

Richtlijn

# Middelengebruik



# Inhoudsopgave

<b>Kernaanbevelingen .....</b>	<b>5</b>
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding .....</b>	<b>7</b>
1.1 Doel .....	8
1.2 Doelgroep .....	8
1.3 Uitgangsvragen .....	9
<b>Hoofdstuk 2: Definities, concepten en afbakening .....</b>	<b>11</b>
2.1 Afbakening .....	12
2.2 Relevantie .....	13
2.3 Prevalentie middelengebruik onder jongeren.....	14
2.4 Belang van vroegsignalering .....	15
2.5 Omgang met middelengebruik .....	15
2.6 Uitgangspunten van de richtlijn .....	15
<b>Hoofdstuk 3: Risico- en beschermende factoren .....</b>	<b>17</b>
3.1 Risico- en beschermende factoren.....	18
3.2 Psychische problemen als risicofactoren voor de ontwikkeling van problematisch middelengebruik.....	20
Aanbevelingen.....	21
<b>Hoofdstuk 4: Screening en diagnostiek.....</b>	<b>23</b>
4.1 Screening en diagnostiek.....	24
4.2 Signaleren en bespreekbaar maken .....	24
4.3 Screenen op middelengebruik.....	26
4.4 Analyse van het middelengebruik, aangrijpingspunten voor interventies .....	31
4.5 Diagnostiek middelenstoornis.....	33
Aanbevelingen .....	35
<b>Hoofdstuk 5: Effectieve preventieprogramma's .....</b>	<b>37</b>
5.1 Effectieve verslavingspreventie .....	38
5.2 Selectie van preventieprogramma's .....	40
Aanbevelingen .....	43
<b>Hoofdstuk 6: Behandeling .....</b>	<b>45</b>
6.1 Behandelinterventies .....	46
6.2 Interventieoverzichten.....	49
6.3 Aanpak middelengebruik: zelf uitvoeren, samenwerken of doorverwijzen .....	51
Aanbevelingen .....	53



<b>Hoofdstuk 7: Organisatie: beleid, competenties en scholing .....</b>	<b>55</b>
7.1 Waarden en normen van de professional .....	56
7.2 Maatregelen en beleid rond middelengebruik .....	56
7.3 Integraal aanbod .....	58
7.4 Kennis, competenties en scholing .....	59
7.5 Samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners .....	61
Aanbevelingen .....	61
<b>Literatuur .....</b>	<b>63</b>
<b>Colofon .....</b>	<b>68</b>



## Kernaanbevelingen

- Stel middelengebruik bij iedere jongere structureel aan de orde. Vanaf het allereerste contact en gedurende het gehele begeleidings- of behandeltraject, inclusief nazorg. Besteed extra aandacht aan jongeren die in aanraking komen of zijn geweest met residentiële zorg. Het middelengebruik in deze settings kan bij deze jongeren leiden tot middelenmisbruik.
- Screen op middelengebruik met de SMA, READY en/of de CRAFFT, en gebruik voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB) de SumID-Q. Screen bij de start van het diagnostische proces, aan het begin van de begeleiding en behandeling, bij evaluatiemomenten en bij signalen van mogelijk middelengebruik. Met andere woorden: gebruik deze instrumenten structureel in de behandeling en begeleiding van jongeren.
- Bij een positieve score op de SMA, READY, CRAFFT en/of de SumID-Q: inventariseer en analyseer de vaardigheden, omstandigheden, omgeving en motivatie rondom het middelengebruik. Gebruik hiervoor 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 de vaardigheden van de jongere, de systeemaspecten en dergelijke meewegen bij de uiteindelijke diagnose.
- Laat een LVB-deskundige de LVB-diagnostiek verrichten. Wees je bewust van de beperkingen in communicatie en tempo en zet aangepaste interventies in.
- Zorg dat je de technieken van motiverende gespreksvoering beheerst en toepast.
- Zorg ervoor dat behandelinterventies, naast motiverende gespreksvoering, één of meerdere van de volgende elementen bevatten:
  - cognitieve gedragstherapie;
  - contingentie management;
  - systeembehandeling.
- Rook niet in de buurt van jongeren of hun ouders. Wees je los van de schadelijkheid van passief roken, bewust van de boodschap die je afgeeft wanneer je dit wel doet. Bedenk alternatieven voor samen roken als dat doorgaans een moment is om (informele) gesprekken te voeren. Ga bijvoorbeeld samen wandelen, koken of sporten.
- Wees je bewust van je eigen visie op middelengebruik en hoe jij omgaat met verslavende middelen. Praat hierover binnen je eigen team.
- Realiseer je in je contacten met jongeren (en in multidisciplinair overleg over jongeren) dat gedogen of negeren van middelengebruik geen optie is, maar het weigeren van verdere begeleiding of behandeling vanwege middelengebruik ook niet.

- Schakel de verslavingszorg in 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 psychologische symptomen, en/of
  - obstakels bij de huidige reguliere begeleiding of behandeling door het middelengebruik en daaraan verbonden disfunctioneren op verschillende levensgebieden.

## Hoofdstuk 1

# Inleiding



## 1.1 Doel

Deze richtlijn gaat over het omgaan met het gebruik van alcohol, drugs en tabak bij jongeren<sup>1</sup>. Jeugdprofessionals, onder meer werkzaam in de jeugdhulp (inclusief wijkteams, jeugd-GGZ en jeugd-LVB) en/of jeugdbescherming, ervaren knelpunten rond herkenning en diagnostiek van problematisch middelengebruik bij jongeren. Dat blijkt onder meer uit de knelpuntenanalyse die de basis vormt voor de ontwikkeling van deze richtlijn. Middelengebruik onder jongeren 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 andere organisaties. Deze richtlijn gaat in op deze vraagstukken.

De richtlijn geeft jeugdprofessionals aanbevelingen voor het screenen en diagnosticeren van (problematisch) middelengebruik, voor hoe je hier als professional mee omgaat en voor de toeleiding naar passende hulp en ondersteuning. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten, actuele praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van jongeren en ouders. De aanbevelingen geven richting aan de professionele afwegingen die jeugdprofessionals maken.

## 1.2 Doelgroep

De *richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan. De richtlijn richt zich in de eerste plaats op beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals. Zij staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als 'jeugd- en gezinsprofessional', 'pedagoog' of 'psycholoog' en/of zijn BIG-geregistreerd (bijvoorbeeld als GZ-psycholoog). Verder kunnen ook andere professionals die met jongeren en hun ouders werken gebruik maken van de aanbevelingen uit de richtlijn. Met sommige aanbevelingen kunnen alle jeugdprofessionals hun voordeel doen, andere aanbevelingen zijn vooral van toepassing op een geregistreerd beroep. Waar dit onderscheid van belang is, wordt bijvoorbeeld specifiek over 'gedragswetenschappers' (psychologen en pedagogen) dan wel over 'jeugd- en gezinsprofessionals' gesproken.

De richtlijn kan gebruikt worden bij de hulp aan jongeren en ouders die voor het eerst in contact komen met hulpverlening of die een aanvraag doen voor jeugdhulp bij de gemeente, en bij jongeren en ouders die al vaker in contact met de hulpverlening zijn geweest of (ook elders) in behandeling zijn (geweest) en waarbij sprake is van middelengebruik. Daarnaast biedt de richtlijn ook handvatten voor gebruik door jeugdprofessionals bij jongeren en ouders in andere werkvelden (bijv. de jeugdgezondheidszorg, het (speciaal) onderwijs, ervaringsdeskundigen of het jongerenwerk). Over deze richtlijn is ook het document *informatie voor ouders* samengesteld.

<sup>1</sup> Met 'jongeren' bedoelen we jongeren van twaalf tot drieëntwintig jaar (of jonger als er eerder signalen wijzen op middelengebruik). Waar 'jongeren' staat kan ook 'de jongere' worden gelezen, en omgekeerd.



## 1.3 Uitgangsvragen

Deze richtlijn geeft antwoord op de volgende uitgangsvragen:

### 1. Vroegsignalering en diagnostiek

- 1.1 Wat is er nodig om middelengebruik, -misbruik en -afhankelijkheid bespreekbaar te maken met een jongere en diens ouders? Wat is de functie van het gebruik?
- 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?
- 1.3 Welke risico- (met daarbij comorbiditeit) en beschermende factoren voor de ontwikkeling van middelengebruik en -afhankelijkheid dienen bij jeugdprofessionals bekend te zijn? En hoe kunnen zij deze factoren bij een jongere detecteren?

### 2. Zorgtoewijzing en behandeling

- 1.1 Welke normen, op basis van de 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, 2) de GGZ/verslavingszorg dient te worden geconsulteerd, of 3) de GGZ/verslavingszorg ingeschakeld moet worden?
- 1.2 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 jongeren met een verhoogd risico?
- 1.3 Welke bewezen effectieve interventies, waar mogelijk gescheiden naar leeftijdsgroepen en toepasbaar binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, zijn beschikbaar om gebruik en misbruik te verminderen?

### 3. Competenties en samenwerking

- 3.1 Over welke competenties moeten jeugdprofessionals 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 de jongere uit te voeren?
- 3.3 Wat is er nodig om in het gehele traject goed samen te werken met de jongere en het systeem (ouders/verzorgers/school)?

## Bijstelling en herziening van de oorspronkelijke richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nadat de richtlijn in 2016 is uitgebracht, werd informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten waren aanleiding om de richtlijn op een aantal punten aan te vullen en te actualiseren. Hierbij is gebruik gemaakt van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en ervaringskennis.



## Leeswijzer

De *Richtlijn Middelengebruik voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming* (met bijbehorende werkkaarten) is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. De oorspronkelijke richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen, maar bij de herziening in 2023 niet geactualiseerd. Bij de herziening van de richtlijn in 2023 is, als aanvulling op de onderbouwing, een verantwoordingsdocument geschreven. Zie voor een volledig overzicht van de herzieningspunten het verantwoordingsdocument op de website [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

In het volgende hoofdstuk gaan we eerst in op definities van middelengebruik, het waarom van deze richtlijn en de afbakening van het onderwerp. Hoofdstuk 3 gaat in op de beschermende- en risicofactoren voor (problematisch) middelengebruik. In hoofdstuk 4 gaan we in op de beschikbare instrumenten en methodieken voor de signalering, screening en diagnostiek van middelengebruik, -misbruik of -afhankelijkheid. Daarbij schetsen we modellen voor problematisch middelengebruik. Dat is nodig om het gesignaleerde middelengebruik dan wel -misbruik te kunnen interpreteren. Hoofdstuk 5 beschrijft de beschikbare bewezen effectieve preventieprogramma's. Hoofdstuk 6 gaat in op behandelinterventies. In hoofdstuk 7 bespreken we de basishouding en competenties van jeugdprofessionals. Ook besteden we in dit hoofdstuk aandacht aan de organisatie binnen jeugdhulpinstellingen die nodig is om de aanbevelingen uit te kunnen voeren. Elk hoofdstuk eindigt met aanbevelingen.

## Basisteksten

Voor deze richtlijn is een aantal basisteksten van toepassing die voor alle *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* gelden. Deze zijn te vinden op [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

Het gaat om de volgende onderwerpen:

- doelgroep;
- gedeelde besluitvorming;
- diversiteit;
- beschikbaarheid van interventies;
- juridische betekenis van de richtlijnen.

Op deze website is ook een algemene verantwoording van de werkwijze bij de ontwikkeling en herziening van de *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* te vinden.

## Samenhang met andere richtlijnen

Een goede samenwerkingsrelatie tussen de jeugdprofessional en ouders<sup>2</sup> en jongeren is belangrijk. Daarvoor moet het 'klikken' tussen beide partijen. Ga hierover het gesprek aan met de jongere en ouders. Benadruk dat zowel de jongere als ouders het aan mogen geven als zij zich in het contact niet prettig voelen. Zie ook de [richtlijn \*Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming\*](#) en de pagina [Beslissen over hulp | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#)

<sup>2</sup> Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

## Hoofdstuk 2

# Definities, concepten en afbakening

## 2.1 Afbakening

Deze richtlijn gaat niet alleen over het omgaan met 'verslaving', oftewel een stoornis in het gebruik van een (of meerdere) middelen (alcohol, drugs), maar ook over de voorstadia hiervan: van experimenteergedrag tot overmatig en problematisch gebruik. Zie tabel 1.

Tabel 1. Verschillende fasen van verslaving

Fase	Omschrijving
EXPERIMENTEERGEDRAG	Enmalig of incidenteel gebruik. De jongere gebruikt op een feestje, om erbij te horen of uit nieuwsgierigheid. De jongere gebruikt af en toe of een enkele keer.
SOCIAAL/RECREATIEF GEBRUIK	De jongere gebruikt op gepaste gelegenheden en ter ontspanning. Er is geen effect op werk, hobby's of studie.
OVERMATIG EN PROBLEMATISCH GEBRUIK	Frequent en aanzienlijk gebruik, ook op ongepaste momenten. De jongere gebruikt bijvoorbeeld om zich beter te voelen, om niet aan problemen te denken. Het gebruik begint allerlei problemen op te leveren. Zorgen en vragen van de omgeving nemen toe.
AFHANKELIJKHEID/VERSLAVING	De jongere is dagelijks veel bezig met het denken aan of het gebruiken van middelen. Heeft (grote) problemen op het gebied van school, werk, vrienden, relaties, hobby's, gezondheid, et cetera. Gebruiken is de manier geworden om met deze problemen om te gaan. Het lukt niet meer om zelf te stoppen.

Bij problematisch middelengebruik is er nog geen sprake van een stoornis in het gebruik van middelen. Er zijn in deze fase wel signalen en/of symptomen die wijzen op een verhoogd risico op het ontstaan van zo'n stoornis. Bij jongeren die ondersteund worden vanuit de jeugdhulp en jeugdbescherming is gebruik sneller riskant, omdat ze meer risico lopen op verslaving.

Om vast te stellen of het middelengebruik dermate problematisch is dat verdere diagnostiek en monitoring nodig is, wordt gekeken naar:

1. de hoeveelheid middelen en frequentie van het gebruik, rekening houdend met de leeftijd;
2. de motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik (Hendriks et al., 2014). Deze informatiebronnen zijn nodig om te bepalen of verdere acties van de jeugdprofessional nodig zijn (zie hoofdstuk 4).

Deze richtlijn gaat in op verslavingsproblematiek met betrekking tot middelen, en niet op andere type verslaving zoals eet-, gok-, game- of internetverslaving. Het is wel mogelijk dat screening, diagnostiek en interventies van deze andere verslavingen overlap vertonen met stoornissen in het gebruik van middelen. Meer informatie over deze onderwerpen is bijvoorbeeld te vinden op de sites van het Nederlands Jeugdinstituut (*gamen en mediagebruik*), in het kennisdossier van het *Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (eetverslaving, gok-, game- en internetverslaving) en in de *GGZ Standaarden* (eetstoornissen).

