)[14](SP)

De Cannabisshow (SP)

Bekijk 't nuchter Voorlichting over alcohol en drugs(SP)

Brochures Zonder Flauwekul (SP)

Spel TRIP, een reis door de wereld van drank en drugs(SP)

KopOpOuders Online (SP)

KOPP-preventie-projecten (SP)

Wiet-Check
Geïndiceerde Preventie (GP)

Moti-4 (GP)

14 Onder Leefstijltraining valt een range aan interventies die qua intensiteit en impact sterk kunnen verschillen. Zo zijn er trainingen die op school gegeven worden, hier Leefstijl Onderwijs (O) genoemd. Maar ook trainingen die alleen gegeven worden door professionals die expliciet geschoold zijn in cognitief gedragstherapeutische technieken, hier Leefstijl VZ genoemd.

Open en Alert (SP)

Instellingen voor verslavingszorg en risicosettings werken met Open en Alert samen aan gezamenlijke uitvoering van interventies, kennisuitwisseling en de ontwikkeling van alcohol- en drugsbeleid. Het berust verder op deskundigheidsbevordering voor professionals die met risicojongeren werken. Ten slotte is er aandacht voor consultatie en efficiënte doorverwijzing van jongeren naar verslavingszorg.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Goed onderbouwd.

Doel

Het doel van Open en Alert is een open en alerte houding te realiseren bij professionals in risicosettings tegenover alcohol en drugs en de (jonge) mensen die dit gebruiken. Het uiteindelijke doel van Open en Alert is problematisch alcohol- en drugsgebruik te voorkomen of te verminderen bij jongeren en jongvolwassenen in risicosettings.

Doelgroep

De doelgroepen zijn het management en medewerkers van een risicosetting, zoals de residentiële jeugdhulp, jeugdbescherming, justitiële jeugdinrichting, jongerencentrum of LVB-(zorg)instelling (VG-instelling, MEE, sociale werkvoorziening).

Aanpak

Open en Alert is een gecombineerde beleids- en deskundigheidsbevorderingsinterventie: beleidsontwikkeling, scholing en samenwerking staan centraal. Voor het hele programma wordt doorgaans een jaar uitgetrokken. De scholing bestaat uit twee modules (basis- en vaardigheidscursus) van in totaal vijf bijeenkomsten van elk 3,5 uur. De preventiewerker van de verslavingspreventie ondersteunt het programma en verzorgt de scholing.

Materiaal

De verschillende versies van Open en Alert bestaan uit handboeken en informatie voor cursisten.

Onderzoek effectiviteit

Procesevaluaties in de justitiële jeugdhulp (Van der Veen & Van Leeuwen, 2009) en de LVB-zorg (Hilderink & Bransen, 2010) laten positieve resultaten zien.

Leefstijl Onderwijs

Leefstijl is een onderwijsprogramma voor het (speciaal) basisonderwijs, alle typen van voortgezet onderwijs en opvoedkundige organisaties buiten de school(m)uren. Het programma wil opbouwend gedrag en positieve sociale betrokkenheid stimuleren door het oefenen van sociaal-emotionele vaardigheden. Deze vaardigheden worden overgedragen door lesmateriaal, oefeningen en trainingen voor docenten en opvoeders.

Oordeel Panel Jeugdgezondheidszorg en Preventie

Goed onderbouwd.

Doel

Doel van Leefstijl is om opbouwend sociaal gedrag en positieve betrokkenheid van kinderen en jongeren thuis, op school, bij vrienden en in de gemeenschap te stimuleren. Leefstijl voor het basisonderwijs moedigt ook een gezonde leefstijl aan.

Doelgroep

Het onderwijsprogramma is voor leerlingen van 4 tot en met 18 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs (groep 1 t/m 8), in het voortgezet onderwijs in de onder- en bovenbouw van alle typen voortgezet onderwijs en opvoedkundige organisaties zoals kinderopvang, jeugdwerk en sportclubs. Leerkrachten in het basisonderwijs en mentoren of docenten in het voortgezet onderwijs voeren het programma uit. Buiten de school(m)uren verzorgen de desbetreffende begeleiders het programma.

Aanpak

Leefstijl wil opbouwend gedrag en positieve betrokkenheid stimuleren door het oefenen van sociale vaardigheden bij kinderen en jongeren. Het programma kent verschillende edities: één voor het basisonderwijs, één voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs, één voor de bovenbouw van het voortgezet onderwijs en één voor buitenschoolse activiteiten. Aanvullend is er een lessenserie over preventie van geweld en één over leerlingbemiddeling. Leefstijl bestaat uit uitgewerkte lessenseries, ouderworkshops en trainingen voor leerkrachten, docenten en begeleiders.

Materiaal

Er zijn diverse materialen beschikbaar waaronder docentenhandleidingen voor het basisonderwijs en voor het voortgezet onderwijs, werkboeken voor leerlingen, brochures, een leerlingvolgsysteem voor 4- tot en met 18-jarigen en een activiteitenboek voor buitenschoolse activiteiten.

Onderzoek effectiviteit

In de Verenigde Staten zijn diverse studies verricht naar de effecten van Skills for Adolescence, waarvan Leefstijl voor het voortgezet onderwijs een bewerking is. Er zijn positieve effecten gevonden op kennis, attitudes en gedrag van leerlingen ten aanzien van middelengebruik. Ook zijn er op schoolresultaten van de leerlingen positieve effecten gevonden.

Onderzoek naar de effecten van Leefstijl voor het basis- en voortgezet onderwijs wordt momenteel door het SCO-Kohnstamm instituut uitgevoerd. De resultaten zijn naar verwachting in 2008 bekend.

Onderzoek naar de implementatie van Leefstijl door het SCO-Kohnstamm instituut is inmiddels met positieve resultaten afgerond en zal betrokken worden bij de reguliere herbeoordeling van Leefstijl.

De Cannabisshow (SP)

De Cannabisshow is een eenmalige interventie gericht op het verminderen van riskant blowgedrag en het beperken van de schadelijke effecten van cannabisgebruik onder Amsterdamse jongeren (12-25 jaar) in het speciaal onderwijs. In een interactieve show van één à anderhalf uur die gepresenteerd wordt door peereducators leren jongeren over determinanten van gedrag in relatie tot cannabisgebruik.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Goed onderbouwd.

Doel

Het hoofddoel van de interventie is het verminderen van riskant blowgedrag en het beperken van de schadelijke effecten van cannabisgebruik onder Amsterdamse jongeren in het speciaal onderwijs.

Doelgroep

De einddoelgroep bestaat uit Amsterdamse jongeren in het speciaal onderwijs tussen de 12 en 25 jaar. Deze jongeren hebben een multiculturele achtergrond en een verhoogd risico op problematisch cannabisgebruik. Wat betreft het risicogedrag richt de interventie zich op jongeren die nog niet blowen, maar wel een verhoogd risico hebben om te beginnen met blowen en op jongeren die recreatief of riskant blowgedrag vertonen. Jongeren die tegen riskant blowgedrag aan zitten of dat gedrag al vertonen, vormen de belangrijkste doelgroep waar ook de meeste aandacht op gevestigd is.

Aanpak

De Cannabisshow is een eenmalige interventie die samen met het jongerenwerk ontwikkeld is binnen het peer educatieprogramma Cannabis Intelligence Amsterdam (CIA). CIA is een programma waarin voorlichting over cannabis gegeven wordt aan de einddoelgroep door peers. Peers die voorlichting geven worden peer educators genoemd. De Cannabisshow is één van de werkvormen van CIA, maar is overdraagbaar als een losstaande interventie.
De peer educators van CIA hebben de Cannabisshow zelf ontwikkeld. Zij werden daarbij ondersteund door onderzoekers die zorg droegen voor de theoretische onderbouwing.
De Cannabisshow is een interactieve show die wordt opgevoerd in instellingen voor speciaal onderwijs in Amsterdam. De show duurt één à anderhalf uur. Informatie en

entertainment wisselen elkaar af. Peer educators presenteren de show en laten het publiek met elkaar in discussie gaan over verschillende thema's, die gelieerd zijn aan belangrijke gedragsdeterminanten,. Daarnaast verstrekken zij feitelijke informatie over cannabisgebruik. In de interventie komen alle belangrijke determinanten van gedrag volgens de 'theory of planned behavior' (Ajzen, 1991) of de recente update in Fishbein & Ajzen (2010) aan bod.

Materiaal

Er zijn een handleiding, twee onderzoeksrapportages en een dvd met opnames van de interventie beschikbaar. Op dit moment wordt gewerkt aan een trainingsprotocol, dat eind 2011 beschikbaar zal zijn. Daarnaast is er promotiemateriaal te verkrijgen (cd, gadgets en een flyer).

Onderzoek effectiviteit

In 2009 is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de Cannabisshow. Uit prominente gedragsmodellen zijn gedragsdeterminanten van (blow)gedrag afgeleid. Deze zijn geoperationaliseerd in een vragenlijst die geconstrueerd is aan de hand van focusgroepen. Het onderzoek is uitgevoerd in het speciaal onderwijs, waar ongeveer de helft van de jongeren blowt.

Er werd een voor- en nameting verricht aan de hand van de geconstrueerde vragenlijst, waarbij de interventiegroep (n=65) vergeleken werd met een controlegroep (n=69). In de interventiegroep werden een week na de interventie significante grote en middelgrote effecten in de gewenste richting gevonden op diverse gedragsdeterminanten en op gebruik. Daarnaast bleek dat de respondenten de interventie zeer positief evalueerden. Na acht tot twaalf maanden is een follow up meting verricht, een aantal gevonden effecten was nog steeds zichtbaar. Naast dit kwantitatieve onderzoek zijn ook twaalf jongeren die de Cannabisshow gezien hadden geïnterviewd. De uitkomsten van de interviews tonen het belang van doelgroepparticipatie aan en staven de in het kwantitatieve onderzoek gevonden resultaten.

Bekijk ’t nuchter (SP)

Bekijk 't nuchter bestaat uit meerdere onderdelen: voorlichtingsbijeenkomsten voor (jonge) mensen met LVB, een motivatietraining voor degenen die alcohol en/of drugs gebruiken en een website met gemakkelijk leesbare informatie over alcohol en blowen.

