

Anneke Risselada  
Tim M. Schoenmakers

Gerda Rodenburg  
Liesbeth Naaborgh

# Protocol voor Signalering, Screening en Kortdurende Interventie van Risicovol Alcoholgebruik bij Jongeren Versie 2, 2014

## Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door onderzoeksbureau IVO in opdracht van het Partnership Vroegsignalering Alcohol.



### Auteurs

Drs. Anneke Risselada, IVO  
Dr. Tim M. Schoenmakers, IVO  
Dr. Gerda Rodenburg, IVO  
Drs. Liesbeth Naaborgh, Trimbos-instituut

### Projectgroep protocolontwikkeling

Koen Burgerhout, Bouman GGZ  
Leontien Hommels, Tactus Verslavingszorg  
Nadine Mouchart, GGZ Noord- en Midden Limburg  
Chareen Soekardjo, JellinekMentrum

### Werkgroep Jeugd Partnership Vroegsignalering Alcohol

Rob Bovens, Trimbos-instituut  
Mieke de Bruijn, gemeente Ridderkerk  
Leo Clarijs, Brijder Verslavingszorg  
Reineke Horbach, GGD Brabant Zuid-Oost  
Monique Kuunders, Nederlands Jeugd Instituut  
Liesbeth Naaborgh, Trimbos-instituut (voorzitter)  
Lourina Poot, politie IJsselland  
Aafke van Rhijn, GGD Hollands Midden  
Yvonne Ruhl, Novadic-Kentron  
Tim Schoenmakers, IVO  
Eric de Vos, Verslavingszorg Noord Nederland  
Mariska Zoon, Nederlands Jeugd Instituut

### Met dank aan

Overige medewerkers van verslavingszorg, GGZ en andere instellingen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit protocol. Tevens dank aan de regio's en gemeenten die hun ervaringen met de eerste versie van het protocol met ons hebben gedeeld.

© Januari 2014, Partnership Vroegsignalering Alcohol / IVO

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord bij tweede versie (2014)</b>	<b>4</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>7</b>
<hr/>	
<b>1 Inleiding en afbakening</b>	<b>8</b>
1.1 Doelstelling	8
1.2 Doelgroep en setting	9
1.3 Risicovol en verantwoord alcoholgebruik	9
<hr/>	
<b>2 Het protocol</b>	<b>11</b>
2.1 Signaleren	12
2.2 Bespreken en doorverwijzen	17
2.3 Preventief contactmoment	22
2.4 Zorgtoeleiding en Zorg	28
2.5 Privacy en het betrekken van ouders	29
<hr/>	
<b>3 Aandachtspunten bij implementatie van het protocol</b>	<b>32</b>
3.1 Projectleider: wie gaat het protocol implementeren?	32
3.2 Intermediaire doelgroep en setting: wie gaat signaleren?	32
3.3 Deskundigheidsbevordering voor signaleerders	33
3.4 Implementatie	35
3.5 Borging	36
<hr/>	
<b>Bijlages</b>	
<b>1 Definities en onderbouwing</b>	<b>38</b>
Keuze voor de doelgroep	38
Keuze voor settings	40
Keuze voor screeningsinstrumenten	40
Keuze voor interventies	42
Literatuur	45
<b>2 Methode van protocolontwikkeling</b>	<b>48</b>
<b>3 Zorgstructuur voortgezet onderwijs</b>	<b>52</b>
<b>4 Contactgegevens regionale instellingen voor GGZ/verslavingszorg</b>	<b>53</b>
<b>5 DSM-5 criteria voor stoornis in het alcoholgebruik</b>	<b>56</b>
<b>6 AUDIT</b>	<b>57</b>

## Voorwoord bij tweede versie (2014)

Het drinken van alcohol is een maatschappelijk geaccepteerd verschijnsel en komt in alle lagen en leeftijden van de bevolking voor. Zeker bij jongeren is voorzichtigheid in het gebruik van alcohol van belang, vanwege de verhoogde kwetsbaarheid voor gezondheidsproblemen door onvolgroeide hersenen en organen. Ook op sociaal-maatschappelijk gebied is matiging in drinkgedrag voor jongeren aanbevolen. Het verdoven van de sociale remmingen na enkele glazen alcohol wordt door adolescenten over het algemeen als prettig ervaren, maar kan bij verdergaande consumptie tot controleverlies leiden, wat agressie, ongelukken en ongewenst of onveilig seksueel contact in de hand kan werken (Boelema et al. 2009). De wettelijke leeftijdsgrens voor verkoop van alcohol is om deze redenen per 1 januari 2014 door de overheid verhoogd naar 18 jaar.

Het alcoholgebruik van jongeren wordt in Nederland structureel gemonitord. Landelijke cijfers laten zien dat 43% van de scholieren in het voortgezet onderwijs maandelijks alcohol drinkt. Binge drinken, het drinken van grote hoeveelheden alcohol bij één gelegenheid, komt maandelijks bij 30% van de middelbare scholieren voor. De meeste scholieren beginnen met drinken als zij tussen de 11 en 15 jaar oud zijn; 83% heeft op 15-jarige leeftijd of jonger kennis gemaakt met alcohol (Verdurmen et al. 2012). Dergelijke cijfers hebben de laatste jaren veel aandacht gehad in de media en de politiek, en er is zwaarder ingezet op preventie van onaanvaardbaar alcoholgebruik.

Verskillende preventieve maatregelen lijken inmiddels hun vruchten te hebben afgeworpen. Het alcoholgebruik van scholieren is gedaald ten opzichte van voorgaande jaren (Verdurmen et al. 2012). Deze daling wordt echter uitsluitend veroorzaakt door een afname in drinkgedrag onder scholieren van 12 tot en met 15 jaar; bij de oudere leeftijdsgroepen is het gebruik stabiel gebleven. Toch drinken in alle leeftijdsgroepen Nederlandse jongeren nog steeds (te) vaak en (te) veel. In vergelijking met andere Europese landen drinken Nederlandse jongeren van 15 en 16 jaar het meest frequent: 20% dronk 10 keer of vaker alcohol in de voorgaande maand, vergeleken met een Europees gemiddelde van 9%. (Van Laar et al. 2012). Van Dijck en Knibbe (2005) hebben vastgesteld dat probleemdrinken in de algemene bevolking van 16 tot en met 69 jaar het meest voorkomt bij jongeren tussen de 16 en 24 jaar. In deze groep voldoet 34% van de mannen en 9% van de vrouwen aan de criteria voor probleemdrinken.

De genoemde cijfers vragen om een nog intensievere aanpak van alcoholproblematiek bij jongeren door herkenning en behandeling van riskant drinkgedrag te stimuleren. In dit protocol wordt de werkwijze van (vroeg)signalering, kortdurende interventie en doorverwijzing van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek beschreven.

## Ontwikkeling protocol

In 2010 is een protocol voor signalering van risicovol alcoholgebruik en daarmee vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren ontwikkeld. Dit protocol is in 2013 herzien; de nieuwe versie ligt nu voor u. Het protocol is tot stand gekomen op initiatief van de werkgroep Jeugd van het Partnership Vroegsignalering Alcohol in nauwe samenwerking met GGZ/verslavingszorg (m.n. Vincent van Gogh ggz, JellinekMentrum, Bouman GGZ en Tactus Verslavingszorg).

Het protocol biedt medewerkers op scholen en intermediairs op straat of andere plaatsen waar jongeren hun vrije tijd doorbrengen (buurthuizen, jongerencentra, uitgaanscircuit, sportverenigingen), handvatten bij de signalering van risicovol alcoholgebruik bij jongeren, het bespreekbaar maken van het signaal met de jongere en het kennen en gebruik kunnen maken van adequate doorverwijsmogelijkheden bij alcoholproblematiek. Het protocol beschrijft ook een kortdurende interventie voor risicovol alcoholgebruik en doorverwijsmogelijkheden naar zorg.

## Afstemming met andere initiatieven

Tijdens de ontwikkeling van het protocol zijn meerdere initiatieven met betrekking tot middelengebruik bij jongeren ontplooid. In opdracht van Resultaten Scoren (RS) is een richtlijn 'Vroegsignalering middelengebruik bij jongeren' samengesteld (Snoek et al. 2010). Deze richt zich op alle partijen (ketenpartners) die te maken hebben met jongeren die problematisch middelen gebruiken (drugs en/of alcohol). De richtlijn geeft op organisatieniveau adviezen over hoe een systeem van vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren kan worden opgezet. Ter verduidelijking: protocollen gaan over hoe het 'moet', richtlijnen gaan over wat er gedaan kan worden. Vanuit het Partnership Vroegsignalering Alcohol zijn nu protocollen ontwikkeld voor de setting 'school en vrije tijd' (dit protocol), justitie/politie (Bovens 2009) en ziekenhuis/alcoholpolikliniek (Van der Lely & De Visser 2009) die gericht zijn op vroegsignalering en interventie bij alcoholproblematiek bij jongeren. De protocollen en richtlijn zijn op elkaar afgestemd en vullen elkaar aan.

## Aanpassingen bij de tweede versie van het protocol (2014)

In de afgelopen jaren is het protocol in een aantal regio's geïmplementeerd als pilot (Zuid-Holland Zuid, Hardenberg, Noord-Oost Brabant, Noord- en midden Limburg, Zeeuws-Vlaanderen). Op basis van procesevaluaties en interviews met alle projectleiders van de pilots zijn er aanpassingen gemaakt in het protocol die in deze tweede versie doorgevoerd zijn. Daarnaast bevat deze versie een lijst met aandachtspunten voor projectleiders voor verschillende fasen uit de implementatie (Hoofdstuk 3). Deze lijst biedt een houvast bij implementatie en benoemt bevorderende en belemmerende factoren die in de pilotregio's naar voren zijn gekomen.

Naast de toevoeging van het implementatiehoofdstuk zijn de voornaamste wijzigingen ten opzichte van de eerste versie van het protocol de volgende:

- De nadruk bij signalering ligt minder op de landelijke adviezen voor alcoholgebruik, maar meer op signalen die duiden op risicovol alcoholgebruik.
- De rol van ouders en vrijwilligers bij sportverenigingen in signalering, bespreking, en doorverwijzing is verder uitgewerkt.
- Er wordt uitgebreider ingegaan op privacyaspecten bij signalering, doorverwijzing en behandeling; met name over de positie van ouders daarin.
- De lijst met contactgegevens regionale instellingen voor GGZ/verslavingszorg is geactualiseerd.

## Leeswijzer

Dit document kent de volgende opbouw: na de inleiding (Hoofdstuk 1) komt het protocol aan bod, waarin achtereenvolgens de werkwijze van signalering, kortdurende interventie en doorverwijzing van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek wordt besproken (Hoofdstuk 2). De verschillende onderdelen van het protocol worden duidelijk van elkaar onderscheiden, zodat lezers zich eventueel kunnen beperken tot de voor hen relevante stukken (zoals school of vrije tijd, en signaleren, bespreken, preventief contactmoment of doorverwijzen). Hoofdstuk 3 biedt aandachtspunten waar bij de implementatie van het protocol vooraf al rekening mee gehouden kan worden. In hoofdstuk 4 wordt een onderbouwing gegeven van de keuzes die in het protocol gemaakt zijn. Een beschrijving van de totstandkoming van het protocol en gehanteerde methoden is opgenomen in de bijlagen .

# Hoofdstuk 1

## Inleiding en afbakening

In dit protocol wordt de werkwijze beschreven voor signalering en kortdurende interventies voor jongeren van 12 tot 24 jaar met een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholproblemen. Zie Figuur 1 (p. 11) voor een samenvatting van de stappen in het protocol.

Van een verhoogd risico is in dit protocol sprake wanneer jongeren meer drinken dan verantwoord is, maar daarbij nog geen sprake is van een matige of ernstige stoornis in het alcoholgebruik (alcoholverslaving). Met risicovol drinken bedoelen we binge drinken, te veel drinken (op te jonge leeftijd), regelmatig aangeschoten of dronken zijn, drinken om problemen te vergeten of drinken om met (ongewenste) emoties om te kunnen gaan. Het protocol houdt wel rekening met de zwaarste groep die verslaafd is. Deze wordt ook gesignaleerd, maar het vervolgtraject zal anders zijn: zo snel mogelijk toeleiding tot een intake bij de verslavingszorg of GGZ.

In een aantal pilotprojecten met de eerste versie van het protocol (uit 2010) bleek dat vooral de overduidelijke probleemgevallen werden gesignaleerd en in tweede instantie én in veel mindere mate jongeren met risicovol gedrag dat minder expliciet zichtbaar is. Het protocol moedigt ook aan om in ieder geval de probleemgevallen te signaleren en daarop actie te ondernemen. Maar het doel van dit protocol is ook juist die jongeren te signaleren en te benaderen die op riskante wijze alcohol gebruiken, bij wie het gebruik nog niet tot overduidelijke problemen heeft geleid, maar bij wie problemen zich op termijn wel kunnen ontwikkelen.

Signalering vindt bij voorkeur al plaats wanneer er nog geen sprake is van ernstige problematiek en de jongere in veel gevallen nog een compleet en ondersteunend sociaal netwerk heeft. Vanuit het stepped-care principe wordt daarom in dit protocol steeds naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm gestreefd, die rekening houdt met de aard en ernst van de problematiek en met de hulpvraag van de jongere (indien aanwezig). Uitgangspunten hierbij zijn de aanwezige competenties van de jongere zelf.

### 1.1 Doelstelling

Het protocol biedt de professional/intermediair handvatten voor de inzet van signalering van risicovol alcoholgebruik en daarmee vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren. Verder biedt het handvatten voor het bespreekbaar maken van signalen met de jongere en het kennen en gebruik kunnen maken van adequate doorverwijsmogelijkheden. Hiermee worden jongeren met riskant alcoholgebruik in een vroeger stadium gesignaleerd en zo nodig gemotiveerd voor een (kortdurend) behandeltraject.

### 1.2 Doelgroep en setting

Het protocol richt zich op professionals en intermediairen die tijdens hun werkzaamheden in contact komen met hoog risico jongeren. Hoog risico jongeren worden in dit protocol gedefinieerd als 'jongeren van 12 tot 24 jaar met een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholproblemen. Deze jongeren drinken meer dan verantwoord is, maar zijn nog niet afhankelijk c.q. verslaafd. Verder hebben ze kenmerken ('signalen') die kunnen duiden op het ontwikkelen van alcoholproblematiek.

We bevelen aan de signalering van risicovol of problematisch drinkgedrag bij jongeren te baseren op de situatie en kennis die signaleerders (samen) hebben van een jongere op de volgende gebieden:

- De hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt (drug);
- De kwetsbaarheid van de jongere voor alcohol (set);
- De situatie waarin het gebruik plaatsvindt (setting).
- Zichtbare gevolgen van alcoholgebruik (fysieke signalen & gedragsindicaties)

In Tabel 1 (p. 13) vindt u een uitgebreide lijst van mogelijke signalen voor risicovol drinkgedrag, gebaseerd op de onderdelen drug, set, setting en zichtbare gevolgen.

Het protocol maakt expliciet onderscheid in school en vrije tijd, leeftijdsgroepen (onder en boven de 18) en ernst van het alcoholgebruik. Voor school worden twee typen onderscheiden: Voortgezet onderwijs (VO) en Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, ROC).

### 1.3 Risicovol en verantwoord alcoholgebruik

Het protocol richt zich op risicovol alcoholgebruik. Dat betekent dat een jongere te veel en te vaak drinkt én kwetsbaar is om problematisch drinkgedrag te ontwikkelen. Signalen die duiden op kwetsbaarheid zitten in de hoeveelheid gebruik, kenmerken van de jongere, context waarin gebruikt wordt, omgeving van de jongere en zichtbare gevolgen van gebruik (zie ook Tabel 1, p. 13).

Het advies voor jongeren en jong volwassenen over alcoholgebruik is eind 2013 aangepast. Uit onderzoek blijkt dat te vroeg en/of te vaak alcohol drinken en/of geregeld binge drinken tot gezondheidsrisico's leidt. De verhoging van de leeftijdsgrens naar 18 jaar voor verkoop van alcohol in de Drank- en Horecawet<sup>1</sup> ondersteunt het terugdringen van deze risico's.

Het nieuwe advies voor jongeren is: onder de 18 jaar is het beter om geen alcohol te drinken. Voor jongeren van 18 jaar en ouder geldt dat hoe langer het eerste gebruik wordt uitgesteld hoe beter. De meest gezonde en veilige keuze is om nog geen alcohol te drinken en anders niet meer dan af en toe een glas te drinken<sup>2</sup>.

In de pilotprojecten waarin het oude drinkadvies<sup>3</sup> de richtlijn vormde, bleek deze richtlijn voor veel signaleerders moeilijk om mee te werken. Veel jongeren en risicjongeren drinken een stuk meer dan het drinkadvies en nemen dit niet serieus.

<sup>1</sup> Drank- en Horecawet 2013 en gewijzigde Drank- en Horecawet 2014, voor meer informatie zie Infosheet Extra wijzigingen Drank- en Horecawet, Centrum Veilig en Gezond Uitgaan, Utrecht (2013).

<sup>2</sup> Advies alcoholgebruik jongeren, zie [www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl) (2013).

