

Notitie

Lokaal drugspreventiebeleid

Een verkenning naar de inzet van bestaande evidence based kennis & interventies en lokale samenwerking



Notitie

Lokaal drugspreventiebeleid

Een verkenning naar de inzet van bestaande evidence based kennis & interventies en lokale samenwerking

Colofon

Financiering

Ministerie van VWS | kenmerk: 65-2203 WP 30

Projectleiding

Eefje Vercoulen

Projectteam

Patrick van Iperen

Eefje Vercoulen

Aukje Sannen

Arwin Fröberg

Advies van

Jeroen de Greeff

Martha de Jonge

Adviescommissie

Floor van Bakkum

Geert Bruinen

Boukje Dijkstra

Miranda van Erp

Ben Lebesque

Daniëlle van Pareren

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Stockbeeld

Gettyimages

Artikelnummer: **AF2034**

© December 2022 Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut

Inhoud

Inleiding	4
Werkwijze	5
Conclusies	9
Aanbevelingen	12
Bijlage 1: Resultaten	15

Inleiding

Gemeenten spelen een belangrijke rol bij drugspreventie. Hierbij werken ze samen met lokale partijen die zich bezig houden met (een vorm van) drugspreventie. Het is voor gemeenten niet altijd duidelijk welke partijen allemaal een rol (kunnen) spelen in preventie, welke partij welke rol heeft en welke verschillende activiteiten door hen in het kader van drugspreventie kunnen worden ingezet. Het is belangrijk dat gemeenten dit overzicht hebben en bepalen welke rol ze voor welke partner en zichzelf zien bij het opstellen en uitvoeren van het drugspreventiebeleid.

Om gemeenten en hun lokale samenwerkingspartners te ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van hun drugspreventiebeleid is er landelijk veel wetenschappelijke kennis aanwezig. Er zijn evidence based en goed onderbouwde interventies en werkwijzen beschikbaar die gemeenten kunnen inzetten om hun lokale drugspreventiebeleid mee vorm te geven. Deze kennis over drugspreventiebeleid, interventies en werkwijzen komt helaas nog niet altijd terecht bij gemeenten, waardoor zij deze niet (goed) kunnen benutten.

Bovenstaande constatering geven aanleiding om bij gemeenten te verkennen hoe het lokaal drugspreventiebeleid wordt vormgegeven, in hoeverre ze op de hoogte zijn van wetenschappelijke kennis met betrekking tot drugspreventie en evidence based en goed onderbouwde interventies/werkwijzen en hoe we deze kennis bij gemeenten kunnen vergroten. Daarvoor zijn onderstaande onderzoeksvragen opgesteld:

- 1) *Samenwerking*: met wie werken gemeenten momenteel samen aan drugspreventie en wat is de rol van deze samenwerkingspartners volgens de gemeenten?
- 2) *Beschikbare kennis*: in hoeverre zijn gemeenten op de hoogte van wetenschappelijke kennis en evidence based/goed onderbouwde interventies/werkwijzen en hoe kunnen we deze kennis bij gemeenten vergroten?
- 3) *Implementatie*: welke barrières en bevorderende factoren ervaren gemeenten bij het inzetten van wetenschappelijk onderbouwde drugspreventie?

Met de resultaten van deze verkenning geven we aanbevelingen voor een vervolg en waar mogelijk voor directe acties. De aanbevelingen moeten er voor zorgen dat gemeenten beter weten met wie zij kunnen samenwerken en hoe zij en hun samenwerkingspartners beter gebruik kunnen maken van onderbouwde en evidence based kennis en interventies om vorm te geven aan hun drugspreventiebeleid. Op basis van de resultaten wordt ook een stakeholderskaart gemaakt welke inzicht geeft met welke partijen gemeenten kunnen samenwerken en welke rol zij hebben in het lokale drugspreventiebeleid.

Parallel aan deze verkenning is door het Trimbos-instituut een *system mapping* van het Nederlandse drugspreventiesysteem uitgevoerd. Hierin zijn de belangrijkste partijen die op nationaal niveau een rol spelen in het drugspreventie in kaart gebracht. Van de resultaten is eveneens een notitie geschreven

Werkwijze

Online vragenlijst

Tussen begin mei en half juli 2022 werd een online vragenlijst uitgezet onder alle 344 gemeenten in Nederland (de vragenlijst is op verzoek op te vragen). Medewerkers met werkzaamheden en/of kennis op het gebied van drugspreventie werden gevraagd de vragenlijst in te vullen. Gemeenten konden ervoor kiezen om de vragenlijst met meerdere collega's in te vullen.

De vragenlijst bestond uit drie onderdelen: 1. De gemeente en drugspreventie(beleid) 2. Samenwerking van de gemeente met externe partijen 3. Informatie over (effectieve) drugspreventie. Met de antwoorden op deze vragenlijst kregen we een goed beeld van de partijen waar gemeenten momenteel mee samenwerken, wie verantwoordelijk is voor het drugspreventiebeleid, welke rol de partners hebben bij drugspreventieactiviteiten en welke kennis de gemeente heeft over (het vinden van) evidence based en/of goed onderbouwde kennis en interventies.

De vragenlijst werd opgesteld door twee wetenschappelijk medewerkers van het Trimbos-instituut. Op diverse momenten is er input gevraagd van een senior medewerker met veel ervaring op gemeentelijk beleid. Daarnaast heeft ook de adviescommissie input geleverd op de online vragenlijst (zie 'adviescommissie' voor de leden).

Voor het online verspreiden van de vragenlijst werd deels het mailadressenbestand van het gemeenteteam alcohol en drugspreventie van het Trimbos-instituut gebruikt. Gemeenten waarvan geen contactpersoon bekend was bij het Trimbos-instituut werden benaderd via het algemene infomailadres van de gemeente. De gemeenten ontvingen een mail met daarin een link naar de vragenlijst en een bijlage met de informatiebrief. Daarnaast is de link van de vragenlijst ook via LinkedIn, Twitter en via nieuwsbrieven verspreid.

De vragenlijst werd geprogrammeerd in het online programma LimeSurvey Cloud versie 3.28.24.

Interviews gemeenten

Voor een verdere verdieping op de online vragenlijst zijn drie gemeenten geïnterviewd over hun lokale drugspreventiebeleid. Gemeenten konden na afloop van het invullen van de online vragenlijst aangeven of zij hiervoor konden worden benaderd. Zes gemeenten gaven na het invullen van de online vragenlijst aan benaderd te willen worden voor een verdiepend interview. Op basis van de gegeven antwoorden in de vragenlijst en beschikbaarheid voor interviewdata werden er drie gemeenten uitgenodigd voor een online interview. Tijdens alle interviews is er gewerkt met een gestructureerde topiclijst (de topiclijst is op verzoek op te vragen).

Het interview van 1 – 1,5 uur werd afgenomen door een wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut. Notities werden gemaakt door een stagiair die ze later uitwerkte tot een verslag. De interviews werden opgenomen om na afloop de notities aan te kunnen vullen. De deelnemers hebben hiertoe toestemming gegeven via een toestemmingsformulier. Na afloop van het project werden de opnames verwijderd.

Adviescommissie

In april 2022 werd er een adviescommissie opgesteld. De adviescommissie bestaat uit Floor van Bakkum (Manager Preventie, Jellinek en VKN), Geert Bruinen (Beleidsadviseur Maatschappelijke Ontwikkeling, Afdeling Preventie en Welzijn, gemeente Rotterdam), Boukje Dijkstra (Onderzoekscoördinator, Novadic-Kentron), Miranda van Erp (beleidsmedewerker jeugd, gemeente Altena) en Daniëlle van Pareren (Projectleider regioproject denormalisering drugs, Novadic-Kentron). Ben Lebesque (Manager Voorlichting en Preventie, VNN) heeft Floor van Bakkum bij de digitale bijeenkomst vervangen.

De adviescommissie werd gevraagd mee te lezen met de vragenlijst en mee te denken met de implicaties van deze verkenning tijdens een online bijeenkomst in oktober.

Limitaties

Bij de resultaten van deze verkenning moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen van deze verkenning. Deze beperkingen kunnen van invloed zijn geweest op de uitkomsten.

- De online vragenlijst is ingevuld door 55 van de 344 gemeenten in Nederland. Dit betekent dat nog geen 16% van de gemeenten de online vragenlijst heeft ingevuld. Hiermee geven de uitkomsten een eerste inzicht, maar een hogere respons had kunnen leiden tot andere uitkomsten.
- Bij de afdeling alcohol- en drugspreventie van het Trimbos-instituut wordt al samengewerkt met een aantal gemeenten. Hiervan heeft de afdeling een adressenbestand opgebouwd. Door de gerichte uitnodiging aan het adressenbestand en dat gemeenten waarmee we al samenwerkingen mogelijk genegen zijn sneller mee te doen aan de online verkenning is niet uit te sluiten dat er een bias is ontstaan.
- Hoewel de online vragenlijst door meer dan één persoon per gemeente kon worden ingevuld en 21 gemeenten dit hebben gedaan, is dat niet voor iedere gemeente gebeurd. Het kan zijn dat de respondent niet precies weet wat andere collega's binnen de gemeente op het gebied van drugspreventie(beleid) doen. Dit kan hebben geleid tot onvolledige/ andere antwoorden dan wanneer de vragenlijst met meerdere collega's was ingevuld.
- Door de opzet van deze verkenning is het niet mogelijk om resultaten van gemeenten in zijn geheel met elkaar te vergelijken. De uitkomsten betreffen de gemiddelden van alle deelnemende gemeenten. De gemiddelden geven een algemeen beeld, maar een minder specifiek beeld van wat individuele gemeenten nu echt doen aan drugspreventie en hoe zij daarin van elkaar verschillen of juist overeenkomen. Hierdoor kunnen we ook geen onderscheid maken tussen verschillende soorten gemeenten, bijvoorbeeld op basis van profielen.