Voorlichting

In de handleiding staan dertien modules beschreven waarmee voorlichting kan worden gegeven over alcohol, cannabis en harddrugs. De handleiding zit in de ‘Kikbox’, een toolbox met een verzameling aan (audio)visueel materiaal.

Motivatietraining

Deze training bestaat uit vijf (groeps)bijeenkomsten om riskant middelengebruik te doorbreken en een ingang te creëren voor het accepteren van verdere ondersteuning. Naast een handleiding is er een kaartenset beschikbaar voor het bespreken van voor- en nadelen en gewoontes rondom alcohol- en drugsgebruik.

Website

De website *www.bekijkhetnuchter.nl* geeft op een eenvoudige manier informatie over wat alcohol en blowen met je doen. Ook staat er een test op de site, die inzicht geeft in de manier waarop je omgaat met alcohol en blowen.

Brochures Zonder Flauwekul

Er zijn vier verschillende brochures die ontwikkeld zijn in samenwerking met mensen met LVB. Voor jongeren en volwassenen met LVB zijn er drie brochures: 1- over alcohol, 2- over hasj en wiet en 3- over XTC, cocaïne en speed. Voor ouders (vaak ook met een verstandelijke beperking) is er een aparte brochure: Uw kind, alcohol en drugs. Deze folder is voor jongeren tussen 17 en 23 jaar. De folder is zeer toegankelijk geschreven en daardoor ook geschikt voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

Doel

Het doel van de alcoholbrochure is het gebruik van alcohol voorkomen. Voor jongeren die toch willen gebruiken, geeft de folder informatie over hoe je verantwoord kunt omgaan met alcohol. In de folder wordt nadrukkelijk ingegaan op de risico’s en de werking van alcohol.
Het doel van de hasj en wietbrochure is preventie, het voorkomen van gebruik van hasj en wiet, en het verantwoord omgaan met gebruik mocht je toch willen gebruiken. In de folder wordt nadrukkelijk ingegaan op de risico’s en de werking van hasj en wiet.
Het doel van de XTC, cocaïne en speedbrochure is preventie, het voorkomen van gebruik van XTC, cocaïne en speed, en het verantwoord omgaan met gebruik mocht je toch willen gebruiken. In de brochure wordt nadrukkelijk ingegaan op de risico’s en de werking van XTC, cocaïne en speed. Ook wordt ingegaan op de invloed van anderen op het gebruik en hoe daar mee om te gaan.
Het doel van de Uw kind, alcohol en drugsbrochure is ouders en andere opvoeders informeren over alcohol en drugs en de risico’s daarvan. Daarnaast worden er opvoedkundige adviezen gegeven over hoe ouders aandacht kunnen geven aan middelengebruik en hoe ze grenzen kunnen stellen.

Het spel TRIP, een reis door de wereld van drank en drugs

Brijder Verslavingszorg en het Trimbos-instituut hebben een bordspel[15] gemaakt waarmee jongeren met een lichte verstandelijke beperking spelenderwijs worden voorgelicht over alcohol en drugs.

Doel Spelenderwijs voorlichten

Het is belangrijk om jongeren met een licht verstandelijk beperking te informeren over de effecten en risico's van roken, alcohol en drugs. Daarbij is het belangrijk dat gekozen wordt voor een praktische, interactieve en laagdrempelige aanpak die aansluit bij hun niveau en belevingswereld. Een spel is daarom een ideale werkvorm! TRIP is een methode om spelenderwijs, op een laagdrempelige manier met jongeren met een lichte verstandelijke beperking een gesprek te voeren over alcohol en drugs.

Doelgroep

Jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

Het spel

TRIP is een bordspel met pionnen, dobbelstenen en vragenkaartjes. De vragen zijn onderverdeeld in vier categorieën: kennis (Wat weet jij?), vaardigheden (Wat zou je doen?), mening (Wat vind jij?') en stellingen (Waar of niet waar?). Het bord is een kleurrijke, slingerende 'slang' met een afmeting van ongeveer 100 bij 90 centimeter. Het spel kan gespeeld worden met drie tot zeven spelers. Het spel kan ingezet worden tijdens een voorlichtingsbijeenkomst over alcohol en drugs op school of op de leefgroep. Daarbij is een goede spelleider, zoals een preventiewerker van de verslavingszorg, onmisbaar.

15 Ontwikkeld door Jantine van der Plas van Brijder Verslavingszorg de LVB-versie van het spel 'Meienzorg' en daarna bewerkt door het Trimbos-instituut.

KopOpOuders Online

KopOpOuders is een online cursus voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen en met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De cursus is gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van de ouders. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur in een gesloten chatbox. Zes weken na de afronding volgt een terugkombijeenkomst.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Goed onderbouwd.

Doel

De doelstelling van de online oudercursus KopOpOuders is de bevordering van het psychosociaal welbevinden van kopp/kvo-kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek.

Doelgroep

De doelgroep van de online interventie KopOpOuders zijn ouders met psychische en/of verslavingsproblemen en met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De einddoelgroep van KopOpOuders Online zijn de kopp/kvo-kinderen. Door de opvoedsituatie binnen kopp/kvo-gezinnen te verbeteren wordt de kans op de ontwikkeling van psychopathologie bij deze kinderen verkleind.

Aanpak

De cursus wordt aangeboden binnen een website met een stepped care karakter waarin ouders zelf bepalen in welke mate ze ondersteuning ontvangen. De website *Kopopouders.nl* heeft vijf functies:

1. Informatievoorziening.
2. Lotgenotencontact via forum.
3. E-mail service.
4. Online cursus.
5. Drempelverlaging tot hulpverlening.

De cursus bestaat uit acht bijeenkomsten in een gesloten en beveiligde chatbox waarvoor ouders vanuit hun eigen computer inloggen met hun gebruikersnaam. Voorafgaand aan iedere bijeenkomst maken ze een huiswerkopdracht over het onderwerp waar de volgende sessie over wordt gechat. Ouders leren over de effecten van eigen problematiek op hun opvoedgedrag en hun kinderen. Ze krijgen opvoedvaardigheden aangereikt en maken hun eigen stappenplan voor moeilijke momenten.

KopOpOuders is gebaseerd op vijf pijlers:

1. Versterken van een goede ouder-kindinteractie.
2. Ondersteunen van de gezonde ouder.
3. Versterken van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon
4. Versterken van de coping en sociale redzaamheid van het kind.

5. Een heldere kijk van het kind op zichzelf en de ouderlijke problematiek. (Bool, Van der Zanden, R., & Smit, 2007; Van Doesum, Frazer, & Dhondt, 1995)

Materiaal

- Website: *www.kopopouders.nl*
- Materialen voor de online cursus:
  - handleiding voor begeleiders online cursus (papieren versie & digitale versie, opgeslagen in gesloten chatbox cursusruimte van website)
  - beheerdershandleiding KopOpOuders online cursus
  - beheerdershandleiding voor begeleiders KopOpOuders e-mailservice
  - chatrichtlijn voor KopOpOuders
  - richtlijnen Suïcidedreiging en Vermoedens van Kindermishandeling bij preventief online aanbod (in ontwikkeling)
  - webspots met biografie van verslaafde vader en depressieve moeder
- Materialen voor werving van ouders:
  - Poster; Visitekaartje; Folder.
- Materialen voor de website:
  - KopOpOuders mailservice.
  - Protocol/handleiding voor inhoudelijke afhandeling mails.
  - Protocol/handleiding voor beheerder van site.

Onderzoek effectiviteit

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat ouders de online cursus waarderen met een rapportcijfer 7,8. Daarnaast is er na afronding van de cursus een significante afname van permissief of overreagerend opvoedgedrag. De gemiddelde scores verschoven van klinisch naar niet-klinisch gebied. Ouders voelden zich significant meer competente opvoeders. Alle effecten waren groot tot middelgroot.

Er is een significante afname van hyperactiviteit en totale problemen, gemeten met de SDQ. De effectgroottes waren klein. Er is geen verandering in door ouders gerapporteerde emotionele problemen bij het kind. De behaalde effectgroottes van de verschillende vragenlijsten zijn vergelijkbaar met in een meta-analyse berekende effectgroottes over het opvoed ondersteuningsprogramma Triple P (De Graaf, Speetjens, De Wolff, & Smit, 2008a,b). Het gegeven dat de opvoedproblemen van twee derde van de ouders in het klinische gebied zaten, maar de problemen van twee derde van de kinderen in het niet- klinische gebied, suggereert dat KopOpOuders online de doelgroep in een vroegtijdig stadium bereikt.

KOPP-preventieprojecten
Kopp op / KOPPgroepen / doepraatgroep in vele lokale varianten

Korte omschrijving

De KOPP-preventieprojecten bestaan uit gespreksgroepen voor kinderen van 8-12 jaar (Doe-praatgroep) en voor pubers van 13-15 jaar (Pubergroep), waarvan een of beide ouders een psychiatrische of verslavingsprobleem hebben. Doel van de gesprekken is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij kinderen die kunnen ontstaan als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien.

Doelgroep, inclusief specifieke indicaties en contra-indicaties

De KOPP-preventieprojecten zijn bedoeld voor kinderen en jongeren in de leeftijd van 8-15 jaar, die een vader en/of moeder hebben met psychiatrische of verslavingsproblematiek, dat wil zeggen een ouder bij wie door een deskundige een psychiatrisch ziektebeeld of verslaving is geconstateerd. De Doe-praatgroep is voor kinderen van 8-12 jaar, de Pubergroep voor kinderen van 13-15 jaar.

Doel

Hoofddoelstelling van de KOPP-preventieprojecten is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij kinderen die kunnen ontstaan als gevolg van psychiatrische of verslavingsproblemen van een of beide ouders.

Wetenschappelijke evaluatie

Samenvatting directe aanwijzingen effectiviteit
Wordt momenteel in Nederland onderzocht, niet internationaal.