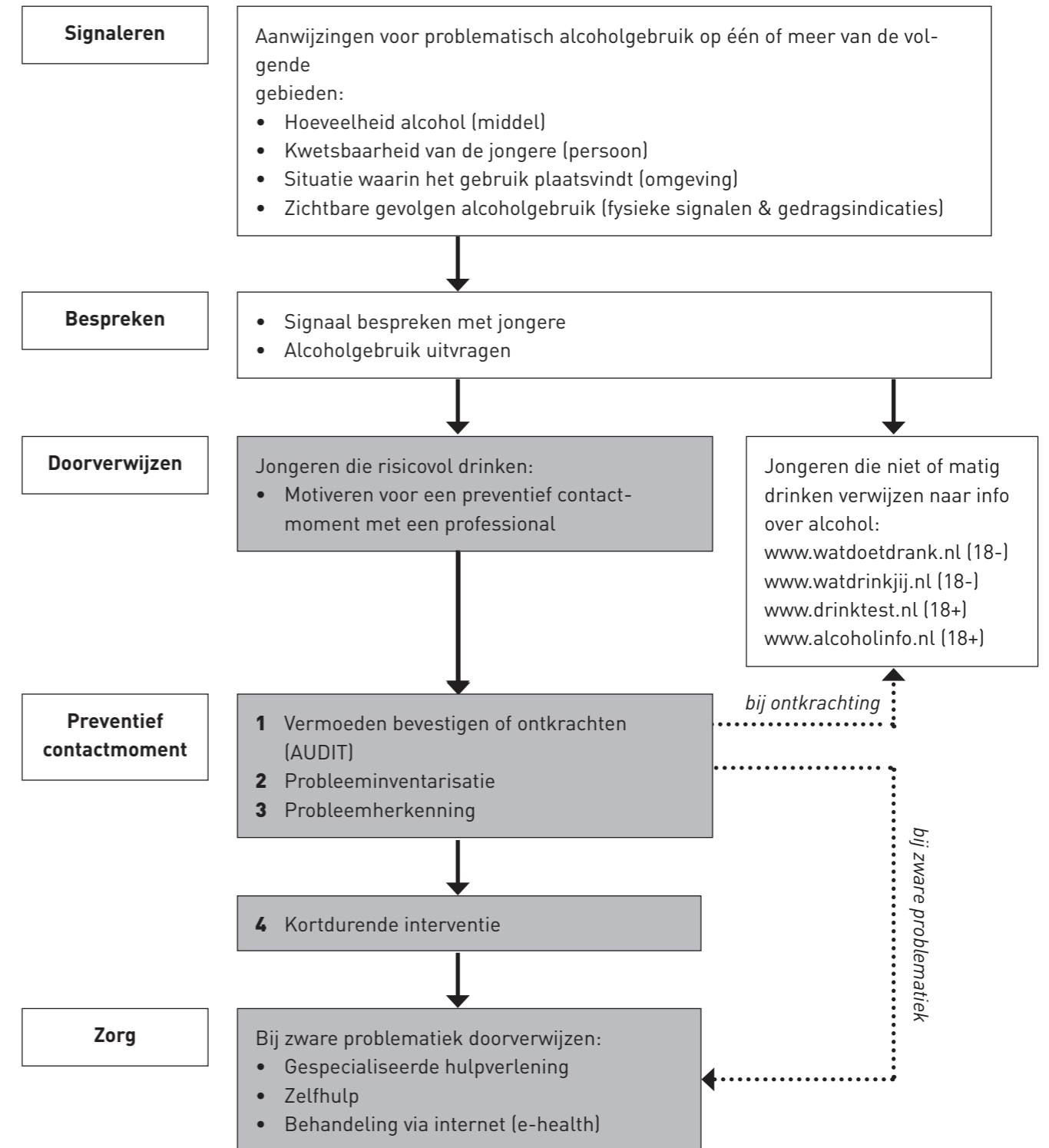
<sup>3</sup> Tot 16 jaar geen alcohol, vanaf 16 jaar voor jongens maximaal 2 glazen per keer, voor meisjes maximaal 1 glas per keer, en bij voorkeur minder dan het drinkadvies voor een volwassene.

Bij het signaleren van risicovolle alcoholgebruikers wordt in deze tweede versie van het protocol dan ook aanbevolen om vooral te letten op de **kwetsbaarheid** van een jongere in combinatie met zijn/haar wijze van alcoholgebruik, situatie, en zichtbare gevolgen van gebruik. De richtlijn (het advies) voor jongeren vormt hierdoor minder nadrukkelijk de eerste “meetlat” die signaleerders moeten toepassen.

Het advies kan altijd genoemd worden en vooral de gezondheidsmotivatie voor het advies. Maar wanneer een jongere of jong volwassene te ver van het advies verwijderd is en niet ontvankelijk is om zijn/haar gedrag aan te passen naar het advies, dan is het al een stap in de goede richting als het alcoholgebruik (enigszins) verminderd wordt. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat het alcoholgebruik tot 1 à 2 keer in het weekend beperkt wordt en/of dat er per keer minder heftig gedronken wordt. Deze jongeren dienen dan wel in de gaten gehouden te worden om te zien of het toch lukt om stap voor stap minder te gaan drinken.

## Hoofdstuk 2 Het protocol

In dit hoofdstuk worden aan de hand van Figuur 1 de stappen in het protocol per setting beschreven.



Figuur 1: Samenvatting protocol

## 2.1 Signaleren

### Wat?

Het signaleren van risicovol en mogelijk problematisch alcoholgebruik bij hoogrisico jongeren in de leeftijd van 12 tot 24 jaar, op school of in hun vrije tijd.

### Signalen

Tabel 1 op de volgende pagina geeft een overzicht van belangrijke en veel voorkomende signalen die kunnen wijzen op risicovol alcoholgebruik (Matthys et al. 2006, Schrijvers & Schoemaker 2008, Verstuyf 2007; Zinberg 1984). Als hulpmiddel bij het signaleren van problematisch alcoholgebruik kan bekeken worden of er aanwijzingen zijn voor problematisch alcoholgebruik op één of meerdere van de volgende gebieden:

- De hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt (drug / middel);
- De kwetsbaarheid van de jongere voor alcohol (set / persoon);
- De situatie waarin het gebruik plaatsvindt (setting / omgeving).
- Zichtbare gevolgen van alcoholgebruik (fysieke signalen & gedragsindicaties)

Benadrukt moet worden dat de signalen in de tabel niet volledig zijn en ook kunnen voorkomen zonder dat er sprake is van risicovol alcoholgebruik.

### Door wie?

In de settings school en vrije tijd zijn verschillende personen/functies te onderscheiden die in aanraking komen met jongeren die mogelijk een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholproblematiek hebben. Dit zijn de aangewezen personen om (de eerste) signalen van overmatige alcoholconsumptie op te pikken, bij de jongere zelf of naar aanleiding van vragen/zorgen van ouders, vrienden of andere personen in de omgeving van de jongere.

De belangrijkste signaleerders binnen de setting school zijn **mentoren**, vanwege hun regelmatige en intensieve contacten met leerlingen gedurende het lesjaar. Ook de **jeugdverpleegkundige**, de **zorgcoördinator** en het Zorg en Advies Team (**ZAT team**) beschikken over informatie van jongeren die aanleiding kan geven tot vermoedens van riskant drinkgedrag.

In de setting vrije tijd worden (wijk)**politie**, jeugdagent, **jongerenwerker**, straathoekwerker, **kerkelijke begeleiders** en **medewerkers van sportverenigingen** (trainer, barpersoneel) gezien als belangrijke signaleerders. Zij komen op straat, in jongerencentra, op de sportvereniging, in het uitgaanscircuit en op andere momenten veelvuldig in aanraking met jongeren, zowel individuele jongeren als jongeren in groepsverband.

Overkoepelend over beide settings zijn (outreaching) **preventiewerkers** van GGZ, verslavingszorg en/of GGD. Zij zijn belangrijke actoren in het signaleren van problematisch alcoholgebruik bij jongeren. Zij vormen **verbindingen tussen actoren en settings** en staan hiermee centraal in het proces van vroegsignalering. Voor GGZ en verslavingszorg wordt dan ook aanbevolen zoveel mogelijk outreachend te werken, om de samenwerking tussen settings en actoren op het gebied van vroegsignalering te stimuleren.

Tabel 1: Signalen die kunnen wijzen op riskant alcoholgebruik bij jongeren

<b>Middel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke middelen gebruikt de jongere? Alleen alcohol of ook andere middelen, zoals tabak of cannabis? (meer middelen kan duiden op meer problemen)</li> <li>• Hoe vaak drinkt de jongere (frequentie)?</li> <li>• Hoeveel glazen drinkt de jongere (hoeveelheid)?</li> </ul>
<b>Persoon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geslacht (jongens drinken meer en vaker dan meisjes)</li> <li>• Leeftijd (alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd)</li> <li>• Opleidingsniveau (VMBO scholieren drinken meer, vaker en op jongere leeftijd dan HAVO/VWO scholieren)</li> <li>• SES, sociaal economische status (jongeren met een lage SES drinken meer, vaker en op jongere leeftijd dan jongeren met een hoge SES)</li> <li>• Problemen met genotmiddelen of psychische problemen bij ouders, middelengebruik tijdens de zwangerschap door moeder</li> <li>• Agressie of ruzie, vertonen van antisociaal gedrag</li> <li>• Experimenterende persoonlijkheid, zoeken naar wat nieuw of spannend is</li> </ul>
<b>Omgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar drinkt de jongere? Tijdens het uitgaan of ook op school?</li> <li>• Met wie? Is er druk vanuit de vriendengroep? Drinkt iemand ook wel eens alleen op zijn kamer?</li> <li>• Op welke tijdstippen? Alleen 's avonds, of ook 's ochtends? Indrinken?</li> <li>• Hoe komt de jongere aan alcohol? Zelf kopen (leeftijdsgrens!), via vrienden of ouders?</li> <li>• Drinken vrienden en ouders (te)veel alcohol?</li> <li>• Zijn de ouders gescheiden of spelen er relatieproblemen?</li> <li>• Hebben personen uit de omgeving van de jongere bezorgdheid geuit over de jongere (ouders, vrienden, leraren, collega's van werk/bijbaan)?</li> </ul>
<b>Fysieke signalen</b>	<p>Bij langdurig zware drinkers worden de volgende tekenen van overmatig alcoholgebruik gezien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intoxicatie (aangeschoten/dronken)</li> <li>• onthoudingsverschijnselen (bijv. zweten, trillen, zenuwachtigheid)</li> <li>• verwijde pupillen</li> <li>• alcoholgeur</li> <li>• maag-darmklachten</li> <li>• gewichtsverandering</li> <li>• vermoeidheid/algehele malaise door slaapproblemen, met name problemen met door slapen</li> </ul>
<b>Gedragsindicaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veelvuldig (verkeers) ongevallen met fiets of auto, regelmatig doktersbezoek</li> <li>• Verslechterende schoolresultaten, cognitieve problemen, concentratiestoornissen</li> <li>• Veelvuldig te laat komen (maandagochtend)</li> <li>• Spijbelen (maandagochtend), schooluitval</li> <li>• Kater in het weekend of op maandagochtend</li> </ul>

Daarnaast kunnen er door andere actoren en op andere manieren verbindingen gevormd worden, bijvoorbeeld wanneer de politie de ordehandhaving rondom een evenement of feest verzorgt. Ook wordt aangeraden gebruik te maken van bestaande of nieuw op te zetten overleggen tussen actoren (bijvoorbeeld in ZAT teams, of wijkoverleggen met politie, preventie, straathoekwerk, (kerkelijk) jongerenwerk). Hierin kunnen jongeren worden besproken waarover vermoedens bestaan dat ze risicovol of problematisch alcohol gebruiken.

### **School**

Belangrijkste signaleerders: mentor, jeugdverpleegkundige, ZAT team, preventiewerkers.

Overige actoren: docenten, conciërges, leerlingbegeleiders, schoolmaatschappelijk werk, leerplichtambtenaar, RMC-functionaris (Regionaal Meld- en Coördinatiepunt Voortijdig Schoolverlaten), familie/vrienden/klasgenoten.

#### *Mentor*

De mentor is de spil in de leerlingbegeleiding en fungeert als schakel tussen leerling en school, medeleerlingen en ouders. Vanuit deze centrale functie rondom de leerling heeft de mentor zicht op het gedrag van de leerling op school en krijgt informatie uit de thuissituatie. Hiermee kan vroegsignalering van alcoholproblematiek efficiënt ingezet worden. Bij twijfel kan de mentor besluiten het vermoeden van alcoholproblematiek bij een leerling eerst met de zorgcoördinator en/of in een intern zorgoverleg te bespreken om een completer beeld over de situatie van de jongere te krijgen alvorens met hem/haar in gesprek te gaan.

#### *Jeugdverpleegkundige*

De jeugdverpleegkundige heeft met alle jongeren een regulier contact in het tweede leerjaar van het VO. Bovendien wordt door iedere GGD in het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs een extra 'contactmoment adolescenten' ingevoerd (voor de leerlingen boven de 14 jaar). Beide contactmomenten bieden bij uitstek de mogelijkheid als standaardonderdeel van de leefstijlanamnese alcoholgebruik en drinkgedrag te inventariseren. Bij overschrijding van de richtlijn in combinatie met indicaties van problemen op andere gebieden als gevolg van of veroorzaakt door het alcoholgebruik, kan een doorverwijzing voor een preventief contactmoment overwogen worden.

#### *Zorgcoördinator, intern zorgoverleg en ZAT team*

In veel scholen voor voortgezet onderwijs is een zorgcoördinator aanwezig die het beleid en de uitvoering rondom leerlingen die extra zorg vragen overziet. De zorgcoördinator signaleert problematiek bij leerlingen en dient als aanspreekpunt voor mentoren of andere docenten bij vermoedens van alcoholproblematiek bij een jongere. Bij scholen met een intern zorgoverleg en/of ZAT team neemt de zorgcoördinator hier ook aan deel, om jongeren die problemen op meerdere gebieden hebben te bespreken (zie Bijlage 3 voor een voorbeeld van de zorgstructuur op VO-scholen). Het onderwerp problematisch alcoholgebruik kan in deze overleggen een vaste plaats krijgen.

Specifiek voor de ZAT teams wordt geadviseerd om politie en GGZ of verslavingszorg hier ook aan te laten deelnemen, of met vaste contactpersonen binnen het team bekend te zijn en op afroep bijeenkomsten bij te wonen. Dit stimuleert het contact rondom jongeren tussen de settings school en vrije tijd. Ook kan alcoholproblematiek opgenomen worden in het standaard bespreekprotocol waar ZAT teams gebruik van maken. Op deze manier wordt het thema alcohol bespreekbaar gemaakt en gewaarborgd binnen de overlegstructuur. Daarnaast kunnen activiteiten tussen politie/preventiewerkers en het ZAT team binnen het overleg afgestemd worden, om te voorkomen dat er op twee sporen met leerlingen gewerkt wordt.

### **Vrije tijd**

Belangrijkste signaleerders: (wijk)politie of jeugdagent, jongerenwerk of straathoekwerk, (outreaching) preventiewerker van GGZ of verslavingszorginstellingen.

Overige actoren: algemeen maatschappelijk werk, familie/vrienden/leeftijdsgenoten.

#### *Politie en jongerenwerk*

In de setting vrije tijd worden de politie en jongerenwerk/straathoekwerk gezien als één van de belangrijkste actoren bij het signaleren van mogelijk riskant alcoholgebruik van jongeren. Zij kennen de lokale jeugd vaak goed en kunnen op basis hiervan veranderingen in gedrag van een jongere opmerken. Vervolgens kunnen zij de jongere doorverwijzen naar een preventief contactmoment op locatie van een preventiewerker van de regionale instelling voor GGZ/verslavingszorg. Voorwaarde voor een soepele doorverwijzing is een vaste contactpersoon bij de instelling, die met naam en telefoonnummer bekend is bij wijkagent, jeugdagent, jongerenwerker en straathoekwerker en de onderlinge contacten regelmatig onderhoudt.

#### *Sportverenigingen*

Veel jongeren zijn lid van één of meerdere sportverenigingen. Medewerkers van deze verenigingen (voornamelijk vrijwilligers) zien jongeren bij trainingen, wedstrijden en sportevenementen. Jeugdtrainers en barpersoneel kennen de leden van de vereniging vaak goed en kunnen signalen van de jongere zelf of hun sociale omgeving (ouders, andere sportleden) opvangen over het gedrag van de jongere, dat reden kan geven voor een vermoeden van riskant alcoholgebruik.

Wij raden de volgende werkwijze aan:

- Leidinggevenden van sportkantine en bestuursleden die de jeugd- en jongvolwassenen activiteiten in hun takenpakket hebben, zijn bekend met de grote lijnen van het protocol. Tevens hebben zij de contactgegevens van preventiewerkers.
- Alle vrijwilligers en leidinggevenden kunnen getraind worden in het signaleren.
- Vrijwilligers (barpersoneel, trainers, coaches) bespreken signalen met de leidinggevende die contact kan zoeken met preventiewerk.
- Preventiewerkers zijn sowieso bereikbaar bij signalen, maar werken bij voorkeur ook outreachend op de vereniging.
- Het bespreken van het alcoholgebruik met een jongere wordt overgelaten aan preventiewerkers.

### **Overkoepelend (school & vrije tijd)**

#### *Preventiewerker*

Op scholen kunnen preventiewerkers vanuit de GGZ, verslavingszorg, en/of GGD een grote rol spelen. Veel scholen hebben zich aangesloten bij het project 'de Gezonde School en Genotmiddelen', waarin alcoholgebruik één van de thema's is. De preventiewerker kan in het kader van dit project docenten ondersteunen bij het geven van lessen over alcoholgebruik en de docent stimuleren naar de ervaringen van leerlingen met alcohol te vragen.



Ook het organiseren van ouderavonden en het houden van informele gesprekken met leerlingen op het schoolplein tijdens outreachende activiteiten behoort tot de mogelijkheden van preventiewerkers. Bij voorkeur krijgen scholen een vaste contactpersoon toegewezen, waarmee de continuïteit gewaarborgd is en leerlingen, leerkrachten en ouders een vast gezicht te zien krijgen. Dit maakt de preventiewerker makkelijk benaderbaar.

Binnen de setting vrije tijd kan de GGZ of verslavingszorg tijdens (outreaching) contacten informatie opdoen over jongeren op basis waarvan vermoedens van een problematische omgang met alcoholgebruik kunnen ontstaan. Daarnaast zijn preventiewerkers aanspreekpunt voor ouders, jongerenwerkers, politie, sportverenigingen, jeugdzorg en andere personen/ instanties die met jongeren in contact komen en verontrustende signalen opvangen die mogelijk kunnen wijzen op problematisch alcoholgebruik.

