



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

Middelengebruik in de Jeugdzorg^{Plus}

Een verdiepend onderzoek naar aanleiding van de longitudinale Effectmonitor Jeugdzorg^{Plus} naar de prevalentie, diagnostiek en behandeling van (problematisch) middelengebruik bij jongeren in Jeugdzorg^{Plus} instellingen

Alice Hammink, Cas Barendregt,
Ellis ter Beek, Ester de Jonge,
Dike van de Mheen

Colofon

Middelengebruik in de Jeugdzorg^{Plus}

Een verdiepend onderzoek naar aanleiding van de longitudinale Effectmonitor Jeugdzorg^{Plus} naar de prevalentie, diagnostiek en behandeling van (problematisch) middelengebruik bij jongeren in Jeugdzorg^{Plus} instellingen

Auteurs:

Alice Hammink

Cas Barendregt

Ellis ter Beek (werkzaam bij Horizon Jeugdzorg & Onderwijs)

Ester de Jonge

Dike van de Mheen

Met medewerking van: Met dank aan alle Jeugdzorg^{Plus} professionals die hebben deelgenomen aan de interviews. Speciale dank voor de jongeren die hun verhaal zo open met ons deelden. Dank ook aan de begeleidingscommissie voor hun opbouwende feedback. De begeleidingscommissie bestond uit:

Dhr. R. van Herk Ministerie van VWS, beleidscoördinator

Mw. M. Kranenburg Jeugdzorg Nederland, projectleider

Dhr. C. Kuiper Horizon Jeugdzorg en Onderwijs, kwaliteitscontroller

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMW



Rotterdam, december 2016



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

+31 10 425 33 66

www.ivo.nl

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
2 Methode	5
2.1 Documentanalyse en literatuuronderzoek	5
2.2 Kwantitatieve analyses	5
2.2.1 Opschonen van het bestand	5
2.2.2 Meten van middelengebruik	6
2.2.3 Toetsen van verschillen	8
2.3 Kwalitatief onderzoek	8
2.3.1 Interviews met jongeren	8
2.3.2 Interviews met professionals	8
2.3.3 Analyse van de interviews	9
2.3.4 Bijeenkomst met de vier instellingen	9
3 Resultaten	10
3.1 Validiteit en betrouwbaarheid van CAP-J code A400 in de Monitor	10
3.2 Prevalentie van problematisch middelengebruik in de Jeugdzorg ^{Plus} (vraagstelling 1)	11
3.3 Kenmerken van jongeren die problematisch middelen gebruiken	12
3.4 Soorten en frequentie van behandeling voor problematisch middelengebruik binnen Jeugdzorg ^{Plus}	13
3.5 Ontwikkeling van het middelengebruik tijdens verblijf in de Jeugdzorg ^{Plus}	18
3.6 Verschillen tussen instellingen (vraagstelling 2)	19
3.6.1 Prevalentie van middelengebruik per instelling	19
3.6.2 Verschillen tussen instellingen in de samenstelling van de doelgroep	21
3.6.3 Verschil in verslavingsdeskundigheid tussen Jeugdzorg ^{Plus} instellingen	21
3.6.4 Verschillen in het registratieproces van de Monitor	22
3.7 Beïnvloedbare factoren die van invloed zijn op het verloop van middelengebruik (vraagstelling 3)	22
3.7.1 Beïnvloedbare persoonsgebonden factoren	22
3.7.2 Beïnvloedbare omgevingsgebonden factoren	23
3.7.3 Instellingsgebonden factoren	25
4 Beschouwing	27
Literatuur	30

Samenvatting

De Monitor JeugdzorgPlus wordt gebruikt om meer inzicht te krijgen in het resultaat, de aard en duur van behandeling en begeleiding, en in de omvang en samenstelling van de doelgroep binnen de JeugdzorgPlus. Op basis van de halfjaarlijkse rapportages van de Monitor is vastgesteld dat middelengebruik frequent voorkomt onder jongeren in de JeugdzorgPlus, maar dit percentage verschilt sterk per instelling. Jeugdzorg Nederland en het Ministerie van VWS hebben daarom aangestuurd op verdiepend onderzoek naar problematisch middelengebruik onder jongeren in de JeugdzorgPlus. Doelstelling van dit IVO onderzoek is tweeledig. Enerzijds inzicht krijgen in de kwaliteit van de monitordata wat betreft de prevalentie van verslavingsproblematiek in JeugdzorgPlus instellingen. Anderzijds in kaart brengen hoe verslavingsproblematiek wordt herkend onder jongeren in de JeugdzorgPlus en welke mogelijkheden instellingen hebben om verslavingsproblematiek te verminderen of voorkomen.

Het IVO werkte in dit onderzoek samen met vier JeugdzorgPlus instellingen. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen: relevante literatuur en beleidsdocumenten, kwantitatieve analyse van de, kwalitatieve interviews met 14 professionals en 16 jongeren verdeeld over de vier instellingen.

De CAP-J A400 code 'Gebruik van middelen/verslaving' die in de Monitor gebruikt wordt om middelengebruik vast te stellen bleek onvoldoende valide en betrouwbaar ingevuld te worden. Bovendien geeft deze variabele geen inzicht in de aard (welke type middel, frequentie van gebruik) en ernst (invloed op het dagelijks leven) van het middelengebruik. Prevalenties van middelengebruik op basis van de CAP-J A400 variëren van 40% tot 50% bij instroom. Bij uitstroom ligt het geregistreerde middelengebruik lager, tussen 28% en 40%. Cannabisgebruik is verreweg de meest voorkomende vorm van middelengebruik in de JeugdzorgPlus. Jongeren gaan minderen of stoppen met gebruik bij aanvang van verblijf in de JeugdzorgPlus vanwege het gesloten karakter van de instelling, maar met de opbouw van hun verlov neemt bij de meeste jongeren het middelengebruik weer toe.

Alle jongeren in de JeugdzorgPlus hebben een groot aantal risicofactoren om problematisch middelengebruik te ontwikkelen. Jongeren die middelen gebruiken verschillen in de kwantitatieve analyse van de Monitordata dan ook weinig van jongeren die geen middelen gebruiken. Moeilijk te beïnvloeden risicofactoren zijn onder andere pubergedrag, gebrek aan impulscontrole en het intelligentieniveau van een jongere. Jongeren met een IQ tussen de 75 en 80 zijn kwetsbaar voor middelengebruik, voor hen is het moeilijk te stoppen of minderen als het gebruik problematische vormen aanneemt. Beïnvloedbare persoonsgebonden factoren zijn motieven voor gebruik (blowen inzetten als copingstrategie) en gebrek aan motivatie om te stoppen of minderen met gebruik. Beïnvloedbare omgevingsgebonden factoren zijn het sociale netwerk van een jongere en de vaak instabiele thuissituatie. Instellingsgebonden factoren hebben vooral te maken met de mate van aanwezige verslavingsdeskundigheid, de cultuur binnen een instelling en de manier waarop maatregelen werden ingezet bij middelengebruik tijdens verblijf in de JeugdzorgPlus.

In de Monitor werd urinecontrole het vaakst geregistreerd als vorm van hulp bij middelengebruik. Hoewel dit technisch gezien geen hulp is, wordt de uitslag van een urinecontrole wel vaak gebruikt als aangrijpingspunt om het gesprek met een jongere aan te gaan over zijn of haar middelengebruik. Soms biedt de JeugdzorgPlus instelling zelf behandeling bij problematisch middelengebruik (bijvoorbeeld Brains4Use of DOK3), bij andere instellingen wordt hulp geboden vanuit externe verslavingszorginstellingen. Het wel of niet beschikken over voldoende kennis en kunde met betrekking tot middelengebruik kan een verklaring zijn voor het verschil in prevalentie van problematisch middelengebruik tussen de instellingen. Andere mogelijke verklaring is het

verschil in de samenstelling van de doelgroep, jongeren met een IQ lager dan 70 gebruiken bijvoorbeeld minder vaak alcohol of drugs dan jongeren met een IQ hoger dan 70.

Middelengebruik verdient meer aandacht in de Monitor JeugdzorgPlus en in de dagelijkse praktijk binnen JeugdzorgPlus instellingen. Door niet alleen de totaalscore maar ook de subrubrieken van de CAP-J te verzamelen in de Monitor kan inzicht worden verkregen in de aard en ernst van het middelengebruik van een jongere. De Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming dient in de dagelijkse praktijk gebruikt te worden. Deze Richtlijn biedt handvatten bij het hanteren van een eenduidige definitie van middelengebruik, het systematisch screenen op middelengebruik en het anticiperen op middelengebruik binnen de JeugdzorgPlus. De aanpak van middelengebruik is maatwerk en vereist niet alleen samenwerking met de jongere, maar ook met zijn of haar systeem.

1 Inleiding

Monitor JeugdzorgPlus: meten, analyseren en evalueren

Sinds 2012 worden binnen alle JeugdzorgPlus instellingen structureel gegevens van behandeling en begeleiding op cliëntniveau (ROM) vastgelegd in de Monitor JeugdzorgPlus. De Monitor JeugdzorgPlus is een samenwerking tussen Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMW en de JeugdzorgPlus instellingen. Doel van deze monitor is meer inzicht krijgen in het resultaat van begeleiding en behandeling, de omvang en de samenstelling van de doelgroep en de aard en duur van de begeleiding en behandeling. Bovendien biedt de Monitor JeugdzorgPlus aanknopingspunten om instellingen onderling met elkaar te vergelijken.

De gegevens op cliëntniveau worden op drie momenten verzameld. Het eerste meetmoment (T1) vindt plaats bij aanvang van de plaatsing in de JeugdzorgPlus. De gegevens die niet via het toeleidingsstelsel worden aangeleverd worden in de eerste drie maanden na plaatsing verzameld. Het tweede moment (T2) valt samen met het einde van het verblijf, op dat moment worden meer gegevens geregistreerd over de behandeling en begeleiding in de JeugdzorgPlus en de plannen na uitstroom. Het derde en laatste meetmoment (T3) vindt plaats zes maanden na verblijf. Voor jongeren die korter dan drie maanden in de JeugdzorgPlus instelling verblijven valt het eerste en tweede meetmoment samen.

Middelengebruik in de JeugdzorgPlus

Uit onderzoek onder Nederlandse jongeren weten we dat 33% van de twaalf en dertienjarigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming al eens heeft gebloed, acht keer meer dan leeftijdsgenoten in regulier onderwijs (Kepper & Monshouwer, 2011). Bijna een kwart van deze doelgroep rookt dagelijks sigaretten, 25 keer meer dan twaalf- en dertienjarigen buiten de jeugdhulp en jeugdbescherming (Wits et al., 2016). Tabak en cannabis zijn de meest gebruikte middelen, maar ook gebruik van harddrugs komt vaker voor binnen deze doelgroep. Een kwart van de zestienjarigen die in een instelling wonen heeft ooit XTC gebruik en 18% cocaïne. In het regulier onderwijs is dat in beide gevallen 3% (Kepper & Monshouwer, 2011). Op basis van de literatuur kan gesteld worden dat middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming vaker voorkomt dan onder jongeren buiten de jeugdhulp en jeugdbescherming.

Dit is ook het beeld dat te zien is op basis van de halfjaarlijkse rapportages van de Monitor JeugdzorgPlus (hierna: 'de Monitor'). Uit deze rapportages blijkt dat bij ongeveer 45% van de jongeren bij aanvang van de Jeugdzorg Plus plaatsing sprake is van verslavingsproblematiek (Jeugdzorg Nederland, 2013; Jeugdzorg Nederland, 2014). In deze rapportages is verslavingsproblematiek gedefinieerd aan de hand van de CAP-J code A400 'Gebruik van middelen/verslaving', de variabele die we in deze rapportage ook gebruiken in de analyse van de Monitor. Het percentage jongeren met verslavingsproblematiek verschilt sterk per instelling, variërend van 12% tot 85%. Deze percentages vragen om nader onderzoek. Want hoe zijn die verschillen tussen instellingen te verklaren? En hoe ontwikkelt de verslavingsproblematiek zich gedurende verblijf in JeugdzorgPlus? Op welke manier wordt middelengebruik gesignaleerd en geregistreerd in de CAP-J? Om deze vragen te beantwoorden hebben Jeugdzorg Nederland en het Ministerie van VWS aangestuurd op een verdiepend onderzoek naar verslavingsproblematiek in het programma Longitudinale effectmonitor JeugdzorgPlus van ZonMW. Het IVO heeft samen met vier JeugdzorgPlus instellingen dit onderzoek uitgevoerd in de periode november 2015 – juni 2016.

Doelstelling en onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderzoek is tweeledig. Enerzijds willen we inzicht krijgen in de kwaliteit van de monitordata wat betreft de prevalentie van verslavingsproblematiek in JeugdzorgPlus instellingen. Anderzijds willen we in kaart brengen hoe verslavingsproblematiek wordt herkend onder jongeren in de JeugdzorgPlus en

welke mogelijkheden instellingen hebben om verslavingsproblematiek te verminderen of voorkomen. Dit onderzoek geeft aanbevelingen voor het verbeteren van het registratieproces en vergroten van registratietrouw (doelstelling 1), en voor het verbeteren van signalering, diagnostiek en behandeling van verslavingsproblematiek in JeugdzorgPlus (doelstelling 2).

De volgende onderzoeksvragen worden met dit onderzoek beantwoord:

1. Wat is de prevalentie van verslavingsproblematiek binnen JeugdzorgPlus instellingen, wat zijn kenmerken van jongeren met verslavingsproblematiek, welke behandeling krijgen zij en hoe ontwikkelt de verslavingsproblematiek zich?
2. Waardoor kunnen verschillen in percentage jongeren met verslavingsproblematiek tussen instellingen verklaard worden en wat is de betekenis van dergelijke (verschillen in) percentages?
3. Op welke beïnvloedbare persoonsgebonden, omgevingsgebonden en instellingsgebonden factoren die van invloed zijn op het verloop van de verslavingsproblematiek van cliënten kunnen JeugdzorgPlus instellingen zich het beste richten om effect te sorteren?