Niveau van bewijs

Oordeel Niveau van bewijs: volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau D.
Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie jeugdjulp en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 02/03/2006 geeft als oordeel: Niet erkend
De KOPP-preventieprojecten zijn vooralsnog niet erkend door de Erkenningscommissie Jeugdinterventies. Volgens de commissie zijn de programmadoelen en de uitwerking ervan in de methodiek nog onvoldoende expliciet. Daarnaast dient de theoretische onderbouwing van de methodiek verder uitgewerkt te worden. Vanaf 2009 wordt er gewerkt aan de verdere ontwikkeling. Dit gebeurt onder de naam KOPP-Ondersteuningsgroepen.

Eigenaar/voorwaarden voor toepassing (eventuele licenties, certificering uitvoerders)

Ontwikkeld door
Landelijke Steunfunctie Preventie
Postbus 725
3500 AS Utrecht
(030) 297 11 45
www.LSP-preventie.nl
rzanden@trimbos.nl

Wiet-Check

Wiet-Check wil problematisch cannabisgebruik voorkomen of verminderen bij jongeren van 14-21 jaar die reeds cannabis gebruiken. In twee één-op-één sessies van anderhalf uur wordt informatie verzameld over het gebruik van de jongere en wordt de balans opgemaakt van de invloed hiervan op het dagelijks leven en de toekomst. Daarbij wordt gebruik gemaakt van motivationele gespreksvoering.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Goed onderbouwd.

Doel

Voorkomen of verminderen van problematisch cannabisgebruik onder jongeren (14-21 jaar) die reeds cannabis gebruiken. Dit kan zowel hasj als wiet zijn.
Subdoelen:

- Bewustwording vergroten van de (problematische) rol die het eigen cannabisgebruik heeft in het leven van de jongere.
- Motivatie en zelfwerkzaamheid van de jongere vergroten om in actie te komen in geval van (zelf ervaren) problematisch cannabisgebruik (bijv. zelfhulp of verwijzing naar verslavingshulpverlening).
- Voorkomen of verminderen van (symptomen van) cannabisafhankelijkheid.

Doelgroep

Jongeren van 14-21 jaar van wie een vermoeden is dat zij problematisch cannabis gebruiken, maar die zelf (nog) geen hulpvraag hebben geuit.

Aanpak

Het hoofdonderdeel van de Wiet-Check bestaat uit twee één-op-één sessies van elk anderhalf uur. De Wiet-Check wordt momenteel uitgevoerd door preventiewerkers van de verslavingszorg en kan zowel in de verslavingszorginstelling als op locatie (bijv. school, buurthuis, jongerencentrum) uitgevoerd worden.

De twee sessies voor jongeren zijn 1) een assessmentsessie en 2) een feedbacksessie. De sessies vinden ongeveer een week na elkaar plaats. Tijdens de assessmentsessie wordt informatie verzameld over het middelengebruik van de jongere en de rol die cannabisgebruik in het leven van de jongere speelt. Deze informatie wordt na afloop van het gesprek door de preventiewerker verwerkt in een voorgestructureerd persoonlijk feedback rapport (PFR).
In de feedbacksessie wordt het PFR met de jongere doorgenomen, waarbij de preventiewerker gebruik maakt van motivationele gespreksvoering. De balans wordt opgemaakt over de invloed van het persoonlijke cannabis gebruikspatroon van de jongere op onder andere zijn/haar dagelijkse leven en over de zelfgenoemde impact van het persoonlijke cannabis gebruikspatroon op zelfgenoemde toekomstdoelen. Het cannabisgebruik van de deelnemer wordt hierbij niet als problematisch bestempeld. Er wordt gezorgd voor een niet-veroordelende sfeer, waarin vragen kunnen worden gesteld en de deelnemer wordt gezien als deskundige van zijn eigen leven.

Als de jongere daar open voor staat, worden aan het einde verandermogelijkheden besproken (waaronder zelfhulp of doorverwijzing naar behandeling bij de verslavingszorg), en krijgt de jongere daar informatie en advies over. Er wordt niet openlijk geprobeerd de deelnemer zijn gebruik te laten veranderen, tenzij hij daar zelf om vraagt.

Materiaal

Momenteel vindt effectonderzoek plaats naar de Wiet-Check in Nederland. De materialen van de Wiet-Check zijn tijdens de onderzoeksperiode (2011-eind 2012) alleen beschikbaar voor de verslavingszorginstellingen die meewerken aan het onderzoek naar de Wiet-Check. Na afronding van het effectonderzoek zal de handleiding herschreven worden voor gebruik buiten de onderzoekssetting. Bij voldoende interesse zal er tevens een training worden aangeboden. Zodra de materialen te bestellen zijn, zal dit kenbaar worden gemaakt op *www.trimbos.nl* en via de Trimbos nieuwsbrief Mentaal Alert (u kunt zich hiervoor aanmelden via *www.trimbos.nl/nieuws/nieuwsbrieven*).

Materialen in ontwikkeling

Handleiding voor uitvoerders

- Linden, D. van der, Gee, A. de, & Bransen, E. (2010). Handleiding Wiet-Check. Korte interventie voor jonge cannabisgebruikers. Utrecht: Trimbos-instituut.

Foldermaterialen

- Ouderbrochure Wiet-Check 'Praten met uw kind over hasj en wiet'.
- Minifolder Wiet-Check voor jongeren.
- Folder Wiet-Check voor doorverwijzers en andere zorgprofessional.

Onderzoek effectiviteit

De Wiet-Check is oorspronkelijk afkomstig uit Australië en is daar onderzocht in een haalbaarheidsstudie en een gerandomiseerd effectonderzoek. Uit beide onderzoeken bleek een significante reductie van cannabisgebruik in de experimentele conditie (ten opzichte van een controleconditie). In januari 2011 is een onderzoek gestart naar de effectiviteit van de Wiet-Check in Nederland.

Moti-4

Moti-4 richt zich op jongeren van 14-24 jaar die beginnend problematisch bezig zijn met middelengebruik, gokken of gamen of al verslaafd zijn. In vier individuele gesprekken van één uur met een medewerker van de verslavingspreventie wordt getracht het problematische gedrag terug te dringen.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Goed onderbouwd.

Doel

Het hoofddoel van de interventie is het terugdringen van zich ontwikkelend (beginnend) problematisch middelengebruik, gokgedrag of gamegedrag. Daarvoor zijn van belang:

- daalt het gebruik gemeten in aantal euro's uitgegeven per week?
- schuift de jongere op in 'motivatiefase' in het model van Prochaska en DiClemente (1992)?

Doelgroep

De interventie is bedoeld voor alle jongeren (14-24 jaar) die beginnend problematisch bezig zijn met middelengebruik, gokken of gamen. Ook die jongeren die al verslaafd zijn komen in aanmerking. Daarbij zijn deze jongeren (nog) niet gemotiveerd voor hulpverlening of is hun problematiek te licht voor hulpverlening (bij beginnend problematisch gedrag).

Aanpak

De interventie bestaat uit vier individuele bijeenkomsten van één uur gedurende een periode van één maand, uitgevoerd door een medewerker van de verslavingspreventie. Gesprek 1 is gericht op vertrouwen en inventarisatie, gesprek 2 op kennis en inzicht, gesprek 3 op het versterken van de jongere, en gesprek 4 op versterken en afronden. Wanneer verwijzen noodzakelijk is, kan het traject ingekort worden. De effectief gebleken elementen in de gesprekken blijken op dezelfde manier toepasbaar op iedereen, ongeacht of het om drugs/ alcohol, gokken of gamen gaat.

Materiaal

Er is een Moti-4 draaiboek beschikbaar. Daarnaast is er materiaal voor de training van interne en externe preventiemedewerkers, bestaande uit een powerpointpresentatie en alle 'tools' uit het draaiboek in een kopieermap.

Onderzoek effectiviteit

Belangrijke conclusies van het responsief onderzoek (Adriana, 2009) naar verwachtingen van de implementatie van een preventief gesprekkenprogramma zijn: de respondenten vinden het belangrijk dat Mondriaan (ggz-instelling waar dit onderzoek werd uitgevoerd) een gestandaardiseerd preventief gesprekkenprogramma ontwikkeld. De preventiemedewerkers die ermee gaan werken moeten deskundig zijn. Er dient een inventarisatielijst zijn om de situatie van de jongere in kaart te brengen. De jongeren dienen inzicht te krijgen in het feit dat hun gebruik, misbruik en gedrag met elkaar samenhangen.
In het explorerend evaluatieonderzoek (Van den Bosch, 2010) is onderzocht welke essentiële

componenten aanwezig dienen te zijn bij een effectief preventief gesprekken traject. Er wordt geconcludeerd dat de volgende aspecten in een korte interventie aanwezig dienen te zijn: empathisch zijn, het bespreken van voor- en nadelen van middelengebruik, discussies vermijden, self-efficacy ondersteunen, feedback en advies geven, motiverende gesprekstechnieken, inventarisatie van het probleem, creëren van een vertrouwensband met de jongeren, kennis overdragen, bespreken van risico's en alternatieven en motiveren tot gedragsverandering. Moti-4 moet geïmplementeerd en verbeterd worden door middel van een gestandaardiseerd protocol, intervisiebijeenkomsten, PR, goede scholing van de preventiewerkers die de gesprekken gaan voeren en effectonderzoek.

Bijlage 4c: Beschrijving van interventies gericht op behandeling

In dit deel worden de interventies zoals weergegeven in onderstaande tabel beschreven:

Leefstijltraining (variant 1, 2, 3 en 4)
Brains 4 Use
Stay-a-way
MDFT (zorgmodel)
Wraparound care (zorgmodel)
Bekijk 't nuchter Motivatie-training
Training 'Omgaan met middelen en verslaving' deel 1: Het begin, deel 2 Mijn gebruik en deel 3 Vaardigheidstraining met instructiefilm
Training Pak je kans
Leefstijltraining-PLUS
Minder drank of drugs

Factsheet Leefstijltraining 1 en 2

Leefstijltrainingen vormen een onderdeel van de behandeling in de verslavingszorg. Het is het minst intensieve aanbod gericht op verandering van het verslavingsgedrag. De interventie bestaat uit een korte variant (4 sessies) en een lange variant (10 sessies).