Resultaten in het kort

Zie bijlage 1 voor de uitgebreide resultatensectie.

Online vragenlijst

Resultaten van 51 gemeenten zijn meegenomen in deze verkenning. De meerderheid van de respondenten is werkzaam in het sociaal domein (30%) gevolgd door openbare orde en veiligheid (26%) en het domein welzijn (25%).

Vier gemeenten hebben een aparte nota drugspreventiebeleid waarvan er twee hun drugspreventieactiviteiten ook onderbrengen in andere nota's. Zeventien gemeenten brengen drugspreventieactiviteiten onder in een overkoepelende nota middelenbeleid en zestien gemeenten brengen activiteiten onder in diverse nota's zoals de gezondheidsnota of het lokaal preventieakkoord. Veertien gemeenten geven aan geen drugspreventiebeleid te hebben en ook geen activiteiten onder te brengen in andere nota's.

In de volgende secties zijn alleen resultaten van gemeenten met drugspreventiebeleid opgenomen (n=37).

Hoe ontwikkelen gemeenten drugspreventiebeleid?

Voor het ontwikkelen van drugspreventiebeleid zijn verschillende partijen betrokken in gemeenten. Intern zijn het sociaal domein en domein gezondheid het vaakst verantwoordelijk voor het opstellen van drugspreventiebeleid. Iets meer dan de helft van de gemeenten betreft openbare orde & veiligheid bij het opstellen van het beleid.

Twee derde van de gemeenten ontwikkeld het beleid met externe partners zoals instellingen voor verslavingszorg, de GGD en scholen. Ook werken gemeenten veel samen met externe partijen voor het uitvoeren van drugspreventieactiviteiten. De meest genoemde partijen hierbij zijn de GGD, de instelling voor verslavingszorg, scholen, welzijnswerk en de politie. In de samenwerking met de GGD heeft zij vaak de rol als adviseur en/of onderzoeker. Voor de IVZ is dit de rol van adviseur en/of uitvoerder van activiteiten.

Voor het ontwikkelen van het drugspreventiebeleid baseert twee derde van de gemeenten zich vaak op wetenschappelijke kennis en een derde doet dit soms. Het bepalen van de doelgroep voor drugspreventieactiviteiten wordt door de helft van de gemeenten in kaart gebracht (al dan niet in samenwerking met partners) door middel van onderzoek. De drie belangrijkste afwegingen voor gemeenten voor het inzetten van drugspreventieactiviteiten zijn de probleemanalyse, verwachte effectiviteit en politiek/bestuurlijk draagvlak.

Tot slot maken gemeenten bij het opstellen van drugspreventiebeleid gebruik van verschillende informatiebronnen. De GGD, IVZ en collega gemeenten worden het vaakst als betrouwbare

bron genoemd. Van de landelijke expertisepartners worden het Trimbos-instituut en het RIVM het vaakst genoemd als geraadpleegde partners.

Waar richt de gemeente het drugspreventiebeleid op?

Gemeenten richten het drugspreventiebeleid op verschillende doelgroepen en settings. Het drugspreventiebeleid van gemeenten richt zich het meest op jongeren en jongvolwassenen (12-25 jaar). Andere risicogroepen worden relatief weinig gespecificeerd. Mogelijk zien gemeenten jongeren en jongvolwassenen op zichzelf al als risicogroep.

De setting waar drugspreventieactiviteiten het meest worden ingezet is het primair en voortgezet onderwijs (uitgevraagd als één setting). Ook binnen familie/gezin worden veel drugspreventieactiviteiten ingezet. De werkplek en het hoger onderwijs worden het minst vaak genoemd.

Bekendheid evidence based producten

Voor het drugspreventiebeleid zijn verschillende landelijk ontwikkelde evidence based producten, aanpakken of interventies beschikbaar. De helft van de gemeenten met drugspreventiebeleid geeft aan niet te weten of ze gebruik maken van dergelijke producten. Wanneer specifieke producten worden uitgevraagd geeft een derde van de gemeenten met beleid aan gebruik te maken van minimaal één van de uitgevraagde evidence based ontwikkelde aanpakken. Gemeenten hebben de voorkeur via een nieuwsbrief op de hoogte gehouden te worden van drugspreventie en ontwikkelde interventies/ondersteuningstools.

Actuele vraagstukken

Voor actuele vraagstukken die bij gemeenten momenteel spelen op het gebied van drugspreventie is de input van alle gemeenten (n=51) meegenomen. De meeste respondenten hebben deze vragen ingevuld. De meest actuele vraagstukken in gemeenten lopen erg uiteen. Het gebruik van en het komende verbod op lachgas wordt meerdere keren genoemd, net als de observatie dat middelengebruik toeneemt. Daarnaast zijn er gemeenten die geen grote vraagstukken hebben of geen urgentie voor drugsbeleid voelen.

Interviews gemeenten

Drie gemeenten zijn geïnterviewd over hun lokale drugspreventiebeleid. Uit de interviews komt naar voren dat de gemeenten het drugspreventiebeleid op verschillende manieren invullen. In één gemeente speelt de IVZ een cruciale (regie)rol, terwijl deze in de andere gemeenten meer incidenteel wordt ingezet. Eén gemeente werkt met een werkgroep van stakeholders, waardoor de partijen betrokken en medeverantwoordelijk zijn voor de aanpak. Voor alle drie de gemeenten geldt dat een duurzame inzet, goede samenwerking met lokale partners en voldoende financiële middelen cruciaal zijn om het drugspreventiebeleid te laten slagen.

Conclusies

Met deze verkenning is beoogd antwoord te geven op de onderstaande onderzoeksvragen:

- 1) *Samenwerking*: met wie werken gemeenten momenteel samen aan drugspreventie en wat is de rol van deze samenwerkingspartners volgens de gemeenten?
- 2) *Beschikbare kennis*: in hoeverre zijn gemeenten op de hoogte van wetenschappelijke kennis en evidence based/goed onderbouwde interventies/werkwijzen en hoe kunnen we deze kennis bij gemeenten vergroten?
- 3) *Implementatie*: welke barrières en bevorderende factoren ervaren gemeenten bij het inzetten van wetenschappelijk onderbouwde drugspreventie?

Deze verkenning biedt een eerste inzicht in het lokaal drugsbeleid van gemeenten. Op basis van deze verkenning komen we tot de volgende conclusies en aanbevelingen die ervoor moeten zorgen dat gemeenten beter weten met wie zij kunnen samenwerken en hoe zij en hun samenwerkingspartners beter gebruik kunnen maken van goed onderbouwde en evidence based kennis en interventies om vorm te geven aan hun drugspreventiebeleid.

1) Gemeenten pakken het inrichten van drugspreventiebeleid verschillend aan.

Een enkele gemeente heeft een aparte nota voor drugspreventiebeleid, maar de meeste gemeenten hebben de drugspreventieactiviteiten in een overkoepelende nota middelenbeleid of een andere nota opgenomen. Daarnaast geven 14 gemeenten aan geen eigen drugspreventiebeleid of activiteiten te hebben.

Waar twee derde van de gemeenten het drugspreventiebeleid samen met lokale partners, zoals de IVZ, GGD en/of scholen, opstelt doet een derde dit alleen. Het beleid van de meeste gemeenten wordt opgesteld vanuit het sociaal domein en/of het domein gezondheid. Tot slot wordt in bijna de helft van de gemeenten het domein openbare orde en veiligheid niet betrokken bij het opstellen van het beleid. Dit kan betekenen dat de potentie van samenwerking met veiligheid niet overal gezien wordt, of dat men niet weet dat collega's bij veiligheid ook bezig zijn met dit onderwerp. Ook komt in een van de interviews terug dat de gezondheidsinstek van preventie versus handhaving er toe kan leiden dat het moeilijk is tot een gezamenlijke aanpak te komen.

2) Gemeenten werken veel samen met ketenpartners voor drugspreventie.

Alle gemeenten werken in meer of mindere mate samen met lokale of regionale partners voor het vormgeven en/of uitvoeren van het drugspreventiebeleid. Bijna alle gemeenten werken samen met de GGD, waarbij de GGD met name wordt ingezet als adviseur en/of onderzoeker. Uit de interviews blijkt dat de samenwerking met de GGD vooral bestaat uit het delen van cijfers vanuit hun rol als onderzoeker. Naast de GGD geeft driekwart van de gemeenten aan samen te werken met de IVZ. Dat een deel de IVZ niet aangeeft als samenwerkingspartner kan komen omdat de inzet en financiering van de IVZ via de centrumgemeente loopt, of dat er inderdaad geen samenwerking met de IVZ is. Daarnaast worden scholen, welzijnsorganisaties en de politie het vaakst genoemd als samenwerkingspartner in de uitvoering van drugspreventieactiviteiten.

3) Drugspreventiebeleid richt zich met name op jongeren en jongvolwassenen en er is veel aandacht voor voorlichting.

Het drugspreventiebeleid richt zich in gemeenten vooral op jongeren en jongvolwassenen tussen de 12 en 25 jaar. Een enkele gemeente specificeert andere risicogroepen dan leeftijdsgroepen zoals 'jongeren met schulden'. Voor het in kaart brengen van de doelgroepen voor drugspreventie doet de helft dit op basis van onderzoek. Hoe de andere helft van de gemeenten hun doelgroepen bepaalt is niet duidelijk. Preventieactiviteiten die met name worden ingezet zijn voorlichting en specifieke preventieprogramma's zoals Helder op School. De setting waar drugspreventie dan ook het meest plaatsvindt is in het (primair en voortgezet) onderwijs. Daarnaast wordt er in de settingen familie/gezin, sportvereniging en bij horeca en evenementen ingezet op drugspreventie. De settingen waar relatief minder op drugspreventie wordt ingezet zijn het hoger onderwijs en de werksetting.