#### *Ouders*

Ouders weten als geen ander hoe hun kind in elkaar zit, waardoor zij veranderingen in gedrag of lichamelijke en geestelijke gesteldheid kunnen opmerken. Bovendien blijkt uit onderzoek dat ouders invloed kunnen uitoefenen op het alcoholgebruik van hun kind (Van der Vorst 2007). Hiermee spelen ouders een belangrijke rol in het signaleren, voorkomen en terugdringen van riskant alcoholgebruik bij kinderen. In de context van dit protocol onderstreept dit het belang om ouders in het proces te betrekken wanneer er vermoedens zijn van riskant drinkgedrag bij een jongere (zie ook paragraaf 2.5 over privacy). Wanneer het protocol is ingebed in een groter alcoholmatigingsproject zijn er meerdere mogelijkheden om ouders voor te lichten op het gebied van verantwoord alcoholgebruik en signalen voor riskant gebruik; binnen het protocol hebben ouders geen formele signaleringsfunctie en doorverwijsfunctie. Wel is het van belang als ouders voorgelicht worden hen te informeren bij wie zij terecht kunnen als zij vermoeden dat hun kind te veel drinkt.

## Hoe?

### **Deskundigheidsbevordering**

Inzicht in de signalen van alcoholgebruik bij jongeren is noodzakelijk om riskant alcoholgebruik vroegtijdig te herkennen. Signaleerders dienen op de hoogte te zijn van de risico's en verwijsmogelijkheden van alcoholgebruik bij jongeren.

Aanbevolen wordt om alle relevante partijen in de settings school en vrije tijd die vanuit hun beroep met jongeren in aanraking komen deskundigheidsbevordering aan te bieden. Prioriteit hierbij hebben de belangrijkste actoren van de twee settings, namelijk mentoren, zorgcoördinatoren, jeugdverpleegkundigen, leden van ZAT teams, politie (wijkagenten), jongerenwerkers, kerkelijke begeleiders en leidinggevenden van sportkantine en/of bestuursleden die in de sportvereniging de jeugd en jong volwassenen in hun takenpakket hebben. De overige actoren, zoals docenten, conciërges en leerlingbegeleiders, hebben vaak minder tijd beschikbaar om iets met een signaal te doen. Voor hen is het primair van belang dat zij basale kennis hebben over tekenen van riskant alcoholgebruik bij jongeren en weten wie ze hiervan op de hoogte moeten stellen zodat het signaal opgepakt wordt.

De training heeft verschillende doelen: (1) kennisvermeerdering bij de deelnemers, (2) het creëren van draagvlak voor het onderwerp en (3) het benadrukken van het belang van vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren. Aan de orde komen het huidige drinkgedrag van Nederlandse jongeren, risico's van overmatig alcoholgebruik voor het individu en de omgeving, landelijk geldende drinkadviezen voor jongeren, gespreksvaardigheden en concrete verwijsmogelijkheden. De deskundigheidsbevordering wordt bij voorkeur verzorgd door de regionale instelling voor GGZ/verslavingszorg. Voor sportverenigingen kan bekeken worden of men kan aansluiten bij de IVA cursus (Instructie Verantwoord Alcoholgebruik) die een deel van het barpersoneel verplicht moet volgen. Deze cursussen worden ook door verslavingszorginstellingen gegeven. Eventueel kan overwogen worden één of meerdere van de belangrijkste actoren binnen een organisatie, instelling of vereniging een vervolgtraining aan te bieden, waardoor zij 'experts' worden op het onderwerp. Dit zijn bij voorkeur medewerkers die geïnteresseerd zijn in het onderwerp en bereid zijn en vanuit de organisatie de mogelijkheid hebben hier tijd en energie in te steken. De experts treden op als aanspreekpunt voor collega's en als vaste contactpersoon voor de verslavingszorg/GGZ. Vroegsignalering en doorverwijzing worden gestimuleerd en geborgd in de organisatie wanneer er een duidelijk competentieprofiel beschikbaar is waar de experts aan moeten voldoen. In Bijlage 4 is een lijst opgenomen met de contactgegevens van alle regionale instellingen voor GGZ/verslavingszorg.

---

## 2.2 Bespreken en doorverwijzen

### **Wat?**

Het bespreken van het signaal met de jongere en het uitvragen van het alcoholgebruik is een eerste stap om het vermoeden van problematisch alcoholgebruik te bevestigen of het trekken van verkeerde conclusies te voorkomen. Wanneer het vermoeden van overmatig alcoholgebruik op basis van het gesprek met de jongere blijft bestaan, is het zaak de jongere te motiveren voor een preventief contactmoment met een professional.

Vaak hebben jongeren weinig motivatie of zelfinzicht en (h)erkennen zij hun riskante drinkgedrag niet. Dit maakt dat zij niet open staan voor een gesprek hierover. Het is belangrijk om hier bewust mee om te gaan en jongeren te motiveren om in gesprek te gaan met een professionele hulpverlener in een vertrouwde, laagdrempelige setting op school of in de vrije tijd.

### **Door wie?**

Bij voorkeur de persoon die het signaal heeft opgemerkt. Het eerste contact met de jongere heeft het meeste effect wanneer dit een open en laagdrempelig karakter heeft. Jongeren zijn hierdoor eerder bereid in gesprek te gaan, waarna een preventiewerker indien nodig kan interveniëren via het preventief contactmoment.<sup>4</sup>

Een andere mogelijkheid is het signaal op verzoek van de signaleerder door de (vaste) preventiewerker van de GGZ/verslavingszorg met de jongere te laten bespreken.

<sup>4</sup> Wanneer in het protocol gesproken wordt over een preventief contactmoment gaat het om een gesprekssetting met een professional van de GGZ of verslavingszorg. Een contactmoment wordt bij voorkeur op locatie binnen de settings school en vrije tijd vormgegeven, om het laagdrempelig en toegankelijk voor jongeren te maken. Gedacht kan worden aan een (periodiek) spreekuur met een open karakter of een gesprek op afspraak, maar ook andere vormen zijn mogelijk.

In eerste instantie kan dit plaatsvinden zonder dat dit de status van gesprek op afspraak heeft. De preventiemedewerker intervineert in dit geval outreachend in de betreffende setting, bijvoorbeeld op het schoolplein, op sportverenigingen, of op vaste 'hangplekken' van jongeren op straat.

## Hoe?

Belangrijk is een open, eerlijke en niet-veroordelende houding, om de kans op weerstand bij de jongere te verkleinen. Ga op een niet-moraliserende toon en op informele manier met de jongere in gesprek over de opgemerkte signalen en de betekenis hiervan. Over het algemeen waarderen jongeren het wanneer er persoonlijke aandacht aan hen geschonken wordt en ze het gevoel hebben dat er iemand interesse toont en naar ze luistert. De uitdaging voor signaleerders ligt erin een goed evenwicht te vinden tussen hun professionele houding (als politieagent, docent, jeugdtrainer, etc) en een houding die aansluit bij de leefwereld van de jongere.

Vraag naar het alcoholgebruik van de jongere. Geef aan dat de jongere zelf verantwoordelijk is voor zijn/haar gedrag, maar behoud tegelijkertijd een proactieve houding. Jongeren hebben over het algemeen weinig tot geen probleembesef wanneer het om hun eigen alcoholgebruik gaat.

Vermijd de termen alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid en verslaving, dit kan weerstand oproepen bij jongeren. Bovendien zijn deze diagnoses alleen door een professional op basis van uitgebreide testen te stellen.

### **Alcoholgebruik uitvragen**

Om het alcoholgebruik van de jongere op een gestructureerde manier uit te vragen, worden in onderstaand kader een aantal voorbeeldvragen genoemd. De vragen zijn gebaseerd op de AUDIT-4, een korte screener om riskant alcoholgebruik mee op te sporen (Gual et al. 2002) en op ervaringen van professionals van GGZ- en verslavingszorginstellingen. De vragen kunnen eenvoudig op een informele manier in een gesprek met de jongere verwerkt worden, en geven voldoende informatie om te bekijken of de jongere verantwoord omgaat met alcohol. Wees alert op jongeren die, bijvoorbeeld in groepsverband, hun alcoholgebruik overdrijven als een uiting van stoer gedrag.

- 1 Sinds wanneer drink je alcohol? Op welke leeftijd dronk je voor het eerst alcohol?
- 2 Hoe vaak drink je alcohol? (bijvoorbeeld wekelijks, maandelijks, minder dan maandelijks)
- 3 Hoeveel drink je dan meestal? (aantal glazen per keer)
- 4 Drink je wel eens veel alcohol op één avond? Hoeveel vind jij veel?
- 5 Heeft iemand wel eens een opmerking gemaakt over je alcoholgebruik? Maken andere mensen zich zorgen om je alcoholgebruik en vinden ze dat je minder zou moeten drinken? (bijvoorbeeld ouders, familie, vrienden)

Opgemerkt moet worden dat de eerste vier vragen met name informatie geven over het consumptiegedrag van de jongere. Riskant alcoholgebruik kan echter ook tot uiting komen in andere signalen, zoals bezorgdheid vanuit de omgeving (ouders, vrienden, school; vraag 5), of de functie die het alcoholgebruik voor de jongere vervult: het drinken van alcohol om te kunnen ontspannen van een zware examenperiode of stress in de thuissituatie hoeft

niet wekelijks voor te komen, maar kan jongeren wel op jonge leeftijd aanleren om op een onverantwoorde manier met hun emoties om te gaan. Dit is ook een kenmerk van riskant alcoholgebruik.

Leg het alcoholgebruik van de jongere naast de landelijke drinkadviezen (zie hieronder) en laat de jongere zelf een conclusie trekken over de vergelijking. Dit geeft de jongere inzicht in het eigen gedrag. Focus niet alleen op het alcoholgebruik maar bespreek ook de signalen in het gedrag van de jongere en/of bezorgdheid die door de omgeving is geuit.

De landelijke drinkadviezen van het Trimbos Instituut ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)) voor jongeren:

- Onder de 18 jaar is het beter helemaal geen alcohol te drinken.
- Vanaf 18 jaar is het ook het beste om alcoholgebruik nog uit te stellen en voor wie wel drinkt is het advies om niet meer dan af en toe een glas te drinken.

### *Jongeren die niet of matig drinken zonder risico's*

Jongeren onder de 18 jaar die niet of niet op risicovolle manier alcohol drinken, kunnen voor algemene informatie over alcohol gewezen worden op verschillende websites die speciaal voor jongeren zijn ontwikkeld:

- [www.watdoetdrank.nl](http://www.watdoetdrank.nl), een kennistest over alcohol;
- [www.watdrinkjij.nl](http://www.watdrinkjij.nl), test je eigen alcoholgebruik, gevolgd door een persoonlijk advies.

Voor jongeren van 18 jaar en ouder zijn de volgende websites relevant:

- [www.drinktest.nl](http://www.drinktest.nl), test je eigen alcoholgebruik, gevolgd door persoonlijke feedback;
- [www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl), algemene informatie over alcoholgebruik.

### *Jongeren die risicovol drinken*

Jongeren waarbij vermoedens bestaan van riskant drinkgedrag kunnen doorverwezen worden voor een afspraak met een preventiewerker. Dit is relevant voor jongeren die voldoen aan de volgende twee punten:

- 1 Jongeren die regelmatig veel drinken (ook door de week drinken en/of binge drinken) en
- 2 Waarbij op andere gebieden (gedrag, bezorgdheid vanuit de omgeving, zie ook Tabel 1) signalen zijn van risicovol of problematisch alcoholgebruik.

### *Motiveren voor een preventief contactmoment*

In de aanbevolen deskundigheidsbevordering voor signaleerders wordt aandacht besteed aan de benaderingswijze en gesprekstechnieken die ingezet kunnen worden bij het motiveren van jongeren tot een afspraak met een preventiewerker op locatie. Belangrijk is te beseffen dat hier in de meeste gevallen meer dan één gesprek voor nodig is. Wanneer een jongere niet open staat voor een gesprek, spreek dan met de jongere af om op een later moment nog eens over de mogelijkheid van een contactmoment te praten. Forceer niets, maar geef wel aan dat het op basis van signalen uit het gedrag en de omgeving van de jongere belangrijk is om extra aandacht aan het drinkgedrag te besteden.

Hieronder volgen een aantal algemene aandachtspunten om tijdens het gesprek te benoemen of rekening mee te houden:

- Wees concreet en transparant, verduidelijk wat er van de jongere wordt verwacht tijdens een contactmoment en wat zij zelf kunnen verwachten;
- Doel van een contactmoment is voorlichting, advies en indien nodig begeleiding bieden;
- Tijdens een contactmoment krijgt de jongere inzicht in het eigen gebruik en het effect ervan op het (school)functioneren.

Korte communicatielijnen tussen signaleerders en de uitvoerders van een contactmoment is een noodzakelijke randvoorwaarde om vroegsignalering te laten slagen. Vaste contactpersonen binnen de GGZ of verslavingszorg, waarvan de naam en contactgegevens bekend zijn bij signaleerders, verkleinen de stap voor signaleerders om contact op te nemen en een situatie voor te dragen voor een contactmoment of advies in te winnen.

Daarnaast is een doorverwijzing naar een contactmoment het meest effectief wanneer er een zogenaamde 'warme overdracht' plaatsvindt: de signaleerder gaat samen met de jongere naar de preventiewerker om er zeker van te zijn dat de jongere zich aan de afspraak houdt. Als dit niet mogelijk is, kan de signaleerder ook telefonisch of per email checken of de jongere op het afgesproken tijdstip op het gesprek is verschenen. De valkuil hierbij is dat jongeren bang kunnen zijn voor gezichtsverlies of een afwijzing van de signaleerder als de jongere zich niet aan de afspraken houdt. In dit soort gevallen is het belangrijk om hier soepel mee om te gaan, om te voorkomen dat de jongere de signaleerder tevreden probeert te houden in plaats van zelf te willen veranderen. Indien een jongere zich niet aan de gemaakte afspraken houdt, is het aan de signaleerder om de jongere hierop aan te spreken en het in overleg nogmaals te proberen.

### **School**

De setting school vormt een afgebakend terrein waarbinnen jongeren goed in het zicht zijn. In het schoolbeleid worden zaken vastgelegd die voor alle docenten, leerlingen en ouders bekend zijn. Aanbevolen wordt om een verwijzing naar een preventief contactmoment op te nemen in het schoolbeleid als standaard procedure bij vermoedens van problematisch alcoholgebruik. Aanvullend kan overwogen worden een beloningssysteem in te stellen: bij wangedrag dat in verband gebracht wordt met vermoedens van riskant alcoholgebruik, kunnen jongeren schorsing of een andere maatregel voorkomen door minimaal één gesprek met een professional op locatie te voeren. Tijdens dit gesprek wordt de ernst van het gedrag en de relatie met het alcoholgebruik doorgenomen.

Parallel aan een verwijzing naar een contactmoment wordt aanbevolen om contact op te nemen met de zorgcoördinator en na te gaan of de jongere bekend is bij het ZAT team. Mogelijk spelen er problemen op andere gebieden waar de preventiewerker voorafgaand aan het contactmoment over geïnformeerd moet worden, zodat deze met een compleet beeld over de situatie van de jongere het gesprek kan voeren.

### **Vrije tijd**

In de setting vrije tijd zijn jongeren vaak in groepsverband te vinden en rust er een belangrijke taak bij jongerenwerk, politie en outreachende hulpverlening.

Groepen jongeren kunnen actief benaderd worden door een samenwerkingsverband tussen GGZ/verslavingszorg, gemeente, politie en jongerenwerk. De organisaties hebben hierbij verschillende rollen die op elkaar aansluiten: jongerenwerk en politie signaleren mogelijk problematisch alcoholgebruik van een individu of meerdere groepsleden en motiveren hen tot een afspraak met een professional, de gemeente schrijft de betreffende jongere(n) en hun ouders hierover aan, de GGZ/verslavingszorg voert individuele gesprekken met de jongeren tijdens een contactmoment. Een groepsvoorlichting behoort ook tot de mogelijkheden.

Uit ervaringen van instellingen blijkt dat deze werkwijze een aantal voordelen heeft. Jongerenwerkers en de politie kennen de jongeren vaak goed, wat het in contact brengen met de preventiewerkers makkelijker maakt. Wanneer jongeren tijdens een gesprek aangeven nogmaals een voorlichting te willen krijgen, kan dit direct worden afgesproken. Bovendien komt de politie tijdens dergelijke acties vaker met bepaalde groepen jongeren in gesprek, waardoor zij op een ander tijdstip de overlast die deze jongeren door onder andere overmatig alcoholgebruik veroorzaken makkelijker kunnen bespreken.

Er kan gebruik gemaakt worden van een gezamenlijke activiteit, waarbij jongeren een creatieve opdracht moeten uitvoeren over een alcoholgerelateerd thema (graffity spuiten, film uitzoeken en bekijken). Dergelijke activiteiten worden door preventiewerkers van GGZ/verslavingszorg uitgevoerd, op eigen initiatief of naar aanleiding van signalen vanuit politie of jongerenwerk. Tijdens de activiteit worden individuele gesprekken met de jongeren gevoerd, die eventueel later een vervolg krijgen tijdens een preventief contactmoment.

Bij signalering van een jongere op straat of in een andere situatie, kan overwogen worden contact op te nemen met de school van de jongere of het lokale ZAT team. Wanneer de signalen herkend worden door de school of het ZAT team, kan de jongere wellicht via deze weg naar een contactmoment doorverwezen worden.

Op sportverenigingen wordt een actieve rol van preventiewerk aangeraden, waarbij preventiewerkers outreachend aanwezig zijn en zelf signalen kunnen oppikken of doorkrijgen van vrijwilligers. In diverse gemeenten zijn initiatieven genomen met sportverenigingen om het alcoholgebruik terug te dringen<sup>5</sup>. Voor preventiewerk bieden dit soort initiatieven een mogelijkheid om vroegsignalering bij sportverenigingen te realiseren.

Wanneer signalering en bemensing van een contactmoment door dezelfde preventiewerker van de verslavingszorg/GGZ gedaan kan worden, heeft dit als bijkomend voordeel dat de continuïteit richting de jongere gewaarborgd wordt: de jongere heeft steeds dezelfde persoon voor zich.

<sup>5</sup> Twee voorbeelden:

- Convenant Sport en alcohol 2013-2016: Verantwoord Vooruit, [www.sportutrecht.nl](http://www.sportutrecht.nl), Gemeente Utrecht, 2013
- Stappenplan Alcoholbeleid en sportverenigingen in de praktijk, Academische werkplaats AGORA, een samenwerkingsverband van GGD Noord- en Oost-Gelderland en Wageningen Universiteit, 2013, [www.ggdnog.nl](http://www.ggdnog.nl).