## 2.2 Relevantie

Het voorkómen of verminderen van middelengebruik onder jongeren is om verschillende redenen relevant. Vergelijken met andere bevolkingsgroepen zijn jongeren sneller geneigd tot risicogedrag (waaronder middelengebruik). Een van de belangrijkste verklaringen hiervoor is dat de ontwikkeling van de rationele hersengebieden achterloopt ten opzichte van de emotionele hersengebieden. Dit leidt ertoe dat jongeren meer emotionele keuzes maken, en vergeleken met volwassenen minder goed in staat zijn om gevolgen te overzien en hun gedrag te controleren. Daarbij komt dat jongeren hun middelengebruik vaak niet als een probleem zien en daardoor minder snel dan volwassenen geneigd zijn hiervoor hulp te zoeken (SAHMSA, 2006). Verder gaat problematisch middelengebruik bij jongeren, evenals bij volwassenen, vaak samen met een breed scala aan psychische stoornissen. Externaliserende stoornissen, zoals aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en gedragsstoornissen, lijken daarbij vaker bij jongeren voor te komen (Spijkerman et al., 2021). Veel klachten die ontstaan door middelengebruik kunnen door psychische problemen worden veroorzaakt en vice versa. Er is in die gevallen vaak een wisselwerking tussen de psychische problemen en het middelengebruik. Het gebruik van middelen kan bijvoorbeeld psychische problemen maskeren. Kennis van deze wisselwerking kan leiden tot beter en eerder signaleren van middelenproblematiek.

### Gevolgen van middelengebruik voor jongeren

Jongeren lopen ook meer risico door middelengebruik doordat hun lichaam en hersenfuncties nog niet volgroeid zijn. Het gebruiken van middelen op jonge leeftijd kan op korte termijn leiden tot gedragsproblemen en/of concentratiestoornissen. Er zijn aanwijzingen dat alcoholgebruik op jonge leeftijd leidt tot een abnormale en versnelde afname van het volume van grijze stof in de hersenen, welke als functie heeft informatie te verwerken. Hoe de alcoholconsumptie van jongeren zich verhoudt tot cognitief functioneren en schoolprestaties is echter nog onduidelijk (Gezondheidsraad, 2018).

Het roken van sigaretten (evenals vaperen) kent directe nadelige gezondheidsgevolgen, zoals een verhoogd risico op verschillende vormen van kanker, longaandoeningen en hart- en vaatziekten. Evenals alcohol heeft ook het roken van tabak op jonge leeftijd direct invloed op de hersenontwikkeling (Dai et al., 2022). Daarnaast blijkt uit verschillende studies dat roken als 'opstap' kan dienen voor ander middelengebruik (de zogenaamde gateway drug theory). Van de verschillende middelen is het effect van cannabis het meest onderzocht. Hieruit blijkt dat ook cannabis acute effecten heeft op het cognitieve functioneren (geheugen, leervermogen, taalgebruik en het kunnen begrijpen en uitvoeren van complexe, dagelijkse handelingen). Meer informatie over de effecten en risico's van verschillende middelen is op [www.drugsinfo.nl](http://www.drugsinfo.nl) te lezen.

#### Rookvrije omgeving

In de laatste jaren zijn grote stappen gezet om de samenleving rookvrij te maken. Veel organisaties binnen de jeugdzorg/jeugdbescherming zijn rookvrij, wat betekent dat er op locatie niet gerookt mag worden. Dit geldt zowel voor de jongeren als de professionals werkzaam op die locaties. De handreiking *Rookvrij opgroeien voor de JGZ* gaat dieper in op het belang van rookvrij opgroeien en de risico's van meer roken voor jongeren.

Ook op de lange termijn heeft middelengebruik negatieve gevolgen. Hoewel lichamelijke afhankelijkheid (in de zin van tolerantie en onthoudingsverschijnselen) ten gevolge van middelengebruik minder vaak bij jongeren lijkt op te treden dan bij volwassenen (Schramm-Sapyta et al., 2009; Sussman et al., 2008), kan deze wel op latere leeftijd ontstaan. Ook kan middelengebruik leiden tot het ontstaan van depressie, psychische stoornissen of andere gezondheidsschade.

Daarnaast heeft middelengebruik niet alleen negatieve gevolgen voor de gezondheid van de jongere die gebruikt. Er kan ook sprake zijn maatschappelijke of sociale schade door alcohol- en drugsgebruik. Denk hierbij aan schade zoals (geluids)overlast, vandalisme of agressie. Het kan mede daardoor leiden tot verstoring van sociale relaties (Hammink et al., 2012).

## 2.3 Prevalentie middelengebruik onder jongeren

Over de omvang van middelengebruik onder jongeren is in Nederland alleen gefragmenteerd onderzoek beschikbaar waarin verschillende doelgroepen, middelen en leeftijdscategorieën zijn onderzocht. Onderzoek laat verder zien dat jongeren die te maken krijgen met de jeugdhulp/jeugdbescherming of speciaal onderwijs volgen mogelijk kwetsbaarder zijn voor middelengebruik. Specifiek jongeren met een LVB lijken door middelengebruik vaker in de problemen te komen dan jongeren zonder een LVB (Van Duijvenbode et al., 2019; Hammink et al., 2012; McGillicuddy, 2006; Van der Nagel et al., 2012). Daarnaast wordt vaak pas in een later stadium hulp gezocht dan bij jongeren zonder een LVB (Mutsaers et al., 2007).

### Middelengebruik in de residentiële jeugdzorg

In de residentiële jeugdzorg rookt ruim een kwart (26%) van de jongeren dagelijks. Dit is een veel grotere groep dan in het reguliere onderwijs, waar 2% dagelijks rookt. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de vergelijking enkel te maken is voor twaalf- tot en met vijftienjarigen, omdat de groep zestien- en zeventienjarige scholieren uit het landelijke scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (Möhle et al., 2021). Verder heeft ruim de helft (52%) van de jongeren ooit cannabis gebruikt, vergeleken met 8% van de jongeren in het reguliere onderwijs. Ook voor middelen zoals ecstasy, cocaïne, amfetamine, lachgas e.d. ligt het percentage jongeren dat deze middelen ooit heeft gebruikt hoger in de residentiële jeugdzorg dan in het reguliere onderwijs. De verschillen zijn een stuk kleiner wanneer enkel gekeken wordt naar gebruik in de laatste maand.

### Middelengebruik in Jji's

Ook in Justitiële Jeugdinstellingen (Jji's) blijkt het gebruik hoger te liggen dan in het reguliere onderwijs. De meest recente (gepubliceerde) cijfers zijn afkomstig uit 2009. Hieruit blijkt dat van de dertien- en veertienjarige jongens ruim de helft (54%) hasj of wiet had gerookt in de maand voorafgaand aan een verblijf in een Jji. Dat is twaalf keer zoveel als in het reguliere onderwijs. Ook bij oudere jongens lag het gebruik hoger onder de Jji-groep dan onder het reguliere onderwijs (62% onder vijftien- en zestienjarigen en 70% onder zeventien- en achttienjarigen). Verder bleek dat het merendeel van de jongens (65%) minimaal éénmaal cannabis gebruikte tijdens hun verblijf in een Jji (Kepper et al., 2009).

## 2.4 Belang van vroegsignalering

Hoe eerder en hoe meer een jongere gebruikt, hoe groter de kans op middelenproblematiek later in het leven. Preventie en vroegsignalering van middelengebruik zijn van belang om persoonlijke en sociale schade van problematisch middelengebruik te voorkomen of te verhelpen. Een selectieve of geïndiceerde preventieve interventie werkt minder goed wanneer de jongere tijdens de behandeling blijft gebruiken. Als de interventie onvoldoende werkzaam blijkt, dient tijdig doorverwezen te worden naar behandeling. In hoofdstuk 6 gaan we hier verder op in.

## 2.5 Omgang met middelengebruik

Bij de ontwikkeling en herziening van deze richtlijn zijn diverse bijeenkomsten met verschillende doelgroepen (jeugdprofessionals, ouders, jongeren en experts uit het veld) belegd om knelpunten met betrekking tot middelengebruik van jongeren in de jeugdhulp en jeugdbescherming te bespreken. In 2016 kwam uit deze bijeenkomsten de term 'handelingsverlegenheid' naar voren. Enerzijds is er handelingsverlegenheid omdat jeugdprofessionals niet weten wanneer 'normaal experimenteergedrag' overgaat in problematisch gebruik. Anderzijds draagt ook de visie van professionals op het gebruik van middelen en het eigen middelengebruik bij aan handelingsverlegenheid. Hoofdstuk 7 gaat hier verder op in.

### Omgang met middelengebruik in een residentiële setting

Middelengebruik blijkt lastig te hanteren. Beleid is vaak alleen gericht op beheersing van het gebruik; het stellen en handhaven van regels wordt als lastig ervaren. In sommige residentiële voorzieningen is blowen dermate gangbaar dat handhaving van een drugsvrij milieu zeer moeilijk is.

Ook schiet het behandelen van problematisch middelengebruik (risicovol gebruik of verslaving) er vaak bij in. Bij jongeren binnen de residentiële jeugdhulp vragen veelal andere problemen als eerste om aandacht, zoals agressie, depressie, criminaliteit, complexe gezinsproblematiek, problemen op school et cetera. Daarnaast wordt niet altijd rekening gehouden met de wisselwerking die er kan zijn tussen deze problemen en het middelengebruik.

De conclusie is dat (risicovol) middelengebruik en verslaving vaak onvoldoende besproken en behandeld worden (Möhle et al., 2021). Het gevolg hiervan is een vergroot risico op (ernstiger) verslaving of een verstoorde ontwikkeling. Wanneer eenmaal een probleem met middelengebruik is vastgesteld, dan is het bovendien niet eenvoudig om in te grijpen.

Een van de doelen van deze richtlijn is daarom het verminderen van de handelingsverlegenheid. De richtlijn helpt jeugdprofessionals problematisch middelengebruik te herkennen en geeft aan welke interventies het middelengebruik kunnen verminderen.

## 2.6 Uitgangspunten van de richtlijn

Uitgangspunten van de richtlijn zijn:

- de jeugdprofessional nodigt ouders en jongere uit tot samenwerking en betreft hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming. In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jongere;



- ouders en jongere kunnen pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De professional bespreekt de relevante punten uit de richtlijn uitvoerig met ouders en jongere en wijst hen op het bestaan van de cliëntversie;
- middelenproblematiek bij een jongere dient integraal, dat wil zeggen, in samenhang met andere problemen, te worden voorkómen en behandeld;
- bij de preventie en behandeling van middelenproblematiek staan de jongere en het systeem rond de jongere centraal;
- de richtlijn is bedoeld voor alle settings (ambulant, residentieel, justitieel en vrijwillig kader). Primair is de richtlijn bedoeld voor jeugdprofessionals werkzaam binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, maar de richtlijn kan ook (deels) worden benut door andere professionals die werken met jeugd.



## Hoofdstuk 3

# Risico- en beschermende factoren



Dit hoofdstuk gaat in op de vraag welke risico's en welke beschermende factoren bij jeugdprofessionals bekend moeten zijn als het gaat om het ontwikkelen van problematisch middelengebruik. Hoe komen zij deze factoren bij individuele jongeren en hun omgeving op het spoor?

### 3.1 Risico- en beschermende factoren

De minimumleeftijd waarop jongeren alcohol, tabaksproducten, dampwaren, kruidenrookproducten en softdrugs in coffeeshops mogen kopen is vastgesteld op achttien jaar. Hiermee geeft de overheid een duidelijk signaal af dat gebruik van middelen (met name voor jongeren) gezondheidsrisico's met zich meebrengt.

Er blijken talloze risico- en beschermende factoren een rol te spelen bij het ontwikkelen van problematisch middelengebruik bij jongeren. Bij jongeren die te maken krijgen met jeugdhulp/ jeugdbescherming zijn de risicofactoren voor problematisch middelengebruik in ruime mate aanwezig, waarbij risicofactoren en middelengebruik elkaar onderling versterken. Bekende risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik in jongeren zijn onder meer (Lipari et al., 2018; Low et al., 2012; Snoek et al., 2010):

Op individueel niveau:

- gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit;
- oppositioneel opstandig of antisociaal gedrag;
- andere psychische problemen, zoals angst, traumatisering en depressie;
- lichte verstandelijke beperking (LVB);
- op jonge leeftijd (aan het begin van de adolescentie of eerder) gestart met middelengebruik (waaronder ook tabak);
- contact hebben (gehad) met residentiële hulp<sup>3</sup>;
- negatieve levensgebeurtenissen (verhuizing, scheiding, verlies van ouder enzovoort);
- zoekende naar identiteit (met betrekking tot gender, seksuele oriëntatie enzovoort) (Gower et al., 2018; Newcomb et al., 2020);
- genetische belasting;
- een traumatische voorgeschiedenis (Simmons & Suárez, 2016);
- persoonlijkheidskenmerken die een risicofactor kunnen vormen voor het ontstaan van problematisch middelengebruik. Denk aan jongeren die zich hopeloos voelen of graag sensatie zoeken. Daarnaast zijn een hoge mate van extraversie en nieuwsgierigheid naar of openstaan voor nieuwe dingen risicofactoren;

Op gezinsniveau:

- disfunctionerend gezin;
- ouders of broer(s)/zus(sen) met verslavingsproblemen;

<sup>3</sup> Deze samenhang heeft te maken met de kwetsbaarheid van de doelgroep: jongeren die in aanraking komen met residentiële hulp lopen een groter risico op middelenproblematiek vanwege de aanwezigheid van risicofactoren. Maar het in aanraking komen met middelengebruik in deze settings werkt middelengebruik bij deze kwetsbare jongeren ook in de hand.

Op het niveau van school:

- schoolgerelateerde problemen (spijbelen, gedrag in klas, leerachterstand);
- onderwijs volgend op scholen met een hoog risico (scholen voor jongeren met (gedrags) problematiek);

Op maatschappelijk niveau:

- armoede;
- gebrekkige sociale controle;
- normalisering van middelengebruik;
- nabijheid van leeftijdgenoten die middelen gebruiken;
- woonachtig in residentiële jeugdzorg.

Deze risicofactoren 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 meerdere risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn. Uit talloze studies blijkt dat de cumulatie van risico's de kansen op allerlei problemen aanzienlijk verhoogt. Zijn er vier risicokenmerken aanwezig, dan vertienvoudigt de kans op het ontstaan van problemen. De achterliggende theorie van het Cumulatieve Risicomodel 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).

