

VROEGSIGNALERING

RICHTLIJN

VROEGSIGNALERING MIDDELENMISBRUIK OF -AFHANKELIJKHEID BIJ JONGEREN

RESULTATEN
➔ SCOREN
KENNISCENTRUM VERSLAVING

VROEGSIGNALERING

RICHTLIJN

VROEGSIGNALERING MIDDELENMISBRUIK OF -AFHANKELIJKHEID BIJ JONGEREN

Anke Snoek, Elske Wits, Dike van de Mheen i.s.m. Gloria Wilbers

IVO, september 2010

Voorwoord

Middelenmisbruik en afhankelijkheid komen onder de bevolking betrekkelijk veel voor, vooral tabaksverslaving en alcoholmisbruik. Daarnaast is een relatief kleine groep verslaafd aan drugs zoals heroïne of cocaïne. Cannabis is de meest gebruikte illegale drug onder jonge mensen. Bij deze groep is er een grotere kans op psychopathologie en het risico van cannabisafhankelijkheid is aanwezig. Andere moderne en meer leefstijl gebonden drugs zijn XTC en GHB; GHB is een riskant middel dat in toenemende mate geleid heeft tot ziekenhuisopnames en stijging van GHB verslaafden.

Middelenmisbruik is bij jongeren en jongvolwassenen (leeftijd tussen 12 – 23 jaar) veel eerder riskant dan bij volwassenen, omdat zij zowel lichamelijk als psychisch in een kwetsbare fase zitten. Het blijkt dat jongeren sneller afhankelijk raken dan volwassenen. Ook kan bijvoorbeeld alcoholgebruik remmend werken op de ontwikkeling van belangrijke vaardigheden die in de puberteit worden gevormd, zoals impulscontrole.

Er is in de praktijk nog maar weinig samenhang in de aanpak van verslavingsproblemen onder jongeren. Een groot probleem is dat verslavingsproblematiek in de (jeugd)ketens van zorg, opvoeding en justitie vaak niet, (te) laat, onvoldoende of niet in nauwe relatie met andere problemen wordt onderkend en adequaat aangepakt.

Daarom heeft Resultaten Scoren, het kwaliteitsprogramma van de verslavingszorg, het initiatief genomen om een richtlijn te (laten) ontwikkelen op het gebied van vroegsignalering.

Het doel van vroegsignalering is om problemen met middelen zo vroeg mogelijk op te sporen en in te grijpen. De gouden regel is hier "hoe eerder misbruik/verslaving wordt onderkend, des te gunstiger de kans op herstel is (mits de juiste interventies worden uitgevoerd)". Van hulpverleners en andere sleutelfiguren die met jongeren werken vraagt dat om de beheersing van een aantal "competenties":

- Goede basiskennis over psychoactieve middelen en beloop van misbruik en verslaving
- Een attente, onbevooroordeelde attitude tegenover jongeren met verslavingsproblemen (misbruik of afhankelijkheid)
- In staat zijn methoden van vroegsignalering toe te passen
- In staat zijn jonge cliënten te motiveren voor verandering: behandeling en verwijzingen

Deze publicatie beschrijft hoe vroegsignalering in z'n werk gaat. Voorafgaand aan vroegsignalering is informatie nodig van alle bij de jongere betrokken organisaties en personen. Samenwerking op dit punt in de ketens van jeugdzorg, opvoeding & onderwijs (Centra voor Jeugd en Gezin, school), veiligheidshuis en het jongerenloket is essentieel. Stappen die in dit opzicht van belang zijn: keuze van de specifieke doelgroep, analyse van de geldende norm voor gebruik (onder de 16 jaar is elk gebruik problematisch), problemen met middelen in kaart brengen door middel van een screener, motivatie voor verandering in gang zetten, etc.

Er zijn recent meer publicaties op het terrein van vroegsignalering en (vroeg)interventie uitgebracht. Het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) publiceerde onlangs een protocol voor signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij jongeren (Risselada & Schoenmakers, 2010). Bij de totstandkoming van deze richtlijn en het PVA-protocol heeft onderlinge afstemming plaatsgevonden.

Preventie & vroegsignalering is van belang om persoonlijke en sociale schade van problematisch gebruik van middelen te voorkomen of te verhelpen. Daar biedt deze richtlijn uitstekende handvatten en adviezen voor die in de praktijk zijn getoetst. Bovendien bevat de richtlijn aanwijzingen voor implementatie. Ik wil daarom deze publicatie, een belangrijke bouwsteen op gebied van preventie, van harte een goede toepassing in het veld toewensen.

Amersfoort, oktober 2010
Martinus Stollenga,
Voorzitter stuurgroep Resultaten Scoren

Inhoudsopgave

Richtlijn

Samenwerking.....	6
Samenvatting.....	7

Deel I. Achtergrond en doel van de richtlijn.....

Aanleiding en doelstelling.....	12
Methode.....	12
Definities.....	13
Wie behoort tot de doelgroep van de richtlijn?.....	13
Wat is verschil tussen protocol en richtlijn?	14
Wat is riskant middelengebruik?.....	14
1. Hoeveelheid.....	15
2. DSM-IV criteria.....	15
3. De driehoek van Zinberg (1984).....	16
Conclusie.....	16

Deel II. Inhoud van de richtlijn.....

Inleiding: opzet richtlijn, leeswijzer	18
--	----

Fase 1. Oriënteren, inventariseren en afbakenen.....

1. Bepaal een doelgroep.....	20
1.1. Bepaal een doelgroep.....	20
1.2. Maak een analyse van de problematiek en de knelpunten bij de zorg aan deze doelgroep.....	22
1.3. Bepaal een meetbaar effect van de vroegsignalering.....	23
1.4. Evalueer de uitgangspunten (doelgroep, doel) periodiek.....	23
2. Inventariseer de betrokken partijen en keteninitiatieven.....	23
2.1. Inventariseer de betrokken partijen	23
2.2. Inventariseer de bestaande keteninitiatieven rondom de doelgroep.....	27
3. Maak een krachtenveldanalyse van de betrokken partijen.....	28
3.1. Maak een analyse van de geldende norm rondom middelengebruik	29
3.2. Inventariseer de startpositie van de verschillende partijen	29
3.3. Inventariseer de belangen van de verschillende partijen	29
3.4. Bepaal of kan worden aangesloten bij bestaande keteninitiatieven	30

Fase 2. Opstarten vroegsignalering.....

Optie 1: Aansluiten bij bestaande ketensamenwerking

1. Bepaal de mate van aandacht voor middelenproblematiek in de keteninitiatieven	33
2. Randvoorwaarden	33
2.1. Inventariseer de randvoorwaarden en afspraken van de bestaande keteninitiatieven..	33
2.2. Bepaal de aansluiting met deze eisen.....	35
3. Introduceer (een intensievere aandacht voor) middelenproblematiek in de keten..	35
3.1. Creëer steun voor de vroegsignalering van middelenproblematiek in de keteninitiatieven	35

3.2.	Probeer bij de partners draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm	35
3.3.	Bepaal doelen van de samenwerking en evalueer deze periodiek	35
4.	Screening.....	37
4.1.	Inventariseer de gebruikte screeningsinstrumenten in de keteninitiatieven.....	37
4.2.	Train medewerkers in de screener	38
4.3.	Implementeer de screener in de relevante ketens.....	38
4.4.	Evalueer de screener	39
5.	Kies de juiste methodieken voor signaleren en motiveren.....	39
5.1.	Bepaal de rol van externe professionals	39
5.2.	Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden.....	40
5.3.	Inventariseer of verslavingszorgmedewerkers getraind moeten worden	41
5.4.	Inventariseer of er protocollen beschikbaar zijn waarin methodieken beschreven staan.....	41
5.5.	Train de methodieken.....	42
5.6.	Implementeer de methodieken en stationeer eventueel medewerker(s) extern.....	42
5.7.	Evalueer de resultaten van de methodieken of samenwerking periodiek.....	42
6.	Bepaal de vervolgstappen in de behandeling.....	42
	Optie 2: Opzetten van een nieuwe keten voor de doelgroep.....	43
1.	Bepaal de ketenpartners en de randvoorwaarden van samenwerking.....	43
1.1.	Start de samenwerking.....	44
1.2.	Zorg voor waarborging van de randvoorwaarden.....	45
1.3.	Implementatie.....	49
1.4.	Maak de samenwerking zichtbaar zowel op management- als op uitvoerend niveau..	49
1.5.	Evalueer de samenwerking op strategisch niveau periodiek.....	49
2.	Bepaal een screeningsinstrument.....	50
2.1.	Kies een screener.....	50
2.2.	Train medewerkers in de screeningsinstrumenten.....	54
2.3.	Implementeer de screener in de relevante ketens.....	54
3.	Methodieken	54
4.	Bepaal de vervolgstap(pen) in de zorgtoeleiding	55
	Schematische weergave richtlijn vroegsignalering.....	57
	Deel III. Implementatie en training.....	61
	Implementatieplan	61
1.	Inleiding	61
2.	Implementatieplan van Grol en Wensink.....	61
3.	Resultaten van de pilot	62
	Trainingsplan	65
	Dankwoord.....	68
	Literatuur	70
	Bijlage 1: Methode.....	79
	Bijlage 2: Literatuurstudies.....	82

Samenwerking

Graag willen wij alle instellingen bedanken die meegewerkt hebben aan de richtlijn:

Mondriaan

- Divisie Jongeren en Middelengebruik
- Ambulant team Jongeren & Middelengebruik
- Afdeling Preventie
- Jeugdpoli Wickraderheem
- Denktank Kinderen & Jeugdigen Mondriaan
- Sedna Zuid-Limburg

Novadic-Kentron

- Divisie Jeugd

Centrum Maliebaan

- Afdeling Preventie

Tactus Verslavingszorg

- Afdeling Preventie en consultancy

Brijder Verslavingszorg

- Divisie Zorg, jeugd ambulant Noord- en Zuid-Holland
- Afdeling Preventie
- Divisie Leefstijl

Parnassia BAVO afdeling preventie

Meerkanten divisie jeugdverslaving

Halt Nederland

MOgroep Divisie Jeugdreclassering

Jongeren Informatie Punt

Bureau Jeugdzorg

- Rotterdam,
- Limburg, Kerkrade

Xonar

Gastenhof

Icarus

GGD Maastricht

Welzijnswerk

Atrium MC Heerlen

Jongerenloket (JoLo) Rotterdam

Gemini College

Flexus Jeugdplein, expertteam middelengebruik

Partnership Vroegsignalering Alcohol

Samenvatting

De Richtlijn Vroegsignalering Middelenmisbruik of –afhankelijkheid bij Jongeren geeft op organisatieniveau adviezen over hoe een systeem van vroegsignalering van middelenproblematiek (en daarmee samenhangende problematiek) bij jeugdigen kan worden opgezet. Het is een richtlijn die in het eigen werkterrein van de verslavingszorg kan worden toegepast en uitgewerkt, met of zonder externe partners. Een ‘richtlijn’ is een document dat aanbevelingen, adviezen en instructies geeft als ondersteuning van besluitvorming in de zorg (door professionals en cliënten). Richtlijnen gaan over wat er gedaan kan worden, protocollen gaan over hoe het moet. De huidige richtlijn is ontwikkeld in opdracht van Resultaten Scoren.

De richtlijn gaat in op de volgende aandachtsgebieden:

- Doelgroep en norm betreffende middelengebruik
- Screeningsinstrumenten
- De overgang van signaleren naar behandelen
- Methodieken ter motivatie voor behandeling
- Ketensamenwerking in vroegsignalering
- Ketensamenwerking in zorgtoeleiding en behandeling

Per aandachtsgebied worden afwegingen gepresenteerd die gemaakt kunnen worden, lattend op de doelgroep en het beoogde doel van de vroegsignalering. De richtlijn geeft adviezen over te gebruiken screeningsinstrumenten over risicogroepen die aandacht behoeven, en handvatten voor het opzetten van een ketensamenwerking. Hoe deze adviezen in de praktijk vorm krijgen, is afhankelijk van de context. Zo kan bijvoorbeeld voor de ene doelgroep of doelstelling een brede ketensamenwerking worden gestart met veel deelnemende partijen, terwijl voor een andere doelgroep of doelstelling misschien één ketenpartner voldoende is. De richtlijn is dus niet zozeer een rigide stappenplan, maar eerder een checklist, een leidraad.

De richtlijn kent de volgende fasen:

Fase I: Oriënteren, inventariseren en afbakenen

Deze fase bestaat uit drie onderdelen:

1. Bepaal een doelgroep van het vroegsignaleren. De vraag stuurt de samenwerking.

Dit betekent dat een differentiatie van doelgroepen moet plaatsvinden. Belangrijk is ook om de geldende norm ten aanzien van middelengebruik onder de doelgroep en de betrokken partijen te inventariseren.

Voorbeelden van risicogroepen onder jongeren: resultaten van literatuurstudie (zie bijlage 2)

- Jonge delinquenten
 - Jongeren die in contact zijn geweest met institutionele zorg (denk aan jeugdzorg, pleeggezinnen, maatschappelijke opvang)
 - Schooldrop-outs, spijbelaars en scholieren met sociale of studieproblemen
 - Jongeren met een (licht) verstandelijke beperking
 - Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen (gedragsstoornissen zoals ADHD en conduct disorder, angststoornissen, depressie en suïcidepogingen).
 - Jongeren die opgroeien onder ongunstige omstandigheden (lage sociaal-economische status, dak- en thuisloosheid, kinderen van verslaafde ouders, kinderen van psychiatrische patiënten)
 - Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik
-

2. Inventariseer de **betrokken partijen en keteninitiatieven** die betrokken zijn bij de doelgroep en die nodig zijn om de zorgvraag te beantwoorden. Denk hierbij aan: het systeem rondom de jongere, de eigen interne organisatie, externe partijen, de keten die zorg moet dragen voor continuïteit van zorg.
3. Maak een **krachtveldanalyse** van de betrokken partijen, analyseer de belangen van de verschillende partijen.

Fase II: Het opstarten van vroegsignalering

Aan het begin van fase II wordt een keuze gemaakt tussen twee opties voor verbetering van de vroegsignalering:

Optie 1: Het aansluiten bij bestaande keteninitiatieven: hier de middelenproblematiek op de agenda zetten of verder uitwerken.

Optie 2: Het opzetten van een nieuwe samenwerking of keten, met als doel het signaleren van middelenproblematiek onder de doelgroep.

Dit is afhankelijk van de doelgroep en van het feit of de belangrijkste partners al georganiseerd zijn in een keten of niet. Een combinatie van beide opties is ook mogelijk: aansluiten bij bestaande ketens en met een selecte groep een uitbreiding van de bestaande keten opzetten.

Beide opties kennen dezelfde **vier kernelementen**, namelijk:

a. *Samenwerken en de randvoorwaarden hiervoor*

Ketenzorg tracht een betere afstemming tussen professionals te bereiken, met als doel betere zorg voor de cliënt. Professionals hebben zich veelal gespecialiseerd op een be-

paald deelterrein, maar cliënten knippen hun zorgvraag vaak niet op in allerlei onderdelen. De zorg voor jongeren met multiproblematiek omvat verschillende sectoren, circuits en ketens. Het is onmogelijk en ongewenst om alle beroepskrachten, instellingen en sectoren te bundelen in één keten. Wel is het van belang zicht te krijgen op deze keten, bestaande initiatieven tot samenwerking, hiaten hierin, de mogelijkheden om hierbij aan te sluiten of een nieuwe keten op te zetten, en de randvoorwaarden in de organisatie van deze samenwerking.

b. Screening en diagnostiek

Screeningsinstrumenten bevorderen vroegtijdige herkenning van middelenproblematiek. Om te zorgen dat binnen de keten zoveel mogelijk dezelfde taal wordt gesproken, is het aan te bevelen om binnen de keten dezelfde instrumenten voor screening en diagnostiek te gebruiken. Deze instrumenten moeten afgestemd zijn op de setting waarin zij gebruikt gaan worden. Het instrument kan los geïmplementeerd worden, of opgenomen worden in bestaande systemen voor screening en diagnostiek.

Resultaten van de literatuurstudie naar screeningsinstrumenten (zie bijlage 2)

Uit een analyse van de verschillende instrumenten voor screening en diagnostiek blijkt dat er veel keuze is. De wetenschappelijke literatuur biedt geen eenduidigheid over welk screeningsinstrument het beste zou zijn.

Screening De **CAGE-AID** (middelen) en de **SDQ** (psychiatrie) zijn geschikte instrumenten. Ook de **CRAFFT** of **POSIT** zijn goede korte vragenlijsten voor screening. De **AUDIT-4** is geschikt, maar deze screent alleen op alcoholproblemen.

Diagnostiek Geschikte instrumenten zijn de **euroADAD** (middelen), de **Europ-ASI** (middelen) en de **YSR** (psychiatrie). Verwacht wordt dat als de **MATE-jeugd** (middelen) ontwikkeld is, dit ook een goed instrument kan zijn.

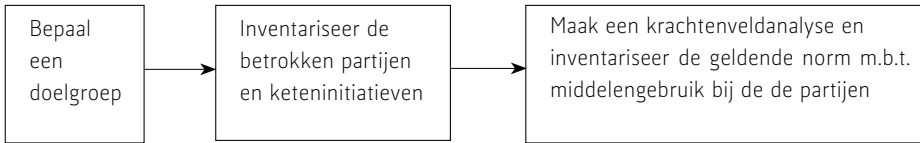
c. Methodieken om hetgeen gesignaleerd is te bespreken en te motiveren voor zorg

Signaleren leidt niet automatisch tot het effectief in gesprek gaan met de jongere en zijn naasten en deze eventueel te motiveren voor zorg of geïndiceerde preventie. Hiervoor zijn goede strategieën en methodieken nodig.

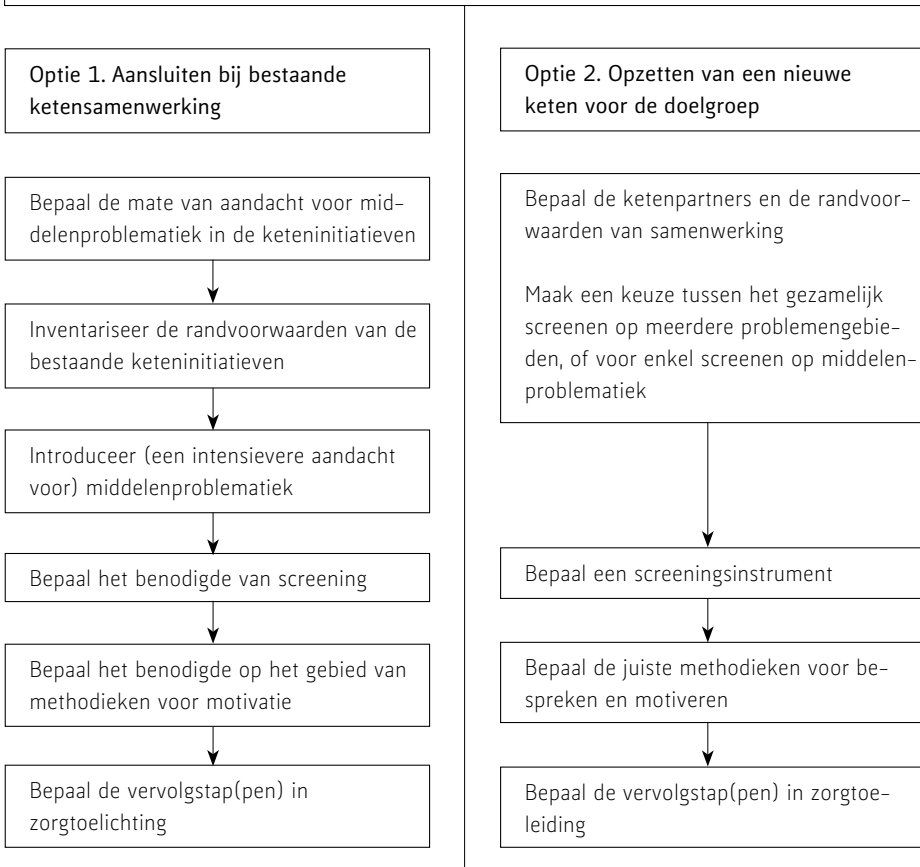
d. Toeleiden naar zorg

Vroegsignalering heeft als doel middelenproblematiek of de gevolgen ervan te voorkomen. Daarom moet toegeleid worden naar de juiste zorg, of dit nu geïndiceerde preventie is, begeleiding of behandeling.

Fase 1. Oriënteren, inventariseren en afbakenen



Fase 2. Opstarten vroegsignalering (een combinatie van beide opties is mogelijk)



Bepaal de uitkomstmaten bij de verschillende stappen.
Maak afspraken over hoe en wanneer deze gemeten gaan worden.
Evalueer de resultaten periodiek.

Handige documenten met betrekking tot vroegsignalering

Brinkman, B., Voetee, C., Prinsen, B., Baat, M. de (2010). Jeugdketens sluitend verbinden. De samenwerking Zorg- en adviesteam, Centrum voor Jeugd en Gezin, Veiligheidshuis. Den Haag: Ministerie van Justitie en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Postma, S. (2008). JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM.

Risselada, A., & Schoenmakers, T. (2010). Protocol voor vroegsignalering en kortdurende interventie van alcoholproblematiek bij jongeren: school en vrije tijd. Rotterdam: IVO.

Van der Lely, N., & De Visser, M. (2009). Protocol alcohol en jeugd setting ziekenhuis. Delft: Partnership Vroegsignalering Alcohol.

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

Handige documenten met betrekking tot behandeling

Ivens, Y. (2008). Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar. Amersfoort: GGz Nederland / JellinekMentrum.

Miller, W., & Rollnick, S. (2005). Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op gedragsverandering: Uitgeverij Ekklesia.

Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2008). Jongeren en verslaving – de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandel aanbod in Nederland. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Deel I

Achtergrond en doel van de richtlijn

Aanleiding en doelstelling

Middelenmisbruik is bij jongeren eerder risicovol dan bij volwassenen omdat zij zich in een kwetsbare periode in hun ontwikkeling bevinden, zowel neurologisch, psychosociaal als wat betreft opleiding. Het idee dat vroegsignalering en indicatiestelling noodzakelijk zijn ter voorkoming van (een verergering van) middelenproblematiek bij jongeren wordt breed gedeeld. Immers, hoe vroeger wordt opgetreden in het proces van problematisch middelengebruik, hoe groter de perspectieven op gedragsverandering en de kans op herstel (Verstuyf, 2007). Deze richtlijn biedt handvatten voor de vroegsignalering en doorverwijzing van jongeren met middelenmisbruik of -afhankelijkheid.

Doel van deze richtlijn is om schade door middelenmisbruik of middelenaafhankelijkheid te voorkomen door zo vroeg mogelijk te signaleren en in te grijpen in het middelenmisbruik van jongeren, zodat zij tot gezonde groei kunnen komen. Zo kunnen onder andere ook schoolproblemen, psychische problemen of bijvoorbeeld jeugdcriminaliteit worden voorkomen of verminderd (King, Meehan, Trim & Chassin, 2006; Friedman, 1998).

Methode

De richtlijn is ontwikkeld volgens het Masterprotocol van Resultaten Scoren (Jansen & Snoek, 2007). Dit houdt in dat er eerst een veldverkenning is geweest en een literatuurstudie. Aan de hand hiervan is een concept richtlijn opgesteld, en deze is getoetst in de praktijk. De literatuurstudie leverde weinig studies op naar vroegsignalering van middelproblematiek bij jongeren in zijn geheel, wel leverde de literatuurstudie belangrijke inzichten op betreffende risicofactoren, risicogroepen en screeningsinstrumenten. Voor de conceptrichtlijn stond de situatie model zoals deze in Limburg en omstreken is ontwikkeld door de divisie 'Jongeren en middelengebruik' van Mondriaan en haar ketenpartners. Vervolgens is de richtlijn bij twee andere instellingen aan een externe toets onderworpen. Hierna is de richtlijn bijgesteld en ter beoordeling aan experts voorgelegd (expert meeting). Ook is er een werkgroep van jeugdige cliënten bijeengekomen om het onderwerp vroegsignalering te bespreken. Ten tweede is nauw samengewerkt met het Partnership Vroegsignalering Alcohol, die het protocol Vroegsignalering van alcoholmisbruik onder jongeren ontwikkelde.

Voor meer informatie over de methode: zie Bijlage 1. In Bijlage 2 zijn de resultaten van

de literatuurstudie te vinden. Voor informatie over de pilots, zie de losse digitale uitgave Praktijktuetsen Richtlijn Vroegsignalering.

Definities

Wat is vroegsignalering

De World Health Organisation (WHO) definieert vroegsignalering als het vaststellen of diagnosticeren van een stoornis in een vroeg ontwikkelingsstadium, als er nog een grote kans op genezing is. Hierop volgt een tijdig ingrijpen in een verstoord – of dreigend verstoord – ontwikkelingsproces. In deze richtlijn vertalen we dit als volgt: vroegsignalering is het tijdig signaleren van (het ontstaan van) middelenmisbruik. Met 'vroeg' bedoelen we vroeg in de levensloop van een mens, maar bovenal ook vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf (Hermanns et al., 2005). Vroegsignalering vindt plaats op een moment dat er nog geen sprake is van een gediagnosticeerde stoornis (misbruik of afhankelijkheid van een middel) ondanks tekens, klachten en symptomen van potentieel problematisch middelengebruik. De daaropvolgende ondersteuning is gericht op preventie van middelenmisbruik en verslaving (zowel specifiek als geïndiceerd). We spreken van geïndiceerde preventie (op individueel niveau) wanneer nog geen sprake is van middelenmisbruik of verslaving. Wanneer vroegsignalering plaatsvindt, maar er bij een jongere toch al sprake blijkt te zijn van middelenmisbruik of verslaving, dan noemen we dit vroegtijdige diagnostiek. In dit geval is behandeling (groepsgewijs en/of individueel) aangewezen. Deze richtlijn gaat (naast vroegsignalering) ook in op vroegtijdige diagnostiek (zorgtoeleiding). Het toepassen van screeningsinstrumenten bevordert vroegtijdige diagnostiek van middelenproblematiek. In deze richtlijn betreft het niet de screening van de algemene populatie van jongeren, maar gaat het om gerichte screening wanneer de aanwezigheid van (risicofactoren voor) middelenmisbruik of verslaving wordt vermoed.

Wie behoort tot de doelgroep van de richtlijn?

Gebruikers van de richtlijn zijn alle signaleerders en verwijzers van jongeren met middelenproblematiek. Aangezien de richtlijn zich richt op ketensamenwerking om dit probleem aan te pakken, is de richtlijn geschikt voor alle settingen waarin vroegsignalering plaatsvindt. Verder worden er nog settingenpecifieke aandachtspunten gegeven.

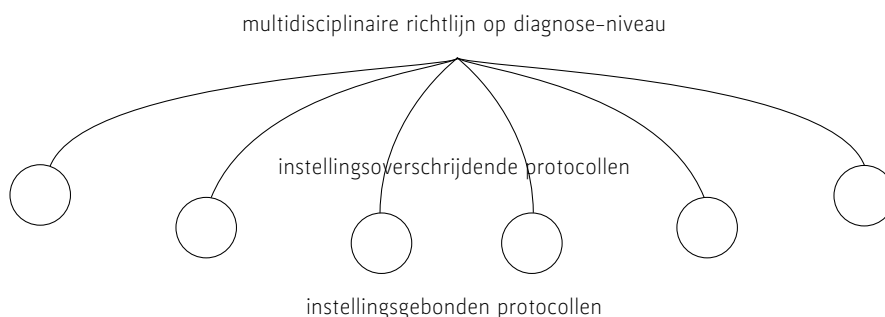
De doelgroep van de richtlijn zijn jongeren tussen van 12 tot en met 23 jaar, die riskant middelen gebruiken. Jongeren worden vaak gedefinieerd aan de hand van leeftijdsgrenzen. De vaststelling van deze grenzen verschilt echter per instelling en sector, en staat niet de kalenderleeftijd maar de ontwikkelingsleeftijd of de sociaal-emotionele leeftijd centraal. Grofweg wordt er onderscheid gemaakt tussen jonge-jongeren (ongeveer 12-16) en oude-jongeren (ongeveer 16 tot 23). Een belangrijke ervaring die uit de veldverkenning naar voren kwam, is dat leeftijdsgrenzen er vaak voor zorgen dat jongeren tussen wal en schip terechtkomen. De voorgestelde leeftijdsgrens in deze richtlijn is dus niet rigide. Experimenteren met middelen begint niet precies op 12-jarige leeftijd en sommige 'oudere jongeren' kunnen erbij gebaat zijn als jongere en niet als 'volwassenen'

behandeld te worden en omgekeerd. Om uitsluiting te voorkomen is het belangrijk naar meer te kijken dan kalenderleeftijd alleen, hoewel voor jonge-jongeren wel een andere maat geldt dan voor oudere jongeren. Maar, zoals Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) stelt: leeftijds grenzen zouden geen grenzen voor zorg moeten zijn.

Wat is het verschil tussen protocol en richtlijn

Met 'richtlijn' bedoelen wij een document dat aanbevelingen, adviezen en instructies geeft als ondersteuning van besluitvorming in de zorg (door professionals en cliënten). Richtlijnen gaan over wat er het beste gedaan kan worden, protocollen gaan over hoe het moet. Een protocol is de verzameling werk- en handelingsinstructies voor de uitvoering van behandeling of zorg door een hulpverlener en/of organisatie binnen het kader van een richtlijn voor de behandeling van een gezondheids- (of gedrags-) probleem van een cliënt. Protocollen reguleren het gedrag van medewerkers en organisaties tot op het niveau van concrete handelingen (Jansen & Snoek, 2007).

Figuur 1. Paraplumodel richtlijnen en protocollen



De onderliggende richtlijn geeft op organisatieniveau adviezen over hoe een systeem van vroegsignalering van middelenproblematiek en daarmee samenhangende problematiek bij jeugdigen kan worden opgezet.

Wat is riskant middelengebruik?

Vroegsignalering onder jongeren gaat niet alleen om het signaleren van middelenmisbruik of -afhankelijkheid, maar ook om riskant gebruik. Er is nog dan geen sprake van een gediagnosticeerde stoornis, maar er zijn tekens, signalen en/of symptomen die wijzen op riskant middelengebruik dat vooraf kan gaan aan of een sterk risico met zich meebrengt voor middelenmisbruik en -afhankelijkheid. Deze tekens, signalen of symptomen zijn:

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

De grens tussen middelengebruik, middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid is lastig te trekken. De verschillende fasen van gebruik (kennismaking, experimenteren, integratie, gebruik op de voorgrond, niet meer zonder kunnen) lopen meestal subtiel in elkaar over. Mede daardoor is het moeilijk om een harde maat te geven voor gebruik, misbruik of afhankelijkheid, zeker bij jongeren. Wel zijn er handvatten om de ernst van het middelengebruik in te schatten. Deze zijn:

1. Hoeveelheid
2. DSM-IV-criteria
3. Driehoek van Zinberg, een combinatie van:
 - drug: welk middel
 - persoon: (start)leeftijd, psychische en sociale problemen
 - setting: welke setting

1. Hoeveelheid

De eerste maat is de hoeveelheid middelen die iemand gebruikt. De onderstaande criteria voor problematisch drugsgebruik en adviezen voor verantwoord alcoholgebruik zijn gebaseerd op het drinkadvies van jongeren van het Trimbos-instituut, te vinden op "<http://www.alcoholinfo.nl>", en het cannabisprotocol van Ivens (2008).

- Onder de 16: elk middelengebruik is problematisch
- Voor alcoholgebruik vanaf 16 is het advies:
 - Drink minder dan de richtlijn verantwoord gebruik voor volwassenen, dat wil zeggen: jongens drinken gemiddeld **minder dan 2 glazen** alcohol per dag, meisjes **minder dan 1 glas** alcohol per dag.
 - Drink niet elke dag, hooguit één of twee avonden per week, maar vermijd piekdrinken (het drinken van grote hoeveelheden op 1 dag).
 - Drink niet als je nog aan het verkeer moet deelnemen of de volgende dag naar school of werk moet
- Cannabisgebruik vanaf 16:
 - Als iemand gedurende drie maanden minstens **wekelijks** cannabis gebruikt, is er sprake van misbruik

Er zijn geen normen gevonden voor harddrugsgebruik, waarschijnlijk omdat dit in alle gevallen als problematisch wordt gezien.

2. DSM-IV-criteria

De DSM stelt in de definitie van middelenmisbruik dat onaangepast gebruik niet een voldoende criterium is, maar moet samengaan met significante beperkingen veroorzaakt door dat gebruik.

De DSM maakt onderscheid tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid. **Middelenmisbruik** verwijst naar een patroon van onaangepast gebruik dat significante beperkingen veroorzaakt zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste een (of meer) van de volgende situaties:

- niet meer kunnen voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis

- door gebruik van het middel in fysiek gevaarlijke situaties komen
- herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie
- voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal terrein veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel.

Het criterium van middelenafhankelijkheid is dat er naast het misbruik ook sprake is van minstens drie van de volgende kenmerken:

- tolerantie
- ontweningsverschijnselen
- langer gebruik van het middel dan men van plan was
- weinig succesvolle pogingen om het gebruik te reguleren
- het besteden van veel tijd om aan het middel te komen
- voortzetten van gebruik ook al weet men dat het leidt tot problemen.

3. De driehoek van Zinberg (1984)

Zinberg stelt dat de risico's van middelengebruik te verklaren zijn vanuit de interactie tussen drie componenten: het middel zelf (drug), de persoon die het gebruikt (set), en de omgeving (setting). Op basis van die drie componenten kan ingeschat worden hoe risicovol het gebruik is.

Middel	<ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel verschillende middelen gebruikt een jongere - Hoe vaak (frequentie) gebruikt hij of zij deze - In welke hoeveelheid gebruikt hij of zij deze
Persoon	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd en leeftijd waarop gestart is met middelengebruik - Psychische problemen - Sociale problemen
Context	<ul style="list-style-type: none"> - Waar? Tijdens het uitgaan of ook door de weeks of op school? - Met wie? Is er druk vanuit de peergroep? Gebruikt iemand ook wel eens alleen op zijn kamer? - Op welke tijdstippen? Alleen 's avonds, of ook 's ochtends?

Conclusie

Gezien de mogelijk negatieve gevolgen van riskant middelenmisbruik voor jongeren richt deze richtlijn zich niet alleen op het signaleren van middelenmisbruik of -afhankelijkheid (DSM-IV criteria voor misbruik en -afhankelijkheid), maar ook op het signaleren van riskant middelengebruik. Wat riskant middelengebruik is wordt bepaald door:

- de hoeveelheid en het type middel (zie drinkadvies voor jongeren van het Trimbos-instituut; Driehoek van Zinberg);
- de kwetsbaarheid van de persoon die ze inneemt – met name (start)leeftijd en bijkomende psychische problemen (zie de driehoek van Zinberg);

- de invloed die het heeft op zijn of haar leven (zie de DSM-IV criteria);
- de context waarin iemand de middelen gebruikt (zie de driehoek van Zinberg).

Deel II

Inhoud van de richtlijn

Opzet van de richtlijn

Vroegsignalering van middelenmisbruik staat nooit op zichzelf. In deel I hebben we gezien dat de ernst van de middelenproblematiek niet alleen moet worden ingeschat op basis van hoeveelheid en type middelengebruik, maar ook op basis van kenmerken van de persoon (o.a. bijkomende sociale en psychische problematiek) en de context van het gebruik. Hiervoor is informatie nodig van alle bij de jongere betrokken instanties en de omgeving van de jongere. Vervolgens dient de behandeling van jongeren met multiproblematiek in onderlinge samenwerking plaats te vinden: (oorzaken van) risicogedrag en problematiek overlappen, en daarmee ook de behandeling. Het is soms moeilijk vast te stellen wat de primaire problematiek is, wat tot gevolg heeft dat multidisciplinaire samenwerking gedurende het begeleidings- of behandeltraject noodzakelijk blijft. Vroegsignalering van middelenmisbruik is tenslotte veelal onderdeel van vroegsignalering van problemen in brede zin (denk bijvoorbeeld aan de rol van Zorg Advies Teams op scholen), en maakt in dat geval deel uit van een breed georiënteerde zorgketen van signaleren, toeleiden naar zorg of begeleiding, behandelen/begeleiden en nazorg (of vervolgzorg). Op basis van deze overwegingen is ervoor gekozen in de richtlijn een sterke nadruk te leggen op het in ketenverband verbeteren van de vroegsignalering van middelenmisbruik. De richtlijn bestaat uit twee fasen, welke hieronder kort worden geïntroduceerd. Vervolgens wordt de richtlijn schematisch weergegeven. Tenslotte worden alle verschillende stappen uitgebreid toegelicht.

Fase I: Oriënteren, inventariseren en afbakenen

In deze fase wordt een doelgroep bepaald. De vraag stuurt de samenwerking. Dit betekent differentiatie. (Van Montfoort, 2009). Hiervoor is het nodig eerst risicogroepen in beeld te krijgen en hier vervolgens een inventarisatie te maken van de betrokken partijen en keteninitiatieven. Tot slot wordt een krachtenveldanalyse gemaakt van de betrokken partijen.

Aan het eind van fase I wordt een keuze gemaakt tussen twee opties voor vroegsignalering:

- Optie 1: Het aansluiten bij bestaande keteninitiatieven: hier de middelenproblematiek op de agenda zetten of verder uitwerken.
- Optie 2: Het opzetten van een nieuwe keten met als doel het signaleren van middelenproblematiek onder de doelgroep.

Dit is afhankelijk van de doelgroep en van het feit of de belangrijkste partners al georganiseerd zijn in een keten of niet. Een combinatie van beide opties is ook mogelijk: aansluiten bij bestaande ketens en met een selecte groep een uitbreiding van de bestaande keten opzetten.

Fase II: Het opstarten van vroegsignalering

Hier zijn dus twee opties mogelijk, namelijk 1) aansluiten bij een bestaande keten of 2) een nieuwe (aanvullende) keten opzetten. Het schema in de Samenvatting aan het begin van deze rapportage geeft hiervan een overzicht. Beide opties kennen dezelfde vier kernelementen, namelijk:

a. Samenwerken en de randvoorwaarden hiervoor

Ketenzorg heeft als doel om te zorgen voor een betere afstemming tussen professionals, om te komen tot betere zorg voor de cliënt. Professionals hebben zich veelal gespecialiseerd op een bepaald deel terrein, maar cliënten knippen hun zorgvraag vaak niet op in allerlei onderdelen (Rosendal, Ahaus & Huijsman, 2009). De zorg voor jongeren met multiproblematiek omvat verschillende sectoren, circuits en ketens. Het is onmogelijk en ongewenst om alle beroepskrachten, instellingen en sectoren te bundelen in één keten (Van Montfoort, 2009). Wel is het van belang zicht te krijgen op deze keten, bestaande initiatieven tot samenwerking, hiaten hierin, de mogelijkheden om hierbij aan te sluiten of een nieuwe keten op te zetten, en de randvoorwaarden en in de organisatie van deze samenwerking.

b. Screenen

Screeningsinstrumenten bevorderen vroegtijdige herkenning van middelenproblematiek. Om te zorgen dat binnen de keten zoveel mogelijk dezelfde taal wordt gesproken, is het aan te bevelen om binnen de keten hetzelfde screeningsinstrument te gebruiken. Dit screeningsinstrument moet afgestemd zijn op de setting waarin het gebruikt gaat worden. Het screeningsinstrument kan los geïmplementeerd worden, of opgenomen worden in bestaande screeningssystemen.

c. Methodieken om hetgeen gesignaleerd is te bespreken en te motiveren voor zorg

Signaleren leidt niet automatisch tot het effectief in gesprek gaan met de jongere en zijn naasten en deze eventueel te motiveren voor zorg of geïndiceerde preventie. Hiervoor zijn goede strategieën en methodieken nodig.

d. Toeleiden naar zorg

Vroegsignalering heeft als doel middelenproblematiek of de gevolgen ervan te voorkomen. Daarom moet toegeleid worden naar de juiste zorg, of dit nu geïndiceerde preventie is, begeleiding of behandeling.