In dit onderzoek richten we ons niet alleen op verslavingsproblematiek (zoals in de DSM 5 geformuleerd 'een stoornis in het gebruik van middelen'), maar ook op risicovol middelengebruik: er is (nog) geen sprake van een stoornis in het gebruik van middelen, maar er zijn signalen en/of symptomen die wijzen op een verhoogd risico op het ontstaan daarvan. In de Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming, en in dit onderzoeksrapport, wordt daarom de brede definitie 'problematisch middelengebruik' gehanteerd voor zowel risicovol middelengebruik als een stoornis in het gebruik van middelen. Reden voor deze brede definitie is aan de ene kant de hoge prevalentie van middelengebruik in de residentiële jeugdzorg. Andere reden is de aanwezigheid van veel risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik of verslaving onder jongeren in de gesloten jeugdzorg (denk aan: licht verstandelijke beperking (LVB), schoolverzuim, gezinsproblematiek) (Wits et al., 2016), waardoor het gebruik onder deze jongeren eerder als risico kan worden gezien.

2 Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen maken we gebruik van verschillende informatiebronnen: beschikbare relevante literatuur en beleidsdocumenten (paragraaf 2.1), kwantitatieve gegevens uit de Monitor (paragraaf 2.2) en kwalitatieve interviews met professionals en jongeren (paragraaf 2.3).

In dit onderzoek werkten we nauw samen met vier Jeugdzorg^{Plus} instellingen. Door deze samenwerking kregen we niet alleen inzicht in het middelengebruik en -beleid binnen de instellingen, maar ook in het registratieproces in de Monitor en de praktische toepasbaarheid van de Monitorresultaten.

2.1 Documentanalyse en literatuuronderzoek

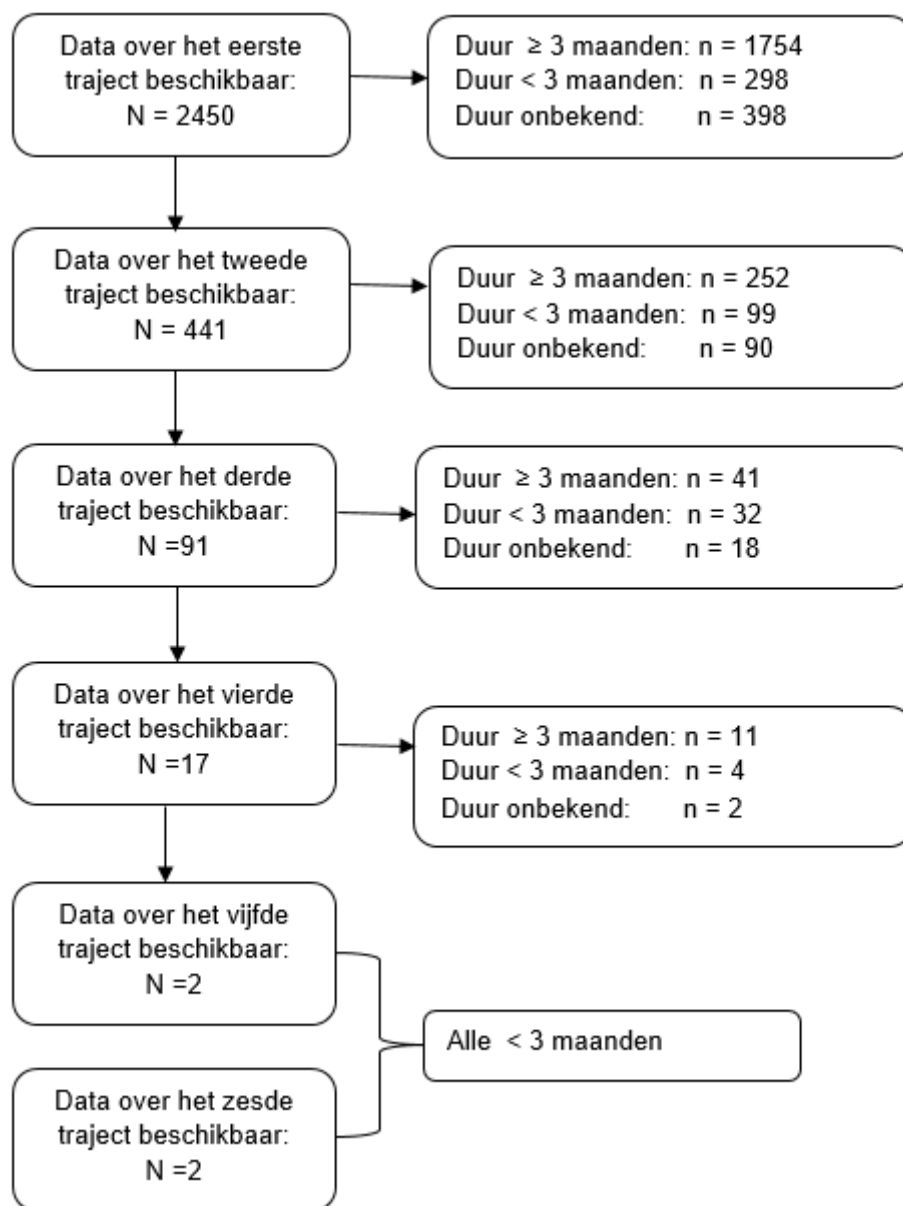
Om inzicht te krijgen in het geschreven beleid over middelengebruik binnen de vier Jeugdzorg^{Plus} instellingen hebben we beleidsdocumenten over omgang met middelengebruik verzameld. Daarnaast hebben we wetenschappelijke en grijze literatuur gezocht over middelengebruik onder jongeren in residentiele jeugdzorgvoorzieningen. Deze literatuur geeft inzicht in de risicofactoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van problematisch middelengebruik, en geeft aanknopingspunten voor de aanpak daarvan. Belangrijke bron van informatie was de Richtlijn Middelengebruik in de Jeugdhulp en Jeugdbescherming en de onderbouwing daarvan (Wits et al., 2016).

2.2 Kwantitatieve analyses

2.2.1 Opschonen van het bestand

De getransformeerde en opgeschoonde Monitordataset bevatte gegevens van 2508 jongeren, die minimaal één traject binnen Jeugdzorg^{Plus} hebben gehad in de periode juli 2013 – juni 2015. Van sommige jongeren (n=58) hadden we geen gegevens van het eerste traject. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van het aantal jongeren per traject waar gegevens van beschikbaar waren. We hebben ervoor gekozen om in de analyses alleen het eerste traject van de jongeren mee te nemen (N=2450). Op deze manier werd voorkomen dat jongeren dubbel werden meegenomen in de analyses. Daarnaast hadden we de meest complete data voor dit traject. Zoals te zien in figuur 1 was de groep jongeren met een eerste traject verreweg het grootst. De Monitor bevat data van 14 verschillende instellingen, die in deze rapportage geanonimiseerd zijn.

Figuur 1. Schematisch overzicht van aantal jongeren per traject in de dataset

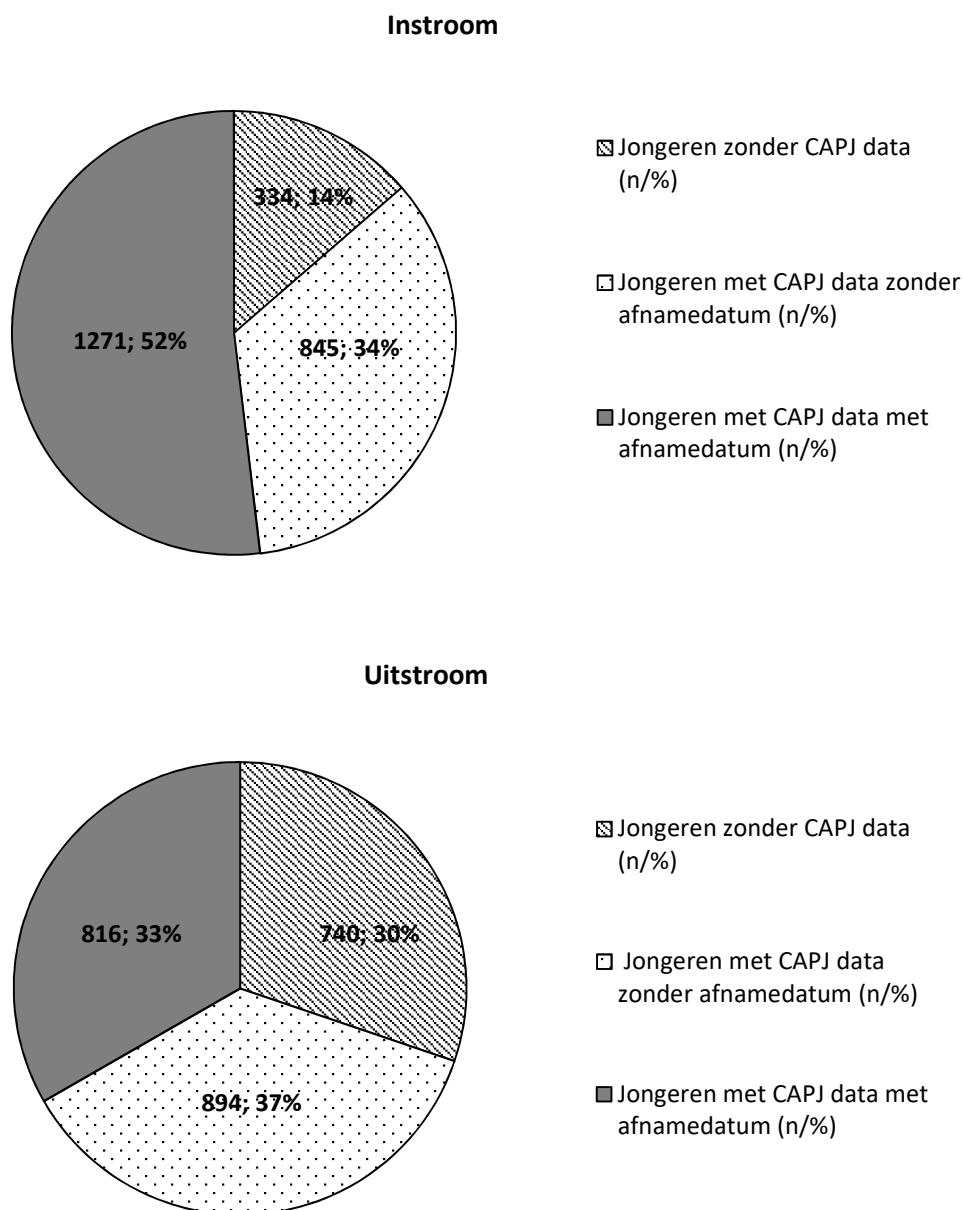


2.2.2 Meten van middelengebruik

Informatie over middelengebruik wordt in de Monitor verzameld met behulp van het Classificatiesysteem voor de Aard van Problematiek van Jeugd (CAP-J). De generieke code 'A400: Gebruik van middelen/verslaving' wordt in de Monitor geregistreerd. Subcodes zoals 'A401 Problematisch gebruik van alcohol' of 'A404 Problematisch gebruik van cannabis' zijn niet apart verzameld in de Monitor. Voor veel jongeren waren geen CAP-J gegevens ingevuld in de monitor. Figuur 2 toont een overzicht van de beschikbare CAP-J gegevens bij in- en uitstroom van het eerste traject. Zo zijn voor 14% bij instroom en 30% bij uitstroom geen CAP-J gegevens geregistreerd. Daarnaast is voor een deel van de jongeren geen afnamedatum geregistreerd bij de CAP-J gegevens. Hierdoor konden we niet vaststellen in welke instelling een jongere verbleef toen de CAP-J werd ingevuld. Deze jongeren

hebben we dus niet mee kunnen nemen in de prevalenties per half jaar en de analyse van verschillen tussen instellingen.

Figuur 2. Verdeling van jongeren met en zonder CAP-J gegevens bij in- en uitstroom van het eerste traject (totale n=2450)



In de Monitor wordt informatie verzameld over de hulpvorm tijdens verblijf in de Jeugdzorg^{Plus}, waarvan een van de mogelijkheden 'Hulp bij middelengebruik' is. Bij jongeren die hulp kregen bij hun middelengebruik staat het gebruik mogelijk meer op de voorgrond dan bij andere jongeren. Om verschillen in kenmerken vast te stellen hebben we daarom, naast het vergelijken van jongeren met en jongeren zonder geregistreerd middelengebruik (CAP-J A400), ook de jongeren met elkaar vergeleken die wel of geen hulp bij middelengebruik kregen.

2.2.3 Toetsen van verschillen

Om vast te stellen of er verschillen zijn tussen jongeren waarvoor middelengebruik is geregistreerd in de Monitor (CAP-J 'A400') en jongeren waarvoor geen middelengebruik is geregistreerd, hebben we gekeken naar verschillende beschikbare kenmerken in de Monitor:

- Geboortjaar en geslacht
- Etnische achtergrond, onderverdeeld in de categorieën Autochtoon, Allochtoon (Westers), Allochtoon (Niet-Westers) en Onbekend.
- Opleidingsniveau, onderverdeeld in de categorieën: (speciaal) basisonderwijs, Speciaal (voortgezet) onderwijs, Praktijkonderwijs, voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, leerwegondersteunend), Hoger algemeen voortgezet onderwijs (HAVO), Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO), Middelbaar beroepsonderwijs (MBO) niveau 1, MBO niveau 2.
- Leefsituatie voor Jeugdzorg^{Plus}, onderverdeeld in de categorieën: in éénoudergezin, in meeroudergezin, pleegzorg, residentieel, zelfstandig, zwervend, anders of onbekend.
- Juridische maatregelen voorafgaand aan de opname in een JZ+ instelling: onderverdeeld in Jeugdreclassering, Ondertoezichtstelling en Voogdij.

De verschillen in kenmerken tussen jongeren met en zonder geregistreerd middelengebruik zijn getoetst op statistische significantie met behulp van de Chi-kwadraat test voor categorische variabelen en met behulp van de Student's T-test (voor ongepaarde data) voor continue variabelen.

2.3 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve deel van het onderzoek bestaat uit semigestructureerde interviews met professionals en jongeren. Aan het einde van het onderzoek hebben we de resultaten en aanbevelingen besproken met de vier betrokken Jeugdzorg^{Plus} instellingen tijdens een bijeenkomst.