Beschermende factoren, of factoren die de kwetsbaarheid van individuen verminderen, zijn kenmerken die het effect van bestaande risicofactoren compenseren of opvangen. Ze maken jongeren minder kwetsbaar voor bijvoorbeeld het ontwikkelen van een probleem met middelen. Enkele voorbeelden van beschermende factoren op verschillende niveaus zijn:

- op individueel niveau: gebalanceerd temperament, vermogen tot zelfregulering, goede pro-sociale vaardigheden;
- op gezinsniveau: hechting met verzorgers, duidelijke grenzen door en afspraken met ouders, kwalitatief goede opvoeding;
- op het niveau van school: ruime aandacht voor ontwikkeling om eigen beslissingen te maken te beslissen en om problemen op te lossen;
- op maatschappelijk niveau: positieve samenlevingsnormen (EMCDDA, 2019), duidelijke regelgeving over prijs en beschikbaarheid (dat is in veel mindere mate mogelijk voor drugs dan voor alcohol en tabak).

Een goede en toegankelijke infrastructuur voor preventie en voor samenwerking tussen organisaties als onderwijs, zorg en welzijn is een beschermende factor voor zowel middelenproblematiek als psychische problemen (EMCDDA, 2019; Postma, 2008).

### **Uitgelicht: Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO)**

OKO (voorheen het IJslandse preventiemodel) is een wetenschappelijk onderbouwde omgevingsbenadering om middelengebruik onder jongeren te voorkomen. Het model is gericht op het implementeren van beleidsmaatregelen en lokale interventies die risicofactoren voor middelengebruik verminderen, en beschermende factoren versterken binnen de domeinen gezin, peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school, en vrije tijd.

*[Lees meer over OKO.](#)*

## **3.2 Psychische problemen als risicofactoren voor de ontwikkeling van problematisch middelengebruik**

De hoge prevalentie van comorbide aandoeningen betekent dat altijd de aanwezigheid van problematisch middelengebruik moet worden onderzocht bij gebleken psychische of gedragsproblemen, en omgekeerd.

In paragraaf 2.2 is beschreven dat veel klachten die ontstaan door middelengebruik door psychische problemen kunnen worden veroorzaakt en vice versa, en dat er in die gevallen vaak een wisselwerking tussen de psychische problemen en het middelengebruik is.

De psychiatrische comorbiditeit onder jongeren die door hun problematische middelengebruik in aanraking komen met de jeugdverslavingszorg is erg hoog: uit een internationale systematische review (Armstrong & Costello, 2002) blijkt dat 60% van de jongeren met een stoornis in het middelengebruik een psychische stoornis heeft. Uit onderzoek blijkt dat 24% van de jongeren in de verslavingszorg ook ADHD heeft (Emmerik et al., 2012). Köck en anderen (2022) concluderen in een beschrijvende review dat persoonlijkheidsstoornissen, ADHD en affectieve stoornissen in jongeren het vaakst samengaan met stoornissen in het gebruik van een middel. De relatie gaat ook de andere kant op, is complex en hangt samen met veel factoren. Spaedy en anderen (2020) noemen angststoornissen en depressie als de meestvoorkomende comorbide stoornissen bij jongeren die middelen gebruiken, maar concluderen ook dat zulke comorbide stoornissen vaak onvoldoende gesignaleerd worden. Daarnaast is er ook een duidelijk verband tussen trauma en middelengebruik (Basedow et al., 2020; Simmons & Suárez, 2016).

Er is vooralsnog weinig bekend over de relatie tussen (zwaar) middelengebruik en psychische problematiek onder adolescenten en jongvolwassenen. Het Youth In Transition (YIT) onderzoek tracht hier meer over in kaart te brengen. Dit longitudinale onderzoek kijkt onder andere naar (de voorspellers van) middenstoornissen en comorbide psychische problematiek.

De resultaten zijn nog niet bekend, maar zullen te zijner tijd terug te vinden zijn via [www.youthintransition.nl](http://www.youthintransition.nl).

Uit een Nederlands onderzoek (Couwenbergh, 2009) naar de prevalentie van het samengaan van zwaar middelengebruik met psychische problemen onder adolescenten en jongvolwassenen (12-23 jaar) blijkt dat 33,7% psychische problemen of problemen in het

middelengebruik rapporteert. Hiervan geeft 14,4% aan zwaar<sup>4</sup> middelen te gebruiken, 15,5% geeft aan psychische problemen te ervaren. Van deze adolescenten en jongvolwassenen rapporteert 3,8% het gelijktijdig voorkomen van psychische problemen en zwaar middelengebruik. Deze 3,8% is bijna twee keer zo hoog als op basis van kans verwacht kan worden. Dit suggereert dan ook een causale relatie tussen psychische problemen en zwaar middelengebruik.

## Aanbevelingen

- Neem kennis van de risicofactoren en beschermende factoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik.
- Ga na of er naast het middelengebruik ook andere (risico)factoren meespelen die het risico op de ontwikkeling van problematisch middelengebruik vergroten.
- Onderzoek altijd de aanwezigheid van problematisch middelengebruik als er sprake is van psychische problemen of gedragsproblemen, en omgekeerd.

4 Zwaar middelengebruik werd in dit onderzoek als volgt gedefinieerd.

Bij roken: meer dan 10 sigaretten per dag;

Bij alcoholgebruik: binge drinking (5 of meer glazen alcohol per gelegenheid) bij minimaal 7-8 gelegenheden gedurende de afgelopen maand en in de afgelopen twee weken op minstens 3-4 gelegenheden;

Bij cannabisgebruik: bij minimaal 5-6 gelegenheden gedurende de afgelopen maand;

Bij harddruggebruik (XTC, speed, cocaïne, heroïne, LSD): in de afgelopen maand minimaal 1 keer.





## Hoofdstuk 4

# Screening en diagnostiek



## 4.1 Screening en diagnostiek

In dit hoofdstuk worden hulpmiddelen aangeboden om de handelingsverlegenheid rond middelengebruik te doorbreken. Het is belangrijk om altijd het eigen professionele oordeel te laten meewegen en bij twijfel advies van deskundigen (van binnen of buiten je organisatie) in te roepen.

Het belangrijkste element is uiteraard het gesprek met de jongere en het systeem zelf, maar in het gesprek kan gebruik gemaakt worden van de beschreven instrumenten.

### Instrumenten

Er zijn verschillen tussen screeningsinstrumenten en instrumenten voor verdere diagnostiek. Het gaat dan om het moment van inzetten, het doel en de reikwijdte. Verschillende instrumenten vragen dus een verschillende (tijds)investering en verschillende professionals die een instrument kunnen gebruiken.

#### *Een screeningsinstrument:*

- is snel en gemakkelijk af te nemen,
- vereist geen specifieke training of uitgebreide instructie,
- kan door alle jeugdprofessionals worden afgenomen,
- kan in alle onderdelen van jeugdzorg en jeugdhulp worden ingezet,
- wordt afgenomen op het moment dat er een vermoeden is van middelengebruik, of standaard als onderdeel van de intake in groepen die een verhoogde kans hebben op problematisch middelengebruik,
- heeft als doel om na te gaan of een gesprek over het middelengebruik aangewezen is,
- leidt niet tot een diagnose.

#### *Een diagnostisch instrument:*

- vraagt meer afnametijd,
- vereist meestal een training of uitgebreide instructie in afname,
- wordt meestal afgenomen door specifieke professionals,
- wordt in de meeste gevallen afgenomen binnen de GGZ en verslavingszorg, maar kan ook door een daartoe bevoegd en bekwame gedragswetenschapper binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming worden afgenomen,
- leidt tot diagnostiek van een stoornis.

## 4.2 Signaleren en bespreekbaar maken

Screening en diagnostiek worden voorafgegaan door het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik. Signaleren en het gesprek aangaan is een taak van alle jeugdprofessionals, inclusief het onderwijs. Daarnaast heeft ook het systeem om de jongere heen hier een belangrijke rol in. Om het systeem te ondersteunen, maar ook zelf middelengebruik te signaleren en bespreekbaar te maken, dient de jeugdprofessional vanaf het eerste gesprek middelengebruik als gespreksonderwerp te introduceren en te signaleren door:

- in ieder gesprek ruimte te maken het hierover te hebben, zonder dat het een 'verplichting' is,
- zich bewust te zijn van het feit dat jongeren vaak geen hulp willen en hun middelengebruik ontkennen en/of bagatelliseren,





- ouders te ondersteunen in het signaleren van middelengebruik van hun kind, en het omgaan daarmee,
- middelengebruik structureel als onderwerp op de agenda te zetten,
- ouders gespreksvaardigheden aan te leren om middelengebruik op een open en niet-veroordelende manier ter sprake te brengen.

## Diversiteit

Als je in gesprek gaat met jongeren en hun ouders is het van belang om rekening te houden met diversiteit. Het kan gaan om gezinnen met een migratieachtergrond, maar ook aspecten als gender, culturele en politieke aannames, opvattingen en overtuigingen kunnen van invloed zijn op de manier waarop gesprekken rond middelengebruik verlopen. Er kan bijvoorbeeld een taboe heersen op (sommige vormen van) middelengebruik, de openheid tussen ouders en kinderen kan anders zijn dan gedacht of er kunnen communicatieproblemen door taalverschillen ontstaan. Hierbij is het belangrijk om eerst aan vertrouwen te werken, en daar extra tijd voor te nemen. Probeer helder te krijgen van de verwachtingen van ouders zijn en wees je bewust van je eigen aannames en verwachtingen. Er zijn nauwelijks middeleninterventies die specifiek gericht zijn op diversiteit, maar in de communicatie dient er altijd aandacht voor te zijn.

## Stoplichtmodel

Het Stoplichtmodel is een signaleringshulpmiddel dat onder andere is ontwikkeld door de jeugdverslavingszorg (Tactus). Het model beschrijft drie kleurcodes die de ernst van het middelengebruik weergeven en de bijbehorende preventie- of hulpverleningstrajecten. Ook worden risico's in het systeem ingeschat.

---

Dit stoplichtmodel is als volgt in te vullen:

**Groen** Het gebruik overschrijdt de leeftijdsgebonden normen niet.

**Oranje** Het gebruik overschrijdt de leeftijdsgebonden normen.

**Rood** De jongere heeft een stoornis in het gebruik van middelen.

---

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

### Groen

In de begeleiding van jongeren die onder het groene stoplicht vallen, speelt positieve feedback een belangrijke rol. Bij motiverende gespreksvoering komt vooral naar voren wat een jongere wil bereiken en hoe middelengebruik deze doelen in de weg kan staan. Jongeren worden voorgelicht over de verschillende aspecten van middelengebruik door middel van folders, websites en groepsvoorlichting. Gebruik bijvoorbeeld de *richtlijn Verslavingspreventie binnen het onderwijs* (Lammers et al, 2019).

### Oranje

Bij jongeren met een oranje stoplicht, besteed je in de individuele begeleiding expliciet aandacht aan het middelengebruik. Door middel van motiverende gespreksvoering ga je met jongeren

op zoek naar argumenten om het middelengebruik te veranderen. Je raadpleegt hier altijd een verslavingsdeskundige voor de inzet van geïndiceerde preventie. Ook deze jongeren worden voorgelicht over de verschillende aspecten van middelengebruik door middel van folders, websites en groepsvoorlichting. Kijk op [jeugdverslavingszorg.nl](http://jeugdverslavingszorg.nl) voor voorbeelden hiervan.

### Rood

Bij het rode stoplicht stuur je aan op behandeling door de verslavingszorg. Jongeren die het rode stoplicht krijgen vertonen een ernstig disfunctioneren op verschillende levensdomeinen. Vaak moet je jongeren tot zo'n behandeling stimuleren. In de individuele begeleiding is behandeling door de verslavingszorg dan ook expliciet onderwerp van gesprek. Voor deze jongeren raadpleeg je altijd een verslavingsdeskundige. Ook deze jongeren worden voorgelicht over de verschillende aspecten van middelengebruik door middel van folders, websites en groepsvoorlichting.

---

## 4.3 Screenen op middelengebruik

Zoals eerder beschreven is de afname van een screeningsinstrument een eerste stap in het bepalen of een jongere middelen gebruikt en zo ja, in welke mate dat gebruik problemen oplevert. Een screeningsinstrument neemt niet de plaats van een gesprek in. Een open gesprek met de jongere (en het systeem) blijft altijd nodig. Een screeningsinstrument of de vragen uit het instrument kunnen tijdens gesprekken gebruikt worden, zeker als de jeugdprofessional niet erg ervaren is op dit gebied.

### Wanneer is screenen aan de orde?

Hoe eerder een jongere start met middelengebruik, hoe schadelijker, en hoe sterker het allerlei gedragsproblemen en de ontwikkeling van problematisch middelengebruik voorspelt. Dat geldt ook voor tabak (Dai et al., 2022).

Bij kinderen tot en met twaalf jaar wordt daarom elk gebruik van alcohol, tabak of andere drugs als een aanleiding voor het bespreken van en screenen op middelengebruik beschouwd. Maar ook voor jongeren in de vroege adolescentiefase kan (ook incidenteel) gebruik van een middel negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling en mogelijk een indicatie zijn van probleemgedrag.

Bij jongeren van twaalf tot en met vijftien jaar is roken een risicofactor en dient de jeugdprofessional te bespreken of er sprake is van ander middelengebruik of andere problemen. Dat moet in de brede zin, maar is nog belangrijker wanneer jeugdhulp/jeugdbescherming betrokken is. Dit vanwege de opeenstapeling van risicofactoren bij deze doelgroep. Daarbij is motiverende gespreksvoering (zie hoofdstuk 5) een basiscompetentie voor jeugdprofessionals.

### Screeningsinstrumenten

Er is een groot aantal screeningsinstrumenten beschikbaar. Geen enkel instrument is echter duidelijk als voorkeursinstrument uit onderzoek naar voren gekomen. Daarom volgen we in deze richtlijn het advies van de *richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (Hendriks, et al 2014), de *Multidisciplinaire Richtlijn Drugs* (niet-opioiden) (Hendriks et al, 2019) en de

*Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol* (herziening 2022/2023) wat betreft screeningsinstrumenten voor adolescenten. Voor screeningsinstrumenten gericht op een specifiek middel verwijzen we naar de betreffende richtlijnen.

De genoemde richtlijnen adviseren de onderstaande screeningsinstrumenten. De keuze voor een specifiek screeningsinstrument is afhankelijk van de beschikbare tijd en het gewenste niveau van detail van de informatie.

Screeningsinstrumenten kunnen ook in aanvulling op elkaar gebruikt worden. De SMA en de CRAFFT worden bijvoorbeeld samen aanbevolen (Hendriks et al., 2014).