4) Om meer op basis van wetenschappelijke kennis of onderbouwing te werken is een laagdrempelige informatievoorziening en ondersteuning nodig.

Twee derde van de gemeenten geeft aan hun beleid vaak of altijd te baseren op wetenschappelijke kennis. Voor een derde van de gemeenten geldt dat ze dit soms doen. Om meer op de hoogte te zijn van de beschikbare wetenschappelijke kennis en interventies geven gemeenten aan dat zij hiervoor een laagdrempelige informatievoorziening via een nieuwsbrief en webinars willen.

5) De meeste gemeenten baseren drugspreventiebeleid op een probleemanalyse en verwachte effectiviteit.

Iets meer dan de helft van de gemeenten geven aan dat een probleemanalyse (cijfers, registraties, gesprekken met samenwerkingspartners) en de verwachte effectiviteit van een actie/interventie de belangrijkste overwegingen zijn bij beslissingen over de inzet van drugspreventie. Daarna worden politiek/bestuurlijk draagvlak en de praktische haalbaarheid genoemd door bijna de helft van de gemeenten. De kosten en burgerparticipatie worden door maar weinig gemeenten genoemd als belangrijkste overweging voor de inzet van drugspreventie.

6) Veel gemeenten zijn niet bekend met effectieve/goed onderbouwde interventies en werkwijzen.

Iets meer dan drie op de vijf gemeenten neemt contact op met de GGD wanneer zij zoeken naar (betrouwbare) informatie over drugspreventie. De helft van de gemeenten neemt hiervoor contact op met de IVZ. Van de landelijke partijen wordt het Trimbos-instituut het vaakst genoemd als informatiebron, andere organisaties worden minder snel gevonden. Ook databases voor effectieve of goed onderbouwde interventies worden door maar iets meer dan een kwart van de gemeenten gebruikt. Tot slot lijken weinig gemeenten intern bekend te zijn met specifieke producten, aanpakken of evidence based/goed onderbouwde interventies voor lokale drugspreventie van het Trimbos-instituut en de IVZ. Een verklaring kan zijn dat de kennis hiervoor vooral ligt bij de centrumgemeente, of doordat de inzet van deze interventies volledig verloopt via de IVZ. Opgroeien in een Kansrijke Omgeving en Helder op school zijn de bekendste aanpakken voor gemeenten.

7) Voldoende capaciteit, continuïteit en financiële middelen zijn belangrijk voor goede inzet van drugspreventie.

Tot slot komt uit de interviews naar voren dat voor een goed lokaal drugspreventiebeleid duurzame samenwerking essentieel is. Hiervoor is zowel de continuïteit van personen in de gemeente als de borging van het beleid belangrijk. Daarbij moet het beleid aansluiten bij de lokale situatie in de gemeente om een zo groot mogelijke impact te hebben. De gemeenten geven daarbij aan dat meer budget hen helpt duurzaam te kunnen investeren. Ook een politiek/bestuurlijk draagvlak is belangrijk voor de inzet op drugspreventie.

Aanbevelingen

Drugpreventie is het meest effectief als er vanuit meerdere settingen en vanuit meerdere domeinen op wordt ingezet. Dit beleid kan worden gebundeld in een integrale drugpreventiestrategie. Wij adviseren dan ook ervoor te zorgen dat (centrum) gemeenten worden ondersteund bij de ontwikkeling en uitvoering van lokaal integraal drugpreventiebeleid (hierna: lokaal drugpreventiebeleid) door landelijke kennisinstituten en/of de regionale instellingen voor verslavingszorg. Hiervoor is het nodig dat gemeenten voldoende op de hoogte zijn van potentiële samenwerkingspartners, effectieve interventies en beleidsmaatregelen en weten welke stappen ze kunnen zetten voor het opstellen van een integrale preventiestrategie. Hieronder lichten wij toe welke stappen gemeenten kunnen zetten om tot een integrale preventiestrategie te komen en waar zij informatie over potentiële samenwerkingspartners en effectieve interventies vandaan kunnen halen.

Een integrale preventiestrategie voor een gemeente omvat de onderstaande onderdelen:

1. Behoeftepeiling in de gemeente voor het opstellen van lokaal drugpreventiebeleid.

Het al dan niet opstellen van een lokaal drugpreventiebeleid is afhankelijk van de lokale situatie in de gemeente. Een integrale drugpreventiestrategie kan ook regionaal worden opgezet vanuit de centrumgemeente en/of de regionale instelling voor verslavingszorg.

2. Een samenwerkingsverband vormen met de belangrijkste stakeholders in de gemeente.

De samenstelling van een dergelijke groep zal verschillen per gemeente. Op de stakeholderkaart, ontwikkeld in het kader van deze verkenning, is een overzicht te vinden van de partijen die een rol kunnen spelen in het lokaal drugpreventiebeleid. De huidige verkenning liet zien dat het belangrijk is extra aandacht te hebben voor het investeren in de onderlinge samenwerking tussen de IVZ en de gemeente, ook wanneer het een regiogemeente betreft en plannen met name via de centrumgemeente verlopen. Daarnaast bevelen wij aan ook aandacht voor de verbinding tussen de domeinen zorg (gezondheid) en veiligheid te hebben.

De gemeente is de aangewezen partij om het overleg tussen deze stakeholders te initiëren. Het is belangrijk dat er duidelijkheid is in de rol- en taakverdeling tussen- en verantwoordelijkheid van de stakeholders. Daarbij is een (jaarlijkse) evaluatie van de samenwerking en ieders rol binnen deze samenwerking belangrijk.

3. Epidemiologische data gebruiken om een profiel van de gemeente te schetsen (risicofactoren, prevalentie van gebruik etc.).

Gemeenten doen er goed aan zoveel mogelijk gebruik te maken van de lokale data (bijvoorbeeld van de politie, huisartsen, ziekenhuizen, GGD en de IVZ) bij het bepalen van de belangrijkste doelgroepen en voor de inzet van interventies. De IVZ in de regio kan een gemeente hierbij ondersteunen, net als landelijke kennisinstituten zoals het Trimbos-instituut. Wanneer epidemiologische data niet beschikbaar is, kunnen observaties van professionals ook richting geven aan het beleid. Gemeenten kunnen daarnaast ook

gebruik maken van een tool om de meest kwetsbare groepen voor drugsproblematiek in de gemeente te identificeren. Deze tool is in ontwikkeling bij het Trimbos-instituut.

4. Keuze van een set effectieve interventies en beleidsmaatregelen die aansluiten bij het profiel van de gemeente en op verschillende plaatsen in de gemeente ingezet worden.

Gemeenten die een keuze willen maken uit evidence based/goed onderbouwde interventies/werkwijzen om invulling aan het beleid te geven kunnen er voor kiezen die keuze over te laten aan de (preventieafdeling van) de instellingen voor verslavingszorg. Zij beschikken over de juiste kennis en tools (zoals het VKN informatie instrument 'lokaal samenwerken aan verslavingspreventie') om gemeenten te ondersteunen en adviseren over in te zetten interventies en werkwijzen. Uiteindelijk heeft de gemeente als financier en coördinator van het preventiebeleid de verantwoordelijkheid voor het preventiebeleid, en moet zij zorgen dat de interventies aansluiten bij het profiel van de gemeente.

Wanneer de gemeente ervoor kiest zelf interventies te selecteren adviseren wij gemeenten gebruik te maken van het Modelplan Lokaal Drugspreventiebeleid ontwikkeld door het Trimbos-instituut. Dit modelplan bevat een stappenplan en (een voorzet voor) een verdeling in verantwoordelijkheden én taken van de te betrekken stakeholders. Daarnaast is het 'Wat Werkt Dossier' ontwikkeld met daarin cijfers en informatie over het drugsgebruik onder Nederlandse jongeren en welke preventieve interventies effectief zijn en welke (waarschijnlijk) niet. Tot slot kunnen beleidsmedewerkers, verantwoordelijk voor het opstellen van het drugspreventiebeleid, gebruik maken van de basistraining 'drugspreventie' die wordt aangeboden via het Trimbos-instituut. Deze training helpt hen om de aanpak van drugspreventie in de gemeente te professionaliseren en het effect van de aanpak te vergroten.

5. Implementeren van de interventies en beleidsmaatregelen en evalueren van de implementatie.

Na stap 1 t/m 4 kan de gemeente de interventies en de beleidsmaatregelen met haar samenwerkingspartners gaan implementeren. Vervolgens vindt een evaluatie plaats van de ingezette integrale preventiestrategie.

Om effectieve interventies en een wetenschappelijk onderbouwde aanpak voor drugspreventie in de gemeente te implementeren, zijn een aantal zaken belangrijk: Voor een effectief drugspreventiebeleid, inclusief de inzet van een wetenschappelijk onderbouwde aanpak, in een gemeente is continuïteit en borging belangrijk. Het opstellen en implementeren van een drugspreventiebeleid en het maken van afspraken met stakeholders vraagt om voldoende capaciteit en middelen van alle betrokken partijen. De aanpak is daarbij het meest duurzaam wanneer er sprake is van continuïteit in mensen en middelen. Hiervoor is voldoende bestuurlijk en politiek draagvlak noodzakelijk in de gemeente, en ook bij de betrokken stakeholders.

Tot slot, om gemeenten en haar samenwerkingspartners op de hoogte van bovenstaande informatie te brengen is een laagdrempelige informatieverstrekking over effectieve drugspreventie noodzakelijk, zodat ze:

- a. Kennis hebben bij wie ze terecht kunnen voor ondersteuning en informatie over effectieve drugspreventie.

- b. Kennis hebben over welke partners ze wanneer en waar kunnen inzetten voor de uitvoering van drugspreventieactiviteiten.
 - c. Op de hoogte worden gehouden van ontwikkelingen in het veld.
- Gemeenten geven aan hiervoor behoefte te hebben aan een nieuwsbrief en webinars.