2.3.1 Interviews met jongeren

We interviewden twee meisjes en veertien jongens, verdeeld over de vier deelnemende instellingen. Leeftijd van de jongeren varieerde van 15 jaar tot 20 jaar. Alle jongeren verbleven op het moment van interviewen in één van de vier instellingen. De gesprekken duurden een half uur tot een uur en de jongeren kregen als dank voor deelname een financiële vergoeding van 10 euro (na overleg met de begeleiders). Eén interview werd voortijdig afgebroken omdat de jongen terug naar zijn groep wilde. De meeste jongeren die we spraken gebruikten voordat ze in de Jeugdzorg^{Plus} instelling kwamen dagelijks cannabis. Bij Jeugdzorg^{Plus} instelling A spraken we alleen jongeren van groep Oost, een verslavingsbehandelgroep voor jongeren met een stoornis in het gebruik van middelen. De opbrengsten van deze interviews zijn daarmee nogal specifiek. Wel geven ze inzicht in een groep jongeren waarbij het middelengebruik zich heeft ontwikkeld tot een verslaving, en zijn ze een waardevolle aanvulling op de interviews in de andere instellingen.

2.3.2 Interviews met professionals

We spraken in totaal veertien professionals. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende disciplines per instelling. Bij Jeugdzorg^{Plus} instelling A interviewden we alleen professionals van de afdeling speciaal gericht op middelengebruik (een samenwerkingsverband tussen Jeugdzorg^{Plus}, verslavingszorg en LVB zorg), voornamelijk van de groep jongeren met een stoornis in het gebruik van middelen, en van één van de LVB-groepen. Hierdoor kregen we inzicht in de kenmerken en het gebruik van jongeren die kampen met verslavingsproblematiek. We hebben daardoor echter weinig zicht op (de aanpak van) het middelengebruik binnen de reguliere Jeugdzorg^{Plus} groepen binnen instelling A.

Bij Jeugdzorg^{Plus} instellingen A, B en C interviewden we, naast drie professionals die betrokken zijn bij de jongeren op de groep, ook een specifieke behandelaar: een ambulante behandelaar, een verslavingsarts en een

MDFT-therapeut. Op deze manier kregen we zicht op de inhoud van de behandeling voor jongeren die middelen gebruiken. De gesprekken duurden gemiddeld drie kwartier tot een uur.

Tabel 1. Kenmerken geïnterviewde professionals (n=14)

Instelling	Functie
Jeugdzorg ^{Plus} instelling A	Gedragsdeskundige (Verslavingszorg)
	Mentor LVB-groep
	Libermantrainer en verpleegkundige (Verslavingszorg)
	Verslavingsarts (Verslavingszorg)
Jeugdzorg ^{Plus} instelling B	Ambulant behandelaar Brijder (verslavingszorg)
	Groepsleider
	Gedragsdeskundige
Jeugdzorg ^{Plus} instelling C	Pedagogisch medewerker B
	Pedagogisch medewerker B
	Gedragsdeskundige
	Hoofd MDFT
Jeugdzorg ^{Plus} instelling D	Behandelcoördinator
	Pedagogisch medewerker B
	Gedragsdeskundige

Omdat niet alle geïnterviewde professionals op de hoogte waren van het registratieproces in de Monitor hebben we een aparte belronde gedaan onder vijf professionals van de vier instellingen. Aan hen hebben we enkele Monitorspecifieke vragen voorgelegd.

2.3.3 Analyse van de interviews

Alle interviews zijn opgenomen met een audiorecorder en de aantekeningen die zijn gemaakt tijdens het gesprek zijn uitgewerkt in een gespreksverslag. Vervolgens zijn de audiobestanden woord-voor-woord uitgewerkt. De interviews met professionals en jongeren zijn geanalyseerd door uitspraken op verschillende thema's met elkaar te vergelijken. Overeenkomstige uitspraken leiden tot sterker onderbouwde resultaten. Waar geïnterviewden elkaar tegenspreken of van elkaar afwijken, nuanceert dit de resultaten.

2.3.4 Bijeenkomst met de vier instellingen

Aan het einde van het onderzoek organiseerden we een bijeenkomst voor de vier betrokken instellingen. Tijdens deze bijeenkomst bespraken we voornamelijk de kwalitatieve resultaten, omdat de kwantitatieve resultaten al in de (telefonische) interviews aan bod kwamen.

3 Resultaten

De resultaten van de literatuurstudie en documentanalyse, kwantitatieve analyse van de Monitor en kwalitatieve analyse van de interviews met jongeren en professionals worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. Per (sub)onderzoeksvraag worden de resultaten met behulp van deze bronnen beschreven. Voor het interpreteren van de kwantitatieve data over middelengebruik in de Monitor is het nodig om iets meer te weten over hoe de CAP-J wordt ingevuld. We starten het hoofdstuk daarom met een paragraaf over de betrouwbaarheid van CAP-J gegevens in de Monitor (onderdeel van onderzoeksvraag 2, paragraaf 3.1). Vervolgens zijn dit de onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk aan bod komen:

1. Wat is de prevalentie van verslavingsproblematiek binnen Jeugdzorg^{Plus} instellingen, wat zijn kenmerken van jongeren met verslavingsproblematiek, welke behandeling krijgen zij en hoe ontwikkelt de verslavingsproblematiek zich? (paragraaf 3.2 – paragraaf 3.5)
2. Waardoor kunnen verschillen in percentage jongeren met verslavingsproblematiek tussen instellingen verklaard worden en wat is de betekenis van dergelijke (verschillen in) percentages? (paragraaf 3.6)
3. Op welke beïnvloedbare persoonsgebonden, omgevingsgebonden en instellingsgebonden factoren die van invloed zijn op het verloop van de verslavingsproblematiek van cliënten kunnen Jeugdzorg^{Plus} instellingen zich het beste richten om effect te sorteren? (paragraaf 3.7)

3.1 Validiteit en betrouwbaarheid van CAP-J code A400 in de Monitor

Middelengebruik wordt in de Monitor geregistreerd aan de hand van de generieke CAP-J code A400 ‘Gebruik van middelen/verslaving’. Onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de CAP-J wijst uit dat in bijna 80% van de te beoordelen rubrieken de overeenstemming tussen verschillende codeurs voldoende was (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, De Wilde, & Eijgenraam, 2009). Uit de interviews en de extra belronde onder professionals hebben we echter twijfels over de validiteit en betrouwbaarheid van de CAP-J code A400 in de praktijk van Jeugdzorg^{Plus}.

Het classificatiesysteem CAP-J kent drie niveaus: as, groep en rubriek. De meeste Jeugdzorg^{Plus} instellingen vullen de CAP-J in de digitale omgeving Berg-op. In dit systeem bestaat de code A400 niet als zodanig. De code A400 is een variabele die de Monitor aanmaakt wanneer een van de rubrieken is aangevinkt. Elke rubriek staat voor een bepaald middelengebruik. Bijvoorbeeld: A405 is “probleematisch gebruik van cocaïne” en A408 is “probleematisch gebruik van nicotine”. We weten niet of er drie rubrieken zijn aangevinkt of één. Door alleen de code A400 te verzamelen in de Monitor missen we dus informatie over de aard en ernst van de problematiek. Ten tweede verschilt de definitie van middelengebruik, en daarmee wanneer een code onder A400 wordt aangekruist, sterk per instelling en per medewerker binnen de instelling. Sommige professionals gaven aan dat zij A400 aankruisten als er duidelijk sprake van was dat het middelengebruik een jongere belemmerde in het dagelijks leven, bijvoorbeeld in het behandelverloop of als een jongere wegliep omdat hij ‘moest’ blowen. Andere professionals vonden, gezien de doelgroep, ieder gebruik van middelen problematisch en kruisten A400 ook aan bij ‘af en toe gebruik’. In sommige gevallen wordt een rubriek van A400 aangekruist op basis van dossierinformatie vanuit een eerdere instelling, in andere gevallen op basis van de actuele ervaringen met een jongere. Bovendien valt onder CAP-J A400 de subcode ‘probleematisch gebruik van nicotine’ en de subcode ‘probleematisch gebruik van cafeïne’. Soms wordt een subcode van A400 dus aangekruist (en daarmee A400 in de Monitor geregistreerd) als een jongere rookt, maar geen alcohol of drugs gebruikt. Een overkoepelende definitie van problematisch gebruik van middelen ontbreekt. Professionals gebruikten de handleiding van CAP-J nauwelijks of niet meer, vaak omdat ze weinig tijd hebben.

Ook het moment van invullen van de CAP-J verschilt per instelling en per medewerker binnen de instelling. Volgens de beschrijving van de Monitor wordt CAP-J ingevuld na drie maanden verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} (Vermaes, Konijn, Nijhof, Strijbosch, & Van Domburgh, 2012). Een aantal professionals doet dat inderdaad na drie maanden, wanneer zij de problematiek voldoende duidelijk hebben. Anderen gebruiken de CAP-J als input

voor het persoonlijke (behandel)plan van een jongere en vullen de CAP-J in binnen zes weken na aanvang van het verblijf. Het moment van invullen kan invloed hebben op het wel of niet aankruisen van code A400. Bij het interpreteren van de kwantitatieve data die in dit hoofdstuk wordt gepresenteerd, is het goed om de hierboven beschreven kanttekeningen in het achterhoofd te houden. De CAP-J wordt niet op gestandaardiseerde wijze ingevuld waardoor de percentages middelengebruik lastig te interpreteren zijn.

3.2 Prevalentie van problematisch middelengebruik in de Jeugdzorg^{Plus} (vraagstelling 1)

Prevalenties van middelengebruik hebben we per half jaar vastgesteld op basis van de Monitordata. Bedoeling hiervan was het in kaart brengen van een trend in het middelengebruik. De tijdvakken die hiervoor beschikbaar waren in de Monitor zijn: 2^e helft 2012, 1^e en 2^e helft 2013, 1^e en 2^e helft 2014 en 1^e helft 2015. Deze prevalenties zijn gebaseerd op de afnamedatum van de CAP-J. De afnamedatum reflecteert wanneer de gegevens zijn ingevuld in de Monitor. CAP-J gegevens worden verzameld op verschillende momenten, namelijk bij instroom, bij uitstroom, of op beide momenten.

Per half jaar, in de periode van juli 2012 – juni 2015, varieerde de totale prevalentie van geregistreerd middelengebruik in de Jeugdzorg^{Plus} tussen de 40% tot 50% bij instroom (zie tabel 2). Bij uitstroom was de prevalentie per tijdvak lager, variërend van 28% tot 40%. Het betreft hier niet per definitie dezelfde jongeren bij in- en uitstroom binnen een tijdvak, dus de cijfers zijn niet te interpreteren als de ontwikkeling van het middelengebruik van een jongere. Ze laten een dwarsdoorsnede van het middelengebruik zien per tijdvak.

Tabel 2. Totaal aantal metingen van het eerste traject per tijdvak en percentage middelengebruik bij in- en uitstroom

			Middelengebruik (A400)* **	
Tijdvak		Eerste traject*	n	%
Juli-Dec 2012	Instroom	103	43	42%
	Uitstroom	18	7	39%
Jan-Juni 2013	Instroom	228	115	50%
	Uitstroom	82	33	40%
Juli-Dec 2013	Instroom	246	118	48%
	Uitstroom	143	46	32%
Jan-Juni 2014	Instroom	228	91	40%
	Uitstroom	204	57	28%
Juli-Dec 2014	Instroom	227	91	40%
	Uitstroom	188	54	28%
Jan-Jun 2015	Instroom	210	103	49%
	Uitstroom	163	59	36%
Totaal	Instroom	1242	561	45%
	Uitstroom	798	256	32%

*: Totaal aantal jongeren met beschikbare CAPJ data in het betreffende tijdvak

** : Valide percentages van jongeren met beschikbare CAPJ-data

We vroegen de professionals een inschatting te maken van het middelengebruik binnen hun eigen instelling of groep. Inschattingen van percentages varieerden van 25% tot meer dan 75%, maar de meeste professionals schatten het middelengebruik hoger in dan de Monitorgegevens laten zien (60% of hoger). Volgens de professionals hebben de meeste jongeren voor aanvang van verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} instelling middelen

gebruikt, voornamelijk softdrugs. De interviews met professionals en jongeren wijzen er op dat het dan vaker gaat om dagelijks blowen dan om af en toe een jointje.

3.3 Kenmerken van jongeren die problematisch middelen gebruiken

Voor het vaststellen van de kenmerken van jongeren die problematisch middelen gebruiken, gebruikten we input vanuit de literatuur, de analyses van de Monitordata en de interviews met jongeren en professionals. In de kwantitatieve analyses van de Monitordata vergeleken we enkele persoonskenmerken van jongeren die middelen gebruiken met jongeren die geen middelen gebruiken. Dat wil zeggen, jongeren voor wie geen middelengebruik geregistreerd is in de Monitor. Vanwege de kanttekeningen bij het invullen van de CAP-J A400 (zie paragraaf 3.1), hebben we ook de groepen van jongeren vergeleken waarvoor wel of geen hulp bij middelengebruik was geregistreerd in de Monitor. De resultaten van deze analyses laten zien dat jongeren met geregistreerd middelengebruik en hulp bij middelengebruik vaker jongens waren, ouder waren en van autochtone herkomst. Zij deden minder vaak alleen basisonderwijs en vaker MBO-niveau 1, maar dat komt waarschijnlijk doordat ze gemiddeld ouder waren dan de overige jongeren. Deze onderscheidende persoonskenmerken kwamen in de interviews met professionals niet aan de orde als zijnde specifiek voor de groep jongeren die middelen gebruiken.

Naast de persoonskenmerken, speelt een groot aantal risico- en beschermende factoren een rol bij de ontwikkeling van middelengebruik van een jongere. Bekende risicofactoren uit de literatuur, die bij jongeren in Jeugdzorg^{Plus} instellingen vaak in ruime mate aanwezig zijn, zijn: gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit, oppositioneel opstandig of antisociaal gedrag, andere psychische problemen zoals angst, traumatisering of depressie, licht verstandelijke beperking (LVB), op jonge leeftijd starten met middelengebruik, verstoorde gezinsrelaties, verslaafde ouder(s) of broers/zussen, invloed van leeftijdsgenoten, schoolgerelateerde problemen, armoede, gebrekkige sociale controle en negatieve life-events (verhuizing, scheiding, verlies van ouder, et cetera) (Low et al., 2012; Snoek, Wits, Van der Stel, & van de Mheen, 2010). De meeste van deze risicofactoren werden in de interviews met jongeren en professionals bevestigd als aanwezig, maar gelden voor bijna alle jongeren in Jeugdzorg^{Plus}, niet alleen jongeren die middelen gebruiken. Hieronder zoomen we in op de kenmerken die niet of moeilijk te beïnvloeden zijn. In paragraaf 3.7.1 gaan we in op de beïnvloedbare persoongebonden factoren.