Naam	Volledige naam	Overwegingen
<b>CAGE-AID</b>	CAGE Questions Adapted to Include Drugs	Geen informatie over specifieke middelen; korte afnameduur
<b>CRAFFT</b>	Beginletters vragen vormen samen CRAFFT	Informatie over motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik; geen informatie over specifieke middelen; korte afnameduur
<b>SMA</b>	Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten	Informatie over frequentie en hoeveelheden; langere afnameduur
<b>READY</b>	De Risk Evaluation of Alcohol and Drug use in Youth	Gebaseerd op de SMA; kortere afnameduur; drempelwaarden zijn nog niet zijn gevalideerd en moeten worden beschouwd als handvatten
<b>SumID-Q</b>	Substance use and misuse in Intellectual Disability - Questionnaire	Informatie over kennis, attitude, omgevingsgebruik, eigen gebruik, gevolgen van gebruik en veranderingsbereidheid; lange afnameduur; training noodzakelijk

### CAGE-AID

De CAGE-Questions Adapted to Include Drugs (CAGE-AID; Brown & Rounds, 1995) komt voort uit de CAGE en omvat vragen over alcohol en drugs. Voordeel is dat er kan worden gescreend op het samengaan van alcohol en drugsgebruik. Doel is om te achterhalen of er een probleem zou kunnen zijn. De vragen zijn het meest effectief wanneer ze gebruikt worden als onderdeel van een meer algemene anamnese en mogen niet worden voorafgegaan door vragen hoeveel of hoe vaak de patiënt drinkt of drugs gebruikt.

### CRAFFT

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. De CRAFFT (Knight et al., 1999; Knight et al., 2003; Nederlandse vertaling Hendriks et al., 2014) wordt in een mondeling gesprek afgenomen. Omdat de hulpverlener het vertrouwen van de jongere moet winnen, zijn de ouders niet bij dit gesprek aanwezig. Met de jongere wordt de vertrouwensrelatie besproken, en wordt afgesproken wat de jongere zelf aan ouders vertelt. De CRAFFT is speciaal ontwikkeld voor afname bij jongeren en informeert naar de motieven, omstandigheden en gevolgen van het alcohol- en drugsgebruik. De CRAFFT verzamelt geen informatie waarmee de aard en omvang van het feitelijke middelengebruik in kaart gebracht kan worden.

Tabel 2. CRAFFT screeningsinstrument (Knight et al., 1999; Knight et al., 2003; Nederlandse vertaling Hendriks et al., 2014)

Heb je ooit in een auto of op een brommer of scooter gezeten die bestuurd werd door iemand (inclusief jijzelf) 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

## SMA

De Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA, Hendriks et al., 2014) stelt de omvang van het gebruik vast (zie tabel 4.2.1). 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 gevraagd naar het gebruik in de voorafgaande twee maanden. De SMA kan zowel door de jongere zelf ingevuld worden als tijdens een gesprek met de behandelaar worden afgenomen.

Tabel 3. Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) (Hendriks et al., 2014)

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



Onderstaande drempelwaarden (tabel 4) zijn gebaseerd op de SMA. De SMA is doorontwikkeld naar een nieuw instrument, de Risk Evaluation for Alcohol and Drug use in Youth (READY). De READY is op aanvraag verkrijgbaar via de website [www.jeugdverslavingszorg.nl](http://www.jeugdverslavingszorg.nl) van Verslavingskunde Nederland (VKN) en via de website van het *Parnassia Addiction Research Centre (PARC)*.

De Risk Evaluation of Alcohol and Drug Use in Youth (READY) verschilt in de volgende opzichten van de SMA:

- het middelengebruik wordt uitgevraagd voor de afgelopen 4 weken geteld in 0-28 dagen in plaats van 0-30 dagen;
- de READY is korter dan de SMA en vraagt alleen naar het middelengebruik van de afgelopen 4 weken en niet meer naar het middelengebruik in de 4 weken daarvoor;
- de READY kan worden afgenomen met een aanvullende screeningsvraag zodat jongeren die niks gebruiken niet alle vragen hoeven te beantwoorden;
- de drempelwaarden van de SMA zijn ook van toepassing op de READY. Deze zijn echter nog niet gevalideerd en moeten worden beschouwd als handvatten. Het is van belang dat het gebruik van de SMA/READY altijd worden aangevuld door een gesprek met de jongere.

Tabel 4. Drempelwaarden voor verdere diagnostiek en behandeling van alcohol en drugs (Hendriks et al., 2014)<sup>[\*]</sup>

<b>Kinderen/adolescenten tot en met 12 jaar</b>
Elk gebruik van alcohol, tabak, cannabis of andere drugs wordt, ongeacht de frequentie en hoeveelheid, als risicovol beschouwd.
<b>Adolescenten 13 tot en met 15 jaar (vragen betreffen afgelopen maand)</b>
<p><i>Alcohol:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de jongere heeft op 5 of meer dagen 1-2 glazen alcohol gedronken (vraag 2) en/of:</li> <li>- de jongere heeft op 3 of meer dagen 3 of meer glazen gedronken (optelsom vragen 3+4) en/of:</li> </ul> <p><i>(cannabis:)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de jongere heeft op 3 of meer dagen cannabis gebruikt (vraag 6) en/of:</li> </ul> <p><i>(overige drugs:)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de jongere heeft op 1 of meer dagen andere drugs gebruikt (vraag 7).</li> </ul>
<b>Adolescenten 16 jaar en ouder (vragen betreffen afgelopen maand)</b>
<p><i>Alcohol:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de jongere heeft op 12 of meer dagen 1-2 glazen alcohol gedronken (vraag 2) en/of:</li> <li>- (jongens:) de jongere heeft op 9 of meer dagen 3-4 glazen gedronken (vraag 3) en/of:</li> <li>- (jongens:) de jongere heeft op 5 of meer dagen 5 of meer glazen gedronken (vraag 4);</li> <li>- (meisjes:) de jongere heeft op 5 of meer dagen 3 of meer glazen gedronken (optelsom vragen 3+4) en/of:</li> </ul> <p><i>(cannabis:)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de jongere heeft op 5 of meer dagen in de maand cannabis gebruikt (vraag 6) en/of:</li> </ul> <p><i>(overige drugs:)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de jongere heeft op 2 of meer dagen andere drugs gebruikt (vraag 7).</li> </ul>

[\*] Het overheidsbeleid is gericht op het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren. Hiertoe is de minimumleeftijd voor het kunnen kopen en het in het openbaar bezitten van alcoholische dranken per 1 januari 2014 verhoogd van zestien naar achttien jaar.

## SumID-Q

Voor de screening van middelengebruik bij volwassenen en jongeren met een LVB is de SumID-Q ontwikkeld. In tegenstelling tot de andere screeningsinstrumenten zijn aan de afname van de SumID-Q kosten verbonden, voor de aanschaf van een handleiding, scoreformulieren en de benodigde materialen voor afname (plaatjes van middelen, pictokaarten, middelenoverzicht). De SumID-Q bestaat uit een vragenlijst die in kaart brengt:

- welke psychoactieve stoffen de jongere kent;
- hoeveel diegene ervan weet, en wat diegene ervan vindt;
- wat er in diens omgeving wordt gebruikt;
- wat diegene 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 een LVB, maar uit ervaringen van experts in de werkgroep blijkt dat de lijst ook voor jongeren of mensen met een iets lager of hoger intelligentieniveau 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 ook bedoeld voor het screenen van alle jongeren die in zorg zijn.

## Na afname van een screeningsinstrument

Na afname van een of meerdere screeningsinstrument(en) wordt nagegaan of het gebruik van de jongere op grond van de antwoorden als risicovol of problematisch kan worden beschouwd. Het kan voorkomen dat de uitkomst van een screeningsinstrument negatief is, maar de professional toch zorgen heeft over de jongere wat betreft middelengebruik of dat hier wel degelijk signalen voor zijn.

Om te bepalen of er sprake is van risicovol gebruik – dat wil zeggen gebruik waarvoor een interventie geïndiceerd is – moeten hulpverleners niet alleen de resultaten van de beschreven vragenlijsten meewegen, maar ook hun deskundig oordeel. Een instrument is namelijk nooit in staat met 100% zekerheid (dreigende) problemen met het gebruik van middelen aan te tonen. Het is belangrijk om deze professionele inschatting serieus te nemen. Denkt de jeugdprofessional dat er van risicovol gebruik sprake is, dan kan deze toch de vervolgstappen in gang zetten en het onderwerp blijven aankaarten.

Scoort een jongere op één of meerdere instrumenten boven één of meer drempelwaarden, dan moet een gedragswetenschapper, arts of psychiater met verslavingsdeskundigheid worden ingeschakeld. Dit kan ook een extern persoon zijn. Die kan de situatie verder beoordelen aan de hand van de DSM-criteria, waarbij de vaardigheden van de jongere, systeemaspecten en dergelijke worden meegewogen bij het stellen van een uiteindelijke verslavingsdiagnose (zie volgende paragraaf). Ook wordt in die gevallen spoedig nogmaals het middelengebruik besproken aan de hand van de SMA en CRAFFT.

## Drempelwaarden

Op 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 antwoorden.



De hierbij te hanteren drempelwaarden zijn dan ook onvermijdelijk voornamelijk gebaseerd op *common sense* overwegingen. Het is enerzijds van belang om zo min mogelijk jongeren 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 jongere als zodanig kan worden ervaren – als er sprake is van voldoende substantieel gebruik (hetgeen pleit voor niet te lage drempelwaarden).

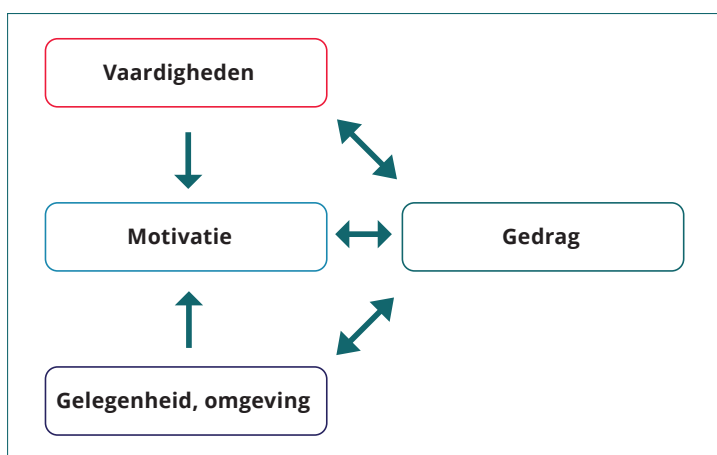
## 4.4 Analyse van het middelengebruik, aangrijpingspunten voor interventies

### Model van (verslavings)gedrag

Uit het hieronder gepresenteerde model volgt dat aangrijpingspunten voor het inzetten van interventies te vinden zijn in:

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

Figuur 4.3.1 toont een model van gedrag, COM-B (West, 2013). Dit model laat zien hoe gedrag op basis van drie noodzakelijke condities ontstaat.



Figuur 4.3.1 Model van gedrag (COM-B)<sup>5</sup>

Uitgaande van dit model worden middelengebruik en de ontwikkeling van problemen daarmee 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). Bronfenbrenner (1979, 1994) heeft deze rol nader uitgewerkt. Volgens het ecologiemodel hangt gedrag mede af van de omgeving waarin iemand leeft, oftewel de

<sup>5</sup> 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).

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 jongere 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.

### Na het inzetten van een screeningsinstrument

Zoals in dit hoofdstuk al is aangegeven, is het belangrijk dat middelengebruik bij jongeren en hun systeem een onderwerp van gesprek is en blijft. In de onderstaande tabel is uitgewerkt op welke vragen jeugdprofessionals antwoord proberen te krijgen in gesprekken met jongeren en hun ouders. Deze vragen hebben plaats ná de afname van een screeningsinstrument, als duidelijk is geworden dat de jongere middelen gebruikt. Niet alle vragen zijn op elke jongere van toepassing. De antwoorden geven een leidraad voor een verdere analyse van het gedrag.

Tabel 5. Vragenlijst Analyse (verandering in) Middelengebruik

<b>Vaardigheden</b>	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?
<b>Gelegenheid, omgeving</b>	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)?
<b>Motivatie</b>	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.
Behoeftbevredestiging 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 ontwenningverschijnselen 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?

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





## Werken aan motivatie

In de jeugdhulpverlening wordt de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci (2017) veel gebruikt als basistheorie voor interventies en begeleiding. De zelfdeterminatietheorie wordt daarbij gecombineerd met motiverende gespreksvoering. De concepten overlappen deels, maar vullen elkaar vooral goed aan (Patrick & Williams, 2012). Ook ligt de zelfdeterminatietheorie dicht aan tegen het hiervoor geschetste Model van gedrag (COM-B).

De zelfdeterminatietheorie gaat ervan uit dat intrinsieke motivatie (dat wilt zeggen: motivatie die vanuit de persoon zelf komt) afhankelijk is van de vervulling van drie basisbehoeften. Dat zijn: competentie, autonomie en verbondenheid. Ieder mens heeft deze basisbehoeften. De behoefte aan competentie gaat om het gevoel de capaciteiten te hebben om goed te kunnen functioneren. De behoefte aan autonomie gaat om de controle om zelf keuzes te maken en tot op zekere hoogte zelfstandig te kunnen handelen. De behoefte aan verbondenheid gaat om geaccepteerde en gewaardeerde relaties met anderen.

Volgens de zelfdeterminatietheorie ontstaat extrinsieke motivatie vanuit een externe bron, zoals een beloning of straf. Volgens Ryan en Deci (2017) kan extrinsieke motivatie de intrinsieke motivatie tegenwerken. Wanneer iemand extrinsiek gemotiveerd is zal diegene zich minder autonoom voelen en dus niet bevredigd zijn in zijn basisbehoeften. De kans om intrinsiek gemotiveerd te raken wordt ook kleiner.

Van Steenkiste en Soenens (2015) hebben een Nederlandse bewerking van dit model gemaakt, het ABC van groei: Autonomie, Betrokkenheid en Competentie. Zij geven ook handvatten voor het gebruik van deze theorie om jongeren te motiveren tot gedragsverandering. Het gaat onder andere om steunende gesprekstechnieken (motiverende gespreksvoering, zie hoofdstuk 5), het stellen van eigen haalbare doelen, het denken in oplossingen en het bouwen van een helpend netwerk.

Overigens, als de jongere in de fase van overmatig en problematisch gebruik of in de fase van afhankelijkheid en verslaving verkeert, is het moeilijker om diegene te bereiken via motiverende gespreksvoering en/of de zelfdeterminatietheorie. Zeker als er sprake is van het gebruik van meerdere drugs of van comorbiditeit blijft de motivatie van de jongere vaak wisselend en speelt ontkenning van de problemen en/of het verband van de problemen met het middelengebruik een grote rol. Wat je wel kunt doen lees je in hoofdstuk 6.

## 4.5 Diagnostiek middelenstoornis

Eerder in deze richtlijn werd al vermeld dat je moet kijken naar de hoeveelheid middelen en frequentie van het gebruik als je wilt vaststellen of het middelengebruik dermate problematisch is dat verdere diagnostiek en monitoring nodig is. Daarbij moet je rekening houden met de leeftijd van de jongere, de motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik (Hendriks et al., 2014).

Verreweg de meeste jeugdprofessionals zullen niet zelf diagnostiek van een middelenstoornis uitvoeren. De werkgroep is van mening dat jeugdprofessionals wel kennis moeten hebben van de DSM-5-criteria, juist omdat middelengebruik, middelenmisbruik en de ontwikkeling van een

middelenstoornis zo vaak voorkomen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming. Hendriks en anderen (2014) hebben een op de DSM-IV gebaseerde vragenlijst aangepast voor het diagnosticeren van een middelenstoornis op basis van DSM-5-criteria. De resulterende vragenlijst wordt in een interviewformat afgenomen en bestaat uit veertien items die met ja of nee kunnen worden beantwoord (zie tabel 6). Voor elk middel afzonderlijk moeten deze vragen worden herhaald.