Fase I

Oriënteren, inventariseren en afbakenen

1. Bepaal een doelgroep

1. Bepaal een doelgroep
 - 1.1. Bepaal een doelgroep
 - Brede doelgroep
 - Specifieke doelgroep
 - 1.2. Maak een analyse van de problematiek en de knelpunten bij de zorg aan deze doelgroep (op doelgroepniveau, niet individueel)
 - 1.3. Bepaal een meetbaar effect van de vroegsignalering
 - 1.4. Evalueer de uitgangspunten (doelgroep, doel) periodiek
-

1.1. Bepaal een doelgroep

De vraag stuurt de samenwerking. Dit betekent differentiatie van doelgroepen (Van Montfoort, 2009). Hiervoor is het nodig eerst risicogroepen in beeld te krijgen. Gekozen kan worden voor een brede doelgroep (bijvoorbeeld jongeren tussen de 11 en 18 jaar die problematisch middelen gebruiken), of een specifieke doelgroep (jongeren met LVG en problematisch middelengebruik, uitgaande jongeren die problematisch middelengebruiken).

De doelgroep kan bepaald worden aan de hand van:

- wetenschappelijke literatuur en mediaberichten
- praktijkanalyses van niet-bereikte en bereikte doelgroepen via een Rapid Assessment & Response (RAR)-analyse of een quickscan
- klankbordgroep van jongeren, naasten en betrokken professionals (outreaching en behandelend)

Wetenschappelijke literatuur

In wetenschappelijke literatuur is de laatste stand van zaken te vinden betreffende kennis over risicofactoren en risicogroepen van jongeren die problematisch middelen gebruiken. Om geschikte vindplaatsen voor vroegsignalering te bepalen is informatie uit de praktijk noodzakelijk. Ten behoeve van deze richtlijn is een veldverkenning en literatuurstudie uitgevoerd naar risicogroepen en vindplaatsen. Figuur 2 geeft een overzicht weer van doelgroepen zoals die werden gevonden (zie Literatuurstudies, bijlage 2). Daarnaast

kunnen mediaberichten nieuwe trends weergeven die nog niet wetenschappelijk zijn onderzocht, maar wellicht wel actie behoeven.

Figuur 2 Voorbeelden van risicogroepen onder jongeren: resultaten van een literatuurstudie

- Jonge delinquenten
 - Jongeren die in contact zijn geweest met institutionele zorg (denk aan jeugdzorg, pleeg gezinnen, maatschappelijke opvang)
 - Schooldrop-outs, spijbelaars en scholieren met sociale of studieproblemen
 - Jongeren met een (licht) verstandelijke beperking
 - Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen (gedragsstoornissen zoals ADHD en conduct disorder, angststoornissen, depressie en suïcidepogingen).
 - Jongeren die opgroeien onder ongunstige omstandigheden (lage sociaal-economische status, dak- en thuisloosheid, kinderen van verslaafde ouders, kinderen van psychiatrische patiënten)
 - Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik
 - Jongeren met sensatie-zoekend of angstig gedrag
-

Informatie over de laatste stand van zaken is bijvoorbeeld te vinden op www.ggzkenisnet.nl, in digitale nieuwsbrieven van het Trimbos-instituut, in kranten en tijdschriften en op Pubmed voor Engelstalige publicaties.

Praktijkanalyses

Anderzijds kunnen risicofactoren vastgesteld worden door middel van een praktijkanalyse: door onderzoek te doen of te laten doen naar enerzijds de bereikte jongeren en anderzijds de jongeren die niet bereikt worden. Bij de bereikte jongeren kan een dossieronderzoek misschien nieuwe trends en risicofactoren indiceren. Voor de niet-bereikte jongeren kan een RAR-analyse (Rapid Assessment & Response), of een ander type quick-scan uitgevoerd worden. Dit zijn snelle manieren om risicogroepen in de regio in kaart te brengen.

Voorbeelden van uitgangsvragen bij onderzoek naar nieuwe risicogroepen

Bereikte jongeren die problematisch middelen gebruiken	Welke problematiek wordt er gesignaleerd onder de jongeren die bereikt worden door signaleringsteams? Welke middelen gebruiken ze, en is er sprake van specifieke bijkomende problematiek? Welke trends kunnen hieruit afgeleid worden? Is er sprake van nieuwe verslavingen, bijvoorbeeld GHB? (Zie Meerkerk et al. (2009) Nieuwe verslavingen in zicht). Is het nodig extra preventieve maatregelen in te zetten voor deze groep? Overleg met preventieteams. Zijn er doelgroepenkenmerken die instroom en doorstroom belemmeren (denk aan LVG, psychiatrische comorbiditeit). Welke ketenpartners zijn nodig om hierin te ondersteunen?
Niet bereikte jongeren die problematisch middelen gebruiken	Wat signaleren outreachende werkers? Welke jongeren worden niet bereikt voor middelenproblematiek en hoe komt dat? Welke ketenpartners zouden hierin een rol kunnen spelen? Worden er risicofactoren over het hoofd gezien?

Klankbordgroep

Tenslotte kan ook gebruik gemaakt worden van een klankbordgroep van jongeren, hun naasten, outreachende preventiewerkers en andere professionals. Dit geeft soms een actueler inzicht in de stand van zaken.

1.2. Maak een analyse van de problematiek en de knelpunten bij de zorg aan deze doelgroep

Nadat de bereikte en niet-bereikte risicogroepen in kaart zijn gebracht, moet inzicht worden verkregen in de vraag van specifieke doelgroepen en moeten hun geprioriteerde behoeften doorvertaald worden naar het zorgproces. Dit gebeurt op doelgroepniveau, niet op individueel niveau. Dit is geen eenmalige activiteit, maar een lopend proces. Belangrijk is om hierin jongeren en hun naasten te betrekken. Veel jongeren kunnen zelf goed aangeven wat vanuit hun perspectief goede ketenzorg is, zowel in vroegsignalering als in behandeling. Vaak blijft echter lang onduidelijk wie deze vraag boven water haalt. Het is belangrijk dat iemand het initiatief neemt om inzicht te krijgen in de vraag van een specifieke doelgroep en de geprioriteerde behoeften vertaalt naar het zorgproces en concrete verbeteracties (Van der Aa & Minkman, 2007).

Handige hulpmiddelen

C.J. van der Avoort en T. Binkhorst (2007), Toolbox Instrumenten voor patiëntenparticipatie in ketenzorg. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.
Tool 2: Vraaggericht werken

1.3. Bepaal een meetbaar effect van de vroegsignalering

Effecten kunnen op verschillende niveaus vastgesteld worden. Zo kan een effect van de verbeterde vroegsignalering zijn dat de aanmeldingen van jongeren met middelenproblematiek toenemen – omdat ze beter naar zorg toegeleid worden – in verhouding tot de omvang van de problematiek in de regio (het bereik van de zorg neemt toe). Een effect zou ook kunnen zijn dat de aanmeldingen op de volwassenafdeling op den duur afnemen.

1.4. Evalueer de uitgangspunten (doelgroep, doel) periodiek

Bepaal de momenten waarop de uitgangspunten geëvalueerd zullen worden. Dit kan ook in overleg met de ketenpartners. Evalueer de uitgangspunten en koppel de resultaten terug naar de betrokkenen. Geef de nieuwe werkwijze de tijd om effectief te worden bevonden. Bepaal of bijsturing nodig is op inhoud (de werkwijze is niet effectief) of uitvoeringsniveau (de werkwijze wordt niet op de juiste manier uitgevoerd/ is onvolledige of onjuist geïmplementeerd).

2. Inventariseer de betrokken partijen en keteninitiatieven

2. Inventariseer de betrokken partijen en keteninitiatieven	2.1. Inventariseer de betrokken partijen die nodig zijn om de zorgvraag van de doelgroep te beantwoorden: – In het systeem rondom de jongere (familie, school, vrienden) – In de interne organisatie – Externe partijen – Keten van continuïteit van zorg
	2.2. Inventariseer de bestaande keteninitiatieven rondom de doelgroep – Zijn de belangrijkste benodigde partners al vertegenwoordigd in keteninitiatieven?

2.1. Inventariseer de betrokken partijen

Om goede, integrale zorg te leveren zal in veel gevallen samengewerkt moeten worden met verschillende ketenpartners en met het systeem rondom de jongere. Per cliëntengroep moet worden nagegaan welke samenwerking nodig is met welke naast- of achterliggende instanties of personen. Inventariseer welke ketenpartners nodig zijn om de zorgvraag van de doelgroep te beantwoorden. Het gaat om:

- De keten in de interne organisatie; is deze op orde?
- Wie zijn de belangrijkste externe partners?
- Het systeem rondom de jongere (familie, school, vrienden). Is er vanuit de zorg voldoende aandacht voor het systeem?
- Wat ontbreekt er nog in de keten van continuïteit van zorg: preventie, signaleren en doorverwijzen, en behandeling?

Samenwerking binnen de organisatie, met andere organisaties en met naasten van de

jongere is nodig op het gebied van preventie, signaleren, doorverwijzen en behandelen.

Het systeem rond de jongere

Van der Vorst (2007) toonde aan dat ouders invloed hebben op het alcoholgebruik van hun kinderen, en dan met name in de fase voordat jongeren beginnen met drinken. Ouderlijk drankgebruik komt hierbij naar voren als een stimulerende factor, ook als ouders de intentie hebben om hun kinderen verantwoord te leren drinken. Frequent praten over alcohol blijkt adolescenten eveneens aan te zetten tot alcoholconsumptie. Strenge alcoholspecifieke regels hebben echter een sterke preventieve werking op het alcoholgebruik van adolescenten. Daarnaast blijkt dat alcoholspecifieke opvoeding afhangt van de mate van de algemene ouderlijke controle.

De naasten van jongeren hebben vaak veel zicht op veranderend gedrag van de jongeren. Peers kunnen een belangrijke signalerende functie hebben bij middelenmisbruik. In de eerste plaats is het vaak de omgeving die problemen signaleert in bijvoorbeeld de thuis-situatie, op school, of op andere gebieden waarbij de middelenproblematiek in eerste instantie niet als primair probleem wordt opgemerkt (Hulshoff et al, 2009). Het betrekken van het systeem kan erg waardevol zijn bij het signaleren van middelenmisbruik en -afhankelijkheid, maar ook bij het veranderen van gedrag, het motiveren van zorg of het herstel in de behandeling (Smit et al., 2008).

Het is dus belangrijk het systeem rondom de jongere in kaart te brengen, gedacht kan worden aan: ouders, andere familie, vrienden, peers, school, huisarts, sportvereniging. Vervolgens kan gekeken worden hoe deze partners bereikt kunnen worden voor preventie, signalering, doorverwijzing en ondersteunen bij de behandeling.

De keten in de interne organisatie

Voordat toenadering gezocht wordt met externe organisaties is het belangrijk de interne organisatie goed op orde te hebben. Samenwerken en zelf veranderen, noemt van Montfoort dit (2009). Bij de keten in de interne organisatie kan gedacht worden aan de verschillende afdelingen binnen de instelling op het gebied van preventie, outreachend werkers, de voordeur, ambulante behandeling, klinische behandeling en nazorg. Maar er kan ook gedacht worden aan andere afdelingen binnen de instelling die gespecialiseerde zorg bieden: bijvoorbeeld een dubbele diagnose afdeling, of een aanbod op de volwassenen-afdeling. Eerst moeten de hiaten in de interne samenwerking in kaart gebracht zijn voordat externe samenwerking gezocht wordt. Belangrijk is met de afdelingen tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid te komen.

Good practice Atrium Medisch Centrum Heerlen: Werkgroep preventie alcoholmisbruik bij jongeren

Soms ligt de voornaamste uitdaging niet in de externe samenwerking, maar in het op de agenda zetten van alcoholproblematiek in de eigen organisatie. Het Partnership Vroegsignalering Alcohol heeft een protocol voor ziekenhuizen ontwikkeld ter voorkoming van alcoholschade bij jongeren. Dit protocol start bij de opname van een jongere met alcoholintoxicatie, waarin (spoedeisende) medische hulp wordt geboden. De dag na opname wordt er een gesprek gevoerd met de jongere en zijn ouders over de ernst en gevolgen van alcoholmisbruik en wordt de jongere en de ouders ook psycho-sociale hulp geboden. Binnen zes weken na de opname wordt een afspraak gepland met de ouders en jongere voor een screeningsgesprek bij de psycholoog. Na een aantal maanden vindt een follow-up plaats.

Deze gestandaardiseerde werkwijze kan een enorm verschil maken in het verdere zorgproces en de bewustwording van de jongere en de ouders over de ernst van de problematiek. Echter deze werkwijze implementeren in de eigen organisatie kan veel voeten in de aarde hebben, aangezien de organisatie omvangrijk is, en veel jongeren met alcoholintoxicatie op verschillende afdelingen terecht komen, afhankelijk van het letsel. Dit goed coördineren, maar ook de administratie die erbij betrokken is, vereist inzet en samenwerking. Desondanks heeft de werkgroep preventie alcoholmisbruik bij jongeren van het Atrium Medisch Centrum Heerlen een 90% compliance-rate bereikt: 90% van de kinderen die wordt opgenomen voor alcoholintoxicatie wordt binnen 3 weken 2x gezien en gesproken door de hulpverlening.

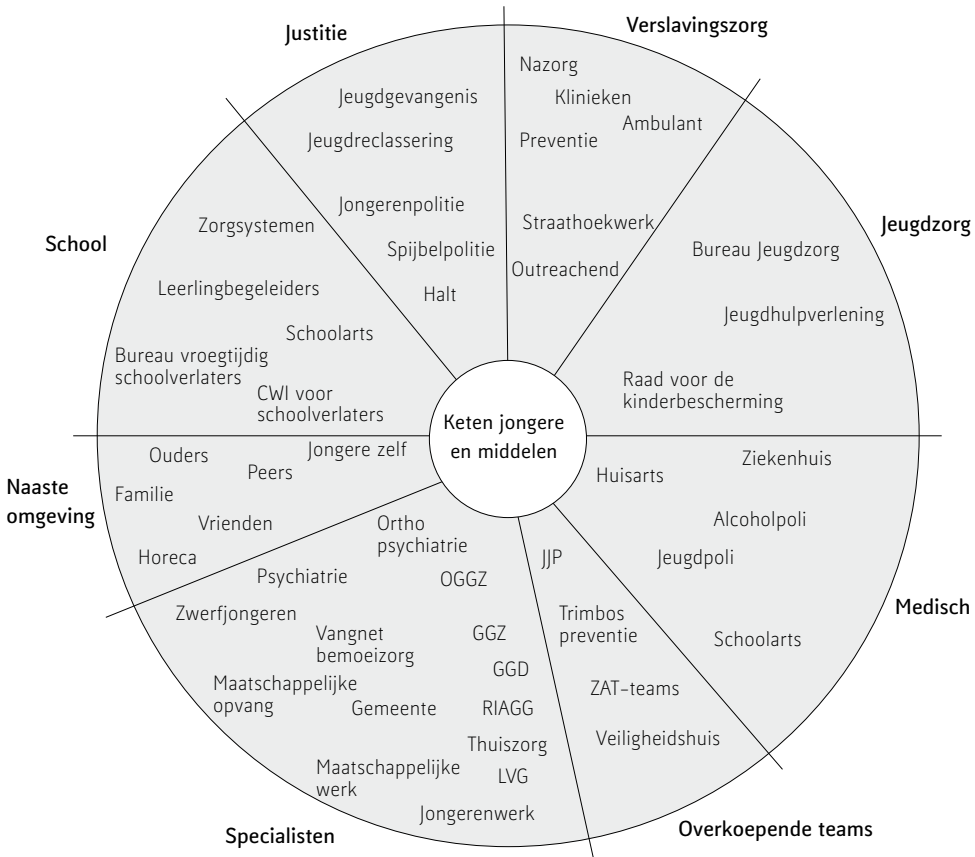
De werkgroep bestaat uit een multidisciplinair team te weten: 2 SEH verpleegkundigen, 2 kinderverpleegkundigen, 3 verpleegkundigen consulenten, 1 kinderpsycholoog en 1 kinderarts. Samen zorgt het team dat het behandel- en begeleidingstraject vanaf SEH opvang, klinische opname en poliklinische nazorg naadloos aansluit door middel van duidelijk gemaakte protocollaire afspraken en de korte lijn voor onderling overleg. De nauwe betrokkenheid van de kinderpsycholoog vanaf het moment van binnenkomst zorgt ervoor, dat er bij jongeren onderliggende verslavings- en/of psychologische problemen snel worden herkend en verwijzing naar onze begeleidingspartners volgt. Het team heeft een nauwe samenwerking met de divisie alcohol en middelen preventie van de Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg van de Mondriaan in Heerlen.

De keten van externe partners

Als de interne organisatie op orde is, kan gekeken worden naar samenwerking met externe partners. Om de externe partners te inventariseren kan gebruik gemaakt worden van al bestaande sociale kaarten, of al bestaande keteninitiatieven (zie www.ketensnetwerken.nl). Probeer zoveel mogelijk aan te sluiten bij de routes die ouders en kinderen nu al volgen (Van Montfoort, p. 259).

Figuur 3 geeft een overzicht van organisaties die betrokken zijn bij de keten rondom het signaleren van middelenmisbruik bij jongeren.

Figuur 3. Betrokken organisaties bij middelenmisbruik bij jongeren



De keten van continuïteit van zorg: preventie, signaleren en doorverwijzen en behandeling

Wat ontbreekt er nog in de keten van continuïteit van zorg? Een keten bestaat niet zozeer uit losse ketenpartners, maar is gericht op continuïteit van zorg. Interne en externe partners kunnen een geïntegreerde keten vormen op het gebied van:

- preventie
- signaleren en doorverwijzen
- behandeling

Maar er moet ook gezocht worden naar ketenpartners die de continuïteit in deze ketens kunnen waarborgen. Uiteindelijk moet gekomen worden tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Met een procesanalyse is dit goed in kaart te brengen. Dit is een analyse van het traject

dat de patiënt doorloopt. De procesanalyse weerspiegelt de stappen in het ketenproces en maakt duidelijk welke ketenspelers waar hun bijdrage leveren (Van de Aa & Minkman, 2007).

Handige hulpmiddelen

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.
- Tool 3: Procesanalyse

2.2. Inventariseer de bestaande keteninitiatieven rondom de doelgroep

De laatste jaren is er een groot aantal keteninitiatieven gestart. Belangrijk is om niet enkel te inventariseren welke partijen betrokken zijn bij de doelgroep, maar ook welke bestaande keteninitiatieven. Uitgangspunten bij deze inventarisatie zijn:

- Welke keteninitiatieven zijn er?
- Zijn de belangrijkste benodigde partners al vertegenwoordigd in keteninitiatieven?
- Is er mogelijkheid om aan te sluiten bij deze initiatieven?

Dit wordt ook verder uitgewerkt in stap 3.

Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld ZAT-teams, het veiligheidshuis, het netwerk 'werken met risicjongeren', en het jongerenloket.

In een zorg- en adviesteam (ZAT) werkt een groot aantal zorgpartners samen met de school. Zij zetten elk hun specifieke expertise en wettelijke taken in en vullen elkaar daarbij aan om de functies van het ZAT snel en doeltreffend te kunnen realiseren: goede hulp en ondersteuning bieden bij door scholen gesignaleerde problemen bij jeugdigen en hun gezinnen. De samenstelling van een ZAT-team verschilt in primair-, voortgezet- en middelbaar beroepsonderwijs. Maar ook op regionaal niveau bestaan er verschillen in de samenstelling van de ZAT's. Lokale omstandigheden kunnen aanleiding geven om andere partijen in het ZAT op te nemen.

Voor het middelbaar beroepsonderwijs worden de volgende zorgpartners genoemd:

Kernpartijen: Medewerker bureau jeugdzorg, algemeen of schoolmaatschappelijk werk, leerplicht-ambtenaar, medewerker GGZ, arts/verpleegkundige, politie, vertegenwoordiger REC-4.

Keuzepartijen: vertegenwoordiger verslavingszorg, vertegenwoordiger MEE.

Meer informatie op: www.zat.nl, of bij het Landelijk steunpunt ZAT, via (030) 230 64 81 of infozat@nji.nl.

Waar de ZAT-teams zich vooral richten op scholen, opereren veiligheidshuizen vanuit de justitiële invalshoek. Het algemene doel van het Veiligheidshuis is het creëren van een sluitende keten rond zorg- en risicjongeren om te voorkomen dat ze uitvallen in geboden trajecten, shopgedrag gaan vertonen of afglijden in de criminaliteit. Aanleiding voor het traject is vaak een strafbaar feit van een cliënt die te maken kan hebben met problemen op andere terreinen, zoals huisvesting, verslaving, werk en inkomen. Het Veiligheidshuis richt zich op de aanpak van deze multi-problematiek, die vaak een structureel karakter heeft. Het concept Veiligheidshuis is in de gemeente Tilburg ontwikkeld.

Veiligheidshuizen zijn nu in alle regio's te vinden. De volgende partners worden genoemd.
Justitie-ketenpartners: Politie, parket Openbaar Ministerie, raad voor de Kinderbescherming, reclassering Nederland, verslavingsreclassering, Reclassering Leger des Heils, Dienst Justitiële Inrichtingen / Penitentiare Inrichtingen (PI), Bureau Jeugdzorg, slachtofferhulp Nederland, Bureau Halt.
Overige partners/deelnemers: Gemeenten, gemeentelijke afdelingen Openbare orde en veiligheid, gemeentelijke Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, GGD, leerplichtambtenaren, GGZ-partners, Diverse zorginstellingen.
Meer informatie op: www.veiligheidshuis.nl.

Het netwerk 'Werken met Risicjongeren' is een initiatief van het Expertisecentrum Veiligheid van Avans Hogeschool. Het is een landelijk online netwerk voor en door sociale professionals werkzaam in diverse disciplines zoals jongerenwerk, jeugdzorg, GGZ/zorg, maatschappelijk werk, onderwijs, arbeidstoeleiding, justitie en politie. Dit netwerk is nog in de opbouwfase. Meer informatie: www.werkenmetrisicjongeren.nl.

Diverse steden hebben een jongerenloket, dit is een centraal punt waar jongeren tussen de 16 en 23 jaar gratis terecht kunnen voor hulp en advies bij het zoeken naar werk en/of opleiding. In Rotterdam is het jongeren loket betrokken bij de Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak (DOSA). Doel van DOSA was om een eind te maken aan de versnippering van de jeugdhulpverlening in de gemeente Rotterdam. Hieraan gekoppeld is een persoonsgerichte aanpak (PGA). Hiervoor leveren partijen als jongerenwerk, politie en jeugdzorg informatie over de jongeren aan voor een integrale analyse.
Meer informatie op: www.jongerenloket.com en www.jongerenloketrotterdam.nl.

3. Maak een krachtenveldanalyse van de betrokken partijen

- | | |
|---|---|
| 3. Maak een krachtenveldanalyse van de betrokken partijen | 3.1. Maak een analyse van de geldende norm rondom middelengebruik bij: <ul style="list-style-type: none">- De jongeren en peers- De ouders- In de interne organisatie- Onder externe partners- Keteninitiatieven 3.2. Inventariseer de startpositie van de verschillende partijen met betrekking tot de vroegsignalering van middelenproblematiek |
| | 3.3. Inventariseer de belangen van de verschillende partijen: <ul style="list-style-type: none">- Welke partijen delen de probleemanalyse (zie 1.2)?- Welke strategieën kunnen (nu of in de toekomst) gebruikt worden om de overige partijen te betrekken? |

Maak een keuze tussen, of bepaal een combinatie van:

- Het aansluiten bij bestaande keteninitiatieven: hier de middelenproblematiek op de agenda zetten of verder uitwerken
 - Het opzetten van een nieuwe keten met als doel het signaleren van middelenproblematiek onder de doelgroep
-

3.1. Maak een analyse van de geldende norm rondom middelengebruik

Bij het signaleren van problematisch middelengebruik bij jongeren, speelt de norm een belangrijke rol. Wat als problematisch wordt ervaren verschilt vaak in hoge mate tussen verschillende partijen. De norm onder de doelgroep speelt een belangrijke rol bij de strategieën die ingezet moeten worden bij het motiveren van de jongeren tot behandeling. Maar ook de norm van ouders en samenwerkende instanties betreffende middelengebruik kan de samenwerking en zorgtoeleiding belemmeren. Belangrijk is om in beeld te krijgen hoe de eigen norm verschilt met die van de betrokken partijen. Maak daarom een analyse van de geldende norm rondom middelengebruik bij:

- de jongeren en peers
- de ouders
- de interne organisatie
- de externe partners
- keteninitiatieven

3.2. Inventariseer de startpositie van de verschillende partijen

Inventariseer de startpositie van de verschillende partijen met betrekking tot de vroegsignalering van middelenproblematiek:

- Hoe kan het systeem rondom de jongere (familie, school, vrienden) betrokken worden bij vroegsignalering en toeleiding van zorg? Is de instelling toegankelijk voor het systeem?
- Is de keten in de interne organisatie op orde?
- Wat zijn de belangen van de belangrijkste externe partners m.b.t. het signaleren van middelenproblematiek?
- Wat ontbreekt er nog in de keten van continuïteit van zorg: preventie, signaleren en doorverwijzen, en behandeling?
- Wat zijn de voorwaarden en werkwijze van de bestaande keteninitiatieven?

3.3. Inventariseer de belangen van de verschillende partijen

Momenteel is zowel samenwerken als bezinning op de eigen rol en 'markt' van een zorgorganisatie van belang (Van Montfoort, 2009). Bovendien hebben verschillende organisaties verschillende belangen, maar ook verschillende visies op hetzelfde probleem. Justitie kijkt bijvoorbeeld vanuit het perspectief van recidivevermindering naar verslaving, terwijl de verslavingszorg vanuit een zorgperspectief kijkt.

Belangrijk is daarom een analyse te maken van de verschillende belangen van de betrokken partijen. Welke partijen delen de eerder opgestelde probleemanalyse (1.2), en welke niet? Welke strategieën kunnen ingezet worden om opbouwend samen te werken met partijen die de probleemanalyse niet delen, maar wel betrokken zijn? Welke knelpunten worden er verwacht bij de samenwerking?

Een tool die hiervoor gebruikt kan worden is de concurrentieanalyse. Deze kijkt ook naar de kracht van de eigen organisatie.

Handige hulpmiddelen

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwali-
teitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.

- Tool 10: Concurrentieanalyse

3.4. Bepaal of kan worden aangesloten bij bestaande keteninitiatieven

De resultaten van de voorgaande drie stappen zouden kunnen worden samengevat in de
volgende tabel:

	Jongeren en peers	Ouders en naasten	Interne organisatie	Externe organisatie	Keten initiatieven
Wat is de norm m.b.t. middelengebruik?					
Wat is de start- positie m.b.t. vroegsignalering van middelen- problematiek					
Delen ze de probleemanalyse m.b.t. middelen- gebruik uit 1.2?					
Wat zijn de belangen van de verschillende partijen					
Zijn de partijen afdoende vertegenwoordigd in een keten (zie 2.2.)					
Welke strategieën zouden gebruikt kunnen worden om de partijen te betrekken?					

Uit de ingevulde tabel blijkt waar zich de hiaten bevinden en waar de kansen en belem-
meringen voor verbetering van de vroegsignalering zich bevinden.

Fase II

Opstarten vroegsignalering

Fase II bestaat uit het opstarten van de vroegsignalering.

Hiervoor zijn twee opties:

- Aansluiten bij bestaande ketensamenwerking
- Een nieuwe keten opzetten

Er kan ook gekozen worden voor een combinatie van beide opties gedeeltelijk aansluiten bij een bestaande keten, en gedeeltelijk een nieuwe keten opzetten.

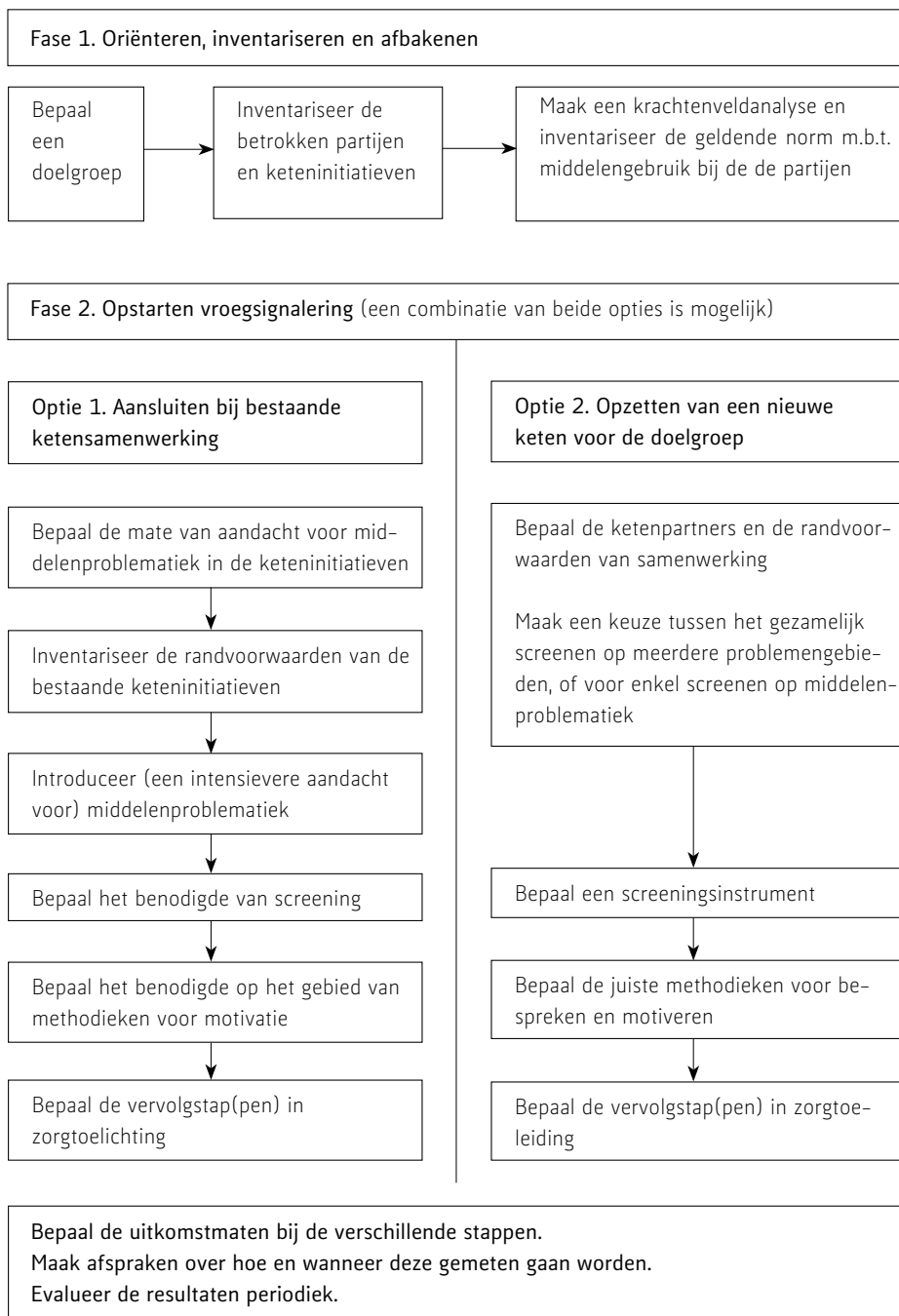
Beide opties kennen dezelfde kernelementen:

- a. Samenwerken en de randvoorwaarden hiervoor
- b. Screenen
- c. Methodieken om hetgeen gesignaleerd is te bespreken en te motiveren voor zorg
- d. Toeleiden naar zorg

Verskil tussen beide opties is de beginsituatie van waaruit de vroegsignalering wordt opgestart.

- Indien er aangesloten wordt bij een bestaande ketensamenwerking zullen er al veel afspraken vastliggen met betrekking tot randvoorwaarden voor samenwerking, gebruikte screeningsinstrumenten, methodieken en toeleiding naar zorg. Zaak is dan vooral om de bestaande afspraken en praktijken te inventariseren en te kijken of hierin meer aandacht moet zijn voor middelenproblematiek, en hoe dit vorm gegeven kan worden.
- Indien ervoor gekozen wordt een nieuwe keten op te zetten, zal er meer vanaf de grond opgebouwd moeten worden, en zal er meer ruimte zijn om beslissingen te nemen op bovengenoemde punten.

Schematisch zien deze beide opties er als volgt uit:



Optie 1: Aansluiten bij bestaande ketensamenwerking

In deze uitwerking van fase II wordt aangesloten bij bestaande ketensamenwerking(en). Hierbij is sprake van bepaalde vaststaande ketenafspraken waarbij aangesloten kan worden voor middelenproblematiek, en die zo nodig aangevuld zouden kunnen worden. De stappen zijn gericht op inventariseren van de bestaande werkwijze van de keteninitiatieven, nagaan hoe middelenproblematiek hierin een plaats zou kunnen krijgen en wat aanvullend nodig is.

1. Bepaal de mate van aandacht voor middelenproblematiek in de keteninitiatieven

1. Bepaal de mate van aandacht voor middelenproblematiek in de keteninitiatieven	1.1. Inventariseer binnen de keteninitiatieven: <ul style="list-style-type: none">- In welke mate er aandacht is voor middelenproblematiek- Welke aanknopingspunten er zijn om deze aandacht te vergroten (bijvoorbeeld een probleemanalyse)- De norm in de keten betreffende middelenproblematiek
--	--

Inventariseer binnen de bestaande keteninitiatieven in welke mate er aandacht is voor middelenproblematiek. Let hierbij specifiek op aanknopingspunten die er zijn om de aandacht hiervoor te vergroten. Deze kunnen bijvoorbeeld te vinden zijn in de probleem-analyse uit fase I, punt 2.1. Maar ook outreachende werkers zouden hiervoor belangrijke signalen opgemerkt kunnen hebben. De norm rondom middelengebruik bij de partners binnen het keteninitiatief, die in fase I, punt 3.1. is geïnventariseerd kan belangrijke indicaties geven voor het al dan niet aanwezig van aanknopingspunten.

2. Randvoorwaarden

2. Randvoorwaarden	2.1. Inventariseer de randvoorwaarden en afspraken van de bestaande keteninitiatieven op het gebied van: <ul style="list-style-type: none">- Zakelijke arrangementen- Communicatie- Technische hulpmiddelen- Privacy en uitwisseling van informatie- (Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt- Financiën 2.2. Bepaal in hoeverre deze aansluiten bij de eisen van de eigen organisatie, waar verschillen zitten en welke strategie het meest gepast is om met deze verschillen omgegaan
--------------------	--

2.1. Inventariseer de randvoorwaarden en afspraken van de bestaande keteninitiatieven

Bestaande keteninitiatieven hebben vaak al een aantal randvoorwaarden en afspraken

vastgelegd (officieel of niet officieel). Bij het aansluiten bij deze ketens moet rekening gehouden worden met deze eisen en hoe deze aansluiten bij de eigen werkwijze en de eigen organisatie.

Zakelijke arrangementen

Vraag naar de zakelijke arrangementen en de beoogde prestatie-indicatoren, evenals de manier waarop deze gemeten zullen worden.

Communicatie

Samenwerking staat of valt vaak met goede communicatie tussen de betrokken ketenpartners. Welke afspraken zijn er, officieel en officieus betreffende communicatie en terugkoppeling gedurende het hele traject van de cliënt? Zijn er speciale netwerkbijeenkomsten of presentaties om deze communicatie te verstevigen?

Technische hulpmiddelen

Soms wordt binnen een keten gebruik gemaakt van technische hulpmiddelen voor een optimale en actuele uitwisseling van gegevens van de patiënt en diens traject. Sluiten deze hulpmiddelen aan bij de eigen organisatie, indien nee, wat zou hiervoor nodig zijn en wat zijn hiervan de kosten.

Privacy en uitwisseling van informatie

Het is voor professionals niet altijd duidelijk welke informatie over jongeren uitgewisseld mag worden met andere sectoren. Veel professionals ondervinden hinder of aarzeling bij het uitwisselen en/of opvragen van informatie over een jongere die ze in behandeling hebben of krijgen. Vaak zijn binnen keteninitiatieven afspraken gemaakt over privacy en het uitwisselen van informatie.

(Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt

Belangrijk is dat er onderling afspraken zijn over de toewijzing van zorg, de hoofdverantwoordelijke voor het behandeltraject en wie welke taken uitvoert betreffende de cliënt.

Financiën

Verschillende instanties hebben te maken met verschillende geldstromen. Dit kan de samenwerking bemoeilijken. Wees hier alert op, en maak duidelijke afspraken, met name ook over wie de cliënt toegewezen krijgt. Mogelijk wordt dit in de toekomst meer ondersteund vanuit het Rijk. De Sociaal-Economische Raad pleit ervoor dat samenwerking tussen instanties financieel beloofd gaan worden door het kabinet (Volkskrant, 26 oktober 2009).

Indien op één of meer van deze punten geen afspraken zijn, en hieraan wel behoefte is, vindt u handvaten voor het vormgeven van deze afspraken in Fase II, optie 2, punt 1.2.

2.2. Bepaal de aansluiting met deze eisen

Bepaal in hoeverre de randvoorwaarden en afspraken aansluiten bij de eisen van de eigen organisatie, waar verschillen zitten en welke strategie het meest gepast is om met deze verschillen om te gaan. Inzicht in de randvoorwaarden verschaft ook inzicht in de kosten en de tijdsinvestering die deelname vraagt. Koppel dit terug met het management en ga indien nodig op zoek naar nieuwe mogelijkheden voor financiering.