Pubergedrag

Door verschillende professionals genoemd, en ook vanuit de literatuur vastgesteld als een verklarende factor in het experimenteren met alcohol of drugs: de puberteit. Dit kenmerk geldt uiteraard voor alle jongeren in de Jeugdzorg^{Plus}. In de adolescentie is het brein nog volop in ontwikkeling. Het brein groeit in volume, en de groei van verbindingen zet zich voort in de prefrontale cortex (Crone, 2008). De voltooiing van de prefrontale cortex is van belang voor de beheersing van impulsiviteit. Bovendien is deze voltooiing nodig om lange termijn doelen op te kunnen stellen en de benodigde zelfbeheersing op te brengen om die doelen te behalen (Boelema, Ter Bogt, van den Eijnden, & Verdurmen, 2009). Pubers vertonen daardoor eerder risicovol gedrag, waaronder middelengebruik. Eén van de professionals zei daarover:

'Ik denk dat dat (= direct effect van gegeven advies) ook onrealistisch is. Dat is natuurlijk ook het stukje pubergedrag: waarom zou je nu in vredesnaam naar je opvoeder of ouders of begeleider, daar ga je toch niet naar luisteren?' (int.p.09)

De professionals zien soms een ommekeer naarmate jongeren ouder worden. Ze worden meer volwassen, willen graag werken aan hun toekomst, en kunnen dan meer motivatie opbrengen om te stoppen of minderen met gebruik.

Gebrek aan impulscontrole

Dat gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit een rol speelt in de ontwikkeling van middelengebruik kwam naar voren in de interviews met jongeren en in de literatuur (Castellanos & Conrod, 2006). In de puberteit zijn de meeste jongeren meer impulsief, maar bij sommige jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} is sprake van impulsiviteit van uit een stoornis (bijvoorbeeld ADHD). De invloed van een gebrekkige impulscontrole vertaalt zich in middelengebruik zowel in de hoeveelheid die per keer gebruikt wordt als de mate waarin jongeren in staat zijn nee te zeggen als hen drugs wordt aangeboden. Sommige jongeren rookten 5 tot 8 joints per dag, en één jongen vertelde dat hij op het hoogtepunt 25 joints per dag rookte. Een jongen zei over de hoeveelheden die hij per keer gebruikte:

“...dat was dan een uurtje weg. Dan kwam ik ook altijd superhigh terug op de groep, want dan had ik zes jointjes gerookt. Het record van mij is 10 jointjes per dag. Toen ik was weggelopen.” (int.j.09)

De professionals herkenden deze gebrekkige impulscontrole bij veel van hun jongeren, waarbij jongeren met LVB en/of ADHD als extra kwetsbaar worden gezien. Over jongeren met LVB en hun mate van impulscontrole zei een gedragsdeskundige:

“Maar wat we merken is dat dat gesprek met onze LVB'ers heel moeilijk aan te gaan is, omdat eigenlijk de voordelen van het gebruik van hun opwegen tegen de nadelen, en simpelweg omdat ze gewoon zo moeilijk kunnen inhiberen, die impulscontrole is zo'n fors probleem dat ze gewoon niet op het moment dat ze iets aangeboden krijgen kunnen denken van 'wat waren ook alweer m'n stappen.” (int.p.06)

Intelligentieniveau

Eén kenmerk dat professionals noemden als onderscheidend in het wel of niet gebruiken van middelen is het IQ van de jongere. Een kwetsbare groep voor middelengebruik, volgens de professionals en de literatuur, is de groep jongeren met een IQ tussen 70 en 85 (Bransen, Schipper, Mutsaers, Haverman, & Blekman, 2008; Hammink & Schrijvers, 2012; McGillicuddy, 2006). Zij zijn gemakkelijk te beïnvloeden en kunnen de gevolgen van middelengebruik niet goed overzien. Bovendien ervaren zij vrij weinig negatieve gevolgen van het middelengebruik. Hun prestaties op school waren al slecht voordat zij begonnen met blowen, dus dat relateren ze niet aan het blowen. Voor de meeste jongeren geldt wel: hoe minder blowen, hoe beter de schoolgang (ook al was die om te beginnen al niet geweldig). Jongeren en kinderen met een relatief nog lagere intelligentie (IQ < 70) functioneren vaak ook op een lager niveau. Zij mijden liever de 'streetwise' groepen of worden daar niet geaccepteerd. Bij hen lijkt middelengebruik wat minder vaak voor te komen. In de kwantitatieve analyse vonden we geen verschil in IQ tussen jongeren met geregistreerd middelengebruik of hulp bij middelengebruik en de overige jongeren, ook niet als we drie aparte categorieën maakten (IQ < 70, IQ 70-85 en IQ > 85). Dit kan deels verklaard worden door het grote aantal missende waarden op de IQ-variabele.

3.4 Soorten en frequentie van behandeling voor problematisch middelengebruik binnen Jeugdzorg^{Plus}

Voor bijna zeventien procent van de jongeren is in de Monitor hulp bij middelengebruik geregistreerd tijdens het eerste traject. Tabel 3 toont een overzicht van de verschillende vormen van hulp. Onder hulp valt ook 'Urinecontrole', en hoewel dit officieel geen hulp is, nemen we dit in deze paragraaf wel als zodanig mee (voor toelichting, zie het kopje 'Urinecontrole').

Tabel 3. Soorten en frequentie van behandelingen van jongeren met verslavingsproblematiek (n=2508)

Behandeling/ Maatregel	
Urine controle	13.2%
Brains4Use	5.4%
Systeembehandeling	0.7%
Wietwijs	0.2%
Moti4	0.1%
Anders	3.3%

Na urinecontrole (13,2%) werd Brains4Use het vaakst geregistreerd als vorm van hulp bij middelengebruik (5,2%). De categorie 'Anders' bestaat onder andere uit gesprekken bij reguliere verslavingszorg of ambulante verslavingsbehandelaar, cognitieve gedragstherapie, Be Open, Liberman en dialectische gedragstherapie. Hieronder gaan we uitgebreid in op verschillende vormen van hulp bij middelengebruik die in de Monitor zijn geregistreerd of die ter sprake kwamen tijdens de interviews met professionals en jongeren.

Urinecontrole

De jongeren die wij spraken hadden allemaal ten minste een keer een urinecontrole (UC) meegemaakt. Dit is geen behandeling binnen de Jeugdzorg^{Plus}, maar wel een veel ingezette maatregel bij jongeren die middelen gebruiken. Omdat de UC wel gebruikt wordt als aangrijpingspunt om met een jongere in gesprek te gaan, geven we hier toch aandacht aan deze maatregel. Andere controlerende maatregelen die worden ingezet bij vermoedens van middelengebruik zijn kamercontroles of kledingcontrole (fouilleren).

Urinecontrole

Drie van de vier Jeugdzorg^{Plus} instellingen had geschreven beleid over urinecontrole. De strekking van dit beleid kwam grotendeels overeen:

- Bij een (sterk) vermoeden van gebruik mag een urinetest worden afgenomen, maar alleen met goedkeuring van de behandelcoördinator of gedragsdeskundige
- Als een jongere weigert mee te werken aan een UC wordt de uitslag als positief aangemerkt
- Een positieve uitslag wordt doorgegeven aan de gedragsdeskundige, en eventueel besproken in een multidisciplinair overleg

Voor bijna twintig procent van de jongeren in de Monitor was UC geregistreerd in de Monitordata. Dit kunnen één of meerdere urinecontroles zijn geweest gedurende het verblijf in Jeugdzorg^{Plus}. Uit praktijkervaringen blijkt dat een UC de motivatie en het vertrouwen in de eigen vaardigheden om het gedrag te veranderen kan ondersteunen als een jongere wil stoppen met gebruik. Dit is vooral in de beginfase, als een jongere de eerste stappen zet om niet te gebruiken. En het werkt alleen ondersteunend als de UC niet wordt gezien als straf of uitsluitingscriterium (Wits et al., 2016).

In één van de beleidsdocumenten is opgenomen dat bij de aanvang van verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} instelling standaard een UC wordt afgenomen. Volgens de professionals van de betreffende instelling is dit in de praktijk niet het geval. In het begin van het verblijf heeft een jongere weinig vrijheden, en zal een UC voornamelijk gedaan worden bij vermoedens van middelengebruik (bijvoorbeeld rode ogen, giechelen, afwezige houding). Wanneer het verlov wordt opgebouwd kan voor en na het verlov een UC afgenomen worden. In een enkel geval vindt een jongere het zelf fijn een stok achter de deur te hebben met het regelmatig afnemen van een UC.

De gevolgen van een positieve UC verschillen per instelling, maar ook per jongere en per situatie. Bij één van de instellingen is bijvoorbeeld wekelijks een ambulante behandelaar uit de verslavingszorg aanwezig (zie ook hieronder ‘Samenwerking met verslavingszorg’). Hierdoor is verslavingsdeskundigheid in huis en worden jongeren met een positieve UC vrij vlot doorverwezen naar de verslavingsbehandelaar. Bij andere instellingen is die deskundigheid niet zo dichtbij en kiezen de meeste professionals ervoor om het gesprek over het middelengebruik aan te gaan. Vaak volgt een consequentie bij een positieve UC. Dit kan verplicht verblijf op de kamer zijn, extra taken op de groep of bijvoorbeeld het intrekken van verlof. Ook kan een ‘sanctie gericht op leerbaarheid’ worden opgelegd, bijvoorbeeld een schrijfplicht over de negatieve gevolgen van drugsgebruik. De cultuur binnen een instelling lijkt invloed te hebben op hoe met middelengebruik en positieve UC’s wordt omgegaan. Een Jeugdzorg^{Plus} instelling die voorheen een Justitiële Jeugdinstelling was heeft bijvoorbeeld een meer repressieve houding ten opzichte van drugs dan andere Jeugdzorg^{Plus} instellingen. De geïnterviewde professionals vinden het belangrijk het gesprek aan te gaan over middelengebruik, in plaats van alleen maar te controleren en daar consequenties aan te verbinden. Maar ze ontkomen niet helemaal aan een repressieve aanpak. Eén professional zei hierover:

‘Het is altijd een soort kat-en-muis spelletje. Dus we werken met UC’s en kamercontroles. Die echte repressie zit er wel in. Maar veel liever zitten we op het gesprek erover aangaan: oké, je bent nu boos of onrustig: vertel eens even, heb je trek?’ (int.p.03)

Behandeling bij verslavingsafdeling van Jeugdzorg^{Plus} instelling A

De verslavingsafdeling, een samenwerkingsverband tussen instelling A, een orthopedagogisch behandelcentrum en een verslavingszorg instelling, heeft een aparte groep voor jongeren met verslavingsproblematiek. Jongeren met verslavingsproblematiek binnen de Jeugdzorg^{Plus} worden hier opgenomen. De groep bestaat uit een detox groep (4-5 jongeren) en een behandelgroep (8 jongeren). Op de detox groep is 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig. Niet alle jongeren die in de detoxgroep zitten stromen door naar de behandelgroep, een enkeling gaat na detox terug of door naar een andere groep binnen de Jeugdzorg^{Plus}. Daarnaast volgen enkele jongeren die binnen ‘de verslavingsafdeling’ op een andere groep verblijven alleen de Liberman training op de groep voor verslavingsproblematiek. Op de behandelgroep krijgen jongeren Liberman training (2x per week), groepstherapie gericht op gebruik (2x per week) psychomotorische therapie (PMT, 1x per week), beeldende therapie (1x per week) en, indien geïndiceerd, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, 1x per week). Omdat de Liberman module specifiek gericht is op het leren omgaan met verslaving gaan we hier nader op in.

De Liberman module ‘Omgaan met verslaving’

Doel van deze module is leren ‘nee’ zeggen tegen verslavende middelen en ‘ja’ tegen gezonde gewoontes. De module bestaat, binnen ‘de verslavingsafdeling’, uit twee delen:

- A. Basistraining – doel om deelnemers te informeren en motiveren (8 sessies)
- B. Vaardigheidstraining – doel om nieuwe vaardigheden aan te leren, bijvoorbeeld stoppen na een uitglijder of drugs weigeren van vrienden of familie (27 sessies)

Het materiaal van de Liberman module is geschreven voor behandeling van volwassenen met verslaving en psychiatrische problemen. De trainers stemmen de uitvoering van de methode zelf af op het niveau van de jongere, zowel qua leeftijd en intelligentieniveau als mate van motivatie om het gedrag te veranderen. Door de heterogeniteit van de groepen binnen Jeugdzorg^{Plus} (qua intelligentie en type problematiek) is dat soms wel een uitdaging. De jongeren die we spraken vonden dat ze de kennis van middelen (deel A) vaak al hadden, maar dat deel B hen wel kon helpen om leren nee te zeggen in risicosituaties. De professionals gaven aan dat

Liberman mogelijk geschikt is om breder in te zetten, dus niet alleen op de groep voor jongeren met verslavingsproblematiek binnen 'de verslavingsafdeling', maar bijvoorbeeld voor jongeren die kampen met verslavingsproblemen op andere groepen binnen Jeugdzorg^{Plus}. Voorwaarde hiervoor is de aanwezigheid van voldoende opgeleide trainers.

Systeembehandeling

In de interviews met professionals kwam systeembehandeling uitgebreid aan bod in het kader van hulp bij verslavingsproblematiek. Het middelengebruik van een jongere kan veel frictie in het systeem veroorzaken, bijvoorbeeld vaak ruzie omdat een jongere de hele dag aan het blowen is en niet meer naar school gaat. Als een jongere middelen gebruikt en systeemtherapie wordt ingezet, is het middelengebruik daarom vaak onderdeel van de behandeling. Bij één van de instellingen werken ze met Multisysteemtherapie (MST) in een traject dat ze 'ThuisBest' noemen. Dit traject is gericht op een snelle terugkeer naar huis (na 6 weken) met nog ongeveer 5 maanden MST als intensieve vorm van thuisbegeleiding.