Tabel 6. Vragenlijst DSM-5: Stoornis in het gebruik van middelen (Hendriks et al., 2014)<sup>6</sup>

<b>Heb je in de afgelopen 12 maanden:</b>		
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

6 Om de diagnose 'middelenstoornis' te krijgen moet de cliënt volgens de DSM-5 twee of meer van de elf criteria in de voorgaande twaalf maanden hebben vertoond. Tel alle vragen die met 'ja' beantwoord zijn op. Reken voor een 'ja' antwoord op de vragen 2a en/of 2b één punt, net als voor de vragen 5a en/of 5b en de vragen 6a en/of 6b. De somscore kan dus variëren van 0 tot 11. Voor uitgebreidere diagnostiek kan worden doorverwezen naar de verslavingszorg.

## Aanbevelingen

- Maak middelengebruik bespreekbaar zodra je het signaleert, voorafgaand aan eventuele screening en diagnostiek. Dit is een taak voor alle professionals die werken met jongeren, maar ook voor het systeem om de jongere heen.
- Ondersteun ouders in het signaleren van middelengebruik bij hun kind en hoe ze met het middelengebruik om kunnen gaan.
- Leer ouders gespreksvaardigheden aan om middelengebruik op een open en niet-veroordelende manier te bespreken.
- Zet een screeningsinstrument in als eerste stap bij het bepalen of een jongere middelen gebruikt. Is er sprake van middelengebruik, bepaal dan in welke mate dat gebruik problemen oplevert.
- Wees je ervan bewust dat een screeningsinstrument gesprekken aanvult, maar geen vervanging is van een gesprek.
- Screen op middelengebruik met de SMA, READY en/of de CRAFFT, en gebruik voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB) de SumID-Q. Screen bij de start van het diagnostische proces, aan het begin van de begeleiding en behandeling, bij evaluatiemomenten en bij signalen van mogelijk middelengebruik. Met andere woorden: gebruik deze instrumenten structureel in de behandeling en begeleiding van jongeren.
- Bij een positieve score op de SMA, READY, CRAFFT en/of SumID-Q: inventariseer en analyseer de vaardigheden, omstandigheden, omgeving en motivatie rondom het middelengebruik. Gebruik hiervoor de Vragenlijst Analyse Middelengebruik. De antwoorden bieden verschillende aangrijpingspunten voor interventies.
- Let op signalen als een jongere vermoedelijk problemen heeft met middelen, maar wanneer dit via een open gesprek en screening niet zo lijkt. Als de signalen erop wijzen dat er sprake is van problematisch middelengebruik, stel het middelengebruik dan op korte termijn opnieuw aan de orde.
- Blijf de jongere motiveren door motiverende gespreksvoering in te zetten. Stel haalbare doelen, denk in oplossingen en bouw een helpend netwerk.
- Begrijp de DSM-5-criteria van een middelenstoornis, ook al voeren jeugdprofessionals de diagnostiek vaak zelf niet uit. Middelengebruik, middelenmisbruik en de ontwikkeling van een middelenstoornis komen namelijk vaak voor binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming. Deze kennis is dus wel gewenst.



## Hoofdstuk 5

# Effectieve preventieprogramma's



## 5.1 Effectieve verslavingspreventie

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag welke bewezen effectieve preventieprogramma's beschikbaar zijn om problematisch middelengebruik bij jongeren met een verhoogd risico te voorkomen.

### Selectieve preventie

Selectieve preventie is bedoeld voor groepen waarvan we weten dat ze een verhoogd risico lopen op (problematisch) gebruik. Groepen die voldoen aan één of meerdere risicofactoren voor risicogedrag komen hiervoor in aanmerking. Bijvoorbeeld jongeren die opgroeien in bepaalde wijken, een problematische thuissituatie hebben of die regelmatig in contact komen met drugs.

### Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die op individueel niveau te maken hebben met één of meerdere risicofactoren voor risicogedrag, zoals (problematisch) gebruik. Bijvoorbeeld omdat ze te maken hebben met psychische problematiek, een ouder hebben met drugsproblematiek of omdat ze (problematisch) drugs gebruiken.

Preventie van middelengebruik bij jongeren kan vorm krijgen door beleid (denk aan regels rondom gebruik) en door vroegsignalering (met daaropvolgend geïndiceerde preventie). Op individueel niveau moeten selectieve en geïndiceerde preventie kennis, verwachtingen, houdingen, intenties, motivatie en vaardigheden veranderen, zodat jongeren gemotiveerd en in staat zijn van middelengebruik af te zien of hun middelengebruik te minderen.

In Spronk en anderen (2021) is een [overzicht](#) te vinden van Nederlandse interventies om verslaving te voorkomen en van hun werkzaamheid.

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. Volgens Van Deursen (in Zoon, 2012) zijn er wel aanwijzingen dat interventies gericht op de risicovolle kenmerken van jongeren effectief kunnen zijn in het verminderen van het alcoholgebruik. Dit is ook door anderen aangetoond (Conrod et al., 2013; Lammerset al., 2011; Oudejans & Spits, 2013).

### Effectieve componenten van geïndiceerde preventie

Met geïndiceerde preventieprogramma's wordt geprobeerd jongeren te motiveren om te veranderen. De sterkste effecten worden behaald wanneer motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met feedback over het middelengebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met het middelengebruik van andere jongeren (normatieve feedback). Feedback past goed binnen e-health interventies: een advies op maat zonder tussenkomst van een hulpverlener, via internet. Daarvoor lijken jongeren bij uitstek geschikt, niet alleen vanwege de rol die internet in hun generatie speelt, maar ook vanwege de anonimiteit en de online

beschikbaarheid. Er is groeiend bewijs voor de effectiviteit van feedback via dit medium (Saxon et al., 2021, Schweren et al., 2021).

### **Motiverende gespreksvoering**

Omdat motiverende gespreksvoering een veelgebruikte en effectieve methode is om jongeren te stimuleren hulp te zoeken voor hun problemen of hun gedrag te veranderen, staan we hier stil bij deze techniek (Baron et al., 2017; Arkowitz, Miller & Rollnick, 2015). Motiverende gespreksvoering als geprotocolleerde interventie en techniek onderscheidt zich van 'motiveren' in het algemeen spraakgebruik. Motiverende gespreksvoering vereist scholing/training en onderhoud daarvan. Een basistraining is minimaal noodzakelijk, met een regelmatige opfriscursus, voor elke professional die betrokken is bij signalering, screening, diagnostiek, begeleiding en behandeling van jongeren met risicovol middelengebruik. Motiverende gespreksvoering kan ook worden ingezet bij jongeren met een LVB.

*Motiverende gespreksvoering* (Arkowitz, Miller, W Miller & Rollnick, 2015) is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gespreksstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. De methodiek heeft als doel de persoonlijke motivatie en het commitment voor een bepaalde verandering te versterken, en wel door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, in een sfeer van acceptatie en compassie (Baron, 2017). Uit onderzoek blijkt dat motiverende gespreksvoering gedragsverandering tot stand kan brengen bij mensen met risicovol middelengebruik of stoornissen in het gebruik van middelen (Nederlands Jeugdinstituut, 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.

In de teksten over signalering, screening en diagnostiek en in de teksten over behandeling komt motiverende gespreksvoering nadrukkelijk naar voren. De werkgroep stelt dat motiverende gespreksvoering een basiscompetentie is voor jeugdprofessionals bij alle stappen in het traject rondom middelengebruik: signalering, screening, diagnostiek, zorgtoewijzing, preventie, begeleiding en behandeling.

### **Processen van motiverende gespreksvoering**

- Engageren: een werkrelatie opbouwen en onderhouden.
- Focussen: door focus aan te brengen, werk je samen gericht aan het resultaat.
- Uitlokken: signaleer het wanneer kennis, gevoelens en gedrag van de jongere over de verandering niet met elkaar in overeenstemming zijn. Bespreek dit met de jongere. Mensen vinden discrepanties niet prettig, en door ze te benoemen wordt verandering in gang gezet.
- Plannen: plan van aanpak maken over wat je wil bereiken en hoe je dat wil gaan doen.

Van groot belang is het om te vermelden dat het niet genoeg is om kennis te nemen van deze informatie over motiverende gespreksvoering. Gedegen training en onderhoud van de geleerde vaardigheden zijn een vereiste om de aanbevelingen van deze richtlijn toe te kunnen passen.



## 5.2 Selectie van preventieprogramma's

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van aanbevolen programma's en interventies. De keuze voor programma's en interventies is hoofdzakelijk gebaseerd op de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het Nederlands Jeugdinstituut en betreft:

- selectieve preventie. Het gaat hierbij dus om programma's ter voorkoming en uitstel van middelengebruik bij jongeren die een grotere kans lopen problemen met middelengebruik te ontwikkelen dan anderen. 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 organisatieniveau, waarbij het gaat om beleid, regels, kennis en houding van medewerkers;
- geïndiceerde preventie oftewel vroeginterventie. Dit zijn dus interventies bij individuele jongeren om een toename in het middelengebruik dan wel het ontstaan van problematisch middelengebruik te voorkomen.

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

- goed onderbouwd;
- effectief volgens
  - eerste aanwijzingen voor effectiviteit;
  - goede aanwijzingen voor effectiviteit;
  - sterke aanwijzingen voor effectiviteit.

Alle erkende interventies zijn goed uitvoerbaar.

Daarnaast zijn interventies opgenomen die afkomstig zijn uit de databank (I-database) van het Centrum Gezond Leven van het RIVM ([Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl)) en het overzicht van erkende gedragsinterventies van de Erkeningscommissie Justitiële Gedragsinterventies.

Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van interventies op jongeren als specifieke doelgroep. De meeste interventies halen daardoor hooguit niveau 1 van effectiviteit (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 de jeugdbescherming. Wanneer voor een specifieke setting maar één interventie beschikbaar is, dan zal deze worden aanbevolen mits de interventie op minimaal niveau 1 effectief is.



## Overzicht: selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Erkennings- niveau	Wie voert uit	Onderdeel bisaanbod verslavingszorg
<u>Adviesgesprek Alcohol jongeren</u>	Individuele aanpak	Alcohol	Jongeren van 12 t/m 23 jaar	Goed onderbouwd (DEJ)	Gespecialiseerde GGZ/IVZ	Ja
<u>Alcohol alert</u>	Interventie met game-elementen	Alcohol	Jongeren VO van 15 t/m 16 jaar	Goed onderbouwd (DEJ; Loket gezond leven)	Basisvoorziening, scholen, e-hulp	Nee
<u>Be wise, think twice</u> (Helder op school)	Groepsgerichte aanpak	Alcohol en drugs	Jongeren cluster 4 VSO van 12 t/m 14 jaar	Goed onderbouwd (DEJ; Loket gezond leven)	Basisvoorziening, scholen	Nee
<u>Help, mijn kind kan niet zonder</u>	Oudercursus	Alcohol en drugs	Ouders / verzorgers van jongeren van 12 tot 23 jaar	Goed onderbouwd (Loket gezond leven)	Gespecialiseerde GGZ/IVZ	Nee
<u>KopOpOuders</u>	Ouderprogramma, groepscurcus, zelfhulp	Opvoed- ondersteuning	Ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind van 1 tot 18 jaar	Goed onderbouwd (DEJ)	Gespecialiseerde GGZ/IVZ	Ja
<u>Leefstijl</u>	Groepsgerichte aanpak	Sociaal- emotionele vaardigheden	Kinderen in het regulier en speciaal basis- en voortgezet onderwijs ouders en verzorgers, opvoeders	Goed onderbouwd (Loket gezond leven)	Scholen	Nee
<u>Moti-4</u>	Individuele aanpak	Gamen, gokken, alcohol en drugs	Jongeren van 14 t/m 24 jaar	Effectief volgens goede aanwijzingen (DEJ)	Instelling, voorziening voor lichte hulp en ondersteuning	Ja
<u>Open en alert</u>	Groepsgerichte aanpak	Alcohol en drugs	Jongeren in justitiële jeugdinrichting, de residentiële jeugdhulp, de lvb-zorg of het jongerenwerk, van 12 t/m 25 jaar	Goed onderbouwd (DEJ)	Instelling, gespecialiseerde GGZ/IVZ	Nee

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Erkennings-niveau	Wie voert uit	Onderdeel basisaanbod verslavingszorg
ROC Aanvalsplan	Groepsgerichte aanpak	Alcohol en drugs	Leerlingen ROC/MBO van 16 tot 24 jaar	Erkenning DEJ als 'goed onderbouwd' verlopen, nog wel ingezet in de praktijk.	Basisvoorziening, scholen	Nee
Samen Slagen	Groepsgerichte aanpak	Alcohol en drugs	Jongeren VSO cluster 4 onderwijs tussen 12 en 18 jaar	Erkenning DEJ als 'goed onderbouwd' verlopen, nog wel ingezet in de praktijk.	Basisvoorziening, scholen	Nee
<i><u>Sterker dan de kick</u></i>	Individuele aanpak	Gamen, gokken, alcohol en drugs	Jongeren en volwassen met een LVB	Goed onderbouwd (Loket gezond leven)	Instelling, voorziening voor lichte hulp en ondersteuning, gespecialiseerde hulp	Nee
<i><u>Stopstone</u></i>	Zelfhulp-app	Tabak	Jongeren uit het voortgezet onderwijs (12 t/m 18 jaar)	Goed onderbouwd (DEJ)	E-hulp, Basisvoorziening	Nee
<i><u>Take it personal</u></i>	Groepsgerichte aanpak, individuele aanpak	Alcohol en drugs	Jongeren met een LVB en gedragsproblemen, van 14 t/m 30 jaar	Goed onderbouwd (DEJ; Loket gezond leven)	Scholen, instelling, Gespecialiseerde GGZ/IVZ	Nee
<i><u>Triple P</u></i>	Ouderprogramma	Integrale aanpak op opvoedvaardigheden	Ouders/ verzorgers van jongeren van 2 tot 16 jaar met milde tot ernstige gedrags- en/of emotionele problemen	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit (DEJ; Loket gezond leven)	Diversen	Nee

Verder staan in hoofdstuk 5 van de [richtlijn Kinderen van ouders met Psychische Problemen/Verslavingsproblemen \(KOPP/KOV\)](#) verschillende interventies beschreven voor deze doelgroep.

Specifiek voor het onderwijs is de [richtlijn Verslavingspreventie](#) binnen het onderwijs ontwikkeld.