Dit kan een belangrijke stimulerende factor zijn in het motiveren van de jongere tot een afspraak met een professional.

Desondanks kan het met name in de setting vrije tijd enige tijd kosten om een vertrouwensband met de jongere op te bouwen. Wanneer de jongere niet wil meewerken aan een doorverwijzing naar een contactmoment, is het van belang de situatie te blijven monitoren en op een later moment nogmaals met de jongere in gesprek te gaan. Hier ligt een taak voor de belangrijkste actoren in het proces van vroegsignalering: mentor, politie en preventiewerkers.

---

## 2.3 Preventief contactmoment

### Wat?

Een preventief contactmoment (bijvoorbeeld in de vorm van een spreekuur) is er in de eerste plaats op gericht om vermoedens van riskant alcoholgebruik geuit door signaleerders in een gesprek met de jongere te verifiëren. Wanneer de vermoedens terecht zijn, is het zaak de functie van het alcoholgebruik voor de jongere te inventariseren om meer inzicht te krijgen in het probleem. De ouders worden bij voorkeur in het proces betrokken wanneer het probleem in kaart is gebracht, dus na een eerste inventariserend gesprek met de jongere. Met behulp van motiverende gesprekstechnieken (kortdurende interventie) wordt in één of meerdere volgende sessie(s) het probleembesef bij de jongere gestimuleerd. Indien nodig kan verdere hulp geïndiceerd worden. Wanneer de vermoedens van riskant alcoholgebruik onterecht zijn, kan verwezen worden naar de websites zoals genoemd in Figuur 1. Het contactmoment kan verder als consultatie functie dienen voor mentoren, leerkrachten, jongerenwerkers, politie, sportverenigingen, ouders en andere intermediairen.

### Door wie?

Professionals uit de GGZ of verslavingszorg met kennis van problematisch alcoholgebruik en scholing in motiverende gespreksvoering.

### Waar/wanneer?

Een preventief contactmoment vindt bij voorkeur op een locatie plaats waar jongeren bekend zijn en zij zich op hun gemak voelen, zoals op school of in een jongerencentrum/buurthuis. Randvoorwaarde is dat een contactmoment geïmplementeerd is in de setting, zodat de school of het jongerencentrum hier verantwoordelijkheid voor neemt. Sommige instellingen kennen de mogelijkheid om huisbezoeken bij jongeren af te leggen, om in hun eigen omgeving met de jongere te kunnen praten. Als er geen andere mogelijkheid is, kan een gesprek ook binnen de instelling zelf plaatsvinden. Voor veel jongeren is dit laatste echter een (te) hoge drempel.

In het belang van de zorg voor de jongere is zoveel mogelijk helderheid geboden wanneer er sprake is van riskant alcoholgebruik. Een verwijzing naar het preventief contactmoment kan opgenomen worden in het schoolbeleid als standaard procedure bij vermoedens van riskant alcoholgebruik.

Maak bij de inrichting van een contactmoment gebruik van een geschikte ruimte om het gesprek te voeren. Wanneer het gesprek op afspraak plaats vindt is het aan te bevelen dit niet al te lange tijd na de signalering te plannen, bijvoorbeeld 7-10 dagen. Stel een maximum aantal gesprekken in alvorens doorverwijzing naar de reguliere verslavingszorg noodzakelijk wordt.

Het is belangrijk bewust stil te staan bij de locatie van het gesprek in een pand. Een contactmoment is laagdrempelig wanneer de ruimte 'in de loop' ligt. Tegelijkertijd kan vertrouwelijkheid gewaarborgd worden bij een ruimte die voor meerdere doeleinden wordt gebruikt, zodat het niet direct duidelijk is dat er gesprekken over alcoholgebruik gevoerd worden wanneer een jongere er binnenstapt. In de setting school kunnen gesprekken bijvoorbeeld plaatsvinden in de spreekkamer van het schoolmaatschappelijk werk of de school-/jeugdverpleegkundige. Andere ruimtes in school die niet fulltime gebruikt worden, zoals decanen kamers, komen ook in aanmerking.

### Hoe?

#### **Vermoeden bevestigen of ontkrachten**

Om te bekijken of het vermoeden van riskant alcoholgebruik terecht is gesteld, is het noodzakelijk het alcoholgebruik van de jongere tijdens het gesprek gestructureerd uit te vragen. Hiervoor wordt de AUDIT vragenlijst aanbevolen (zie Tabel 2), een screeningsinstrument dat is ontwikkeld voor professionals in de preventieve gezondheidszorg en met verschillende afkappunten goede resultaten geeft bij zowel jongeren als 18-plussers.

De vragen uit Tabel 2 kunnen tijdens een contactmoment eenvoudig op een informele manier in het gesprek met de jongere verwerkt worden. Bij veelvuldige toepassing zal het uitvragen van de items van de AUDIT een automatisme worden.

#### *Jongeren tot 18 jaar*

Tel de punten van de gegeven antwoorden bij elkaar op. Wanneer het totaal 4 of hoger is, zowel voor jongens als voor meisjes, is dit een aanwijzing dat de jongere riskant met alcohol omgaat. Let daarnaast op het aantal punten dat gescoord wordt op de derde vraag over binge drinken. Met de eerste 2 vragen wordt binge drinken (veel drinken in korte tijd) niet altijd opgemerkt, terwijl dit op zowel korte als lange termijn tot gezondheidsproblemen kan leiden. Een hoge score op de derde vraag kan derhalve ook een teken zijn van riskant drinkgedrag.

#### *Jongeren van 18 jaar en ouder*

Meerderjarige jongeren die op de AUDIT minimaal 5 (vrouwen) of minimaal 8 (mannen) punten scoren, lopen een verhoogd risico op schadelijk drinkgedrag.

Tabel 2: AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, Saunders & Aasland 1987; Saunders et al. 1993).

Nr	Vragen/score	0	1	2	3	4
1	Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2-4 keer per maand	2-3 keer per week	4 keer of vaker per week
2	Hoeveel drink je op een typische dag dat je alcohol drinkt?	1-2 glazen	3-4 glazen	5-6 glazen	7-9 glazen	10 of meer glazen
3	Hoe vaak drink je 3 of meer (meisjes 18-), 5 of meer (jongens 18-), of 6 of meer (jongeren 18+) glazen bij één gelegenheid, bijvoorbeeld een feestje of op een avond?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
4	Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
5	Hoe vaak ben je er door je drinkgedrag het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat er normaal van je verwacht werd? Bijvoorbeeld op school of op je werk.	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
6	Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen na een avond veel drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
7	Hoe vaak heb je het afgelopen jaar spijt gehad nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
8	Hoe vaak ben je het afgelopen jaar gebeurtenissen van de dag ervoor vergeten omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
Nr	Vragen/score	0	2	4		
9	Heb je jezelf of iemand anders ooit pijn gedaan of verwond als gevolg van uw alcoholgebruik?	Nee	Ja, maar niet in het afgelopen jaar	Ja, in het afgelopen jaar		
10	Heeft een familielid, vriend of een dokter of andere hulpverlener in de gezondheidszorg zich ooit zorgen gemaakt over je drankgebruik en je gezegd dat je minder zou moeten drinken?	Nee	Ja, maar niet in het afgelopen jaar	Ja, in het afgelopen jaar		

Let op

Opgemerkt moet worden dat de AUDIT slechts een indicatie geeft van riskant drinkgedrag. Het instrument is een hulpmiddel om het alcoholgebruik op een gestructureerde manier uit te vragen. De signalen die door de intermediair bij de jongere zijn opgemerkt en ertoe geleid hebben de jongere naar een gesprek met een professional te sturen, in combinatie met de kennis van de professional over de jongere, zijn/haar achtergrond, gedrag en omgeving, dienen eveneens meegewogen te worden bij het bevestigen of ontcrachten van het vermoeden van problematisch alcoholgebruik.

### Probleeminventarisatie

Een goed uitgevoerde probleeminventarisatie van het alcoholgebruik en de omliggende problematiek van de jongere fungeert als handvat om te bepalen of er verder onderzoek nodig is om tot een diagnose te komen, of een kortdurende interventie volstaat of dat een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening nodig is.

Als hulpmiddel bij het maken van een functieanalyse van het gebruik bij de jongere, worden in het kader hieronder een aantal vragen aangereikt afkomstig uit het Cannabisprotocol (Ivens 2008). De vragen zijn aangepast aan het onderwerp alcohol.

- Hoe oud was je toen je voor het eerst alcohol dronk? Hoe ging dat?
- Wanneer ben je begonnen met regelmatig drinken? (leeftijd, met wie, waar, reden, effect)
- Hoe vaak drink je per week?
- Op welke dagen drink je meestal? (weekend, doordeweeks)
- Op welke tijdstippen drink je meestal? (overdag, 's avonds)
- Wat vind je leuk of lekker aan alcohol?
- Wat is voor jou meestal de reden of aanleiding om alcohol te drinken? (situatie, personen, gebeurtenissen, gevoel voorafgaand aan het drinken)
- Met wie drink je meestal? (alleen, met vrienden)
- Waar drink je meestal? (thuis, bij anderen, op straat, op feestjes)
- Welke effecten heeft alcohol op jou? (alleen positieve effecten of noemt de jongere ook minder prettige gevolgen van alcohol)
- Weten je ouders dat je alcohol drinkt?
- Wat vinden je ouders van alcoholgebruik?
- Drinken je vrienden? (aantal)
- Hoeveel euro per week geef je ongeveer uit aan alcohol?
- Leen je wel eens geld om alcohol te kunnen kopen?
- Kom je wel eens op een oneerlijke manier aan geld om alcohol te kunnen kopen?
- Behalve de leuke kanten, kun je ook vervelende kanten van het drinken van alcohol noemen?
- Vraag naar de leefgebieden school, thuis, vrienden, werk, etc. Welke gevolgen heeft het alcoholgebruik op het eigen gedrag, stemming en op de relatie met ouders, leerkrachten, vrienden, etc. voelt en gedraagt hij zich anders door het drinken?

Leg vervolgens onderstaande stellingen uit aan de jongere voor om de functie van het gebruik te inventariseren:

<b>1</b>	Ik drink alcohol omdat het me meer zelfvertrouwen geeft	<b>ja/nee</b>
<b>2</b>	Ik drink alcohol om te kunnen relaxen	<b>ja/nee</b>
<b>3</b>	Ik drink alcohol om mezelf op te vrolijken als ik in een slechte bui ben	<b>ja/nee</b>
<b>4</b>	Ik drink alcohol uit verveling	<b>ja/nee</b>
<b>5</b>	Ik drink alcohol omdat mijn vrienden het ook doen	<b>ja/nee</b>
<b>6</b>	Ik drink alcohol om mijn problemen en zorgen te vergeten	<b>ja/nee</b>

Ook kan gebruik gemaakt worden van websites om samen met de jongere het alcoholgebruik in kaart te brengen.

- Voor jongeren onder de 18 jaar: [www.watdrinkjij.nl](http://www.watdrinkjij.nl) (eigen alcoholgebruik testen met een persoonlijk advies) en [www.watdoetdrank.nl](http://www.watdoetdrank.nl) (kennistest over alcohol);
- Voor jongeren van 18 jaar en ouder: [www.drinktest.nl](http://www.drinktest.nl) (eigen alcoholgebruik testen met een persoonlijk advies) en [www.minderdrinken.nl](http://www.minderdrinken.nl) (informatie over alcoholgebruik, stoppen of minderen en de mogelijkheid tot een online behandelprogramma).

#### Probleemherkenning

Wanneer de professional inzicht heeft in de problematiek van de jongere, is herkenning en erkenning van het probleem door de jongere zelf de volgende stap. Veel jongeren ervaren echter weinig tot geen problemen als gevolg van hun alcoholgebruik.

Om het probleembesef van de jongere te stimuleren, kunnen de volgende stellingen met de jongere besproken worden (Ivens 2008):

<b>1</b>	Ik heb wel eens geprobeerd te stoppen of te minderen met het drinken van alcohol	<b>ja/nee</b>
<b>2</b>	Ik drink vaker dan ik eigenlijk wil	<b>ja/nee</b>
<b>3</b>	Ik heb wel eens gedacht 'was ik maar nooit begonnen met drinken'	<b>ja/nee</b>
<b>4</b>	Vrienden of ouders hebben wel eens tegen me gezegd dat ik zou moeten stoppen met drinken of minder zou moeten drinken	<b>ja/nee</b>
<b>5</b>	Ik besteed veel tijd aan het drinken van alcohol	<b>ja/nee</b>
<b>6</b>	Door het drinken van alcohol kom ik wel eens in de problemen (thuis, op school, werk, etc)	<b>ja/nee</b>
<b>7</b>	Ik geef meer geld uit aan alcohol dan ik eigenlijk heb	<b>ja/nee</b>

Aanvullend kunnen extra vragen gesteld worden om de probleemherkenning te bevorderen. Deze vragen zijn gebaseerd op ervaringen van professionals van GGZ- en verslavingszorginstellingen:

- Hoe komt het dat je hier toch zit als er geen probleem is?
- Welke problemen ervaren je ouders, school, werk of anderen met jou?
- Waar heeft je omgeving denk je last van?
- Hoe zou jij kunnen zorgen dat jij ook minder last heb van je omgeving (dat ze je 'met rust laten')?

#### Kortdurende interventie: motiverende gespreksvoering

Bespreek het vermoeden en de probleeminventarisatie met de jongere. Motiveer de jongere tot gecontroleerd gebruik, minderen of stoppen van alcoholgebruik, afhankelijk van de situatie (advies op maat).

In deze stap wordt motiverende gespreksvoering aangeraden als centrale interventie. Motiverende gespreksvoering is een gesprekstijl die wordt gebruikt om mensen bewust te maken van hun drinkgedrag en aan te zetten tot vermindering van de alcoholconsumptie (Miller & Rollnick 2002). De techniek kan goed worden toegepast bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover iets. Het verdient aanbeveling dat iedere professional die tijdens een preventief contactmoment met dit protocol werkt, een deskundigheidsbevordering in motiverende gespreksvoering heeft gevolgd.

Hieronder worden kort de belangrijkste uitgangspunten van motiverende gespreksvoering genoemd. Voor een uitgebreide beschrijving van motiverende gesprekstechnieken wordt verwezen naar Miller en Rollnick (2002).

- Inventariseer de intrinsieke motivatie van de jongere om gedragsverandering te stimuleren, maar leg hem/haar hierbij geen normen of waarden vanuit het referentiekader van de professional op;
- Help de jongere bij het herkennen en erkennen van het probleem, zoek de ambivalentie op;
- Bespreek de ambivalentie door voor- en nadelen van alcohol drinken en minderen/stoppen voor de jongere te inventariseren;
- Geef positieve feedback als de jongere spreekt over de voordelen van gedragsverandering;
- Vermijd discussie;
- Wanneer de jongere weerstand biedt of het probleem ontkent, pas dan de benaderingswijze en/of strategie aan;
- Benadruk de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de jongere als het gaat om het besluit tot minderen/stoppen, maar blijf de centrale lijn in het gesprek bewaken. Bij jongeren kan er geen volledig beroep op de eigen verantwoordelijkheid gedaan worden omdat zij de consequenties van hun keuzes nog niet voldoende kunnen overzien.

Bespreek bij iedere sessie op een directe, maar niet veroordelende manier het alcoholgebruik (frequentie, hoeveelheid). Probeer daarnaast met een motiverende vraagstelling de bezorgdheid en twijfels bij de jongere te verhoogen, zodat er vragen ontstaan naar advies.

Stimuleer de jongere om uitspraken te doen die een zelfmotiverend effect hebben door open, uitlokkende vragen te stellen: "Welke zaken in verband met je alcoholgebruik zou jij, of je familie, kunnen zien als een reden van bezorgdheid?", "Welke voordelen zou het opleveren als je stopt met/minder alcohol gaat drinken?"

Let op een juiste timing en dosering van de gegeven informatie. Ongevraagd advies kan de weerstand vergroten. Tot slot is het tonen van empathie een essentieel element van motiverende gespreksvoering. Een warme, reflectieve en niet-veroordelende houding is veel effectiever dan een agressieve, confronterende en dwingende benadering.

---

## 2.4 Zorgtoeleiding en Zorg

Jongeren die bereid zijn tot gedragsverandering maar waarbij na enkele gesprekken met een professional geen verbetering in het drinkgedrag is te zien, of jongeren waarbij het vermoeden bestaat dat ze voldoen aan de DSM5 diagnose van alcoholverslaving (zie Bijlage 5), kunnen het beste worden doorverwezen naar de gespecialiseerde hulpverlening. Hier wordt aanvullende diagnostische screening gedaan en worden zij intensief begeleid bij het veranderen van hun drinkgedrag. Bij jongeren waarbij geen sprake is van comorbiditeit of complexe problematiek kunnen zelfhulp of behandeling via internet besproken worden.

Jongeren waarbij blijkt dat er meer speelt dan alleen alcoholgebruik, of waarbij alcohol niet het belangrijkste probleem lijkt te zijn, kunnen doorverwezen worden naar collega hulpverleningsinstanties. Afhankelijk van de problematiek kan gedacht worden aan Bureau Jeugdzorg, RIAGG, algemeen maatschappelijk werk, MEE (voor jongeren met een beperking of chronische ziekte) en andere welzijnsinstellingen. Met de jongere kan afgesproken worden dat er eerst aan het andere probleem gewerkt wordt en er daarna indien nodig alsnog naar het alcoholgebruik gekeken wordt. Ook is het mogelijk gelijktijdig met de andere instelling een traject te starten. Wanneer er wachtlijsten zijn bij collega instanties, is het te overwegen om vanuit de GGZ of verslavingszorg alvast met de jongere aan de slag gaan om hem/haar niet uit het oog te verliezen en de motivatie voor gedragsverandering hoog te houden.