3. Introduceer (een intensievere aandacht voor) middelenproblematiek in de keten

3. Introduceer (een intensievere) aandacht voor middelenproblematiek in de keten	3.1. Creëer steun voor de vroegsignalering van middelenproblematiek in de keteninitiatieven
	3.2. Probeer bij de partners draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm voor middelenproblematiek voor de specifieke doelgroep
	3.3. Bepaal doelen van de samenwerking en evalueer deze periodiek

3.1. Creëer steun voor de vroegsignalering van middelenproblematiek in de keteninitiatieven

Introduceer het belang van het signaleren van middelenproblematiek in de keten. Gebruik hiervoor de probleemanalyse en de eerdere gezochte aanknopingspunten. Ga hierin outreachend te werk. Koppel de resultaten goed terug, investeer in persoonlijke contacten.

3.2. Probeer bij de partners draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm

Van Montfoort (2009) constateert dat verschillende instanties verschillende opvattingen kunnen ontwikkelen omdat ze:

- andere informatie hebben
- de betrouwbaarheid van de informatie verschillend afwegen
- een andere norm hanteren over wat toelaatbaar is

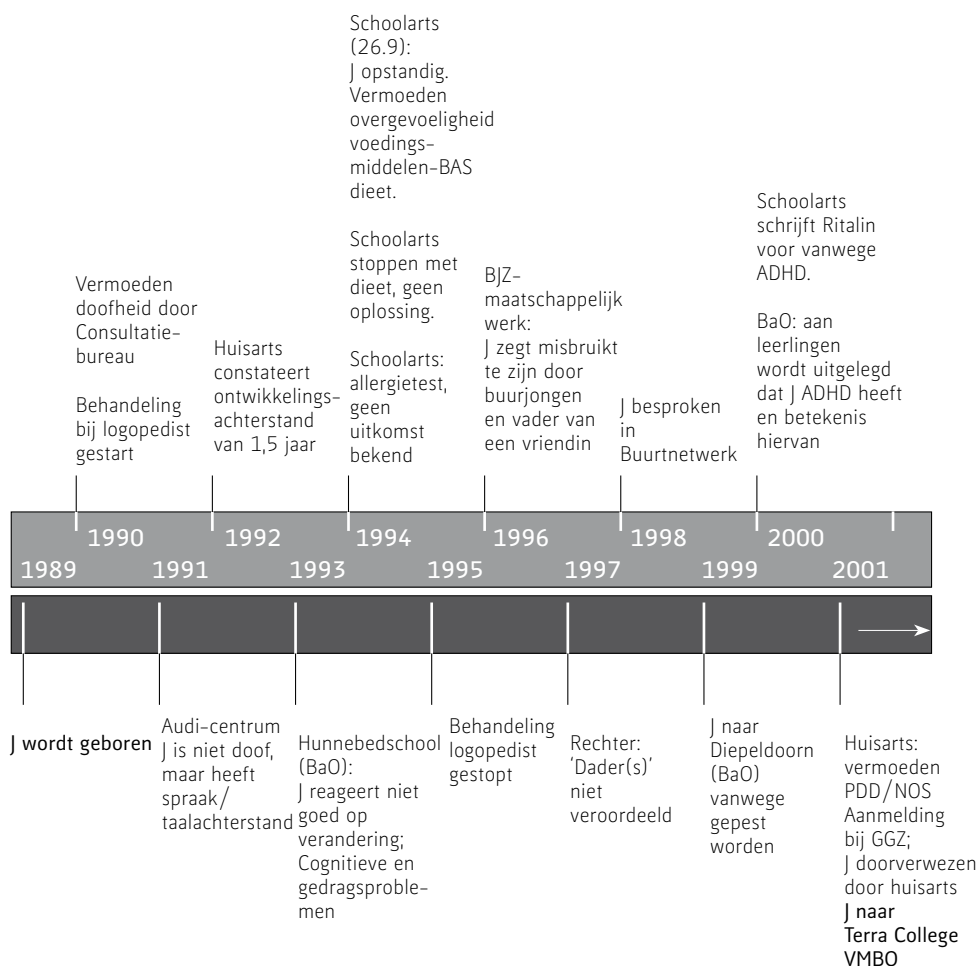
Probeer bij de partners in de keten draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm voor middelenproblematiek voor de specifieke doelgroep. Probeer binnen de keteninitiatieven te komen tot een gezamenlijke taal en een gezamenlijke norm over wat verstaan wordt onder problematisch middelengebruik van jongeren en wanneer er van welke expertise gebruik gemaakt moet worden. Probeer aan te sluiten bij elkaars werkwijze. Dit bevordert het gezamenlijke probleembesef en de samenwerking. Voor suggesties voor een gezamenlijke norm, zie het hoofdstuk Definities: wat is problematisch middelengebruik in dit rapport. Ook het werken met een gezamenlijke screeningsinstrument kan bijdragen aan eenduidigheid (zie hiervoor hoofdstuk 4. Screeningsinstrumenten).

3.3. Bepaal doelen van de samenwerking en evalueer deze periodiek

Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) geeft het advies dat de ketenaanpak voldoende tijd moet krijgen om 'effectief te worden': 'Het is niet aan te raden om een vast-

gesteld – rigide – tijdpad te stellen aan de ketenaanpak. Wanneer de gewenste resultaten niet binnen één of twee jaar zichtbaar zijn, is dit nog geen reden om de aanpak volledig te herzien of te stoppen. Evalueer de (keten) aanpak en de onderdelen daarbinnen, en laat hierbij ruimte om bij te stellen of aan te scherpen. Het op korte termijn niet-slagen van een traject zou niet direct moeten leiden tot het beëindigen van een aanpak. Eerst moet gekeken worden naar de oorzaken van het niet-slagen van het traject. Hiervoor dient de tussentijdse evaluatie. Op basis van deze evaluatie, waarbij tussentijdse resultaten en effecten worden gemeten, kan dan besloten worden om het traject een langere doorlooptijd te geven, te stoppen, of de aanpak aan te passen' (Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009, p.22).

Figuur 4. Voorbeeld van een levensloopbeschrijving



Uit: Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009).

Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) beveelt aan om met levensloopbeschrijvingen te werken voor snel zicht op resultaten. Met dit instrument wordt aan de hand van een casus inzichtelijk gemaakt of en hoe voorzieningen samenwerken. Aan de hand van de levensloop van een jongere die kampt met het onderzochte probleem, wordt in detail geconstrueerd wat gedaan is, waarom, door wie en met welk resultaat. Meer informatie hierover is te vinden op www.jeugdinspecties.nl. Figuur 4 geeft hiervan een voorbeeld.

Handige hulpmiddelen

Integraal Toezicht Jeugdzaken. (2009). *Werkende Ketens? Metarapportage over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken.

- Hoofdstuk 4: De jongere centraal: levensloopbeschrijving

4. Screening

- | | |
|---|---|
| 4. Bepaal het benodigde op het gebied van screening | 4.1. Inventariseer de gebruikte screeningsinstrumenten in de keteninitiatieven <ul style="list-style-type: none">- Is hierin (voldoende) aandacht voor middelenproblematiek?- Zou hieraan nog een korte screener toegevoegd kunnen worden voor middelenproblematiek? |
| | 4.2. Train medewerkers indien nodig in het werken met de screeningsinstrumenten |
| | 4.3. Implementeer de screeningsinstrumenten in de relevante keteninitiatieven |
| | 4.4. Evalueer de screeningsinstrumenten (bruikbaarheid, resultaten) |
-

4.1. Inventariseer de gebruikte screeningsinstrumenten

Het gebruik van een screener structureert de vroegsignalering van middelenmisbruik bij jongeren. Voordeel van een screener is dat er dezelfde taal wordt gesproken en er meer eenduidigheid is over de norm, en over wanneer er moet worden doorverwezen naar het aanbod van de verslavingszorg. Omdat wordt aangesloten bij een bestaande keten wordt hier alleen ingegaan op de mogelijkheid van implementatie van een screeningsinstrument voor middelenproblematiek. Wanneer een nieuwe samenwerking/keten wordt opgezet (optie 2) kan ook worden nagedacht over een gezamenlijk instrument voor diagnostiek (zie Optie 2, 2.1)

Inventariseer welke instrumenten voor screening worden gebruikt binnen de keteninitiatieven. Is hierin aandacht voor middelenproblematiek, en is deze aandacht ook voldoende? Inventariseer of er vraag is naar een screener gericht op middelenproblematiek en inventariseer aanknopingspunten voor het implementeren hiervan.

Resultaten van de literatuurstudie naar instrumenten voor screening

Uit een analyse van de verschillende instrumenten blijkt dat er veel keuze is (zie voor het overzicht de literatuurstudies, bijlage 2). De wetenschappelijke literatuur biedt geen eenduidigheid over welk instrument het beste zou zijn.

Screening op alle middelen	Hier sluiten wij aan bij de screener die Couwenbergh (2009) aanbeveelt: de CAGE-AID (middelen). Ook de CRAFFT of POSIT (Handboek verslaving, 2009) zijn goede screeners.
Screening op alleen alcohol	Het protocol voor vroegsignalering en kortdurende behandeling van alcoholproblematiek bij jongeren (school en vrije tijd) van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (Risselada & Schoenmakers, 2010) raadt als screeningsinstrument de AUDIT-4 aan. Let op: deze screent alleen op alcohol.

4.2. Train medewerkers in de screener

Voor de bovengenoemde screeningsinstrumenten is geen training nodig. Wel is belangrijk dat medewerkers op de hoogte zijn van bij welk afkappunt zij doorverwijzen naar de verslavingszorg en bij wie zij dan terecht kunnen. Een training en/of een goede schriftelijke toelichting in de zin van korte aandacht voor de screener en het belang van screenen van middelenproblematiek verhoogt wel de implementatie en de correcte uitvoering en doorverwijzing. In Bijlage 2 Literatuurstudies vindt u bij de screeningsinstrumenten een korte toelichting. Training in het gebruik van de screener kan onderdeel uitmaken van de training in signaleren en motiveren die onder 5. Methodieken en in het Trainingsplan wordt besproken.

Good practice Flexus Jeugdplein

Flexus Jeugdplein heeft contacten met scholen. Zij ondersteunen bij het ontwikkelen van een visie op middelengebruik op scholen, hetgeen ook gecommuniceerd kan worden aan de ouders. Flexus jeugdplein werkt aan de signaleringsmethodieken voor docenten, in het oog hebben voor 'er lijkt iets aan de hand te zijn'. Belangrijk is dat docenten zich kunnen richten op hun primaire taak: lesgeven, maar dat zij daarnaast weten op welke signalen zij moeten letten, en welke stappen ze vervolgens kunnen nemen richting de zorgcoördinator of schoolmaatschappelijk werk, die de jongere kunnen screenen.

4.3. Implementeer de screener in de relevante ketens

Zie hiervoor de implementatiestappen van Grol en Wensink en het implementatieplan (Deel III: Implementatie en training).

4.4. Evalueer de screener (bruikbaarheid, resultaten)

Evalueer de screener op bruikbaarheid voor het voorafgesteld doel en op de resultaten van de screener. Bepaal of bijsturing nodig is op inhoud (de screener is niet bruikbaar) of uitvoeringsniveau (de screener wordt niet op de juiste manier uitgevoerd).

5. Kies de juiste methodieken voor signaleren en motiveren

5. Bepaal het benodigde op het gebied van methodieken

- 5.1. Beslis of externe professionals naast signaleren ook gedrag met jongeren zullen bespreken en hen zullen gaan motiveren tot verandering, en/of dat (getrainde) interne medewerker(s) worden gestationeerd bij een externe organisatie.
 - 5.2. Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden in:
 - methodieken om middelenproblematiek te signaleren, of deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik nodig hebben
 - methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen
 - 5.3. Inventariseer of verslavingszorgmedewerkers getraind moeten worden in methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen
 - 5.4. Inventariseer of er protocollen beschikbaar zijn waarin strategieën of methodieken beschreven staan (bijvoorbeeld van het PVA).
 - 5.5. Train de methodieken
 - 5.6. Implementeer de methodieken en stationeer eventueel medewerker(s) extern
 - 5.7. Evalueer de resultaten van de methodieken of samenwerking periodiek
-

5.1. Bepaal de rol van externe professionals

Ga na of externe professionals naast signaleren, ook gedrag met jongeren zullen bespreken en hen zullen gaan motiveren tot verandering, en/of dat (getrainde) interne medewerker(s) worden gestationeerd bij een externe organisatie. Maak een afweging of de benodigde expertise en vaardigheden aangeleerd moeten worden onder externe professionals of dat een interne medewerker gestationeerd wordt bij de externe organisatie. Een combinatie van beide opties is ook mogelijk.

Good practice Novadic-Kentron

Bij verslavingszorginstelling Novadic-Kentron is een veldwerker voor vier uur verbonden aan een justitiële instelling. Vanuit de justitiële instelling bleek toen dat de vraag naar ondersteuning veel groter was. Signaleren alleen was niet genoeg, er was ook behoefte aan behandeling ter plaatse. Dit was echter lastig te declareren bij de zorgverzekering, en behoorde niet tot de taakomschrijving van de veldwerker. Uiteindelijk is het gelukt om verslavingszorg een vaste plek binnen de justitiële instelling te geven, via de methode Open en Alert binnen de instelling en de mogelijkheid dat jongeren

een ambulantly traject bij Novadic-Kentron volgen. Medewerkers van de JJI voeren zelf gesprekken met de jongeren (screening) en verwijzen ze door.

5.2. Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden

Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden in:

- methodieken om middelenproblematiek te signaleren, of deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik nodig hebben
- methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen

Een best practice methodiek zoals die ontwikkeld is door Flexus Jeugdplein (Rotterdam) is erop gericht om als coach van de jongere buiten de hiërarchische relaties te blijven.

Good practice Flexus Jeugdplein

In hun methodiek bij het begeleiden van jongeren wordt een methode toegepast die gebaseerd is op de instapmethodiek van de Thuislozen-Teams, waarbij een centraal element is dat de hulpverlener van de jongere 'buiten de hiërarchie blijft', ofwel een hulpverlener die naast de jongere staat en de jongere ondersteunt zonder daarnaast een rol te hebben naar bijvoorbeeld ouders of school. Daar worden andere hulpverleners voor ingezet. Loyaliteit is erg belangrijk om de jongere te binden. Meervoudige partijdigheid verstoort de behandelrelatie met de jongere.

Het signaleren van problemen leidt nog niet automatisch tot het op een constructieve manier bespreken van deze signaleren met de jongeren. Hetgeen gesignaleerd is aan problematisch middelengebruik moet bespreekbaar worden gemaakt met de jongere en zijn of haar naasten om eventueel een hulpvraag te kunnen formuleren of de cliënt te motiveren voor zorg. Gebrek aan motivatie en zelfinzicht van jongeren is een belangrijk probleem. Er zijn veel jongeren die risicovol of problematisch gebruiken, maar de meeste van hen herkennen of erkennen dit niet. Zij staan daardoor niet open of zijn niet klaar voor behandeling of hulp. Ook door ouders en andere naasten wordt het probleem niet altijd onderkend. Gebrek aan motivatie hangt bij jongeren vaak samen met de korte duur van het gebruik: ze ervaren weinig negatieve consequenties van hun gebruik, en vaak wel directe positieve effecten (het dempen van onlust, sensatie, verbeteren van inslapen). Jongeren ervaren vaak nog weinig last van hun middelengebruik, waardoor ze nauwelijks gemotiveerd zijn voor behandeling. Gebrek aan motivatie hangt vaak ook samen met de ontwikkelingsfase: jongeren zijn niet altijd even vaardig in het overzien van de consequenties van hun gedrag. Ook de norm in de peergroep van meestal ook andere gebruikers draagt niet bij aan het probleembesef (Hulshoff et al, 2009; Brusse, 2006).

Om gebrek aan probleembesef of motivatie te doorbreken, is het ook nodig dat medewerkers getraind zijn in de juiste methodieken. De voornaamste methodiek voor het vergroten van motivatie en inzicht is motiverende gespreksvoering. Smit et al. (2007)

concluderen in een overzichtstudie dat motiverende gespreksvoering aanbevolen kan worden als eerste screening bij hoogrisico groepen, om hen te bewegen in behandeling te komen en therapietrouw te stimuleren. Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005) is een cliëntgerichte benadering van hulpverlening zoals onder ander ontwikkeld door Carl Rogers (Rogers, 1959). Deze methode biedt een referentiekader aan hulpverleners voor een interactiestijl die afgestemd is op de verschillende stadia van gedragsverandering en motiverend werkt. Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivatie tot gedragsverandering. De gespreksstijl wordt toegepast om mensen bewust te maken van hun middelengebruik en aan te zetten tot vermindering hiervan. De techniek wordt met name aangeraden bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering. Het is een cliëntgerichte en directe 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). Miller en Rollnick (2005) gaan uit van vier algemene principes:

1. Druk empathie uit
2. Ontwikkel discrepantie
3. Beweeg mee met de weerstand
4. Ondersteun persoonlijke effectiviteit

Er zijn verschillende vragenlijsten om de motivatie van mensen met middelenproblematiek te meten. Deze zijn echter niet specifiek voor jongeren ontwikkeld of aangepast. Voor het inschatten van motivatie tot gedragsverandering bij alcohol- en andere drugproblemen verwijst Verstuyf (2007) naar 2 instrumenten waarvan een Nederlandstalige versie bestaat:

- De Nederlandstalige versie van de Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D) (L. Defuentes-Merillas et al, 2002). Dit is een vragenlijst met 12 items die kan afgenomen worden voor de begeleiding start als tijdens het verloop. De afname van de test duurt maar enkele minuten en de test blijkt betrouwbaar en valide.
- De University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Nederlandse vertaling (URICA-NL) (de Jonge et al., 2002). Deze vragenlijst werd zeer generiek opgesteld waardoor ze gebruikt kan worden voor zowel problematische middelengebruik als voor psychische stoornissen (Verstuyf, 2007).

5.3. Inventariseer of verslavingszorgmedewerkers getraind moeten worden

In 5.2 is het belang van motiverende gesprekstechnieken uiteengezet. Voor motiverende gespreksvoering is een officiële training vereist (zie 5.5.).

5.4. Inventariseer of er protocollen beschikbaar zijn waarin strategieën of methodieken beschreven staan

Ga na of er protocollen beschikbaar zijn waarin strategieën en/of methodieken worden beschreven, bijvoorbeeld in kader van het Partnerschap Vroegsignalering Alcohol. Zij hebben protocollen ontwikkeld voor de vroegsignalering in verschillende settings, bijvoor-

beeld voor huisartsen en eerste lijn, ziekenhuizen, justitie, gemeenten en school en straat. Zie voor meer informatie: www.vroegsignaleringalcohol.nl.

5.5. Train de methodieken

Indien gekozen wordt voor het trainen in motiverende gespreksvoering, hiervoor is een officiële training vereist. Deze wordt op diverse plaatsen aangeboden, meer informatie is gemakkelijk te vinden via Google.

Niet alleen hulpverleners kunnen getraind worden in motiverende gespreksvoering. Bij het AMC is een training motiverende gespreksvoering gegeven aan ouders van problematische cannabisgebruikers. De trainingen bestonden uit 12 sessies die 3 uur duurden. De eerste analyses laten zien dat bij de ouders die de training volgden, ruim twee keer zoveel kinderen stopten met cannabis dan in een controlegroep. Ook daalde de gebruikte hoeveelheid cannabis sterk: van 0,8 gram per keer naar 0,3 gram (ZonMw, mediator 6, 2009).

5.6. Implementeer de methodieken en stationeer eventueel medewerker(s) extern

Zie voor implementatie de implementatiestappen van Grol en Wensink (Deel III: Implementatie en training).

5.7. Evalueer de resultaten van de methodieken of samenwerking periodiek

Bepaal de momenten waarop de effectiviteit van de nieuwe werkwijze geëvalueerd zal worden, en koppel de resultaten terug naar de betrokkenen. Bepaal of bijsturing nodig is op inhoud (de werkwijze is niet effectief) of uitvoeringsniveau (de werkwijze wordt niet op de juiste manier uitgevoerd/ is onvoldoende of onjuist geïmplementeerd).

6. Bepaal de vervolgstappen in de behandeling

Bepaal de vervolgstappen in de behandeling	6.1. Inventariseer de bestaande afspraken over zorgtoeleiding
	6.2. Bepaal wat er verder nodig is op het gebied van zorgtoeleiding
	6.3. Bepaal de doelen van de zorgtoeleiding en evalueer deze periodiek.

Hoewel de ketensamenwerking al start bij de signalering, moet deze ook voortgezet worden bij de toeleiding naar zorg en behandeling zodat continuïteit van zorg gewaarborgd wordt. Aangezien aangesloten wordt bij bestaande keteninitiatieven, zijn hierin waarschijnlijk al afspraken gemaakt over zorgtoeleiding. Inventariseer deze en bepaal de plaats van de eigen organisatie hierin (6.1.). Bepaal wat er verder nodig is op het gebied van zorgtoeleiding (6.2.), en let hierbij vooral op of er afspraken gemaakt zijn over:

- of de problemen van de cliënt gelijktijdig of opeenvolgend behandeld gaan worden
- wie de hoofdbehandelaar is; of er een instellingsoverstijgende casemanager
- of er rekening mee wordt gehouden of het systeem van de cliënt ook hulp nodig heeft, en zo ja, welke hulp.

Bepaal tot slot de doelen van de zorgtoeleiding, en evalueer deze periodiek (6.3.). Tips hiervoor zijn te vinden in 3.3.

Optie 2: Opzetten van een nieuwe keten voor de doelgroep

Het vorige hoofdstuk beschreef het starten van vroegsignalering vanuit het aansluiten bij een bestaande keten. Het is echter ook mogelijk dat voor de vastgestelde doelgroep nog geen (sluitende) keten aanwezig is. Hiervoor is het nodig een nieuwe keten op te zetten rondom vroegsignalering. Dit hoofdstuk biedt hier handvaten voor. Een aantal stappen komen overeen met het vorige hoofdstuk, en zullen hier ook naar terugverwijzen. De invalshoek verschilt: het gaat niet meer enkel om inventariseren en aanvullen, maar om het ontwikkelen van een nieuwe ketensamenwerking waarin uiteraard wel gebruik gemaakt kan worden van bestaande producten en best-practices.

1. Bepaal de ketenpartners en de randvoorwaarden van samenwerking

- | | |
|---|---|
| 1. Bepaal de ketenpartners en de randvoorwaarden van samenwerking | <ul style="list-style-type: none">1.1. Start de samenwerking<ul style="list-style-type: none">- Selecteer een kerngroep van ketenpartners met wie u tot een gezamenlijke probleemanalyse bent gekomen- Indien nodig: Breid de kerngroep uit- Probeer bij de partners draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm voor middelenproblematiek voor de specifieke doelgroep- Sluit eventueel aan bij bestaande keteninitiatieven1.2. Zorg voor waarborging van de randvoorwaarden en maak afspraken over:<ul style="list-style-type: none">- Privacy en uitwisseling van informatie- (Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt- Financiën- Communicatie- Zakelijke arrangementen- Technische hulpmiddelen1.3. Implementatie1.4. Maak de samenwerking zichtbaar zowel op management- als op uitvoerend niveau.1.5. Evalueer de samenwerking op strategisch niveau periodiek |
|---|---|
-

Ketenzorg heeft als doel om te zorgen voor een betere afstemming tussen professionals om zo tot betere zorg voor de cliënt te komen. De zorg voor jongeren met multi-problematiek omvat echter verschillende sectoren, circuits en ketens. Het is onmogelijk en ongewenst om alle beroepskrachten, instellingen en sectoren te bundelen in één keten (Van Montfoort, 2009). Wel is het van belang om alle ketens rondom jongeren met middelenproblematiek en daaraan verwante problematiek globaal in beeld te krijgen. Een totaalaanpak sluit niet altijd aan bij de vraag (Van Montfoort, 2009). Begin daarom met een selecte groep van de belangrijkste ketenpartners. Breid van daaruit de samenwerking uit.

1.1. Start de samenwerking

Selecteer een kerngroep van ketenpartners

Een totaalaanpak sluit niet altijd aan bij de vraag (Van Montfoort, 2009). Bovendien is ketensamenwerking een intensief proces. Begin daarom met een selecte groep van de belangrijkste ketenpartners die in de regio veel te maken hebben met jongeren en mid-delenmisbruik. De kerngroep kan bestaan uit vier of vijf organisaties. Bijvoorbeeld: Bureau Jeugdzorg, een instantie van jeugdhulpverlening, een orthopedagogisch instituut, een justitiële instelling, een verslavingszorginstelling, en/of een scholengemeenschap. Belangrijk is dat alle partners tot een gezamenlijke probleemanalyse komen, of dat daar naartoe wordt gewerkt. Gestart kan worden met een vast maandelijks overleg met de belangrijkste ketenpartners. Dit contact kan aangevuld worden met extra contacten op casusniveau.

Indien nodig: breid de kerngroep uit

Vanuit de kerngroep ketensamenwerking voor het signaleren van middelenmisbruik onder jongeren, kan een uitbreiding plaatsvinden van ketenpartners. Enerzijds zal dit via een sneeuwbalmethode gebeuren: de verschillende ketenpartners breiden het initiatief uit naar hun eigen netwerk. Anderzijds kan dit gericht gebeuren, bijvoorbeeld voor specifieke risicogroepen, of voor specifieke domeinen (preventie, signalering en verwijzing, behandeling). Afhankelijk van de gekozen doelgroep en het doel van de samenwerking kunnen gericht ketenpartners worden gezocht.

Probeer tot een gezamenlijke norm te komen

Van Montfoort (2009) constateert dat verschillende instanties verschillende opvattingen kunnen ontwikkelen omdat ze:

- andere informatie hebben
- de betrouwbaarheid van de informatie verschillend afwegen
- een andere norm hanteren over wat toelaatbaar is

Probeer bij de partners in de keten draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm voor middelenproblematiek voor de specifieke doelgroep. Probeer binnen de keten te komen tot een gezamenlijke taal en een gezamenlijke norm over wat verstaan wordt onder problematisch middelengebruik van jongeren en wanneer er van welke expertise gebruik gemaakt moet worden. Probeer aan te sluiten bij elkaars werkwijze. Dit bevordert het gezamenlijke probleembesef en de samenwerking. Voor suggesties voor een gezamenlijke norm, zie het hoofdstuk Definities: wat is problematisch middelengebruik in dit rapport. Ook het werken met een gezamenlijke screener kan bijdragen aan eenduidigheid (zie hiervoor hoofdstuk 2. Screeningsinstrumenten).

Sluit eventueel aan bij bestaande keteninitiatieven

Bij het opzetten van een gezamenlijk systeem van vroegsignalering van middelen- en bijkomende problematiek, kan aangesloten worden bij bestaande ketensamenwerking, zowel landelijk als lokaal. Zoals bijvoorbeeld ZAT-teams, het veiligheidshuis, netwerk 'werken met risicojongeren', en het jongerenloket.

Zie voor verdere uitleg over het zorg- en adviesteam (ZAT) en good practices in het kader op pagina 29.

1.2. Zorg voor waarborging van de randvoorwaarden

Als de samenwerking gestart is, is het belangrijk de afspraken over onderlinge terugkoppeling, korte lijnen, waarborging op managementniveau en waarborging bij personeelswisselingen te formaliseren. Kortom, zorg voor waarborging van de randvoorwaarden en maak afspraken over:

- Zakelijke arrangementen
- Communicatie
- Technische hulpmiddelen
- Privacy en uitwisseling van informatie
- (Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt
- Financiën

Zakelijke arrangementen

Ketenzorg brengt niet alleen alle betrokken professionals bijeen, maar legt ook nieuwe verbindingen tussen de inhoud, de organisatie en de bekostiging van de zorg (Rosendal et al., 2009). Waarborging van de ketensamenwerking heeft alles te maken met geld, tijd en middelen. Zowel op managementniveau als op uitvoeringsniveau moet draagvlak zijn. Het is goed om tijdig naar de zakelijke aspecten van ketens te kijken en deze vast te leggen in een zakelijk arrangement. In een zakelijk arrangement is de dienstverlening van de keten uitgangspunt, niet (meer) het domein van organisaties of sectoren (Van de Aa & Minkman, 2007). Om het draagvlak bij de betrokkenen te verhogen is het goed om prestatie-indicatoren te benoemen, zodat resultaten in maat en getal zichtbaar zijn en de doelen gemonitord kunnen worden. Indicatoren zijn een noodzakelijk ingrediënt voor borging, sturing en innovatie in een keten.

Handige hulpmiddelen

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.

- Tool 5: Zakelijke arrangementen
 - Tool 4: Indicatoren
-

Communicatie

Ketenzorg staat of valt vaak met goede communicatie tussen de betrokken ketenpartners. Verbinding en vertrouwen tussen partners in de keten is essentieel. Daarvoor moeten partners elkaar kennen en een 'positief gevoel' hebben bij de samenwerking. Hiervoor is het nodig om tot een effectieve communicatie te komen in ketens en netwerken, tussen alle betrokkenen (Van de Aa & Minkman, 2007). Vooral terugkoppeling en korte lijnen zijn belangrijk. Vooraf aan de ketensamenwerking is het belangrijk bijeenkomsten te organiseren waarbij de betrokkenen worden geïnformeerd. Structureel overleg houdt

de contacten warm, terwijl contact op casusniveau de ervaring van de noodzaak van ketensamenwerking versterkt. Netwerkbijeenkomsten kunnen helpen om de 'bezieling' in de keten te revitaliseren. Deze bijeenkomsten zijn nadrukkelijk niet alleen voor professionals. Van der Aa & Minkman (2007) leveren verschillende tools voor het verbeteren van de communicatie en het verhelpen van communicatiestoornissen.

Handige hulpmiddelen

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.

- Tool 6: Interpersoonlijke communicatie
 - Tool 7: Netwerkbijeenkomsten
 - Tool 8: Verstoringen verhelpen
-

Technische hulpmiddelen Bij het opzetten van ketensamenwerking kunnen verschillende technische hulpmiddelen ingezet worden. Het doel van keteninformatisering is het met moderne ICT-middelen faciliteren van een optimale en actuele uitwisseling van gegevens van de patiënt en diens traject en communicatie tussen zorgverleners onderling en met de patiënt. Let wel, het invoeren van keteninformatisering is een geleidelijk proces (Van der Aa & Minkman, 2007).

Handige hulpmiddelen

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.

- Tool 9: Keteninformatisering

Van der Aa, A. (2006). Praktische keteninformatisering. Samen werken aan gedeelde informatie in ketens en netwerken. Hengelo: Stichting Ketennetwerk.

Privacy en uitwisseling van informatie

Het is voor professionals niet altijd duidelijk welke informatie over jongeren uitgewisseld mag worden met andere sectoren. Veel professionals ondervinden hinder of aarzeling bij het uitwisselen en/of opvragen van informatie over een jongere die ze in behandeling hebben of krijgen.

Integraal toezicht Jeugdzaken (2009) stelt dat de afgelopen jaren de privacywetgeving ruimer is geworden, zodat deze meer mogelijkheden biedt voor de informatieoverdracht tussen professionals, terwijl de persoonsgegevens van de jongere toch beschermd blijven. Echter, de communicatie over de verruimde regelingen schiet nog te kort. Professionals zijn vaak niet goed op de hoogte van de mogelijkheden binnen de privacyregelingen. Onbekendheid met de mogelijkheden en ruimte binnen de privacyregelingen staat een effectieve ketensamenwerking nog steeds in de weg.

De rapportage Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg (Ministerie van VWS, 2003) geeft inzicht in welke gegevens wel of niet mogen worden uitgewisseld met collega's en professionals uit andere sectoren. Hieronder de paragraaf uit deze rapportage betreffende regels voor het uitwisselen van cliëntgegevens binnen een netwerk:

Regels voor het uitwisselen van cliëntgegevens binnen een netwerk

Voor een zorgvuldige omgang met cliëntgegevens binnen het netwerk geldt een aantal regels. Deze regels gelden voor casuïstiekbespreking waarbij het noodzakelijk is dat ook cliëntgegevens worden uitgewisseld.

1. Er worden alleen cliëntgegevens uitgewisseld als het doel van de cliëntbespreking niet kan worden bereikt door een anonieme casusbespreking.
2. Het overleg heeft tot doel de belangen te behartigen van de cliënt die besproken wordt.
3. Alle deelnemers aan het overleg over de cliënt hebben een directe (behandel) relatie met de cliënt.
4. Cliënten worden alleen ingebracht als zij daarvoor toestemming hebben gegeven aan de beroepskracht die hun situatie wil bespreken. Is er geen toestemming gegeven dan wordt een cliënt alleen ingebracht als er sprake is van een overmachtsituatie.
5. Een beroepskracht die een cliënt inbrengt geeft aan het begin van de bespreking eerst aan of hij toestemming voor de bespreking heeft. Is er geen toestemming, dan legt hij de overige deelnemers uit waarom hij meent dat er sprake is van een overmachtsituatie waarin de cliënt, ondanks het ontbreken
6. van toestemming, toch besproken moet worden.
7. De cliëntgegevens die door de deelnemers worden verstrekt zijn noodzakelijk voor het dienen van het belang van de cliënt, worden alleen verstrekt aan die deelnemers van het overleg die deze gegevens nodig hebben voor hun taakuitoefening.
8. Iedere cliëntbespreking wordt afgesloten met: afspraken over acties of vervolgstappen die naar aanleiding van de bespreking zullen worden ondernomen door een of meer van de deelnemers. NB: Bij het maken van deze afspraken behoudt iedere deelnemer zijn eigen professionele verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg of voor de behandeling van de cliënt, afspraken over de wijze waarop de cliënt wordt geïnformeerd over de inhoud en de resultaten van het overleg.
9. De deelnemers aan het netwerk gaan zorgvuldig om met de cliëntgegevens die in het netwerk worden verstrekt. Zij verstrekken deze gegevens alleen aan andere beroepskrachten van buiten het netwerk als daarover in het netwerk afspraken zijn gemaakt, in dat geval worden alleen die gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn voor het dienen van het belang van de cliënt.
10. Verslagen van besprekingen in het netwerk beperken zich tot de afspraken die naar aanleiding van de bespreking zijn gemaakt. Deze verslagen maken deel uit van het dossier dat de verschillende beroepskrachten die aan het netwerk deelnemen over de cliënt hebben aangelegd. NB: Omdat het verslag deel uitmaakt van het dossier heeft de cliënt in principe recht op inzage in het verslag, voor zover het verslag hem betreft.

Uit: Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg (Ministerie van VWS, 2003)

(Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt

De Sociaal-Economische Raad (SER) pleit voor één loket voor probleemjongeren. De toekomstige Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) zouden hierin kunnen voorzien. De SER vindt dat alle instanties één lijn moeten trekken voor wanneer jongeren in aanmerkingen komen voor zorg. Ook moet elke jongere een eigen hulpverlener krijgen die de zorg coördineert. Een mogelijke werkwijze is dat de eerste instelling die de verantwoordelijkheid voor de behandeling van een jongere accepteert verantwoordelijk blijft voor het hele behandeltraject (Volkskrant 26 oktober 2009). Bij Mondriaan is met de ketenpartners afgesproken dat de instelling met expertise op het hoofdprobleem van de jongere de jongere in behandeling krijgt. Maar de toewijzing zou ook via een centraal loket geregeld kunnen worden, in veel steden is al een jongerenloket. Belangrijk is in ieder geval om onderling afspraken te maken over de toewijzing van zorg, de hoofdverantwoordelijke voor het behandeltraject en wie welke taken uitvoert betreffende de cliënt.

Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) beveelt aan om ouders en jongeren zich te laten committeren aan de hulpverlening middels het tekenen van een (keten)contract. 'In een dergelijk contract wordt – in samenspraak met jongeren en ouders – opgenomen wat de doelen van de hulpverlening zijn, hoe de hulpverlening opgezet wordt, en welke partners betrokken zijn/worden bij de hulpverlening. Ook committeren de hulpverleners, jongere en ouders zich eraan om het gewenste resultaat te behalen. Het bereiken van de achttienjarige leeftijd, het aflopen van leerplicht en andere (huidige) belemmeringen spelen dan geen rol meer' (p.24).

Good practice divisie Jongeren en Middelengebruik Mondriaan en ketenpartners

De divisie Jongeren en Middelengebruik van Mondriaan heeft samen met een aantal ketenpartners (waaronder Bureau Jeugdzorg, Xonar (jeugdhulpverlening) en Gastenhof (orthopedagogisch behandelinstituut)) een gezamenlijke screening van problematiek bij jongeren opgezet. Het uitgangspunt van behandeling is:

De jongere krijgt de behandeling die hij/zij nodig heeft, daar waar de expertise voor het primaire probleem ligt. Diagnostiek is hierin bepalend.

Is middelengebruik het primaire probleem, dan beschikt het behandelaanbod Jongeren en Middelengebruik over de gewenste expertise en zal de behandeling, ook van co-morbiditeit, daar plaatsvinden.

Is er primair sprake van orthopsychiatrische problematiek, dan wel psychiatrische problematiek, dan zal de behandeling plaatsvinden bij een instelling die meer gespecialiseerd is in orthopsychiatrie.

Wanneer naast het primaire probleem nog andere problematiek speelt is er sprake van samenwerking en/of co-behandeling. Dit kan op de volgende manieren worden vormgegeven:

- Consultatie tussen professionals onderling, eenmalig of periodiek als onderdeel van de behandeling.
- Mee-behandelen op individueel niveau.
- Mee-behandelen op groepsniveau.
- Co-behandeling als geïntegreerde zorg waarbij de expertise op meerdere terreinen gekoppeld worden.

In de beleidsnotitie 'Behandelaanbod Jongeren en Middelengebruik' (Wetsels & Wilbers, 2009) wor-

den de volgende randvoorwaarden voor de ketensamenwerking genoemd:

1. Diagnostiek is een bepalende factor t.a.v. de samenwerkingsvorm;
 2. Een goede overleg- en communicatiestructuur;
 3. Commitment en flexibiliteit van alle partijen om de juiste zorg voor jongeren als een gezamenlijk product te beschouwen.
-

Financiën

Verschillende instanties hebben te maken met verschillende geldstromen. Dit kan de samenwerking bemoeilijken. Wees hier alert op, en maak duidelijke afspraken, met name ook over wie de cliënt toegewezen krijgt. Mogelijk wordt dit in de toekomst meer ondersteund vanuit het Rijk. De Sociaal-Economische Raad pleit ervoor dat samenwerking tussen instanties financieel beloond gaan worden door het kabinet.

1.3. Implementatie

Zie voor de implementatie Deel III: Implementatie en training.

1.4. Maak de samenwerking zichtbaar zowel op management- als op uitvoerend niveau

Na de implementatie bestaat er altijd risico op verwateren van de samenwerking. Maak de samenwerking zichtbaar, expliciteer en formaliseer. Dit zowel op management- als op uitvoerend niveau, en zowel binnen de eigen organisatie als naar externe partijen: toon de gebundelde expertise aan en houd deze warm. Dit kan via nieuwsbrieven of netwerk-bijeenkomsten.

Handige hulpmiddelen

Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.

- Tool 7: Netwerkbijeenkomsten

1.5. Evalueer de samenwerking op strategisch niveau periodiek

Het evalueren van de samenwerking kan op procesniveau (wat loopt wel en niet goed in de samenwerking), en op uitkomstniveau (leidt de samenwerking tot betere zorg voor de jongere).

Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) geeft het advies dat de ketenaanpak wel voldoende tijd moet krijgen om 'effectief te worden': 'Het is niet aan te raden om een vastgesteld – rigide – tijdpad te stellen aan de ketenaanpak. Wanneer de gewenste resultaten niet binnen één of twee jaar zichtbaar zijn, is dit nog geen reden om de aanpak volledig te herzien of te stoppen. Evalueer de (keten) aanpak en de onderdelen daarbinnen, en laat hierbij ruimte om bij te stellen of aan te scherpen. Het op korte termijn niet-slagen van een traject zou niet direct moeten leiden tot het beëindigen van een aanpak. Eerst moet gekeken worden naar de oorzaken van het niet-slagen van het traject. Hiervoor dient de tussentijdse evaluatie. Op basis van deze evaluatie, waarbij tussentijdse resultaten en effecten worden gemeten, kan dan besloten worden om het traject een langere

doorlooptijd te geven, te stoppen, of de aanpak aan te passen' (Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009, p.22).

Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) beveelt aan om met levensloopbeschrijvingen te werken voor snel zich op resultaten. Met dit instrument wordt aan de hand van een casus inzichtelijk gemaakt of en hoe voorzieningen samenwerken. Aan de hand van de levensloop van een jongere die kampt met het onderzochte probleem, wordt in detail geconstrueerd wat gedaan is, waarom, door wie en met welk resultaat. Meer informatie hierover is te vinden op www.jeugdinspecties.nl (zie figuur 4 met een voorbeeld van een levensloopbeschrijving).

Handige hulpmiddelen

Integraal Toezicht Jeugdzaken. (2009). *Werkende Ketens? Metarapportage over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken.

- Hoofdstuk 4: De jongere centraal: levensloopbeschrijving

2. Bepaal instrumenten voor screening, diagnostiek

2. Bepaal instrumenten voor screening, diagnostiek	2.1. Kies een of meer instrumenten voor screening en/of diagnostiek. Dit is afhankelijk van: <ul style="list-style-type: none">- De doelgroep- De keten(s) en setting(s) waarin u de instrumenten wilt implementeren- De levensgebieden die u in kaart wilt brengen: alleen middelengebruik of ook andere problematiek- Of alleen screening of ook diagnostiek eenduidig dient plaats te vinden
	2.2. Train medewerkers in afname van de vragenlijst(en)
	2.3. Implementeer de vragenlijst(en) in de relevante ketens
	2.4. Evalueer de vragenlijst(en) (bruikbaarheid, resultaten)

2.1. Kies een instrument voor screening, diagnostiek

Het gebruik van een screener structureert de vroegsignalering van middelenmisbruik bij jongeren. Voordeel van een screener is dat er dezelfde taal wordt gesproken en er meer eenduidigheid is over de norm. Wanneer een nieuwe samenwerking of keten wordt opgezet kan ook worden gekozen voor eenduidigheid in diagnostiek. Er is veel keuze in instrumenten voor screening en diagnostiek. Voor welk instrument gekozen wordt is afhankelijk van:

- De doelgroep
- De keten(s) en setting(s) waarin u de instrumenten (vragenlijsten) wilt implementeren
- De levensgebieden die u in kaart wilt brengen: alleen middelengebruik of ook andere problematiek
- Of alleen screening of ook diagnostiek eenduidig dient plaats te vinden

Hierachter gaan twee modellen schuil. In het eerste model wordt een korte screener geïmplementeerd die als doel heeft dat externe partners snel kunnen doorverwijzen naar de verslavingszorg. In het tweede model wordt met een aantal ketenpartners een gezamenlijk systeem opgezet van vroegsignalering van middelenproblematiek, maar ook van veelvoorkomende comorbide problematiek. Problemen op meerdere leefgebieden worden in kaart gebracht zodat al in een vroeg stadium begonnen kan worden met een geïntegreerde behandeling. Beide modellen sluiten elkaar niet uit.

Bepaal de doelgroep

De doelgroep is niet alleen de cliënt, maar ook de samenwerkende organisaties. Hoe breder (universele) de doelgroep, hoe korter de screener doorgaans is, en hoe specifieker (geïndiceerd/selectief) de doelgroep, hoe uitgebreider de screener kan zijn.

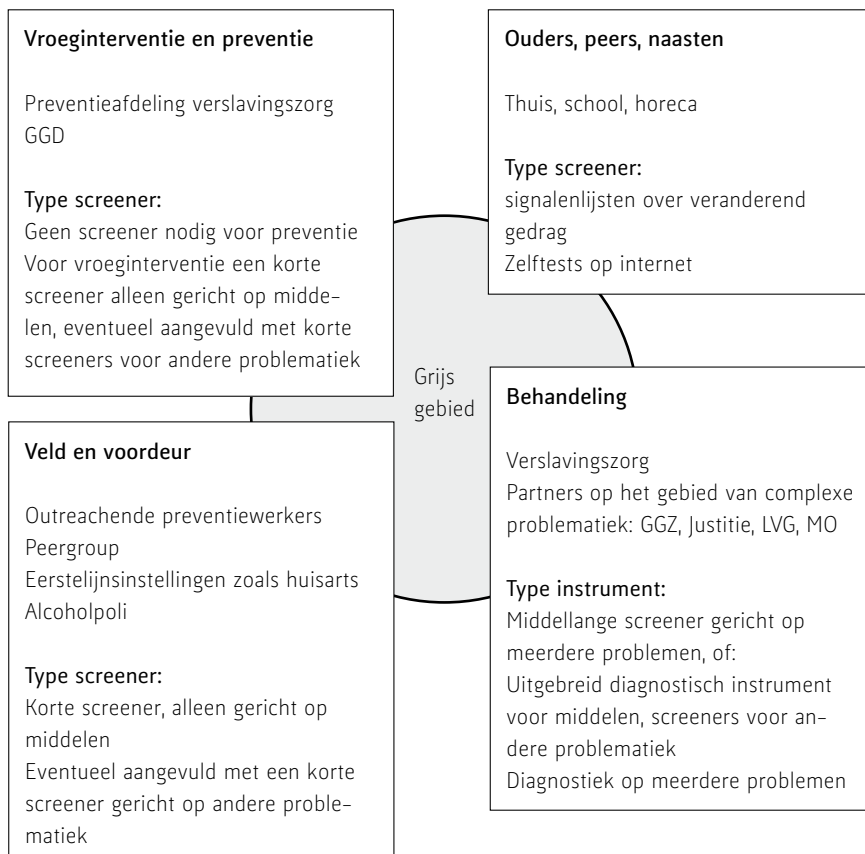
Bepaal de keten(s) en setting(s) waarin u de vragenlijsten wilt implementeren

De vragenlijst moet aansluiten bij de keten(s) en setting(s) waarin deze geïmplementeerd zal worden. Hierbij kan gedacht worden aan de onderstaande settings (bijvoorbeeld school, uitgaansleven, justitiële settings, psychiatrische settings), of aan ketens (bijvoorbeeld voordeur, straatwerk, behandeling).

Gedacht kan worden aan de onderstaande settings:

Risicogroep	Settings
Jonge delinquenten	Justitie, Halt, jeugdgevangenis, jeugdreclassering, jongerenpolitie
Jongeren die in contact zijn geweest met institutionele zorg	Bureau jeugdzorg, jeugdhulpverlening, Raad van Kinderbescherming
Schooldrop-outs, spijbelaars en scholieren met sociale of studieproblemen	Spijbelpolitie, leerlingbegeleiders, Bureau vroegtijdig schoolverlaters, CWI voor schoolverlaters, schoolarts
Jongeren met een licht verstandelijke beperking	Instanties voor LVG-jongeren zoals MEE
Jongeren met psychische problemen	GGZ, RIAGG, Orthopsychiatrie
Jongeren die opgroeien onder ongunstige omstandigheden	Raad van de Kinderbescherming, Jeugdhulpverlening, Bureau Jeugdzorg, OGGZ, vangnet bemoeizorg, thuiszorg, zwerfjongeren, maatschappelijke opvang, KOPP/KVO-trajecten
Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik	Alcoholpoli, huisartsen, ziekenhuis, jeugdpoli, schoolartsen, straathoekwerk, verslavingszorg, ouders, peers

Gedacht kan worden aan de volgende ketens:



Per setting en keten moet gekeken worden naar de volgende vragen:

- Wat zijn de problemen in deze setting?
- Wat is het doel van screening en/of diagnostiek in deze setting?
- Hebben uw ketenpartners vooral behoefte aan een screener om de blinde vlekken betreffende middelenmisbruik in kaart te brengen, of is er behoefte aan een gezamenlijk systeem om jongeren op meerdere levensgebieden gelijktijdig te screenen of diagnosticeren?

Bepaal de levensgebieden die u in kaart wilt brengen en de problematiek die u wilt screenen

Uit de literatuurstudie blijkt dat middelenmisbruik of -misbruik vaak samen gaat met problemen op andere levensgebieden (Couwenberg, 2009). Middelenmisbruik bij ado-

lescenten is vaak geen apart probleem, maar slechts een deel van een uitgebreid probleemgebied. Middelenmisbruik hoeft ook niet altijd het voornaamste probleem te zijn. Goed inzicht in de multi-problematiek is essentieel om de meest geschikte en effectiefste behandeling te bepalen. Levensgebieden zijn bijvoorbeeld: school, sociale problemen, familie, psychologische problemen, criminaliteit en middelengebruik. Centraal staat de vraag: is het alleen nodig om het middelengebruik te screenen of ook andere problematiek? Hier zijn twee modellen mogelijk:

- één screener die verschillende levensgebieden integreert
- een combinatie van verschillende korte vragenlijsten voor screening (bijvoorbeeld 1 op middelengebruik, 1 op psychische problematiek). Deze korte vragenlijsten voor screening worden dan als set geïmplementeerd.

Handige hulpmiddelen

Postma, S. (2008). JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM.

Bepaal of alleen screening of ook diagnostiek nodig is

Voortvloeiend uit de bovenstaande beslissingen volgt de afweging tussen een korte screener gericht op signalering van problemen rond een of meer middelen, of een langere diagnostische vragenlijst die meerdere leefgebieden in kaart brengt. De keuze voor een vragenlijst is afhankelijk van de setting waarin de screener toegepast gaat worden. Hoe dichterbij 'de straat', hoe meer een screener aangewezen is. Er is dan immers vaak nog geen band met de jongere, waardoor deze moeilijker te motiveren is voor een langer gesprek.

Korte vragenlijsten voor screening zijn vaak gericht op een specifiek leefgebied, bijvoorbeeld middelengebruik of psychiatrie, terwijl langere vragenlijsten vaak meerdere leefgebieden in kaart brengen. Korte screeners en lange vragenlijsten voor diagnostiek sluiten elkaar niet uit. Een korte vragenlijst zou indien nodig opgevolgd kunnen worden door een lange. Het voordeel van een korte vragenlijst is dat deze minder intensief is, dus waarschijnlijk ook minder intensief om te implementeren. Ook kan in een vroeg contact door outreachende teams vaak makkelijker gewerkt met een korte vragenlijst waar geen pen en papier voor nodig is. Het nadeel van een korte vragenlijst is dat deze maar beperkt de problematiek in kaart brengt, en slechts een indicatie geeft van mogelijke problemen. Middelenmisbruik of -afhankelijkheid gaat vaak samen met problemen op andere levensgebieden. Middelenmisbruik hoeft niet altijd het voornaamste probleem te zijn. Goed inzicht in de multi-problematiek is essentieel om de meest geschikte en effectieve behandeling te bepalen. Dit zou pleiten voor een wat uitgebreidere vragenlijst die niet alleen het middelenmisbruik in kaart brengt. Een nadeel van een langere vragenlijst is dat deze tijdsintensiever is, en moeilijker te implementeren.

Resultaten van de literatuurstudie naar instrumenten voor screening en diagnostiek

Uit een analyse van de verschillende instrumenten voor screening en diagnostiek blijkt dat er veel keuze is (zie literatuurstudies, bijlage 2). Er zijn veel vragenlijsten voor jongeren die zich richten op verschillende problemen. De wetenschappelijke literatuur biedt geen eenduidigheid over welk instrument het beste zou zijn.

Screening	Geschikte screeners zijn de CAGE-AID (middelen) en de SDQ (psychiatrie) (Couwenbergh, 2009). Ook de CRAFFT of POSIT (Handboek verslaving, 2009) zijn geschikt. De AUDIT-4 is geschikt voor de settingen school en vrije tijd (Risselada & Schoenmakers, 2010), maar deze screent alleen op alcoholproblemen.
-----------	--

Diagnostiek	Geschikte instrumenten voor diagnostiek zijn de EuroADAD (middelen), de ASI (middelen) en de YSR (psychiatrie). Verwacht wordt dat als de MATE-jeugd ontwikkeld is, dit ook een goed instrument zou kunnen zijn.
-------------	--

2.2. Train medewerkers in de screeningsinstrumenten

Training in het gebruik van de screeningsinstrumenten kan onderdeel uitmaken van de training in signaleren en motiveren die onder paragraaf 3: Methodieken wordt besproken. Zie hiervoor Deel III, p. 59: Trainingsplan.

2.3. Implementeer de screener in de relevante ketens

Zie hiervoor de implementatiestappen van Grol en Wensink en het implementatieplan (zie Deel III: Implementatie en training).

2.4. Evalueer de screeningsinstrumenten (bruikbaarheid, resultaten)

Evalueer het screeningsinstrument op bruikbaarheid voor het voorafgesteld doel en op de resultaten van het screeningsinstrument. Bepaal of bijsturing nodig is op inhoud (het instrument is niet bruikbaar) of uitvoeringsniveau (het instrument wordt niet op de juiste manier uitgevoerd).

3. Methodieken

- | | |
|---|--|
| 3. Bepaal het benodigde op het gebied van methodieken | <p>3.1. Beslis of externe professionals naast signaleren ook gedrag met jongeren zullen bespreken en hen zullen gaan motiveren tot verandering, en/of dat (getrainde) interne medewerker(s) worden gestationeerd bij een externe organisatie.</p> <p>3.2 Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden in:</p> <ul style="list-style-type: none">- methodieken om middelenproblematiek te signaleren, of deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik nodig hebben- methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen |
|---|--|

- 3.3. Inventariseer of verslavingszorgmedewerkers getraind moeten worden in methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen
 - 3.4. Inventariseer of er protocollen beschikbaar zijn waarin strategieën of methodieken beschreven staan (bijvoorbeeld van het PVA).
 - 3.5. Train de methodieken
 - 3.6. Implementeer de methodieken en stationeer eventueel medewerker(s) extern
 - 3.7. Evalueer de resultaten van de methodieken of samenwerking periodiek
-

Deze stappen zijn beschreven bij Optie 1: aansluiten bij bestaande keteninitiatieven, hoofdstuk 5.

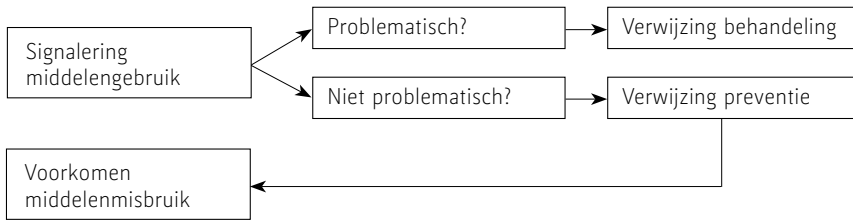
4. Bepaal de vervolgstap(pen) in de zorgtoeleiding

- | | |
|--|--|
| 4. Bepaal de vervolgstap(pen) in de zorgtoeleiding | <ol style="list-style-type: none">4.1. Leid de cliënt naar de juiste hulp4.2. Kijk wat de cliënt naast hulp op het gebied van middelengebruik nog meer nodig heeft4.3. Bepaal of de problemen van de cliënt gelijktijdig of opeenvolgend behandeld gaan worden4.4. Bepaal wie de hoofdbehandelaar is; kies eventueel voor een instellingsoverstijgende casemanager4.5. Evalueer de praktijksamenwerking op uitvoeringsniveau periodiek |
|--|--|
-

Hoewel de ketensamenwerking al start bij de signalering, moet deze ook voortgezet worden bij de toeleiding naar zorg en behandeling zodat continuïteit van zorg gewaarborgd wordt. Waar in het vorige hoofdstuk aangesloten kon worden bij bestaande afspraken over de zorgtoeleiding, zal bij het opzetten van een nieuwe keten voor vroegsignalering ook de samenwerking in zorgtoeleiding vanaf de grond opgezet moeten worden. Aangezien deze stappen gedeeltelijk al aan de orde zijn gekomen, zal het kort besproken worden.

De cliënt naar de juiste hulp leiden (5.1) kan zich richten op hulp voor middelenproblematiek, hetgeen behandeling of preventie kan zijn (zie figuur 5), of hulp op het gebied van andere leefgebieden.

Figuur 5. De verhouding tussen signaleren, behandeling en preventie.



Met de cliënt wordt niet alleen de jongere bedoeld, maar ook zijn naasten. De jongere zelf kan alleen behandeld worden, of samen met zijn naasten, of alleen de naasten kunnen in behandeling gaan.

Er moet dus een inventarisatie gemaakt worden van de verschillende leefgebieden waarop de cliënt hulp nodig heeft (5.2). Vervolgens moeten hier de juiste zorgpartners bij gekozen worden en moet bepaald worden of de problemen van de cliënt gelijktijdig of opeenvolgend behandeld gaan worden (5.3). Bepaal wie de hoofdbehandelaar is; kies eventueel voor een instellingsoverstijgende casemanager (5.4), bouw hierin eventueel voort op afspraken die gemaakt zijn bij 3.2.: de waarborging van randvoorwaarden en afspraken over de verantwoordelijkheid voor de cliënt en het toewijzen van een hoofdbehandelaar. De resultaten van deze praktijksamenwerking moeten op uitvoeringsniveau periodiek geëvalueerd worden (5.5), bijvoorbeeld door middel van een levensloopbeschrijving. Tips hiervoor vindt u bij 3.5.

Schematische weergave richtlijn vroegsignalering

FASE I: Oriënteren, inventariseren en afbakenen

1. Bepaal een doelgroep	<ol style="list-style-type: none">1.1. Bepaal een doelgroep<ul style="list-style-type: none">- Brede doelgroep- Specifieke doelgroep1.2. Maak een analyse van de problematiek en de knelpunten bij de zorg aan deze doelgroep (op doelgroepniveau, niet individueel)1.3. Bepaal een meetbaar effect van de vroegsignalering1.4. Evalueer de uitgangspunten (doelgroep, doel) periodiek
2. Inventariseer de betrokken partijen en keteninitiatieven	<ol style="list-style-type: none">2.1. Inventariseer de betrokken partijen die nodig zijn om de zorgvraag van de doelgroep te beantwoorden:<ul style="list-style-type: none">- In het systeem rondom de jongere (familie, school, vrienden)- In de interne organisatie- Externe partijen- Keten van continuïteit van zorg2.2. Inventariseer de bestaande keteninitiatieven rondom de doelgroep<ul style="list-style-type: none">- Zijn de belangrijkste benodigde partners al vertegenwoordigd in keteninitiatieven?
3. Maak een krachtenveldanalyse van de betrokken partijen	<ol style="list-style-type: none">3.1. Maak een analyse van de geldende norm rondom middelengebruik bij:<ul style="list-style-type: none">- De jongeren en peers- De ouders- In de interne organisatie- Onder externe partners- Keteninitiatieven3.2. Inventariseer de startpositie van de verschillende partijen met betrekking tot vroegsignalering van middelenproblematiek3.3. Inventariseer de belangen van de verschillende partijen:<ul style="list-style-type: none">- Welke partijen delen de probleemanalyse (uit 1.2)?- Welke strategieën kunnen (nu of in de toekomst) gebruikt worden om de overige partijen te betrekken? <hr/> <p>Maak een keuze tussen, of bepaal een combinatie van:</p> <ul style="list-style-type: none">- Het aansluiten bij bestaande keteninitiatieven: hier de middelenproblematiek op de agenda zetten of verder uitwerken- Het opzetten van een nieuwe keten met als doel het signaleren van middelenproblematiek onder de doelgroep

FASE II: Opstarten vroegsignalering

Optie 1: Aansluiten bij bestaande ketensamenwerking

- | | |
|--|--|
| 1. Bepaal de mate van aandacht voor middelenproblematiek in de keteninitiatieven | 1.1. Inventariseer binnen de keteninitiatieven: <ul style="list-style-type: none">- In welke mate er aandacht is voor middelenproblematiek- Welke aanknopingspunten er zijn om deze aandacht te vergroten (bijvoorbeeld een probleemanalyse)- De norm in de keten betreffende middelenproblematiek |
| <hr/> | |
| 2. Randvoorwaarden | 2.1. Inventariseer de randvoorwaarden en afspraken van de bestaande keteninitiatieven op het gebied van: <ul style="list-style-type: none">- Zakelijke arrangementen- Communicatie- Technische hulpmiddelen- Privacy en uitwisseling van informatie- (Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt- Financiën 2.2. Bepaal in hoeverre deze aansluiten bij de eisen van de eigen organisatie, waar verschillen zitten en welke strategie het meest gepast is om met deze verschillen omgegaan |
| <hr/> | |
| 3. Introduceer (een intensievere aandacht voor) middelenproblematiek in de keten | 3.1. Creëer commitment voor de vroegsignalering van middelenproblematiek in de keteninitiatieven
3.2. Probeer bij de partners draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm voor middelenproblematiek voor de specifieke doelgroep
3.3. Bepaal doelen van de samenwerking en evalueer deze periodiek |
| <hr/> | |
| 4. Bepaal het benodigde op het gebied van screeningsinstrumenten | 4.1. Inventariseer de gebruikte screeningsinstrumenten in de keteninitiatieven <ul style="list-style-type: none">- Is hierin (voldoende) aandacht voor middelenproblematiek?- Zou hieraan nog een korte screener toegevoegd kunnen worden voor middelenproblematiek? 4.2. Train medewerkers indien nodig in de screener van middelenproblematiek
4.3. Implementeer de screener in de relevante keteninitiatieven
4.4. Evalueer de screener (bruikbaarheid, resultaten) |
| <hr/> | |
| 5. Bepaal het benodigde op het gebied van methodieken | 5.1. Beslis of externe professionals, naast signaleren, ook gedrag met jongeren zullen bespreken en hen zullen gaan motiveren tot verandering, en/of dat (getrainde) interne medewerker(s) worden gestationeerd bij een externe organisatie.
5.2. Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden in: <ul style="list-style-type: none">- methodieken om middelenproblematiek te signaleren, of deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik nodig hebben |

- methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen
- 5.3. Inventariseer of verslavingszorgmedewerkers getraind moeten worden in methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen
- 5.4. Inventariseer of er protocollen beschikbaar zijn waarin strategieën of methodieken beschreven staan (bijvoorbeeld van het PVA).
- 5.5. Train de methodieken
- 5.6. Implementeer de methodieken en stationeer eventueel medewerker(s) extern
- 5.7. Evalueer de resultaten van de methodieken of samenwerking periodiek

- | | |
|--|---|
| 6. Bepaal de vervolgstap(pen) in de zorgtoeleiding | 6.1. Inventariseer de bestaande afspraken over zorgtoeleiding
6.2. Bepaal wat er verder nodig is op het gebied van zorgtoeleiding
6.3. Bepaal de doelen van de zorgtoeleiding en evalueer deze periodiek. |
|--|---|

Optie 2: Opzetten van een nieuwe keten voor de doelgroep

- | | |
|---|---|
| 1. Bepaal de ketenpartners en de randvoorwaarden van samenwerking | 1.1. Start de samenwerking <ul style="list-style-type: none"> - Selecteer een kerngroep van ketenpartners met wie u tot een gezamenlijke probleemanalyse bent gekomen - Indien nodig: Breid de kerngroep uit - Probeer bij de partners draagvlak te creëren voor een gezamenlijke norm voor middelenproblematiek voor de specifieke doelgroep - Sluit eventueel aan bij bestaande keteninitiatieven 1.2. Zorg voor waarborging van de randvoorwaarden en maak afspraken over: <ul style="list-style-type: none"> - Privacy en uitwisseling van informatie - (Hoofd)verantwoordelijkheid en taken betreffende de cliënt - Financiën - Communicatie - Zakelijke arrangementen - Technische hulpmiddelen 1.3. Implementatie
1.4. Maak de samenwerking zichtbaar zowel op management- als op uitvoerend niveau.
1.5. Evalueer de samenwerking op strategisch niveau periodiek |
|---|---|
-
- | | |
|------------------------------------|--|
| 2. Bepaal een screeningsinstrument | 2.1. Kies een screeningsinstrument en/of diagnostisch instrument
Dit is afhankelijk van: <ul style="list-style-type: none"> - De doelgroep - De keten(s) en setting(s) waarin u het instrument wilt implementeren |
|------------------------------------|--|

	<ul style="list-style-type: none"> - De levensgebieden die u in kaart wilt brengen: alleen middelen-gebruik of ook andere problematiek - Of alleen screening, of ook diagnostiek eenduidig dient plaats te vinden <p>2.2. Train medewerkers in de screeningsinstrumenten</p> <p>2.3. Implementeer de screeningsinstrumenten in de relevante ketens</p> <p>2.4. Evalueer de screeningsinstrumenten (bruikbaarheid, resultaten)</p>
3. Bepaal het benodigde op het gebied van methodieken	<p>Beslis of externe professionals, naast signaleren, ook gedrag met jongeren zullen bespreken en hen zullen gaan motiveren tot verandering, en/of dat (getrainde) interne medewerker(s) worden gestationeerd bij een externe organisatie.</p> <p>3.1 Inventariseer of externe professionals getraind moeten worden in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - methodieken om middelenproblematiek te signaleren, of deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik nodig hebben - methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen <p>3.2. Inventariseer of verslavingszorgmedewerkers getraind moeten worden in methodiek(en) om motivatie en probleeminzicht bij jongeren te verhogen</p> <p>3.3 Inventariseer of er protocollen beschikbaar zijn waarin strategieën of methodieken beschreven staan (bijvoorbeeld van het PVA).</p> <p>3.4. Train de methodieken</p> <p>3.5. Implementeer de methodieken en stationeer eventueel medewerker(s) extern</p> <p>3.6. Evalueer de resultaten van de methodieken of samenwerking periodiek</p>
4. Bepaal de vervolgstap(pen) in de zorgtoeleiding	<p>4.1. Leid de cliënt naar de juiste hulp</p> <p>4.2. Kijk wat de cliënt naast hulp op het gebied van middelengebruik nog meer nodig heeft</p> <p>4.3. Bepaal of de problemen van de cliënt gelijktijdig of opeenvolgend behandeld gaan worden</p> <p>4.4. Bepaal wie de hoofdbehandelaar is; kies eventueel voor een instellingsoverstijgende casemanager</p> <p>4.5. Bepaal of het systeem van de cliënt ook hulp nodig heeft, en zo ja, welke hulp.</p> <p>4.6. Evalueer de praktijksamenwerking op uitvoeringsniveau periodiek</p>

Deel III

Implementatie en training

Implementatieplan

1. Inleiding

Bij het implementeren van de richtlijn vinden drie momenten plaats waarop implementatie speciale aandacht behoeft:

- implementatie van screeningsinstrumenten in de relevante settings
- implementatie van methodieken voor motiveren en signaleren
- implementatie van de ketensamenwerking

Bij implementatie vinden steeds de volgende aandachtspunten plaats:

1. Informeren
2. Trainen en waarborgen
3. Evalueren (zowel op proces als op uitkomst)

In het onderstaande implementatieplan worden deze aandachtspunten uitgewerkt voor implementatie. Dit implementatieplan is opgesteld aan de hand van Grol en Wensink (2006), de door Calsbeek en Rosendal (2007) gesignaleerde bevorderende en belemmerende factoren voor het slagen van ketensamenwerking, en de ervaringen van de geïnterviewden van de pilot bij Mondriaan.

2. Implementatieplan van Grol en Wensink

Het implementatieplan van Grol en Wensink (2006) bevat de volgende zes stappen:

-
- 1) Het ontwikkelen van een concreet en haalbaar voorstel voor verandering. Cruciale kenmerken van een succesvolle innovatie zijn ondermeer dat ze meer voordelen oplevert dan de bestaande werkwijze en dat de resultaten van de nieuwe werkwijze goed zichtbaar zijn, ook voor anderen.
-
- 2) Het in kaart brengen van de feitelijke zorg: welke zorg wordt nu geleverd, is deze conform de voorgestelde werkwijze, waar liggen de belangrijkste afwijkingen en welke aspecten zijn al voldoende geïmplementeerd? Om de feitelijke zorgverlening goed in kaart

te brengen, zijn ondermeer indicatoren nodig waarmee men de gewenste wijze van werken kan meten.

-
- 3) Het analyseren van de doelgroep en de setting. Hiermee wordt het analyseren van de context bedoeld waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep en van bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering.

 - 4) Het ontwikkelen of selecteren van strategieën. Voorbeelden van strategieën zijn het ontwikkelen van protocollen, reminders, disease- of casemanagementsystemen, enzovoort. Omdat er meestal meerdere factoren een rol spelen is er meestal een combinatie van maatregelen nodig om succes te boeken.

 - 5) Het ontwikkelen, testen en uitvoeren van de implementatieactiviteiten. Het implementatieplan kan bijvoorbeeld eerst op kleine schaal worden getest op geschiktheid en haalbaarheid.

 - 6) Het evalueren en (eventueel) bijstellen van het plan. In deze laatste stap gaat het om een evaluatie van de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen bereikt? De uitkomsten kunnen consequenties hebben voor ondermeer het bijstellen van de doelen en aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren.
-

3. Resultaten van de pilot

In de interne toets bij Mondriaan is gevraagd waar een goede implementatie van vroegsignalering via een ketensamenwerking aan zou moeten voldoen. Hieraan gekoppeld zijn de adviezen over de bevorderende en belemmerende factoren voor het slagen van ketensamenwerking van Calsbeek en Rosendal (2007) die in kaders zijn toegevoegd.

1. Voorbereiding

Communiceren over het initiatief: informeren en trainen

Bij het opzetten van ketensamenwerking is het nodig de betrokken partijen goed te informeren. Hiervoor is een goede PR-campagne nodig. Zorg dat mensen die op cruciale plekken zitten geïnformeerd en geïnstrueerd worden. Belangrijk is om hierin outreachend te werk te gaan. Organiseer bijeenkomsten om mensen te informeren. Cruciaal bij het informeren is om te benadrukken dat de invoering van de ketensamenwerking evidence-based is, dat er goed beargumenteerd wordt waarom deze innovatie nodig is en at het doel ervan is. Good-practice voorbeelden uit andere regio's kunnen hier ook ondersteunend bij werken. Nadat mensen geïnformeerd zijn, zorg ervoor dat de contacten warm blijven.

Naast informeren is het belangrijk mensen ook te trainen en studiedagen en workshops hiervoor te organiseren. Dit bevordert de kennis en vaardigheden van de medewerkers.

2. Randvoorwaarden vooraf

Zorg dat de ketensamenwerking praktisch is, en toegespitst op de context waarin men-

sen werken, op het werkveld en op de jongeren zelf. Zorg dat de ketensamenwerking een duidelijke structuur heeft. Landelijke en provinciale richtlijnen en regels zouden helpend kunnen zijn om te zorgen dat implementatie en verwijzing overal op dezelfde manier wordt opgezet.

Factoren gerelateerd aan de organisatorische context (Calsbeek & Rosendal 2007)

- aanwezigheid (of afwezigheid) van een organisatiestructuur en regie op de keten
 - aanwezigheid (of afwezigheid) van een ketenprotocol
 - (on)duidelijkheid over benodigde deskundigheden, vaardigheden, verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden
 - (on)duidelijkheid over samenwerking en afbakening tussen bijvoorbeeld eerste- en tweedelijnszorg
 - aanwezigheid (of afwezigheid) van goede informatiestromen, zoals EPD
-

3. Waarborging op directieniveau

Het management heeft een belangrijke rol bij het implementeren van ketensamenwerking. Het probleem moet daar erkend worden, en ook daar moeten de middelen en de faciliteiten vrij gemaakt worden: tijd, geld en ruimte. Op directieniveau moeten afspraken gemaakt worden over de ketensamenwerking: wat kan je verwachten, hoe verlopen betaling en doorverwijzing. Zorg dat er uren zijn om aan te sluiten bij structurele overleggen.

Wellicht is het nodig het belang van ketensamenwerking niet alleen op directieniveau te benadrukken, maar ook een stap hoger: in de politiek. Daar zouden al middelen vrijgemaakt kunnen worden om de ketensamenwerking te ondersteunen.

Factoren gerelateerd aan de economische en juridische context (Calsbeek & Rosendal 2007)

- aanwezigheid (of afwezigheid) van financiële en organisatorische schotten tussen verschillende zorgvormen waar patiënten gebruik van maken
 - (ontbreken van) structurele financiering van ketenzorg
 - (ontbreken van) ondersteuning van verzekeraars, gemeente en provincies in combinatie met de inzet van samenwerkende bestuurders van zorginstaties
-

4. Waarborging op hulpverleningsniveau

Naast een top-down benadering vanuit de directie, is het ook nodig aan een bottom-up benadering te werken vanuit cliënt- of hulpverleningsniveau. Vanuit cliëntniveau staat absoluut centraal dat de ketenzorg moet leiden tot een betere zorg voor de cliënt.

De bottom-up benadering op hulpverleningsniveau kan op twee manieren verlopen. Ten eerste vanuit bepaalde casussen of problematieken, ten tweede in structurele overleggen. Professionals vinden elkaar rondom bepaalde thema's of een casus. Van daaruit kan

verder gewerkt worden aan de implementatie van samenwerking. Er wordt gestart vanuit een concrete situatie, en de ervaringen dat de partijen baat hebben gehad bij het gezamenlijk aanpakken van deze casus. Vanuit deze ervaring wordt de samenwerking verder uitgebouwd. Zorg voor een goede terugkoppeling.

Ten tweede is het van belang om structureel contact te houden, de lijnen warm te houden ook als er niet direct aanleiding toe is. Neem deel aan structurele overleggen met de verschillende partners. Blijf werken aan de verstandhouding, dit is een continu proces. Om ketensamenwerking in stand te houden is veel overleg nodig.

Als groot knelpunt wordt ervaren dat instellingen niet dezelfde taal spreken en niet dezelfde norm hanteren. Voor andere organisaties is middelengebruik vaak niet het hoofdprobleem, waardoor zij soms lastig te motiveren zijn. Om dezelfde taal te gaan spreken en elkaar te informeren over de eigen expertise zijn scholing en training nodig. Het is van belang goed aan te sluiten bij elkaars werkwijze en regels omtrent middelengebruik. Een screeningsinstrument wordt hierbij als uitermate ondersteunend ervaren, maar ook een tool als motiverende gespreksvoering zou breed ingezet kunnen worden bij andere instellingen. Er moet een gevoel ontstaan van gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de cliënt. Kernwoorden voor een goede ketensamenwerking zijn: samen doen en flexibiliteit. De borging moet breed gebeuren aangezien de verslavingszorg een groot verloop in personeel kent (ook op managementniveau). Belangrijk is elkaar te kennen, dat duidelijk is wie wat doet. Het helpt om via bestaande structuren binnen te komen, via de contacten die er al zijn.

Factoren gerelateerd aan individuele hulpverleners (Calsbeek & Rosendal, 2007)

- (on)duidelijkheid over het extra werk dat ketenzorg met zich meebrengt en wat van de individuele zorgverleners wordt verwacht;
- (on)duidelijkheid over de doelgroep van patiënten
- (on)duidelijkheid over wie met welke richtlijn en welk protocol werkt en over aan- of afwezigheid van samenwerkingsafspraken
- (on)duidelijkheid over de effecten van ketenzorg; er is behoefte aan feedback op de werkwijze

Factoren gerelateerd aan de sociale context (Calsbeek & Rosendal, 2007)

- (moeizame) onderlinge samenwerking, persoonlijke contacten, situatie voorafgaand aan ketenzorg
 - (ontbreken van) vertrouwen in deskundigheid van de andere zorgverleners: andermans taken opnieuw moeten uitvoeren
 - balans of spanning tussen samenwerking en concurrentie
-

Algemeen

Ketensamenwerking heeft veel tijd nodig en gaat vaak met vallen en opstaan. Als je elkaar op één gebied hebt gevonden, moet je elkaar soms op een ander gebied weer he-

lemaal opnieuw vinden. Als het ene obstakel is overwonnen, moet voor het volgende obstakel het wiel soms toch opnieuw uitgevonden worden. Het is een intensief proces dat regelmatig van voor af aan begint.

Trainingsplan

De Richtlijn kent verschillende momenten waarop extra training wellicht nodig is. Dit is afhankelijk van de capaciteiten en vaardigheden van medewerkers en trainingen die zij eerder hebben gevolgd.

1. Training psycho-educatie middelengebruik en jongeren (deskundigheidsbevordering professionals)

Trainingen in het signaleren van middelenproblematiek en deskundigheidsbevordering van intermediairs en professionals worden vormgegeven door de diverse verslavingszorginstellingen in Nederland.

2. Training werken met screeningsinstrumenten

Voor het afnemen van een aantal vragenlijsten, bijvoorbeeld de EuroADAD, is een training verplicht. Zonder deze training kan de validiteit van de vragenlijst niet gegarandeerd worden. Voor de EuroADAD zijn trainers getraind en erkend door de EuroADAD groep. Een training voor interviewers is twee dagen; voor interviewers die al getraind zijn in de ASI is een eendaags programma mogelijk. Na afgeronde training ontvangt de interviewer een certificaat en heeft hij het recht om het EuroADAD interview uit te voeren. Een bron/code handleiding wordt tijdens de training verstrekt. Meer informatie over een training voor de EuroADAD is te vinden via info@euroadad.com.

Voor gebruikers van de MATE is een MATE-training ontwikkeld waarin getraind wordt in het gebruik van de MATE. Deze training wordt gegeven door trainers die zijn opgeleid door de ontwikkelaars van de MATE. Deze trainers hebben de MATE Train-de-Trainers training met succes gevolgd en zijn gecertificeerd MATE Trainer. Het LeerNetWerk Verslavingszorg verstrekt en beheert de certificaten voor de trainers. Meer informatie is te vinden op <http://www.mateinfo.eu/dutch/matetraining.html>.

Voor de meeste korte vragenlijsten voor screening is geen training vereist, maar wordt het wel aanbevolen binnen het team het screeningsinstrument te bespreken en oefenen.

3. Training motiverende gespreksvoering

Voor motiverende gespreksvoering is een training vereist. Deze wordt op diverse plaatsen aangeboden, meer informatie is gemakkelijk te vinden via Google.

Niet alleen hulpverleners kunnen getraind worden in motiverende gespreksvoering. Bij het AMC is een training motiverende gespreksvoering gegeven aan ouders van problematische cannabisgebruikers. De trainingen bestonden uit 12 sessies die 3 uur duurden. De eerste analyses laten zien dat bij de ouders die de training volgden, ruim twee keer zoveel kinderen stopten met cannabis dan in een controlegroep. Ook daalde de gebruikte hoeveelheid cannabis sterk: van 0,8 gram per keer naar 0,3 gram (ZonMw, mediator 6, 2009).