Bijlage 1 Resultaten

Online vragenlijst

De vragenlijst is door 52 gemeenten volledig doorlopen. Een van de records is uit het databestand gehaald; geen van de vragen werd beantwoord. Daarnaast geldt voor twee ingevulde vragenlijsten dat deze beide voor drie gemeenten zijn ingevuld. Hiermee zou het totaal aantal gemeenten die de online vragenlijst heeft ingevuld op 55 gemeenten uitkomen. Het is niet duidelijk of de antwoorden van de respondent altijd betrekking heeft op alle drie de gemeenten. Voor het bespreken van de resultaten wordt daarom 51 gemeenten aangehouden.

Respondenten

De online vragenlijst is ingevuld door 5 grote gemeenten, 5 middelgrote gemeenten, 26 middelkleine gemeenten en 19 kleine gemeenten. Gemeenten uit bijna alle provincies, met uitzondering van de provincie Flevoland, hebben de vragenlijst ingevuld.

Tabel 1. Gemeentegrootte

Gemeentegrootte	Aantal ingevuld
Grote gemeenten (80.000+ inwoners en centrumfunctie)	5
Middelgrote gemeenten (50.000+ inwoners)	5
Middelkleine gemeenten (25.000-50.000 inwoners)	26
Kleine gemeenten (<25.000 inwoners)	19
Totaal aan gemeenten:	55*

* Twee respondenten hebben de vragenlijst ingevuld namens drie gemeenten. Hierdoor komt het totaal aantal gemeenten uit op 55. In de verdere resultaten houden we rekening met 51 respondenten.

Per gemeente kon de vragenlijst door meerdere collega's worden ingevuld. 21 gemeenten vulden de vragenlijst met minimaal één andere collega in (totaal 89 respondenten). De meerderheid van de respondenten is werkzaam in het sociaal domein (30%), gevolgd door openbare orde en veiligheid (26%) en welzijn (25%) (tabel2).

Tabel 2. Domeinen respondenten

In welk domein werkzaam?	Percentage
Sociaal domein	30%
Openbare orde en veiligheid	26%
Welzijn	25%
Jeugd	10%
Overig*	8%
Bestuur	1%

* Een vragenlijst is (mede) ingevuld door een medewerker van de IVZ, combinatiefunctionaris, gezondheidsbevorderaar van de GGD of een preventiemedewerker.

Hebben gemeenten een drugspreventiebeleid?

Gemeenten zijn gevraagd naar de aanwezigheid van drugspreventiebeleid en de belangrijkste overwegingen voor het al dan niet hebben van dit beleid. In tabel 3 is te zien in hoeverre gemeenten een drugspreventiebeleid hebben en/of waar drugspreventieactiviteiten zijn onder gebracht.

Tabel 3. Drugspreventiebeleid bij gemeenten

Type beleid	Aantal gemeenten
Apart drugspreventiebeleid	2
Apart drugspreventiebeleid & activiteiten in andere nota's	2
Overkoepelend middelenbeleid	17
Drugspreventieactiviteiten in andere nota's	16
Geen drugspreventiebeleid of activiteiten in andere nota's	14
Totaal	51

Twee gemeenten hebben een aparte nota drugspreventiebeleid. Een van deze twee gemeenten geeft een aanpak voor overlast gevende jongeren als belangrijkste overweging voor een aparte nota. De andere gemeente heeft geen overweging aangegeven.

Twee gemeenten hebben zowel een aparte nota drugspreventiebeleid als drugspreventieactiviteiten ondergebracht in een andere nota. De activiteiten zijn bij deze gemeenten opgenomen in de gezondheidsnota of het lokaal preventieakkoord. Een gemeente geeft als belangrijkste overweging aan dat er een regionale uitvoeringsagenda Alcohol en Drugs is, en dat er activiteiten in de gezondheidsnota zijn opgenomen. Voor de andere gemeente zijn activiteiten opgenomen in het lokaal preventieakkoord, die ruimte biedt voor nieuwe lokale samenwerking en ideeën.

Zeventien gemeenten hebben het drugspreventiebeleid onderdeel gemaakt van een overkoepelende nota alcohol- drugs- en/of tabaksbeleid. Twaalf gemeenten gaven hun belangrijkste overweging om het drugspreventiebeleid op te nemen in een overkoepelende nota. De genoemde overwegingen zijn:

- Praktische overwegingen (zoals beperkte omvang gemeente) (4x)
- Met een omgevingsaanpak het middelengebruik willen terugdringen (3x)
- De aanpak voor alle middelen is gelijk (2x)
- De integraliteit van de aanpak (1x)
- Beleid wordt gespecificeerd naar dorpskern i.p.v. naar middel (1x)

Zestien gemeenten hebben geen aparte nota drugspreventiebeleid maar brengen activiteiten op het gebied van drugspreventie onder in andere nota's, te weten: de gezondheidsnota (8x), het lokaal preventieakkoord (4x), de nota jeugdbeleid (3x), de veiligheidsnota (3x), de nota sociaal domein (1x) en het evenementenbeleid (1x). Vier gemeenten weten niet onder welke nota drugspreventieactiviteiten vallen.

De belangrijkste overwegingen om geen aparte nota drugspreventiebeleid te hebben, maar activiteiten in een andere nota onder te brengen lopen uiteen. De belangrijkste overwegingen van deze gemeenten zijn:

- Alle ambities of doelgroepen in één nota onderbrengen (5x);
- Alles met betrekking tot gezondheid in één nota onderbrengen (4x);
- Alles met betrekking tot de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) in één nota onderbrengen (1x);
- Onderbrengen in de veiligheidsnota vanwege de overlastcomponent (1x) of de handhavingsmogelijkheden (1x).

Een gemeente heeft de activiteiten in meerdere nota's ondergebracht, omdat het thema raakt aan meerdere beleidsterreinen (gezondheids-, veiligheid- en jeugdbeleid).

Tot slot geven veertien gemeenten aan geen aparte nota voor drugspreventiebeleid te hebben en ook geen drugspreventieactiviteiten in een andere nota te hebben opgenomen. Deze gemeenten hebben soms (een deel van) de vervolgvragen specifiek gericht op drugspreventiebeleid/-activiteiten wel ingevuld, en lijken soms wel drugspreventie activiteiten uit te voeren. Het is voor ons echter onduidelijk onder welk beleid deze activiteiten dan vallen. De veertien gemeenten die aangeven geen drugspreventiebeleid en geen drugspreventie activiteiten hebben opgenomen in andere nota's geven hiervoor de volgende belangrijkste overwegingen:

- (Gebrek aan) capaciteit (4x) en bestuurlijke aandacht;
- Er is nog geen beleid, maar dit komt wel in de toekomst (2x);
- Focus ligt elders (stimuleren bewegen, rookvrije generatie en alcoholgebruik) (2x);
- Het is wel een thema van het gezondheidsbeleid (2x), maar er moet nog een preventie en handhavingsbeleid worden opgesteld voor alcohol en drugs;
- De gekozen aanpak volstaat;

- Geen urgentie;
- Geen bewuste overweging, we zijn een startende gemeente;
- Er worden losse projecten en onderzoeken gedaan op het gebied van drugs. Er zijn wel beleidsregels tegen drugshandel en er wordt actief ingezet op verminderen van dealen en gebruiken van drugs.

Hoe ontwikkelen gemeenten drugspreventiebeleid

In deze sectie zijn alleen gemeenten met drugspreventiebeleid, een overkoepelend middelenbeleid en/of drugspreventieactiviteiten in diverse nota's opgenomen (n=37).

Interne verantwoordelijkheid & -betrokkenheid drugspreventiebeleid

Binnen de gemeenten zijn er een of meerdere domeinen *verantwoordelijk* voor het lokaal drugspreventiebeleid. Gemeenten noemen het sociaal domein het vaakst als *verantwoordelijk* domein voor het drugspreventiebeleid, gevolgd door gezondheid (waarbij gezondheid ook vaak onder dezelfde afdeling als het sociaal domein valt binnen een gemeente). Openbare orde & veiligheid, jeugd en het bestuurlijk domein zijn het minst vaak verantwoordelijk (zie tabel 4).

Voor het opstellen van het drugspreventiebeleid worden er ook verschillende domeinen binnen gemeenten *betrokken*. Het sociaal domein, het domein gezondheid en het domein jeugd worden door gemeenten het vaakst genoemd. Iets meer dan de helft van de gemeenten noemt openbare orde & veiligheid als domein dat wordt betrokken bij het opstellen van het drugspreventiebeleid. Het bestuurlijk domein wordt het minst betrokken en enkele gemeenten geven aan niet te weten welke domeinen betrokken worden (zie tabel 4).

Tabel 4. Verantwoordelijkheid en betrokken domein ontwikkeling drugspreventiebeleid

	Gezondheid		Openbare Orde & veiligheid		Sociaal domein		Jeugd		Bestuur		Weet ik niet/anders	
	V	B	V	B	V	B	V	B	V	B	V	B
Aparte nota (4)*	1	3	0	2	1	3	2	4	0	1	1	0
Overkoepelende nota middelengebruik (17)	8	14	3	10	8	14	3	11	2	5	0	1
Gezondheidsnota (9)	5	9	0	2	6	8	0	8	0	2	0	2
Veiligheidsnota (3)	0	3	3	3	0	2	0	1	0	2	0	0
Lokaal preventiebeleid (5)	3	5	0	0	3	5	0	5	0	0	0	0
in Jeugdbeleid (3)	0	3	0	2	2	3	2	3	0	1	0	0
Nota Sociaal domein (1)	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Evenementenbeleid (1)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Anders (4)	1	3	1	2	2	2	0	2	0	1	1	1
Totaal:	18	40	7	21	23	38	7	34	2	12	2	3

V= verantwoordelijk domein. B= betrokken domein. Gemeenten konden meerdere domeinen aanvinken.