Een doorverwijzing is het meest effectief wanneer er een zogenaamde 'warme overdracht' plaatsvindt. Dit houdt in dat de preventiewerker de jongere naar een afspraak bij verdere hulpverlening begeleidt, afspraken maakt in het bijzijn van de jongere of samen met de jongere de mogelijkheden van zelfhulp of internetbehandeling uitzoekt. Bij voorkeur neemt de preventiewerker op een later moment telefonisch of per email contact op met de jongere, om na te gaan of de doorverwijzing succesvol en naar tevredenheid van de jongere is verlopen (follow-up).

### *Gespecialiseerde hulpverlening*

Wanneer er vermoedens bestaan van alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, psychiatrische comorbiditeit of complexe problematiek is een verwij-

zing naar gespecialiseerde hulpverlening noodzakelijk. Belangrijk hierbij is deze beslissing goed uit te leggen aan de jongere, om niet de indruk te wekken dat hij/zij wordt 'afgeschreven'. De meeste regionale instellingen voor GGZ of verslavingszorg hebben speciale jeugdafdelingen, meestal voor jongeren van 12 tot 24 jaar (zie Bijlage 4 voor een overzicht).

### *Zelfhulp*

Op de website [www.zelfhulpverslaving.nl](http://www.zelfhulpverslaving.nl) is een overzicht te vinden van zelfhulpgroepen en locaties. Veel zelfhulpgroepen hebben speciale afdelingen voor jongeren, zoals de Jongerenring AA, NA jongerengroep, Al-Anon ACA.

### *Behandeling via internet*

Online begeleiding op verschillende landelijke websites. Dit is alleen geschikt voor jongeren van 18 jaar en ouder. Enkele voorbeelden:

- [www.minderdrinken.nl](http://www.minderdrinken.nl), deze behandeling van het Trimbos Instituut is bewezen effectief en wordt samen met de Drinktest binnen een stepped care kader aangeboden;
- [www.alcoholdebaas.nl](http://www.alcoholdebaas.nl), Tactus Verslavingszorg;
- [www.alcoholenik.nl](http://www.alcoholenik.nl), Bouman GGZ;
- [www.alcoholondercontrole.nl](http://www.alcoholondercontrole.nl), Brijder Verslavingszorg;
- [www.jellinek.nl/jellineklive](http://www.jellinek.nl/jellineklive), Jellinek Amsterdam;
- [www.annazorg.nl](http://www.annazorg.nl).

Het College voor Zorgverzekeringen beveelt aan om behandeling via de website Minder Drinken in de toekomst op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering (Duine & Bos 2009). Online behandeling via de andere instellingen is anoniem en komt hierdoor niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de zorgverzekering.

---

## 2.5 Privacy en het betrekken van ouders

In principe is het altijd wenselijk om ouders te betrekken, bij jongeren van alle leeftijden. Neem in elk geval de volgende richtlijnen in acht:

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) geeft de volgende richtlijnen:

- 12 en 13 jaar: ouders zijn leidend
- 14 en 15 jaar: de jongere is leidend
- vanaf 16 jaar toestemming nodig van jongere om ouders in te lichten

Op basis van deze richtlijnen wordt het volgende aanbevolen (zie ook figuur 2, p. 31):

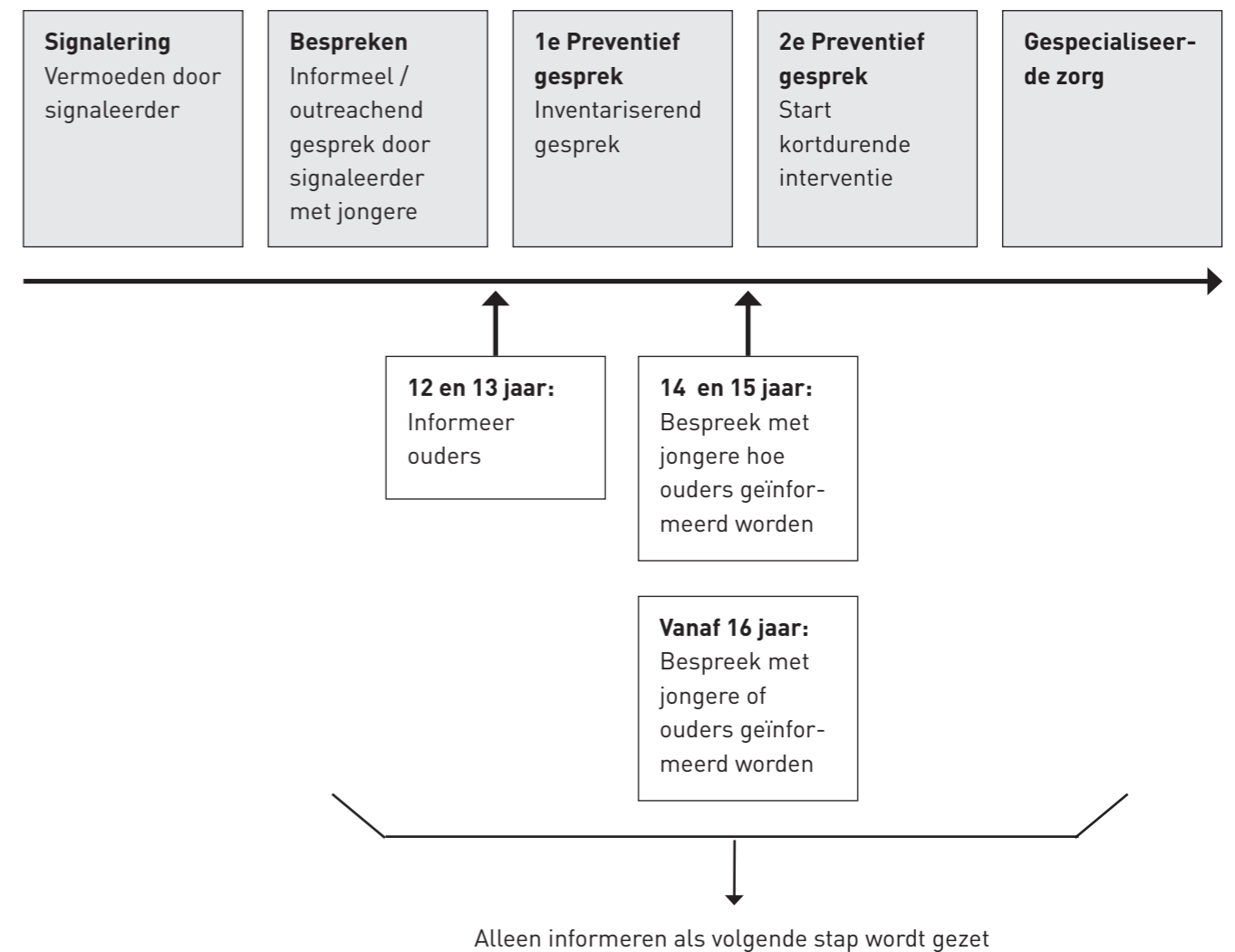
- **12 en 13 jarigen:** Een informeel gesprek tussen de jongere en een signaleerder hoeft niet aan de ouders gemeld te worden. Zodra het echter een formeler karakter krijgt (wanneer gesprekken met een preventiewerker volgen) dienen de ouders te worden ingelicht:
- Uiterlijk inlichten na signalering door een intermediair (bijv. medewerker van school, jongerenwerk, politie) wanneer de jongere door de signaleerder verwezen gaat worden naar een preventiewerker.

- Uiterlijk inlichten na signalering door een outreachend preventiewerker waarna deze verdere gesprekken aangaat met de jongere. Dit betreft de situatie dat een preventiewerker zelf een signaleerdersrol aanneemt door zijn outreachende werk. Bijvoorbeeld op een schoolplein, in het jongerenaccommodaties of tijdens een regulier spreekuur van preventiewerkers op school of in andere settings waar jongeren komen.
- **14 en 15 jarigen:**
  - Uiterlijk inlichten na een eerste preventief gesprek zonder behandelovereenkomst.
  - Aangeraden wordt om ouders van jongeren van 14 en 15 jaar niet direct bij het eerste preventief contact met de jongere te informeren, maar eerst een inventariserend gesprek te voeren om het vermoeden van riskant alcoholgebruik te verifiëren. Mogelijk is er niets aan de hand, of wil de jongere in eerste instantie de ouders niet inlichten over de situatie. Wanneer dit namelijk te snel gebeurt is er een risico om de jongere of zijn/haar vertrouwen te verliezen. Vervolgens overlegt de preventiewerker met de jongere hoe precies de ouders ingelicht en betrokken worden.
- **16 jaar en ouder:**
  - Ouders hoeven wettelijk gezien niet ingelicht te worden. Maar het kan zeker wenselijk zijn, zeker bij minderjarigen die nog thuis wonen. Echter, de jongere moet hier wel toestemming voor geven.

*Toelichting*

Volgens de WGBO hebben ouders recht op informatie wanneer zij toestemming moeten geven voor een behandeling van hun kind (in dit geval een preventief gesprek). Deze op informatie gebaseerde toestemming wordt informed consent genoemd. Bij kinderen in de leeftijd 12 tot 16 jaar geven de ouders toestemming, maar ook de jongeren zelf. Dit betekent dat zij beiden geïnformeerd dienen te worden. Het verstrekken van informatie aan de ouders kan alleen geweigerd worden wanneer dit in het belang is van het kind. Vanaf 16 jaar wordt een jongere behandelingsbekwaam geacht en kan hij/zij zelfstandig toestemming geven voor een behandeling, zonder dat de ouders ingelicht moeten worden (Boudewijnse et al. 2005).

Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is er officieel geen sprake van een behandelovereenkomst wanneer een jongere één of meerdere gesprekken met een preventiewerker heeft zonder officieel aangemeld te zijn bij de GGZ/verslavingszorg. Hoewel in deze gevallen de WGBO dus nog niet van kracht is, wordt aangeraden wel de richtlijn van deze wet aan te houden bij het informeren van de ouders.



*Figuur 2.*  
*Schema over het informeren van ouders bij verschillende stappen van het protocol*



# Hoofdstuk 3

## Aandachtspunten bij implementatie van het protocol

In aanvulling op het protocol is voor organisaties die het protocol willen implementeren deze lijst met aandachtspunten bij implementatie opgesteld. De aandachtspunten zijn gebaseerd op evaluaties van pilot-projecten door de gemeente Hardenberg, GGD Zuid-Holland Zuid (huidige naam: Dienst Gezondheid & Jeugd), GGD Hart voor Brabant en GGD Zeeland. De aandachtspunten zijn gericht op bevorderende factoren, valkuilen, randvoorwaarden etc. bij verschillende stappen in het implementatieproces. Naast de specifieke aandachtspunten voor dit protocol die hier worden beschreven kunt u bijvoorbeeld ook het rapport 'Proces in uitvoering' (Mulder et al. 2013) lezen waar handvatten voor implementatie van integraal alcoholbeleid worden geboden.

### 3.1 Projectleider: wie gaat het protocol implementeren?

Het initiatief het protocol te implementeren kan bij de gemeente liggen, bij een gemeentelijke instantie, zoals de GGD, of bij (de preventieafdeling van) een verslavingszorginstelling. Implementatie van het protocol kan ook een gezamenlijk initiatief van deze partijen zijn. Bij een gezamenlijk initiatief is het belangrijk dat de initiërende partijen een duidelijke rolverdeling hebben en eenheid naar buiten toe uitstralen.

Onafhankelijk van wie de projectleider is, **gemeentelijk draagvlak** is van cruciaal belang voor het slagen van de implementatie. Als bijvoorbeeld een GGD het project implementeert, moet de gemeente achter het project staan. Om dit uit te dragen, kan de gemeente bijvoorbeeld de aftrap geven bij de deskundigheidsbevordering voor signaleerders (zie aandachtspunt 3).

Omdat gedragsverandering veel moeite kost, moeten projectleiders tevreden zijn met kleine successen.

**Projectleiders** beschikken bij voorkeur over de volgende **eigenschappen**:

- een positieve instelling;
- creatief;
- een lange adem.

### 3.2 Intermediaire doelgroep en setting: wie gaat signaleren?

Het protocol richt zich op professionals (de 'signaleerders') die tijdens hun werkzaamheden in contact komen met risico jongeren. In het protocol worden daarbij twee settings onderscheiden: school en vrijetijd.

Een eerste keuze die gemaakt moet worden is **welke professionals gaan signaleren**. Richt men zich alleen op de schoolsetting, alleen op de vrijetijdsetting of op beide? De keuze hierin zal mede afhankelijk zijn van beschikbare middelen in tijd en geld.

Daarnaast is het **creëren van draagvlak** van belang. De acties om draagvlak te creëren moeten niet beperkt blijven tot leidinggevend. Ook de signaleerders, de professionals op de werkvloer die met het protocol aan de slag gaan, moeten hierin betrokken worden. Dit kan bijvoorbeeld door als projectleider oriënterende gesprekken te voeren waarvoor zowel een leidinggevende als een professional van een bepaald werkveld (politie, jongerenwerk, etc.) wordt uitgenodigd.

In het protocol zijn de belangrijkste signaleerders en overige actoren binnen de setting school en vrije tijd genoemd (paragraaf 2.1). Het is hierbij van belang een onderscheid te maken tussen **professionals** (politie, jongerenwerkers, maatschappelijk werkers, etc.) en **vrijwilligers**, zoals vrijwilligers in sportkantines. Met professionals kunnen (bindende) afspraken gemaakt worden, maar met vrijwilligers is dit lastiger.

De praktijk leert dat het lastig kan zijn medewerking van scholen te krijgen, omdat zij vroegsignalering als extra belasting zien bovenop de bestaande werkzaamheden. Het lijkt nuttig binnen de schoolsetting naast of in plaats van mentoren of zorgcoördinatoren een belangrijke(re) rol voor vroegsignalering weg te leggen bij leerplichtambtenaren. Na deskundigheidsbevordering zijn leerplichtambtenaren in Hardenberg enthousiast en zekerder van zichzelf met vroegsignalering aan de slag gegaan. Zij zijn alert op eventuele alcoholproblemen bij schoolgaande jongeren die veelvuldig en/of op bepaalde dagen, zoals de maandag, spijbelen.

### 3.3 Deskundigheidsbevordering voor signaleerders

De deskundigheidsbevordering vergt een goede voorbereiding, met aandacht voor de doelen die worden nagestreefd en met afstemming van de training op de deelnemers.

#### **Wat is het doel van de training?**

Belangrijke doelen zijn gebleken:

- Kennisvermeerdering** bij de deelnemers, zowel wat betreft het signaleren, de risico's van alcoholgebruik bij jongeren als verwijsmogelijkheden. In het protocol wordt aandacht besteed aan het advies voor jongeren over alcoholgebruik. Extra aandacht en voorbereiding is nodig om dit advies toe te lichten. Waarom is het advies tot 18 jaar helemaal geen alcohol te drinken? Waarom is het advies aan 18-plussers om het drinken zo lang mogelijk uit te stellen en als ze drinken het te beperken tot af en toe een glas? En vooral: hoe ga je vervolgens om met dit advies en je eigen ervaring dat veel jongeren allang begonnen zijn met drinken en als ze drinken ook veel meer drinken? Wat is dan reëel en haalbaar in je contact met jongeren als je wil bijdragen aan de vroegsignalering van riskant alcoholgebruik?

Professionals vinden het moeilijk om achter het advies te staan, omdat er vaak een te grote kloof is tussen dit advies en het alcoholgebruik van (risico) jongeren. Hierdoor kan het draagvlak onder professionals voor vroegsignalering afnemen. Maar met toelichting en uitwisseling over hoe je als professional met dit advies in de dagelijkse praktijk kan omgaan wordt weerstand weggenomen.

**b** Creëren van **draagvlak** voor het onderwerp.

Draagvlak onder professionals voor de grens waar alcoholgebruik risicovol wordt kan leiden tot betere signalering en mogelijk meer doorverwijzingen naar een preventief contactmoment bij de verslavingszorg. Trainers moeten erop voorbereid zijn dat professionals niet vanaf het begin van de training achter het advies voor jongeren staan. Aan het einde van de training is het van belang dat professionals zich kunnen committeren aan het advies, maar vooral weten hoe ze in hun werk bij de vroegsignalering hiermee kunnen omgaan.

Om vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren meer tussen de oren van signaleerders te krijgen, is het belangrijk de relevantie ervan duidelijk te krijgen. De relevantie van vroegsignalering alcohol is eenvoudig aan te tonen met prevalentiecijfers voor alcohol en drugs, bijvoorbeeld uit de regionale Jeugdmonitor van de GGD. De prevalentie van alcoholgebruik ligt veel hoger dan die van drugsgebruik. Zorg dat deze cijfers paraat zijn bij aanvang van de training. Een andere optie om de relevantie van vroegsignalering aan te tonen is een overzicht te presenteren van negatieve gezondheidseffecten en problemen die ontstaan in voortgang van de ontwikkeling van een jongere in onder andere de onderwijs- en arbeidsloopbaan, en de kosten die gepaard gaan met behandeling van ontstane alcoholproblematiek en problematiek op diverse leefgebieden. Bovendien is het signaal dat de overheid met de gewijzigde Drank- en Horecawet afgeeft ook van belang. De overheid kiest er nadrukkelijk voor om (net al in de meeste Europese landen) met het verbod op alcoholverkoop onder de 18 jaar, jongeren en hun omgeving duidelijk te maken dat in het kader van bescherming van de gezondheid van de jeugd deze leeftijdsverhoging van 16 naar 18 jaar een noodzakelijke maatregel is.

Daarnaast is extra aandacht nodig voor het creëren van draagvlak voor het advies voor jongeren over alcoholgebruik en waar de grens ligt wanneer alcoholgebruik overgaat in risicovol drinken. Zoals hierboven aangegeven moet deze grens niet verward worden met het strak hanteren van helemaal geen alcohol tot je 18e en daarna hooguit af en toe een glas.

**c** **Samenwerkingsverbanden** opzetten / verstevigen

Tijdens de training kunnen contacten gelegd of verstevigd worden tussen signaleerders onderling en tussen signaleerders en professionals van de GGZ/verslavingszorg. Het verdient de voorkeur signaleerders van verschillende disciplines tegelijkertijd te trainen, zodat kennis met elkaar gemaakt kan worden (netwerken) en ervaringen uit verschillende disciplines met elkaar gedeeld kunnen worden. Lijkt het vooraf niet haalbaar integraal te trainen, dan kan gekozen worden voor het trainen per discipline. Dit vereenvoudigt het planningsproces van de training en zorgt ervoor dat het kennis- en kundenniveau van de professionals niet veel van elkaar zal verschillen.