Multisysteemtherapie (MST)

MST bestaat uit intensieve behandeling in de thuissituatie gedurende drie tot vijf maanden. Het gezin staat centraal en heeft 24 uur per dag, 7 dagen per week een therapeut beschikbaar. Na het opstellen van het behandelplan wordt in alle systemen om de jongere heen gezocht naar de factoren die samenhangen met het probleemgedrag. De behandeltechnieken en – strategieën die tijdens MST ingezet worden zijn gericht op de jongere zelf, het gezin, de school, het contact met leeftijdsgenoten en de buurt.

MST is een effectieve therapie om ernstige gedragsproblemen, kans op recidive of uithuisplaatsing, middelenmisbruik, gezinsproblematiek en omgang met verkeerde vrienden te verminderen (Nederlands Jeugdinstituut, 2016).

Bij een andere instelling werken ze samen met Multidimensionele familietherapie (MDFT). Dit is eenzelfde soort intensieve systeembehandeling als MST, maar richt zich specifiek op jongeren met meervoudige problematiek waar verslaving en/of criminaliteit onderdeel van is. MDFT is naast behandeling ook een stukje bemoeizorg. *'We gaan zelfs zo ver dat we een ouder helpen een jongere uit bed te trekken 's ochtends'*, vertelde een MDFT therapeut.

Multidimensionele familietherapie (MDFT)

MDFT is een ambulante systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. Het is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 19 jaar die probleemgedrag vertonen als het overmatig gebruik van middelen, criminaliteit en spijbelen en die daarnaast ook psychische- of gedragsstoornissen vertonen. MDFT richt zich op de jongere en zijn gezin en bredere sociale omgeving. Doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder probleemgedrag, en het verminderen van risico op (strafrechtelijke) recidive. Een MDFT-traject duurt 6 maanden, met 2 tot 3 sessies per week. MDFT is bewezen effectief in het verlagen van de kans op recidive en het verminderen van verslavingsproblematiek (Rigter, 2015).

Bij een systemische benadering wordt middelengebruik niet alleen aan de orde gesteld omdat het ongezond of problematisch is, maar is het middelengebruik gedrag dat als kapstok dient om aan het disfunctionele systeem te werken. In principe kan uit de systeembehandeling volgen dat de jongere in kwestie zich meldt bij de verslavingszorg. De MDFT therapeuten werken vanuit de Jeugdzorg^{Plus} instelling, waardoor ze een goede verbinding tussen 'binnen' en 'buiten' vormen.

Voorwaarde voor een systeembehandeling is dat een jongere vrijheden moet hebben, hij moet kunnen oefenen met gedrag. Een andere voorwaarde is ten minste één gemotiveerde ouder of verzorger. Voor

jongeren met LVB wordt bij MST de variant MST-LVB ingezet, en bij MDFT wordt de methode ook aangepast op het niveau van een jongere en wordt de duur van de therapie verlengd (9 maanden in plaats van 6 maanden).

Hulp vanuit verslavingszorg

In de categorie 'Anders' van hulp van middelengebruik in de Monitor was vaak contacten met verslavingszorg geregistreerd. Alle Jeugdzorg^{Plus} instellingen zochten samenwerking met de verslavingszorg om middelengebruik aan te pakken. De mate van samenwerking en de opbrengst ervan verschilt per instelling en per regio. Bij twee instellingen wordt externe verslavingsdeskundigheid ingevlogen wanneer een jongere last heeft van verslavingsproblematiek. De ervaringen hiermee tot nu toe waren niet zo positief. Eén knelpunt, specifiek voor de jongeren met LVB, is dat de behandeling in de verslavingszorg onvoldoende afgestemd is op het intelligentieniveau van de jongere. Verslavingsbehandeling heeft bijna altijd cognitieve gedragstherapie als basis, en juist deze cognitieve insteek past niet goed bij jongeren met LVB. Eerder onderzoek legde dit knelpunt al bloot met betrekking tot reguliere behandeling in de verslavingszorg (Dom et al., 2013; Hammink & Schrijvers, 2012). Zelfs wanneer een speciale 'Plus'-variant van cognitieve gedragstherapie wordt aangeboden (speciaal voor LVB'ers) sluit het volgens de professionals toch nog onvoldoende aan. Het geleerde toepassen in hun eigen context is voor jongeren met LVB heel lastig.

Voor de medewerkers van verslavingszorg blijkt het werken binnen de gesloten setting van de Jeugdzorg^{Plus} lastig. Belangrijk element in reguliere verslavingsbehandeling is het oefenen met nieuw gedrag en leren van fouten, maar doordat jongeren in een gesloten setting weinig vrijheden hebben kunnen ze dit moeilijk in praktijk brengen. Ook worden 'uitglijders' vaak repressief tegengegaan. Bovendien moet bij een succesvolle behandeling in de reguliere verslavingszorg toch wel sprake zijn van (het kunnen ontstaan van) enige intrinsieke of extrinsieke motivatie om te stoppen of minderen met gebruik, iets wat vrijwel altijd ontbreekt bij de jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} (zie ook paragraaf 3.7.1). Ander knelpunt in de samenwerking met verslavingszorg is de mate waarin de verslavingsbehandeling geïsoleerd is van de behandeling binnen de Jeugdzorg^{Plus}. Dat heeft te maken met het praktische gegeven dat agenda's moeilijk op elkaar zijn af te stemmen. Bovendien moeten de jongeren soms naar een andere locatie voor de verslavingsbehandeling en de Jeugdzorg^{Plus} professionals vinden dat ze weinig terugkoppeling krijgen over de voortgang van de behandeling. Eén professional zei daarover:

'Wij krijgen wel een beetje oppervlakkige terugkoppeling. Is er verbetering, waar moeten wij verder op letten, waar kunnen wij nog in ondersteunen. Ik merk dat dat aardig gesloten is. En ik zou dat eigenlijk in deze casussen wel anders willen, want ik wil dat ook over kunnen dragen naar het vervolg'. (int.p.05)

Bij één van de instellingen hebben ze dit probleem ondervangen door één dag per week een ambulante verslavingsbehandelaar op de locatie te hebben. Deze behandelaar kan jongeren die kampen met verslavingsproblematiek op de locatie behandelen, bijvoorbeeld met behulp van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (Leefstijltraining).

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

CGT is bij een breed scala aan psychische aandoeningen relatief succesvol toegepast. CGT is een verzamelnaam voor een aantal interventies die cognitieve en gedragstherapeutische interventies combineren. Uitgangspunt van cognitieve therapie is dat stoornissen ontstaan doordat mensen bepaalde opvattingen over gebeurtenissen hebben, die sterk samenhangen met sterke emoties en disfunctioneel gedrag. Uitgangspunt van gedragstherapeutisch is dat ongewenst gedrag vaak een aangeleerde, niet-werkende manier is om met problemen om te gaan. Ander gedrag kan aangeleerd worden om effectiever met problemen om te gaan. Voorbeeld van een interventie met CGT als basis is de Leefstijltraining of Brains4Use. Dit laatste is een specifieke interventie voor jongeren in een Justitiële Jeugdinstelling, en wordt ook in de Jeugdzorg^{Plus} ingezet (zie tabel 3).

Jongeren die problematisch middelen gebruiken, maar daar nog geen zogeheten 'lijdensdruk' van ervaren worden soms naar deze behandelaar doorverwezen. Hij kan dan enkele gesprekken met ze voeren om ze te motiveren tot behandeling. Er is nog winst te behalen in deskundigheidsbevordering van de medewerkers op de groepen, zodat zij in de dagelijkse gang van de dag aandacht blijven besteden aan het middelengebruik. Dit geldt overigens voor de meeste Jeugdzorg^{Plus} instellingen waar wij mee spraken. Door voldoende deskundigheid op de groepen kan middelengebruik tijdig worden gesignaleerd en kan adequaat worden gehandeld bij problematisch middelengebruik.

3.5 Ontwikkeling van het middelengebruik tijdens verblijf in de Jeugdzorg^{Plus}

De ontwikkeling van het middelengebruik kon deels inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van de Monitordata. Voor 1710 jongeren hadden we in het Monitorbestand CAP-J gegevens bij in- en uitstroom van hun eerste traject. Zoals eerder gezegd is onduidelijk wat code A400 in de CAP-J precies meet (validiteit) en zijn er ook twijfels aan de betrouwbaarheid van de invulde gegevens. De resultaten dienen daarom met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Voor driekwart van deze jongeren bleef het middelengebruik onveranderd (zie tabel 4): een derde van de jongeren gebruikte middelen bij in- en bij uitstroom, en 41% gebruikte geen middelen bij in- en bij uitstroom. Voor 360 jongeren (21%) werd enkel bij instroom, maar niet langer bij uitstroom middelengebruik geregistreerd. Een kleine minderheid (n=59; 4%) is gestart met gebruiken tijdens hun verblijf binnen JZ+, of tenminste, voor hen is bij instroom geen middelengebruik geregistreerd en bij uitstroom wel.

Tabel 4. Ontwikkeling van middelengebruik (gebaseerd op CAP-J) tijdens verblijf in de Jeugdzorg^{Plus}

Geregistreerd gebruik (CAP-J) in de Monitor	
Gebruik bij instroom, niet bij uitstroom (n=360)	21%
Gebruik bij in- en uitstroom (n=585)	34%
Geen gebruik bij in- en uitstroom (n=706)	41%
Geen gebruik bij instroom, wel bij uitstroom (n=59)	4%

De meeste jongeren die we spraken blowden dagelijks, maar werden door de gesloten setting en de regelmatige controles (kleding, kamer en urine) gedwongen om te stoppen of te minderen tijdens hun verblijf in de Jeugdzorg^{Plus}. Hoewel alle Jeugdzorg^{Plus} instellingen een zero tolerance beleid hebben ten aanzien van drugs binnen de instelling, gaven zowel professionals als jongeren aan dat binnen de muren van de instelling altijd wel drugs aanwezig is. Door opbouw van het verlof is er vaak meer gelegenheid om weer te gaan blowen, iets wat de meeste jongeren dan ook doen. Een paar jongeren had het voornemen helemaal niet meer te gaan blowen. Eén jongen vertelde dat hij juist in de Jeugdzorg^{Plus} instelling was gaan blowen:

*‘Ja, je hebt hier ook niks te doen. Misschien is dat ook een excuus. Ik weet niet, misschien is het een beetje goed praten, maar ik denk als hier de hele dag activiteiten waren, dat er minder mensen zouden blowen.’
(int.j.05)*

De jongeren op de verslavingsgroep van DOK3 gaan eerst een aantal weken in detoxbehandeling. Zij gebruiken vaak zwaardere middelen en kunnen last hebben van (ernstige) lichamelijke en psychische ontwenning. Jongeren in andere instellingen die fors blowden voor hun verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} kunnen ook last hebben van ontwenningverschijnselen, maar de aanwezigheid van een verslavingsarts en een verpleegkundige 24 uur per dag (zoals een detox voorschrijft), is dan vaak niet nodig. Een professional van DOK3 omschreef de ontwikkeling van het middelengebruik bij de jongeren als volgt:

*‘De detox is meestal lastig, want dan zijn ze aan het afkicken en dan mogen ze ook nog niet roken. Dus dat is een hele onrustige periode, dan hebben ze het echt wel zwaar. Dan zie je vaak een aantal weken waarin ze heel opgetogen zijn, want dan is het gelukt: euforisch zijn over het feit dat je het gehaald hebt, dat je clean geworden bent. Maar daarna begint het. Want dan ineens realiseren ze zich dat het leven wel verdraaid saai is zonder middelen.(...) Dus dan volgt er vaak een heel onrustige periode met heel veel boosheid en frustratie en uitglijders, en dan bedoeld of onbedoeld toch een keer gebruiken’.
(int.p.03)*

De professionals van de andere instellingen bevestigden het een jongere vaak wel lukt om een tijdje niet te blowen, alleen vinden ze het lastig vol te houden. Zodra er onrust thuis of op de groep heerst kan een jongere dan al snel weer beginnen met blowen. Het stoppen in de instelling is dus geen garantie voor het blijvend stoppen eenmaal weer buiten de instelling. Meerdere professionals noemden een regelmatige terugval in deze context, maar mogelijk zijn jongeren nooit geheel gestopt en alleen geminderd tijdens verblijf in de Jeugdzorg^{Plus}.

3.6 Verschillen tussen instellingen (vraagstelling 2)

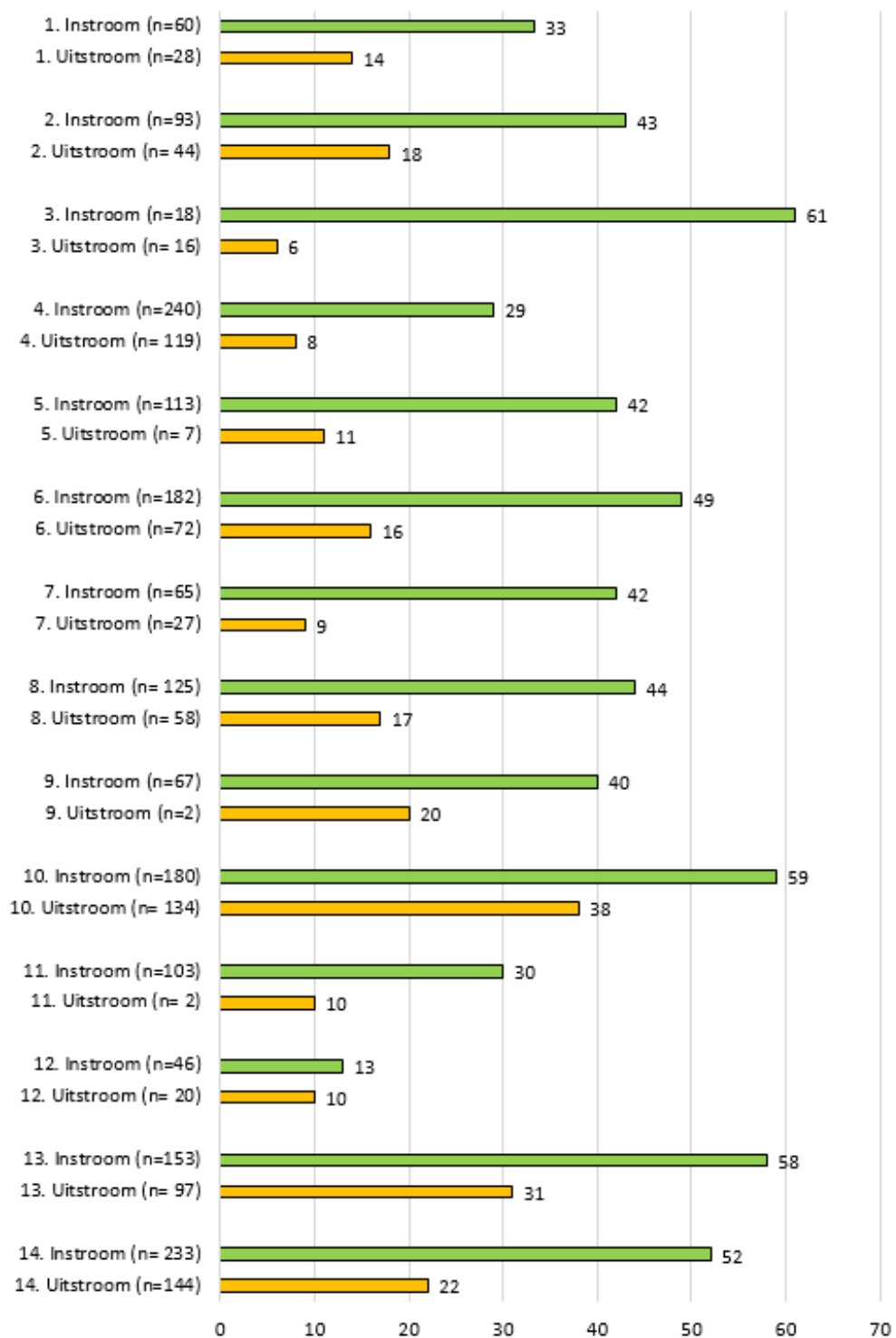
3.6.1 Prevalentie van middelengebruik per instelling