* Dit zijn zowel gemeenten met alleen een aparte nota en gemeenten met een aparte nota én activiteiten in een andere nota

Externe verantwoordelijkheid & betrokkenheid drugspreventiebeleid

Naast het betrekken van verschillende beleidsdomeinen binnen de gemeente bij het ontwikkelen van drugspreventiebeleid worden door twintig gemeenten ook externe partners betrokken. Tien gemeenten geven aan het beleid alleen te ontwikkelen en één gemeente besteedt de ontwikkeling van het drugspreventiebeleid volledig uit aan een externe partner (zie tabel 5).

Tabel 5. Partners ontwikkelen drugspreventiebeleid

	Alleen door gemeente	Gemeente met partners	Alleen partners
Aparte nota drugspreventiebeleid	1	1	0
Aparte nota DPB + activiteiten in andere nota's	0	2+	1+
Overkoepelende middelenpreventie	7	10	0
Drugspreventie in nota's	3*	7*	0
Totaal	10	20	1

+ Een gemeente heeft zowel ja ingevuld bij Gemeente & Partners + Alleen Partners (Politie)

* Een gemeente heeft zowel ja ingevuld bij Gemeente + Gemeente & Partners

Partners waarmee de gemeente het meest samenwerkt in de ontwikkeling van drugspreventiebeleid zijn de instellingen voor verslavingszorg (IVZ), de GGD en de scholen (zie tabel 6).

Tabel 6. Samenwerkingspartners ontwikkeling drugspreventiebeleid

Samenwerkingspartner	Aantal keer genoemd
Instelling voor verslavingszorg	10
GGD	9
School	8
Jeugd- en jongerenwerk	6
Politie	5
Welzijn	5
Zorg	5
Sportvereniging(en)	4
BOA's	3
Horeca	2
(Cultuur)vereniging(en)	2
CJG	2
Bureau Halt	2
Fysiotherapeut	2
Maatschappelijk werk	2
Woningbouw	1
Sociaal Wijkteam	1
Trimbos Instituut	1
Bureau Leefstijl	1
CZW bureau	1
Kerk	1
Huisarts	1
Adviesraad sociaal domein	1
GGZ	1

Naast het ontwikkelen van het beleid werken gemeenten ook samen met partners om uitvoering te geven aan het drugspreventiebeleid. In de uitvoering werken gemeenten het meeste samen met de GGD, de IVZ en de scholen. Meer dan de helft van de gemeenten werkt ook samen met het welzijnswerk en de politie. Weinig gemeenten werken samen met vertegenwoordigers van specifieke doelgroepen zoals Moedige Moeders, werkgevers en coffeeshops (zie tabel 7).

De samenwerkingspartners kunnen verschillende rollen vervullen bij de uitvoering van drugspreventieactiviteiten. Het vaakst hebben zij hierbij volgens de gemeente de rol van adviseur of uitvoerder. Een aantal partijen heeft bij sommige gemeenten ook de rol als coördinator van bepaalde drugspreventieactiviteiten. Met name de GGD en in mindere mate de IVZ worden door meerdere gemeenten ook genoemd als onderzoeker. De gemeenten noemen de GGD, de IVZ en de politie het vaakst voor de rol van adviseur (zie tabel 7).

Tabel 7. Samenwerkingspartners en hun rollen op het gebied van drugspreventie

Samenwerkingspartner		Rol				
		Uitvoerder ⁺	Adviseur	Onderzoeker	Coördinator	Anders namelijk*
GGD	33	11	29	29	8	1
IVZ	29	25	22	9	9	1
Scholen	27	19	5	2	9	2
Welzijnswerk	25	19	7	0	6	0
Politie	25	17	11	3	4	5
Sociale wijkteams	19	15	9	1	7	0
Verenigingen (sport, cultuur, kerk etc.)	18	10	0	0	4	3
Huisartsen	12	7	7	3	0	3
Horeca	11	10	3	0	2	1
Evenementenorganisaties	9	6	0	0	2	0
Buurthuizen	6	4	0	0	1	1
Jeugdzorg	6	4	3	1	0	0
Coffeeshop	4	3	1	0	0	1
Werkgevers	1	1	0	0	0	0
Vertegenwoordigers doelgroepen (moedige moeders)	1	0	0	0	0	1
Anders, namelijk:	3	2	2	1	1	2
Halt, fysiotherapeut		1	2	1	1	1
Sportverenigingen		1				
Inwoners						1

⁺ *Uitvoerende rol: de partij voert zelf taken uit met betrekking tot drugspreventie. Adviserende rol: de partij adviseert de gemeente met betrekking tot drugspreventie. Rol als onderzoeker: de partij voert onderzoek uit met betrekking tot drugspreventie. Rol als coördinator: de partij coördineert de preventieactiviteiten in en bepaalde setting of voor een bepaalde groep.*

^{*} *Gemeenten konden hierbij een andere rol geven voor de samenwerkingspartner. Hierbij is genoemd dat de samenwerking nog moest worden gestart, dat een partner deelnemer was in een werkgroep en/of dat zij een signalerende rol hebben.*

De partijen waarmee wordt samengewerkt zijn bij verschillende activiteiten betrokken. In de vragenlijst kon de gemeente per partner voorbeeldactiviteiten aangeven. De meest genoemde activiteit is het geven van voorlichting. Activiteiten uitgevoerd door de GGD zijn met name onderzoek en monitoring. Daarnaast wordt signaleren bij een aantal samenwerkingspartners genoemd. De meest genoemde activiteiten zijn opgenomen in tabel 8.

Tabel 8. Meest genoemde activiteiten per partner

Samenwerkings-partner	Voorbeeld activiteit waarbij partij is betrokken (aantal keer genoemd door een gemeente)
GGD (33)	<ul style="list-style-type: none"> • (Leerlingen)onderzoek/monitoring (10x) • Uitvoering op scholen/preventieprogramma's (4x) • Deelnemer werkgroep gemeente, adviesgesprekken, voorlichting en opstellen preventieakkoord (allen 2x genoemd)
IVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (7x) • Preventieactiviteiten (op scholen) (5x) • Helder op school en deskundigheidsbevordering professionals (beide 4x genoemd) • Behandeling/individuele trajecten (3x) • Spreekuur (2x)
Scholen	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting/vragen om voorlichting derde partij (6x) • Meewerken/ondersteuning activiteiten programma op school (5x) • Signaleren (2x)
Welzijnswerk	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (3x) • Signaleren (3x) • Doorverwijzen (2x)
Politie	<ul style="list-style-type: none"> • Signaleren (4x) • Deelname ouderbijeenkomst/voorlichting in de wijk (4x) • Deelnemen beleidsoverleg/handhaving (3x)
Sociale wijkteams	<ul style="list-style-type: none"> • Signaleren (5x) • Doorverwijzen (2x) • Plannen activiteiten (2x) • Voorlichting/informatie en advies (2x)
Verenigingen (sport, cultuur, kerk etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoering activiteiten (2x) • (vragen om) voorlichting (2x)
Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling, begeleiding ouders, voorlichting, signaleren en doorverwijzen
Horeca	<ul style="list-style-type: none"> • Handhaving/nalevingsonderzoek (3x) • Voorlichting, signaleren, deurbeleid
Evenementen-organisaties	<ul style="list-style-type: none"> • Handhaving, blaasacties, vertegenwoordigd in werkgroep, signaleren en regels vooraf

Samenwerkings-partner	Voorbeeld activiteit waarbij partij is betrokken (aantal keer genoemd door een gemeente)
Buurthuizen	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (3x) • Organisatie inloopmomenten (2x) • Enquêtes en Escaperoom
Jeugdzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Stabiliseren en voorkomen gedrag • Begeleiding
Coffeeshop	<ul style="list-style-type: none"> • Medewerkers zijn getraind in preventie
Werkgevers	<ul style="list-style-type: none"> • -
Vertegenwoordigers doelgroepen (moedige moeders)	<ul style="list-style-type: none"> • Signaleren en doorverwijzen
Halt	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet BO en VO
Fysiotherapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Deelnemer werkgroep gemeente
Sportverenigingen	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoerder
Inwoners	<ul style="list-style-type: none"> • Signaleren en doorverwijzen

Afwegingen en wetenschappelijke basis voor het drugspreventiebeleid

We vroegen gemeenten of zij hun beleid baseren op wetenschappelijke kennis. Twee gemeenten geven aan dit altijd te doen. De meeste gemeenten (22) baseren hun beleid vaak op wetenschappelijke kennis en elf gemeenten geven aan dat zij hun drugspreventiebeleid soms baseren op wetenschappelijke kennis. Eén gemeente baseert het beleid nooit op wetenschappelijke basis en een laatste gemeente heeft deze vraag niet ingevuld.

Volgens 8 van de 24 gemeenten die deze vraag beantwoordden is voor het (meer) werken op basis van effectieve drugspreventie het vergroten van de bekendheid en het goed informeren over effectieve preventie nodig. Daarnaast wordt een goede samenwerking met ketenpartners genoemd en het delen van (bewezen) effectieve aanpakken door collega gemeenten en/of kennisinstellingen.

We vroegen de gemeenten of ze met onderzoek in kaart brengen op welke doelgroep drugspreventiebeleid zich moet richten. Deze vraag is door 33 gemeenten beantwoord. Vijftien gemeenten hebben de belangrijkste doelgroepen waarop drugspreventie zich in de gemeente zou moeten richten met onderzoek in kaart gebracht. Twaalf van deze gemeenten hebben dit onderzoek laten uitvoeren door een externe partij en drie gemeenten hebben dit samen gedaan met een externe partij. De meest genoemde partij voor het onderzoek is de GGD (6x), gevolgd door het Trimbos-instituut (5x). Andere gemeenten hebben het onderzoek laten uitvoeren door bijvoorbeeld een onderzoeksbureau of de IVZ. De overige 18 gemeenten geven aan dat zij geen onderzoek hebben gedaan om de doelgroep te bepalen.