**Wie komt naar de training?**

Zorg dat vooraf duidelijk is wie naar de training komt (welke disciplines, maar ook kennis- en kundenniveau), zodat de **training afgestemd kan worden op de doelgroep**. Hiertoe kunnen oriënterende gesprekken met enkele deelnemers gevoerd worden.

Uit de tot nu toe gegeven trainingen aan jongerenwerk en politie kwam naar voren dat professionals over het algemeen beschikken over de benodigde basisvaardigheden om gesprekken met jongeren te voeren. Dat onderdeel behoeft in de training dan ook minder aandacht dan bijvoorbeeld het vergroten van de motivatie bij professionals om aan vroegsignalering te gaan doen. Bij het opstellen van de agenda kan hiermee rekening gehouden worden.

Tijdens de training is het van belang aandacht te besteden aan het stellen van **realistische verwachtingen**. De praktijk leert dat implementatie van het protocol niet (direct) leidt tot veel doorverwijzingen van jongeren naar de verslavingszorg voor een preventief contactmoment. Om afhaken van signaleerders door teleurstellende resultaten te voorkomen, moet aandacht zijn voor andere opbrengsten van het project, zoals het vaker in gesprek gaan met jongeren of het frequenter consulteren van de verslavingszorg.

Sluit de training af met een **evaluatiemoment** en toets de animo voor vervolgentraining. Om het belang van vroegsignalering te benadrukken, kunnen certificaten voor deelname aan de signaleerders worden uitgereikt

---

### 3.4 Implementatie

Voor de daadwerkelijke implementatie zijn een aantal zaken van belang.

- **Ondersteunende materialen**

Zorg voor goede ondersteunende materialen voor signaleerders, zoals teasers met verwijzing naar relevante websites, een zakkaart met een goede ketenbeschrijving, en registratieformulieren voor signalering en output (contactmomenten met jongeren, consultatie verslavingszorg, preventief contactmoment). De ondersteunende materialen maken het gebruik van het protocol in de praktijk eenvoudiger, en herinneren signaleerders daarnaast regelmatig aan de vroegsignalering.

- **Inbedding van het protocol: overlegstructuur**

Zorg voor een passende overlegstructuur voor signaleerders, verslavingszorg, gemeente en initiatiefnemer. Ook dit draagt bij aan het creëren van draagvlak voor vroegsignalering. Daarnaast verbetert het de lokale samenwerking. In het achterhoofd moet gehouden worden dat samenwerking tussen verschillende partijen niet altijd vanzelf gaat en soms moet groeien. Er kan voor gekozen worden aan te sluiten bij bestaande overlegstructuren, maar zorg dan wel voor aparte agendasetting, zodat het onderwerp vroegsignalering apart aan bod komt en unieke aandacht krijgt.

- **Taakverdeling**

Zorg voor een goede taakverdeling tussen signaleerders en preventiewerk, maar ook tussen signaleerders onderling. Praktijkervaringen van de GGD Zuid-Holland Zuid (nu: Dienst Gezondheid & Jeugd), waar zowel jongerenwerk als wijkagenten signaleerden, leerden dat een beperktere signaleringsrol voor de politie ten opzichte van jongerenwerk beter aansloot bij de lokale situatie. De politie signaleert daar nu, en is doorgeefluik naar jongerenwerk toe, die vervolgens registreert en in gesprek gaat met de jongeren. Door aan te sluiten bij lokale behoeften, wordt afbreuk van motivatie en draagvlak voorkomen.

Afspraken over taakverdeling en overlegstructuren kunnen worden vastgelegd in een convenant. Hiermee worden afspraken afdwingbaar.

- **Voortgangsbewaking**

Het is belangrijk de voortgang van het project te monitoren. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de registratieformulieren voor signalering en output (zie 'ondersteunende materialen'), en eventueel van een procesevaluatie door een externe partij.

Naast monitoren van inzet en output, moet ook in de gaten gehouden worden of taakverdelingen en samenwerkingsverbanden nog actueel zijn. Zo niet, dan moeten deze aangepast worden. Let er ook op dat door personeelswisselingen de voortgang van het project in gevaar kan komen. Een goede overdracht bij personeelswisselingen is dan ook essentieel.

Het is belangrijk de voortgang terug te koppelen naar signaleerders. Dit kan door een bijeenkomst te organiseren ('draagvlakbijeenkomst'), er specifieke aandacht aan te besteden bij reguliere projectoverleggen, maar ook door nieuwsbrieven te verspreiden.

---

### 3.5 Borging

Na afloop van een projectperiode is aandacht nodig voor borging: hoe kan ervoor gezorgd worden dat het protocol in gebruik blijft en vroegsignalering als onderwerp actueel blijft? Veelal zal borging moeten gebeuren met geen of beperkte middelen. Manieren waarop dit kan:

- **Agendasetting:**

het onderwerp agenderen bij relevante vergaderingen van beleidsambtenaren, bijvoorbeeld van jeugd of volksgezondheid, of bij het teamoverleg van signaleerders, of in overleg tussen gemeenten, jongerenwerk en politie. Hierdoor blijft het onderwerp actueel. In de gemeente Hardenberg schuift preventiewerk van de verslavingszorg bijvoorbeeld periodiek aan bij het teamoverleg van jongerenwerk.

- **Andere geïnteresseerde settings** erbij betrekken, zodat breder draagvlak ontstaat: de initiatiefnemer van het project moet oog houden voor andere settings die mogelijk geïnteresseerd zijn in vroegsignalering van alcohol.

Hoe groter het aantal betrokken werkvelden, hoe meer draagvlak voor het onderwerp, en hoe effectiever het protocol werkt.

Om meer werkvelden te overtuigen van het belang van vroegsignalering, kan gebruik gemaakt worden van enthousiaste en/of gezaghebbende personen die de ernst van overmatig alcoholgebruik al inzien.

**Let op:** er zijn lokale verschillen bij het meekrijgen van verschillende werkvelden. In de ene pilot werd bijvoorbeeld eenvoudig ingang verkregen bij het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), terwijl dit in een andere pilot moeizaam ging.

- **Vastleggen in functieomschrijvingen, beleidsdocumenten, e.d.:**

Vroegsignalering kan opgenomen worden in de functieomschrijving van relevante signaleerders, zoals zorgcoördinatoren, jeugdagenten en jongerenwerkers. Hiermee krijgen professionals ook tijd voor de taak van vroegsignalering. Bij scholen kunnen afspraken over vroegsignaleren en het volgen van een training voor deskundigheidsbevordering worden vastgelegd in het schoolbeleid of de educatieve agenda. Tot slot kan in de jaarlijkse opdracht van gemeenten aan bijvoorbeeld jongerenwerk het onderwerp vroegsignalering opgenomen worden.

# Bijlage 1

## Definities en onderbouwing

### Keuze voor de doelgroep

#### **Wat is een verhoogd risico?**

Voor een definitie van de doelgroep 'jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek' wordt gebruik gemaakt van de definitie van hoogrisico groepen voor problematisch alcoholgebruik, zoals deze wordt toegepast in Preventie van problematisch Alcoholgebruik van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ; Duine & Bos 2009). In deze rapportage wordt het volgende onder hoogrisico groep verstaan: 'personen die meer drinken dan verantwoord voor de gezondheid is (ondergrens), maar daarbij nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM-5 voor alcoholverslaving (bovengrens)' (zie Bijlage 5).

Voor het bepalen van de ondergrens van de definitie wordt aangesloten bij de keuze van het CVZ om gebruik gemaakt van de AUDIT-C. Dit in plaats van de gangbare richtlijn voor aanvaardbaar alcoholgebruik, die gebaseerd is op volwassenen en derhalve te hoog ligt voor jongeren. De AUDIT-C is een korte test bestaande uit drie vragen die goed bij jongeren kan worden afgenomen. In de test wordt gekeken naar de hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt, hoe vaak de jongere alcohol drinkt en de frequentie van binge drinken. Een hoge score op de vragen geeft een indicatie van een verhoogd risico op riskant alcoholgebruik. De vragen van de AUDIT-C zijn opgenomen in het protocol (zie ook sectie 2.3).

#### **Wat is 'problematisch' alcoholgebruik?**

De definitie van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek waar het protocol voor zal gelden, is 'jongeren van 12 tot 24 jaar die meer drinken dan aanvaardbaar is, maar daarbij nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM5 voor alcoholverslaving'.

De signalering van problematisch alcoholgebruik wordt gebaseerd op de individuele situatie van de jongere op de volgende gebieden:

- 1 De hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt (drug);
- 2 De kwetsbaarheid van de jongere voor alcohol (set);
- 3 De situatie waarin het gebruik plaatsvindt (setting);
- 4 Zichtbare gevolgen van alcoholgebruik (fysieke signalen & gedragsindicaties).

#### **Toelichting**

In dit protocol ligt de focus op signalering, waarbij er nog geen sprake is van een gediagnosticeerde stoornis maar er wel tekens, klachten en symptomen bij de jongere en/of zijn omgeving zijn die wijzen op mogelijk problematisch alcoholgebruik. Deze tekens, klachten of symptomen zijn echter (1) minder in aantal dan vereist bij een diagnose, (2) gedurende een kortere periode aanwezig en (3) minder intens en verstorend dan bij een diagnosticeerbare stoornis het geval is (Verstuyf 2007).

De verschillende fasen van alcoholgebruik (kennismaking, experimenteren, gewoontevorming, gebruik op de voorgrond, niet meer zonder kunnen) zijn niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden omdat zij subtiel in elkaar overlopen. De grens tussen aanvaardbaar drinken, alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid is daarom lastig aan te geven. Wel zijn er aangrijpingspunten om de ernst van het drinkgedrag mee in te schatten, namelijk de hoeveelheid die de jongere drinkt (zie ad. 1), de componenten uit de driehoek van Zinberg (zie ad. 2), en zichtbare fysieke kenmerken of gevolgen van overmatig alcoholgebruik (Matthys et al. 2006, Schrijvers & Schoemaker 2008, Verstuyf 2007). Benadrukt moet worden dat deze aangrijpingspunten geen volledige beschrijving van riskant alcoholgebruik geven en dat de afwezigheid van één van de punten geen reden is om riskant alcoholgebruik uit te sluiten.

### 1 **Hoeveelheid**

De hoeveelheid alcohol die jongeren drinken kan gelden als één van de signalen bij het vaststellen van mogelijk problematisch gebruik. Deze wijze van signaleren wordt echter bemoeilijkt doordat jongeren minder gevoelig zijn voor de verdoovende effecten van alcohol dan volwassenen. Doordat zij minder last hebben van verstoring in hun coördinatie en motoriek, kunnen zij meer alcohol drinken voordat ze er zelf iets van merken en voordat het een buitenstaander opvalt (White et al. 2002). Desondanks is het effect van alcohol op de bloedspiegel bij jongeren sneller en heviger, omdat ze nog in de groei zijn, een lager gewicht en een kleinere lengte hebben. Dit alles verhoogt het risico op schade aan de gezondheid en andere levensgebieden, zoals leerwerkprestaties, relaties/de omgang met anderen en overlast/geweldpleging. Daarnaast veroorzaakt (een teveel aan) alcohol schade aan het zich ontwikkelende adolescentie brein (Boelema et al. 2009). Verder blijkt uit onderzoek dat wanneer jongeren eenmaal beginnen met drinken, hun alcoholgebruik alleen maar toeneemt (Koning et al. 2009; Van der Vorst 2007).

### 2 **Driehoek van Zinberg**

Zinberg (1984) verklaart middelengebruik vanuit de interactie tussen drie componenten (Tabel 3): het middel zelf (drug), de persoon die het gebruikt (set), en de omgeving (setting). Op basis van die drie componenten kan ingeschat worden hoe riskant het gebruik is.

Tabel 3: Driehoek van Zinberg

<b>Drug</b> middel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke middelen (alleen alcohol of ook andere drugs)</li> <li>• Frequentie van gebruik</li> <li>• Hoeveelheid van gebruik</li> </ul>
<b>Set</b> persoon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geslacht</li> <li>• Leeftijd</li> <li>• Psychische problemen</li> <li>• Sociale problemen</li> <li>• Genetische aanleg voor verslaving</li> </ul>
<b>Setting</b> omgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar? Tijdens het uitgaan of ook op school?</li> <li>• Met wie? Is er druk vanuit de vriendengroep?</li> <li>• Drinkt iemand ook wel eens alleen op zijn kamer?</li> <li>• Op welke tijdstippen? Alleen 's avonds, of ook 's ochtends?</li> </ul>

### Voor welke leeftijden geldt het protocol?

De leeftijdsgroep wordt afgebakend op 12 tot 24 jaar. Met de ondergrens van 12 jaar worden kinderen in de basisschool leeftijd uitgesloten. De bovengrens is afgeleid van de bevinding dat de hersenen van jongeren doorgroeien tot ongeveer 24-jarige leeftijd en fors drinken of binge drinken schadelijk kan zijn voor de hersenontwikkeling (Boelema et al. 2009).

### Keuze voor settings

In de oorspronkelijke opzet voor de ontwikkeling van dit protocol is opgenomen dat het protocol geschikt dient te zijn voor de settings school, vrije tijd en jeugdhulpverlening. Echter, tijdens de expertmeeting en het literatuuronderzoek bleek dat er in de jeugdhulpverlening in 2010 nauwelijks geschikte interventies of werkwijzen voorhanden zijn die, eventueel in gewijzigde vorm, voor opname in het protocol in aanmerking konden komen. Hier zou derhalve een compleet nieuw protocol voor ontwikkeld moeten worden. Omdat de opdrachtverstrekking voor dit protocol de nadruk legt op het gebruik maken van reeds bestaande producten en interventies, valt dit buiten het bereik van het huidige project. In overleg met de werkgroep Jongeren van het PVA is ervoor gekozen om dit protocol uitsluitend te richten op de settings school en vrije tijd.

### Keuze voor screeningsinstrumenten

In het protocol wordt de AUDIT-C beschreven als screener om in te zetten bij de (vroeg)signalering van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek. De informatie over de hoeveelheid van het alcoholgebruik uit de AUDIT-C wordt aangevuld met één extra vraag over de reactie van de omgeving van de jongere op het drinkgedrag (AUDIT-4).

Aangezien (vroeg)signalering over het algemeen wordt gedaan door mentoren, politie en andere personen zonder specifieke expertise op het gebied van alcoholgebruik en -misbruik, worden de vragen uit de AUDIT-C en de extra vraag uit de AUDIT-4 aangeboden als handreiking, zonder de screeners als zodanig te benoemen en zonder de bijbehorende afkappunten. De vragen geven structuur aan het gesprek met de jongere en leveren de benodigde informatie op om het alcoholgebruik van de jongere te inventariseren, zodat een weloverwogen beslissing kan worden gemaakt voor een eventuele doorverwijzing van de jongere naar een preventief contactmoment.

Tijdens een dergelijk contactmoment wordt het alcoholgebruik van de jongere gestructureerd uitgevraagd, om te bekijken of het vermoeden van problematisch gebruik terecht is. Als hulpmiddel hierbij wordt de AUDIT opgenomen in het protocol. De professional kan gebruik maken van de aanbevolen afkappunten voor jongeren tot 18 jaar en jongeren van 18 jaar en ouder. Belangrijk hierbij is te realiseren dat signalering van mogelijk problematisch alcoholgebruik niet alleen gebaseerd dient te worden op de score van de jongere op één of meerdere screeningsinstrumenten. Zoals eerder aangegeven zijn andere signalen uit de omgeving of persoonlijke omstandigheden van de jongere van evenveel belang.

### AUDIT-C

Voor het bepalen van een afkappunt voor de ondergrens 'meer drinken dan verantwoord/aanvaardbaar', is de AUDIT-C in het protocol opgenomen (Tabel 4). Dit is een verkorte versie van de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, zie Bijlage 5) (Saunders & Aasland 1987; Saunders et al. 1993). De AUDIT wordt in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (in het vervolg 'Multidisciplinaire Richtlijn'; Geurtsen & Van de Glind 2009) aanbevolen als eerste keus voor het opsporen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn kan vanuit praktische overwegingen ook gekozen worden voor de verkorte vorm van de AUDIT, namelijk de AUDIT-C (Bush et al. 1998).

Tabel 4: AUDIT-C (met aangepaste afkappunten voor binge drinken)

Vragen/score	0	1	2	3	4
Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2-4 keer per maand	2-3 keer per week	4 keer of vaker per week
Hoeveel drink je op een typische dag dat je alcohol drinkt?	1-2 glazen	3-4 glazen	5-6 glazen	7-9 glazen	10 of meer glazen
Hoe vaak drink je 3 of meer (meisjes 18-), 5 of meer (jongens 18-), of 6 of meer (jongeren 18+) glazen bij één gelegenheid?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks

<sup>6</sup> De sensitiviteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen met een bepaald probleem, in dit geval alcoholproblematiek, terecht door de test als 'problematisch drinker' geclassificeerd wordt. Wanneer alle problematische drinkers door de test als zodanig worden aangeduid, is de sensitiviteit 100%.

<sup>7</sup> De specificiteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen zonder alcoholproblematiek terecht als 'niet-problematisch drinker' geclassificeerd wordt. Wanneer uitsluitend verantwoorde drinkers als zodanig worden aangemerkt, is de specificiteit 100%.

Bij jongeren moet gelet worden op het antwoord op de derde vraag, over binge drinken (Geurtsen & Van de Glind 2009). Binge drinken (veel alcohol in korte tijd drinken) wordt met de eerste 2 vragen van de AUDIT-C niet altijd opgemerkt. Uit de literatuur blijkt echter dat er een relatie is tussen binge drinken en hersenbeschadiging of achterstanden in cognitieve functies bij jongeren (Boelema et al. 2009).