Naast de prevalentie per tijdvak hebben we gekeken naar het verschil in geregistreerd middelengebruik in de Monitor tussen de verschillende instellingen. Figuur 1 toont de verschillen tussen instellingen voor het eerste traject van de jongeren (de instellingen zijn geanonimiseerd in nummer 1 t/m 14). Bij de interpretatie van deze gegevens zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Allereerst is voor een groot aantal jongeren geen CAP-J gegevens ingevuld of is de afnamedatum van CAP-J onbekend. Deze missende waarden variëren per instelling. Sommige instellingen registreerden voor bijna geen van de jongeren een afnamedatum, wat het lage aantal jongeren voor deze instellingen in figuur 3 verklaart. Door de missende afnamedatum is niet met zekerheid vast te stellen dat een jongere in de betreffende instelling verbleef tijdens het invullen van de CAP-J. Een jongere kan namelijk tijdens één traject in meerdere Jeugdzorg^{Plus} instellingen verblijven. Bovendien zijn er verschillen in samenstelling van de groepen binnen de instellingen (zie ook paragraaf 3.6.2), die invloed kunnen hebben op de prevalentie van middelengebruik binnen de instellingen.

Het geregistreerde middelengebruik bij instroom varieert van 13% tot 61%. De meeste instellingen (n=12) registreren tussen de 30% en 60% middelengebruik binnen hun instelling bij instroom. Deze prevalentiecijfers liggen bij uitstroom wat lager, dan registreren de meeste instellingen tussen de 10% en 20% (n=8). Mogelijke verklaringen voor deze verschillen zijn: verschil in samenstelling van de groepen (paragraaf 3.6.2) of verschillen in verslavingsdeskundigheid per instelling (paragraaf 3.6.3) en verschillen in het registratieproces van de

Monitor (paragraaf 3.6.4). Een andere verklaring is de onbetrouwbaarheid van de CAP-J code A400, waarover we in paragraaf 3.1 schreven.

Figuur 3. Prevalentie van middelengebruik bij in- en uitstroom van het eerste traject per instelling (in %)



3.6.2 *Verschillen tussen instellingen in de samenstelling van de doelgroep*

Het geregistreerde middelengebruik in de Monitor verschilt per instelling en varieert in het eerste traject van een jongere van 13% tot 61% bij instroom, en van 6% tot 13 % bij uitstroom (zie figuur 3). Een deel van deze grote verschillen in prevalentie kan mogelijk worden verklaard worden door de verschillen in samenstelling van de doelgroep. Vooropgesteld staat dat alle jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} één of meerdere risicofactoren heeft om problematisch middelengebruik te ontwikkelen (zie ook paragraaf 3.2). Over de verschillen in samenstelling van de doelgroep kunnen we alleen uitspraken doen voor de vier instellingen waarmee we samenwerkten in dit onderzoek. De samenstelling van de groepen is geen statisch geheel. Uit de interviews met professionals bleek dat de samenstelling van een groep binnen enkele maanden sterk kan veranderen. Zo kan op het ene moment een groep bestaan uit 8 jongens en 2 meisjes, en een paar maanden later uit 8 meisjes en 2 jongens. Ook kan één jongere die gebruikt een sterke invloed hebben op de groep, waardoor een 'gebruikscultuur' kan ontstaan.

Op basis van de interviews met professionals, en de beleidsdocumenten van de vier instellingen, konden we vaststellen dat binnen een instelling grote verschillen zijn tussen de diverse groepen. Het op instellingsniveau verzamelen van gegevens in de Monitor doet daarmee weinig recht aan de verschillen in middelengebruik tussen groepen binnen een instelling. Jeugdzorg^{Plus} instelling B bijvoorbeeld, is groot en heeft een viertal locaties. Op die locaties zijn specifieke groepen voor onder andere jonge kinderen (12-), jongeren met een hoog forensisch profiel, jongeren in een ernstige psychiatrische crisis, jongeren met Ernstige Seksuele Problematiek, jongeren die sociaal emotioneel zeer kwetsbaar zijn of slachtoffers van mensenhandel of loverboyproblematiek (meidengroep). Het middelengebruik tussen deze groepen kan sterk verschillen. Het middelengebruik onder jongeren met een hoog forensisch profiel is waarschijnlijk veel hoger dan onder twaalfminners of jongeren die in een ernstige psychiatrische crisis verkeren, dus zeggen cijfers op instellingsniveau niet zo veel.

Het grootste, min of meer stabiele, verschil in doelgroep, is de hoeveelheid jongeren met LVB binnen een instelling. In paragraaf 3.3 beschreven we dat jongeren met een IQ lager dan 70 minder vaak middelen gebruiken dan jongeren met een IQ hoger dan 70, omdat zij minder gemakkelijk met alcohol of drugs in aanraking komen. Tegelijkertijd was er voor één van de instellingen specifiek voor jongeren met LVB een grote discrepantie tussen de prevalentie van middelengebruik op basis van de Monitor (14%) en de inschatting van professionals (60% of meer).

3.6.3 *Verschil in verslavingsdeskundigheid tussen Jeugdzorg^{Plus} instellingen*

Niet alle instellingen hebben dezelfde vorm van verslavingsdeskundigheid in huis. Sommige instellingen trainen hun medewerkers in het herkennen van en anticiperen op middelengebruik, bijvoorbeeld door de training Open en Alert. Een andere manier om verslavingsdeskundigheid in huis te halen, zoals een van de instellingen deed, is een ambulante verslavingsbehandelaar één dag per week op de locatie in te zetten. Jongeren die problematisch middelen gebruiken kunnen naar deze behandelaar worden verwezen. Er zijn korte lijntjes tussen behandelaar en gedragsdeskundigen. Maar ook dan moet die behandeling een logisch en passend vervolg krijgen op de behandelgroep, waar nog deskundigheid en aandacht, maar vooral tijd voor problematisch middelengebruik lijkt te ontbreken. Daarnaast is er ook in deze constructie een groep jongeren die weinig 'lijdensdruk' ervaart en dus geen voordeel behaalt van de interne behandeling. In sommige instellingen is nog relatief weinig verslavingsdeskundigheid in huis.

In instellingen waar aandacht wordt besteed aan middelengebruik via trainingen en/of waar externe expertise in huis wordt gehaald, wordt middelengebruik waarschijnlijk eerder herkend en geregistreerd in de CAP-J (en daarmee in de Monitor).

3.6.4 Verschillen in het registratieproces van de Monitor

Dat de CAP-J niet op gestandaardiseerde wijze wordt ingevuld hebben we beschreven in paragraaf 3.1. Dit kan een verklaring zijn voor de verschillen in middelengebruik tussen de instellingen. Gedragsdeskundigen zijn degenen die voornamelijk werken met de CAP-J en die vaak ook invullen in de Monitor. Bij sommige instellingen vult een testassistent de Monitor in op basis van het dossier van een jongere. Hoewel gedragsdeskundigen meestal de meerwaarde zien van de CAP-J, gaven ze aan dat het invullen van de CAP-J veel tijd kost omdat bij iedere As, Groep en Rubriek moet worden nagegaan of het aan de orde is voor een specifieke jongere. Vaak ontbreekt het aan tijd hiervoor, onder andere vanwege het 'crisisachtige' karakter van werk in de Jeugdzorg^{Plus}. Dit kan een verklaring zijn voor het hoge aantal missende waarden op de CAP-J. Als een testassistent de gegevens invult in de Monitor is de registratie mogelijk meer volledig.

De meeste instellingen werken met Bergop, een internetapplicatie voor BehandelingsEvaluatie en RegistratieGegevensOPslag. De CAP-J gegevens worden in Bergop geregistreerd, en de gegevens voor de Monitor worden daaruit geëxtraheerd. Voor zover bij ons bekend werkt een drietal instellingen niet met Bergop en voeren zij de CAP-J handmatig in de Monitor in. In de Monitor wordt de CAP-J op twee niveaus geregistreerd: de As (A: Psychosociaal functioneren) en de Groep (A400: 'Gebruik van middelen/verslaving'). In Bergop registreert de gedragsdeskundige alle niveaus van de CAP-J, dus de As, Groep en de Rubriek (A401 'Problematisch gebruik van alcohol' of A401.x 'Stoornis in het gebruik van alcohol'). Door de rubriek niet te exporteren voor gebruik in de Monitor gaat informatie over aard en ernst van het middelengebruik verloren.

3.7 Beïnvloedbare factoren die van invloed zijn op het verloop van middelengebruik (vraagstelling 3)

Verschillende factoren zijn van invloed op het verloop van middelengebruik. In deze paragraaf beschrijven we de factoren die beïnvloed kunnen worden om jongeren te stimuleren te stoppen of minderen met middelengebruik. In deze paragraaf spreken we voornamelijk over blowen, omdat dit verreweg de meest voorkomende vorm van middelengebruik is in de Jeugdzorg^{Plus}. We kijken hierbij naar factoren op drie niveaus: persoonsgebonden factoren (jeugdige), omgevingsgebonden factoren (gezin, vrienden, school) en instellingsgebonden factoren (Jeugdzorg^{Plus}). Het ontwikkelen van problematisch middelengebruik is een samenspel van deze factoren en verdient daarom een integrale benadering.

3.7.1 Beïnvloedbare persoonsgebonden factoren

In paragraaf 3.2 beschreven we al enkele kenmerken van de jongeren die middelen gebruiken in de Jeugdzorg^{Plus} (gebrek aan impulscontrole, pubergedrag en intelligentieniveau). We maakten hierbij de opmerking dat bijna alle jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} deze kenmerken hebben. Hetzelfde geldt voor de persoonsgebonden factoren die we hierna beschrijven, ook deze factoren komen onder bijna alle jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} voor.

Motieven voor gebruik

De meeste jongeren die we spraken begonnen met blowen omdat zij het een keertje uit wilden proberen of om 'erbij te horen'. De meeste jongeren die wij spraken hadden veel meegemaakt in het verleden of maken nog steeds veel mee, bij sommigen van hen was sprake van een posttraumatische stress stoornis. Zij vonden een prettig gevolg van blowen dat ze even helemaal nergens aan hoefden te denken. Een jongen zei daarover:

"Mijn zusje is overleden toen ik 7 was. En toen zij doodging ben ik heel veel gaan eten, toen ben ik ook begonnen met roken, sinds ik 10 was, en sinds m'n 12^e kwam ik erachter dat je ook kon blowen. Maar dat helpt de pijn niet weghalen, maar wel voor eventjes." (int.j.09)

Andere jongeren blowden als vorm van zelfmedicatie, voornamelijk jongeren met ADHD. Deze motieven, waarbij blowen als *copingstrategie* wordt ingezet, kunnen worden beïnvloed door bijvoorbeeld het behandelen van trauma (door middel van EMDR) of het aanleren van nieuwe copingstrategieën.

Motivatie om te minderen of te stoppen

Bijna alle professionals vonden dat de meeste jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} niet gemotiveerd waren om te stoppen of minderen. Sommige jongeren blowen wel minder vanwege de gesloten setting waarin zij verblijven, maar zijn niet van plan dit op de lange termijn vol te houden. Jongeren ervaren vaak nog weinig 'lijdensdruk' als gevolg van hun middelengebruik. Dit kunnen bijvoorbeeld lichamelijke of psychische gevolgen zijn van het gebruik (bijvoorbeeld psychotische klachten), of problemen in de sociale sfeer of op school. Met name deze laatste gevolgen, problemen op sociaal of onderwijsvlak, spelen vaak al in het leven van een jongere, wel of niet blowen maakt daar, in hun beleving, weinig verschil in. Daarnaast treden negatieve lichamelijke gevolgen meestal pas na langere tijd op. Op korte termijn wegen de voordelen dan toch op tegen de nadelen. De interviews met jongeren bevestigden dit beeld, hoewel sommige jongeren wel aangaven echt te willen stoppen. Soms worden jongeren gemotiveerd om te minderen of stoppen door externe factoren, bijvoorbeeld omdat vrienden ook stoppen met gebruik of omdat de wens bestaat familierelaties te herstellen die onder spanning stonden door het gebruik. Eén meisje wilde stoppen vanwege haar vrienden:

“Eerst wou mijn beste vriendin stoppen, toen kwam ik net hier. De dag dat ik hier kwam, de dag daarvoor had zij gezegd: ik wil stoppen. Toen ik hier was had ik haar gebeld, toen zei ik, ik ga ook stoppen, ik zit hier toch al. Op een gegeven moment zei mijn vriend: dan moet ik eigenlijk ook wel stoppen, want als ik ga blowen waar jullie bij zijn wordt het moeilijker voor jullie.” (int.j.06)

Dit is overigens vaak juist andersom, dat vrienden niet stoppen en een jongere voldoende wilskracht moet hebben om het niet blowen vol te houden. Voor sommige jongeren geldt dat wanneer zij ouder worden, zij meer de wens krijgen om hun leven op de rit te krijgen. Dit kan motivatie geven om te minderen of stoppen met blowen. Volgens de professionals hebben jongeren met LVB beperkt inzicht in de oorzaak-gevolg relatie tussen het blowen en de problemen die zij ervaren op school, werk of thuis. Voor hen geldt vaak niet dat hoe ouder ze worden hoe meer ze nadenken over stoppen of minderen.