Tot slot vroegen we gemeenten uit een lijst met overwegingen welke drie belangrijkste overwegingen zij hebben voor het beslissen over de inzet van drugspreventieactiviteiten.

35 van de 37 gemeenten beantwoordden deze vraag. De probleemanalyse en de verwachte effectiviteit worden het vaakst genoemd. De afwegingen die het minst vaak genoemd zijn, zijn burgerparticipatie en wetenschappelijke onderbouwing. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat probleemanalyse en de verwachte effectiviteit ook kunnen worden opgevat als wetenschappelijke onderbouwing.

Tabel 9. Belangrijkste afwegingen inzet beleid

Belangrijkste afweging	Aantal keer aangekruist wel beleid (n=35)
Probleemanalyse*	19
Verwachte effectiviteit	19
Politiek/bestuurlijk draagvlak	16
Praktische haalbaarheid	15
Maatschappelijk draagvlak	12
Advies deskundigen**	9
Kosten	8
Wetenschappelijke onderbouwing	1
Burgerparticipatie	1
Anders, nl.	1 ('goede vraag, geen idee')

* Cijfers, registraties, gesprekken met samenwerkingspartners

** De negen gemeenten die aangaven advies van deskundigen als belangrijkste overweging, hebben ook ingevuld welke deskundige. Hierbij noemden ze de lokale IVZ (7x), gevolgd door de GGD (3x), het Trimbos (3x), de politie (2x), het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), ambulance en een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Bij geen beleid: GGD en Mondriaan. Starten bij regionale instelling voor GGZ en vervolgens kijken in netwerk welke partijen hier verder kennis over hebben.

Hoe komen gemeenten tot betrouwbare informatie voor drugspreventiebeleid

Voor het opstellen van drugspreventiebeleid maken gemeenten gebruik van verschillende informatiebronnen. Gemeenten maken zowel gebruik van landelijke als lokale informatie en data voor hun drugspreventiebeleid. De GGD, de IVZ en collega gemeenten worden het vaakst genoemd als (betrouwbare) informatiebron. Daarnaast wordt er contact opgenomen met het Trimbos-instituut en/of de website van het Trimbos-instituut bezocht (zie tabel 10). Voor de lokale data worden de GGD, de IVZ en de politiecijfers het meest gebruikt (zie tabel 11).

Tabel 10. Hoe komen gemeenten aan (betrouwbare) informatie over drugspreventie?

	Aantal keer genoemd
Ik neem contact op met de GGD	24
Ik neem contact op met instelling voor verslavingszorg	18
Ik neem contact op met collega gemeenten	18
Ik bezoek websites namelijk: [open veld]*	12
Ik neem contact op met Het Trimbos-instituut	12
Via mijn <i>professionele</i> netwerk (en sociale media)	14
Via landelijke media (kranten en online platforms)	11
Ik kijk in de database gezond en actief leven (loketgezondleven.nl, RIVM)	11
Ik kijk in de databank effectieve jeugdinterventies (NJI)	10
Ik kijk in de databank justitiële interventies (NJI, Movisie, Trimbos-instituut)	7
Ik neem contact op met collega namelijk... (functie)	6
Via mijn persoonlijke netwerk	5
Via nieuwsbrieven, namelijk: [open veld]	5
Ik kijk in de databank effectieve sociale interventies (Movisie)	5
Ik kijk in de databank sport- en bewegingsinterventies (Kenniscentrum Sport en Bewegen)	5
Ik kijk in buitenlandse databases namelijk: [open veld]	2
Ik weet het niet/ik zoek zelden of nooit informatie over drugspreventie	1
Ik neem contact op met anders namelijk...	1
Ik kijk in andere databases namelijk.../anders, namelijk:	0
Overig	

* De websites die de gemeenten bezoeken zijn die van Het Trimbos Instituut (8x), De GGD (3x), De IVZ (2x), Tweede Kamer voor landelijke wetgeving, Google voor onderzoeken en De Gezonde School.

Tabel 11. Lokale data

Lokale informatiebron	Aantal keer genoemd
Cijfers over middelengebruik GGD	30
Cijfers van de verslavingszorg	18
Cijfers van de politie	17
Toezichtregistratie handhaving	13
Drugsincidenten registratie ziekenhuis	6
Drugsincidenten registratie EHBO diensten	4
Geen van bovenstaande	3
Anders, nl.:	Monitoring, eigen enquête, eerder genoemde onderzoeken

Naast de uitvraag naar landelijke en lokale informatiebronnen is aan de gemeenten ook gevraagd in hoeverre zij gebruik maken van de expertise van de volgende landelijke partijen voor het opstellen van drugspreventiebeleid: het CCV, RIEC, het RIVM, Trimbos-instituut, universiteiten of anders. Gemeenten konden hierbij meerdere antwoorden geven. Zij kruisten het Trimbos-instituut, gevolgd door het RIVM en het CCV het meest aan (zie tabel 12).

Tabel 12. Expertise landelijke partijen

Partij	Aantal keer genoemd
Trimbos	22
RIVM	14
CCV	10
RIEC	8
Universiteiten	4
Geen/niet ingevuld	5

Waar richt de gemeente het drugspreventiebeleid op?

In deze sectie zijn alleen gemeenten met drugspreventiebeleid, een overkoepelend middelenbeleid en/of drugspreventieactiviteiten in diverse nota's opgenomen (n=37).

Einddoelgroep drugspreventiebeleid

Onder de einddoelgroep bij het drugspreventiebeleid kunnen leeftijds- en risicogroepen vallen. De einddoelgroep waar gemeenten zich het meeste op richten is de leeftijdsgroep 12-18 jaar, gevolgd door 18-25 jaar. Weinig gemeenten noemen een specifieke andere risicogroep als einddoelgroep van hun drugspreventiebeleid.

In alle leeftijdscategorieën wordt het geven van voorlichting het vaakst genoemd als drugspreventieactiviteit. Voor jongeren en jongvolwassenen worden daarna het meest preventieprogramma's als Helder op School of In Control genoemd. Ook de inzet van een jongerenwerker wordt een aantal keer genoemd door gemeenten.

Tabel 13 geeft een overzicht van de einddoelgroep voor drugspreventie met daarbij voorbeelden van activiteiten uitgevoerd door de gemeente of haar partners.

Tabel 13. Einddoelgroep drugspreventiebeleid

Antwoord	Aantal	Toelichting
0-12 jaar	11	<ul style="list-style-type: none">• Voorlichtingsprogramma groep 7&8 i.s.m. o.a. Halt (7x) en specifiek op kinderen van verslaafde ouders (2x)
12-18 jaar	34	<ul style="list-style-type: none">• Voorlichting (10x)• Preventieprogramma als Helder op school of in control (6x)• Jongerenwerk/welzijn (4x)• Voortgezet onderwijs (2x)• Gezondheidscoach/preventiemedewerker (2x)• Spreekuren (2x)• Groepsbijeenkomsten (2x)• Workshops, MOTI-4, jeugdhonk, weerbaarheid, rookvrije generatie en de politie (allen 1x)
18-25 jaar	26	<ul style="list-style-type: none">• Voorlichting (5x)• Jongerenwerk (signalering) (5x)• Preventieprogramma als In Control (4x)• Gezondheidscoach/preventiemedewerker (2x)• Politie (aanspreken), Signaleren en begeleiden naar hulp, groepscoaching, spreekuur, workshops, MOTI-4, jeugdhonk, weerbaarheidstraining en de rookvrije generatie
25-50 jaar	12	<ul style="list-style-type: none">• Voorlichting (5x)• Informatie delen aan ouders (3x)• Spreekuren, workshops, campagnes, preventiemedewerker en activiteiten behorende bij preventieprogramma

Antwoord	Aantal	Toelichting
50+	8	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting ouders (2x) • Spreekuren, workshops, preventiemedewerker en activiteiten behorende bij preventieprogramma
Risicogroepen, namelijk:	5	<ul style="list-style-type: none"> • 55 – 75 jaar • Jongeren op straat en jongerencentrum • Jongeren met schulden • Jongeren met GHB problematiek • Verslaafde ouders • Multiproblematiek (?) • Jongeren in jeugdzorginstellingen • Zorgmijders • Veelplegers • LVB • Naasten
Anders, namelijk:	3	<ul style="list-style-type: none"> • Professionals: deskundigheidsbevordering • Iedereen: zowel jongeren als ouderen: waarbij inzet jongeren is op preventie en bij ouderen preventie overmatig gebruik • 0-24, 55+ en schil eromheen: risicogroepen zijn benoemd in preventie- en handhavingsplan

Setting drugspreventiebeleid

Naast de doelgroep is uitgevraagd op welke setting het drugspreventiebeleid zich richt binnen gemeenten. Bijna alle gemeenten richten het beleid op de setting primair- en voortgezet onderwijs. Weinig gemeenten zetten in op het hoger onderwijs (hbo en wo), wat kan worden verklaard doordat er in weinig van de deelnemende gemeenten hoger onderwijs is gevestigd. Daarnaast wordt de setting 'werk' weinig genoemd door de gemeenten.

Niet alle gemeenten hebben bij de setting toegelicht welke activiteiten ze inzetten, maar van de gemeenten die dit hebben ingevuld valt de diversiteit aan activiteiten per setting op (zie tabel 14).