4. Training opzetten ketensamenwerking

Voor zover bekend zijn er geen trainingen in ketensamenwerking. Wel zijn er tools voor ketenzorg beschikbaar:

- Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie! Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.

Ook het volgende rapport geeft inzichten, adviezen en best-practices van ketensamenwerking omtrent jongeren:

- Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) Werkende Ketens? Metarapportage over zes onderzoeken naar ketensamenwerking. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken

Een mogelijkheid tot e-learning over ketens en netwerken is er via de website www.ketens-netwerken.nl/.

Het onderstaande schema formuleert basiskennis en competentie die professionals nodig hebben om het betreffende deel van de handleiding goed uit te voeren. In de schuin-gedrukte kolom eronder staan tips en mogelijkheden tot verdere training indien deze competenties onvoldoende aanwezig zijn.

	Kennis	Vaardigheden
Jongeren en middelenproblematiek	De professional is voldoende op de hoogte van de laatste stand van zaken op het gebied van jongeren en middelenproblematiek: welke 'nieuwe drugs' zijn er, wat zijn de laatste inzichten uit de verslavingszorg, neurobiologie, kinder- en jeugdpsychiatrie en andere relevantie vakgebieden	De professional kan de kennis naar zijn eigen praktijk vertalen
	<i>- Zie website Resultaten Scoren, Trimbos & EMCDDA</i> <i>- Zie rapport nieuwe verslaving (Meerkerk et al., 2009)</i>	<i>- Intercollegiale uitwisseling</i> <i>- Intersectorale uitwisseling</i> <i>- Cursus deskundigheidsbevordering voor intermediairen van de dichtstbijzijnde verslavingszorginstelling</i> <i>- Setting gebonden training verzorgd door PVA.</i>

	Kennis	Vaardigheden
Signaleren	<p>De professional heeft voldoende kennis over de signalen die wijzen op mid-delenproblematiek</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Intercollegiale uitwisseling</i> - <i>Intersectorale uitwisseling</i> - <i>Cursus deskundigheidsbevordering voor intermediairen van de dichtstbijzijnde verslavingszorginstelling</i> 	<p>De professional heeft voldoende vaardigheden om middelenproblematiek te signaleren bij jongeren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Intercollegiale uitwisseling</i> - <i>Intersectorale uitwisseling</i> - <i>Cursus deskundigheidsbevordering voor intermediairen van de dichtstbijzijnde verslavingszorginstelling</i>
Instrumenten voor screening en diagnostiek	<p>De professional heeft voldoende kennis over de randvoorwaarden voor screeningsinstrumenten (hoe letterlijk moeten de vragen gesteld worden, hoe wordt het gescoord, voor welke setting is het instrument geschikt)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Voor verschillende screeningsinstrumenten en diagnostische instrumenten zijn specifieke trainingen beschikbaar</i> 	<p>De professional heeft voldoende vaardigheden om de betreffende instrumenten adequaat af te nemen</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Voor verschillende screeningsinstrumenten en diagnostische instrumenten zijn specifieke trainingen beschikbaar</i> - <i>Intervisie en supervisie</i>
Bespreken / motiverende gespreksvoering	<p>De professional heeft voldoende kennis met betrekking tot het bespreken van signalen of resultaten van vragenlijsten</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Voor motiverende gespreksvoering zijn diverse trainingen beschikbaar</i> 	<p>De professional heeft voldoende vaardigheden om signalen of resultaten van vragenlijsten op een adequate manier met de cliënt te bespreken</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Voor motiverende gespreksvoering zijn diverse trainingen beschikbaar</i> - <i>Intervisie en supervisie</i>
Ketensamenhang	<p>De professional heeft voldoende kennis over de basisprincipes van ketensamenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Zie: Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., & Raad, C. (2009). Ketenzorg. Praktijk in perspectief. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.</i> 	<p>De professional heeft voldoende vaardigheden om een goede ketensamenwerking op te zetten</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>In de keuken kijken bij collega-bedrijven</i> - <i>Tools voor ketensamenwerking</i>

Dankwoord

Graag willen wij de volgende mensen bedanken:

Geïnterviewde experts

Erik Wiersma	Beleidsadviseur Halt Nederland
Agnes Derksen	Projectleider Jeugdreclassering
Jolanda Westera	Gedragswetenschapper Jeugdreclassering
Joke Kooiman	Preventie afdeling GGZ (Parnassia-BAVO)
Klaas Meijering	Manager Verslavingszorg Meerkanten Jeugdverslaving
Gloria Wilbers	Projectmanager Mondriaan
Mariken Muller	Projectleider Jeugd Brijder Verslavingszorg
Ellen van Es	Medewerker voorlichting en advies Jongeren Informatie Punt (JIP)
Brigitte Rijbroek	Jeugdzorg

Deelnemers aan de interne toets

Anne Wetsels	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Dominique Vermeulen	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Francis Houben	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Guido Machiels	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Ivo Aben	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Jan Speetjens	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Willeke van Esch	Ambulante team Jongeren & Middelengebruik Mondriaan
Femke Rokx	Jeugdpoli Wickraderheem, Heerlen
Natasja Vermeeren	Sedna Zuid Limburg, Mondriaan
Richard Brunenberg	Sedna Zuid Limburg, Mondriaan
Miriam Kramer	Mondriaan Preventie (outreachend)
Marijke Bouts	Mondriaan Preventie
Marjo Geilen	Bureau Jeugdzorg Limburg, Kerkrade
Britt Emonts	Xonar
Lone Linssen	Gastenhof
Jeroen Coenjaarts	Icarus
Bert Hesdahl	GGD
Stefan van Vreedendaal	Welzijnswerk
Jami Busari	Kinderpsycholoog Atrium MC
Gloria Wilbers	Projectmanager Mondriaan
Hans Dupont	Unitmanager verslavingspreventie Mondriaan

Deelnemers aan de externe toets

Leontien Hommels	Senior programmaleider Preventie, Tactus Verslavingszorg
Judith Boonstra	Programmaleider Preventie, Tactus Verslavingszorg
Hans Keizer	Circuitmanager Preventie en Consultancy, Tactus Verslavingszorg
Marga Gerrmann	Teammanager zorg, jeugd ambulantly Noord- en Zuid-Holland Brijder Verslavingszorg
Mariken Muller	Programmaleider Leefstijl jeugd, Brijder Verslavingszorg
Marion Kooij	Preventiemedewerker Brijder Verslavingszorg

Deelnemers aan de expertmeeting

Erik Wiersma	Beleidsadviseur Halt Nederland
Agnes Derksen	Projectleider Jeugdreclassering
Paul de Keyser	Wooncoördinator risicjongeren, Bijzondere jongerenhuis- vesting Jongerenloket (JoLo)
Ria Reinders	Projectleider Jeugd Novadic-Kentron
Liesbeth van Rikxoort	Zorgcoördinator Gemini College
Annette Lambers	Teamleider preventie Centrum Maliebaan
Enrico Blokker	Expertteam middelengebruik Flexus jeugdplein
Wietske Oosterhuis	Expertteam middelengebruik Flexus jeugdplein

Denktank Kinderen & Jeugdigen Mondriaan

Anke, Line, Maud, Yannick, Koen, Mitchel, Priscilla, Antoine, Maud, Sandro, Merel, Sanne en Susanne van den Broek.

Partnership vroegsignalering alcohol

IVO-collega's

Serina Amadmoestar
Marloes Kleinjan
Anneke Risselada
Tim Schoenmakers
Anja Huizink

Literatuur

- Achenbach, T. M. (1990). *The Young Adult Self Report*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist. 4-18 and 1999 profile*. Vermont: University of Vermont / department of Psychiatry.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, J., Vandermeulen, C., Roelants, M., Ansoms, S., et al. (2000). The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(1), 53-57.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*, 70(6), 1224-1239.
- Becker, J., & Roe, S. (2005). *Drug use among vulnerable groups of young people: findings from the 2003 Crime and Justice Survey*. London: The Research, Development and Statistics Directorate.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., et al. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96, 1477-1484.
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2009). *Aard en omvang van middelengebruik bij lichtverstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders* Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Brinkman, B., Voetee, C., Prinsen, B., Baat, M. de (2010). *Jeugdketens sluitend verbinden. De samenwerking Zorg- en adviesteam, Centrum voor Jeugd en Gezin, Veiligheidshuis*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Broekman, M. (2010). Afhankelijkheid, misbruik en gokproblemen. *in press*.
- Brusse, N. (2006). *Protocol cognitieve gedragstherapie bij jonge cannabisgebruikers: behandeling in het kader van Project 'De Helling'*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre.
- Bukstein, O. G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *J. Psychoactive Drugs* 32, 67-79.
- Burnett, R. (2004). To offend or not to reoffend? The ambivalence of convicted property offenders. In S. I. Maruna, R. (Ed.), *After crime and punishment: pathways to offender reintegration* (pp. 152-180). Devon: Cullompton Willan Publishing.
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonell, M., Fihn, S., & Bradley, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*(158), 1789-1795.
- Calsbeek, H., & Rosendal, H. (2007). *Waarom ketenzorg zo moeizaam van de grond komt: de slaag- en faalfactoren. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 5.
- Castellanos, C., & Conrod, P. J. (2006). Efficacy of brief personality-targeted cognitive behavioural interventions in reducing and preventing adolescent emotional and behavioural problems. *Journal of Mental Health*, 15(6), 1-14.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2003). *Gezondheid en Welzijn, Jeugd 2003. Cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: CBS.

- Chung, T., Colby, S., Barnett, N., Rohsenow, D., Spirito, A., & Monti, P. (2000). Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 579-587.
- College voor Zorgverzekeringen. (2009). *Preventie van problematisch alcoholgebruik*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N., & Maclean, A. M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 35(4), 550-563.
- Couwenbergh, C. (2009). *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents*. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(6), 319-328.
- Creemers, H. E., Dijkstra, J. K., Vollebergh, W., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (In progress). Cannabis use during adolescence. Predicting lifetime and regular cannabis use during adolescence; the roles of temperament and peer substance use - The TRAILS-study.
- Creemers, H. E., Dijkstra, J. K., Vollebergh, W. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). Predicting life-time and regular cannabis use during adolescence; the roles of temperament and peer substance use: the TRAILS study. *Addiction*.
- Creemers, H. E., van Lier, P. A., Vollebergh, W. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2009). Predicting onset of cannabis use in early adolescence: the interrelation between high-intensity pleasure and disruptive behavior. The TRAILS Study. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(6), 850-858.
- Creemers, H. E., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2009). Temperamental risk factors for adolescent cannabis use: a systematic review of prospective general population studies. *Subst Use Misuse*, 44(13), 1833-1854.
- D'Amico, E. J., Orlando, E., Miles, J. N. V., & Morral, A. R. (2008). *The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth*. *Drug and alcohol dependence*, 1(2), 85-92.
- De Jonge, J., M., Schaap, C. P. D., & Schippers, G. M. (2002). Motivatie voor verandering; een Nederlandse versie van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiek-wijzer*, 5(3), 114-122.
- Deas, D., & Thomas, S. E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 10(2), 178-189.
- Defuentes-Merillas, L., De Jong, C. A. J., & Schippers, G. M. (2002). Reliability and validity of the dutch version of the readiness to change questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37(1), 93-99.
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 745-750.

- Dijck, D. v., & Knibbe, R. A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Dom, G., Raes, V., De Wilde, B., & Van den Brink, W. (2004). Meetinstrumenten bij stoornissen in het gebruik van middelen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(2006), 671-674.
- Dorselaer S van, E, Z., Eeckhout S van den, Bogt T ter, & W., V. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Earlywine, M., LaBrie, J., & Pedersen, E. (2008). A brief Rutgers Alcohol Problem Index with less potential for bias. *Addictive Behaviors*(33), 1249-1253.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2007). *Drugs use and related problems among very young people (under 15 years old)*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fountain, J., Howes, S., Marsden, J., Taylor, C., & Strang, J. (2003). Drug and alcohol use and the link with homelessness: results from a survey of homeless people in London. *Addiction Research and Theory*, 11(4), 245-256.
- Frank, D., DeBenedetti, A., Volk, R., Williams, E., Kivlahan, D., & Bradley, K. (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.
- Friedman, A. S., Terras, A., & Oberg, D. (2001). EuroADAD – De Europese versie van de Adolescent Assessment Dialogue. Nederlandse Vertaling: Haack, M.J., Soyez V., Roozendaal, R.
- Friedman, A. S., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument). *Journal of drug education*, 19(4), 285-312.
- Fuller, P. G., Jr., & Cavanaugh, R. M., Jr. (1995). Basic assessment and screening for substance abuse in the pediatrician's office. *Pediatr Clin North Am*, 42(2), 295-315.
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4), 400-403.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 166-172.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 173-177.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*, 27(1), 17-24.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 10(2), 163-173.


- Grant, J. D., Scherrer, J. F., Lynskey, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Tsuang, M. T., et al. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychological medicine*, 36(1), 109-118.
- Griswold, K. S., Aronoff, H., Kernan, J. B., & Kahn, L. S. (2008). Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician*. 1, 77(3), 331-336.
- Groenland, D. (2007). Mediaan - Jeugdigen en middelenmisbruik in de jeugd GGZ. *Sociale Psychiatrie*, 25(81), 47-54.
- Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Gruenewald, P. J., & Klitzner, M. (1990). *Results of Preliminary POSIT Analyses*: Pacific Institute for Research and Evaluation, Inc. Unpublished report to the National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Henry, K. L., & Huizinga, D. H. (2007). Truancy's effect on the onset of drug use among urban adolescents placed at risk. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 358 e359-317.
- Hermanns, J., F. Öry, G. Schrijvers, m.m.v. M. Junger en M. Blom (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Inventgroep (www.integradecare.nl).
- Hingson, R. W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, 123(6), 1477-1484.
- Holzer, L., Tchamadjeu, I. K., Plancherel, B., Bolognini, M., Rossier, V., Chinet, L., et al. (2006). Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) vs. Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) in clinical outcome measurement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 482-490.
- Hulshoff, A., Wegen, S., & Den Ouden, R. (2009). Kinderen, jongeren en adolescenten met verslavingsproblemen. In R. Rutten, C. Loth & A. Hulshoff (Eds.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken. (2009). *Werkende Ketens? Metarapportage over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken.
- Ivens, Y. (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar*. Amersfoort: GGz Nederland / JellinekMentrum.
- Ivens, Y. (2008). *Verander je cannabisgebruik. Werkboek*. Amersfoort: GGz Nederland / JellinekMentrum.
- IVZ. (2008). Voorpublicatie kerncijfers 2007. *Hulpvraag in Nederland*. Houten: IVZ.
- Junger-Tas, J., Steketee, M., & Moll, M. (2008). *Achtergronden van jeugddelinquentie en middelengebruik* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Kaminer, Y., Bukstein, O., & Tarter, R. E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *Int J Addict*, 26(2), 219-226.
- Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., & Seifer, R. (1993). Validation of the teen addiction severity index (T-ASI). *American Journal on Addiction*, 2, 221-224.
- Kelly, T., Donovan, J., Chung, T., Bukstein, O., & Cornelius, J. (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.
- Kelly, T. M., Donovan, J. E., Kinnane, J. M., & Taylor, D. M. (2002). A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*, 37(5), 444-450.
- King, K. M., Meehan, B. T., Trim, R. S., & Chassin, L. (2006). Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment. *Addiction*, 101(12), 1730-1740.
- Klitzner, M., Schwartz, R. H., Gruenewald, P., & Blasinsky, M. (1987). Screening for risk factors for adolescent alcohol and drug use. *Am J Dis Child*, 141(1), 45-49.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67-73.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(6), 607-614.
- Korhonen, T., Van Leeuwen, A. P., Reijneveld, S. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). Externalizing Behavior Problems and Cigarette Smoking as Predictors of Cannabis Use: The TRAILS Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 49(1), 61-69.
- LADIS. (2008). *LADIS Nieuwsflits. Voorpublicatie Kerncijfers 2007 Hulpvraag in Nederland*. Houten: Stichting IVZ.
- Latimer, W. W., Winters, K. C., & Stinchfield, R. D. (1997). Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 23(1), 79-98.
- Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: education, prevention and policy*, 5(3), 217-323.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 371-411.
- Maruna, S. (2001). *Making Good: How Ex- Convicts Reform and Rebuild their Lives*. Washington: APA.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., Nordquist, R. E., & Zonneville-Bender, M. J. S. (2006). *Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen*. Den Haag: ZonMW.
- Mayer, J., & Filstead, W. J. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale. An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *J Stud Alcohol*, 40(3), 291-300.

- McCrystal, P. (2009). Substance misuse amongst young people in non-school settings: challenges to practitioners and policy makers. *Child Abuse Review*, 18(4), 240-253.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 12(1), 41-47.
- Meerkerk, G.-J., Van Rooij, A. J., Amadmoestar, S. S., & Schoenmakers, T. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht. Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland*. Rotterdam: IVO.
- Meyers, K., McLellan, A. T., Jaeger, J. L., & Pettinati, H. M. (1995). The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A). An interview for assessing multiple problems of adolescents. *J Subst Abuse Treat*, 12(3), 181-193.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op gedragsverandering*: Uitgeverij Ekklesia.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2005). *Wet op de jeugdzorg. Informatiebrochure*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS. (2003). *Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg*. Den Haag: Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg.
- Monshouwer, K., S. V. A. N. D., Verdurmen, J., Bogt, T. T., R, D. E. G., & Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. Findings from a Dutch survey. *Br J Psychiatry*, 188, 148-153.
- Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Gorter, A., & Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag 2003. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek*. Utrecht: Trimbos.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, S. v., Smit, E., Gorter, A., & Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), 1-8.
- Mutsaers, K., Blekman, J. W., & Schipper, H. C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- NDM. (2005). *Nationale Drug Monitor 2005 - Jaarbericht 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Postel, M., Jansma, M., Veltman, R., Grollemans, J., Westendorp, H., & Keizer, H. (2008). *Online zelfhulpprogramma voor de excessieve cannabisgebruiker*. Amersfoort: GGz Nederland / Tactus.
- Postma, S. (2008). *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: RIVM.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Rahdert, E. (1991). The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). In E. R. Rahdert (Ed.), *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services: DHHS Publication No. (ADM) 91-1735.

- Reinert, D., & Allen, J. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185-199.
- Risselada, A., & Schoenmakers, T. (2010). *Protocol voor vroegsignalering en kortdurende interventie van alcoholproblematiek bij jongeren: school en vrije tijd*. Rotterdam: IVO.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science, Vol.3: Formulations of a person and the social contexts*. (pp. 184-256). New York.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rosendal, H., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2009). Ketenzorg. In H. Rosendal, K. Ahaus, R. Huijsman & C. Raad (Eds.), *Ketenzorg. Praktijk in perspectief* (pp. 17-22). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, F., De La Fuente, J., & 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.
- Schaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 39(1), 28-38.
- Schaus, J., Sole, M., McCoy, T., Mullett, N., & O'Brien, M. (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.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2007). *Mate. Handleiding en protocol*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Schrijvers, C. T. M., & Schoemaker, C. G. (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2008). *Jongeren en verslaving - de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandel aanbod in Nederland*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Sumnall, H., Jones, L., Burrell, K., Witty, K., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). *Annual Review of Drug Prevention*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
- SWOV. (2006). *Factsheet driving under the influence of alcohol and drugs*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid.
- Valkenberg, H., Lely, N. v. d., & Brugmans, M. (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie: Op: <http://medischcontact.artsennet.nl>.
- Van der Aa, A. (2006). *Praktische keteninformatisering. Samen werken aan gedeelde informatie in ketens en netwerken*. Hengelo: Stichting Ketennetwerk.
- Van der Aa, A., & Minkman, M. (2007). *Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie!* Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk.
- Van der Avoort, C. J., & Binkhorst, T. (2007). *Toolbox Instrumenten voor patiëntenparticipatie in ketenzorg*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Van der Lely, N., & De Visser, M. D. C. (2009). *Protocol alcohol en jeugd setting ziekenhuis*. Delft: Partnership Vroegsignalering Alcohol.

- Van der Vorst, H. (2007). *The key to the cellar door. The Role of the Family in Adolescents' Alcohol Use*. Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Van Dijk, J. J. M., Sagel- Grande, H. I., & Toornvliet, L. G. (2006). *Actuele criminologie*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Van Gelder, P., Reinerie, P., Smits, M., Burer, I., & Hendriks, V. M. (2004). *Uit (je dak) in den Haag 2003. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Rapportage*. Den Haag: Psychomedisch Centrum Parnassia en GGD Den Haag.
- Van Leijenhorst, L., & Crone, E. (2009). Het adolescentenbrein: Inzichten in risicovol gedrag in de adolescentie uit de cognitieve neurowetenschappen. *Neuropraxis*, 1.
- Van Meurs, I., Reef, J., Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (2009). Intergenerational transmission of child problem behaviors: a longitudinal, population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(2), 138-145.
- Van Montfoort, A. (2009). Jeugdzorg: ketens voor kinderen? In H. Rosendal, K. Ahaus, R. Huijsman & C. Raad (Eds.), *Ketenzorg. Praktijk in perspectief* (pp. 259-266). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(6), 281-289.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev*, 24(2), 93-109.
- Verdurmen, J., Abraham, M. D., Planije, M., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. v., Schulten, I., et al. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *J Stud Alcohol*, 66(5), 605-609.
- Verstuyf, G. (2007). *Dossier vroeginterventie*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen.
- Volkskrant. (26 oktober 2009). SER: één loket voor probleemjongere.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Adamson, J. J., Henin, A., Sgambati, S., Gignac, M., et al. (2008). Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: a controlled study. *Drug Alcohol Depend*, 95(3), 188-198.
- Williams, C., Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Iffill-Williams, M. (1999). Marijuana use among minority youths living in public housing developments. *Journal of Urban Health*, 76(1), 85-101.
- Winters, K. C., & Henly, G. A. (1993). *Adolescent diagnostic interview (ADI) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Winters, K. C., & Kaminer, Y. (2008). Screening and assessing adolescent substance use disorders in clinical populations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(7), 740-744.
- Winters, K. C., Latimer, W. W., & Stinchfield, R. D. (1999). Validity of DSM-IV criteria for alcohol and marijuana use disorders in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 337-344.

- 
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Henly, G. A. (1993). Further validation of new scales measuring adolescent alcohol and other drug abuse. *J Stud Alcohol*, 54(5), 534-541.
 - Wisniewski, N., Clenwick, D., & Graham, J. (1985). Adolescent Drug Involvement Scale. *Addictive Behaviors*, 10, 55-67.
 - Wittenberg, S. (2006). *Cannabis in adolescenten en jongvolwassenen*. Amsterdam: Jelinek, Innovatie en Preventie.

Bijlage 1

Methodie

De richtlijn is ontwikkeld volgens het Masterprotocol van Resultaten Scoren (Jansen & Snoek, 2007). Het Masterprotocol bestaat uit de volgende stappen:

- Veldverkenning, belronde experts
- Literatuurstudie
- Opstellen van een programma van eisen
- Opstellen van een concept-richtlijn
- Toetsing door experts
- Interne pilot
- Opstellen implementatieplan
- Externe pilot
- Implementatie

Veldverkenning, belronde experts

Middels een semi-gestructureerd interview zijn 9 professionals geïnterviewd uit de volgende disciplines: Halt Nederland, Jeugdreclassering, Context GGZ (Parnassia-BAVO), Meerkanten Jeugdverslaving, Mondriaan, Brijder Verslavingszorg, Jongeren Informatie Punt (JIP), Jeugdzorg Rotterdam.

Verder zijn verschillende congressen bezocht waarin aandacht was voor jeugd en middeleengebruik zoals het ESSD (European Society for Social Drug research) en het FADO (Forum Alcohol en Drugs Onderzoek).

Literatuurstudie

De literatuurstudie leverde weinig studies op naar vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren in zijn geheel. Er werden geen theoretische modellen gevonden. Wel leverde de literatuurstudie belangrijke inzichten op betreffende risicofactoren, risicogroepen en screeningsinstrumenten. De literatuurstudie heeft zich dan ook gericht op:

- Risicogroepen
- Screeningsinstrumenten

Uitgangspunt van de literatuurstudie waren de ervaringen en knelpunten die in de veldverkenning naar voren kwamen. Bedoeling hiervan was om de literatuurstudie goed aan te laten sluiten bij de Nederlandse situatie. De insteek van de literatuurstudie was sterk praktijkgericht en Nederland-gericht. Nederlandse studies stonden dan ook centraal in

de literatuursearch en werden waar nodig aangevuld met buitenlandse studies. Er is gezocht in: GGZ-kennisnet, ggd-kennisnet, NJL.nl, Google, cochrane library, psycinfo en natuurlijk ook pubmed.

Er is gezocht met de trefwoorden: youth, adolescent, young, gecombineerd met addiction, substance. Voor de screeningsinstrumenten zijn deze trefwoorden weer gecombineerd met screening en screeners. Nederlandstalige trefwoorden zijn: jongeren, adolescenten, jeugd, screeners, screening, middelengebruik, verslaving, middelenmisbruik.

Uit de treffers die dit opleverde, is gekeken wie belangrijke auteurs zijn op dit gebied. Op deze auteurs is een nieuwe search uitgevoerd. Er is in eerste instantie naar reviews gezocht. Vervolgens is op een aantal specifieke screeningsinstrumenten een nieuwe search uitgevoerd voor de effectiviteit van deze instrumenten op zich. Hierbij is vooral gekeken naar internationaal veelgebruikte screeningsinstrumenten, of in het Nederlands vertaalde instrumenten. Als kwaliteitscriteria voor screeningsinstrumenten zijn de betrouwbaarheid (steeds dezelfde uitslag geven bij herhaalde meting) en de validiteit (meet wat het behoort te meten) genomen.

De resultaten van de literatuurstudies zijn verwerkt in een externe bijlage bij de richtlijn, hierin wordt ook nader ingegaan op de methode.

Opstellen programma van eisen/opstellen conceptrichtlijn

Uit de literatuurstudie en de veldanalyse bleek ten eerste dat middelenmisbruik bij jongeren vaak samen gaat met multiproblematiek op verschillende leefgebieden. Dit maakt ten tweede intersectorale samenwerking noodzakelijk, zowel bij behandeling als bij de vroegsignalering. Temeer dat de inschatting van het risico van gebruik niet alleen moet gebeuren op basis van hoeveelheid en type middelengebruik, maar ook op basis van kenmerken van de persoon (o.a. bijkomende sociale en psychische problematiek) en de context van het gebruik. Ten derde is vroegsignalering geen activiteit op zich, maar maakt deel uit van een zorgketen: signaleren, toeleiden naar zorg, behandelen en nazorg.

Gevolg voor de richtlijn is dat er voor gekozen is deze in hoge mate te richten op ketensamenwerking en op het aanpakken van multiproblematiek behorend bij middelenmisbruik en -afhankelijkheid. Er is dus niet gekozen voor een specifieke setting of risicogroep maar voor een multiprobleem-aanpak.

Toetsing door experts en cliënten

Middels een expertmeeting is de conceptrichtlijn getoetst op bruikbaarheid en haalbaarheid, met name betreffende ketensamenwerking. Er waren 5 experts uit de volgende werkgebieden aanwezig:

- Halt Nederland
- Jeugdreclassering
- Jongerenloket
- Novadic-Kentron
- Gemini College
- Centrum Maliebaan

- Flexus Jeugdplein

De cliëntenklankbordgroep van de Mondriaan is bijeengekomen om te brainstormen over ideeën omtrent de richtlijn vroegsignalering. Deze bestond uit 12 jongeren tussen de 13 en de 20. Een gedeelte van deze jongeren waren cliënten van Mondriaan en een gedeelte van deze jongeren waren niet in behandeling bij Mondriaan en hadden geen relatie met de behandeling of preventie.

Pilot(s) / externe toetsen

Het masterprotocol is aangepast met betrekking tot de pilots. Aangezien een ketenaanpak qua tijdsinvestering vrij intensief is, was het niet mogelijk pilots uit te voeren. Gancedeweg de veldverkenning bleek dat de divisie 'jongeren en middelengebruik' van Mondriaan in Limburg en omstreken een goed uitgewerkt en beproefd systeem voor vroegsignalering heeft opgezet in samenwerking met ketenpartners. Besloten is, in overleg met de opdrachtgever en met Mondriaan, de ervaringen van Mondriaan te evalueren als een interne pilot.

De externe pilot bleek om dezelfde reden (de lange tijdsspanne) niet haalbaar. Omdat het wel een meerwaarde heeft om de richtlijn ook aan een externe toets te onderwerpen, is aan een werkgroep bij Brijder en Tactus gevraagd de richtlijn vanuit hun praktijkervaring te beoordelen.

De resultaten uit de praktijktoetsen (veldverkenning, interne toets, externe toets, expertmeeting, klankbordgroep) zijn verwerkt in de inhoud van de richtlijn en zijn in een aparte digitale bijlage bij de richtlijn gepubliceerd. Hierin wordt ook nader ingegaan op de methode.

Samenwerking en implementatie

Implementatie wordt in het Masterprotocol al gewaarborgd vanaf de opzetfase door intensief samenwerking te zoeken met professionals en cliënten. Verder is geïnterviewde van de interne pilot gevraagd naar hun ideeën en ervaringen omtrent implementatie. Aangevuld met een korte literatuurstudie leverde dit de contouren van een implementatieplan op.

Verder is nauw samengewerkt met het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA), die het protocol voor signalering van alcoholmisbruik onder jongeren ontwikkelde.

Tot slot wordt een invitational conference georganiseerd, in samenwerking met het de presentatie van het protocol van het PVA, waarop professionals geïnformeerd worden over de richtlijn.

Herziening

Volgens het proces van richtlijnontwikkeling zal elke richtlijn iedere vijf jaar worden geactualiseerd en eventueel herzien. Aangezien er nog weinig onderzoek naar vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren is gevonden, zou het kunnen dat de richtlijn frequenter wordt geactualiseerd, samenhangend met de toename van inzichten op dit gebied.

Bijlage 2

Literatuurstudies

Inhoudsopgave

1	Prevalentie en risicogroepen	83
1.1	Inleiding	83
1.2	Methode.....	83
1.3	Prevalentie van middelengebruik bij jongeren.....	84
1.4	Gevolgen van middelengebruik voor jongeren	86
1.5	Risicofactoren.....	87
1.6	Risicogroepen	93
	Literatuurlijst prevalentie en risicogroepen.....	104
2	Screeningsinstrumenten	110
2.1	Doel- en vraagstelling	110
2.2	Methode.....	110
2.3	Resultaten: overzichtsstudies	110
2.3.1	Nederlandse situatie.....	110
2.3.2	Buitenlandse situatie.....	111
	Conclusie	112
2.4	Resultaten: losse screeningsinstrumenten.....	112
2.4.1	Overzicht van screeningsinstrumenten.....	112
2.4.2	Korte vragenlijsten voor screening.....	114
	AUDIT, AUDIT-C en AUDIT-4 (alcohol)	115
	CAGE (alcohol) & CAGE-AID (middelen)	119
	CRAFFT (middelen).....	121
	POSIT (middelen)	122
	Youth Self Report (YSR) & Youth Adult Self Report (YASR) (psychiatrie).....	123
	SDQ (psychiatrie)	123
2.4.3	Uitgebreidere vragenlijsten voor	125
	ASI, T-ASI & ADAD (middelen).....	125
	EuroADAD (meerdere leefgebieden).....	125
	MATE-(Jeugd) (middelen)	126
2.4.4	Overige screeningsinstrumenten.....	126
2.5	Conclusies	128
	Literatuurlijst screeningsinstrumenten.....	129
3	Settingen voor screenings (veldverkenning)	133

Inleiding en leeswijzer

Ten behoeve van de ontwikkeling van een Richtlijn Vroegsignalering jongeren en middelenmisbruik of –afhankelijkheid zijn er literatuurstudies uitgevoerd naar risicogroepen en screeningsinstrumenten, en is een veldverkenning uitgevoerd. In deze deelrapportage wordt hiervan verslag gedaan. Daarnaast zijn praktijktoetsen verricht. De resultaten hiervan zijn opgenomen in een aparte digitale uitgave.

In hoofdstuk 1 worden de resultaten weergegeven van de literatuurstudie naar prevalentie en risicogroepen. Hierin wordt ingegaan op de prevalentie van middelengebruik onder jongeren (§ 1.3), de gevolgen van middelengebruik (§ 1.4), risicofactoren (§ 1.5) en risicogroepen (§ 1.6).

In hoofdstuk 2 worden de resultaten weergegeven van de literatuurstudie naar screeningsinstrumenten. Hierin wordt eerst ingegaan op resultaten van reviews en overzichtsstudies naar screeningsinstrumenten (§ 2.1). Aangezien dit geen eenduidig antwoord gaf, is daarnaast per screeningsinstrument een aparte search uitgevoerd (§ 2.2). In hoofdstuk 3 wordt tenslotte verslag gedaan van de veldverkenning.

1 Prevalentie en risicogroepen

1.1. Doel en vraagstelling

Doel van de literatuurstudie die is uitgevoerd ten behoeve van de Richtlijn Vroegsignalering is het bepalen van (jeugdige) risicogroepen voor middelenmisbruik en –afhankelijkheid (samengevat als: middelenproblematiek) en hun specifieke kenmerken. Daarbij wordt ook gekeken naar mogelijke vindplaatsen van deze groepen (is er een geschikte setting om de richtlijn toe te passen voor de betreffende risicogroep). De literatuurstudie gaat in op de volgende vragen:

- Wat is de prevalentie van middelengebruik en middelenproblematiek onder jeugdigen in Nederland? (§ 1.3)
- Wat zijn de gevolgen hiervan voor het individu en de maatschappij? (§ 1.4)
- Wat zijn risicofactoren voor middelengebruik en middelenproblematiek? (§ 1.5)
- Wat zijn risicogroepen voor middelengebruik en middelenproblematiek? (§ 1.6)

1.2. Methode

De literatuurstudie is uitgevoerd overeenkomstig het Masterprotocol van Resultaten Scoren. Centraal in dit protocol staat een goede afstemming tussen wetenschap en praktijk. Daarom heeft er zowel een veldverkenning als een literatuurstudie plaatsgevonden. Uitgangspunt van de literatuurstudie waren de ervaringen en knelpunten die in de veldverkenning¹ naar voren kwamen op het gebied van vroegsignalering van middelenproblematiek onder jeugdigen. Bedoeling hiervan was om de literatuurstudie goed aan te laten sluiten bij de informatiebehoefte op dit terrein in de Nederlandse situatie. Nederlandse

1 Zie de separaat uitgegeven digitale rapportage over de veldverkenning en praktijktoetsen ten behoeve van deze richtlijn.

studies stonden centraal in de literatuursearch en werden waar nodig aangevuld met buitenlandse studies. Er is gezocht in: GGZ-kennisnet, GGD-kennisnet, NJI.nl, Google, Cochrane library en Pubmed. Er is dus geen alomvattende search gedaan in de Engelstalige literatuur, maar een state-of-the-art studie naar de Nederlandse situatie die antwoord trachtte te geven op ervaren knelpunten in de praktijk. Verder kwam uit de veldverkenning ook een eerste oriëntatie op mogelijke screeningsettings naar voren.

1.3. Prevalentie van middelengebruik bij jongeren

De meest gebruikte middelen door jongeren zijn alcohol, tabak en cannabis. In het uitgaanscircuit is ook XTC veelvoorkomend (Hulshoff, Wegen & Den Ouden, 2009). De overige middelen in het uitgaanscircuit zoals GHB, speed, LSD, ketamine en paddo's worden veel minder vaak gebruikt. Het gebruik van heroïne, methadon of basecoke wordt onder jongeren niet of nauwelijks gesignaleerd (Van Gelder e.a., 2004; Broekman, 2010). Uit de meest recente LADIS-monitoregegevens (IVZ, 2008) blijkt dat het aantal jongeren (<25 jaar) dat een beroep doet op de hulpverlening in verband met middelenproblematiek in 2007 met 25% is gestegen. Het is onduidelijk of het hier gaat om problemen met misbruik van middelen, of afhankelijkheid. Over diagnostische cijfers volgens de DSM-IV is geen informatie gevonden.

In de prevalentie van **alcoholmisbruik** is de afgelopen jaren een duidelijke toename te zien onder jongeren (Monshouwer e.a., 2008). Tussen 1999 en 2003 steeg de alcoholproblematiek onder jongeren aanzienlijk, in 2007 was er echter een flinke daling te zien in drinken onder twaalf- tot en met veertienjarigen ten opzichte van 2003 (Van de Mheen, 2009). Hoewel de leeftijdsgroep van twaalf tot veertien jaar de afgelopen vier jaar minder is gaan drinken, is het alcoholgebruik in de groep vanaf vijftien jaar onverminderd hoog en drinken jongeren als ze drinken nog steeds te veel en te vaak (Monshouwer e.a., 2008; Van der Vorst, 2007). Het CBS stelt dat van de 12-17 jarigen 10% als 'zware drinker' (minstens één keer per week 6 glazen of meer) kan worden aangemerkt (CBS, 2003). Recenter onderzoek laat zien dat in de groep 16-24 jarigen bij de mannen 34% en bij de vrouwen 9% voldoet aan de criteria voor probleemdrinken (Van Dijk & Knibbe, 2005). In de jaren tussen 2001 en 2005 bezochten per jaar ongeveer 560 jongeren in de leeftijd van 10 tot 20 jaar de spoedeisende hulp vanwege een alcoholvergiftiging. Dit is ongeveer een derde van het totale aantal alcoholintoxicaties (Hulshoff e.a., 2009; Valkenberg e.a., 2005).

Er zijn half zoveel jongeren in behandeling voor alcohol als voor cannabis. Voor alcohol waren in 2006 1.243 jongeren tussen de 15 en 24 jaar in behandeling, waarvan 191 tot 19 jaar (LADIS, 2008).

Cannabis blijkt onder jongeren in toenemende mate de meest gebruikte illegale drug te zijn (Wittenberg, 2006). In de (ambulante) verslavingszorg is het aantal jonge cliënten met cannabis als primaire problematiek verdubbeld tussen 1994 en 2004 (van 1531 naar 3293) (NDM, 2005). Het percentage jongens dat op zeer jonge leeftijd (<14) al ervaring heeft met cannabis daalde tussen 2003 en 2007 van 21 naar 13% (ten op-

zichte van 1996–2003). Onder 14-jarige meisjes was de daling in het oitgebruik van cannabis tussen 2003 en 2007 minder groot en niet significant (respectievelijk 16% en 12%) (NDM, 2010). Cannabis is het meest voorkomende probleemmiddel in de jeugdverslavingszorg (IVZ, 2008). Het doorbreken van de afhankelijkheid dan wel misbruik lijkt zonder professionele hulpverlening vaak niet mogelijk (Hulshoff e.a., 2009).

lets minder dan de helft van de scholieren in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 18 jaar) heeft wel eens **gerookt** (45%). Van alle scholieren in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 18 jaar) rookt ongeveer 9% dagelijks. De meesten van hen zijn voor hun 17e begonnen met dagelijks roken (Schrijvers & Schoenmaker, 2008; STIVORO, 2007; Monshouwer e.a., 2008). Vanwege de verslavende werking en de schadelijke gezondheidsgevolgen van roken en vanwege het feit dat stoppen met roken steeds moeilijker wordt naarmate men langer rookt, is het van belang om het stoppen met roken onder jongeren aan te moedigen (Kleinjan, 2009). De Nationale Drugsmonitor (NDM, 2010) stelt dat het percentage jongeren dat rookt de afgelopen jaren is gedaald.

Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van **ecstasy** onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs. Het percentage oitgebruikers daalde significant tussen 1996 en 1999. Verschillen tussen opeenvolgende peiljaren in 1999, 2003 en 2007 waren niet significant (respectievelijk 3.8%; 2.9%; 2.4%). Het percentage actuele gebruikers van ecstasy daalde significant tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens (NDM, 2010).

Uit recent onderzoek blijkt dat twee “nieuwe” soorten verslaving de laatste jaren de kop op hebben gestoken in Nederland (in het algemeen, niet specifiek onder jongeren), te weten GHB-verslaving en internetverslaving. Hierbij moet worden opgemerkt dat internetverslaving een containerbegrip is – in de praktijk gaat het vaak om **gameverslaving** of seksverslaving die via het internet gefaciliteerd wordt. Hoewel de omvang van de aan de twee nieuwe verslavingen gerelateerde hulpvraag vooralsnog gering is, wordt verwacht dat het wel degelijk om twee substantiële vormen van verslaving gaat die niet van tijdelijke aard zijn. Kenmerkend voor GHB-verslaving is de forse lichamelijke afhankelijkheid die kan optreden. Deze lichamelijke afhankelijkheid maakt een zorgvuldige afbouw van het middel met intensieve klinische begeleiding en medische zorg noodzakelijk. Monshouwer e.a. (2008) stellen dat in 2007 0,6% van de scholieren van 12–18 jaar ooit wel eens GHB gebruikt.

De aard van problemen met internetverslaving, c.q. gameverslaving, lijkt echter vaak minder ernstig te zijn. Veeleer zou er sprake kunnen zijn van een met psychosociale problemen samenhangend leefstijlprobleem waarvoor bestaande behandelstrategieën, gebaseerd op leefstijltraining en cognitieve gedragstherapie, wellicht met enige aanpassing, een adequaat behandelaanbod zou kunnen vormen² (Meerkerk e.a., 2009).

2 Dit onderzoek was niet specifiek gericht op jongeren.

1.4. Gevolgen van middelengebruik voor jongeren

Acute risico's bij middelenuisbruik zijn (verkeers)ongevallen (SWOV, 2006) en alcoholvergiftiging (Valkenberg, Van der Lely & Brugmans, 2007). Ook wordt het gebruik van middelen geassocieerd met seksueel risicogedrag en een grotere kans om betrokken te zijn (als dader of slachtoffer) bij geweldsdelicten (Boelema, Ter Bogt, Van den Eijnden & Verdurmen, 2009).

Gevolgen op **korte termijn** zijn bijvoorbeeld verstoringen in het cognitief functioneren (verminderde functie kortetermijngeheugen, logisch redeneren en concentratie), spijbelen, verslechterde schoolprestaties, ruzie in de thuissituatie, liegen, thuis geld stelen of andere criminaliteit, zich onttrekken aan huisregels, stoppen met vroegere hobby's, verandering in vriendenkring of bezigheden, of politie- en justitiecontacten (Hulshoff e.a., 2009).

Middelengebruik bij jongeren is met name problematisch omdat zij zich in een kwetsbare periode in hun ontwikkeling bevinden. Verstoring in deze ontwikkeling kan ernstige gevolgen hebben op de **lange termijn**. Middelenuisbruik kan de fysieke, de cognitieve, de neurologische en/of de psychosociale ontwikkeling van jongeren sterk negatief beïnvloeden. Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten is in verband gebracht met schadelijke effecten op de (ontwikkeling van de) hersenen (NDM, 2010). Langetermijngevolgen zijn:

1. Het experimenteren met middelengebruik op jonge leeftijd, verhoogt de kans op *afhankelijkheid* op latere leeftijd (De Wit, Adlaf, Offord & Ogborne, 2000; Grant e.a., 2006). Hierbij lijkt de regel dat hoe jonger begonnen wordt met middelengebruik, hoe problematischer. Gebruik van alcohol in de adolescentie is een van de betrouwbaarste voorspellers van alcoholmisbruik en afhankelijkheid op latere leeftijd. Als een jongere voor zijn 17e begint met cannabisgebruik neemt het risico op harddruggebruik en afhankelijkheid aan harddrugs toe (Hulshoff e.a., 2009). Vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd kunnen gebruikers afhankelijk worden van cannabis (NDM, 2010). Ook blijkt dat jongeren sneller afhankelijk raken dan volwassenen. Bij volwassenen verloopt het traject van experimenteren tot afhankelijkheid gemiddeld in twee tot zeven jaar. Daarom werd lange tijd gedacht dat jongeren nog niet afhankelijk van middelen konden zijn wegens het korte gebruik. Nu blijkt dat het traject van experimenteren naar afhankelijkheid zich bij jongeren soms binnen relatief korte tijd ontwikkelt (6–18 maanden) (Hulshoff e.a., 2009). Jongeren zijn gevoeliger voor alcohol dan volwassenen. Ze zijn eerder dronken, eerder afhankelijk en lopen meer risico op hersenbeschadiging (Verdurmen e.a., 2006). Jongeren hebben waarschijnlijk ook minder last van de directe negatieve effecten van alcohol, zoals een kater, motorische stoornissen bij dronkenschap, sufheid, etc. waardoor ze minder afgeremd worden in hun gebruik (Matthys, 2006).
2. Middelenuisbruik werkt remmend op de ontwikkeling van belangrijke *vaardigheden* die in de puberteit vorm dienen te krijgen zoals sociale vaardigheden, impulscontrole en frustratietolerantie (Brusse, 2006).
3. Middelenuisbruik tijdens de adolescentie kan een sterk negatieve invloed op de *schoolresultaten* van jongeren hebben en op de kans om vervolgonderwijs succesvol af te ronden (King, Meehan, Trim & Chassin, 2006). Intensief cannabisgebruik op zeer jonge leeftijd,

dat wil zeggen meer dan honderd joints voor het 16e jaar, lijkt negatieve gevolgen te hebben voor het opleidingsniveau (Van den Brink, 2006). Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten laat negatieve effecten zien op leren en geheugen (NDM, 2010).

4. Middelenproblemen gaan vaak samen met niet aan middelen gerelateerde stoornissen. Dit is bij jeugdige verslaafden nog vaker het geval dan bij volwassenen. Het kan zijn dat de *psychopathologie* al bestond vóór de middelenproblematiek, maar deze kan ook het gevolg zijn van een middelenproblematiek of gelijk met de middelenproblematiek tot stand komen (Hulshoff e.a., 2009). Er zijn aanwijzingen dat mensen met een bepaalde variant (Val/Val) van het COMT-gen, dat betrokken is bij de afbraak van dopamine in de hersenen, extra kwetsbaar zijn voor een psychose, met name als zij op jonge leeftijd zijn begonnen met cannabisgebruik (NDM, 2010).
5. Ook *delinquent gedrag* wordt geassocieerd met middelenmisbruik (Friedman, 1998). Deze relatie is dual: jongeren kunnen delinquent gedrag gaan vertonen om aan geld te komen voor middelen, of ze kunnen in een delinquent circuit in aanraking komen met middelen (Maruna, 2001).

1.5. Risicofactoren

Vroegsignalering zou kunnen beginnen bij het signaleren van risicofactoren. Matthys e.a. (2006) hebben een inventarisatie gemaakt van factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen. Op de volgende pagina een overzicht van de risicofactoren die Matthys noemt, aangevuld met de studie van Huurre e.a. (2010) en de inzichten uit studies van Patricia Conrod (2006). Deze risicofactoren interacteren met elkaar. Llyod (1998) spreekt van een web van oorzakelijke verbanden.

Risicofactoren

Gebaseerd op Matthys e.a. (2006), Conrod e.a. (2006) en Huurre e.a. (2010)

Indien er geen referentie achter staat, is het gebaseerd op Mattys e.a. (2006)

Sociale omgeving

- Brede sociale context
- Lage prijs van middelen
 - Veel reclame voor middelen
 - Lage wettelijk toegestane leeftijd voor het gebruik
 - Ongunstige buurtkenmerken
-
- Peers en vrienden
- De aansluiting bij de groep leeftijdgenoten die uitgestoten zijn, antisociaal gedrag vertonen en middelen beginnen te gebruiken
 - Grote hoeveelheid vrije tijd die doorgebracht wordt met vrienden (Huurre e.a., 2010)
-

- Ouders
- Sociale invloed*
- Middelen gebruikende ouders en siblings
 - Gezins- en echtelijke disharmonie
 - Gescheiden ouders (Huurre e.a., 2010)
 - Ouders die onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van hun kind of adolescent.
 - Slechte relatie tussen ouders en kinderen (Huurre e.a., 2010)
- Prenatale invloed*
- Prenatale blootstelling aan middelen
- Genetische invloed*
- Familieleden met (een geschiedenis van) middelenproblematiek. Het aandeel van erfelijkheid in de vatbaarheid voor middelenmisbruik en afhankelijkheid wordt geschat op 40-60%.
-

Neurobiologisch en genetisch

- Moleculair genetisch
- Afwijkingen in 5-HT1B receptor, μ -opioïd receptor, CB1 cannabinoïdreceptor, metabotrope glutamaat receptor mGluR5, CABRA2 en COMT (bijv. CHRM2).
-
- Neurotransmitter systemen en receptoren
- Afwijkingen in de volgende systemen en receptoren: dopamine, serotonine, opioïden, glutamaat, GABA, cannabinoïden.
-
- Hersenstructuren
- Afwijkingen in de volgende hersenstructuren: mesolimbisch dopamine systeem, prefrontale cortex, striatum, amygdala.
-
- Adolescentie als een gevoelige periode
- In de adolescentie vindt er een breed scala aan neuronale en hormonale veranderingen plaats die een risicofactor vormen voor middelenproblematiek.
- De aanwezigheid van verhoudingsgewijs veel meer dopamine (dat vooral bij beloning en motivatie betrokken is), dan serotonine

(dat een belangrijke rol speelt bij impulscontrole) in de hersenen en in cerebro-spinale vloeistof tijdens de adolescentie zou wellicht een aanwijzing kunnen zijn voor het anders functioneren van de betrokken hersensystemen, wat het gebruik van verslavende middelen door adolescenten in de hand kan werken.

- De GABA-B transmissie en receptor expressie in de hippocampus is pas laat in de adolescentie volledig ontwikkeld. Verder is er een piek in expressie van cannabinoïd receptoren in de hippocampus tijdens de adolescentie meetbaar.
- Er is sprake van een kwetsbare balans tussen een overactief beloningssysteem en een onvolwassen controlesysteem in de hersenen (van Leijenhorst & Crone, 2009)

Persoonlijkheid en psychologische kenmerken

Persoonlijkheids-kenmerken	<ul style="list-style-type: none">- 'Novelty-seeking', vooral als dit samengaat met een lage score op 'harm avoidance'- 'anxiety sensitivity' (Conrod e.a., 2006)- 'hopelessness' (Conrod e.a., 2006)- 'negative thinking' (Conrod e.a., 2006)- 'sensation seeking' (Conrod e.a., 2006)- Impulsiviteit (Huurre e.a., 2010)- Lage eigenwaarde (geldt alleen voor jongens) (Huurre e.a., 2010)- Stress
Agressief gedrag	<ul style="list-style-type: none">- Agressief gedrag in de kinderleeftijd, zeker als het deel uitmaakt van een antisociale gedragsstoornis
Psychiatrische stoornissen	<ul style="list-style-type: none">- Een premorbide psychiatrische stoornis in de kinderleeftijd en stoornissen vroege adolescentie → Het risico is het grootst bij de oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornis.- Depressieve symptomen (Huurre e.a., 2010)
Lifestyle	<ul style="list-style-type: none">- Gezondheidsgedrag dat de gezondheid schaadt (Huurre e.a., 2010)- Problemen met de wet (Huurre e.a., 2010)- Slechte schoolprestaties (Huurre e.a., 2010)

Nederlandse studies

Van Meurs, Rees, Verhulst & Van der Ende (2009) onderzochten de intergenerationele transmissie van probleemgedrag door middel van een longitudinale studie waarin kinde-

ren 24 jaar gevolgd werden. Veel vormen van probleemgedrag bij kinderen werden voorspeld door het gedrag van hun ouders als kinderen. Dit geldt zowel voor internaliserende, externaliserende als de totale probleemscore. Sekseverschillende werden gevonden voor delinquent gedrag: continuïteit werd sterker doorgegeven door moeders dan door vaders, en had een sterkere invloed op zoons dan op dochters.

Recent zijn er twee studies uitgekomen op de Nederlandse TRAILS data (TRacking Adolescents' Individual Life Survey). Korhonen e.a. (2010) onderzochten de invloed van externaliserende gedragsproblemen en het roken van sigaretten op het starten met cannabisgebruik. Hun bevindingen trokken de visie in twijfel dat externaliserende gedragsproblemen een directe voorspeller zijn voor het starten met cannabis. Wel vonden zij dat het vroeg starten met roken een krachtige voorspeller is voor het starten met cannabisgebruik, onafhankelijk van voorafgaande externaliserende gedragsproblemen. Hoewel externaliserende gedragsproblemen waarschijnlijk belangrijk zijn voor het langdurige gebruik van middelen, is het vroeg beginnen met roken een belangrijke risicofactor voor cannabisgebruik.

Creemers e.a. (2009; 2010; in progress) onderzochten de rol van verschillende temperament eigenschappen (hoge-sensitiviteit voor genot, verlegenheid, angstig-zijn, frustratie en zelfregulatie) op lifetime cannabisgebruik en het ontwikkelen van regelmatig cannabisgebruik. Het aantal cannabis-gebruikende peers was het sterkst geassocieerd met zowel lifetime als regelmatig cannabisgebruik. In overeenstemming met eerdere studies vonden zij risico-verhogende effecten voor hoge sensitiviteit voor genot en beschermende factoren voor verlegenheid en zelfregulatie wat betreft regelmatige cannabisgebruik. Wat betreft regelmatig cannabisgebruik was zelfregulatie wel een beschermende factor, maar werd geen relatie gevonden met hoge sensitiviteit voor genot en verlegenheid. Angstig zijn en frustratie werden niet (onafhankelijk) geassocieerd met lifetime of regelmatig cannabisgebruik. Dit komt misschien door de lage betrouwbaarheid van de subschaal 'angstig zijn'.

De auteurs komen tot de conclusie dat een hoge mate van zelfregulatie en hoge sensitiviteit voor genot het risico voor lifetime cannabisgebruik beïnvloedde, via contact met cannabis-gebruikende peers. Adolescenten met een hogere mate van zelfregulatie waren minder geneigd in contact te gaan met cannabis-gebruikende peers, degenen met een hogere mate van hoge sensitiviteit voor genot hadden meer contact met peers die cannabis gebruikten. Verlegenheid leek het risico op cannabisgebruik te verkleinen, onafhankelijk van cannabisgebruik van peers. Alleen zelfregulatie was geassocieerd met het ontwikkelen van regelmatig cannabisgebruik.

Psychosociale problemen

De JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (Postma, 2008) onderscheidt de volgende risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van psychosociale problemen. Aangezien psychosociale problemen en middelenproblematiek vaak samengaan, geven we hier ook deze risicofactoren weer.

Overzicht risicofactoren voor mogelijk toekomstige psychosociale problemen én beschermende factoren gebaseerd op het balansmodel van Bakker uitgebreid met risicofactoren* uit rapport Hermanns et al. (2005)

Risicofactoren	beschermende factoren
Microniveau	
Kindfactoren	
Zwangerschaps- en geboortecomplicaties*	Goede intelligentie
Laag geboortegewicht	Positief zelfbeeld
Handicap	Bereidheid om hulp te aanvaarden
Negatief zelfbeeld	
Microniveau	
Lage intelligentie*	
Blootstelling aan toxische stoffen*	
Moeilijk temperament*	
Slechte schoolprestaties*	
Ouderfactoren	
Alleenstaande ouder*	Stabiele persoonlijkheid
Laag opleidingsniveau*	Goede gezondheid
Moeder jonger dan 19 jaar bij eerste kind*	Positieve jeugdervaringen
Middelengebruik (verslaving)	
Roken tijdens zwangerschap*	
Slechte voeding tijdens zwangerschap*	
Ziekte	
Negatief zelfbeeld	
Zelf als kind mishandeld/jeugdtrauma	
Psychische problemen (zoals depressie)*	
Antisociaal gedrag*	
Spreekt geen Nederlands*	
Gezinsfactoren	
Echtscheiding	Opvoedingscompetentie
Conflicten/geweld*	Affectieve gezinsrelaties
Verwaarlozing/mishandeling partner*	
Autoritaire opvoedingsstijl	
Ingrijpende gebeurtenissen*	
Snelle wisseling in verzorgers van het kind*	
Tekorten in communicatie ouder-kind*	

Risicofactoren	beschermende factoren
Mesoniveau	
Sociale (gezins)factoren	
Isolement	Sociale steun
Gebrekkige sociale bindingen	Goede sociale bindingen
Conflicten	Familie/vrienden
Sociale (buurt)factoren	
Sociale desintegratie	Sociale cohesie
Verpaupering, kansarme buurt, concentratie van delinquenten in buurt	Goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur, onderwijs, zorg en welzijn
Slechte sociale voorzieningen	
Delinquente vrienden*	
Peer rejection*	
Geen band met school*	
Te kleine huisvesting*	
Macroniveau	
Sociaaleconomische gezinsfactoren	
Armoede	Goed inkomen/opleiding
Gebrekkige opleiding	
Culturele factoren	
Culturele minderheidsgroepering	Normen en waarden in overeenstemming met dominante cultuur
Afwijkende subculturele normen en waarden	
Maatschappelijke factoren	
Economische crisis	Stabiel sociaal en politiek klimaat
Werkloosheid	Open tolerante samenleving
Discriminatie	

Bronnen: Hermanns et al. (2005) en Bakker et al. (1998)

1.6. Risicogroepen

Aansluitend op het in kaart brengen van de risicofactoren is een verkenning verricht naar de belangrijkste risicogroepen. Een overzicht uit de internationale literatuur en een Nederlandse veldverkenning (zie de losse digitale uitgave Praktijkttoetsen Richtlijn Vroegsignalering) levert de onderstaande risicogroepen op, die een grote overlap vertonen.

Overzicht van risicogroepen genoemd in Engelstalige literatuur

McCrystal	2009EMCDDA, 2008	Crime & justice survey Becker & Roe, 2005	Lloyd, 1998	Nederlandse veldverkenning
Jonge delinquenten	Jonge delinquenten	Ernstige en herhaalde- lijke delinquenten	Jonge delinquenten	
Jonge mensen die in zorginstanties leven	Jonge mensen in overheidszorg	Degenen waarvoor 'gezorgd wordt' door lokale instanties of pleeggezinnen / degenen die ooit in zorg zijn geweest		
Schooluitvallers	Voortijdig schoolverlaters en scholieren met sociale of studieproblemen	Schooluitvallers	Schooluitvallers	
		Spijbelars	Spijbelars	jongeren in spijbeltrajecten en hangjongeren
	Jonge mensen die in probleemgezinnen leven en/ of in buurten waar meerdere risicofactoren geconcentreerd zijn voor middelenproblematiek		Kinderen uit families waarin de ouders of de broers of zussen middelenproblematiek hebben	
		Jongeren die ooit dakloos zijn geweest	Dak- en thuisloze jongeren	

Overzicht van risicogroepen genoemd in Engelstalige literatuur (vervolg)

McCrystal	2009EMCDDA, 2008	Crime & justice survey Becker & Roe, 2005	Lloyd, 1998	Nederlandse veldverkenning
Jongeren met emotionele of gedrags- problemen			Jongeren met depressie of een conduct disorder	Jongeren met gedragsproble- matiek of een psychische of ontwikkelings- stoornis
Jongeren die vroeg gestart zijn met middelen- gebruik				Jongeren met een laag IQ of een licht ver- standelijke handicap

Als de genoemde groepen geclusterd worden, levert dit de volgende risicogroepen op, die in de praktijk onderling overlappen:

- a. Jonge delinquenten
- b. Jongeren die in contact zijn geweest met institutionele zorg
- c. Schooldrop-outs, spijbelaars en scholieren met sociale of studie problemen
- d. Jongeren met een licht verstandelijke beperking
- e. Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen
- f. Jongeren die opgroeien onder ongunstige omstandigheden (lage sociaal-economische status, kinderen van verslaafde ouders, kinderen van psychiatrische patiënten)
- g. Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik

Recent onderzoek van Patricia Conrod richt zich niet op de uitingen van problemen, maar op persoonlijkheidskenmerken die hieraan ten grondslag zouden kunnen liggen. Conrod e.a. (2006) noemen in hun onderzoek de volgende persoonlijkheidsrisicofactoren voor middelenmisbruik: 'anxiety sensitivity', 'hopelessness', 'negative thinking' en 'sensation seeking'. Er is een vragenlijst ontwikkeld die deze persoonlijkheidskenmerken meet (Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009). Verder zijn preventieve interventies ontwikkeld die zich richten op deze persoonlijkheidskenmerken en een positief effect hebben op het niet gebruiken van drugs gedurende de adolescentie (Conrod, Castellanos-Ryan & Strang, 2010).

a. Jonge delinquenten

Steeds meer onderzoeken tonen een verband aan tussen middelengebruik en delinquent gedrag (D'Amico, Edelen, Miles & Moral, 2007). De aard van deze relatie is complex. Middelengebruik kan voorafgaan aan delinquent gedrag, omdat veel middelen drempelverlagend werken en angst wegnemen, of dat mensen vermogensdelicten plegen om aan geld voor middelen te komen of door te gebruiken de opiumwet overtreden (Rigter, 2006; Van Dijk, Sagel-Grande & Toornvliet, 2006; Burnett, 2004; Loeber & Hay, 1997). Delinquent gedrag kan ook voorafgaan aan middelengebruik: jongeren komen vaak pas na aanvang van een criminele carrière in contact met middelen via het middelengebruik binnen de delinquente cultuur (Maruna, 2001). Het is ook mogelijk dat zowel delinquentie als middelengebruik veroorzaakt worden door een gemeenschappelijke factor bijvoorbeeld een psychische of antisociale stoornis, gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit, 'sensation seeking' gedrag of een onzekere thuissituatie (Castellanos & Conrod, 2006; Conrod e.a., 2006; Matthys e.a., 2006; Maruna, 2001; Bukstein, 2000). Ten vierde kunnen middelengebruik en delinquentie elkaar versterken in een patroon van wederzijdse veroorzaking (Loeber, Slot & Sergeant, 2001).

De setting waar middelenproblematiek van delinquente jongeren gesignaleerd kan worden, is naast verslavingszorg, Justitie (Halt, jeugdgevangenis, jeugdreclassering, jongerenpolitie). In het justitiële circuit zijn jongeren met comorbide middelen en psychiatrische problematiek oververtegenwoordigd (Harder e.a., 2006). In Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen heeft de meerderheid (55%) van een groep strafrechtelijk geplaatste jongens problemen met alcohol en/of drugs (Rigter, 2006).

Bovendien wordt deze groep jeugdige problematische druggebruikers met ernstig antisociaal probleemgedrag vaak maar moeilijk bereikt door de reguliere hulpverlening, maar komt vaak wel in contact met justitie (MDR Drugs, concept). Hiermee lijkt justitie de aangewezen signaleerder voor middelenproblematiek bij jonge delinquenten.

De visie op middelenmisbruik van justitie verschilt van die van de verslavingszorg. Binnen de justitieketen wordt middelenmisbruik voornamelijk beschouwd als dynamische criminogene factor, en niet zozeer als gezondheidsprobleem. Dit is niet per se een knelpunt, maar geeft wel aan dat er vanuit een ander perspectief en met een ander doel naar middelenmisbruik gekeken wordt (e.g. voornamelijk vanuit het oogpunt van de kans op recidive). Middelenmisbruik wordt alleen behandeld als het samenhangt met delictgedrag. Er is weinig aanbod voor behandeling voor minderjarigen na signalering van middelenmisbruik. Er wordt weinig gebruik gemaakt van specifieke vragenlijsten om middelenmisbruik goed uit te vragen. Er is geen specifieke richtlijn voor het vaststellen van verslaving (veldverkenning).

Bovendien is er vaak sprake van comorbiditeit met psychische stoornis. In onderzoek in Amerikaanse en Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen had drie kwart ook psychische problematiek. Hiervan had 24% een internaliserende stoornis (angst en depressie) en 74% een externaliserende stoornis (ADHD, gedrag) (Couwenbergh, 2009).

b. Jongeren die in contact zijn geweest met institutionele zorg

Middelengebruik is in hoge mate gecorreleerd met het ondergebracht zijn (geweest) in,

of in aanraking geweest zijn met institutionele zorg (EMCDDA, 2008). Het EMCDDA noemt de volgende groepen jongeren die in contact zijn gekomen met institutionele zorg en risico lopen op middelengebruik:

- Vroege schoolverlaters en spijbelaars
- Kinderen in zorginstanties
- Jonge delinquenten

Becker & Roe (2005) definiëren in 'contact zijn geweest met institutionele zorg' vooral als opgenomen geweest zijn in:

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

Deze groep vertoont een overlap met de jongeren die opgroeien in een onzekere thuis-situatie, jonge delinquenten en schoolverlaters.

Ook in Nederland is deze relatie gevonden: bewoners van residentiële voorzieningen vormen een risicogroep voor problematisch gebruik van alcohol en drugs (Monshouwer e.a., 2008). Er zijn grote verschillen tussen jongeren in het regulier onderwijs en die in de residentiële jeugdzorg. Niet wat alcoholconsumptie betreft, wel voor tabak, cannabis, XTC en cocaïne. In het regulier onderwijs heeft 23% van de 12-, 13-jarigen wel tabak gerookt en 4% wel eens cannabis, voor de jongeren in instellingen voor jeugdzorg is dat aanzienlijk hoger: 68% heeft op 13-jarige leeftijd al gerookt en 33% wel eens gebloed. Onder 14- en 15-jarigen is het cannabisgebruik binnen de jeugdzorg vier keer zo hoog als in het regulier onderwijs (67% versus 17%). Een kwart van de 16-jarigen die in een instelling wonen heeft ooit XTC gebruikt en 18% cocaïne, in het regulier onderwijs is dat in beide gevallen 3% (Monshouwer).

c. **Schooldrop-outs, spijbelaars en scholieren met sociale of studieproblemen**
Spijbelen, schoolmotivatie en schoolprestaties

Versillende onderzoeken en schoolsurveys vonden een sterke correlatie tussen spijbelen en middelengebruik. Ook in een recent onderzoek van het Trimbos-instituut wordt dit verband bevestigd (Ter Bogt, Van Lieshout, Doornwaard & Eijkemans, 2009). Zowel spijbelen als middelengebruik zijn weer gecorreleerd met slechte studie prestaties, vroege schooluitval en sociale en gedragsproblemen (EMCDDA, 2008). Williams e.a. (1999) vonden dat spijbelen een positieve voorspeller is voor cannabisgebruik. Ook Henry en Huizinga (2007) vonden dat spijbelen de kans verhoogt op beginnen met alcohol, roken en cannabis. De relatie tussen middelengebruik en schooluitval is meervoudig. Zo kan middelengebruik zorgen voor een lage schoolmotivatie waardoor jongeren gaan spijbelen en uitvallen, maar middelengebruik kan ook leiden tot verminderde prestaties waardoor jongeren uitvallen.

Jongeren met alcoholafhankelijkheid scoren in vergelijking tot niet-drinkende jongeren slechter op een aantal cognitieve taken. Talig vermogen, aandacht, leren, geheugen en ruimtelijk inzicht blijven achter. Zwaar drinken op jonge leeftijd kan functionele achterstanden tot gevolg hebben, die jongeren kunnen hinderen in hun vermogen tot leren. Zwaar drinken kan dan ook negatieve effecten hebben voor het functioneren op school.

Het staat niet vast of cannabisgebruik fysieke schade toebrengt die in directe relatie staat tot verminderd leervermogen, aandacht of andere cognitieve processen. Het is wel evident dat cannabisgebruik op korte termijn significante effecten heeft op het cognitieve functioneren van mensen. Tot de directe effecten van blowen behoren een lagere reactiviteit, lager visueel-spatieel concentratievermogen, aandachtsproblemen, en verminderd geheugen (Ter Bogt e.a., 2009).

Uit een review van voornamelijk Amerikaans onderzoek (Kennelly & Monrad, 2007) blijkt dat slechte schoolprestaties, spijbelen en een gebrekkige schoolmotivatie de belangrijkste indicatoren zijn voor latere schooluitval. Ter Bogt e.a. (2009) onderzochten in een vragenlijstonderzoek hoe alcoholgebruik, dronkenschap en cannabisgebruik gerelateerd waren aan drie van deze factoren – spijbelen, schoolmotivatie, gepercipieerde schoolprestaties. Zij komen tot de volgende conclusies: Uit de resultaten blijkt een eenduidig verband tussen zowel alcoholgebruik, dronkenschap en cannabisgebruik aan de ene kant, en vaker spijbelen en een geringere schoolmotivatie aan de andere kant. Ook werden zwakkere, maar significante verbanden gevonden tussen alcoholgebruik, dronkenschap en cannabisgebruik en slechtere schoolprestaties. Frequent alcoholgebruik en dronkenschap werken met betrekking tot spijbelen negatief uit voor zowel jongens als meisjes, maar meisjes blijken nog iets kwetsbaarder dan jongens. Vooral ook middelengebruikende adolescenten met een havo- of vwo-achtergrond spijbelen meer dan jongeren met een lagere opleiding. Voor jongere adolescenten in middelengebruik meer gerelateerd aan problemen met school dan bij oudere adolescenten.

Laag schoolniveau

Hoewel uit de studie van Ter Bogt e.a. (2009) blijkt dat bij jongeren op havo en vwo middelengebruik sterker samenhangt met spijbelen dan jongeren met een lager schoolniveau, vormen leerlingen van speciaal onderwijs (Monshouwer e.a., 2008) en vmbo (Schrijvers en Schoenmaker, 2008; Risselada en Schoenmakers, 2010) zeker een risicogroep voor problematisch gebruik van alcohol en drugs. Ook de meeste in de veldverkenning geraadpleegde experts geven aan dat jongeren op het vmbo en binnen het speciaal onderwijs – jongeren met een lager IQ of licht verstandelijke handicap – een risicogroep vormen voor middelenmisbruik en -verslaving.

De conclusies van verschillende studies die alcoholgebruik en schoolniveau vergeleken hebben, verschillen. Waar de studies het over eens lijken, is dat jongeren op het vmbo vaker overmatig drinken: Hoe lager het schoolniveau, hoe schadelijker er gedronken wordt (Schrijvers & Schoenmakers, 2008; Junger-Tas e.a., 2008; Monshouwer e.a., 2008). Of ze ook daadwerkelijk vaker drinken, daarin verschillen de meningen. Van Dorselaer e.a., (2007) stellen dat het aandeel drinkers dat vaak (meer dan éénmaal per week) en dat veel (één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken) alcohol drinkt groter is bij lager opgeleiden. Deze conclusie wordt gedeeld door Monshouwer e.a. (2008) en Schrijvers en Schoenmakers (2008). Junger-Tas e.a. (2008) stellen echter dat jongeren op havo/vwo juist vaker drinken. De houding van de ouders ten aanzien van drinkgedrag blijkt niet te verschillen per schoolniveau (Schrijvers & Schoenmakers, 2008).

Dezelfde conclusies lijken van toepassing op **cannabis**gebruik. Het percentage ooit-gebruikers en actuele gebruikers is onder alle schoolniveau's ongeveer gelijk (Monshouwer e.a., 2008), hoewel Van Dorsselaer e.a. (2007) een hoger percentage actuele gebruikers onder vmbo-scholieren vond in vergelijking met vwo. Wel blijken vmbo leerlingen vaker en vooral meer joints per keer te roken dan vwo-leerlingen (Monshouwer e.a., 2008). De intensiteit van cannabisgebruik lijkt dus samen te hangen met schoolniveau (Schrijvers & Schoenmakers, 2008).

De verschillen tussen schoolniveau in het gebruik van **harddrugs en paddo's** zijn niet significant (Monshouwer e.a., 2008).

d. Jongeren met een licht verstandelijke beperking

De omvang van het middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap (LVG) lijkt weinig te verschillen van dat van jongeren in het algemeen, maar LVG-jongeren lopen een grotere kans om schadelijke gevolgen te ondervinden van middelengebruik dan jongeren zonder een dergelijke handicap. Ze hebben vaker motorische stoornissen, epilepsie, zintuiglijke stoornissen, psychische problemen en gedragsproblemen zoals agressie. Deze stoornissen en de medicatie ervoor gaan slecht samen met middelengebruik. Naast verhoogde kwetsbaarheid door aanleg lopen LVG jongeren ook meer risico op schade en afhankelijkheid vanwege hun sociale context, LVG-jongeren zijn vaker agressief, depressief, slachtoffer van uitbuiting en hebben meer problemen met anderen in werk, dagbesteding en relaties. Bovendien blijkt de verslavingshulpverlening nog onvoldoende afgestemd op deze doelgroep (Bransen e.a., 2009; Mutsaers e.a., 2007; McGillicuddy, 2006).

e. Jongeren met psychische problemen

Gebruik van middelen gaat vaak samen met psychische problematiek (Monshouwer e.a., 2006; Verdurmen e.a., 2005). Daarnaast hebben jongeren met gedragsproblematiek of een psychische of ontwikkelingsstoornis een verhoogd risico op middelenmisbruik. Psychiatrische comorbiditeit onder jongeren die door hun middelenmisbruik in aanraking komen met de jeugdhulpverlening is erg hoog: tussen de 60 tot 88%. Dit betreft de volgende stoornissen: gedragsstoornissen (62%), stemmingsstoornissen (26%), ADHD (22%), stemmingsstoornissen (26%), posttraumatische stress (11%), angststoornissen (7%) (Couwenbergh e.a., 2006).

Het voorkomen van psychopathologie bij kinderen leidt vaak tot een stoornis van middelenmisbruik in de adolescentie (Armstrong e.a., 2002). Het is moeilijk onderscheid te maken tussen de gevolgen van problematisch gebruik van middelen en psychische stoornissen (MDR Drugs, concept). Matthys e.a. (2006) benadrukken de complexiteit van verslavingsproblematiek bij jongeren. De risico's op middelenmisbruik en -afhankelijkheid onder jongeren worden vergroot in de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit en met middelenmisbruik samenhangende sociaal-maatschappelijke problematiek (Wilens e.a., 2008).

Verslaving gaat vaak samen met niet aan middelen gerelateerde stoornissen. Dit is bij jeugdige verslaafden nog vaker het geval dan bij volwassenen (Hulshoff e.a., 2009).

Comorbide psychiatrische problematiek onder adolescenten met middelenmisbruik wordt onder andere gevormd door: depressie en suïcidepogingen, angststoornissen, paniekaanvallen en angstklachten, gedragsstoornissen, ADHD, psychotische stoornissen, eetstoornissen en (posttraumatische) stress (Hulshoff e.a., 2009; Griswold e.a., 2008; EMCDDA, 2007).

1. Depressie en suïcidepogingen

Jongeren die onder invloed van middelen zijn hebben een hoog risico op een (succesvolle) suïcidepoging (Griswold e.a., 2008). Conrod e.a. (2006) noemen in hun onderzoek persoonlijkheidsrisicofactoren voor alcoholmisbruik, waaronder het gevoel van hoopeloosheid en negatief denken (hopelessness; negative thinking).

2. Angststoornissen, paniekaanvallen, angstklachten

Naast hoopeloosheid onderscheiden Conrod e.a. (2006) ook gevoeligheid voor angst (anxiety sensitivity) als een belangrijk persoonlijkheidskenmerk dat een risico vormt op middelengebruik. Een angstig karakter lijkt samen te hangen met middelenproblematiek op latere leeftijd (Conrod e.a., 2008). Bekend is ook dat angststoornissen vaak voorkomen bij mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid, en omgekeerd: middelenmisbruik of -afhankelijkheid komt vaak voor bij mensen met een angststoornis (Wittenberg, 2007; Schadé e.a., 1998; Kushner e.a., 2000).

3. Gedragsstoornissen

Er komen bij gedragsstoornissen drie groepen symptomen voor:

- a. oppositioneel (een jongere verzet zich tegen leiding van volwassenen)
- b. agressief (een jongere brengt zichzelf of anderen schade toe)
- c. antisociaal / conduct disorder (liegen, stelen, delinquent gedrag)

Schutter e.a. (2009) vergeleken 63 jongeren van gemiddeld 17 jaar met antisociaal gedrag zoals agressie of delinquentie, waarvan de helft een comorbide middelenaafhankelijkheid, met een groep van 99 gezonde leeftijdgenoten. Alle jongeren deden de IOWA goktest, deze meet de bereidheid om risico's te nemen met een kaartspel met kleine winsten en grote verliezen. Iedereen kan leren wat de meest voordelige strategie is, maar sommige nemen grote risico's, gedreven door winst op korte termijn of doordat ze onvoldoende worden afgeremd door een groot verlies op lange termijn. De hypothese was dat jongeren met een gedragsstoornis een afwijkende gevoeligheid hebben voor beloning en straf en daardoor eerder risico lopen om middelen te gaan misbruiken en daarvoor afhankelijk te worden.

Jongeren met alleen een gedragsstoornis zonder comorbide middelenproblematiek scoorden hetzelfde als de gezonde proefpersonen. Jongeren met comorbide middelenproblematiek waren echter bereid meer risico's te nemen. Mogelijk is het risico nemen dus een kwetsbaarheidfactor voor verslaving. Maar het zou ook kunnen dat het gebruik van verslavende middelen juist heeft geleid tot een slechtere prestatie op de IOWA goktest. Onduidelijk is dus gebleven wat oorzaak en gevolg is (Schutter e.a., 2009/Submitted).

4. ADHD

Volwassenen die al vanaf hun kindertijd ADHD hebben, ontwikkelen twee keer zo vaak een verslaving als vergelijkbare personen uit de algemene bevolking (Hulshoff e.a., 2009). ADHD is een risicofactor voor middelenaafhankelijkheid. Dit kan zowel met de ADHD te maken hebben, of met de bij ADHD behorende gedragsproblemen. In elk geval is er een combinatie van genen, cognitieve problemen, hersenstructuren en hersenfuncties bij betrokken. Maar wat oorzaak en gevolg is, is nog grotendeels onduidelijk (Manuzzat e.a., 2008) De symptomen van ADHD kunnen versterkt of juist onderdrukt worden door middelengebruik (Hulshoff e.a., 2009).