## Aanbevelingen

- Gebruik motiverende gespreksvoering en geef feedback op het middelengebruik. Doe dit bij zowel selectieve als geïndiceerde preventie. Maak in deze gesprekken een vergelijking met het middelengebruik van andere jongeren (geef dus normatieve feedback).
- Gebruik de preventieprogramma's die passen bij de doelgroep en de setting (zie tabel 5.1).
- Zet selectieve preventieprogramma's in bij jongeren als er zorgen zijn over middelengebruik, bijvoorbeeld op basis van hun positieve score op de gebruikte screeningsinstrumenten.
- Zet geïndiceerde preventie in bij jongeren die een positieve score hebben op de gebruikte screeningsinstrumenten.



## Hoofdstuk 6

# Behandeling



## 6.1 Behandelinterventies

Bij de behandeling van het middelengebruik van de jongere is het belangrijk dat de jongere en het systeem mee kunnen beslissen over de invulling van de behandeling. In de *richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp* is uitgebreide informatie te vinden over de manier waarop dat vorm krijgt. Daarnaast heeft het Nederlands Jeugdinstituut de pagina *Beslissen over hulp*, waar onder andere praktische handvatten voor professionals, ouders en jongeren beschreven staan.

De best onderzochte psychologische behandelingen (met het meeste bewijs voor effectiviteit) bij personen met een stoornis in het gebruik van drugs zijn:

- motiverende gespreksvoering;
- Cognitieve Gedragstherapie;
- (op middelengebruik gerichte) contingentie management;
- systeembehandeling.

Deze behandelingen zijn meestal onderdeel van een bredere interventie en worden uitgevoerd door de specialistische GGZ en verslavingszorg. Ze zijn niet middel-specifiek. Dat betekent dat ze in de behandeling van het gebruik van meerdere middelen gebruik kunnen worden (Hendriks et al., 2018). De behandelingen zijn met name effectief bij stoornissen in het gebruik van alcohol, cannabis en cocaïne. Ze kunnen ook ingezet worden als er sprake is van comorbide stoornissen, waarbij het advies van de richtlijnen is om beide stoornissen tegelijk te behandelen.

### 1. Motiverende gespreksvoering

Deze techniek is in hoofdstuk 5, paragraaf 5.1 besproken, en wordt zowel binnen als buiten de verslavingszorg veel toegepast.

### 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 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, disfunctionele manier is om met problemen om te gaan, en dat ander gedrag aangeleerd kan worden om effectiever met problemen om te gaan. CGt voor de behandeling van problematisch middelengebruik is gebaseerd op de leertheorie en is erop gericht om de positieve verwachtingen die mensen van middelengebruik hebben te temperen (Moos, 2007). Voor jongeren met problematisch middelengebruik, gokken of gamen is een aparte CGt-behandeling ontwikkeld, CGt-J (De Jonge et al., 2018). In CGt-J staat het versterken van de zelfcontrole centraal. Daarnaast is er veel aandacht voor het vergroten en vasthouden van motivatie voor verandering. Daarom zijn er onderdelen van motiverende gespreksvoering in opgenomen. De bijbehorende handleiding is gericht op behandelaren in de verslavingszorg, GGZ-instellingen en de eerste lijn. De handleiding bevat ook aanvullende informatie, psycho-educatie over gameverslaving en links naar websites die leren hoe om te gaan met

problematisch middelengebruik, gokken of gamen. Daar kunnen zowel behandelaars als ook het (gezins)systeem hun voordeel mee doen. Specifiek voor behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is CGt+ ontwikkeld.

### **3. Contingentie management**

Contingentie management (CM) is een specifieke vorm van gedragstherapie.

In de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks et al., 2018) wordt geconcludeerd dat er voldoende bewijs is om aan te bevelen dat op middelengebruik gericht contingentie management een meerwaarde kan hebben bij cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering en daarom overwogen moet worden.

Contingentie management is een interventie die oorspronkelijk is ontwikkeld in de volwassen verslavingszorg. Gedragstherapie gaat kort gezegd 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 (Slot & Spanjaard, 1999). In residentiële settings is de valkuil dat de technieken van belonen en straffen gericht zijn op het disciplineren en handhaven van de orde in de leefgroep, in plaats van op het stimuleren van ander gedrag. Dit maakt de implementatie van CM in deze settings lastig.

De Multidisciplinaire Richtlijn Drugs (Hendriks et al., 2018) stelt dat contingentie management een interventie is waarvoor specialistische kennis vereist is. Om deze reden is het advies om contingentie management alleen in de specialistische GGZ (verslavingszorg) uit te voeren.

In Nederland is één onderzoek gedaan waarin gebruik van een puntensysteem in de leefgroep vergeleken is met de reguliere aanpak in leefgroepen (Kok et al., 1991). Het onderzoek naar dit Residentieel Gedragstherapeutisch Programma laat zien dat bij de jongeren 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 et al., 2012).

### **4. Systeembehandeling**

Zoals al in de inleiding van deze richtlijn is aangegeven, is samenwerking tussen jeugdprofessional, de jongere en de ouders van groot belang. De jeugdprofessional neemt dan ook het initiatief om de jongere en de ouders uit te nodigen om actief deel te nemen aan de diverse onderdelen en aan besluitvorming in het gehele traject. Van belang is om hierbij de aandacht behalve op het gezinssysteem ook op systemen buiten het gezin te richten.

Bij systeeminterventies staat de samenwerking tussen professional, ouders en jongere centraal. Twee systeeminterventies richten zich, naast andere gedragsproblemen, ook op middelengebruik en hebben hier ook positieve effecten op: MDFT (Multi Dimensional Family Therapy) en MST (Multisysteem Therapie).

MDFT is een ambulante systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. De interventie richt zich op jongeren tussen de twaalf en negentien jaar die probleemgedrag vertonen (overmatig gebruik van drugs en/of alcohol, criminaliteit, spijbelen) en die daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Het doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder probleemgedrag, en het verminderen van het risico op (strafrechtelijke)

recidive. Een MDFT-traject neemt zes maanden in beslag, met twee tot drie sessies per week. Uit onderzoek komt onder meer naar voren dat deelname aan MDFT het gebruik en de afhankelijkheid van cannabis, alcohol en andere middelen vermindert.

Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve ambulante behandeling voor jongeren van twaalf tot achttien jaar met ernstige gedragsproblemen bij wie plaatsing dreigt in de (gesloten) jeugdzorg of een justitiële jeugdinstelling. Vaak is er sprake van een combinatie van verschillende gedragsproblemen, zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, drugsgebruik en omgang met verkeerde vrienden. Het doel van MST is het terugdringen van de ernstige gedragsproblemen en zorgen dat het gezin en zijn omgeving in staat zijn eventuele toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden. De behandeling duurt gemiddeld drie tot vijf maanden en betreft alle systemen rondom de jongere (familie, school, buurt, vrienden), waarbij het gezin altijd (24/7) een therapeut ter beschikking heeft. MST heeft een uitgebreid kwaliteitsbewakingssysteem waarin behandelresultaten worden gemeten. Onderzoek naar MST geeft sterke aanwijzingen dat de interventie op de lange termijn effectief is in het verbeteren van opvoedvaardigheden en het verminderen van ernstige gedragsproblemen, waaronder middelenmisbruik.

MDFT en MST worden beschreven in de [\*Databank Effectieve jeugdinterventies\*](#).

### **Toepassing van urine- en blaastest**

Urinecontroles vallen onder vrijheidsbeperkende maatregelen en mogen dus niet zomaar ingezet worden. Er is in alle gevallen toestemming van de jongere nodig voor een urinecontrole. In de vrijwillige jeugdhulp is er vrijwel nooit een wettelijke basis voor maatregelen die de vrijheid van kinderen of jongeren beperken, ook niet onder het mom van 'huisregels' (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2022). Omdat in de gesloten jeugdhulp wel sprake is van een machtiging door de kinderrechter gelden daar andere regels.

Urinecontroles kunnen in overleg met de jongere worden ingezet als monitoring, om te volgen of het de jongere lukt zich aan de gemaakte afspraken te houden. In contingentie management levert een schone urinecontrole expliciet een beloning op, en is het een standaard onderdeel van de interventie. In overige toepassingen is het vooral ondersteunend.

Een andere reden voor het inzetten van controlemaatregelen (zoals urine- en blaastesten) is het ondersteunen van de motivatie en vooral het vertrouwen in de eigen vaardigheden om het gedrag te veranderen. Voor sommige jongeren is deze stimulans nodig om op een bepaald moment niet te gaan gebruiken. Dit geldt vooral in de beginfase, wanneer jongeren de eerste stappen zetten om hun middelengebruik te veranderen. Dergelijke maatregelen kunnen echter alleen met toestemming van de jongere ingezet worden, en niet als straf of uitsluitingscriterium worden gebruikt. Als uit een urinetest middelengebruik blijkt, leidt dit tot een stevig gesprek en wellicht een evaluatie van de haalbaarheid van de gestelde doelen.



Een flexibel gebruik van urinetesten kan twee doelen dienen:

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

Overigens zijn niet alle drugs even goed terug te vinden in de urine, of soms maar gedurende korte tijd, voorbeeld bij ecstasy en lachgas (Jellinek, 2021). Een goed laboratorium geeft ook advies bij de uitslag.

Per instelling zullen er verschillen zijn of en op welke manier er gebruik wordt gemaakt van urinecontroles. Het advies vanuit de werkgroep is om, als er wel gebruik van wordt gemaakt, dit dan volgens een protocol te doen. Zo wordt de kans op manipulatie van de urinecontrole tot een minimum beperkt, wat een zo betrouwbaar mogelijke uitslag oplevert.

## 6.2 Interventieoverzichten

Jongeren van twaalf tot en met drieëntwintig jaar bij wie er sprake is van een verslaving kunnen voor behandeling terecht in de specialistische jeugdverslavingszorg. Het behandelaanbod staat beschreven op een aparte website voor jeugdverslavingszorg ([jeugdverslavingszorg.nl](http://jeugdverslavingszorg.nl)). Deze website geeft een overzicht van effectieve behandelingen zoals uitgevoerd door de instellingen voor verslavingszorg.

De keuze voor programma's en interventies die toepasbaar zijn, is hoofdzakelijk gebaseerd op de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het Nederlands Jeugdinstituut en betreft interventies om problematisch middelengebruik te behandelen. Hieronder valt ook het roken van tabak en het vaperen van nicotine (vooral op zeer jonge leeftijd).

In tabel 7 staat ook een aantal interventies die (nog) niet de databanken staan, maar wel veelbelovend zijn. Het is niet altijd zo dat interventies die niet (meer) in de databank staan, ook niet meer effectief zijn. Er zijn andere, vaak procedurele redenen waarom een interventie niet opnieuw wordt aangemeld.

Tabel 7: Overzicht behandelinterventies

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Erkenningsniveau	Wie voert uit
<i>Acceptance &amp; Commitment Therapy (ACT)</i>	Cognitieve gedragstherapie	Alcohol en drugs	Jongeren met stoornis in het gebruik van een middel	Staat niet in databanken, aangedragen door de praktijk	Gespecialiseerde GGZ/IVZ
<i>A-CRA Gedragstherapie</i>	Gedrags-therapie	Drugsgebruik	Jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis of cocaïne	Staat niet in databanken Aanbeveling uit de richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines	Gespecialiseerde GGZ/IVZ
<i>Multidimensionele familietherapie (MDFT)</i>	Ambulante systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg	Alcohol en drugs, delinquentie, gedragsproblemen	Jongeren en systeem met probleemgedrag	Effectief volgens goede aanwijzingen (DEJ)	Gespecialiseerde GGZ/IVZ
<i>Multisysteem Therapie (MST)</i>	Intensieve ambulante behandeling	Combinatie van verschillende gedragsproblemen, waaronder drugsgebruik	Jongeren met ernstige gedragsproblemen bij wie plaatsing dreigt in de (gesloten) jeugdzorg of een justitiële jeugdinrichting.	Effectief volgens goede aanwijzingen (DEJ)	Gespecialiseerde GGZ/IVZ
<i>Brains4use</i>	Gedragsinterventie	Delict- en risicovol gedrag door drugs- en alcoholgebruik	Jongeren die zijn opgenomen in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) of in een niet-gesloten residentiële setting	De erkenning in de DEJ is verlopen	Gespecialiseerde GGZ/IVZ

## 6.3 Aanpak middelengebruik: zelf uitvoeren, samenwerken of doorverwijzen

### Wat kunnen alle jeugdprofessionals doen?

Het is de taak van alle jeugdprofessionals om gebruik te herkennen en signaleren.

Daarnaast kun je:

- ouders en jongeren informeren over experimenteel gedrag, problematisch gebruik en verslaving;
- informatie verzamelen en delen. Wijs ouders op informatiebronnen zoals de Alcoholinfolijn en Drugsinfolijn waarmee ouders (en jongeren) anoniem kunnen bellen en chatten. Ook kun je wijzen naar de pagina over verslaving bij kinderen en jongeren van Kenniscentrum Kinderen en Jeugdpsychiatrie;
- ouders handvatten geven om met hun kind over middelengebruik te praten, ook als een jongere (nog) niet in aanraking komt met middelen. Wijs op websites zoals:
  - [www.helderopvoeden.nl](http://www.helderopvoeden.nl)
  - [www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)
  - [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)
  - [www.drugsinfo.nl](http://www.drugsinfo.nl)
  - [www.dealenmetdrugs.nl](http://www.dealenmetdrugs.nl)
  - [www.jeugdverslavingszorg.nl](http://www.jeugdverslavingszorg.nl)
  - [www.brainwiki.nl/verslaving](http://www.brainwiki.nl/verslaving)
- of de Facebook- en Instagram-pagina's van opvoeding&uitgaan ;
- jongere en ouders desgewenst in contact brengen met lokale deskundigen en organisaties.

### Samenwerking met jongeren en het systeem

Met name rond de laatste stap (wanneer de hulpverlening in beeld komt), maar ook daarvoor al, kan een jeugdprofessional voor een dilemma komen te staan.

In de praktijk komt het namelijk regelmatig voor dat een minderjarige niet wil dat de ouders op de hoogte gesteld worden van het middelengebruik, terwijl de ouders er recht op hebben hierover geïnformeerd te worden. Jeugdprofessionals hebben dus enerzijds te maken met (medische) geheimhoudingsplicht, maar ouders hebben in beginsel recht op informatie over de gezondheidstoestand en de behandeling van hun minderjarige kind onder de zestien jaar. Voor minderjarigen onder de zestien jaar moeten ouders met gezag namelijk toestemming geven voor een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze toestemming moeten ouders weloverwogen kunnen verlenen, waartoe adequate informatie van de kant van de hulpverlener noodzakelijk is.

Jongeren onder de zestien jaar kunnen ook weigeren om toestemming te geven. Wanneer een jongere in de leeftijd van twaalf tot zestien jaar niet wil dat informatie wordt verstrekt, wordt afgewogen of de jongere zwaarwegende belangen heeft die dit rechtvaardigen ten aanzien van de ouder zonder gezag.