Tabel 14. Setting drugspreventiebeleid

Setting	Aantal	Toelichting
Primair en voortgezet onderwijs	35	<ul style="list-style-type: none"> • Alleen voorlichting op VO (5x) • Voorlichting (2x) • Preventieprogramma's (2x) • Theater <ul style="list-style-type: none"> • Activiteitsaanbod • Kennismaking wijkagent/jongerenwerker
Familie/gezin	20	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderbijeenkomst (2x) • Campagne • Voorlichting • Hulp aan gezin (b.v. jongerenwerk/zorg) • Algemeen Maatschappelijk <ul style="list-style-type: none"> • Werk (AMW) • Preventiemedewerker • Gezinscoach • Casemanager • Webinar NIX18 (alcohol)
Sport	17	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (3x) • Gezonde kantine (2x) • JOGG/buurtsportcoach (2x) • In overleg <ul style="list-style-type: none"> • Vroegsignalering • Open club activiteiten • Trainingen • Toezicht en handhaving
Horeca	14	<ul style="list-style-type: none"> • Trainingen • Nalevingsonderzoek • Toezicht en handhaving <ul style="list-style-type: none"> • NIX18 • Moet nog worden opgepakt
Evenementen	14	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (2x) • Controle/toezicht en handhaving (2x) • NIX18 <ul style="list-style-type: none"> • Festival • Training • Meedenken aanpak
Zorg- en welzijnssettingen	13	<ul style="list-style-type: none"> • Vroegsignalering • Training • Deskundigheidsbevordering • Nazorg <ul style="list-style-type: none"> • Brede uitvraag hulpvraag • Zorgaanbieders • Als onderdeel jongerenwerk
Middelbaar onderwijs (MBO)	12	<ul style="list-style-type: none"> • Welzijnswerk (2x) • Helder op School/Gezonde school (2x) <ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting • Gezondheidscoach • Totally Traffic
Gemeenschap (community)	12	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting (2x) • Bewustwordingscampagne • Ondersteuning gemeenschap <ul style="list-style-type: none"> • Ketensamenwerking OGGZ Preventie • Week van verslaving activiteiten
Jeugdhulpsetting (incl. JJI's, LVB)	11	<ul style="list-style-type: none"> • Gezinscoach • Preventiemedewerker • Casemanager verslaving en middelengebruik <ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbieders • Brede uitvraag van hulpvraag • Deskundigheidsbevordering
Publieke ruimte	10	<ul style="list-style-type: none"> • Meer controle • Voorlichting in dorpshuizen en op plekken waar jongeren komen <ul style="list-style-type: none"> • Promoten middelenvrij

Setting	Aantal	Toelichting
(Online) media	10	<ul style="list-style-type: none"> • Interview lokale krant over aanpak • Lokale radio • NIX18 • Dry January <ul style="list-style-type: none"> • IkPas • Zomer van NIX • Zien Drinken Doet Drinken • NIX zonder ID
Werkplek	5	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting en trainingen • Aanpak middelengebruik en verslaving (bewustwording binnen gemeente)
Hoger onderwijs (HBO, WO)	3	<ul style="list-style-type: none"> • Vertegenwoordigd in lokale werkgroep <ul style="list-style-type: none"> • Aanbieden alcoholvrije optie bij studentenvereniging
Anders, namelijk	0	-

Domeinen drugspreventiebeleid

Tot slot is gemeenten gevraagd op welk domein het drugspreventiebeleid zich richt. Het drugspreventiebeleid richt zich het vaakst op het domein gezondheid, gevolgd door het sociaal domein en openbare orde en veiligheid (zie tabel 15). Drie gemeenten gaven nog een andere optie: 'alle domeinen', sport/onderwijs en 'overstijgend'.

Binnen het domein gezondheid wordt vooral ingezet op voorlichting (op scholen) (11x) of andere preventieve activiteiten zoals Helder op School, weerbaarheid of het stimuleren van gezond gedrag. Daarnaast zijn er activiteiten die worden genoemd door steeds één gemeente, zoals theater, onderzoek, screening, deskundigheidsbevordering en een DIMS testlocatie.

Binnen het sociaal domein wordt ook vooral ingezet op voorlichting (4x), preventieactiviteiten, activiteiten bij sportverenigingen en signalering (allen door twee gemeenten genoemd). Daarnaast zijn er activiteiten die door één gemeente zijn genoemd, zoals jongerenwerk, één-op-één activiteiten en een jongerenhok.

Binnen het domein openbare orde wordt handhaving (8x) het vaakst genoemd als preventieactiviteit, gevolgd door het tegengaan van drugscriminaliteit/ondermijnende activiteiten. Daarnaast worden veelal activiteiten genoemd door steeds één gemeente, zoals *mystery guests*, nalevingsonderzoeken, meldingsbereidheid en het tegengaan van overlast.

Tabel 15. Domein waar drugspreventiebeleid zich op richt

	Gezondheid	Openbare Orde	Sociaal domein
Aparte nota (4)	3	2	4
Overkoepelende nota (17)	14	9	8
Activiteiten op drugsbeleid (16)	13	10	8
Geen beleid (9)	6	8	6
Totaal:	36	29	28

Bekendheid evidence based producten

In deze sectie zijn alleen gemeenten met drugspreventiebeleid, een overkoepelend middelenbeleid en/of drugspreventieactiviteiten in diverse nota's opgenomen (n=37).

Bijna de helft van de gemeenten (15 van de 33) weet niet of zij gebruik maken van de landelijk ontwikkelde evidence based producten. Zij geven hiervoor diverse redenen aan, bijvoorbeeld dat zij (zelf) niet op de hoogte zijn, dat de samenwerkingspartner dit ongetwijfeld wel doet, ze geen specifiek beleid op drugs hebben of het thema drugs in combinatie met alcohol oppakken, te geloven in de eigen lokale aanpak, vanwege de kosten, of dat de centrumgemeente dit oppakt.

Elf gemeenten geven aan wel gebruik te maken van landelijk evidence based ontwikkelde producten, aanpakken of interventies voor hun lokale drugspreventiebeleid en zeven gemeenten geven aan dit niet te doen. Gemeenten die hier wel gebruik van maken geven in een open veld aan van het volgende gebruik te maken:

- Helder op School (4x)
- (Factsheets) Trimbos (2x)
- Gezonde School (2x)
- Open en Alert
- Moti-4
- Op tijd voorbereid
- Aanpak GHB Trimbos
- Een gemeente onderzoekt aanpak Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO)

Daarnaast vroegen we de gemeenten of zij bekend zijn met specifieke producten en of zij hier gebruik van maken. De bekendheid van de landelijke evidence based producten is niet groot. OKO, Helder op School en Moti-4 zijn het meest bekend bij gemeenten. Van Helder op School, Moti-4, OKO, Handreiking lachgas wordt het meest gebruik gemaakt. Een aantal producten is nog helemaal onbekend. Tabel 16 geeft het overzicht van de bekendheid en het gebruik van de specifiek uitgevraagde landelijk ontwikkelde producten:

Tabel 16. Bekendheid en gebruik evidence based/goed onderbouwde producten en interventies

Product	Bekend met (n= 37)	Maakt gebruik van*
OKO**	21	6
Helder op School (of onderdelen van)	18	12
Moti-4	12	10
Alcohol, drugs en tabak op evenementen	11	5
Handreiking lachgas: van zorgen naar acties	10	6
Jellinek online zelfhulp	8	2
Open en alert	7	2
Unity	7	3
Handreiking GHB: bezieling en beschikbaarheid: Samen werken aan een leven zonder GHB	6	1
Help, mijn kind kan niet zonder	6	5
KopOpOuders online	6	3
Preventief adviesgesprek over psychiatrische problematiek en/of problematisch middelengebruik	4	3
ROC Aanvalsplan	0	0
Handreiking de (studenten)tijd van je leven	0	0
Informatie instrument VKN	0	0
Anders	0	0

* Alleen gemeenten die aangaven de interventie/aanpak te kennen werden gevraagd of ze deze ook gebruiken.

** Opgroeien in een Kansrijke Omgeving.

Informatie over drugspreventie

In deze paragraaf zijn antwoorden van alle deelnemende gemeenten (N=51) meegenomen.

Alle gemeenten zijn tot slot gevraagd hoe zij op de hoogte willen worden gehouden over drugspreventie. Het vaakst wordt een nieuwsbrief en/of mail (21x) genoemd. Een aantal gemeenten wil via webinars/bijeenkomsten (4x), via professionals (3x) of een goed bijgehouden website (2x) op de hoogte worden gehouden.

Actuele vraagstukken

De meest actuele vraagstukken die de gemeenten benoemen zijn op dit moment (in de bewoording van de respondenten):

Middelen

- Lachgas (6)
- Alcohol (2)
- GHB (2)
- 3-MMC
- Nieuwe drugs

Trends en ontwikkelingen

- Toename middelengebruik (alcohol & drugs) (4)
- Drugs in drankjes doen
- Gedrag jongeren door corona, niet verantwoord leren omgaan met middelen

Setting/samenwerking

- Keten
- Medewerking burgers in relatie tot melden overlast
- Gebruik onder jongeren, voetbalsupporters of op evenementen

Visie

- Willen we hier aandacht aan geven, urgentie/geen grote vraagstukken (4)
- Van brandjes blussen naar structurele preventie
- Meer visie in plaats van blind uitvoeren activiteiten

Randvoorwaarden

- Capaciteit (2)
- Middelengebruik van jongeren in andere gemeente én provincie: samenwerking met partijen buiten eigen provincie en GGD regio is lastig (2)
- Bereiken van jeugd en ouders (2)
- Draagvlak
- (een gemeente: in afwachting van nieuwe cijfers)

Doelstellingen

- Jeugd laten stoppen met harddrugsgebruik
- Mentale en psychische gezondheid jeugd
- Criminaliteit
- Jongerenproblematiek
- Triple problematiek
- Dealgedrag

Aanpak

- Effectieve methodieken in het kader van drugspreventie jongeren/hoe jongeren voor te lichten (3)
- Integrale aanpak gezondheid
- Betrouwbare informatie en voorlichting vóór 16^e jaar

Interviews gemeenten

Algemeen

De gemeenten zijn bevraagd over hoe het drugspreventiebeleid tot stand komt en hoe het drugspreventiebeleid er op dit moment uit ziet.