5. Psychotische stoornissen

Er is een correlatie tussen middelengebruik, met name cannabisgebruik, en vroege vormen van schizofrenie (EMCDDA, 2007). Ook Nederlands onderzoek vond dit verband: jongeren die voor hun zestiende jaar begonnen met cannabis hadden een veel groter risico op psychose dan mensen die op latere leeftijd voor het eerst gebruikten (Henquet, 2006; Ferdinand e.a., 2005).

6. Eetstoornissen

Een middel als speed (amfetamine) kan gebruikt worden om af te vallen. Hierdoor kan het voorkomen dat jongeren met eetproblemen ook een middelenaafhankelijkheid hebben (Hulshoff e.a., 2009).

7. (Posttraumatische) stress

Stress is een risicofactor voor verslaving (Huizink e.a., 2004). Jongeren die als kind ernstige traumatische ervaringen hebben gehad, hebben twee- tot viermaal meer kans om al op jonge leeftijd een verslaving te ontwikkelen (Nauta-Jansen & Hendriks, 2006).

f. Jongeren die opgroeien onder ongunstige omstandigheden

Dak- en thuisloosheid

De relatie tussen dak- en thuisloosheid en middelengebruik is meerdere malen benadrukt in de wetenschappelijke literatuur (Fountain e.a., 2003). Middelengebruik kan vooraf gaan aan dak- of thuisloosheid, of er op volgen (EMCDDA, 2008). Vooral kwetsbaar zijn jongeren die weglopen van huis of van institutionele zorg en als gevolg daarvan dakloos raken (EMCDDA, 2008).

Gebruikende ouders of broers of zussen

Het EMCDDA definieert kwetsbare families als families waarvan bij een of meerdere leden sprake is van middelenuisbruik of -afhankelijkheid, en/of families met een hoge mate van conflict en geweld, slechte kwaliteit van relaties en/of serieuze economische problemen. Kinderen in kwetsbare families hebben een groter risico om psychologische en sociale problemen te ontwikkelen, waaronder middelengebruik (EMCDDA, 2008). Europees en internationaal onderzoek wijst uit dat kinderen van middelenaafhankelijke ouders een groter risico hebben op middelengebruik, misbruik en afhankelijkheid in hun

adolescentie (Sumnall e.a., 2006).

Velleman e.a. (2005) noemen de volgende (gezins)risicofactoren van middelengebruik onder kinderen

- drugs- en alcoholmisbruik door de ouders
- middelengebruik van oudere broers en zussen
- gebrek aan ouderlijk toezicht
- lage kwaliteit van familierelaties
- problematische economische omstandigheden

De Nederlandse studie van Matthys e.a. (2006) naar risicofactoren voor middelengebruik bij jongeren, noemen als risicofactor disharmonie in gezin of in het huwelijk van de ouders. Een veelgenoemde doelgroep van preventie zijn kinderen van verslaafde ouders of van ouders met psychiatrische patiënten.

De relatie tussen gebruikende ouders, gebruikende broers en zussen en middelengebruik van adolescenten kan bepaald worden door de opvoeding, de genen of sociale omstandigheden (het delen van dezelfde risico-omgeving). Jongeren met gebruikende ouders of broers of zussen lopen dus op verschillende manieren risico om zelf problematisch middelengebruik te ontwikkelen (EMCDDA, 2008).

De verslavingszorg heeft voor deze risicogroep een belangrijke signaalfunctie. Bij een aanmelding van een volwassene of een jongere bij de verslavingszorg, zou ook gekeken moeten worden naar de broers en zussen of kinderen van de aanmelder. Maar ook familieleden, school en vrienden zouden hier een signaleringsfunctie kunnen vervullen.

Gescheiden ouders

Het hebben van gescheiden ouders is een risicofactor voor het starten van middelengebruik en -misbruik en het ontwikkelen van -afhankelijkheid bij jongeren (Huurte e.a., 2010; Hoffmann, 1995). Zo vonden Tomcikova e.a. (2009) dat het scheiden van de ouders een sterker effect heeft op het toenemen van dronkenschap bij jongeren dan factoren als lage ondersteuning van de ouders (low parental support) en lage sociaal-economische status.

Probleemwijken, stad en platteland

De relatie tussen het wonen in probleemwijken en middelengebruik is niet onomstotelijk vastgesteld, en vaak erg middelgebonden. Heroïnegebruik komt misschien meer voor in achtergebleven stedelijke gebieden, terwijl cocaïnegebruik vaker gerapporteerd wordt in rijkere wijken. Cannabis gebruik is hoger in welvarende gebieden. Landelijke gebieden rapporteren een hogere prevalentie van middelengebruik, maar middelengebruik van adolescenten is daar vaak meer verborgen (EMCDDA, 2008).

Een Nederlandse studie wijst uit dat een schadelijk drinkniveau over het algemeen meer voor komt bij jongens op het platteland dan bij jongens in de stad. In niet-stedelijke gebieden zijn meer drinkgelegenheden in de vorm van zogenaamde 'keten', terwijl in stedelijke gebieden doorgaans meer jongerencentra bestaan (Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Jongeren in de kleine en middelgrote steden drinken vaker overmatig dan hun leeftijdsgenoten in de grote steden. Het verschil is echter niet zo groot (Junger-Tas e.a., 2008).

Etniciteit op zich is geen risicofactor voor middelengebruik. Het is echter zo dat etnische minderheden vaak leven in slechtere sociale omstandigheden, dat zij een lagere opleiding genieten en geen werk hebben. Deze factoren worden wel met drugsgebruik geassocieerd. Etniciteit moet dus niet gezien worden als een directe risicofactor, uit sommige onderzoeken blijkt zelfs dat het een beschermende factor is (EMCDDA, 2008), maar dat geldt niet voor elke afkomst. De relatie tussen etniciteit en middelengebruik verschilt per middel en etnische groep. Nederlands onderzoek komt tot de volgende conclusies.

Religie speelt waarschijnlijk deels een rol bij jongeren van bepaalde etnische afkomst, zoals bij jongeren van Turkse of Marokkaanse afkomst. In deze groepen lijkt hun afkomst geen risicofactor voor **alcoholgebruik** te zijn (Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Ook geldt er binnen deze groepen minder tolerantie van de allochtone ouders (Van Dorsselaer e.a., 2007). Het percentage scholieren dat ooit in het leven alcohol heeft gedronken is het laagst onder de scholieren van Marokkaanse afkomst, gevolgd door Turkse scholieren en scholieren uit de overige niet-westerse landen. Scholieren van Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en overig westerse afkomst verschillen hier niet van de Nederlandse scholieren (Monshouwer e.a., 2008). Onder de groep die wel alcohol drinkt wordt door allochtone jongeren bovendien minder vaak gedronken (Van Dorsselaer e.a., 2007). Hoewel minder allochtone jongeren alcohol gebruiken en degenen die dat wel doen minder vaak drinken, gebeurt binge drinken voor driekwart van de actuele drinkers in beide groepen (Van Dorsselaer e.a., 2007; Schrijvers & Schoenmakers, 2008; Junger-Tas, Steketee & Moll, 2008).

Voor **cannabisgebruik** worden ook verschillen tussen etnische groepen gevonden. (Monshouwer e.a., 2008; Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Marokkaanse leerlingen hebben significant minder ervaring met het gebruik van cannabis vergeleken met de autochtone leerlingen. De andere etnische groepen verschillen weinig van elkaar (Monshouwer e.a., 2008).

Jongeren van Surinaamse afkomst hebben vergeleken met jongeren van Nederlandse en Antilliaanse/Arubaanse afkomst relatief meer ervaring met het gebruik van **heroïne**. Leerlingen van Marokkaanse afkomst scoren relatief lage prevalenties in het gebruik van **harddrugs en paddo's** (Monshouwer e.a., 2008).

Wat betreft vroegsignalering, en dan vooral de fase van vroegsignalering naar onderkenning van het probleem, kan etniciteit uitmaken wat betreft bejegening, benadering, en het betrekken/informereren van de ouders. Genderaspecten kunnen bij sommige allochtone jongeren een grote rol spelen (good practice).

g. Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik

Drugsgebruik op jonge leeftijd kan snel tot verslaving leiden (Rigter 2006), jongeren die veel drank tot zich nemen en vroeg beginnen met drinken, kunnen afhankelijk raken (De Wit, Adlaf, Offord & Ogborne, 2000; Grant e.a., 2006; 1998). Hingson (2009) toonde aan dat jongeren die vroeg beginnen met drinken niet alleen meer kans hebben om afhankelijk te raken, maar ook sneller afhankelijk raken.

Ook Boelema, Ter Bogt, Van den Eijnden & Verdurmen (2009) vonden sterke aanwijzingen voor een verband tussen vroeg beginnen met alcoholgebruik en alcoholproblematiek

in het latere leven. Dit zou een oorzakelijk verband kunnen zijn, hoewel er ook veel aanwijzingen zijn dat genetische kenmerken, omgevingskenmerken (opvoedgedrag, alcoholproblematiek ouders) en individuele kenmerken (probleemgedrag van jongeren) van invloed zijn op zowel een jonge beginleeftijd als op latere alcoholproblematiek.

Literatuurlijst prevalentie en risicogroepen

- Becker, J., & Roe, S. (2005). *Drug use among vulnerable groups of young people: findings from the 2003 Crime and Justice Survey*. London: The Research, Development and Statistics Directorate.
- 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 / Universiteit Utrecht.
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2009). *Aard en omvang van middelengebruik bij lichtverstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders* Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Broekman, M. (2010). Afhankelijkheid, misbruik en gokproblemen. *in press*.
- Brusse, N. (2006). *Protocol cognitieve gedragstherapie bij jonge cannabisgebruikers: behandeling in het kader van Project 'De Helling'*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre.
- Bukstein, O. G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *J. Psychoactive Drugs* 32, 67-79.
- Burnett, R. (2004). To offend or not to reoffend? The ambivalence of convicted property offenders. In S. I. Maruna, R. (Ed.), *After crime and punishment: pathways to offender reintegration* (pp. 152-180). Devon: Cullompton Willan Publishing.
- Castellanos, C., & Conrod, P. J. (2006). Efficacy of brief personality-targeted cognitive behavioural interventions in reducing and preventing adolescent emotional and behavioural problems. *Journal of Mental Health*, 15(6), 1-14.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2003). *Gezondheid en Welzijn, Jeugd 2003. Cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- College voor Zorgverzekeringen. (2009). *Preventie van problematisch alcoholgebruik*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 67(1), 85-93.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N., & Maclean, A. M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 35(4), 550-563.
- Couwenbergh, C. (2009). *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents*. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(6), 319-328.
- Creemers, H. E., Dijkstra, J. K., Vollebergh, W., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (In progress). Cannabis use during adolescence. Predicting lifetime and regular cannabis use during adolescence; the roles of temperament and peer substance use - The TRAILS-study.

- Creemers, H. E., Dijkstra, J. K., Vollebergh, W. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). Predicting life-time and regular cannabis use during adolescence; the roles of temperament and peer substance use: the TRAILS study. *Addiction*.
- Creemers, H. E., van Lier, P. A., Vollebergh, W. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2009). Predicting onset of cannabis use in early adolescence: the interrelation between high-intensity pleasure and disruptive behavior. The TRAILS Study. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(6), 850-858.
- Creemers, H. E., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2009). Temperamental risk factors for adolescent cannabis use: a systematic review of prospective general population studies. *Subst Use Misuse*, 44(13), 1833-1854.
- D'Amico, E. J., Orlando, E., Miles, J. N. V., & Morral, A. R. (2008). The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and alcohol dependence*, 1(2), 85-92.
- Deas, D., & Thomas, S. E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 10(2), 178-189.
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 745-750.
- Dijck, D. v., & Knibbe, R. A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Dorsselaer S van, E, Z., Eeckhout S van den, Bogt T ter, & W., V. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2007). *Drugs use and related problems among very young people (under 15 years old)*. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Ferdinand, R. F., Sondeijker, F., van der Ende, J., Selten, J. P., Huizink, A., & Verhulst, F. C. (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, 100(5), 612-618.
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J., Bongers, I., Selten, J. P., Huizink, A., & Verhulst, F. C. (2005). Cannabis--psychosis pathway independent of other types of psychopathology. *Schizophr Res*, 79(2-3), 289-295.
- Fountain, J., Howes, S., Marsden, J., Taylor, C., & Strang, J. (2003). Drug and alcohol use and the link with homelessness: results form a survey of homeless people in London. *Addiction Research and Theory*, 11(4), 245-256.
- Gert-Jan Meerkerk, R. v. d. E., Tony van Rooy. (2006). *Monitor internet en jongeren: Compulsief Internetgebruik onder Nederlandse Jongeren*. Rotterdam: IVO.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 10(2), 163-173.

- Grant, J. D., Scherrer, J. F., Lynskey, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Tsuang, M. T., et al. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychological medicine*, 36(1), 109-118.
- Griswold, K. S., Aronoff, H., Kernan, J. B., & Kahn, L. S. (2008). Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician*, 1, 77(3), 331-336.
- Groenland, D. (2007). Mediaan – Jeugdigen en middelenmisbruik in de jeugd GGZ. *Sociale Psychiatrie*, 25(81), 47-54.
- Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Henry, K. L., & Huizinga, D. H. (2007). Truancy's effect on the onset of drug use among urban adolescents placed at risk. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 358 e359-317.
- Henquet, C. (2006). *Ecogenetic Studies of Cannabis as a Cause of Psychosis*. Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Hingson, R. W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, 123(6), 1477-1484.
- Hoffmann, J. P. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *The International journal of the addictions*, 30(10), 1207-1241.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological bulletin*, 130(1), 115-142.
- Hulshoff, A., Wegen, S., & Den Ouden, R. (2009). Kinderen, jongeren en adolescenten met verslavingsproblemen. In R. Rutten, C. Loth & A. Hulshoff (Eds.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Huurre, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2010). Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(1), 125-134.
- Ivens, Y. (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar*. Amersfoort: GGz Nederland / JellinekMentrum.
- Ivens, Y. (2008). *Verander je cannabisgebruik. Werkboek*. Amersfoort: GGz Nederland / JellinekMentrum.
- IVZ. (2008). *Voorpublicatie kerncijfers 2007. Hulpvraag in Nederland*. Houten: IVZ.
- Junger-Tas, J., Stekete, M., & Moll, M. (2008). *Achtergronden van jeugddelinquentie en middelengebruik* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- King, K. M., Meehan, B. T., Trim, R. S., & Chassin, L. (2006). Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment. *Addiction*, 101(12), 1730-1740.
- Kleinjan, M. (2009). *Dawning Dependence. Processes underlying smoking cessation in adolescence*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Klitzner, M., Schwartz, R. H., Gruenewald, P., & Blasinsky, M. (1987). Screening for risk factors for adolescent alcohol and drug use. *Am J Dis Child*, 141(1), 45-49.

- Kushner, M., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 149-171.
- LADIS. (2008). *LADIS Nieuwsflits. Voorpublicatie Kerncijfers 2007 Hulpvraag in Nederland*. Houten: Stichting IVZ.
- Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: education, prevention and policy*, 5(3), 217-323.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 371-411.
- Loeber, R., Slot, N. W., & Sergeant, J. A. (2001). Waarom moeten we ons zorgen maken over ernstige criminele en gewelddadige jongeren? In N. W. S. J. A. S. R. Loeber (Ed.), *Ernstige en gewelddadige delinquentie: Omvang oorzaken en interventies* (pp. 27-49). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Truong, N. L., Moulton, J. L., 3rd, Roizen, E. R., Howell, K. H., et al. (2008). Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *The American journal of psychiatry*, 165(5), 604-609.
- Maruna, S. (2001). *Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild their Lives*. Washington: APA.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., Nordquist, R. E., & Zonneville-Bender, M. J. S. (2006). *Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen*. Den Haag: ZonMW.
- McCrystal, P. (2009). Substance misuse amongst young people in non-school settings: challenges to practitioners and policy makers. *Child Abuse Review*, 18(4), 240-253.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 12(1), 41-47.
- Meerkerk, G.-J., Van Rooij, A., Amadmoestar, S. S., & Schoenmakers, T. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland*. Rotterdam: IVO.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op gedragsverandering*: Uitgeverij Ekklesia.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2005). *Wet op de jeugdzorg. Informatiebrochure*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Gorter, A., & Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag 2003. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek*. Utrecht: Trimbos.
- Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Bogt, T. T., De Graaf, R., & Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. Findings from a Dutch survey. *Br J Psychiatry*, 188, 148-153.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, S. v., Smit, E., Gorter, A., & Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Mutsaers, K., Blekman, J. W., & Schipper, H. C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* . Utrecht: Trimbos-Instituut.

- Nauta-Jansen, L., & Hendriks, V. (2006). Middelengebruik, middelennisbruik en middelenaafhankelijkheid. In F. B. Theo Doreleijers, Jaap Huisman, Robert Vermeiren, Else de Haan (Ed.), *Leerboek psychiatrie. Kinderen en adolescenten*. Utrecht: Tijdstroom.
- NDM. (2005). *Nationale Drug Monitor 2005 - Jaarbericht 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- NDM. (2010). *Nationale Drug Monitor 2009 - Jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Postel, M., Jansma, M., Veltman, R., Grollemans, J., Westendorp, H., & Keizer, H. (2008). *Online zelfhulpprogramma voor de excessieve cannabisgebruiker*. Amersfoort: GGz Nederland / Tactus.
- Postma, S. (2008). *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: RIVM.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Risselada, A., & Schoenmakers, T.M. (2010). Determinanten van middelengebruik en seksueel risicogedrag bij lage SES jongeren: een literatuuroverzicht. In C. T. M. S. A. J. Schuit (Ed.), *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau: aangrijpingspunten voor preventie*. Bilthoven: RIVM.
- Risselada, A., & Schoenmakers, T. M. (2010). Interventies gericht op de preventie van middelengebruik en seksueel risicogedrag bij VMBO scholieren. In C.T.M. Schrijvers & A.J. Schuit (Ed.), *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau: aangrijpingspunten voor preventie*. Bilthoven: RIVM.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., Van den Brink, W., & Van Dyck, R. (1998). De combinatie van angststoornis en alcoholverslaving. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 142(2), 57-60.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2007). *Mate. Handleiding en protocol*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Schrijvers, C. T. M., & Schoemaker, C. G. (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Schutter, D., Van Bokhoven, I., Vandersschuren, L., Lochman, J., & Matthys, W. (2009 Submitted). Risky decision-making in substance dependent adolescents with a disruptive behavior disorder.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2008). *Jongeren en verslaving - de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandelaanbod in Nederland*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Sumnall, H., Jones, L., Burrell, K., Witty, K., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). Annual Review of Drug Prevention. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
- SWOV. (2006). *Factsheet driving under the influence of alcohol and drugs*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid.
- Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S., & Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval*. Utrecht: Trimbos-instituut / Universiteit Utrecht.

- Tomcikova, Z., Madarasova Geckova, A., Orosova, O., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Parental divorce and adolescent drunkenness: role of socioeconomic position, psychological well-being and social support. *Eur Addict Res*, 15(4), 202-208.
- Valkenberg, H., Lely, N. v. d., & Brugmans, M. (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie: Op: <http://medischcontact.artsennet.nl>.
- Van de Mheen, D. (2009). Alcoholproblematiek bij jongeren: de cijfers. TSG, 87(3), 77-78.
- Van den Brink, W. (2006). *Hoe schadelijk zijn softdrugs*. Den Haag: WODC Justitiële Verkenningen.
- Van der Vorst, H. (2007). *The key to the cellar door. The Role of the Family in Adolescents' Alcohol Use*. Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Van Dijk, J. J. M., Sagel- Grande, H. I., & Toornvliet, L. G. (2006). *Actuele criminologie*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Van Gelder, P., Reinerie, P., Smits, M., Burer, I., & Hendriks, V. M. (2004). *Uit (je dak) in den Haag 2003. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Rapportage*. Den Haag: Psychomedisch Centrum Parnassia en GGD Den Haag.
- Van Leijenhorst, L., & Crone, E. (2009). Het adolescentenbrein: Inzichten in risicovol gedrag in de adolescentie uit de cognitieve neurowetenschappen. *Neuropraxis*, 1.
- Van Rooij, A., Schoenmakers, T., Meerkerk, G.-J., & Van de Mheen, D. (2009). *Factsheet: Wat doen jongeren op internet en hoe verslavend is dit?* Rotterdam: IVO.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev*, 24(2), 93-109.
- Verdurmen, J., Abraham, M. D., Planije, M., Monshouwer, K., Dorsseleer, S. v., Schulten, I., et al. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., van Dorsseleer, S., ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *J Stud Alcohol*, 66(5), 605-609.
- Verstuyf, G. (2007). *Dossier vroeginterventie*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Adamson, J. J., Henin, A., Sgambati, S., Gignac, M., et al. (2008). Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: a controlled study. *Drug Alcohol Depend*, 95(3), 188-198.
- Williams, C., Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Iffill-Williams, M. (1999). Marijuana use among minority youths living in public housing developments. *Journal of Urban Health*, 76(1), 85-101.
- Wittenberg, S. (2006). *Cannabis in adolescenten en jongvolwassenen*. Amsterdam: Jellinek, Innovatie en Preventie.
- Wittenberg, S. (2007). *Behandeling van verslaving en een comorbide angststoornis*. Amsterdam: Jellinek.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive behaviors*, 34(12), 1042-1055.

2. Screeningsinstrumenten

2.1 Doel en vraagstelling

Doel van de tweede literatuurstudie die is uitgevoerd ten behoeve van de Richtlijn Vroegsignalering is het bepalen van geschikte screeningsinstrumenten om middelenmisbruik en -afhankelijkheid (samengevat als: middelenproblematiek) bij een jongere te signaleren. De literatuurstudie gaat in op de volgende vraag: Wat zijn geschikte en valide screeningsinstrumenten en diagnostische instrumenten om middelenmisbruik en daaraan gerelateerde problematiek bij jongeren in kaart te brengen?

2.2. Methode

De literatuurstudie is uitgevoerd overeenkomstig het Masterprotocol van Resultaten Scoren. Centraal in dit protocol staat een goede afstemming tussen wetenschap en praktijk. Daarom heeft er zowel een veldverkenning als een literatuurstudie plaatsgevonden. Uitgangspunt van de literatuurstudie waren de ervaringen en knelpunten die in de veldverkenning naar voren kwamen. Bedoeling hiervan was om de literatuurstudie goed aan te laten sluiten bij de Nederlandse situatie. Nederlandse studies stonden dan ook centraal in de literatuursearch en werden waar nodig aangevuld met buitenlandse studies. Er is gezocht in: GGZ-kennisnet, GGD-kennisnet, NJI.nl, Google, Cochrane library en Pubmed. Er is gezocht met de trefwoorden: youth, adolescent, young, gecombineerd met screening, screeners en gecombineerd met addiction, substance. Nederlandstalige trefwoorden zijn: jongeren, adolescenten, jeugd, gecombineerd met screeners, screening en gecombineerd met middelengebruik, verslaving, middelenmisbruik. Uit de treffers die dit opleverde, is gekeken wie belangrijke auteurs zijn op dit gebied. Op deze auteurs is een nieuwe search uitgevoerd.

Er is in eerste instantie naar reviews gezocht. Vervolgens is op een aantal specifieke screeners een nieuwe search uitgevoerd voor de effectiviteit van deze screeners op zich. Hierbij is vooral gekeken naar internationaal veelgebruikte screeningsinstrumenten, of in het Nederlands vertaalde instrumenten.

Ten slotte is aan experts gevraagd naar hun inzichten op het gebied van screening. Dit leverde ook een eerste oriëntatie op settingen van screening.

Als kwaliteitscriteria voor screeningsinstrumenten zijn de betrouwbaarheid (steeds dezelfde uitslag geven bij herhaalde meting) en de validiteit (meet wat het behoort te meten) genomen.

Eerst worden de resultaten besproken van overzichtsstudies, in Nederland en in het buitenland (hoofdstuk 1). Vervolgens wordt een overzicht gegeven van mogelijke screeningsinstrumenten, en wordt een aantal veelbelovende en veelgebruikte screeningsinstrumenten nader besproken (hoofdstuk 2).

2.3. Resultaten: overzichtsstudies

2.3.1. Nederlandse situatie

In het recent verschenen *Handboek verslaving* (Franken & Van den Brink, 2009) ver-

scheen een hoofdstuk over 'Meten en meetinstrumenten' (Hendriks, 2009). Hierin is ook aandacht voor specifieke populaties, zoals adolescenten. Aanbevolen worden de CRAFFT en de POSIT, met de kanttekening dat ze nog niet gevalideerd zijn in de Nederlandse populatie.

De concept literatuurstudie van de Multidisciplinaire Richtlijn Drugs (ongepubliceerd document) bevat ook een hoofdstuk over jongeren. In het concept van deze richtlijn wordt geconcludeerd dat de ontwikkeling van meetinstrumenten vooral buiten Nederland wordt gedaan. In Nederland wordt meestal gebruik gemaakt van vertalingen van buitenlandse instrumenten die in Nederland zijn gevalideerd. Desondanks is de werkgroep van mening dat er meetinstrumenten beschikbaar zijn om de ernst van problematisch druggebruik bij jongeren vast te stellen (evidenceniveau 4 – laag). Zij bevelen de Europ-ASI of de EuroADAD aan. In schoolsituaties en hulpverleningspraktijken kan ook gebruik gemaakt worden van de Nederlandse bewerking van de Youth Self Report (YSR) voor de leeftijd 11-18 en de Young Adult Self-Report (YASR) voor de leeftijd 18-25.

Couwenbergh (2009) testte in Nederland twee screeningsinstrumenten voor jongeren op validiteit. Een voor middelenmisbruik: de CAGE-AID en een voor psychopathologie, de Nederlandse SDQ. Beide bleken valide, wel met enige kanttekeningen.

Nederlandse overzichtsstudies naar screeningsinstrumenten

Handboek verslaving (2009)	CRAFFT en de POSIT
Couwenbergh (2009)	CAGE-AID (middelen), SDQ (psychopathologie)
Multidisciplinaire Richtlijn Drugs (concept) (verwacht 2010)	Europ-ASI of de EuroADAD (middelen); Youth Self Report (YSR) of Young Adult Self-Report (YASR) (psychopathologie)

Verwacht wordt dat als de **MATE-jeugd** ontwikkeld is, dit ook een goed instrument kan zijn.

2.3.2. Buitenlandse situatie

Er is 1 review gevonden naar korte vragenlijsten voor screening voor eerstelijnszorg (McPherson, Rebekah & Hersch, 2000). Hierin is ook een stuk opgenomen over 'Adolescent screening instruments'. De auteurs bevelen niet één specifiek screeningsinstrument aan, en maken ook geen vergelijking van de verschillende screeningsinstrumenten, maar beperken zich tot een opsomming. Deze opsomming is opgenomen in het overzicht in figuur 1.

McPherson e.a. bespreken veel screeningsinstrumenten die ontwikkeld zijn in de jaren 80. Hun conclusie is dat voor de eerstelijnszorg vooral gebruik gemaakt moet worden van korte screeningsvragenlijsten. Zij vinden de ASI, ADAD en CASI hiervoor te lang. Uit deze review komt dus geen expliciete aanbeveling voor een bepaald instrument.

Er zijn twee vergelijkende studies gevonden, maar enkel op het gebied van alcoholscreeners. Knight e.a. (2003) vergeleken de validiteit van verschillende korte **alcohol**screeners voor adolescenten. Zij bevelen de AUDIT, POSIT en CRAFFT aan, maar niet de CAGE. Kelly e.a.

(2002) vergeleken **alcohol**screeners voor minderjarige drinkers die behandeld worden op de eerste hulp. Zij vergeleken de TWEAK, CAGE en AUDIT. De AUDIT bleek het geschiktst.

Buitenlandse overzichtsstudies naar screeningsinstrumenten

Nb. Er zijn alleen overzichtsstudies mbt tot alcoholscreeners gevonden

Knight e.a. (2003)	Vergelijking tussen: AUDIT, POSIT, CAGE en CRAFFT Aanbevolen worden: AUDIT, POSIT en CRAFFT
--------------------	--

Kelly e.a. (2002)	Vergelijking tussen: TWEAK, CAGE en AUDIT Aanbevolen wordt: AUDIT
-------------------	--

Conclusie

Opvallend is dat in verschillende Nederlandse gezaghebbende studies en documenten zeer verschillende screeningsinstrumenten aanbevolen worden. Er lijkt weinig overeenstemming over bepaalde screeningsinstrumenten. Zo beveelt Hendriks (2009) de CRAFFT en de POSIT aan, de MDR Drugs (concept, 2009) de Europ-ASI, EuroADAD, YSR en YASR, en Couwenbergh (2009) de CAGE-AID.

Een zoektocht naar buitenlandse reviews leverde een zelfde beeld op: er is weinig doorslaggevend bewijs dat een bepaald instrument geschikter zou zijn dan een andere.

2.4. Resultaten: losse screeningsinstrumenten

2.4.1 Overzicht van screeningsinstrumenten

Er zijn verschillende screeningsinstrumenten om middelenmisbruik en daaraan gerelateerde problematiek in kaart te brengen. Korte vragenlijsten voor screening zijn vaak gericht op een specifiek leefgebied: middelengebruik of psychiatrie, terwijl langere vragenlijsten vaak meerdere leefgebieden in kaart brengen. Korte en lange vragenlijsten voor screening sluiten elkaar niet uit. Een korte vragenlijst zou indien nodig opgevolgd kunnen worden door een lange. De grens tussen 'korte' en lange vragenlijsten voor screening is lastig te trekken. Onderstaande tabel geeft een overzicht van veel gebruikte screeningsinstrumenten (in het buitenland), gesorteerd op lengte.

Figuur 1: Overzicht van beschikbare screeningsinstrumenten

Meetinstrument	Leefgebied	Lengte	Aanbevolen door:
			Niet effectief bevonden:
CAGE	Alcohol	< 5 minuten	Knight e.a., 2003; Aertgeerts e.a., 2000; Dom e.a., 2004
CAGE-AID	Middelenmisbruik	< 5 minuten	Couwenberg, 2009
CRAFFT	Alcohol	< 5 minuten, zes items	Knight e.a., 2003 Hendriks, 2009

Meetinstrument	Leefgebied	Lengte	Aanbevolen door: Niet effectief bevonden:
AUDIT	Alcohol	< 5 minuten	Hendriks, 2009; Knight e.a., 2003; Kelly e.a., 2002
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Verschillende leefgebieden/gedragsproblemen	< 10 minuten	Couwenberg, 2009, met aantekeningen
HoNoSCA	Verschillende leefgebieden	10-15 minuten	Holzer e.a., 2006, met aantekeningen
AAIS Adolescent Alcohol Involvement Scale	Alcohol	10-15 minuten	McPherson e.a., 2000; Mayer & Filstead, 1979
ADIS Adolescent Drug Involvement Scale	Drugs	10-15 minuten	McPherson e.a., 2000; Wisniewski e.a., 1985
Youth Self Report (YSR) 11-18	vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen	10-20 minuten	MDR Drugs, 2009 / concept
Youth Adult Self Report (YASR) 18-30	vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen	10-20 minuten	MDR Drugs, 2009 / concept
DAP Drug and Alcohol Problem	Middelen	10-20 minuten	McPherson e.a., 2000; Klitzner e.a., 1987
POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers)	Middelen	20-30 minuten, 139 items waarvan 17 over mid-delengebruik	Knight e.a., 2003; Latimer e.a., 1997; Hendriks, 2009; McPherson e.a., 2000; Gruenewald & Klitzner, 1990; Rahdert, 1991
HEADSS (Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression)	Verschillende leefgebieden	20-30 minuten	McPherson e.a., 2000; Fuller & Cavanaugh, 1995
HEADS FIRST (Home, Education, Abuse, Drugs, Safety, Friends, Image, Recreation, Sexuality and Threats)	Verschillende leefgebieden	20-30 minuten	McPherson e.a., 2000; Fuller & Cavanaugh, 1995

Figuur 1: Overzicht van beschikbare screeningsinstrumenten (vervolg)

Meetinstrument	Leefgebied	Lengte	Aanbevolen door: Niet effectief bevonden:	
Teen Addiction Severity Index (T-ASI)	Psychiatrie en gebruik van middelen	20-45 minuten	Kaminer e.a., 1991; 1993	
Adolescent Diagnostic Interview (ADI)	Middelen	45 minuten	Hendriks, 2009	
EuroADAD	Psychiatrie en gebruik van middelen	45-60 minuten	MDR Drugs, 2009/ concept	
MATE-Jeugd	In ontwikkeling	60 minuten		
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	Psychiatrie en gebruik van middelen	> 60 minuten	Hendriks, 2009	MDR Drugs, 2009/ concept
CIDI	Psychiatrie en gebruik van middelen	> 60 minuten	MDR Drugs, 2009/ concept	
Comprehensive Adolescent Severity Inventory CASI	Verschillende levensgebieden	45-90 minuten	Meyers e.a., 1995; Mc Pherson e.a., 2000:	niet voor eerstelijns

2.4.2. Korte vragenlijsten voor screening

Voordeel van het gebruik van een korte vragenlijst is dat deze eenvoudig te implementeren is, omdat de afname ervan weinig tijd kost. Een korte vragenlijst kan ook gebruikt worden wanneer een eerste indruk van de problemen verkregen moet worden of wanneer de setting/motivatie een uitgebreidere screening niet toelaat. Nadeel van een korte vragenlijst is dat er minder of geen inzicht ontstaat in de bijkomende problematiek die vaak samenhangt met middelenmisbruik, zoals psychiatrie (Couwenbergh, 2009). Als er sprake is van multi-problematiek, dan is de behandeling vaak minder effectief indien zij gericht is op slechts één component. Naast een korte vragenlijst voor middelenmisbruik kan ook een korte vragenlijst voor psychiatrische problemen worden gebruikt. Hiervoor zijn gevalideerde vragenlijsten beschikbaar (MDR Drugs, 2009/concept). Indien er een positieve uitslag is op de korte vragenlijst, is het raadzaam een langere vragenlijst af te nemen.

AUDIT, AUDIT-C en AUDIT-4 (alcohol)

Alcohol Use Disorders Identification Test

Knight e.a. (2003) vergeleken de validiteit van verschillende korte **alcohol**screeners voor adolescenten. Niet al deze screeningsinstrumenten zijn speciaal voor adolescenten ont-

wikkeld. Zij vergeleken de AUDIT, POSIT, de CAGE en de CRAFFT. Zij bevelen de AUDIT, POSIT en CRAFFT aan. Voor de AUDIT is het ideale afkappunt voor alcoholproblemen 2 en voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid 3.

Kelly e.a. (2002) vergeleken alcoholscreeners voor minderjarige drinkers die behandeld worden op de eerste hulp. Zij vergeleken de TWEAK, CAGE en AUDIT. De AUDIT bleek het geschiktst. Ook Hendriks (2009) raadt voor jongeren de AUDIT aan.

Het *Protocol voor vroegsignalering en kortdurende interventie van alcoholproblematiek bij jongeren: school en vrije tijd* (Risselada et al., 2010) beveelt de AUDIT-4 aan.

De sensitiviteit³ en specificiteit⁴ van de AUDIT-C is onderzocht bij studenten en volwassenaan, maar voor zover bekend niet onder jongeren. Onderzoek onder 18 tot 20-jarige studenten op de eerste hulp van een ziekenhuis leidde tot een sensitiviteit van 83% en een specificiteit van 55% bij mannen, met een afkappunt van vijf. Voor vrouwen, met een afkappunt van vier, werd een sensitiviteit van 94% en een specificiteit van 57% gevonden (Kelly e.a. 2009). Als referentiewaarde werd een DSM-IV diagnose van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid in de afgelopen 6 maanden gebruikt. De beste afkappunten van de AUDIT-C lagen in deze studie op een somscore van zes voor mannen en vijf voor vrouwen.

De AUDIT

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

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

4 De specificiteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen zonder alcoholproblematiek terecht als 'niet-problematisch drinker' geïdentificeerd wordt. Wanneer alle niet-problematische drinkers als zodanig worden aangemerkt, is de specificiteit 100%.

De AUDIT (vervolg)

Nr	Vragen/score	0	1	2	3	4
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		

Saunders & Aasland 1987; Saunders e.a. 1993

Jongeren tot 18 jaar

Wanneer het totale aantal punten van alle vragen **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 (Reinert & Allen 2007; Geurtsen & Van de Glind 2009).

AUDIT-C

Voor het bepalen van een afkappunt voor de ondergrens 'meer drinken dan verantwoord', is de AUDIT-C geschikt. Dit is een verkorte versie van de Alcohol Use Disorders Identification Test. De AUDIT wordt in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (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 e.a. 1998).

Hieronder de AUDIT-C (met aangepaste afkappunten voor binge drinken).

AUDIT-C					
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) of 5 of meer (jongens) glazen per gelegenheid?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks

Bij jongeren moet gelet worden op het antwoord op de derde vraag, over binge drinken (Geurtsen & Van de Glind 2009). Ook hier geldt dat Binge drinken (veel alcohol in korte tijd drinken) met de eerste 2 vragen van de AUDIT-C niet altijd wordt opgemerkt. In de AUDIT-C wordt binge drinken gedefinieerd als 'het drinken van 6 of meer glazen per gelegenheid'. Deze grens is gebaseerd op drinkadviezen voor volwassenen en is derhalve te hoog voor jongeren. Bovendien is het raadzaam verschillende afkappunten voor jongens en meisjes te gebruiken, aangezien jongens over het algemeen minder snel onder invloed raken van dezelfde hoeveelheid alcohol dan meisjes. Het Trimbos Instituut han-

teert de volgende geslachtsspecifieke afkappunten voor binge drinken bij volwassenen: 4 of meer glazen voor vrouwen en 6 of meer glazen voor mannen (www.alcoholinfo.nl). Aangezien er geen geslachtsspecifieke afkappunten voor binge drinken bij jongeren bekend zijn, is ervoor gekozen de afkappunten voor volwassenen te gebruiken en deze naar beneden bij te stellen: het drinken van 3 of meer glazen per gelegenheid voor meisjes en 5 of meer glazen per gelegenheid voor jongens. Aandachtspunt hierbij is het advies voor jongeren onder de 16 om helemaal geen alcohol te drinken (Risselada & Schoenmakers, 2010).

AUDIT-4

Omdat het drinkgedrag van jongeren ook hun sociale omgeving beïnvloedt en vice versa, kan in aanvulling op de AUDIT-C ook vraag 10 van de AUDIT gesteld worden. 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. Wanneer de jongere bevestigend antwoord op deze vraag, is dit een extra indicatie voor problematisch alcoholgebruik.

Vraag 10 AUDIT, toegevoegd bij AUDIT-C geeft AUDIT-4

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

Literatuur

- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, J., Vandermeulen, C., Roelants, M., Ansoms, S., e.a. (2000). The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(1), 53-57.
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonell, M., Fihn, S., & Bradley, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*(158), 1789-1795.
- Frank, D., DeBenedetti, A., Volk, R., Williams, E., Kivlahan, D., & Bradley, K. (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.
- 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.