#### Kwaliteit van de AUDIT-C

De sensitiviteit<sup>6</sup> en specificiteit<sup>7</sup> van de AUDIT-C is onderzocht bij studenten en volwassenen, maar voor zover bekend niet onder jongeren. Reinert en Allen (2007) rapporteren in hun review voor studies uitgevoerd onder volwassen mannen en vrouwen in de algemene populatie percentages van 56-99% voor sensitiviteit en 58-97% voor specificiteit. Voor populaties in de gezondheidszorg (eerste- en tweedelijnszorg exclusief psychische/psychiatrische stoornissen) schommelt de sensitiviteit van 38% tot 100%. De specificiteit varieert tussen 49% en 98%.

De test-hertest betrouwbaarheid van de AUDIT-C is goed, uiteenlopend van 0.65 tot 0.85 over een periode van 3 maanden en 0.98 over een periode van 3-4 weken (Reinert & Allen 2007).

#### AUDIT-4 en volledige AUDIT

Omdat het drinkgedrag van jongeren ook hun sociale omgeving beïnvloedt en vice versa, wordt in aanvulling op de AUDIT-C ook vraag 10 van de AUDIT in het protocol opgenomen (Tabel 5). Deze vraag geeft meer zicht op de ernst van het alcoholgebruik en op kansen en belemmeringen uit de omgeving van de jongere. In combinatie met de drie eerder gestelde vragen wordt dit gezien als de AUDIT-4 (Gual et al. 2002). Wanneer de jongere bevestigend antwoord op deze vraag, is dit een extra indicatie voor problematisch alcoholgebruik.

Tabel 5: vraag 10 AUDIT

Vraag/score	0	2	4
Heeft een familielid, vriend of een dokter of andere hulpverlener in de gezondheidszorg zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik en u aangeraden minder te drinken?	Nee	Ja, maar niet in het afgelopen jaar	Ja, in het afgelopen jaar

Om het beeld van het drinkgedrag van de jongere compleet te maken, kan de volledige AUDIT bestaande uit 10 items afgenomen worden (zie Bijlage 5). In het protocol wordt aanbevolen dit door een professional te laten doen, om met behulp van afkappunten het vermoeden van problematisch alcoholgebruik te verifiëren. Voor jongeren tot 18 jaar is een totaalscore van 4 of hoger een indicatie voor problematisch alcoholgebruik. Bij jongens van 18 jaar en ouder geldt een totaalscore van 8 als aanwijzing dat de jongere riskant met alcohol omgaat, bij meisjes van 18+ ligt dit op een totaalscore van 5 (Reinert & Allen 2007; Geurtsen & Van de Glind 2009).

## Keuze voor interventies

### Preventief contactmoment

De methode van een preventief contactmoment wordt in het protocol opgenomen omdat dit laagdrempelig en toegankelijk kan worden opgezet. Het gaat hierbij om een gesprekssetting die op verschillende manieren kan worden vormgegeven, bijvoorbeeld als (periodiek) spreekuur met een open karakter of op afspraak.

Randvoorwaarde voor gebruikers van het protocol is de aanwezigheid van een contactmoment op bijvoorbeeld scholen en/of jongerencentra, of de mogelijkheid om dit op te zetten. De gesprekken worden vormgegeven aan de hand van de bewezen effectieve principes van motiverende gespreksvoering. Waar mogelijk wordt de nadruk gelegd op zelfhulp. Voor de setting school kunnen contactmomenten op scholen worden gehouden. Voor de setting vrije tijd kunnen contactmomenten worden opgezet bij een jongerencentrum, buurthuis of andere plaats waar jongeren verzamelen. Dit is laagdrempelig en toegankelijk, maar heeft als nadeel dat jongeren zich in deze setting voornamelijk in groepen verzamelen met de bijbehorende groepsdruk. Dit kan het lastig maken om een jongere 'uit de groep' te halen en een individueel gesprek te voeren. Er is ook niet altijd een geschikte ruimte aanwezig waar

het gesprek kan plaatsvinden, zonder (zicht op) vrienden/leeftijdsgenoten in het pand die de jongere kunnen afleiden. Een preventief contactmoment binnen de regionale instelling voor GGZ/verslavingszorg is een alternatief, maar dit kent over het algemeen een hogere drempel voor de jongere.

### Toelichting

Uit de inventarisatie bij verslavingzorg- en GGZ instellingen naar gebruikte methoden voor vroegsignalering en doorverwijzing blijkt dat een aantal instellingen gebruik maakt van een preventief contactmoment voor jongeren, meestal in de vorm van een spreekuur (onder andere Bouman GGZ, Brijder Verslavingszorg, Jellinek, Tactus Verslavingszorg, VNN Drenthe). Er zijn bij de instellingen geen gegevens bekend over de effectiviteit van de gesprekken. Over het algemeen is een dergelijk contactmoment bedoeld om jongeren met riskant middelengebruik te signaleren, vermoedens van problematisch drinkgedrag te bevestigen of ontkrachten, een kortdurende interventie uit te voeren en indien nodig door te verwijzen naar een behandeltraject. Tijdens een preventief contactmoment is er ruimte voor enkele motiverende gesprekken van een preventiewerker met de jongere. De gesprekken richten zich op minderen of stoppen met middelengebruik, of bij ernstig gebruik op het stimuleren van de motivatie van de jongere tot aanmelding voor behandeling bij de instelling.

Bij sommige instellingen heeft het spreekuur ook een inloopmogelijkheid, waar jongeren en andere belangstellenden (bijvoorbeeld ouders) zonder afspraak binnen kunnen lopen voor vragen of advies. Andere organisaties ontvangen bezoekers alleen op afspraak. Om contactmomenten laagdrempelig en toegankelijk te maken, worden ze doorgaans op locatie gehouden, bijvoorbeeld op scholen of in jongerencentra. Jongeren komen bij de gesprekken terecht via ouders, vrienden, docenten of na observatie van de preventiewerker zelf. De preventiewerker die de gesprekken uitvoert, is getraind in kennis over middelengebruik en motiverende gesprekstechnieken. Daarnaast wordt in de setting school de docenten ook vaak een training aangeboden in het herkennen van riskant middelengebruik.

Een aantal instellingen sluit convenanten af met scholen, waarin wordt vastgelegd welk beleid de school voert op genotmiddelengebruik. Dit structureert de samenwerking tussen school en instelling en legitimeert het handelen van beide partijen, wat met name van belang is richting ouders. Uit ervaringen van verschillende instellingen blijkt dat een contactmoment meer waarde heeft wanneer het geïmplementeerd is in het beleid van de school en uitgevoerd wordt door een vaste preventiewerker. Dit geeft de aanwezigheid van de verslavingszorg een gezicht binnen de school, zowel voor leerkrachten, leerlingen en ouders. Een vast aanspreekpunt bevordert de continuïteit, wekt vertrouwen en neemt de lading weg die de termen 'GGZ' en 'verslavingszorg' oproepen.

### **Motiverende gespreksvoering**

Motiverende gespreksvoering wordt in het protocol als gesprekstechniek aanbevolen tijdens preventieve contactmomenten, vanwege de bewezen effectiviteit en de aanbeveling in de Multidisciplinaire Richtlijn om deze interventie in te zetten bij problematisch alcoholgebruik (Geurtsen & Van de Glind 2009).

### **Toelichting**

Jongeren die gesignaleerd worden als mogelijk problematische alcoholgebruikers zullen vaak niet direct gemotiveerd zijn om hier met een professional over in gesprek te gaan en hun gedrag te veranderen. Door middel van motiverende gesprekstechnieken kan deze motivatie versterkt worden.

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivatie tot gedragsverandering. De gesprekstijl wordt toegepast om mensen bewust te maken van hun drinkgedrag en aan te zetten tot vermindering van de alcoholconsumptie. De techniek wordt met name aangeraden bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering. Het is een cliëntgerichte en directieve methode, waarbij de zorgen en belangen van de cliënt centraal staan en er op een doelbewuste manier aangestuurd wordt op het oplossen van ambivalentie. Uitgangspunt bij de gesprekken zijn de aanwezige competenties van de jongere (Miller & Rollnick 2002).

Naast de toepassing als gesprekstijl wordt motiverende gespreksvoering ook toegepast als basis voor (kortdurende) interventies. Deze interventies bevatten daarnaast vaak ook andere cognitief-therapeutische of psycho-educatieve elementen (Geurtsen & Van de Glind 2009).

Motiverende gespreksvoering is effectief gebleken in het reduceren van het alcoholgebruik van (jonge) probleemdrinkers (Burke et al. 2003; Miller & Willbourne 2002; Moyer et al. 2002; Rubak et al. 2005; Schaus et al. 2009; Vasilaki et al. 2006). Ook geldt dat motiverende gespreksvoering effectiever is dan geen interventie en even effectief als een intensievere behandeling. Dit is aangetoond in verschillende meta-analyses (Burke et al. 2002; Miller & Willbourne 2002; Moyer et al. 2002; Rubak et al. 2005; Vasilaki et al. 2006). De onderzoeken uit de meta-analyses werden met name uitgevoerd in de verslavingszorg en daarnaast ook in algemene ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. Naast alcoholgebruik zijn de effecten van motiverende gespreksvoering bekeken voor diabetes, astma, stoppen met roken en gewichtsbeheersing.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat motiverende gespreksvoering voorafgaand aan een klinische behandeling bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling (Bien et al. 1993; Brown & Miller 1993). Een review in opdracht van het programma Resultaten Scoren concludeert dat motiverende gespreksvoering aanbevolen kan worden als eerste screening bij hoogrisico groepen, om hen te bewegen in behandeling te komen en therapietrouw te stimuleren (Smit et al. 2007).

De methode kan ongeacht de ernst van de afhankelijkheid toegepast worden bij alle vormen van problematisch alcoholgebruik, aangezien de mate van afhankelijkheid geen invloed heeft op de grootte van het effect (Burke et al. 2003). De resultaten lijken beter te zijn wanneer de gesprekken worden gevoerd door hoger opgeleide professionals (Rubak et al. 2005), maar het succes van de interventie wordt mede bepaald door de mate van oefening en ervaring in het toepassen van de methode. Uit onderzoek naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering op de alcoholconsumptie van mensen die op de eerste hulp van een ziekenhuis belanden, blijkt dat er meer succes bereikt wordt wanneer de contacten volgens de algemene principes van motiverende gespreksvoering verlopen en de preventiewerker hier consistent in is, dan wanneer in een gesprek regelmatig specifieke gesprekstechnieken toegepast worden (Gaume et al. 2009). Daarnaast wordt aanbevolen om de gesprekken te laten voeren door personen die over een 'natuurlijke competentie' beschikken om de principes van motiverende gespreksvoering te kunnen aanwenden tijdens contacten met mensen die onverantwoord alcohol drinken. Ook ervaringen van verslavingszorginstellingen met jongeren bevestigen het beeld dat het vermogen om een band met de jongere op te kunnen bouwen even belangrijk is als het kennen en kunnen toepassen van de specifieke gesprekstechnieken. Hiervoor zijn andere competenties belangrijk dan alleen het scholingsniveau van de preventiewerker.

De effectiviteit van kortdurende interventies in het minderen of stoppen van alcoholgebruik is bewezen voor personen die uit eigen initiatief behandeling zoeken, maar ook voor degenen die op hun alcoholgebruik worden aangesproken zonder dat dit de reden was voor het contact (Moyer et al. 2002). De Multidisciplinaire Richtlijn beveelt dan ook aan om iedere persoon met alcoholproblematiek ten minste een kortdurende interventie aan te bieden.

---

## **Literatuur**

- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 00 (6), 742-750.
- Boelema S, Ter Bogt T, Van den Eijnden R, Verdurmen J (2009). *Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen*. Utrecht: Trimbos Instituut en Universiteit Utrecht.
- Boudewijnse HB, Van Lokven E, Oskam E (kernredactie) (2005). *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, deel A*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Bovens R (2009). *Checklist Haltafdoening Alcohol*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Brown JM, Miller WR (1993). Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviours* 7 (4), 211-218.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (5), 843-861.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.

- Duine TJ, Bos GJ (2009). *Preventie van problematisch alcoholgebruik*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Frank D, DeBenedetti A, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan, DR, Bradley KA (2008). Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *Journal of General Internal Medicine* 23 (6), 781-787.
- Gaume G, Gmel G, Faouzi M (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, 151-159.
- Geurtsen M, Van de Glind G (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol*. Utrecht: CBO en Trimbos Instituut.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism* 37 (6), 591-596.
- Ivens Y (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Jansen H, Snoek A (2007). *Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Bukstein OG, Cornelius JR (2009). Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-item scale. *Addictive Behaviors* 34, 668-674.
- Koning IM, Vollebergh WAM, Smit F, Verdurmen JEE, Van den Eijnden RJJM, Ter Bogt TFM, Stattin H, Engels RCME (2009). Preventing Heavy Alcohol Use in Adolescents (PAS): Cluster Randomized Trial of a Parent and Student Intervention offered Separately and Simultaneously. *Addiction* 104, 1669-1678.
- Matthys W, Vanderschuren LJM, Nordquist, RE, Zonneville-Bender MJS (2006). *Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen*. Den Haag: ZonMw Programma Verslaving.
- Miller WR, Rollnick S (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Miller RM, Willbourne PL (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 97, 265-277.
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P (2002). Brief interventions for alcohol problems. *Addiction* 97, 279-292.
- Mulder J, Bovens R, Franken F, Sannen A (2013). *Proces in uitvoering. Een zoektocht naar de operationalisatie van cruciale procesfactoren in de uitvoering van regionale alcoholprojecten*. Utrecht: STAP, Trimbos instituut.
- NJi (2008). *Referentiemodel Kwaliteit van het Zorg- en Advies Team in het Voortgezet Onderwijs*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut, Onderwijs & Jeugdzorg / LCOJ.
- Reinert DF, Allen JP (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31 (2), 185-199.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55, 305-312.
- Saunders JB, Aasland OG (1987). *WHO Collaborative Project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on phase I: development of a screening instrument*. Geneva: World Health Organization.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor FT, De La Fuente JR, Grant M (1993). The development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 88 (6), 791-804.
- Schaus JF, Sole ML, McCoy TP, Mullett N, O'Brien MC (2009). Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: A randomized controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Suppl* 16, 131-141.
- Schrijvers CTM, Schoemaker CG (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Bolier L (2007). *Jongeren en verslaving. De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Snoek A, Wits E, Van de Mheen D (2010). *Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren*. Rotterdam: IVO; Amersfoort/Resultaten Scoren.
- Valkenberg H, Van der Lely N, Brugmans M (2007). *Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie*. Medisch Contact Online, 17 augustus 2007.
- Van der Lely N, De Visser MDC (2009). *Protocol 'project ter voorkoming van alcohol schade'*. Delft: Reinier de Graaf Groep.
- Van der Vorst H (2007). *The key to the cellar door. The role of the family in adolescents' alcohol use [Thesis]*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Van Dijck D, Knibbe RA (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Van Laar MW, Cruts AAN., Van Ooyen-Houben MMJ, Meijer RF, Croes EA, & Ketelaars APM (2012). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking. A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 41 (3), 328-335.
- Verdurmen J, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Lokman S, Vermeulen-Smit E, & Vollebergh W (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos - instituut.
- Verstuyf, G (2007). *Dossier Vroeginterventie*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- White AM, Truesdale MC, Bae JG, Ahmad S, Wilson W, Best P et al. (2002). Differential effects of ethanol on motor coordination in adolescent and adult rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 73, 673-677.
- Zinberg NE (1984). *Drug, Set, and Setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven/London: Yale University Press.



## Bijlage 2

# Methode van protocolontwikkeling

Als leidraad bij de ontwikkeling van dit protocol is gebruik gemaakt van het Masterprotocol Resultaten Scoren (Jansen & Snoek 2007). Deze methode voor het ontwikkelen van protocollen en interventies probeert een brug te slaan tussen theorie en praktijk, door bij het ontwikkelen van het protocol zowel oog te hebben voor evidentie uit de wetenschappelijke literatuur, als best practices en voorkeuren van de intermediaire doelgroep (professionals) en de uiteindelijke doelgroep (jongeren). Hierbij worden ook al belangrijke stappen voor implementatie gezet.

De protocolontwikkeling in 2010 werd opgebouwd uit de inbreng van deskundigen, een beknopt literatuuronderzoek, individuele interviews met professionals, en groepsdiscussies met professionals en jongeren. In 2013 is het protocol herzien op basis van evaluaties van 5 pilotprojecten in gemeenten waar het protocol is toegepast. Tevens is in 2013 het protocol aangepast aan de herziende adviezen voor alcoholgebruik door jongeren van het Trimbos instituut. De onderdelen worden hieronder kort toegelicht.

### Consultatie deskundigen

Voor een inventarisatie van reeds succesvol toegepaste screeningsinstrumenten, best practicemethoden en richtlijnen voor vroegsignalering en interventies zijn verschillende deskundigen uit de verslavingszorg en GGZ geraadpleegd. Er is een expertmeeting georganiseerd en een belronde gehouden, waarbij deskundigen van verschillende relevante instellingen zijn gesproken.

#### Expertmeeting

Als eerste aanzet voor de inventarisatie heeft de werkgroep Jongeren van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) een expertmeeting opgezet. Doel van deze expertmeeting was het verkrijgen van inzicht in interventies die geschikt zijn voor toepassing en opname in het protocol, en in bevorderende en belemmerende factoren bij reeds bestaande interventies.

Voor deze bijeenkomst zijn experts uitgenodigd om een presentatie te geven over succesvolle initiatieven ('good practices') die zij vanuit hun instelling op het gebied van vroegsignalering en behandeling van alcoholproblematiek bij jongeren hebben ontwikkeld.

De volgende personen en instellingen hebben deelgenomen aan de expertmeeting:

- Koen Burgerhout, Bouman GGZ
- Leo Clarijs, Brijder Verslavingszorg
- Hans Dupont, Mondriaan
- Anita Oliemans, JellinekMentrum
- Mireille Visser, Reinier de Graaf Groep

#### Belronde

Instellingen die niet bij de expertmeeting aanwezig waren, is tijdens een kort telefonisch gesprek gevraagd hoe zij omgaan met vroegsignaleren en eventueel behandelen van alcoholproblematiek bij jongeren, en van welke screeners (korte vragenlijsten t.b.v. vroegsignalering) en/of interventies zij hierbij gebruik maken. Hiermee is een verdere terreinverkenning en knelpuntenanalyse uitgevoerd naar de screeners en interventies die binnen de betreffende organisaties worden toegepast. Er is gesproken met medewerkers die over de meest relevante kennis en ervaring beschikken en zicht hebben op, of een rol hebben in de uiteindelijke toepassing van het protocol.