Twee van de geïnterviewde gemeenten hebben het drugspreventiebeleid en/of de activiteiten ondergebracht in het gezondheidsbeleid. Bij het opstellen van het beleid zijn daarbij de domeinen jeugd, sociaal domein en openbare orde en veiligheid betrokken. De derde gemeente heeft het ondergebracht in het sociaal domein. Deze heeft de domeinen gezondheid, jeugd en bestuur betrokken. Het domein openbare orde en veiligheid is niet betrokken.

De gemeenten geven als reden om het beleid onder gezondheid of het sociaal domein onder te brengen dat het beleid vooral gericht is op preventie, waarbij alle gemeenten aangeven dat er ook een link is met het veiligheidsdomein. Een gemeente geeft aan dat een gezamenlijke nota een uitdaging zou worden vanwege de verschillende insteek vanuit gezondheid en veiligheid (preventie versus handhaving). De twee andere/kleinere gemeenten werken lokaal goed samen met veiligheid.

Gemeenten zetten of willen preventief beleid in(zetten) door bijvoorbeeld alternatieve dagbesteding aan te bieden. Afhankelijk van hoe het preventiebeleid is georganiseerd gaan zij in gesprek met jongeren over wat nodig is. Zowel bestuurlijk als maatschappelijk draagvlak wordt door alle gemeenten genoemd als belangrijk voor het drugspreventiebeleid. Bestuurlijk draagvlak kan hierbij ook worden opgevat als voldoende budget voor de inzet op (evidence based) preventieprogramma's.

De rolverdeling voor de gemeente en lokale partners verschilt bij alle drie de gemeenten. Bij een gemeente heeft de IVZ de regierol voor de uitvoering van de preventieactiviteiten en voor de input van het drugspreventiebeleid. Een andere gemeente werkt vanuit de gemeenschap en samen met lokale partners in een werkgroep. De derde gemeente heeft geen apart drugspreventiebeleid (al vindt de geïnterviewde dit wel wenselijk). Bij deze gemeente krijgen Wmo en Jeugdhulp voorrang en zijn er ook minder signalen over drugsmisbruik.

Samenwerking

We hebben de gemeente gevraagd met wie ze samenwerken (intern en extern), hoe deze samenwerking verloopt en op welke wijze de gemeente sturing geeft aan de samenwerking met de partners.

Alle drie de gemeenten geven aan dat continuïteit in de samenwerking belangrijk is. Daarbij geven de twee kleinere gemeenten aan dat de lijntjes met de ketenpartners in de gemeente kort zijn. Wat helpt is om elkaar te kennen en een vertrouwensband op te bouwen. Voor het uitwisselen van gegevens buiten de eigen gemeente én provincie (bijvoorbeeld een andere GGD of veiligheidsregio) verloopt de samenwerking niet goed, waarbij ook de AVG kan leiden tot een probleem in de samenwerking.

Eén gemeente heeft de samenwerking zo vormgegeven dat de IVZ de coördinator is van het lokaal drugspreventiebeleid. Zij gaat de verdere samenwerking aan met partijen in de gemeente. De samenwerking tussen de domeinen veiligheid en gezondheid verloopt bij deze gemeente niet altijd gemakkelijk vanwege de andere insteek op drugsbeleid: handhaving versus preventie. Bij de twee andere gemeenten is de rol van de gemeente groter in de uitvoering, meer coördinerend. Deze gemeenten werken samen met verschillende lokale partners uit zowel het sociale als het veiligheidsdomein. Hierbij heeft een gemeente een goede structuur opgebouwd met de gemeenschap, en lijkt het bij de andere gemeente meer ad hoc. De rol van zowel de IVZ als de GGD is in deze gemeenten beperkt. De GGD wordt wel genoemd als onderzoeker. De onderzoeksgegevens van de GGD worden vanuit de gemeente aangevuld met eigen, meer actuele, cijfers.

Grensgemeenten

Twee van de drie gemeenten zijn gelegen aan een provinciegrens en tevens de grens van de GGD/veiligheidsregio. Beide gemeenten geven aan hiervan hinder te ondervinden. Bijvoorbeeld omdat dealen van drugs zowel online als over gemeentegrenzen heen gaat. Hierdoor zou er regio overstijgend naar moeten worden gekeken. De samenwerking tussen de veiligheidsregio's is echter niet altijd goed afgestemd. Een andere uitdaging is dat jongeren naar de middelbare school in een andere provincie/GGD- en veiligheidsregio gaan. Informatie tussen regio's wordt niet (altijd) goed gedeeld en daarnaast is het afhankelijk van de andere gemeente welk preventieprogramma er op school wordt ingezet.

Effectief beleid

De gemeenten zijn gevraagd hoe bepaald wordt waar drugspreventie op wordt ingezet en hoe zij tot de keuze van de doelgroep en instrumenten komen. Daarbij is ook ingegaan op in hoeverre kennis over effectieve preventie een rol heeft gespeeld in de beleidsvorming en/of de keuze voor interventies.

Gemeenten maken voor het bepalen van de doelgroep gebruik van de cijfers van de GGD. Deze zijn echter vaak verouderd. Daardoor gebruiken gemeenten vaak ook andere cijfers om hun beleid mee te voeden. Een gemeente neemt zelf enquêtes af onder jongeren bij bijvoorbeeld de sportvereniging en een andere gemeente doet dit bij het uitgaan. Een gemeente geeft aan ook de cijfers van Halt te gebruiken.

Hoe gemeenten tot de keuze komen voor de doelgroep en het instrumentarium loopt sterk uiteen. In een gemeente is de IVZ de oren en ogen voor wat er speelt op het gebied van drugs. Zij hebben dan ook de coördinerende rol. De IVZ stelt jaarlijks aan de gemeente voor waarop zij willen inzetten en adviseren de gemeente wat op dat moment de meeste aandacht vraagt. Een andere gemeente heeft een eigen lokale aanpak ontwikkeld en werkt daarbij veel

op basis van de input van de lokale stakeholders. Daarbij zetten ze ook eigen enquêtes in als aanvulling op de bestaande data (van bijvoorbeeld de GGD). Hierbij kiezen zij er soms ook bewust voor om niet de evidence based aanpakken in te zetten wanneer dit niet aansluit bij de lokale situatie. De derde gemeente heeft een meer reactief dan een preventief beleid. De reden hiervoor is dat er geen budget beschikbaar is voor meerjarige preventieprogramma's.

Volgens de gemeenten is politiek (en maatschappelijk) draagvlak belangrijk voor het voeren van effectief drugspreventiebeleid. Daarbij helpt het als er continuïteit in de aanpak en het personeel is en daarbij voldoende budget beschikbaar is. Tot slot is het belangrijk te weten wat er lokaal speelt en daar ook direct op in te kunnen spelen.

Droomsценario

Met twee gemeenten is breder ingegaan op een 'droomsценario' en/of de wens voor een modelplan lokaal drugsbeleid¹. Hierbij is ingegaan op hoe de gemeente graag zou willen inzetten op drugspreventie en hoe zij hierbij het beste kunnen worden ondersteund.

Meer budget

Beide gemeenten geven aan dat er in hun droomsценario meer budget beschikbaar komt voor drugspreventie. Het gebrek aan budget vormt momenteel een struikelblok voor de inzet van preventieprogramma's. Voor een van de gemeenten is er nauwelijks budget beschikbaar voor lesprogramma's op school.

Droom-preventieprogramma

Een gemeente wil graag inzetten op het IJslands preventiemodel als basis voor de hele organisatie van drugspreventie (en bredere middelenpreventie). Daarbij is het ook wenselijk dat er meer samenwerking is met de GGZ in verband met de achterliggende problematiek. De andere gemeente wil in het droomsценario lesprogramma's op school inzetten door jongerenwerk, Halt en de IVZ. Daarbij is er de wens voor meer jongerencentra. Een dergelijke plek is laagdrempelig voor jongeren en een goede plek om problematiek te signaleren. Daarnaast zou er budget en tijd moeten zijn om ouders te ondersteunen wanneer leerlingen naar het voortgezet onderwijs in de grote stad gaan. Tot slot is goede samenwerking tussen gezondheid en veiligheid nodig waarbij eigenaarschap bij een van beide domeinen ligt.

Dilemma's en uitdagingen

De uitdaging die vaak wordt genoemd is de continuïteit van het personeel zowel binnen de gemeente als bij samenwerkingspartners. De gemeente waar interne en externe continuïteit in personeel is geeft aan dat dit een belangrijke basis voor het slagen van hun drugspreventiebeleid is. Het opbouwen van een (vertrouwens)band is hierbij belangrijk. Tot slot werd een dilemma met betrekking tot campagne voeren omtrent middelen genoemd; hoe bereik je jongeren met de boodschap zonder dat zij er extra aandacht voor krijgen?

1 Het Trimbos-instituut is op dit moment bezig met het opstellen van een modelplan lokaal drugsbeleid. Deze verkenning kan een bijdrage leveren bij het opstellen hiervan.

Ondersteuning gemeenten

De gemeenten geven aan dat een modelplan lokaal drugspreventiebeleid gemeenten kan ondersteunen bij het opstellen van hun beleid. Het modelplan alcohol en de handleiding 'aanpak risicogroepen rond gokken en gamen' van het Trimbos-instituut worden genoemd als bruikbare instrumenten. Een gemeente vraagt zich wel af 'waarom geen basisnota volksgezondheid in plaats van modelplannen voor afzonderlijke onderwerpen?' Tot slot zoeken gemeenten naar een manier om met meer actuele cijfers te werken. Dit vormt belangrijke input voor een actueel drugspreventieplan.

Wanneer er een modelplan komt moet dit overzichtelijk, kort, met (een voorzet voor) een verdeling in rollen én taken en met een gebruikswijzer moeten zijn. Het is daarnaast belangrijk dat duidelijk is wie de eigenaar is. Tot slot is een (jaarlijkse) evaluatie van het plan en de uitvoering belangrijk.