- Kelly, T., Donovan, J., Chung, T., Bukstein, O., & Cornelius, J. (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.
- Kelly, T. M., Donovan, J. E., Kinnane, J. M., & Taylor, D. M. (2002). A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*, 37(5), 444-450.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67-73.
- Reinert, D., & Allen, J. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185-199.
- Risselada, A., & Schoenmakers, T. (2010). *Protocol voor vroegsignalering en kortdurende interventie van alcoholproblematiek bij jongeren: school en vrije tijd*. Rotterdam: IVO.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, F., De La Fuente, J., & 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.

CAGE (alcohol) & CAGE-AID (middelen)

Cage Alcohol Screening Instrument – Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)

De CAGE (Ewing, 1984) is een lijst met 4 vragen waarop enkel met ja of nee moet worden geantwoord. Vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. De test werd frequent geëvalueerd en toont een sensitiviteit van 43 tot 93% (Fiellin, 2000) voor alcoholproblemen. Een nadeel van de CAGE is dat laag maar riskant alcoholgebruik niet gedetecteerd wordt. Bovendien zou de test voor vrouwen minder aangepast zijn (Steinbauer, 1998). De CAGE gaat in op de inspanningen om het gebruik te verminderen (to cut down), de verveeldheid (annoyance) met de bezwaren van anderen, schuldgevoel (guilt) over het gebruik en de gewoonte om 's ochtends te gebruiken (an eye-opener) (Verstuyf, 2009).

In een vergelijking tussen de AUDIT, POSIT, de **CAGE** en de CRAFFT (Knight e.a., 2003) bleek de CAGE onvoldoende sensitief voor adolescenten. Kelly e.a. (2002) vergeleken **alcohol**screeners voor minderjarige drinkers die behandeld worden op de eerste hulp. Zij vergeleken de TWEAK, CAGE en AUDIT. De CAGE bleek interne inconsistenties te bevatten. De AUDIT bleek het geschiktst. Ook Aertgeerts e.a., (2000) en Dom e.a. (2004) hebben hun twijfels over de CAGE. Hoewel bovenstaande auteurs concludeerden dat de CAGE geen geschikt meetinstrument is, is onbekend in hoeverre dit geldt voor de CAGE-AID.

Als screeningsinstrument voor **middelenmisbruik** stelt Couwenbergh (2009) de vier-item **CAGE-AID** voor omwille van de bondigheid, brede dekking en de gelijkenis met de DSM-IV criteria. Dit instrument blijkt valide voor het screenen van middelenproblematiek, hoewel er wel rekening moet worden gehouden met ontkenning van de cliënt. Urinetesten zouden bij twijfel toegepast kunnen worden.

Een positieve screening moet echter een indicatie zijn voor verdere evaluatie, en niet voor een definitieve diagnose. Op deze manier vindt er zowel geen over- als onderdiagnose plaats.

Een ander opvallend punt dat uit het onderzoek kwam, is dat de toegevoegde waarde van de ouder-rapportage laag is. Dit lijkt te suggereren dat peer-rapportage bijvoorbeeld een meer effectieve bron van informatie zou kunnen zijn. De 4-items van de CAGE-AID kunnen makkelijk geïntegreerd worden in de standaard screeningprocedures.

Hieronder de CAGE-AID

Cutdown	Heeft u wel eens gedacht aan – of heeft iemand anders u geadviseerd – om te minderen of stoppen met het gebruik van alcohol of drugs?
Annoyed	Heeft u zich ooit geïrriteerd aan opmerkingen van anderen over uw alcohol- of drugsgebruik?
Guilty	Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over dingen die u onder invloed van alcohol of drugs hebt gedaan?
Eye opener	Heeft u direct na het opstaan wel eens alcohol of drugs gebruikt om uw zenuwen de baas te worden, van ontwenningverschijnselen af te komen of als opkikker?

Vanaf twee positieve antwoorden (in de zelfrapportagelijst) is er een aanduiding voor de aanwezigheid van middelenmisbruik of –afhankelijkheid.

Literatuur

- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, J., Vandermeulen, C., Roelants, M., Ansoms, S., e.a. (2000). The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(1), 53-57.
- Couwenbergh, C. (2009). Screening for substance abuse among adolescents: Validity of the CAGE-AID in youth mental health care. In *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents* (pp. 69-81). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Dom, G., Raes, V., De Wilde, B., & Van den Brink, W. (2004). Meetinstrumenten bij stoornissen in het gebruik van middelen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(2006), 671-674.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism: The Cage Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.
- Fiellin, D. A., Carrington, R., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.
- Kelly, T. M., Donovan, J. E., Kinnane, J. M., & Taylor, D. M. (2002). A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*, 37(5), 444-450.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67-73.

- Steinbauer, J. R., Cantor, S. B., Holzer, C. E., & Volk, R. J. (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine*, 129(5), 353-362.

CRAFFT (middelen)

De CRAFFT is ontwikkeld voor jongeren onder de 21 jaar. Dit instrument wordt aanbevolen door de American Academy of Pediatrics' Committee on Substance Abuse. In Nederland wordt dit instrument aanbevolen voor adolescenten in het handboek verslaving (Hendriks, 2009). Knight e.a. (2002) onderzochten de validiteit van de CRAFFT. Zij vergeleken de CRAFFT met de POSIT en de ADI en kwamen tot de conclusie dat de CRAFFT valide is.

Kelly e.a. (2009) vergeleken de AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut met de DSM-IV criteria, en vonden vooral overeenkomsten met de AUDIT-C en de FAST. Knight e.a. (2003) waren in een vergelijking tussen de AUDIT, POSIT, CAGE en CRAFFT wel positief over de CRAFFT.

Hieronder de CRAFFT:

1. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs?
 2. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX, feel better about yourself, or fit in?
 3. Do you ever use alcohol or drugs while you are ALONE?
 4. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?
 5. Do your family or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?
 6. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?
-

In eerste instantie hoeven alleen de drie openingsvragen afgenomen te worden (CAR), als hierop geen positief antwoord komt, hoeven de andere vragen niet afgenomen te worden. Indien er wel een positief antwoord op komt, dan worden alle zes de vragen afgenomen. Bij twee positieve antwoorden is er sprake van problematisch middelengebruik. Bij personen onder de 14 is al bij 1 positief antwoord sprake van problematisch middelengebruik.

Literatuur

- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Kelly, T., Donovan, J., Chung, T., Bukstein, O., & Cornelius, J. (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.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67-73.

- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(6), 607-614.

POSIT (middelen)

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers substance use/abuse scale

De POSIT bestaat uit 139 vragen waarvan er 17 over middelenproblematiek gaan. De POSIT wordt aangeraden door: Hendriks (2009), Knight e.a. (2003), Latimer e.a. (1997), Rahdert (1991), Gruenewald & Klitzner (1990). Het afkappunt is niet bekend.

Hieronder de POSIT

1. Do you get into trouble because you use drugs or alcohol at school?
 2. Have you accidentally hurt yourself or someone else while high on alcohol or drugs?
 3. Do you miss out on activities because you spend too much money on drugs or alcohol?
 4. Do you ever feel you are addicted to alcohol or drugs?
 5. Have you started using more and more drugs or alcohol to get the effect you want?
 6. Do you ever leave a party because there is no alcohol or drugs?
 7. Do you have a constant desire for alcohol or drugs?
 8. During the past month have you driven a car while you were drunk or high?
 9. Have you had a car accident while high on drugs or alcohol?
 10. Do you forget things you did while drinking or using drugs?
 11. Does alcohol or drug use cause your moods to change quickly like from happy to sad or vice versa?
 12. Do your family or friends ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?
 13. Do you have serious arguments with friends or family members because of your drinking or drug use?
 14. Does your alcohol or drug use ever make you do something you would not normally do, like breaking rules, missing curfew, breaking the law or having sex with someone?
 15. Do you miss school or arrive late for school because of your alcohol or drug use?
 16. Do you have trouble getting along with any of your friends because of your alcohol or drug use?
 17. Do you ever feel you can't control your drug use?
-

Literatuur

- Dembo, R., Schmeidler, J., Brodern, P., Sue, C., & Manning, D. (1996). *Examination of the reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) among arrested youth entering a juvenile assessment center*. *Subst Use Misuse*, 31, 785-824.
- Gruenewald, P. J., & Klitzner, M. (1990). *Results of Preliminary POSIT Analyses*: Pacific Institute for Research and Evaluation, Inc. Unpublished report to the National Institute on Drug Abuse.

- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67-73.
- Latimer, W. W., Winters, K. C., & Stinchfield, R. D. (1997). Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 23(1), 79-98.
- McLaney, M., Boca, F., & Babor, T. (1994). A validation study of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). *J Mental Health*, 3, 363-376.
- Melchior, L., Rahdert, E., & Huba, G. (1994). *Reliability and Validity Evidence for the Problem Oriented Screening Instruments for Teenagers (POSIT)*. Washington: American Public Health Association.
- Rahdert, E. (1991). The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). In E. R. Rahdert (Ed.), *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services: DHHS Publication No. (ADM) 91-1735.

Youth Self Report (YSR) & Youth Adult Self Report (YASR) (psychiatrie)

De Youth Self Report is een gedragsvragenlijst voor kinderen van 11-18 jaar. De Youth Adult Self Report is bedoeld voor jong volwassenen tussen de 18-30.

Met behulp van de vragenlijst beantwoorden jongeren vragen over zichzelf over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen. Veel van deze vragen zijn hetzelfde als op de CBCL, aangevuld met 14 sociaal wenselijke vragen. Jongeren kunnen voor elke vraag aangeven hoe goed een vraag bij hen past in de afgelopen 6 maanden volgens dezelfde manier als bij de CBCL. De vragenlijst omvat de schalen: activiteiten, sociaal, totale vaardigheden en empirische en DSM-schalen met dezelfde betekenis als op de CBCL. De indeling in probleemschalen is gebaseerd op nieuwe factoranalyses die T. M. Achenbach heeft uitgevoerd op gegevens van jongeren in GGZ-instellingen. De vragenlijst bestaat uit 103 items, afname duurt ongeveer 20 minuten.

Achenbach, T. M. (1990). *The Young Adult Self Report*. Burlington: University of Vermont.
 Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales Anxiety Problems and Affective Problems. *J Anxiety Disord*, 22(1), 126-134.
 Verhulst, F.C., van der Ende, J. & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de YSR*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

SDQ (psychiatrie)

Strengths and Difficulties Questionnaire

Als screeningsinstrument voor **psychiatrische** problemen raadt Couwenbergh (2009) de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Sterktes en Moeilijkheden Vragenlijst) getest, die bestaat uit een zelfrapportage en een ouderrapportage versie. De interne consistentie van de SDQ werd onderzocht door de uitkomsten te vergelijken met die van de

CBCL (Child Behavior Checklist) en de bijbehorende zelfrapportagelijst YSR (Youth Self Report). De SDQ is minder tijdrovend dan de CBCL en de YSR voor screeningdoeleinden. De SDQ bleek grotendeels geschikt, maar schoot te kort met betrekking tot inter-persoonlijke problemen (sociale probleemschaal) en bepaalde externaliserende gedragingen. Hiervoor was zelfrapportage onvoldoende. De zelfrapportage in de SDQ rondom problemen met de peergroep en concentratieproblemen en hyperactiviteit bleek minder betrouwbaar dan de ouderrapportage. Daarvoor wordt in klinische settingen het gebruik van een Multi-informant benadering, in het bijzonder met betrekking tot inter-persoonlijk gerichte en externaliserende problemen sterk aanbevolen.

Ook de *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen* (Postma, 2008) raadt de SDQ aan.

De SDQ is een zelfrapportagelijst bestaande uit 25 items. Een zelfrapportagelijst is misschien minder geschikt als outreachend screeningsinstrument.

Literatuur

- Couwenbergh, C. (2009). Screening for psychopathology among adolescents: Validity of the Dutch SDQ in youth mental health care. In *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents* (pp. 81-95). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4), 400-403.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 166-172.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 173-177.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*, 27(1), 17-24.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), 1-8.
- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(6), 281-289.

2.4.3. Uitgebreidere vragenlijsten voor diagnostiek

ASI, T-ASI, ADAD en EuroADAD (middelen, meerdere leefgebieden)

Middelenafhankelijkheid gaat bijna altijd samen met problemen op andere levensgebieden. Daarom is het belangrijk om ook comorbide problemen te onderzoeken. De ASI is een voorbeeld van een diagnostisch instrument dat zich richt op verschillende leefgebieden. De Nederlandse variant hiervan heet Europ-ASI. De ASI zoals deze ontwikkeld is voor volwassenen bleek onvoldoende geschikt voor afname bij adolescenten (Kaminer e.a., 1991). Er zijn varianten op de ASI ontwikkeld voor adolescenten, zoals *Teen Addiction Severity Index* (T-ASI) (Kaminer e.a., 1991; 1993) en de *Adolescent Drug Abuse Diagnosis* (ADAD) (Friedman & Utada, 1989). De ADAD is gevalideerd door de ontwerpers Friedman en Utada in 1989. Bolognini e.a. (2001) evalueerden de ADAD op betrouwbaarheid en interne coherentie van de subschalen. Zij kwamen tot de conclusie dat de ADAD een adequaat instrument is voor het in kaart brengen van middelenproblematiek en daarmee geassocieerde problemen in adolescenten vanwege de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Holzer e.a. (2006) vergeleken de ADAD met de *Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents* (HoNoSCA). Zij kwamen tot de conclusie dat de ADAD de voorkeur had boven de HoNoSCA wat betreft een evidence-based assesment en betere discriminanten. De HoNoSCA was echter minder tijdsintensief en gevoeliger voor verandering.

De EuroADAD is een vertaalde en aangepaste versie van de ADAD voor de Nederlandse situatie (Friedman e.a., 2001). Deze bestaat uit zeven probleemgebieden: lichamelijk, school, sociaal, familie, psychologisch, criminaliteit en alcohol en drugs. 'Meetinstrumenten als de Europ-ASI of de EuroADAD worden door de werkgroep aanbevolen om te gebruiken bij jongeren met problematisch druggebruik.' (MDR Drugs, concept).

Literatuur

- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., e.a. (2001). *Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. Addiction, 96, 1477-1484.*
- Friedman, A. S., Terras, A., & Oberg, D. (2001). EuroADAD – De Europese versie van de Adolescent Assessment Dialogue. Nederlandse Vertaling: Haack, M.J., Soyez V,
- Friedman, A. S., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument). *Journal of drug education, 19(4), 285-312.*
- Holzer, L., Tchamadjeu, I. K., Plancherel, B., Bolognini, M., Rossier, V., Chinet, L., e.a. (2006). Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) vs. Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNoSCA) in clinical outcome measurement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12, 482-490.*
- Kaminer, Y., Bukstein, O., & Tarter, R. E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *Int J Addict, 26(2), 219-226.*
- Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., & Seifer, R. (1993). Validation of the teen addiction severity index (T-ASI). *American Journal on Addiction, 2, 221-224.*

MATE-(Jeugd) (middelen)

De MATE is ontwikkeld in opdracht van Resultaten Scoren en geldt als aanbevolen triage-instrument voor de verslavingszorg. De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) richt zich op de volgende leefgebieden: het gebruik van psychoactieve middelen, de verslavingsbehandelingsgeschiedenis, de diagnoses afhankelijkheid en misbruik volgens de DSM, de sterkte van het verlangen naar psychoactieve middelen. Ook legt zij gegevens vast ten behoeve van de indicatie voor somatisch-medisch consult en/of psychiatrisch/psychologisch consult (Schippers, Broekman & Buchholz, 2007).

De MATE-Jeugd is in ontwikkeling.

2.4.4. Overige instrumenten

Middelen en psychiatrische problematiek

CIDI

Bij een combinatie van problematisch druggebruik met gedragsproblemen en ernstig disfunctioneren op school of werk is verdere psychiatrische diagnostiek geïndiceerd, bijvoorbeeld door de gehele vragenlijst van de CIDI af te nemen. Tevens kan men gebruik maken van gedragsvragenlijsten voor kinderen en jeugdigen zoals de YSR en YASR om psychische stoornissen te onderkennen (MDR Drugs, concept).

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)

Het meest gebruikte diagnostische instrument voor het vaststellen van psychiatrische diagnostiek – waaronder stoornissen in middelenmisbruik – bij adolescenten is de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Hendriks, 2009; Schaffer e.a., 2000). Deze is ook beschikbaar in het Nederlands. Dit is echter eerder een diagnostisch instrument dan een screeningsinstrument.

Adolescent Diagnostic Interview (ADI)

Specifiek voor het vaststellen van stoornissen in middelenmisbruik is het Adolescent Diagnostic Interview (ADI) ontwikkeld (Winters e.a., 1999; Henly, 1993). Deze is ook beschikbaar in het Nederlands, en wordt onder andere aangeraden door Hendriks (2009).

HoNOSCA

De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid met als doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Dit instrument kan tijdens de behandeling gebruikt worden om veranderingen in kaart te brengen.

De HoNOS is aangepast voor kinderen en adolescenten: de HoNOSCA. De HoNOSCA meet de volgende leefgebieden: problemen met storend, antisociaal of agressief gedrag, problemen met hyperactiviteit, aandacht of concentratie, opzettelijke zelfverwonding, problemen met alcohol, misbruik van (oplos)middelen, problemen met leer- of taalvaardig-

heid, problemen vanwege een lichamelijk aandoening of een handicap, problemen die gepaard gaan met hallucinaties, wanen of abnormale percepties, problemen met niet-organische somatische symptomen, emotionele problemen en daarmee verband houdende symptomen, problemen met relaties met leeftijdgenoten, problemen met zelfverzorging en onafhankelijkheid, problemen met gezinsleven en relaties en afwezigheid van school.

De HoNOS is waarschijnlijk meer geschikt als een monitorinstrument in de behandeling dan als een screeningsinstrument (Gowers, 1999).

Criminaliteit en middelenmisbruik

Binnen de Jeugdstrafrechtketen wordt op dit moment gewerkt aan een screener welke ook middelenmisbruik uitvraagt. Middelenmisbruik wordt echter alleen uitgevraagd als mogelijke criminogene factor en de nadruk ligt dus niet op het signaleren van potentieel misbruik. Dit instrument is gebaseerd op de Washington Pre-Screen. Halt Nederland oriënteert zich op activiteiten of cursussen die het aan jongeren (en hun ouders) kan bieden wanneer alcoholgebruik onderdeel uitmaakt van het gepleegde delict.

Ook is het beleid binnen Justitie momenteel dat men enkel nog werkt met (en investeert in) effectieve interventies (evidence based). (zie rapport: Afstemming Gedragsinterventies voor jeugdige delinquenten, 2007. www.justitie.nl/onderwerpen/jeugd/jeugdcriminaliteit/actiepunten)

Persoonlijkheidskenmerken

Recent onderzoek van Patricia Conrod richt zich niet op de uitingen van problemen, maar op persoonlijkheidskenmerken die hieraan ten grondslag zouden kunnen liggen. Conrod e.a. (2006) noemen in hun onderzoek de volgende persoonlijkheidsrisicofactoren voor middelenmisbruik: 'anxiety sensitivity', 'hopelessness', 'negative thinking' en 'sensation seeking'. Er is een vragenlijst ontwikkeld die deze persoonlijkheidskenmerken meet (Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009). Het Trimbos-instituut werkt aan een Nederlandse vertaling van dit instrument.

Item number	Item number	Item content
23-item scale	28-item scale	
1	1	I am content
	2	In stressful situations, I often fear that no one will reach me in time
2	3	I often don't think things through before I speak
3	4	I would like to skydive
4	5	I am happy
	6	I get frightened and feel that I am losing my mind when I cannot concentrate on the things that I need to do
5	7	I often involve myself in situations that I later regret being involved in
6	8	I enjoy new and exciting experiences even if they are unconventional

Item number	Item number	Item content
23-item scale	28-item scale	
7	9	I have faith that my future holds great promise
8	10	It's frightening to feel dizzy or faint
	11	The most interesting and exciting things are usually illegal or immoral
9	12	I like doing things that frighten me a little
	13	Sometimes I think I am no good at all
10	14	It frightens me when I feel my heart beat change
11	15	I usually act without stopping to think
12	16	I would like to learn how to drive a motorcycle
13	17	I feel proud of my accomplishments
14	18	I get scared when I'm too nervous
15	19	Generally, I am an impulsive person
16	20	I am interested in experience for its own sake even if it is illegal
17	21	I feel that I'm a failure
18	22	I get scared when I experience unusual body sensations
	23	I'm stubborn and strong-minded and act upon my thoughts despite others' opinions
19	24	I would enjoy hiking long distances in wild and uninhabited territory
20	25	I feel pleasant
21	26	It scares me when I'm unable to focus on a task
22	27	I feel I have to be manipulative to get what I want
23	28	I am very enthusiastic about my future

Literatuur

- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive behaviors*, 34(12), 1042-1055.

2.5 Conclusies

Uit een analyse van de verschillende screeningsinstrumenten blijkt dat er veel keuze is. Er zijn veel screeningsinstrumenten voor jongeren die zich richten op verschillende problematiek. De wetenschappelijke literatuur biedt geen eenduidigheid over welk instrument het beste zou zijn.

Een afweging die gemaakt moet worden is of een korte of langere vragenlijst het meest geschikt is om te implementeren in de keten. Het voordeel van een korte vragenlijst is dat deze minder intensief is, dus waarschijnlijk ook minder intensief om te implementeren. Ook kan in een vroeg contact door outreachende teams vaak makkelijker gewerkt met een korte vragenlijst waar geen pen en papier voor nodig is. Het nadeel van een

korte vragenlijst is dat deze beperkt de problematiek in kaart brengt. Wat de korte vragenlijsten voor screening betreft sluiten wij aan bij de instrumenten die Couwenbergh (2009) aanbeveelt: de CAGE-AID (middelen) en de SDQ (psychiatrie). Ook zullen wij aansluiten bij de aangeraden screener(s) van het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Middelenmisbruik of -misbruik gaat vaak samen met problemen op andere levensgebieden. Middelenmisbruik hoeft niet altijd het voornaamste probleem te zijn. Goed inzicht in de multiproblematiek is essentieel om de meest geschikte en effectieve behandeling te bepalen. Dit zou pleiten voor een wat uitgebreider (diagnostisch) instrument dat niet alleen het middelenmisbruik in kaart brengt. Een nadeel van een langere vragenlijst is dat deze tijdsintensiever is. Wat langere vragenlijsten betreft sluiten wij aan bij in praktijk veel gebruikte vragenlijsten, zoals de EuroADAD. Verwacht wordt dat als de MATE-jeugd ontwikkeld is, dit ook een goed diagnostisch instrument kan zijn.

Resultaten van de literatuurstudie naar instrumenten voor screening en diagnostiek

Uit een analyse van de verschillende instrumenten voor screening en diagnostiek blijkt dat er veel keuze is. Er zijn veel vragenlijsten voor jongeren die zich richten op verschillende problemen. De wetenschappelijke literatuur biedt geen eenduidigheid over welk instrument het beste zou zijn.

Screening	Geschikte screeners zijn de CAGE-AID (middelen) en de SDQ (psychiatrie) (Couwenbergh, 2009). Ook de CRAFFT of POSIT (Handboek verslaving, 2009) zijn geschikt. De AUDIT-4 is geschikt voor de settingen school en vrije tijd (Risselada & Schoenmakers, 2010), maar deze screent alleen op alcoholproblemen.
Diagnostiek	Geschikte instrumenten voor diagnostiek zijn de euroADAD (middelen), de ASI (middelen) en de YSR (psychiatrie). Verwacht wordt dat als de MATE-jeugd ontwikkeld is, dit ook een goed instrument zou kunnen zijn.

Literatuurlijst screeningsinstrumenten

- Achenbach, T. M. (1990). *The Young Adult Self Report*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist. 4-18 and 1999 profile*. Vermont: University of Vermont / department of Psychiatry.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, J., Vandermeulen, C., Roelants, M., Ansoms, S., et al. (2000). *The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. Alcohol Clin Exp Res, 24(1), 53-57.*
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonell, M., Fihn, S., & Bradley, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*(158), 1789-1795.
- Chung, T., Colby, S., Barnett, N., Rohsenow, D., Spirito, A., & Monti, P. (2000). *Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. Journal of Studies on Alcohol, 61(4), 579-587.*
- Couwenbergh, C. (2009). Screening for psychopathology among adolescents: *Validity of*

the Dutch SDQ in youth mental health care. In *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents* (pp. 81-95). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

- Couwenbergh, C. (2009). Screening for substance abuse among adolescents: Validity of the CAGE-AID in youth mental health care. In *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents* (pp. 69-81). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Couwenbergh, C. (2009). *Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents*. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Creemers, H. E., Dijkstra, J. K., Vollebergh, W., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (In progress). Cannabis use during adolescence. Predicting lifetime and regular cannabis use during adolescence; the roles of temperament and peer substance use - The TRAILS-study.
- De Jonge, J., M., Schaap, C. P. D., & Schippers, G. M. (2002). Motivatie voor verandering; een Nederlandse versie van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiek-wijzer*, 5(3), 114-122.
- Defuentes-Merillas, L., De Jong, C. A. J., & Schippers, G. M. (2002). Reliability and validity of the dutch version of the readiness to change questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37(1), 93-99.
- Dembo, R., Schmeidler, J., Brodern, P., Sue, C., & Manning, D. (1996). Examination of the reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) among arrested youth entering a juvenile assessment center. *Subst Use Misuse*, 31, 785-824.
- Dom, G., Raes, V., De Wilde, B., & Van den Brink, W. (2004). Meetinstrumenten bij stoornissen in het gebruik van middelen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(2006), 671-674.
- Earlywine, M., LaBrie, J., & Pedersen, E. (2008). A brief Rutgers Alcohol Problem Index with less potential for bias. *Addictive Behaviors*(33), 1249-1253.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism: The Cage Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.
- Fiellin, D. A., Carrington, R., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.
- Frank, D., DeBenedetti, A., Volk, R., Williams, E., Kivlahan, D., & Bradley, K. (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.
- Friedman, A. S., Terras, A., & Oberg, D. (2001). EuroADAD - De Europese versie van de Adolescent Assessment Dialogue. Nederlandse Vertaling: Haack, M.J., Soyez V., Rozenendaal, R.
- Friedman, A. S., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument). *Journal of drug education*, 19(4), 285-312.
- Fuller, P. G., Jr., & Cavanaugh, R. M., Jr. (1995). Basic assessment and screening for substance abuse in the pediatrician's office. *Pediatr Clin North Am*, 42(2), 295-315.
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4), 400-403.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.

- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 166-172.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 173-177.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*, 27(1), 17-24.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Beevor, A., Lelliott, P., Jezzard, R., et al. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *Br J Psychiatry*, 174, 428-431.
- Gruenewald, P. J., & Klitzner, M. (1990). Results of Preliminary POSIT Analyses: Pacific Institute for Research and Evaluation, Inc. Unpublished report to the National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Kaminer, Y., Bukstein, O., & Tarter, R. E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *Int J Addict*, 26(2), 219-226.
- Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., & Seifer, R. (1993). Validation of the teen addiction severity index (T-ASI). *American Journal on Addiction*, 2, 221-224.
- Kelly, T., Donovan, J., Chung, T., Bukstein, O., & Cornelius, J. (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.
- Kelly, T. M., Donovan, J. E., Kinnane, J. M., & Taylor, D. M. (2002). A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*, 37(5), 444-450.
- Klitzner, M., Schwartz, R. H., Gruenewald, P., & Blasinsky, M. (1987). Screening for risk factors for adolescent alcohol and drug use. *Am J Dis Child*, 141(1), 45-49.
- Knight, J., Goodman, E., Pulerwitz, T., & DuRant, R. (2001). Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *J Adolesc Health*, 29, 125-130.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67-73.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(6), 607-614.
- Korhonen, T., Van Leeuwen, A. P., Reijneveld, S. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). Externalizing Behavior Problems and Cigarette Smoking as Predictors of Can-

- nabis Use: The TRAILS Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 49(1), 61-69.
- Latimer, W. W., Winters, K. C., & Stinchfield, R. D. (1997). Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 23(1), 79-98.
 - Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77-95.
 - Mayer, J., & Filstead, W. J. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale. An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *J Stud Alcohol*, 40(3), 291-300.
 - McLaney, M., Boca, F., & Babor, T. (1994). A validation study of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). *J Mental Health*, 3, 363-376.
 - Melchior, L., Rahdert, E., & Huba, G. (1994). *Reliability and Validity Evidence for the Problem Oriented Screening Instruments for Teenagers (POSIT)*. Washington: American Public Health Association.
 - Meyers, K., McLellan, A. T., Jaeger, J. L., & Pettinati, H. M. (1995). The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A). An interview for assessing multiple problems of adolescents. *J Subst Abuse Treat*, 12(3), 181-193.
 - Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), 1-8.
 - Rahdert, E. (1991). The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). In E. R. Rahdert (Ed.), *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services: DHHS Publication No. (ADM) 91-1735.
 - Reinert, D., & Allen, J. (2007). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185-199.
 - Risselada, A., & Schoenmakers, T. (2010). *Protocol voor vroegsignalering en kortdurende interventie van alcoholproblematiek bij jongeren: school en vrije tijd*. Rotterdam: IVO.
 - Saunders, J., Aasland, O., Babor, F., De La Fuente, J., & 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.
 - Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2007). *Mate. Handleiding en protocol*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
 - Steinbauer, J. R., Cantor, S. B., Holzer, C. E., & Volk, R. J. (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine*, 129(5), 353-362.
 - Van Meurs, I., Reef, J., Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (2009). Intergenerational transmission of child problem behaviors: a longitudinal, population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(2), 138-145.
 - Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T., Vermulst, A. A., & Van de Mheen, D. (in progress). Towards measurement of Game Addiction: Validating the Compulsive Online Video Game Use Scale.
 - Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch ver-

sion of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(6), 281-289.

- Winters, K. C., & Henly, G. A. (1993). *Adolescent diagnostic interview (ADI) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Henly, G. A. (1993). Further validation of new scales measuring adolescent alcohol and other drug abuse. *J Stud Alcohol*, 54(5), 534-541.
- Wisniewski, N., Clenwick, D., & Graham, J. (1985). Adolescent Drug Involvement Scale. *Addictive Behaviors*, 10, 55-67.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive behaviors*, 34(12), 1042-1055.

3. Settings en partners voor vroegsignalering (veldverkenning)

3.1. Doel en vraagstelling

Doel van de veldverkenning die is uitgevoerd ten behoeve van de Richtlijn Vroegsignalering is het bepalen van geschikte settings om middelenmisbruik en -afhankelijkheid (samengevat als: middelenproblematiek) bij een jongere te signaleren, zodat duidelijk wordt welke partners in de keten moeten worden betrokken. Daarbij is gekeken naar mogelijke vindplaatsen van de verschillende doelgroepen. In de veldverkenning stond de vraag centraal wat relevante en geschikte settings voor vroegsignalering en screening bij jongeren zijn.

3.2. Methode

Middels een semi-gestructureerd interview zijn 9 professionals geïnterviewd uit de volgende disciplines: Halt Nederland, Jeugdreclassering, Context GGZ (Parnassia-BAVO), Meerkanten Jeugdverslaving, Mondriaan, Brijder Verslavingszorg, Jongeren Informatie Punt (JIP), Jeugdzorg Rotterdam. Doel van de interviews was om te inventariseren wat door professionals wordt gezien als geschikte settings voor vroegsignalering (voor meer informatie over de veldverkenning: zie digitale rapportage Praktijkttoetsen Richtlijn Vroegsignalering).

3.3. Resultaten: settings voor vroegsignalering

Vroegsignalering ligt niet bij 1 instantie, persoon of setting. In de belronde met experts werden 3 settings voor vroegsignalering genoemd: school, Halt en jeugdhulpverlening. De school zou een goede setting zijn voor vroegsignalering. Wanneer docenten zelfstandig in staat zouden zijn tot het signaleren van risicovol middelenmisbruik zou dat de toeleiding tot hulp en/of behandeling een stuk kunnen verbeteren. Meerdere experts zouden graag zien dat vroegsignalering van middelenmisbruik een onderdeel wordt van de expertise van de docent. Een kanttekening die hierbij wel gemaakt wordt was dat er bij middelbare scholen een taboe rust op middelenmisbruik. Scholen vinden het moeilijk

om beleid hierop uit te zetten. Bekendmaken dat een school een programma heeft voor middelenmisbruik of misbruik zou een slechte naam op kunnen leveren. Ook spijbeltrajecten zouden een belangrijke setting voor vroegsignalering kunnen zijn.

Ook Halt zou een setting kunnen zijn waarin vroegsignalering van middelenmisbruik en –afhankelijkheid plaats kan vinden. Halt ziet 22.000 jongeren per jaar.

Tot slot wordt de jeugdhulpverlening gezien als mogelijke setting. Binnen de jeugdstrafrechtketen zou standaard gevraagd moeten worden naar middelenmisbruik. Dit gebeurt nu niet stelselmatig. Het zou bij de basiskennis moeten horen van medewerkers binnen de Jeugdstrafrechtketen.

Samenvattend: door de experts wordt als vindplaats het vaakst de school genoemd. De school als setting lijkt echter moeilijk haalbaar. Daarnaast wordt gewezen op spijbeltrajecten en op jongeren binnen de jeugdzorg of de jeugdstrafrechtketen. Deze drie vindplaatsen zouden waarschijnlijk het best als setting voor vroegsignalering kunnen dienen. Uit de literatuur kwam ook naar voren dat criminaliteit, gedrags- en psychische problematiek, risicovolle sociale/thuis omgeving en plaatsing in een spijbeltraject risicofactoren zijn voor middelenmisbruik bij jongeren. Jongeren met bovengenoemde problematiek zijn te vinden binnen de eerder genoemde spijbeltrajecten, jeugdzorg of jeugdstrafrechtketen (bv. Jeugdreclassering, Halt). De jeugdhulpverlening en de jeugdstrafrechtketen werden ook door de experts expliciet aanbevolen als setting voor vroegsignalering. Ook onder experts wordt dus gepleit voor een ketenbrede aanpak, gericht op verschillende settings.

3.4. Resultaten: ketenpartners voor vroegsignalering

Experts noemden de volgende personen en instanties die zouden kunnen samenwerken bij de vroegsignalering:

- Ouders. Op dit moment faciliteren ouders het gebruik van middelen te veel (met name alcohol).
- Docenten.
- Een professionele instantie met op maat gemaakte educatieve producten en voorlichting is waarschijnlijk het best in staat om contact te maken met jongeren over middelenmisbruik en afhankelijkheid. Dit is een taak voor de outreachende preventied medewerkers. Ter aanvulling kunnen eventueel ook leeftijdsgenoten ingezet worden als voorlichters, maar zeer belangrijk is dat dit samen gaat met professionele voorlichting.
- Idealiter zou het signaleren/ingrijpen een samenwerkingsverband moeten zijn tussen de gemeente, de GGD en de verslavingszorg. Hierbij zou de gemeente zorg dienen te dragen voor deelname van scholen, de GGD zou de organisatie op zich moeten nemen en de Verslavingszorg de inhoudelijke kant.

Apart werd nog genoemd dat er onvoldoende aandacht is voor de gecombineerde problematiek. Bij signalering en behandeling van verslaving moet hier rekening mee gehouden worden. Een integrale aanpak is nodig, waarbij zowel de verslaving als de psychische- of ontwikkelingsproblematiek aangepakt worden.

Binnen GGZ- en verslavingszorginstellingen wordt vooral gesignaleerd door outreachen-

de preventiewerkers. Zij hebben vaak contacten met scholen (VMBO's), welzijnswerk en -instellingen (buurthuizen), coffeeshops, zwerfjongeren en eerste-lijnsinstellingen zoals de huisartsenpraktijk.

Aangegeven wordt dat preventied medewerkers een belangrijke brug vormen tussen de instelling en de maatschappij. De verschillende verslavingszorginstellingen signaleren ieder op hun eigen manier. Voor het signaleren door preventiewerkers wordt over het algemeen geen gebruik gemaakt van een richtlijn of vragenlijst specifiek voor middelenmisbruik. Wel worden er binnen de GGZ screeningsinstrumenten gebruikt om de algemene problematiek van jongeren in kaart te brengen. Hier zitten vaak wel enkele vragen in over middelenmisbruik. Signaleren gaat ook voor een deel via de ouders.

In de inventarisatie onder experts bleek ook een aantal problemen te bestaan rondom de ketensamenwerking. De volgende knelpunten werden genoemd:

1. Verwijzers binnen de jeugdhulpverlening hebben middelenmisbruik niet op hun 'lijstje' staan. Bij het inventariseren van jeugdige problematiek is er op dit moment nauwelijks aandacht voor middelenmisbruik en afhankelijkheidsproblematiek. Er is ook geen aparte vragenlijst waarmee dit uitgevraagd wordt. Er is aan kennis, competentie en vaardigheden te winnen bij deze groep wat betreft signaleren en benadering. Ook binnen justitie werd het gebrek aan specifieke vragenlijsten om middelenmisbruik goed uit te vragen als knelpunt benoemd.
2. Binnen de justitieketen wordt middelenmisbruik voornamelijk beschouwd als criminologische factor en niet zozeer vanuit het gezondheidsaspect. Er wordt vanuit een ander perspectief en met een ander doel naar middelenmisbruik gekeken (e.g. voornamelijk vanuit het oogpunt van de kans op recidive) en de middelenproblematiek krijgt weinig of geen aandacht wanneer deze niet aantoonbaar met het criminele gedrag samenhangt. De ketenpartners hebben verschillende invalshoeken, hetgeen de samenwerking soms bemoeilijkt.

3.5. Conclusie

Uit de veldverkenning kwam naar voren dat er niet één hoofdsignaleringspartner is, maar dat vooral ketensamenwerking belangrijk is. De drie belangrijkste settingen die genoemd worden zijn: school, Halt en jeugdhulpverlening. In diverse settingen zijn diverse screeningsinstrumenten nodig (zie het overzicht op de volgende pagina).

Overzicht behoefte aan screeningsinstrumenten per setting

Veld	Eerstelij	Tweedelij
Professionals, school, outreachend preventie: korte screener	Eerste lijn algemeen: korte screener, alleen gericht op middelen	Verslavingszorg: screeningsinstrumenten gericht op bijkomende problematiek
Niet-professionals (naasten van de jongere): signalenlijst	Huisartsen: korte vragenlijst, alleen gericht op middelen	Instanties die zich bezig houden met andere problematiek van de jongeren: <ul style="list-style-type: none">- in de hele keten screenen op meerdere leefgebieden- diagnostisch instrument alleen gericht op middelen

Jongere zelf of hun naasten:
online screening, signalenlijst



Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door IVO te Rotterdam in opdracht van Resultaten Scoren

Auteurs

Anke Snoek, Elske Wits, Dike van de Mheen i.s.m. Gloria Wilbers

Ontwerp

www.taluut.nl

Publicatienummer

2010/367

Prijs

€ 20,-

Uitgever

Resultaten Scoren

COPYRIGHT © 2010 Resultaten Scoren; niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever Resultaten Scoren