Tijdens deze belronde is met de volgende instellingen en organisaties contact gelegd:

- IrisZorg
- Tactus Verslavingszorg
- GGZ Noord- en Midden Limburg
- Jellinek Gooi en Vechtstreek
- Centrum Maliebaan
- Parnassia Bavo Groep
- Indigo Zeeland
- Verslavingszorg Noord Nederland
- Stichting Jong Rotterdam

Er is tevens geïnventariseerd of het protocol naast de settings school en vrije tijd kon aansluiten bij de setting jeugdhulpverlening. Hiervoor zijn Bureau Jeugdzorg en het Centrum voor Jeugd en Gezin benaderd. Beide organisaties bleken echter niet te beschikken over bestaande best practices op het gebied van vroegsignalering en behandeling van alcoholproblematiek bij jongeren. Om deze reden is besloten het protocol niet op deze setting toe te spitsen.

### Literatuuronderzoek

Naast de, deels practice based, informatie uit de expertmeeting is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur voor de onderbouwing van het protocol. Op basis van beknopt literatuuronderzoek is nagegaan welk screeningsinstrument het meest geschikt is voor vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren, en welke korte interventies beschikbaar zijn. Hierbij is voornamelijk gekeken naar de mogelijkheden van motiverende gespreksvoering.

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd met een praktijkgerichte focus en is geen volledige update van screeningsinstrumenten en interventies. Er is gezocht naar literatuur over screeners die nu al worden gebruikt in de praktijk en er is gebruik gemaakt van bestaande overzichtsstudies, met name de recent verschenen Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (Geurtsen & Van de Glind 2009).

---

## Afstemming met de praktijk

Na de inventarisatie bij experts en in de literatuur is het perspectief van de intermediaire doelgroep (de professionals) belicht en extra aandacht besteed aan de benaderingswijze richting de uiteindelijke doelgroep (de jongeren) die in het protocol wordt gehanteerd.

### **Professionals**

Professionals die via school of in de vrije tijd van jongeren met hen in contact komen, vormen de intermediaire doelgroep van het protocol. Per setting zijn twee instellingen uitgenodigd om mee te denken over de inhoud en werkwijze van het protocol. In iedere setting is één instelling intensief betrokken, wiens werkwijze de basis voor het protocol vormt. Daarnaast leest per setting één instelling op basis van eigen ervaringen en expertise mee en commentarieert de protocolontwikkeling. De instellingen zijn gekozen op basis van de inventarisatie van screeningsinstrumenten en initiatieven die reeds in de praktijk worden toegepast.

De betreffende instellingen is gevraagd een contactpersoon aan te wijzen. De contactpersonen hebben gedurende de projectperiode deelgenomen aan de projectgroep, waarin ook de onderzoeker en projectleider van het IVO plaats hebben.

Bij alle instellingen hebben verschillende sleutelfiguren (bij voorkeur één leidinggevende en twee uitvoerenden) de conceptversies van het protocol gelezen, commentarieerd en aangevuld. Met de intensief betrokken instellingen is de feedback tijdens een overleg met de sleutelfiguren besproken. De instellingen die meegelezen, hebben hun opmerkingen per email doorgegeven. Waar nodig is aan medewerkers van alle instellingen telefonisch om extra toelichting gevraagd. Tijdens de overleggen met instellingen is gesproken over de werkbaarheid van het protocol in de praktijk. Ook is het bespreekbaar maken van vroegsignalering van probleemdrinken binnen de settings school en vrije tijd aan bod gekomen. Zo kunnen bijvoorbeeld scholen terughoudend zijn in het voeren van een alcoholbeleid omdat dit hen een slechte naam kan geven.

Na de feedbackrondes hebben de contactpersonen van de deelnemende instellingen een vergadering van de projectgroep bijgewoond, waarin de geldigheid van het aangepaste protocol in een gezamenlijk overleg met de toekomstige uitvoerders is besproken.

### **Jongeren**

In een groepsinterview met zogenoemde 'peer educators' van Jellinek verslavingszorg zijn de benaderingswijze en wijze van motiveren van jongeren zoals deze in het protocol zijn opgenomen, besproken. Op basis van de suggesties en ervaringen van de peer educators is het protocol verder aangescherpt.

De peer educators zijn onderdeel van het CIA project (Cannabis Intelligence Amsterdam), waarin jongeren getraind worden om in hun eigen taal aan andere jongeren voorlichting te geven. Er is gekozen voor een groepsinterview met CIA peers omdat de doelen, doelgroep, werkzaamheden en settings van

het CIA project grotendeels overeenkomen met die van het onderhavige protocol. De einddoelgroep van CIA bestaat uit (allochtone) jongeren van 12 tot 23 jaar die op recreatieve of riskante wijze alcohol en/of softdrugs gebruiken. Doelstellingen van het CIA project zijn de jongeren kritisch laten kijken naar hun eigen gebruik, het bevorderen van verantwoord gebruik, vroegerherkenning van problematisch gebruik en het verlagen van de toegang tot (zelf) hulp. De settings waarin de peers van CIA werken lopen uiteen van onderwijsopvang en speciaal onderwijs naar jongerenwerk, jeugdhulpverlening en jeugd detentie. Onder de vlag van De Gezonde School en Genotmiddelen geven de peers ook voorlichting aan jongeren op het voortgezet onderwijs.

De peers hebben zelf ervaring met alcohol en/of softdrugs of gebruiken niet (meer) en kunnen vanwege hun leeftijd en achtergrond goed contact maken met de doelgroep. Gezien de Amsterdamse doelpopulatie heeft het merendeel van de peergroep een niet-Nederlandse afkomst. Tijdens hun werkzaamheden worden de peers begeleidt door een coach.

Het groepsinterview is bijgewoond door acht peers in de leeftijd van 20 t/m 27 jaar, inclusief drie vrouwelijke peers en drie peer coaches. De peers zijn van verschillende afkomst, namelijk Surinaams, Turks, Antilliaans en Afrikaans. Naast hun werkzaamheden voor CIA zijn de peers bezig met een opleiding of actief in een betaalde baan, waarbij een aantal peers ook via hun werk met jongeren in contact komt.

---

## Evaluaties van pilotprojecten

Tussen 2010 en 2014 is het protocol in een aantal regio's geïmplementeerd als pilot (Zuid-Holland Zuid, Hardenberg, Noord-Oost Brabant, Noord- en midden Limburg, Zeeuws-Vlaanderen). Op basis van onafhankelijke procesevaluaties en interviews met alle projectleiders van de pilots zijn er aanpassingen gemaakt in het protocol die in de tweede versie van het protocol doorgevoerd zijn. De aanpassingen zitten door het hele protocol heen. Daarnaast is hoofdstuk 3 met praktische aanbevelingen bij implementatie naar aanleiding van de pilotprojecten bijgevoegd.

## Bijlage 3 Zorgstructuur voortgezet onderwijs

Onderstaand is een beschrijving opgenomen van de zorgstructuur op VO-scholen, afkomstig uit het 'Referentiemodel Kwaliteit van het Zorg en Advies Team in het Voortgezet Onderwijs' (NJI 2008). Het signaleren van problematisch alcoholgebruik kan elk van de verschillende stappen aan de orde komen.

### Schoolinterne leerlingenzorg

Alvorens een leerling bij het ZAT wordt aangemeld zijn er binnen de schoolinterne zorgstructuur meestal een aantal stappen genomen:

- De leerkracht signaleert iets ('vroegsignalering'), maar kan dit zelf of samen met de mentor oplossen of aanpakken. Indien niet:
- De leerkracht of mentor betreft de zorgcoördinator erbij; de leerling wordt besproken in een collegiaal consult, en de leerkracht of mentor kan met de leerling verder. Indien niet:
- De leerling wordt besproken in een periodiek overleg, vaak omschreven als zorgoverleg of intern zorgteam waarin leerlingen worden besproken waarover meerdere betrokkenen zich zorgen maken. In dat overleg, onder leiding van de zorgcoördinator of van de leidinggevende, bespreekt men door de mentoren aangemelde leerlingen, stelt gezamenlijk een aanpak vast, en spreekt men af wie welke acties onderneemt. Het gaat hierbij om de georganiseerde bespreking van problemen waarbij in gezamenlijk overleg, ook met de ouders, hulp en begeleiding ingezet kan worden, aanvullend op het handelen van de mentor. Ten behoeve van dat intern zorgoverleg zijn meestal enkele van de volgende functionarissen beschikbaar: zorgcoördinator, leerlingbegeleiders, schoolmaatschappelijk werker, een intern beschikbare orthopedagoog of psycholoog. Ook worden de ouders bij het overleg betrokken. Zo nodig wordt de leerling besproken in een bilateraal consult met een externe zorgpartner.
- Bij meer complexe vragen en vermoedens van complexe problemen wordt de leerling vanuit het interne zorgoverleg aangemeld bij en besproken in het ZAT.

## Bijlage 4 Contactgegevens regionale instellingen voor GGZ/verslavingszorg

Organisatie	Afdeling en/of locatie	Adres	Post-code	Plaats	Telefoon	E-mail
<b>Zuid-Holland</b>						
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Brijder Leefstijl Rotterdam	Carnissensingel 51	3083 JA	Rotterdam	088-3582250	
<b>Bouman GGZ Preventie</b>	Locatie Rotterdam, hoofdvestiging Preventie	Pieter de Hoochweg 14	3024 BH	Rotterdam	088-2305000	preventie@boumanggz.nl jeugdhelpdesk@boumanggz.nl
<b>Bouman GGZ Preventie</b>	Locatie Spijkenisse	Thorbeckelaan 63	3201 WJ	Spijkenisse	088-2302901	
<b>Bouman GGZ Preventie</b>	Locatie Dordrecht	Kuipershaven 40	3311 AL	Dordrecht	088-2302800	
<b>Bouman GGZ</b>	Hoofdkantoor	Max Euwelaan 1	3062 MA	Rotterdam	088-2303300	info@boumanggz.nl
<b>Youz</b>	Locatie Eendrachtssplein	Eendrachtssplein 12	3012 LA	Rotterdam	088-2303030	info@youz.nl
<b>Youz</b>	Locatie Maasstadweg	Maasstadweg 43	3079 DZ	Rotterdam	088-2303030	info@youz.nl
<b>Youz</b>	Locatie Thorbeckelaan	Thorbeckelaan 63	3201 WJ	Spijkenisse	088-2303030	info@youz.nl
<b>Noord-Holland</b>						
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Directie en Stafdiensten	Richard Holkade 20	2033 PZ	Haarlem	088-3582020	communicatie@brijder.nl
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Verslavings-kliniek, Preventie	Kees Boekestraat 20	1817 EZ	Alkmaar	088-3582260	
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Jeugd Preventie	Spaarne 106	2011 CM	Haarlem	088-3583880	
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Indicatiestelling & behandeling Sociale verslavingszorg	Spaarnepoort 1	2134 TM	Hoofddorp	023-8903700	
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Indicatiestelling & behandeling Inleverpunt uitgaansdrugs	Helderseweg 8a	1815 AB	Alkmaar	088-3583434	
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	Jeugd	Graan voor Visch 14302	2132 VJ	Hoofddorp	088-3582940	
<b>Jellinek</b>	Preventie	2e Constantijn Huygensstraat 39-I	1054 CP	Amsterdam	020-5901330	

Zeeland						
<b>Emergis</b>	Locatie Oosterscheldegebied	Oostmolenweg 101	4481 PM	Kloetinge (gem. Goes)	0113-267 950	
<b>Emergis</b>	Locatie Walcheren	Vlissingesingel 16-18	4335 GA	Middelburg	0118-625113	info@indigolnzeeland.nl
<b>Emergis</b>	Locatie Zeeuws-Vlaanderen	De Jongestraat 3	4531 GL	Terneuzen	0115-621342	
Friesland						
<b>Verlavingszorg Noord Nederland</b>	Management, Preventie, Hulpverlening	Oostergoweg 6	8932 PG	Leeuwarden	058-2847647	preventie-friesland@vnn.nl
Groningen						
<b>Verlavingszorg Noord Nederland</b>	Preventie	Leonard Springerlaan 27	9727 KB	Groningen	050-3648900	
<b>Verlavingszorg Noord Nederland</b>	Hoofdkantoor	Leonard Springerlaan 27	9727 KB	Groningen	050-3648900	preventie-groningen@vnn.nl
Drenthe						
<b>Verlavingszorg Noord Nederland</b>	Management, Preventie, Hulpverlening, Reclassering	Overcingellaan 19	9401 LA	Assen	0592-306666	preventie-drenthe@vnn.nl
Overijssel						
<b>Tactus Verlavingszorg</b>	Bureau Zwolle	Dr. Stoltweg 58	8025 AX	Zwolle	088-3822887	
<b>Tactus Verlavingszorg</b>	Hoofdkantoor Tactus	Keulenstraat 3	7418 ET	Deventer	0570-500115	
<b>Tactus Verlavingszorg</b>	Locatie Brink, Preventie	Brink 40	7411 BT	Deventer	088-3822887	
Flevoland						
<b>Tactus Verlavingszorg</b>	Locatie Randstad, Preventie en Reclassering	Randstad 22183	1316 BM	Almere	088-3822887	
Gelderland						
<b>Irizzorg</b>	Preventie en Monitoring	Kronenburgsingel 545-547	6831 GM	Arnhem	088-6061610	
<b>Irizzorg</b>	Hoofdvestiging	Kronenburgsingel 545-547	6831 GM	Arnhem	088-6061610	info@irizzorg.nl

Utrecht						
<b>Victas</b>	Team Preventie	A.B.C.-straat 5	3512 PX	Utrecht	088-1616200	preventie@victas.nl
Noord Brabant						
<b>Novadic-Kentron</b>	Hoofdlocatie	Hogedwarsstraat 3	5261 LX	Vught	073-6849500	
<b>Novadic-Kentron</b>	Preventie, Voorlichting en Advies	Verlengde Poolseweg 2	4818 CL	Breda	076-5236330	preventie@novadic-kentron.nl
Limburg						
<b>Mondriaan Zorggroep</b>	Bezoekadres Parkstad	John F. Kennedylaan 301	6419 XZ	Heerlen	045-5736262	info@mondriaan.eu
<b>Mondriaan Zorggroep</b>	Bezoekadres Maastricht	Vijverdalseweg 1	6226 NB	Maastricht	043-3685470	
<b>Mondriaan Zorggroep</b>	Preventie Kinderen en Jeugdigen	Kloosterkensweg 8	6419 PJ	Heerlen	045-5736150	secretariaat.kj@mondriaan.eu
<b>Mondriaan Zorggroep</b>	Preventie Verlavingszorg	Vijverweg 28	6133 AR	Sittard	046-4571060	preventie.vz@mondriaan.eu
<b>Vincent van Gogh</b>	Regio Roermond	Laurentiusplein 10	6043 CS	Roermond	0475-319747	verlavingszorgroermond@vvgi.nl
<b>Vincent van Gogh</b>	Regio Venlo	Vierpaardjes 80	5915 XZ	Venlo	077-3548200	verlavingszorgvenlo@vvgi.nl

## Bijlage 5

# DSM-5 criteria voor stoornis in het alcoholgebruik

De vijfde editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is een Amerikaans handboek voor het diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. Het handboek werkt volgens een classificatiesysteem. Hieronder wordt de classificatie van 'alcohol use disorder' ofwel alcoholverslaving zoals beschreven in het handboek weergegeven. De Nederlandse vertaling van het handboek verschijnt in 2014.

A problematic pattern of alcohol use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by at least two of the following, occurring within a 12-month period:	
<b>1</b>	Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.
<b>2</b>	There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use.
<b>3</b>	A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects.
<b>4</b>	Craving, or a strong desire or urge to use alcohol.
<b>5</b>	Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home.
<b>6</b>	Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of alcohol.
<b>7</b>	Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use.
<b>8</b>	Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous.
<b>9</b>	Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by alcohol.
<b>10</b>	Tolerance, as defined by either of the following: <b>a</b> A need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desired effect. <b>b</b> A markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol.
<b>11</b>	Withdrawal, as manifested by either of the following: <b>a</b> The characteristic withdrawal syndrome for alcohol. <b>b</b> Alcohol (or a closely related substance, such as a benzodiazepine) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mild disorder: Presence of 2-3 symptoms.</li> <li>Moderate disorder: Presence of 4-5 symptoms.</li> <li>Severe disorder: Presence of 6 or more symptoms</li> </ul>	

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2013)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

## Bijlage 6

# AUDIT

Nr	Vragen/score	0	1	2	3	4
<b>1</b>	Hoe vaak drinkt u alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2-4 keer per maand	2-3 keer per week	4 keer of vaker per week
<b>2</b>	Hoeveel drinkt u op een typische dag dat u alcohol gebruikt?	1-2 glazen	3-4 glazen	5-6 glazen	7-9 glazen	10 of meer glazen
<b>3</b>	Hoe vaak drinkt u meer dan zes glazen per gelegenheid?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
<b>4</b>	Hoe vaak had u het afgelopen jaar het gevoel dat u, zodra u begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
<b>5</b>	Hoe vaak bent u er, door uw drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat er normaal van u verwacht werd?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
<b>6</b>	Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om uzelf er weer bovenop te helpen na een sessie met overmatig drankgebruik?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
<b>7</b>	Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat u gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
<b>8</b>	Hoe vaak kon u zich het afgelopen jaar gebeurtenissen van de dag ervoor niet herinneren omdat u gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks
		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>		
<b>9</b>	Heeft u uzelf of iemand anders ooit verwond als gevolg van uw alcoholgebruik?	Nee	Ja, maar niet in het afgelopen jaar	Ja, in het afgelopen jaar		
<b>10</b>	Heeft een familielid, vriend of een dokter of andere hulpverlener in de gezondheidszorg zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik en u aangeraden minder te drinken?	Nee	Ja, maar niet in het afgelopen jaar	Ja, in het afgelopen jaar		