Leefstijltrainingen 1 en 2 worden individueel gegeven. Cliënten krijgen informatie over de voor- en nadelen van het middelengebruik of gokken en hoe ze dat kunnen veranderen. Ze leren met risicosituaties om te gaan, hoe ze hun gebruik of gokken in de hand kunnen houden en hoe ze sociale druk kunnen weerstaan. De cliënt wordt nauw betrokken bij het opstellen van het trainingsplan. Met hem wordt een behandelovereenkomst gesloten.

Achtergronden

Leefstijltrainingen zijn bedoeld voor mensen die iets willen veranderen aan hun alcoholgebruik, middelengebruik of gokgedrag. Het is het minst intensieve aanbod dat is gericht op verandering van het verslavingsgedrag. De trainingen zijn ontwikkeld om met de minste inspanning en tegen de geringste kosten toch nog een positief effect te kunnen bereiken. Alleen bij zeer duidelijke contra-indicaties wordt meteen een zwaarder aanbod gedaan. De trainingen worden individueel gegeven. De leefstijltrainingen steunen op wetenschappelijk onderzoek over behandelingen met een geringe behandelintensiteit.

Leefstijltraining 1

Leefstijltraining 1 is het minst intensieve aanbod gericht op verandering van het middelengebruik of gokgedrag. In de aanpak van overmatig middelengebruik of gokken maakt men in de verslavingszorg een onderscheid tussen motivering, het doorbreken van het gedrag (zelf-controletraining) en terugvalpreventie. In de training komen deze elementen alle aan bod. Men maakt gebruik van de principes en technieken van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie.
Bij de intake wordt onderzocht hoeveel de cliënt drinkt, gebruikt of vergokt en waar en wanneer hij dat doet. Van de deelnemer wordt gevraagd ook thuis oefeningen te doen of aantekeningen te maken. Het is belangrijk dat hij zich actief inzet.

Het doel van deze module is het doorbreken van problematisch middelengebruik of gokgedrag. De module richt zich op abstinentie of regulering van het gebruik en het voorkomen van terugval. De cliënt leert de belangrijkste risicosituaties te herkennen. Verder leert de cliënt met deze risicosituaties om te gaan en terugval te voorkomen. Er wordt in de training geen aandacht besteed aan behandeling van achterliggende problemen (zoals relatieproblematiek). Bij deze training gaat men ervan uit dat de cliënt indien nodig zelf in staat is overige veranderingen in zijn leven aan te brengen.

Instroomcriteria

De instroomcriteria zijn de volgende:

- Problematisch gebruik van cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine of er is sprake van gokproblematiek;
- Maximaal één keer enkelvoudige behandeling voor verslavingsproblemen.

- Ernst van de verslaving: EuropASI <7.
- Ernst van de psychopathologie: EuropASI < 6.
- Er is voldoende sociale integratie: stabiele huisvesting en sociaal contact met niet-gebruikers.
- De cliënt bevindt zich in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering.

De EuropASI is een instrument dat de ernst van de verslaving uitdrukt in scores.

Programma

Het programma van Leefstijltraining 1 bestaat uit vier sessies:
- Sessie 1: Opstellen trainingsplan
- Sessie 2: Omgaan met risicosituaties (omgaan met trek/omgaan met sociale druk)
- Sessie 3: Omgaan met terugval en noodplan
- Sessie 4: Eindevaluatie en afsluiting

De sessies duren 45 minuten en vinden plaats in een periode van acht weken. Voor het derde gesprek kan een ondersteunende persoon van de cliënt worden uitgenodigd.

Leefstijltraining 2

Leefstijltraining 2 is een meer intensieve training die veel overeenkomsten heeft met de lichtere variant. Ook Leefstijltraining 2 heeft het doorbreken van problematisch middelengebruik of gokgedrag als doel. Leefstijltraining 2 is bedoeld voor cliënten met problematisch gebruik of afhankelijkheid van middelen, of bij wie er is sprake van gokproblematiek. Een ander criterium is dat de cliënten niet voldoende geholpen kunnen worden met een minimale of kortdurende interventie zoals Leefstijltraining 1. De training kan volgen op een ambulante of klinische detoxificatie. Ook kan de training gecombineerd worden met andere modulen uit het zorg- en behandelaanbod.

Contra-indicaties voor Leefstijltraining 2 zijn:
- een medisch-somatische of een medisch-psychiatrische crisis;
- een ernstige mate van psychopathologie (bijvoorbeeld psychotische symptomen).

Programma

Deze training bestaat uit tien sessies; in het derde en het zevende gesprek kan een belangrijke ander worden uitgenodigd om de cliënt te ondersteunen. In de laatste drie sessies bestaat de mogelijkheid om aandacht te besteden aan een aantal onderwerpen dat voor de cliënt van belang is, zoals:
- voor- en nadelen van gebruik en verandering van gebruik;
- herkennen van interne en externe risicosituaties;
- zelfcontrolemaatregelen om het gebruik in de hand te houden;
- herkennen van en omgaan met trek;
- omgaan met sociale druk.

Factsheet Leefstijltraining 3 en 4

Leefstijltraining 3 en 4 betreffen geprotocolleerde ambulante groepstrainingen. Het zijn de groepsgerichte equivalenten van de individugerichte Leefstijltrainingen 1 en 2. De trainingen zijn erop gericht verandering van problematisch middelengebruik en gokgedrag te bereiken. De trainingsmodule bestaat uit een handleiding voor de trainer en een werkboek voor de cliënt.

Achtergronden

De Leefstijltraining is ontwikkeld vanuit het gedragstherapeutisch referentiekader en in de praktijk getoetst. Problematisch middelengebruik en gokgedrag worden opgevat als ontstaan en in stand gehouden door drie vormen van leren: sociaal leren, operante conditionering en klassieke conditionering.

Gebruik van een psychoactief middel heeft een verstorende invloed op het biologisch evenwicht van het lichaam. Door ervaringen met het gebruik leert iemand dat bepaalde stimuli een voorspellende waarde hebben. De cliënt ervaart dit als trek. Om hierin verandering aan te brengen wordt het stadiamodel van verandering (Prochaska & DiClemente, 1992) gevolgd. Motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie vormen de belangrijkste elementen van de interventie. De attitude van de trainer is gebaseerd op de principes van motiverende gespreksvoering. De basisprincipes daarvan zijn onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve confrontatie.

Uit literatuurstudie is gebleken dat een groepsgerichte behandeling net zo effectief is als een individuele behandeling. Bij voorkeur gebeurt dit vanuit het cognitief gedragstherapeutisch referentiekader en met het accent op motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie. De behandeling dient gestructureerd en klachtgericht te zijn. Een gesloten en homogeen samengestelde groep, die minimaal zes en maximaal twaalf zittingen beslaat, wordt aanbevolen.

Een groepsgerichte aanpak geeft cliënten de gelegenheid bij zichzelf en anderen vooruitgang te ervaren. Deze behandeling biedt specifieke leermogelijkheden zoals: feedback krijgen, interpersoonlijk leren, sociaal leren en bekrachtiging ontvangen.

Cliënten geven overigens over het algemeen de voorkeur aan individuele behandeling. Dit bemoeilijkt de start van een groepsgerichte behandeling. Hier staat tegenover dat het drop out percentage bij een groepsgerichte behandeling beduidend lager ligt in vergelijking tot een individuele behandeling. Vanuit kostenperspectief is een groepsgerichte interventie meestal goedkoper dan een individuele behandeling.

Leefstijltraining 3 - Doelen en indicatiecriteria

Leefstijltraining 3 behoort tot het minst intensieve behandelaanbod van de verslavingszorg. De module beoogt problematisch middelengebruik of gokgedrag te doorbreken - dit kan leiden tot abstinentie van gebruik of tot gecontroleerd gebruik. Doelen worden pas tijdens de training en voor elke deelnemer afzonderlijk gesteld.
In combinatie met deze trainingen kan bij de verandering van verslavingsgedrag medicamenteuze ondersteuning worden aangeboden. Er wordt geen aandacht besteed aan de behandeling van comorbide problematiek. Uitgangspunt is dat de cliënt voldoende zelfredzaam is om overige

veranderingen in zijn leven aan te brengen. Bij de indicatiestelling wordt uitgegaan van de stepped care methodiek.

Alleen bij zeer duidelijke contra-indicaties wordt een zwaarder aanbod geïndiceerd.
Indicatiecriteria zijn de volgende:
- Er is sprake van problematisch enkelvoudig gebruik van cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine, medicijnen of er is sprake van gokproblematiek.
- De cliënt is nog nooit of eenmaal eerder hiervoor behandeld geweest.
- De cliënt bevindt zich in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering.
- De mate van sociale integratie is matig tot goed.

Voor deze module gelden de volgende contra-indicaties:
- De cliënt maakt misbruik of is afhankelijkheid van meerdere middelen.
- Er is sprake van ernstige comorbide psychopathologie.
- De cliënt is beter geholpen met een individuele behandeling.

Structuur en proces

De module bestaat uit zes bijeenkomsten van twee uur en wordt bij voorkeur in negen weken afgerond. De training wordt bij acht of meer cliënten gegeven door twee trainers. Het programma is als volgt:
- Bijeenkomst 1: Kennismaking en introductie
- Bijeenkomst 2: Voor- en nadelenbalans
- Bijeenkomst 3: Zelfcontrolemaatregelen
- Bijeenkomst 4: Omgaan met trek
- Bijeenkomst 5: Omgaan met sociale druk
- Bijeenkomst 6: Noodplan; Evaluatie

Elke bijeenkomst heeft een vaste structuur. Na de introductie begint het onderdeel 'vinger aan de pols'. Vervolgens wordt aan de hand van de huiswerkopdracht het thema uitgewerkt. Na de pauze volgt de introductie van een nieuw thema. Tot besluit worden afspraken gemaakt over een nieuwe huiswerkopdracht.