3.7.2 Beïnvloedbare omgevingsgebonden factoren

Vrienden

Nagenoeg alle jongeren begonnen met het gebruik van middelen (voornamelijk blowen) samen met vrienden. Ze kregen het aangeboden en wilden het een keertje uitproberen. Op het moment van interviewen hebben de jongeren bijna alleen maar vrienden die blowen. Door de professionals en in de literatuur worden deze vriendengroepen 'deviante vrienden' genoemd, ze hebben een negatieve invloed op de jongere (Dodge et al., 2009). Sommige jongeren ervaren zelf dat de vriendengroep een slechte invloed heeft, deze jongeren bijvoorbeeld die over het blowen met vrienden vertelde:

“Met vrienden. Zo ben ik ook in die shit gekomen (...) Want toen ik met hen was enzo, ik dacht niet meer na. Was gewoon dom, luisteren en maar meegaan enzo (...) Toen had ik ook, had ik dit niet. Had ik geen instellingen enzo. Ik kon het gewoon niet meer zo. En als ik dat niet had gedaan was ik gewoon nog lekker bij m'n moeder.” (int.j.13)

Onder invloed van vrienden laat een aantal jongeren zich ook verleiden tot (kleine) criminaliteit, zoals fietsdiefstallen of inbraak, om aan geld te komen voor het kopen van cannabis. Doordat blowen normaal is in

hun sociale omgeving, is het voor de jongeren lastig om niet te starten met blowen of om te stoppen als zij eenmaal regelmatig cannabis gebruiken. Soms wordt een jongere gestimuleerd het contact met de vrienden die gebruiken te verbreken. Maar tegelijkertijd gaven professionals aan dat het belangrijk is te erkennen dat het voor de jongeren in Jeugdzorg^{Plus} niet zo gemakkelijk is om 'normale' vrienden te maken.

De invloed van 'deviante' vrienden is wederkerig. Aan de ene kant kunnen vrienden een jongere stimuleren om te blowen, aan de andere kant zoekt een jongere die blowt waarschijnlijk meer vrienden op die op hem of haar lijken (en dus ook blowen) (Dodge et al., 2009; Huizink, 2010; Wits et al., 2016). Hierdoor is het een factor die niet zo gemakkelijk te beïnvloeden is. Eén of meerdere belangrijke vrienden worden soms wel betrokken in een systeembehandeling (bijvoorbeeld MST of MDFT). Eén van de professionals zei daarover:

'Het is wel onderdeel van deze jongen, het is zijn systeem. Je kunt heel hard gaan trekken en zeggen dat je daar niet meer mee om mag gaan. Maar je kunt ook kijken: wat hebben zij wel te bieden, en hem daarin belangrijk maken.' (int.p.07)

Een andere manier om in te spelen op de invloed van vrienden is jongeren weerbaarder maken, zodat zij in staat zijn weerstand te bieden tegen de verleiding om te blowen vanuit hun vrienden. Weerbaarheid kwam voornamelijk aan bod in de interviews met professionals die met jongeren met LVB werken. Een van de professionals zei daarover:

'In fase 2 en 3 gaan ze inderdaad meer en meer naar buiten, gaan ze oefenen. Dan zie je al snel genoeg of ze onder invloed terugkomen, of ze op tijd terug zijn, of gevolgen van eventueel middelengebruik zie je dan al heel snel. En dan gaan we dus inderdaad dat gesprek erover aan. En blijft het echt heel erg uit de hand lopen, dan wordt die fase op dat moment met die vrijheid gewoon even stopgezet. Gaan we eerst weer opnieuw actiever werken aan de weerbaarheid en de kennis daarover. En dan gaan we het opnieuw proberen.' (int.p.09)

Instabiele thuissituatie

Veel, maar niet alle, jongeren binnen de Jeugdzorg^{Plus} groeien op in een instabiel gezin. Ouders zijn gescheiden of hebben regelmatig (heftige) ruzie. Jongeren zijn eerder uithuisgeplaatst vanwege hun eigen gedragsproblematiek of de instabiele situatie binnen het gezin. Sommige jongeren groeiden op in armoede of zijn emotioneel of fysiek verwaarloosd. Soms was er sprake van geweld tussen de ouders of mishandeling of misbruik van het kind. Veel jongeren hebben op de jonge leeftijd heftige situaties meegemaakt die ze (nog) niet goed hebben kunnen verwerken. Cannabis of andere middelen worden dan gebruikt om 'even niks te voelen' of 'niet te hoeven denken aan wat er gebeurd is'. Onder het kopje 'Motieven voor gebruik' hierboven gingen we hier uitgebreider op in. Jongeren zijn zich hier overigens wel bewust van. Een professional zei daarover:

'En jongeren weten zelf natuurlijk meestal wel dat ze uit een systeem of een situatie komen die knap ellendig is. En vaak als je in een intake daar naar vraagt, van waarom gebruik je en hoe voel je je dan, dan vertellen ze daar wel wat over.' (int.p.03)

Een ander kenmerk van de jongeren die middelen gebruiken binnen Jeugdzorg^{Plus} is dat een deel van hen opgroeide met een familielid dat verslaafd was of nog steeds is, vaak een of beide ouders. De invloed van ouders op het middelengebruik van hun kind kan zijn door: genetische aanleg die zij aan hun kinderen doorgeven, hun eigen middelengebruik (gebruik tijdens de zwangerschap of hun voorbeeldfunctie), het gezinsklimaat en hun stijl van opvoeden (Snoek, Wits, van der Stel, & van de Mheen, 2010). Twee jongeren

gaven zelf aan 'verslavingsgevoelig' te zijn. Een jongen vertelde dat zijn vader hem aan wiet helpt tijdens verlofmomenten:

Interviewer: "Oh ja. Dus dan heb je geld van je kamer opruimen. En is daar een coffeeshop, bij dat winkelcentrum?"

Jongere: "Nee, hier niet. Alleen in de stad."

Interviewer: "Dus dan gaat dat niet door."

Jongere: "Nee. Maar m'n vader neemt dan mee." (int.j.15)

Een steunend en stabiel netwerk kan daarentegen beschermend werken, jongeren die een steunend netwerk hebben ontwikkelen minder vaak problematisch middelengebruik of zij zijn beter in staat om te minderen of stoppen met gebruik (EMCDDA, 2009; Rhodes & Hedrich, 2010). Volgens de professionals en literatuur gebruiken jongeren die een groot deel van hun leven in instellingen verbleven vaker drugs of alcohol, dan jongeren die zijn opgegroeid in een stabiel gezin (Kepper & Monshouwer, 2011). Ook bij instabiele thuissituaties kan een systeembehandeling zoals MST of MDFT effectief zijn in het verminderen van middelengebruik. Een jongere hoeft zelf niet gemotiveerd te zijn voor de behandeling, maar de ouder(s) of andere verantwoordelijke opvoeder moet gedurende de behandeling verantwoordelijkheid voor de jongere willen dragen (Nederlands Jeugdinstituut, 2016).

3.7.3 Instellingsgebonden factoren

Naast de persoonsgebonden en omgevingsgebonden factoren hebben instellingsgebonden factoren invloed op het verloop van middelengebruik. De gesloten setting van Jeugdzorg^{plus} zorgt ervoor dat jongeren gedwongen worden om te stoppen of minderen met gebruik. Tegelijkertijd lijkt voor een aantal jongeren blowen daardoor samen te hangen met het idee van vrijheid. In de gesloten setting van Jeugdzorg^{plus} ervaren zij veel structuur, regels, geboden en verboden. Geslotenheid is meestal niet een keuze die zij zelf hebben gemaakt maar ze is opgelegd. Ondanks dat veel jongeren baat hebben bij structuur en beperkingen ervaren zij dat zelf niet altijd zo, althans niet direct. In de context van geslotenheid wordt de vrijheid geïdealiseerd en blowen is daarvan een symbool. Wanneer jongeren verlof krijgen of weglopen (lijkt vooral bij jongeren met een LVB voor te komen) is blowen een manier om dat te vieren. Niet in de laatste plaats omdat zij in die situaties ook vrienden opzoeken of samen met andere Jeugdzorg^{plus} jongeren weglopen.

Zodra het verlof wordt opgebouwd en een jongere meer vrijheid heeft neemt de kans op middelengebruik weer toe. Het is dus niet gezegd dat als een jongere een tijdje niet blowt, dat het middelengebruik dan helemaal geen aandacht verdient. Iedere instelling gaat op een andere manier met middelengebruik om, en in de instellingen mist eenduidig beleid op het gebied van (omgaan met) middelengebruik.

Eén van de vier partnerinstellingen in deze studie heeft in het beleid een visie op middelengebruik geformuleerd. Hoewel dit beleid op instellingsniveau geïmplementeerd is kan de attitude ten opzichte van middelengebruik sterk verschillen tussen locatie, groep en medewerkers binnen de instelling. Op basis van de interviews met de professionals vonden we enkele factoren die samenhangen met de attitude ten opzichte van middelengebruik.

De cultuur binnen een instelling kan invloed hebben op de houding ten opzichte van middelengebruik. In de ene instelling was een meer repressieve attitude: regelmatig controleren op middelengebruik en –bezit (kamer- en kleding- of urinecontrole), en bijvoorbeeld 'sancties gericht op leerbaarheid' inzetten wanneer een jongere onder invloed is of betrapt wordt op drugsbezit (zie ook paragraaf 3.4). Bij alle instellingen werden wel maatregelen getroffen als een jongere bijvoorbeeld onder invloed terug op de groep kwam (na een kort of lang verlof). Een jongere moest dan bijvoorbeeld terug naar zijn kamer of het eerstvolgende verlof werd ingetrokken. Uitgangspunt hierbij was het beschermen van de groep of de jongere. Bij instellingen met een

meer repressieve attitude leken deze maatregelen overigens wel vaker ingezet te worden. Andere instellingen staken in eerste instantie meer in op het gesprek aan gaan over middelengebruik, maar wel pas als een jongere weer nuchter was. De jongeren die wij spraken vonden het vooral belangrijk dat de groepsleiding begrip voor ze had. Ze gaven wel aan dat dat sterk per medewerker kan verschillen, iets wat de professionals bevestigden. Eén van de jongeren zei daarover:

‘Nou, ik merk wel dat dat per pedagogische medewerker dat heel verschillend is. Dus ik vind wel dat ze daar meer één lijn mogen gaan trekken. Want met de één kan je er heel goed mee over in gesprek, want die is gewoon, is erop tegen, maar is nog wel realistisch, en de ander dat lijkt wel op een GreenPeace activist; die is echt anti-drugs en daar valt ook geen gesprek mee te voeren. En met de anderen die zijn weer heel chill, die gebruiken denk ik zelf ook weleens als ze op feestjes zijn. Dus die hebben zoiets van ja, dat moet je zelf weten.’ (int.j.07)

Het herkennen van middelengebruik en de gevolgen van middelengebruik, bijvoorbeeld het ervaren van trek, verschilt ook per medewerker. Een jongere kan bijvoorbeeld heel onrustig en geagiteerd zijn omdat hij of zij trek ervaart. Bij een van de instellingen wordt sinds een tijdje gewerkt met ‘geweldloos verzet’, een methode waarin een attitude van ‘presentie’ centraal staat. Erkennen dat het middelengebruik bestaat en erover in gesprek gaan en blijven, zowel met de jongere als met de hele groep. Door de situatie met de hele groep te bespreken kan een positieve invloed op gang komen. Een professional vertelde over de invloed van de groep naar aanleiding van een situatie waarbij een jongen drie aanstekers, een pakje sigaretten en een lange vloei en tip op zijn kamer had:

“Ja, dat wordt gewoon in de groep met ze besproken. Hij zat er toen niet bij omdat ‘ie dus op z’n kamer moest blijven. Maar zodra ‘ie weer in de groep is wordt er dus op het groepsmoment wel weer besproken waar ‘ie bij is: fijn dat je er weer bij bent, volgende keer iets eerder je spulletjes afgeven. En die jongeren haken daar dan vaak ook wel op in, van: je weet toch dat ‘t dom is, geef nou gewoon af de volgende keer. Dan krijg je dat soort gesprekken.” (int.p.09)

Bij een andere instelling had een gedragsdeskundige op eigen initiatief standaard screenen op drugsgebruik bij aanvang van verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} geïntroduceerd. Hierdoor kan problematisch middelengebruik vroegtijdig worden erkend, en kan een passende aanpak worden geboden.

4 Beschouwing

Doel van dit onderzoek was ten eerste het krijgen van inzicht in de kwaliteit van de monitordata wat betreft de prevalentie van problematisch middelengebruik en aanbevelingen formuleren om de kwaliteit te verbeteren. Daarnaast wilden we inzicht krijgen in de aard en omvang van middelengebruik binnen de Jeugdzorg^{Plus}, en aanbevelingen formuleren over de aanpak daarvan. In hoofdstuk 3 hebben we antwoord gegeven op de verschillende onderzoeksvragen die naar aanleiding van deze doelstellingen waren geformuleerd. In dit slothoofdstuk reflecteren we op beide doelstellingen en geven we enkele aanbevelingen voor de praktijk.