De hulpverlener mag het inlichten van ouders/voogden achterwege 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 jongere. 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 jongere, die verband houdt met de problematische relatie met de ouders/voogden.

Het informeren van ouders/voogden mag eveneens achterwege blijven als de jongere 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/voogden verteld wordt en ook 'wie wat wanneer' vertelt.

Voor jongeren van zestien jaar of ouder geldt dat zij toestemming moeten geven om informatie te verstrekken. Het maakt daarbij niet uit of de ouder het gezag heeft of niet. Zie ook de [\*KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij de behandeling van minderjarigen\*](#).

### **Terugvalpreventie**

Naast het opstarten en uitvoeren van behandelafspraken is ook terugvalpreventie van belang. Hierbij leren jongeren hoe zij een terugval kunnen voorkomen, maar ook wat zij kunnen doen wanneer ze al een terugval hebben. Verder is het van belang de voortgang van de behandeling te evalueren, en indien mogelijk de behandeling af te sluiten. Daarbij is het handig om na te gaan of de jongere steun ervaart van zijn omgeving om het gewenste gedrag vol te houden. Daarnaast doet de hulpverlener er goed aan met de jongere te praten over zijn motivatie en over wat de jongere doet in situaties waarin de drang bestaat om te gebruiken, en om handvatten aan te reiken als de jongere daar problemen bij ervaart.

### **Samenwerking met de verslavingszorg**

In hoofdstuk 7 laten we zien dat een integraal aanbod, waarin jeugdhulp (inclusief jeugd-GGZ) en verslavingszorg onder één dak worden aangeboden, het meest wenselijk is. In de praktijk is zo'n aanbod nog niet of nauwelijks beschikbaar. Een andere optie is om te werken met aandachtsfunctionarissen (zie hoofdstuk 7). Dit alles om problematisch middelengebruik zo vroeg mogelijk te signaleren en aan te pakken. De daadwerkelijke diagnose van stoornissen in het gebruik van een middel wordt gesteld door een verslavingsdeskundige uit de verslavingszorg. Is er sprake van zo'n stoornis, dan is de verslavingszorg ook verantwoordelijk voor de behandeling ervan.

Er kunnen zich situaties voordoen waarbij 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;
- een belemmering ten gevolge van middelengebruik bij de huidige reguliere begeleiding of behandeling en daaraan verbonden disfunctioneren op verschillende levensgebieden.

## Aanbevelingen

- Gebruik de beschrijving in paragraaf 6.1 (werkzame principes), figuur 6.1 en bijlage 4 van de onderbouwing bij het kiezen van een behandelinterventie.
- Werk samen met jongeren en hun ouders. Help ouders bij het verkrijgen van genoeg kennis en vaardigheden om verstandig om te gaan met het (eventuele) middelengebruik van hun kind.
- Werk het liefst systeemgericht, aansluitend op de eigen kracht van de jongere en het gezin.
- Besteed daarbij ook aandacht aan terreinen die buiten het gezin liggen, zoals school, werk en vrije tijd.
- Als interventies in een gemeente niet beschikbaar zijn: zoek naar een alternatief aanbod op basis van deze richtlijn en meld de lacunes bij de jeugdhulpinstelling.
- Schakel de verslavingszorg in 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 psychologische symptomen, en/of
  - obstakels bij de huidige reguliere begeleiding of behandeling door het middelengebruik en daaraan verbonden disfunctioneren op verschillende levensgebieden.



## Hoofdstuk 7

# Organisatie: beleid, competenties en scholing

## 7.1 Waarden en normen van de professional

### Eigen normen middelengebruik

De eigen normen van de jeugdprofessional met betrekking tot middelengebruik horen regelmatig onderwerp van gesprek binnen het team te zijn. Elke jeugdprofessional dient zich bewust te zijn van diens mening over middelengebruik, en van diens eigen gebruik en/of -misbruik van verslavende middelen (waaronder alcohol en tabak). Als je als hulpverlener zelf vanaf twaalfjarige leeftijd rookt, reageer je mogelijk milder op rokende cliënten dan een niet-rokende medewerker. Hetzelfde geldt voor bepaalde culturele of religieuze opvattingen. Binnen sommige geloofsovertuigingen is het gebruik van alcohol geaccepteerd, waar dat in andere niet zo is. Dit kan ook weer van invloed zijn op de manier waarop naar ander middelengebruik wordt gekeken (bijv. alcohol is haram voor de islam, maar iets dergelijks is niet aan de orde voor een middel als lachgas). Het is belangrijk dat de teamleden hierover in gesprek gaan met elkaar.

### Voorbeeldfunctie hulpverleners

Wanneer je als professional middelengebruik bespreekbaar wilt maken en jongeren wilt motiveren te minderen of stoppen met hun gebruik, hoor je zelf het goede voorbeeld te geven. Dit betekent bijvoorbeeld: niet roken in de nabijheid van de jongeren. Bedenk alternatieven voor samen roken als dat doorgaans een moment is om (informele) gesprekken te voeren. Ga bijvoorbeeld samen wandelen, koken of sporten.

## 7.2 Maatregelen en beleid rond middelengebruik

In alle lagen van de organisatie (van directie tot en met ondersteunende diensten) moeten medewerkers zich bewust zijn van de noodzaak middelengebruik aan te pakken. Van belang is dan ook dat op alle niveaus van de organisaties een eenduidig beleid rondom middelengebruik gehanteerd wordt. Het begint bij het ontwikkelen van een visie op (problematisch) middelengebruik en verslaving. Hierbij worden alle medewerkers betrokken. Deze gezamenlijk gedragen visie op middelengebruik leidt tot een eenduidig beleid dat vastgelegd wordt in een protocol middelengebruik. Hierin kunnen onder andere afspraken opgenomen worden over (frequentie van) screening. Ook kan in het protocol de mogelijkheid voor aandacht op maat opgenomen worden. Elke jongere is uniek in diens vraag of behoefte en wat voor de ene jongere werkt, werkt misschien niet voor de andere. Daarnaast moet er in het protocol aandacht zijn voor de borging. Wees je bij het ontwikkelen van een gezamenlijke visie ervan bewust dat het gedogen of negeren van middelengebruik geen optie is, maar het weigeren van verdere begeleiding of behandeling vanwege middelengebruik ook niet.

Bovendien moet gekeken worden naar het gebruik van de medewerkers zelf. Organisaties kunnen een Alcohol-, Drugs- en Medicijn- (ADM)beleid opstellen. Hierin zijn afspraken opgenomen over het middelengebruik van medewerkers (bijvoorbeeld: bedenk alternatieven voor het roken, geen alcoholhoudende dranken op locatie), en eventuele consequenties wanneer men zich niet aan deze afspraken houdt. Evaluatie van het beleid rond middelengebruik dient periodiek te gebeuren.





## Open & Alert

Open & Alert is een interventie gericht op het voorkomen en verminderen van problematisch middelengebruik bij jongeren en jongvolwassenen van twaalf tot vijftientig jaar in zorg- en welzijnsorganisaties. Het gaat hierbij om zogenaamde risicosettings waarvan bekend is dat jongeren er een verhoogd risico lopen op problematisch middelengebruik, zoals Justitiële Jeugdinstellingen (JJI's), de residentiële jeugdhulp, organisaties voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en het jongerenwerk.

Een vijfstappenplan moet zorgen voor de implementatie van beleid, deskundigheidsbevordering en structurele samenwerking met een instelling voor verslavingszorg. Zo kun je een open en alerte houding ten aanzien van middelengebruik realiseren bij het management en de professionals (pedagogisch medewerkers, begeleiders, gedragswetenschappers, therapeuten, jongerenwerkers) binnen deze risicosettings.

## Maatregelen rondom middelengebruik

Om de setting middelenvrij 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.

In het vorige hoofdstuk is aan de orde gekomen dat het belonen van goed gedrag (contingentie management) effectief is. Het minderen of stoppen van het middelengebruik is een proces van vallen en opstaan, waarin sterk moet worden ingezet op de (vaak sterk wisselende) motivatie van de jongere. Straffen werkt meestal contraproductief. Het stellen van heldere gedragsregels en handhaving hiervan op een consequente manier is belangrijk, maar de nadruk dient te liggen op het bespreekbaar maken van ongewenst gedrag en het vieren van de successen, en niet op sancties bij overtreding van de regels rondom middelengebruik. De jongere moet inzicht krijgen in diens gedrag, en in de reden(en) waarom het niet lukt om het gebruik te minderen of te stoppen.

Met bezettingsproblemen, snelle wisselingen van medewerkers en de inzet van flexwerkers kan het moeilijk zijn om je aan de maatregelen te houden. Het verdient daarom ook aanbeveling om samen te verkennen wat reëel en haalbaar beleid is.

## De grenzen van de residentiële jeugdzorg: middelengebruik gedogen?

Gedogen of negeren van het gebruik is geen optie; het weigeren van verdere begeleiding of behandeling evenmin. Ontslag uit de jeugdhulporganisatie vanwege middelengebruik is onwenselijk: een reden (van vele) waarom de jongere zorg nodig heeft, wordt dan immers de reden voor ontslag. Voor het welzijn van de jongere is het een voorwaarde dat de jongere een veilige basis heeft. De kunst is een middenweg te vinden tussen verbieden, het bespreken van het gebruik en begrip tonen voor de jongere. Kortom: "Je mag niet blowen, maar je wordt niet gelijk op straat gezet als je een keer gebruikt." Een gesprek moet altijd mogelijk zijn en het startpunt vormen van een traject waarin het motiveren van de jongere centraal staat.

Dit traject is vaak een zaak van de lange adem. Verschillende partijen moeten hierbij samenwerken. 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. Bespreek met de verschillende partijen het voor- en natraject. Bijvoorbeeld: hoe sluit de jeugdhulp aan wanneer de middelenproblematiek is behandeld?

Sommige jongeren blijken door hun gebruik en het bijbehorende gedrag moeilijk te handhaven binnen een residentiële setting. Bepalend zijn de begeleidbaarheid of behandelbaarheid van de jongere en de gevolgen van het gedrag voor de groep. Jongeren blijken moeilijk te handhaven wanneer er – na herhaalde waarschuwingen, niet nagekomen afspraken en mislukte (behandel)interventies – sprake is van:

- Harddruggebruik;
- frequent drugsgebruik;
- ontregeling van de groep;
- ‘verslavingsgedrag’<sup>7</sup> vertonen (stelen, afpersen, chanteren);
- dealen<sup>8</sup> binnen de groep/ instelling.

Jongeren bij wie deze problemen spelen dienen in een regionaal zorgoverleg te worden besproken waar alle betrokkenen en relevante partijen aan tafel zitten. Het idee hierachter is dat zo alle relevante expertise wordt samengebracht en alle betrokkenen gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen.

De ervaring leert dat het niet werkt om jongeren uit de gesloten jeugdzorg tijdelijk (op vrijwillige basis) op te nemen in een jeugdverslavingskliniek. De kaders zijn hier veel vrijer waardoor de jongere vaak alleen maar bezig is de grenzen op te zoeken. Om die reden is de module ‘jeugdverslavingshulp op locatie’ ontwikkeld. Hierbij biedt de jeugdverslavingsbehandeling behandeling op locatie aan. Zodoende blijven de jongeren in de passende setting, maar wel met specialistische kennis en behandeling van de verslaving. Vanuit de module wordt eerst motiverende gespreksvoering aangeboden (maximaal tien gesprekken). Indien de jongere daarna voldoende gemotiveerd is voor vervolgbehandeling (CGT middelen), krijgt hij dit aansluitend aangeboden. Op deze manier worden eventuele wachtlijsten vermeden.

### 7.3 Integraal aanbod

Een integraal aanbod, waarbij zowel het middelengebruik en/of de verslavingsproblematiek als de overige problemen ‘onder één dak’ worden aangepakt, voorkomt dat jongeren tussen wal en schip vallen. Wanneer er een gezamenlijke voordeur is en de verslavingszorg binnen de jeugdhulp beschikbaar is, wordt het voor jongeren minder ‘bedreigend’ om ook in een

7 Gedrag dat te maken heeft met de afhankelijkheid van drugs, waaronder het bemachtigen (‘scoren’) van drugs.

8 Voor professionals en ouders die te maken krijgen met jongeren die dealen is de website [www.dealenmetdrugs.nl](http://www.dealenmetdrugs.nl) ontwikkeld. Op deze website staat meer informatie en handvatten over hoe zij hier als professional of ouder mee om kunnen gaan.

vroeg stadium al gebruik te maken van interventies die de verslavingszorg biedt. Hierbij is het ook wenselijk dat de geestelijke gezondheidszorg in het aanbod wordt opgenomen. Het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie werkt momenteel aan een kennisdossier over dit thema. Voor deze richtlijn laten we dit verder buiten beschouwing.

Een geïntegreerd aanbod kan helpen voorkomen dat jongeren door hun middelengebruik uitvallen of door hun middelengebruik minder goed te begeleiden zijn. In samenwerking met de verslavingszorg kan eerder ingegrepen worden, omdat de verslavingszorg beter toegerust is om met deze specifieke problematiek om te gaan. Ook een 'warme' overdracht tussen jeugdhulp/ jeugdbescherming en verslavingszorg wordt dan eenvoudiger.

## 7.4 Kennis, competenties en scholing

### Kennis van jongeren en middelen(gebruik)

Hoeveel en welke competenties een jeugdprofessional moet hebben is afhankelijk van de functie. Een raadsonderzoeker heeft andere competenties nodig dan een pedagogisch medewerker in een residentiële setting of een jeugdbeschermer. Echter, kennis over middelen en middelengebruik onder jongeren behoort tot het basispakket van elke jeugdprofessional. Als deze achtergrond ontbreekt, dient de medewerker deze leemte in kennis door scholing aan te vullen. De werkgever moet ruimte en ondersteuning bieden om medewerkers in staat te stellen zich bij te scholen.

Van belang is dat jeugdprofessionals hun kennis vergroten over middelen(gebruik) en het signaleren van gebruik. Online is veel informatie te vinden - zie bijvoorbeeld [www.drugsinfo.nl](http://www.drugsinfo.nl), [www.jeugdverslavingszorg.nl](http://www.jeugdverslavingszorg.nl) of kijk op [www.herkenalcoholproblematiek.nl](http://www.herkenalcoholproblematiek.nl) voor specifieke informatie over vroegsignalering van alcoholproblematiek. Daarnaast worden vanuit de verslavingszorginstellingen trainingen en cursussen aangeboden (bijvoorbeeld de training Signaleren en Begeleiden). In de huidige opleidingen van jeugdprofessionals zou extra aandacht moeten worden besteed aan het herkennen van middelengebruik, ook in combinatie met psychische problemen en/of een LVB. Tot op zekere hoogte wordt dit ook gedaan. Op verschillende hogescholen worden er interdisciplinaire minoren verslavingskunde aangeboden voor studenten zorg en welzijn (Blaauw & Van Dam, 2021).