Terugval is onderdeel van de aandoening en inherent aan het leerproces; het is daarom geen reden de training te beëindigen. Bij een korte terugval van een cliënt is dit onderwerp van gesprek in de eerstvolgende bijeenkomst. Er zijn verder procedures voor de wijze waarop wordt gehandeld wanneer de cliënt onder invloed verschijnt of zonder bericht niet komt opdagen. Er bestaat een beperkte mogelijkheid dat deelnemers tussentijds individuele contacten hebben met de trainer. Onderlinge contacten tussen groepsleden buiten de bijeenkomsten kunnen heel functioneel zijn; het initiatief daartoe ligt bij de deelnemers zelf.

Tijdens de bijeenkomsten worden geen ondersteunende personen uitgenodigd. In dehuiswerk-opdrachten is echter aandacht voor participatie van ondersteunende personen in het veranderings-proces. De cliënt krijgt voor de start van de training een werkboek en een eerste 'registratie-opdracht'. De trainer houdt per bijeenkomst van iedere cliënt een voortgangsrapportage bij.
Na afloop van de module wordt vastgelegd of de gewenste behandeldoelen zijn bereikt.

Leefstijltraining 4

Leefstijltraining 4 is een uitgebreidere variant van Leefstijltraining 3 en is eveneens groepsgericht. Het is een intensieve training van 12 bijeenkomsten die eventueel vooraf gegaan kan worden door een ambulante of klinische detoxificatie. De module kan worden gecombineerd met farmacotherapie of modules voor het veranderen van comorbide problematiek.

Indicaties voor deze module zijn de volgende:

- Er is sprake van problematisch (meervoudig) gebruik van cannabis, cocaïne, XTC, amfetamine, heroïne, medicijnen en/of er is sprake van gokproblematiek.
- De cliënt is minimaal twee keer (zonder succes) op enkelvoudige en minder intensieve wijze behandeld.
- Of: er is slechts één keer een enkelvoudige behandeling geweest maar de cliënt heeft een hoge ernst van verslaving en/of veel psychopathologie.

In deze training komen achtereenvolgens de volgende thema's aan de orde: voor- en nadelenbalans; zelfcontrolemaatregelen; inventarisatie risicosituaties; functieanalyse; noodplan; omgaan met trek; verandering van gedachten; omgaan met sociale druk; omgaan met gevoelens.

Functie-analyse

Begripsomschrijving

In een functie-analyse wordt samen met een cliënt nagegaan hoe probleemgedrag (middelenmisbruik) ontstaat en wat het in stand houdt. Een functie-analyse neemt een belangrijke plek in een geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose-problematiek. Vanuit een functie-analyse kan een behandelplan worden opgesteld of gewijzigd.

Kenmerken van goede uitvoering

In een functie-analyse wordt er specifiek gedrag geplaatst binnen een bredere context, met alles wat aan het gedrag vooraf gaat en wat er op volgt. Bij een cognitieve functie-analyse komen daar de zelfopvattingen en de cognitieve schema’s die iemand hanteert nog bij. Met behulp van een functie-analyse kan de cliënt in kaart brengen welke functies het middelengebruik heeft.
De analyse kan gebruikt worden om te toetsen of zelfcontrolemaatregelen werken of nieuwe zelfcontrole maatregelen opleveren. Een functie-analyse gaat daarmee verder dan een voor– en nadelenbalans. Een voor/nadelenbalans is onderdeel van een functie-analyse maar een functie-analyse is uitgebreider en vraagt ook de 'vijf G's' vanuit de cognitieve gedragstherapie uit:

- gebeurtenis
- gedachten (automatische gedachten, deze bepalen onze gevoelens en dit leid tot gedrag)
- gevoelens, (boos, bang, bedroeft, beschaamd en blij, vijf categorieën waarin alle gevoelens onder te brengen zijn)
- gedrag
- gevolgen

Meer informatie

In de leefstijltrainingen is de inhoud van een functie-analyse verder uitgewerkt. Deze zijn de downloaden via *www.ggzkennisnet.nl*

Brains 4 Use

Brains 4 Use is een gedragsinterventie voor jongeren die zijn opgenomen in een justitiële jeugdinrichting en heeft als doel het verminderen van de kans op recidive door het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik. Daarnaast vermindert Brains 4 Use de kans op uitval uit school of werk als gevolg van middelengebruik en voorkomt het schadelijke gevolgen voor het sociaal-emotioneel welbevinden en de gezondheid van de jongeren. Het programma bestaat uit twaalf wekelijkse gesprekken, met een mogelijke uitloop voor bijzondere doelgroepen.

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Goed onderbouwd.

Doel

Het belangrijkste doel van Brains 4 Use is het verminderen van de kans op recidive door middel van het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik bij jongeren die verblijven in een justitiële jeugdinrichting of residentiële (gesloten) jeugdhulp. Daarnaast heeft Brains 4 Use als doel de kans op uitval van school en werk als gevolg van drugsgebruik te verminderen, en schadelijke gevolgen voor het sociaal-emotioneel welbevinden en de gezondheid van de jongeren te voorkomen. Deze laatste doelen leiden indirect tot het terugdringen van recidive.

Doelgroep

Brains 4 Use is een gedragsinterventie voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar die problematisch middelengebruik vertonen. Problematisch middelengebruik kan blijken uit recente ernstige problemen die te maken hebben met alcohol- of drugsgebruik, zoals veelvuldig misbruik van middelen, verslechtering op het gebied van sociaal functioneren of gezondheid, of problemen met delinquentie in samenhang met middelengebruik. Deze jongeren komen in aanmerking voor Brains 4 Use als er daarnaast sprake is van een matig tot hoog recidiverisico. De interventie is zowel voor jongens als voor meisjes bedoeld. Brains 4 Use is toepasbaar bij normaal begaafde en bij jongeren met een licht verstandelijk beperking (LVB).

Aanpak

Brains 4 Use is een cognitief-gedragsmatige interventie waaraan het transtheoretische model van Prochaska & DiClemente (1992) ten grondslag ligt. Het programma bestaat uit acht stappen en duurt normaliter drie maanden (twaalf gesprekken). Aan bod komen onder andere: de voor- en nadelen van gebruik inventariseren, de relatie middelengebruik - delictgedrag, doelen stellen, vaardigheden leren die helpen om controle te krijgen over het middelengebruik, inventarisatie van het sociale netwerk om er achter te komen wie helpen en wie risicovol zijn, alternatieven voor gebruik ontdekken, omgaan met gebruikende vrienden, terugvalpreventie. De drugsconsulent past motiverende gespreksvoering toe en door het aanleren van cognitieve en praktische vaardigheden krijgt de jongere controle over het middelengebruik. De nadruk ligt op samen met de jongere kijken wat voor hem werkt en het veelvuldig oefenen van vaardigheden in rollenspelen. De jongere krijgt opdracht om buiten de gesprekken verder te oefenen.

Materiaal

Bij Brains 4 Use horen een Werkboek 'Brains 4 Use Weet Wat Je Doet' en een Handleiding Brains 4 Use voor de drugsconsulenten.

Onderzoek effectiviteit

Direct bewijs

Er is nog geen direct bewijs dat de effectiviteit van Brains 4 Use met betrekking tot recidivevermindering in Nederland kan aantonen. Wel is onderzoek gedaan naar het effect van Brains 4 Use op middelengebruik. Uit een pilot - waarbij Brains 4 Use werd ingebed in het algemeen preventieve programma van Rentray met betrekking tot alcohol en drugs - bleek dat Brains 4 Use effectief is wat betreft het terugdringen van drugsgebruik.
Het individuele gedeelte is echter niet onderzocht met een controlegroep, wel is dit programma geëvalueerd. Ook deze evaluatie laat een positief effect zien van Brains 4 Use met betrekking tot middelengebruik. Het effect van het programma op alcoholgebruik is niet duidelijk (Rentray, 2002).

Indirect bewijs

Wel zijn er internationaal een aantal studies gedaan waaruit blijkt dat het zeer waarschijnlijk is dat ten eerste: de behandeling van middelgebruik leidt tot recidive vermindering, en ten tweede: dat de in Brains 4 Use gebruikte werkzame factoren effectief zijn in het verminderen van middelenmisbruik en de gevolgen daarvan onder adolescenten.

Effect interventies middelengebruik op recidive

Dennis et al. (2004) onderzochten onder andere de effectiviteit van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie op het verminderen van problematisch cannabisgebruik onder jongeren met een stoornis cannabismisbruik of -afhankelijkheid (n=600). Behandeling leidde niet alleen tot minder middelengebruik, maar ook tot minder gedragsproblemen, minder gezinsproblemen, minder schoolproblemen, minder delinquent gedrag en minder agressie.
Liddle et al. (2009) vonden dat behandeling van middelenmisbruik leidde tot vermindering van delictgedrag en risico's op school en met vrienden. Multidimensionale gezinstherapie werd vergeleken met een peergroepinterventie in een niet-residentiële setting. Het betrof hoog-risico adolescenten (47% van de jongeren was op proefverlof of in afwachting van een rechtszaak). De gezinsbehandeling leidde tot vermindering van percentage recidivisten en aantal delicten tijdens de 12 maanden follow-up. Terwijl de peergroepinterventie juist tot een toename van aantal delicten leidde.
Kaminer, Burleson & Goldberger (2002) vonden dat acht sessies cognitieve gedragstherapie (CBT) leidde tot minder problemen met justitie in de drie en negen maanden daarna onder jongeren met een stoornis in het middelengebruik. Cognitieve gedragstherapie werd vergeleken met psycho-educatie.
Jongeren hadden in veel gevallen ook nog comorbide een andere stoornis: 55% externaliserende stoornis en 36% internaliserende stoornis.

Effect motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie op middelengebruik

Uit de studies die inzicht gegeven in de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering (Dennis et al., 2004; Liddle et al., 2009; Waldron, Slesnick, Brody, Turner, & Peterson, 2001; Waldron, Turner, & Ozechowski, 2005; Kaminer, Burleson & Goldberger, 2002) blijkt, dat een combinatie van cognitieve gedragstherapeutische technieken met motiverende gespreksvoering effectief lijkt in het terugdringen van middelengebruik onder jongeren. Helaas zijn er weinig studies waarin onderzoek is gedaan naar het effect van deze behandeltechnieken onder delinquente jongeren in een residentiële setting.