Middelengebruik wordt in de monitor Jeugdzorg^{Plus} geregistreerd aan de hand van het Classificatiesysteem voor de Aard van Problematiek van Jeugd (CAP-J). Alleen de generieke code A400 ('Gebruik van middelen/verslaving') is in de monitor opgenomen, waardoor het niet mogelijk is iets te zeggen over de aard en ernst van het middelengebruik. De impact van 'problematisch gebruik van nicotine' op het dagelijks leven en behandelverloop van een jongere is bijvoorbeeld in de meeste gevallen kleiner dan de impact van 'problematisch gebruik van cocaïne'. Bovendien wordt de CAP-J niet op gestandaardiseerde wijze ingevuld door professionals, met name doordat een eenduidige definitie van 'problematisch gebruik van middelen' ontbreekt. Op basis van ons onderzoek moeten we concluderen dat de CAP-J code A400 een te beperkte en onbetrouwbare variabele is om problematisch middelengebruik goed te meten. De inschatting van de prevalentie van middelengebruik door professionals varieerde van 25% tot 75%, maar over het algemeen werd het middelengebruik hoger dan 60% geschat. In de Monitor lag de prevalentie lager, tussen de 40% en 50%. Om de Monitoregegevens op korte termijn meer relevant te maken zou de CAP-J in ieder geval op rubrieksniveau kunnen worden geregistreerd. De meeste Jeugdzorg^{Plus} instellingen registreren in BergOP, en registreren CAP-J daarin al op rubrieksniveau. Door ook de CAP-J rubrieken te gebruiken in de Monitor kan meer inzicht worden verkregen in de aard en ernst van het middelengebruik. Dit is geen extra registratiebelasting voor de gedragsdeskundigen en zorgt ervoor dat in de halfjaarlijkse rapportages en de verdiepende onderzoeken meer relevante informatie over middelengebruik kan worden gerapporteerd.

Aanbeveling 1: Vul de CAP-J op gestandaardiseerde wijze in en registreer ook de rubrieken van CAP-J in de Monitor

De Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming (hierna 'de Richtlijn Middelengebruik') biedt aangrijpingspunten voor het definiëren van middelengebruik in de Jeugdzorg^{Plus} (Wits et al., 2016). In deze Richtlijn wordt onder de noemer 'problematisch middelengebruik' onderscheid gemaakt tussen 'risicovol middelengebruik' en 'stoornis in het gebruik van middelen'. In de Richtlijn Middelengebruik wordt niet alleen rekening gehouden met de hoeveelheid middelen en frequentie van het gebruik, maar ook met de motieven, omstandigheden en gevolgen van het middelengebruik. Uit ons onderzoek blijkt dat jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} meerdere risicofactoren hebben om problematisch middelengebruik te ontwikkelen, onder andere een instabiele thuissituatie, deviante vrienden en LVB. Zij blowen om even niet denken aan hun problemen en de dingen die gebeurd zijn in het verleden. Er is dus iets voor te zeggen om al het gebruik van middelen onder jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} te zien als risicovol. Hoewel de schaal glijdend is, hoeft risicovol gebruik zich niet te ontwikkelen tot een stoornis in het gebruik van middelen.

Aanbeveling 2: Gebruik de Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Hanteer één definitie van problematisch middelengebruik onder alle medewerkers in alle Jeugdzorg^{Plus} instellingen.

Om problematisch gebruik vast te stellen is het noodzakelijk om bij aanvang van verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} te screenen op middelengebruik, en dit gedurende het verblijf regelmatig te herhalen. De Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming raad aan om daarvoor gebruik te maken van de SMA (Hendriks et al., 2014) in combinatie met de CRAFFT (Knight et al., 1999; Knight, Sherritt, Harris, Gates, & Chang, 2003), en voor jongeren met LVB de Sumid-Q (VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong, & Didden, 2011) te gebruiken. Bij een positieve score op de SMA, CRAFFT of Sumid-Q moeten de vaardigheden, omstandigheden/omgeving en motivatie rondom het middelengebruik worden geïnventariseerd door middel van de Vragenlijst Analyse Middelengebruik (Wits et al., 2016). Het afnemen van deze instrumenten vergt een extra tijdsinvestering van de gedragsdeskundigen binnen de Jeugdzorg^{Plus}. Gezien de hoge prevalentie van middelengebruik (voornamelijk blowen) in de JeugdzorgPlus en het relatief hoge problematische karakter ervan (invloed op ontwikkeling, functioneren en behandelbaarheid) kan structureel screenen een grote meerwaarde hebben voor de begeleiding en behandeling van jongeren. We pleiten daarnaast voor het opnemen van deze scores in de Monitor, zodat inhoudelijk meer zinvolle en bruikbare informatie over de aard en ernst van het middelengebruik wordt verzameld dan op dit moment het geval is. Om vergelijkingen te kunnen maken tussen instellingen is het essentieel de afnamedatum van de screeningsinstrumenten in de Monitor te registreren.

Aanbeveling 3: Gebruik bij aanvang van en gedurende het verblijf in Jeugdzorg^{Plus} screeningsinstrumenten voor alle jongeren, niet alleen voor de jongeren waarbij het middelengebruik op de voorgrond staat. En neem deze screeningsinstrumenten mee in de Monitor.

Door regelmatig screenen kan middelengebruik in een vroeg stadium worden vastgesteld en is er nog mogelijkheid om problematisch middelengebruik te voorkomen. Het is daarvoor belangrijk om in gesprek te blijven over het middelengebruik met een jongere en zijn of haar ouders (Wits et al., 2016). Dit kan een gedragsdeskundige doen, maar juist de groepsleiders en mentoren die dagelijks met de jongeren te maken hebben moeten worden getraind in motiverende gespreksvoering. Uit ons onderzoek blijkt bovendien dat onder medewerkers in de Jeugdzorg^{Plus} de mate van verslavingsdeskundigheid sterk kan variëren. Een training in het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik, zoals Open en Alert, is daarom aan te raden voor alle medewerkers. Helemaal omdat in de Jeugdzorg^{Plus} regelmatig gebruik wordt gemaakt van controlerende maatregelen, zoals fouilleren, urinecontrole en kamercontrole. Als deze controles wijzen op het gebruik of bezit van alcohol, tabak of drugs is het belangrijk daar adequaat op te reageren. Het is belangrijk niet alleen vanuit een beheersperspectief te reageren, maar ook vanuit een preventief perspectief. Primaire doel is het minderen of stoppen van gebruik. Hoewel het lijkt alsof een jongere stopt of mindert met gebruik bij aanvang in de Jeugdzorg^{Plus}, is dit voor veel jongeren slechts een tijdelijke verandering. Zodra hun verlof en vrijheden worden opgebouwd, neemt het middelengebruik weer toe. Sommige jongeren willen nou eenmaal niet stoppen of kunnen moeilijk stoppen, bijvoorbeeld vanwege gebruik door familieleden of vrienden. Minderen of reguleren van gebruik en het voorkomen van negatieve consequenties, zowel farmacologisch als sociaal, sluit dan beter aan op de leefwereld van de jongeren. Een dergelijke *harm reduction* benadering vereist een open houding en kennis en vaardigheden van de medewerkers in de Jeugdzorg^{Plus}.

Aanbeveling 4: Heb aandacht voor de ontwikkeling van het middelengebruik tijdens verblijf in de Jeugdzorg^{Plus} en blijf daarover voortdurend in gesprek, ook in het dagelijkse contact met de jongeren.

Een groep die specifieke aandacht verdient is de groep jongeren met een LVB, en dan met name de jongeren met een IQ tussen de 70 en 85 ('zwakbegaafd'). Als zij middelen gebruiken kan dit sneller ontwikkelen tot problematisch gebruik, en het is lastiger voor hen om te stoppen met gebruik. Dit laatste heeft onder andere te

maken met dat zij de gevolgen van het middelengebruik niet goed kunnen overzien. Zij ervaren minder snel 'lijdensdruk', want mogelijke negatieve gevolgen van middelengebruik, zoals verminderde schoolprestaties, waren ook al aan de orde voordat zij begonnen met alcohol of drugs. Daarnaast wordt de behandeling van verslaving vaak cognitief ingestoken, ook als het specifiek voor jongeren met LVB is aangepast. Hierdoor mist het de aansluiting met de belevingswereld van de jongeren met LVB en is de kans van slagen (nog) kleiner. Bovendien is het voor hen moeilijk om het aangeleerde (gezonde) gedrag toe te passen in een nieuwe context. Ten derde werkt de reguliere cognitieve ontwikkeling, door het ouder worden de puberteit en het middelengebruik te ontgroeien, bij deze jongeren minder beschermend dan bij jongeren met een gemiddelde intelligentie. Hierdoor blijven zij langer 'at risk'.

Aanbeveling 5: Houd aandacht voor de jongeren met een lichte verstandelijke beperking binnen een toch al kwetsbare groep.

Iedere jongere in de Jeugdzorg^{Plus} is uniek, dus wat voor de ene jongere werkt om te stoppen of minderen met middelengebruik kan voor een andere jongere helemaal niet werken. Bij het inzetten van urinecontroles en andere maatregelen en consequenties naar aanleiding van middelengebruik wordt dit vaak al 'op maat' gedaan. De Richtlijn Middelengebruik geeft veel handvatten voor het inzetten van of doorverwijzen naar passende behandeling. Het is belangrijk hierbij de wens van de jongere in acht te nemen. Voor sommige jongeren is abstinentie noodzakelijk, andere jongeren kunnen of willen niet stoppen, maar kunnen wel vaardigheden leren en inzicht verkrijgen om meer gereguleerd te gebruiken of minderen. Uitgangspunt bij het doorverwijzen naar behandeling is dat het, naast motiverende gespreksvoering, in ieder geval elementen van cognitieve gedragstherapie, contingency management (belonen van clean/nuchter blijven) en systeembehandeling moet bevatten (Wits et al., 2016). Dit laatste kwam regelmatig terug in de gesprekken met professionals. Juist het middelengebruik is vaak een bron van conflicten en ruzies binnen het systeem. Door het middelengebruik in de systeembehandeling te betrekken wordt op meerdere terreinen winst behaald. MDFT is meer geschikt dan MST voor jongeren waarbij verslaving op de voorgrond speelt (Wits et al., 2016). Systeembehandeling wordt overigens pas ingezet als jongeren naar huis terug (gaan) keren. Op verzoek van gemeenten is een trend zichtbaar om een steeds kortere opname in Jeugdzorg^{Plus} te hebben (≈ 6 weken) met daarop aansluitend een intensieve thuisbegeleiding (bijvoorbeeld MST of MDFT) voor een aantal maanden. Systeembehandeling heeft als groot (extra) voordeel dat ook niet intrinsiek gemotiveerde jeugdigen in deze behandelvorm bereikt kunnen worden. Omdat naar inschatting toch veel jeugdigen in de Jeugdzorg^{Plus} relatief ongemotiveerd blijven, is systeembehandeling daarmee ook een adequate optie voor hen. Relatief stabiele ongemotiveerde jeugdigen zonder een (klein) steunend netwerk vormen hierbij nog een uitdaging.

Aanbeveling 6: Lever maatwerk in de aanpak van middelengebruik en betrek het systeem zo veel mogelijk

Tot slot

Dit onderzoek geeft inzicht in de aard en ernst van problematisch middelengebruik in de Jeugdzorg^{Plus}. Gezien de omvang van het middelengebruik en de aanwezige risicofactoren onder jongeren in de Jeugdzorg^{Plus} voor het ontwikkelen van problematisch gebruik is voldoende aandacht hiervoor noodzakelijk. Niet alleen bij aanvang van het traject in de Jeugdzorg^{Plus} of wanneer het middelengebruik sterk op de voorgrond komt te staan, maar ook als het middelengebruik sluimert op de achtergrond. Dit vereist enkele aanpassingen en verandering in zowel de praktijk van de Jeugdzorg^{Plus} als in de Longitudinale Effectmonitor Jeugdzorg^{Plus}.

Literatuur

- Boelema, S., Ter Bogt, T., van den Eijnden, R. J. J. M., & Verdurmen, J. (2009). Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos Instituut.
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Castellanos, N., & Conrod, P. (2006). Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *Journal of Mental Health, 15*(6), 645–658. doi:10.1080/09638230600998912
- Crone, E. (2008). *Het puberende Brein* (Vol. zestiende). Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Dodge, K., Malone, P., Lansford, J., Miller, S., Pettit, G., & Bates, J. (2009). A Dynamic Cascade Model of the Development of Substance Use Onset. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 74*(3).
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Van der Hoorn, B., Kroon, H., Muusse, C., Van Rooijen, S., ... Van Wamel, A. (2013). *Handboek Dubbele Diagnose*. Utrecht.
- EMCDDA. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Kopenhagen: EMCDDA.
- Hamminck, A., & Schrijvers, C. (2012). *Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam. Aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod*. Rotterdam.
- Hendriks, V., Spijkerman, R., Van Oort, M., Van de Glind, G., Müller, M., Van der Schee, E., ... De Jong, C. (2014). Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Huizink, A. (2010). Middelen om aan de druk te ontsnappen. *Faculteit Der Sociale Wetenschappen*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Jeugdzorg Nederland. (2013). Monitor Jeugdzorg Plus Landelijke rapportage, 2013-2. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Jeugdzorg Nederland. (2014). Monitor Jeugdzorg Plus Landelijke rapportage, 2014-1. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Kepper, A., & Monshouwer, K. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry, 311–319*. doi:10.1007/s00787-011-0176-2
- 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 and Experimental Research, 27*(1), 67–73. doi:10.1097/01.ALC.0000046598.59317.3A
- 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*(6). doi:10.1001/archpedi.153.6.591
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., De Wilde, E. J., & Eijgenraam, K. (2009). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J). Eindrapport*. Utrecht.
- Low, N. C., 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*(1), 116. doi:10.1186/1471-244X-12-116
- Markus, W., de Weert – van Oene, G. H., Becker, E. S., & DeJong, C. (2015). A multi-site randomized study to compare the effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) added to TAU versus TAU to reduce craving and drinking behavior in alcohol dependent outpatients: study protocol. *BMC Psychiatry, 15*(1), 51. doi:10.1186/s12888-015-0431-z
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*(1), 41–47. doi:10.1002/mrdd.20092
- Nederlands Jeugdinstituut. (2016). Multisysteem Therapie (MST). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). EMCDDA Monographs. European Monitoring Centre for drugs and drug addiction.

- Rigter, H. (2015). *Databank effectieve interventies: beschrijving "Multidimensionele familietherapie (MDFT)."*
- Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., & van de Mheen, D. (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Amersfoort.
- Snoek, A., Wits, E., Van der Stel, J., & van de Mheen, D. (2010). *Kwetsbare groepen. Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Rotterdam: IVO Addiction Research Institute.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., Van Dijk, M., De Jong, C., & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- Vermaes, I., Konijn, C., Nijhof, K., Strijbosch, E., & Van Domburgh, L. (2012). *Monitor JeugdzorgPlus. Analyse van de wetenschappelijke onderbouwing en benuttingsmogelijkheden*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Wits, E., Doreleijers, T., van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., & van de Glind, G. (2016). *Richtlijn middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming*. Utrecht.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, And Setting*. New Haven / London: Yale University Press.