Tot op heden lijkt middelengebruik nog niet een van de thema's waarin medewerkers frequent (bij)geschoold worden. Ook het *Competentieprofiel hbo jeugd- en Gezinsprofessional* (Alten et al, 2017) besteedt er weinig aandacht aan. Aandacht wordt wel besteed aan gedragsproblemen, maar niet aan middelengebruik als mogelijk onderliggende oorzaak. Jeugdprofessionals koppelen gedragsverandering niet altijd aan middelengebruik. Daardoor richten zij zich vooral op de gedragsverandering en niet op de mogelijke onderliggende middelenproblematiek. Gedragsveranderingen moeten meer als signaal van mogelijk middelengebruik worden gezien.

Het is aan te bevelen een training in het signaleren van gebruik en motiverende gesprekvoering (met daarin specifiek aandacht voor het gebruik van middelen) op te nemen in het scholingsaanbod van alle jeugdhulporganisaties en vooropleidingen. Wellicht is het een

investering op korte termijn, maar levert het uiteindelijk naar verwachting een besparing op in de intensieve zorg. Daarnaast is het wenselijk om middelengebruik aan de orde te stellen bij werkbesprekingen/intervisie. Scholing van een team kan een eenduidig gedragen visie ondersteunen.

Van belang is dat de directie garant kan staan voor de opleidingsmogelijkheden en dat zij zich bewust zijn van de financiële en organisatorische consequenties.

### **Aandachtfunctionarissen**

Wanneer een integraal aanbod zoals beschreven in dit hoofdstuk (nog) niet mogelijk is, zijn tussenvormen mogelijk. Bij verschillende organisaties wordt gewerkt met 'aandachtfunctionarissen middelengebruik' (of verslavingsconsulenten). Hun werkzaamheden kunnen per organisatie verschillen.

Aandachtfunctionarissen hebben een opleiding of training tot aandachtfunctionaris of verslavingsconsulent gevolgd. Vaak worden deze opleidingen of trainingen intern aangeboden. Door de training of opleiding beschikken aandachtfunctionarissen over extra kennis over middelengebruik en verslaving. Ze kennen de afzonderlijke middelen en de signalen van gebruik, maar weten ook gespreksmethodieken in te zetten om het gebruik aan de orde te stellen.

De aandachtfunctionarissen zijn een vast aanspreekpunt voor alle medewerkers en/of teams van de organisatie op het terrein van middelengebruik, zij;

- kunnen (afhankelijk van hun eigen kennis en vaardigheden) de scholing voor medewerkers verzorgen om hun kennis rondom middelengebruik te vergroten;
- kunnen middelengebruik als onderwerp onder de aandacht brengen bij alle collega's, en ervoor zorgen dat het een terugkerend gespreksonderwerp is;
- kunnen bijeenkomsten organiseren om normen met betrekking tot middelengebruik te bespreken en teams te bewegen tot een eenduidige attitude ten opzichte van middelengebruik te komen;
- worden geconsulteerd wanneer middelengebruik bij een (nieuwe) cliënt vermoed wordt;
- kunnen in overleg met de jeugdverslavingszorg bepaalde interventies uitvoeren bij individuele jongeren. Een jongere gaat dan een consultatietraject in;
- kunnen tijdens dit traject een jongere motiveren om behandeling van de verslavingszorg te aanvaarden. (NB: het traject kan ook verplicht gesteld wanneer een jongere zich niet aan de afspraken rondom middelengebruik gehouden heeft);
- zijn het vaste aanspreekpunt bij contact met de verslavingszorg;
- borgen beleid en de visie rondom middelengebruik binnen de organisatie.

Andersom kan bij verslavingszorgorganisaties een 'aandachtfunctionaris jeugdhulp en jeugdbescherming' ingesteld worden. Deze aandachtfunctionarissen hebben verschillende taken:

- zij worden op de hoogte gesteld of geconsulteerd wanneer middelengebruik bij een (nieuwe) jongere problematisch is;
- zij worden geconsulteerd als er vragen zijn over het gelijktijdig gebruik van medicatie en middelen;



- zij kunnen outreachend werken wanneer een jongere niet naar de verslavingszorg kan/wil komen;
- zij kunnen jongeren behandeling bieden naast de reguliere ondersteuning vanuit de jeugdhulp en jeugdbescherming (denk bijvoorbeeld aan een leefstijltraining);
- zij vormen het vaste aanspreekpunt voor de medewerkers van de verslavingszorg/de 'aandachtfunctionaris middelengebruik';
- zij zien erop toe dat het behandelplan van een jongere uit de verslavingszorg binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming realiseerbaar en hanteerbaar is.

## 7.5 Samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners

De samenwerking tussen ketenpartijen wordt soms bemoeilijkt door beperkte informatie-uitwisseling tussen de zorgorganisaties en het uiteenlopende beleid rondom middelengebruik. Dat het uitwisselen van informatie soms te wensen overlaat, kan komen door de Algemene verordening gegevensbescherming – AVG. Jeugdprofessionals verwijzen jongeren bijvoorbeeld naar de verslavingszorg, maar weten niet of die jongeren daar ook aankomen. Maar het kan ook zijn dat verschillende organisaties verschillende doelen nastreven. De jeugdhulporganisatie streeft bijvoorbeeld 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 tussen de regionale jeugdhulporganisatie(s) en de verslavingszorg te sluiten. Neem hierin afspraken op over:

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

## Aanbevelingen

- Ga als team en organisatie met elkaar in gesprek over ieders waarden en normen met betrekking tot middelengebruik.
- Stel een protocol op waarin de visie op middelengebruik staat. Stel hierin ook vast hoe je omgaat met middelengebruik en verslaving.
- Zorg voor een integraal aanbod van behandeling, gericht op problematisch middelengebruik én psychische problemen. Stem hiervoor waar nodig af met andere zorgaanbieders.
- Sluit een samenwerkingsovereenkomst tussen de regionale jeugdhulporganisatie(s) en de verslavingszorg. Maak hierin afspraken over de onderlinge informatie-uitwisseling over jongeren die bij meerdere organisaties onder behandeling of in zorg zijn.

- Breng verschillende expertise samen in een regionale zorgconferentie voor jongeren met zwaardere problematiek of waarbij behandeling niet aan lijkt te slaan. Jongeren die moeilijk te handhaven zijn zowel in de verslavingszorg als bij de jeugdhulp en jeugdbescherming dienen verzekerd te zijn van continuïteit van zorg.
- Directie/management moet zich ervan bewust zijn dat middelengebruik belangrijk is om mee te nemen in onderhandelingen met verzekeraars.
- Neem motiverende gespreksvoering op in het scholingsaanbod van alle jeugdhulporganisaties en (voor)opleidingen/nascholing.
- Directie/management staat garant voor opleidingsmogelijkheden en moet zich bewust zijn van de financiële en organisatorische consequenties.

# Literatuur



- Alten, J. van, Berger, M., Derksen, K. & Rondeel, M. (2017). *Competentieprofiel hbo jeugd- en gezinsprofessional*. Utrecht: Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- Argumentenfabriek (2012). *Knelpuntenanalyse ten behoeve van de richtlijn ADHD Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Arkowitz, H., Miller, W. R. & Rollnick, S. (Eds). (2015). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Armstrong T.D. & Costello E.J. (2002) Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Dec; 70(6):1224-39. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.6.1224>. PMID: 12472299.
- Barendregt, C. & Wits, E. (2013). *Vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren. Voorbeelden van toepassing van de richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid in de praktijk*. Rotterdam: IVO.
- Baron, E., Jonge, J. de, & Schippers, G. (2017). Motiverende gespreksvoering. *Gedragstherapie*, 48(2), 2 juni.
- Basedow, L. A., Kuitunen-Paul, S., Roessner, V., & Golub, Y. (2018). Traumatic events and substance use disorders in adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11, article nr. 559.
- Blaauw, E., & Dam, R. K. S. van, (2021). Aandacht voor verslavingskunde in het mbo, hbo en wo. *GGzet*, 20-26.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, & Berg, T. (2012). *Residentiële jeugdzorg: Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In U. Bronfenbrenner, *International Encyclopedia of Education*, Vol 3, 2<sup>nd</sup> Ed., Oxford: Elsevier.
- Conrod, P. J., O'Leary-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.
- 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.
- Couwenbergh, C. (2009). *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Dai, H. D., Doucet, G. E., Wang, Y., Puga, T., Samson, K., Xiao, P. & Khan, A. S. (2022). Longitudinal Assessments of Neurocognitive Performance and Brain Structure Associated With Initiation of Tobacco Use in Children, 2016 to 2021. *JAMA Network Open*, 5(8), e2225991. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.25991>.
- Duijvenbode, N. van, Nagel, J. van der, Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L., & Bierman, K. (2019). *Handreiking Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB*. Utrecht: KAJAK, academische werkplaats.
- DuPont, R.L., Han, B., Shea, C.L. & Madras, B.K. (2018) Drug use among youth: National survey data support a common liability of all drug use, *Preventive Medicine*, Volume 113, 2018, Pages 68-73.



Gezondheidsraad (2018). *Alcohol en hersenontwikkeling bij jongeren*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting Transgender and Gender Diverse Youth: Protection Against Emotional Distress and Substance Use. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 787-794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>.

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*. Den Haag: Instituut voor Verslavingsonderzoek IVO.

Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., Schippers, G., Schellekens, A., Stollenga, M., & Brink, W. van den (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

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*. Resultaten Scoren.

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

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022). *Vrijheidsbeperkende maatregelen in open residentiële jeugdhulp*. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Jellinek (2021). *Hoelang zijn alcohol of andere drugs aantoonbaar in het lichaam?* <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoe-lang-zijn-alcohol-en-drugs-aantoonbaar/>.

Jonge, J. de, Spijkerman, R., & Müller, M. (2018). *Handleiding CGT-J*. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., Vroome, T., & Vollebergh, W.A.M. (2009). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen* [Substance use Among Male Adolescents in Juvenile Justice Institutions in the Netherlands]. Utrecht: Utrecht University.

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.

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.

Köck, P., Meyer, M., Elsner, J., Dürsteler, K. M., Vogel, M., & Walter, M. (2022). Co-occurring Mental Disorders in Transitional Aged Youth With Substance Use Disorders—A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

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.

Lammers, J., Alberti, I., Klooster, B. van 't, & Bouts, M. (2019). *Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs*. Utrecht: VKN/Trimbos-instituut.

Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S., Monshouwer, K., Lemmers, I., 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.



- Lipari, R. N., Ahrnsbrak, R. D., Pemberton, M. R., Porter, J. D. (2018). Risk and Protective Factors and Estimates of Substance Use Initiation: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. In *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), CBHSQ Data Review*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), Rockville (MD).
- 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.
- 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.
- Möhle, M., Gelder, N. van, Rombouts, M., Scheffers-van Schayck, T., & Monshouwer, K. (2021). *Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg*. Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. 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.
- MST-Nederland/België (2021). *Justitieinterventies.nl: beschrijving Multisysteem Therapie (MST)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos-instituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2022-05/MST.pdf>.
- 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.
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D.T., Whitton, S.W., & Mustanski, B. (2020). High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 645–659.
- Oudejans, S., & Spits, M. (2013). *Investeren in verslavingspreventie - Beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren*. Resultaten Scoren.
- Patrick, H., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: Its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(18).
- Ren, M., & Lotfipour, S. (2019). Nicotine Gateway Effects on Adolescent Substance Use. *The western journal of emergency medicine*, 20(5), 696–709. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.7.41661>
- Rigter, H. (2015). Databank effectieve jeugdinterventies: *beschrijving 'Multidimensionele familie therapie (MDFT)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. <http://www.nji.nl/jeugdinterventies>.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Publishing.
- 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.

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.

Saxton, J., Rodda, S. N., Booth, N., Merkouris, S. S., & Dowling, N. A. (2021). The efficacy of Personalized Normative Feedback interventions across addictions: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248262>.

Schweren, J. S., Hovenkamp, A., Jörg F., Li-Kan, K., & Schoevers, R. A. (2021). *Grootschalige en systematische preventie van psychische aandoeningen bij jongeren en jongvolwassenen: Een verkenning van evidentie en 'best practices'*. Groningen: Geestkracht FNO/ Afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.

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.

Simmons, S., & Suárez, L. (2016). Substance abuse and trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 723-734.

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., Stel, J. van der, & Mheen, D. van de (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik*. Den Haag: IVO.

Spaedy, A., Doumas, S., & Solhkhah, R. (2020). Substance Use Disorders in Vulnerable Children. *Pediatr Clin North Am*. 2020 Apr; 67(2):373-385. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.11.002>. PMID: 32122566.

Spijkerman, R., Crunelle, C. L., Özgen, M. H., Begeman, A. H. A., Dom, G., Glind, G. van de, Groenman, A. P., Kernebeek, M. W. van, Matthys, F., Post, M., Schellekens, A., Staal, W., Brink, W. van den, & Hendriks, V. M. (2021). Jongeren met een stoornis in het gebruik van middelen en ADHD: Internationale consensus. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63, 868 - 874.

Spronk, D., Bilderbeek, B., Miltenburg, C. van, & Jong, M. de (2021) *Preventie van cocaïnegebruik - Inventarisatie en kansen voor de toekomst*. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Nagel J. van der, Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. de, & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van Middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.

West, R. (2013). *EMCDDA Insights: Models of addiction*. EMCDDA.

Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). *Vitamines Voor Groei: Ontwikkeling Voeden Vanuit de Zelf-Determinatie Theorie*. Leuven: Uitgeverij Acco.

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



## Colofon

© 2023 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.

Op voorwaarde van naamsvermelding wordt toestemming gegeven voor het kopiëren, opslaan, en openbaar maken van de tekst van deze publicatie. Richtlijnen ondersteunen professionals om samen met cliënten te beslissen over de best passende hulp. Een richtlijn geeft onderbouwde aanbevelingen op basis van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

De richtlijn is ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) en geautoriseerd door de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO). Het ontwikkelen, herzien en implementeren van richtlijnen voor jeugdprofessionals vindt plaats in het kader van het Meerjarenplan Richtlijnen Jeugd, opgesteld door het Nederlands Jeugdinstituut, de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO). Zie voor meer informatie: [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

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

3e druk (2023)

### Auteurs herziening

Anneke van Wamel  
Britt Bilderbeek

### Auteurs ontwikkeling

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

### Herzieningswerkgroep

Inez Vandenbussche  
Jannet de Jonge  
Leontien Los  
Marjan Möhle  
Mieke Mutsters  
Roel Biemans  
Eva Mattheijer  
Auke Zandstra  
Anouk Bergmans  
Gijs van Houwelingen  
Charlotte van 't Spijker

*Zie voor samenstelling  
ontwikkelwerkgroep de  
Onderbouwing, pagina 22*

**BPSW**  
beroepsvereniging  
van professionals  
in sociaal werk

**NIP**  
Nederlands Instituut  
van Psychologen

**nvo**  
nederlandse vereniging  
van pedagogen en  
onderwijskundigen

**Nji**  
Nederlands  
Jeugdinstituut