Stay-a-way

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Voorlopige erkenning tot juni 2016, als: goed onderbouwd.

Setting

Extramuraal.

Stay-a-way is een individuele training voor jongeren die in het kader van het jeugdstrafrecht een leerstraf gericht op het motiveren tot vermindering van middelengebruik opgelegd hebben gekregen.

Omschrijving

Deze erkende gedragsinterventie als leerstraf is ontwikkeld voor jongeren die een of meerdere delicten hebben gepleegd en bij wie sprake is van een beginnende middelenafhankelijkheid.

Doel

Stay-a-way heeft het volgende tot doel: het verminderen of voorkomen van risicovol middelengebruik, het vergroten van het inzicht ten aanzien van het middelengebruik en middelenafhankelijkheid, om de kans op recidive te verminderen.

Doelgroep

De doelgroep betreft jongens en meisjes:

- die in het kader van het jeugdstrafrecht een leerstraf opgelegd hebben gekregen;
- die een of meerdere delicten hebben gepleegd;
- IQ > 50;
- bij wie het recidiverisico midden of hoog is;
- bij wie er sprake is van verslavingsproblematiek;
- die bereid zijn tot deelname.

Varianten

Stay-a-way kent drie varianten:

- Stay-a-way Verkort: 20 uur verdeeld over 13 bijeenkomsten.
- Stay-a-way Regulier: 30 uur verdeeld over 19 bijeenkomsten.
- Stay-a-way Plus: 30 uur verdeeld over 19 bijeenkomsten.

Afhankelijk van het leervermogen van de jongeren in combinatie met de mate van delictondersteunende attitudes en/of vaardigheidstekorten wordt een van de drie varianten geadviseerd. De Stay-a-way Plus variant is speciaal ontwikkeld voor LVB-jongeren waarbij een IQ tussen de 50 en 85 wordt gehanteerd. Ouders worden actief betrokken bij Stay-a-way. Zo zijn er bij alle varianten een aantal bijeenkomsten voor de ouder(s)/verzorger(s) alleen.

Opleggen

Stay-a-way kan door de rechter of officier van justitie worden opgelegd als leerstraf, of als

onderdeel van een gedragsbeïnvloedende maatregel, al dan niet in combinatie met andere interventies. De interventie wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Raad voor de Kinderbescherming.

Theoretische achtergrond

Stay-a-way is ontwikkeld door IVO en Tactus Verslavingszorg, in opdracht van de Raad voor de Kinderbescherming, op basis van de volgende twee verklaringsmodellen:

- Theoretisch kader: BioPsychoSociaal Model (BPS)
- Motivationele theorieën (Milder & Rollnik)

Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Erkend.

Doel

MDFT heeft als doel het stimuleren van een verslavingsvrije levensstijl zonder verder probleemgedrag. Het laatstgenoemde doel is ook van toepassing als er (nog) niet sprake is van delictgedrag.

Subdoelstellingen zijn:

- het gezinsfunctioneren verbetert, met goede communicatie tussen de gezinsleden;
- het functioneren op school of werk verbetert;
- er is sprake van een leeftijdsadequate vrijetijdsbesteding en gezonde peer-relaties.

Doelgroep

De doelgroep van de MDFT bestaat uit jongeren tussen 12 en 19 jaar oud met gedragsproblemen als criminaliteit, spijbelen en overmatig gebruik van alcohol en drugs waarvoor volgens de verwijzer of de betrokkene(n) interventie is geboden. De betrokken jongeren kunnen psychische comorbiditeit vertonen. Denk daarbij aan stemmings- en angststoornissen, agressie en andere vormen van externaliserend gedrag en ontwikkelingsstoornissen als ADHD. MDFT is bedoeld voor zowel jongeren in een strafrechtelijk of civielrechtelijk kader als voor jongeren die zonder tussenkomst van justitie vragen om, of instemmen met, behandeling.

Aanpak

MDFT is een behandelprogramma dat ook bemoeizorg omvat. Het programma richt zich op vier domeinen in het leven van een jongere:

- De jongere en zijn problemen.
- De ouders van de adolescent.
- Het gezin en de familie als geheel.
- Voor de jongere belangrijke externe systemen, zoals peergroep, school, werk en mogelijk politie en justitie.

MDFT bestaat uit drie fases:

1. Vertrouwen winnen, therapeutische allianties sluiten, casusanalyse (assessment) en opstellen behandelplan.
2. Werken aan verandering.
3. Afronding.

In totaal duurt MDFT zes maanden. Per week worden er twee tot drie sessies gehouden, in duur variërend van 30 tot 90 minuten. Er zijn vier soorten sessies: met de jongere alleen, met de ouders alleen, met de jongere en zijn ouders samen, en met de jongere (of gezin) met derden erbij, zoals reclasseringswerkers, leraren of leeftijdgenoten. De therapeut die een jongere en gezin in behandeling neemt, is voor hen het aanspreekpunt bij alle hulpvragen.

Het multidimensionale van MDFT komt in diverse karakteristieken van de behandeling tot uiting:

- De therapie richt zich niet op één element in de persoon of het gedrag van de jongere - zoals drug- en alcoholgebruik of delinquentie - maar op alle probleemgedragingen in onderlinge samenhang (vanuit de theorie dat alleen zo blijvend resultaat valt te boeken).
- Probleemgedrag wordt gezien als gevormd door invloeden die niet louter uit één domein stammen, maar uit alle. Al die domeinen bieden in principe ook beschermende factoren.
- Van meet af aan betrekt de therapeut verschillende leefgebieden en relaties die voor de te behandelen jongeren van belang zijn, in de therapie. Naast op de te behandelen persoon, richt de MDFT zich tegelijkertijd ook op zijn ouders, de familie en belangrijke personen in zijn sociale netwerk.
- Anders dan in andere erkende systeemtherapieën ziet de MDFT-therapeut niet alleen de ouders en het gezin als focus voor interventie, maar ook de jongere zelf. De therapeut werkt sterk met de jongere samen, in samenspraak met de ouders, in afzonderlijke sessies.
- MDFT is geprotocolleerd, maar het protocol is geen keurslijf. MDFT moedigt therapeuten aan om flexibel en creatief te zijn waar nodig.
- Opleiding van MDFT-therapeuten en -supervisors duurt twee jaar. De nadruk ligt op begeleiding op de eigen werkplek. Het na twee jaar af te geven certificaat is permanent geldig. Een behandelteam met gecertificeerde MDFT-hulpverleners krijgt een licentie om MDFT uit te voeren, hernieuwbaar elke drie jaar. Sinds 2008 zijn er in Nederland 45 teams in MDFT getraind of nog in training.

Nieuwe Toepassingen

Er is een sterke roep om ambulante MDFT ook toepasbaar te maken in residentiële omgevingen, namelijk bij jongeren die zijn opgenomen. Het idee is dan dat MDFT opname kan bekorten en na ontslag uit de instelling/inrichting als nazorg bij jongere en gezin kan worden voortgezet om maatschappelijke reïntegratie te bevorderen.

Materiaal

MDFT wordt uitgevoerd door gecertificeerde therapeuten aan de hand van een uitgebreide Nederlandstalige handleiding en vele andere materialen, en met een strikt systeem van kwaliteitsbewaking. Zie voor meer informatie *www.mdft.nl*.

Wraparound care

Gebaseerd op Zoon & Berg-le Clercq (2013) en 'Wraparound care' van *www.nji.nl*.

Effectiviteit

Niet opgenomen in Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Doel

Het doel van het Wraparound Care-model is dat gezinnen (weer) greep krijgen op hun eigen leven en zelf de verantwoordelijkheid nemen voor het veranderingsproces.

Doelgroep

Multiprobleemgezinnen

Aanpak

Een eerstelijns gezinscoach is een generalistische zorgverlener die zelf met het gezin aan de slag gaat. Hij betrekt het gezin en spreekt het sociale netwerk aan, verleent zelf zorg, begeleidt, adviseert, brengt structuur aan en coördineert eventuele andere hulpverlening. Wanneer zwaardere hulp nodig is, vervult de eerstelijns gezinscoach een brugfunctie en roept gespecialiseerde hulp erbij. De eerstelijns gezinscoach heeft een brede taakopvatting met een ruim mandaat, is ervaren en bekwaam en weet vertrouwen op te bouwen ook bij zorg mijdende gezinnen.

Het wraparound care-model benut het oplossend vermogen van het gezin, betrekt hun sociale netwerk en streeft hun empowerment na. De inbreng van verschillende betrokkenen wordt door middel van één integraal gezinsplan op elkaar afgestemd. Dit plan bevat concrete doelen van het gezin en wordt uitgevoerd in de eigen leefsituatie. Op deze manier wordt de benodigde steun geïmporteerd in het gezinsleven in plaats van dat problemen worden geëxporteerd naar specialistische hulp daarbuiten (Colijn & Schamhart, 2012). Wraparound care is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie, maar een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald worden in een werkwijze die vervolgens flexibel en op maat kan worden ingevuld, waardoor deze in diverse interventies kan worden geïntegreerd.

De belangrijkste elementen in de inhoudelijke visie achter Wraparound Care zijn dat duurzame veranderingen in cliëntsystemen alleen kunnen plaatsvinden als:

- interventies passen in een plan dat door een team van professionals en personen uit het eigen netwerk samen met de cliënt is ontworpen;
- dit plan concrete doelen betreft in het de eigen leefsituatie van het cliëntsysteem;
- de activiteiten die nodig zijn door een casemanager en de cliënt samen worden aangestuurd.
- de noodzakelijke interventies zowel van sociale netwerken als van professionele instellingen uit meerdere sectoren van hulp, zorg en ondersteuning kunnen worden ingezet;
- de uitvoering plaatsvindt in de omgeving die in de gegeven omstandigheden het minst restrictief is, en dus bij voorkeur in de eigen leefsituatie.

Een belangrijk element in het Wraparound Care-model is de overtuiging dat de cliënt zelf mede probleemeigenaar is en dat veranderingen niet zonder intrinsieke motivatie van de cliënt

mogelijk zijn. Daarom is de cliënt - of zijn de cliënten als het om een gezin gaat - altijd lid van het Wraparound Care-team. Dit lijkt in eerste instantie op gespannen voet te staan met het gegeven dat het Wraparound Care-model vaak wordt toegepast in situaties waarin er sprake is van een gedwongen kader zoals jeugdstrafrecht en kinderbescherming. In de praktijk blijken dwang en hulp vaak echter goed te combineren.

Bekijk ’t nuchter – Motivatietraining

Gebaseerd op Bekijk 't nuchter op *www.trimbos.nl* en *www.openenalert.nl*

Effectiviteit

Niet opgenomen in Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Doel

Voorlichting en training rond alcohol en drugs. Het doel van de motivatietraining is riskant gebruik van middelen (alcohol en cannabis) bij mensen met LVG te doorbreken en een ingang te creëren voor het accepteren van verdere ondersteuning.

Doelgroep

Jongeren en (jong)volwassenen met een lichte verstandelijke beperking (LVG).

Aanpak

Elke deelnemer heeft een individueel kennismakingsgesprek en volgt vijf groepsbijeenkomsten. Ook heeft elke deelnemer een zogeheten 'helper', iemand die belangrijk is voor de deelnemer en hem of haar ondersteunt.

Bekijk 't nuchter bestaat uit meerdere onderdelen:

- voorlichtingsbijeenkomsten voor (jonge) mensen met LVB;
- een motivatietraining voor degenen die alcohol en/of drugs gebruiken;
- een website met gemakkelijk leesbare informatie over alcohol en blowen.

Een preventiewerker van de verslavingszorg voert elk onderdeel samen met de LVG-instelling uit. Uitvoerders kunnen via het Trimbos-instituut een train-de-trainer volgen. Dat kan voor Open en Alert en is noodzakelijk voor de motivatietraining.

Materiaal

De handleiding voor het geven van voorlichting over alcohol en drugs aan mensen met LVG bevat dertien modules. In de Kikbox (toolbox) zit een DVD, brochures, gelamineerde foto's en getekende afbeeldingen.

Trainingen ‘Omgaan met middelen en verslaving' delen 1,2 en 3

Overgenomen uit Bransen & Lokman (2013).

Doelgroep

De trainingen zijn bedoeld voor jongeren en volwassenen met LVB en riskant middelengebruik/ verslaving (met ernstige gedrags- of psychische problematiek).

Doelstelling Deel 1: Het begin

Het doel van de training is dat deelnemers leren praten over hun gebruik, zich bewust worden van hun probleem en gemotiveerd raken om actief te gaan werken aan hun probleem.

Inhoud Deel 1: Het begin

'Het Begin' is de eerste van drie trainingen in de serie 'Omgaan met Middelen & Verslaving'. De trainingen kunnen als drieluik worden gegeven, maar ook los van elkaar worden uitgevoerd. De trainingen kunnen worden gezien als een vervolg op de motivatietraining Bekijk 't nuchter.
De training bestaat uit een variabel aantal lessen (minimaal vijf tot maximaal twaalf). Het aantal lessen is afhankelijk van de groep deelnemers en welke onderwerpen voor hen van toepassing zijn (welke middelen een probleem zijn). De eerste drie lessen staan vast, evenals de laatste (eindverslag, certificaat, advies). Gemiddeld duurt een training ongeveer acht à negen lessen (ca. twee maanden).
Deelnemers kunnen aan het eind van de les een opdracht meekrijgen. Het is de bedoeling dat ze deze opdracht gedurende de week maken met hun (persoonlijk) begeleider. Aan het begin van de (volgende) les worden de gemaakte opdrachten besproken. Na iedere les vindt een standaardterugkoppeling plaats naar het team van de deelnemer. Dit gebeurt door een kort verslag van de les per e-mail. Ook worden de opdrachten van de deelnemers en eventuele instructies aan het team gegeven. Bij problemen wordt er contact opgenomen met het team, in overleg met de deelnemer. De training wordt afgesloten met een certificaat, een eindverslag en een advies (volgen van de training 'Mijn gebruik' bijvoorbeeld).

Doelstelling Deel 2: Mijn gebruik

Het doel van deze training is:

- Een uitgebreide analyse maken van de verslavingsproblematiek, zodat de deelnemer inzicht krijgt in de specifieke factoren van zijn gebruik.
- Verhogen van de bereidheid tot verandering bij de cliënt (bij voorkeur stoppen met gebruik).
- Leren omgaan met gevoelens van craving (onweerstaanbare hunkering naar middelen).

Inhoud Deel 2: Mijn gebruik

De training bestaat uit dertien lessen en wordt bij voorkeur in een groep gegeven. Voor deelnemers waarvoor een groepstraining te zwaar blijkt, of door andere bijkomende persoonlijkheidsproblematiek niet haalbaar is, kan de training eveneens individueel worden gebruikt. Tijdens de training werkt elke deelnemer aan zijn eigen problemen en doelen. De deelnemers kunnen (h)erkenning en steun vinden bij elkaar. Elke deelnemer wordt in zijn persoonlijk leerproces gesteund door (één van de) trainers en door zijn persoonlijk begeleider. Deelnemers krijgen aan het eind van de les een opdracht. Het is de bedoeling dat ze deze

opdracht gedurende de week maken met hun (persoonlijk) begeleider. Trainers stimuleren bewustwording en veranderbereidheid door veel aandacht te besteden aan deze opdrachten. De training wordt afgesloten met een persoonlijk terugval preventieplan een eindverslag en een advies (volgen van vaardigheidstraining bijvoorbeeld). In het preventieplan staat onder andere beschreven wat het besluit van de cliënt is over zijn gebruik, zijn valkuilen, op welke signalen hij moet letten en hoe daarmee om te gaan en welke hulp hij daarbij nodig heeft van belangrijke anderen.

Doelstelling Deel 3: Vaardigheidstraining (met instructiefilm)

De deelnemers aan de training leren specifieke vaardigheden aan voor het vermijden van drugs en alcohol (en gokken) en voor het ontwikkelen van meer aangepaste gewoontes en gedragsalternatieven. De vaardigheidstraining versterkt de tijdens de eerste twee trainingen ('Het Begin' en 'Mijn gebruik') verworven kennis en breidt deze uit.

Inhoud Deel 3: Vaardigheidstraining (met instructiefilm)

In de training worden negen vaardigheden getraind in ongeveer 24 lessen van anderhalf uur. De vaardigheden worden aangeleerd tijdens wekelijkse sessies waarin er veel ruimte is voor herhaling en rollenspel. De trainingen kunnen zowel individueel als in groepsverband worden gegeven. Een groepsgrootte van zes deelnemers en twee trainers wordt beschouwd als een ideale groepsgrootte.

Instructiefilm

Er is tevens een instructiefilm beschikbaar die past bij deze module. De film is op een zodanige manier samengesteld dat de hoofdpersoon op hetzelfde punt in zijn behandeling is als de deelnemers aan de training. Er wordt in de film steeds een link gelegd met de te leren vaardigheden in de training.

Randvoorwaarden voor toepassing

Voor elke training is een trainershandboek ontwikkeld. Daarnaast zijn er voor de deelnemers werkboeken beschikbaar. De training is aangepast aan de doelgroep (SG)LVG: eenvoudig taalgebruik, veel herhaling, korte bijeenkomsten, flexibel opgezet, werkvormen die speels maar niet kinderachtig zijn. Voor elke training is een trainershandboek ontwikkeld met een uitvoerige en nauwkeurige beschrijving van elk onderdeel. Niet alleen de leskern maar ook de houding en tekst voor trainers is gedetailleerd uitgeschreven. Daarbij horen ook de werkboeken voor de deelnemers.
Per les zijn diverse materialen beschikbaar, zoals dvd's en spellen. Het gaat in principe om een groepstraining (maximaal zes deelnemers met twee trainers), maar de training kan ook individueel worden aangeboden.

De trainingen worden gegeven door ervaren GZ-psychologen en trainers van Hbo-niveau. Trainers moeten aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Ervaring in het werken met groepen.
- Zich kunnen inleven in gevoelens en behoeften van de doelgroep
- Kennis en kunde betreffende verslaving bij mensen met LVG.

- Aansluiten in taalgebruik bij doelgroep.
- Opleiding motiverende gespreksvoering (bij voorkeur).

Bij het overdragen van de training wordt een train- de trainer cursus aanbevolen, alsmede het inhuren van een ervaren trainer en coaching door een ervaren trainer.

Pak je kans

Overgenomen uit database loket Gezond leven.

Effectiviteit

Deze interventie is nog niet beoordeeld

Doel

Een vorm van ondersteuning aanbieden om stoppogingen effectiever te maken

Doelgroep

- (Jong) volwassenen van 18 jaar en ouder met tabakverslaving.
- Mensen met een lage sociaal economische status.
- Algemeen publiek.

Aanpak:

Pakje Kans is een training waarin mensen in groepsverband stoppen met roken. Tijdens deze training van negen bijeenkomsten van gemiddeld anderhalf uur, verdeeld over twaalf weken, doorloopt de deelnemer de vier fasen van het stoppen met roken: voorbereiden, stoppen, volhouden en terugvalpreventie (noodplan). In een groep van zes tot vijftien deelnemers versterkt de stopper tijdens de eerste drie bijeenkomsten zijn motivatie om te stoppen met roken, maakt een stoppen-met-rokenplan en stopt vervolgens. Daarna werkt hij er aan om een 'niet-roker' te blijven voor de korte en voor de lange termijn. Hij leert in dat kader bijvoorbeeld om te gaan met een 'uitglijder'. In de training wordt informatie gegeven door de trainer, opgeleid door STIVORO. Maar er zijn ook veel mogelijkheden voor het uitwisselen van ervaringen tussen deelnemers en voor het oefenen van nieuw gedrag. Groeps- en individuele werkvormen worden regelmatig afgewisseld.

Materiaal

- Draaiboek.
- Folder/brochure.
- Lesmateriaal/pakket.
- Handleiding.
- Cd/dvd/video/film.

Leefstijltraining- Plus

Overgenomen uit Bransen & Lokman (2013).

Doel

Het doorbreken van problematisch middelengebruik

Doelgroep

Cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVG) en problematisch gebruik of afhankelijkheid van één of meer van de volgende middelen: cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine, heroïne, medicijnen. Ook LVG-cliënten met problematisch gebruik of afhankelijkheid van gokken, gamen of internet kunnen deze training volgen.

Inhoud

De Leefstijlstraining-PLUS kan als een vervolg op de motivatietraining Bekijk 't nuchter worden gezien. Het gaat om een individueel aanbod en de training heeft een praktische en sterk gedragstherapeutische benadering.
Het accent ligt op het oefenen van vaardigheden tijdens de training en in de thuissituatie. Zelfgekozen en laagdrempelige doelen, afspraken en beloningen staan centraal. Zo kan de cliënt succeservaringen opdoen, hetgeen motiverend is voor de toekomst. De training is opgebouwd uit acht thema's. De eerste vier thema’s zijn gericht op ontwikkeling en motivatie en het bespreken van het middelengebruik. In het tweede deel maakt de cliënt een plan om het middelengebruik te doorbreken. Vervolgens oefent de cliënt vaardigheden die hem helpen om het plan te realiseren. De persoonlijk begeleider ondersteunt de cliënt bij de transfer van de opgedane kennis en vaardigheden naar de dagelijkse praktijk.
Enkele principes van de Leefstijltraining-PLUS zijn kleine stappen, veel illustraties, een kaartspel en bordspel (TRIP), veel rollenspellen, eenvoudige tekst, flexibele indeling, beloningen, minder praten en meer doen, veel aandacht voor de transfer en generalisatie naar het dagelijks leven, grote betrokkenheid van de persoonlijk begeleider, aanpassing aan individuele mogelijkheden en beperkingen. De duur en het aantal sessies van de LVG-Leefstijltraining wordt afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Randvoorwaarden voor toepassing

Intensieve samenwerking tussen de gehandicaptenzorg en verslavingszorg. Een vereiste voor een effectieve leefstijltraining is verder de nauwe betrokkenheid van de persoonlijk begeleider bij de Leefstijltraining. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor de transfer van de kennis en vaardigheden naar het dagelijks leven van de cliënt. Hij gaat met de cliënt mee naar de bijeenkomsten van de Leefstijltraining om deze transfer te bevorderen. Daarnaast ondersteunt hij de cliënt bij de oefeningen voor thuis.

Minder drank en drugs

Overgenomen uit Bransen & Lokman (2013)

Doel

- Aanleren van vaardigheden die het voor de cliënt mogelijk maken het middelengebruik te stoppen of te minderen.
- Doorbreken van problematisch middelengebruik en verslavingsgedrag.
- Versterken van sociale binding en ondersteuning vanuit het netwerk.

Doelgroep

Cliënten met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70 of 70-85 met aanpassingsproblemen) die overmatig alcohol of drugs gebruiken en gemotiveerd zijn voor de cursus.

Inhoud

De cursus Minder drank of drugs kan als een vervolg op de motivatietraining Bekijk 't nuchter worden gezien. De cursus bestaat uit 24 bijeenkomsten. Het gaat om twaalf individuele gesprekken met een cliënt en een vertrouwenspersoon d.w.z. iemand die de cliënt als ondersteunend ervaart (dit kan ook de persoonlijk begeleider van de LVB instelling zijn) en twaalf groepsbijeenkomsten. De bijeenkomsten vinden tweemaal per week plaats,één individueel gesprek en één groepsbijeenkomst.

Elk thema komt drie keer aan bod binnen de volgende structuur:

- Individueel gesprek: ‘de snapfactor’ = introductie thema, op maat aanbieden van de stof, bespreken ondersteuningsmogelijkheden vertrouwenspersoon.
- Groepsbijeenkomst: ‘de applausfactor’ = verwerven sociale steun, positieve bevestiging.
- Individueel gesprek: ‘de inslijpfactor’ = terugblik op groepsbijeenkomst, herhaling van de stof.

In de cursus wordt gewerkt met kleine stappen/haalbare doelen, creatieve en visuele werkvormen, spellen (o.a. Trip en bordspel Brein/Op tijd voorbereid), veel aandacht voor generalisatie van aangeleerde vaardigheden naar de dagelijkse praktijk, betrokkenheid van steunfiguur vanuit netwerk cliënt, aanpassing aan individuele mogelijkheden en beperkingen.

Randvoorwaarden voor toepassing

De handleiding is te bestellen bij Tactus via *www.webwinkeltactus.nl*. De ontwikkelaars adviseren echter om een train de trainerstraject te volgen. Dit opleidingstraject bestaat uit een kennisdag, coaching on the job gedurende de uitvoering van een eerste cursus en een terugkombijeenkomst. Het traject kan gevolgd worden door werkers vanuit verslavingszorg en gehandicaptenzorg met een HBO werken denkniveau, die bij Tactus een basiscursus LVB en Verslaving hebben gevolgd.

Bijlage 5

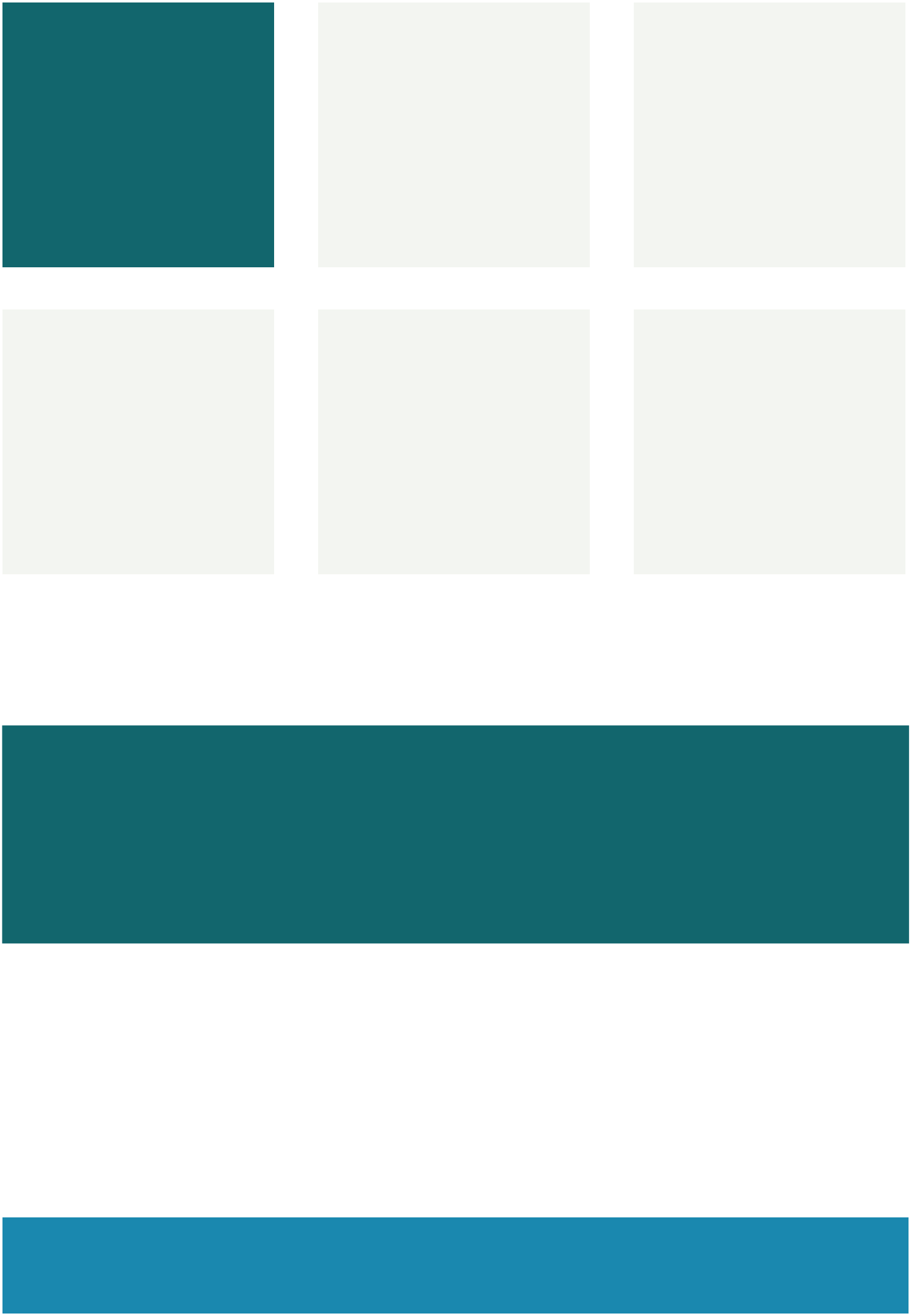
Kennislacunes

Op veel onderwerpen die betrekking hebben op problematisch middelengebruik bij jeugdigen zijn er geen, of onvoldoende, resultaten van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Leden van de werkgroep en van het projectteam inventariseerden de volgende lijst van onderwerpen die voor toekomstig onderzoek in aanmerking komen:

- SMA: is nieuw ontwikkeld op basis van 'common sense'. Nader onderzoek naar dit instrument is noodzakelijk.

- Oplossingsgericht werken versus motiverende gespreksvoering: Hoe effectief is oplossingsgericht werken bij jongeren met risicovol middelengebruik/ verslaving?

- LVB en middelengebruik : LVB-ers vormen een belangrijke doelgroep in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Hier is dan ook nog veel ontwikkeling en onderzoek nodig. Effectieve interventies voor LVB, zijn te weinig onderzocht. Wat zijn de verschillen in behandelingtussen LVB-ersen normaal begaafde jongeren? Wat is nodig om de gangbare behandelingen toepasbaar te maken voor deze doelgroep of hebben ze eigen en nieuw te ontwikkelen behandelingen nodig die meer op ervaren is gestoeld dan verbaal contact (dat laatste zoals in standaard cognitieve gedragstherapie).

- Meer onderzoek is nodig van diagnostiek van stoornissen in het gebruik van middelen onder LVB-ers.

- De richtlijn verdient aanvullen met game- of internetverslaving (is een belangrijk opkomend probleem).