

Drugspreventie bij jongeren en jongvolwassenen

Effectieve interventies en andere mogelijkheden voor preventie van drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen



Colofon

Projectleiding

Anneke van Wamel

Auteurs

Anneke van Wamel

Desiree Spronk

Aukje Sannen

Lex Lemmers

Nadine van Gelder

Met dank aan

Jeroen de Greeff

Martha de Jonge

Patrick van Iperen

Vormgeving

Canon Nederland

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

ISBN

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF2073**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2023, 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

1	Inleiding	7
1.1	Leeswijzer	7
1.2	Beperkingen en afbakeningen	7
2	Drugs en drugsgebruik	10
2.1	De wetgeving	10
2.2	Wat zijn drugs?	10
2.3	Fasen van gebruik	11
2.4	Waarom gebruiken jongeren en jongvolwassenen drugs?	11
2.5	Risico's van drugsgebruik	12
3	Epidemiologie: cijfers en monitoring	14
3.1	Het belang van epidemiologie voor drugsbeleid	14
3.2	Landelijke monitors en onderzoek	14
3.3	Lokale monitors en onderzoek	15
4	Drugspreventie	17
4.1	Risico- en beschermende factoren	17
4.2	Doelgroepen	19
4.2.1	Kwetsbare groepen	19
4.2.2	Risicogroepen	20
4.3	Settingen voor preventie	20
4.4	Niveaus van drugspreventie	20
4.4.1	Universele preventie	20
4.4.2	Selectieve preventie	20
4.4.3	Geïndiceerde preventie	20
4.4.4	Zorggerelateerde preventie	21
4.5	Interventies	21
4.6	Samenwerkingspartners voor drugspreventie	21
5	Effectieve Drugspreventie	24
5.1	Integrale aanpak	24
5.2	Setting: Het gezin (ouders/opvoeders)	25
5.3	Setting: Voortgezet onderwijs	27
5.4	Setting: Hoger onderwijs	30
5.5	Setting: Werkomgeving	32
5.6	Setting: Gemeenschap (community) en omgeving	34
5.7	Setting: Uitgaansleven	35
5.8	Setting: Zorg en Sociaal Domein	37
5.9	Setting: (Sociale) Media	38
6	Aan de slag: ingrediënten voor lokaal drugsbeleid	42
6.1	Inleiding	42
6.2	Rollen van de gemeente	42
6.2.1	Gemeente als opdrachtgever	42
6.2.2	Gemeente als verbindende regievoerder: intern	43
6.2.3	Gemeente als verbindende regievoerder: extern	43
6.3	Wat kan de gemeente doen in de verschillende domeinen?	44
6.3.1	Vraagbeperking: domein volksgezondheid en zorg	44

6.3.2 Aanbodbeperking: domein veiligheid	45
6.3.3 Harm-reduction: domein volksgezondheid, zorg & sociaal domein	45
6.3.4 Meer lezen?	46
6.4 Stappenplan voor gemeenten	46

1 Inleiding

Het gebruik van drugs kan samengaan met gezondheidsrisico's en sociale problematiek. Jongeren en jongvolwassenen lopen een groter risico op deze nadelige gevolgen dan volwassenen. Er ligt daarom een maatschappelijke taak om drugsgebruik en daaraan gerelateerde problematiek te voorkomen, uit te stellen of te minderen. Activiteiten, beleid en maatregelen die dit tot doel hebben noemen we ook wel drugspreventie.

Gemeenten hebben een verantwoordelijkheid in het vormgeven van drugspreventie die zij vormgeven in verschillende domeinen. Toch ervaren veel gemeenten uitdagingen in het vormgeven van effectieve drugspreventie. Ze hebben vragen als: Wat is drugspreventie eigenlijk precies? Waar moet je aan denken bij het vormgeven van effectieve drugspreventie? Wat zijn de beleidskaders? Wie moet ik hierin meenemen? Met andere woorden: "wat werkt?"

Om te helpen met het beantwoorden van deze vragen ontwikkelt het Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM de *Wat werkt dossiers*. Dit zijn themapagina's van het Loket-gezondleven waar beleidsmedewerkers van gemeenten op een toegankelijk manier informatie kunnen vinden over [jongeren en roken](#), [jongeren en alcohol](#) en nu ook jongeren en drugs. De *wat werkt dossiers* helpen om werkzaam drugsbeleid op te stellen. En misschien nog belangrijker; ze verkleinen de kans op niet werkzaam of zelfs schadelijk beleid.

Het *Wat werkt dossier drugs* dat voor u ligt biedt een inhoudelijke onderbouwing van effectieve drugspreventie. We maken in de onderbouwing gebruik van wetenschappelijke kennis gebaseerd op onder meer landelijke monitors over prevalentie, vakliteratuur, professionele trainingen en wetenschappelijke artikelen.

Dit document is geschreven voor beleidsmedewerkers van gemeenten die meer achtergrond willen over drugspreventie. De focus ligt op drugspreventie voor jongeren en jongvolwassenen tussen 11 en 25 jaar. Maar in veel gevallen is de informatie ook relevant voor drugspreventie voor volwassenen ouder dan 25 jaar.

1.1 Leeswijzer

Deel 1: "Drugsgebruik en drugspreventie" beschrijft de belangrijkste achtergronden van drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen. Ook introduceren we wat we bedoelen met drugspreventie en welke begrippen hierin onderscheiden worden. In *Deel 2: "Wat werkt"* leest u wat werkt binnen de verschillende domeinen van drugspreventie, welke interventies we binnen de domeinen kennen en wat niet werkt of minder bekend over is. In *Deel 3: "Aanpak preventie van (problematisch) drugsgebruik"* leest u over hoe 'aan de slag' te gaan met drugspreventie. U vindt onder meer informatie over de verschillende rollen van de gemeente en de processtappen die doorlopen moeten worden om te komen tot een gemeentelijke aanpak van de preventie.

1.2 Beperkingen en afbakening

- Voor dit *Wat werkt dossier Drugspreventie* is gebruik gemaakt van relevante en recente overzichten van kennis over effectiviteit drugspreventie van diverse

toonaangevende instituten. Waar nodig en mogelijk is aanvullende literatuur gezocht. De basis van het dossier is dus geen uitputtende literatuurstudie.

- Onderzoek naar effectiviteit van drugspreventie is ingewikkeld (komt niet veel voor) en daardoor niet zo compleet als bv. voor alcohol en tabak. Dit komt onder meer omdat het gebruik van drugs niet veel voorkomt in de algemene bevolking. De beschikbare kennis is in dit document gebundeld.
- Voor de overzichten van de interventies is zoveel mogelijk gebruikt gemaakt van de interventiedatabanken van Loket Gezond Leven en het informatie-instrument van Verslavingskunde Nederland. Het feit dat een interventie is opgenomen in een databank is een indicatie dat de interventie aan minimale kwaliteitsstandaarden voldoet. Andersom geldt ook dat wanneer een interventie niet in een databank beschreven staat of nog niet als 'bewezen effectief' beoordeeld is, dit niet betekent dat deze ook echt niet effectief zou zijn: "absence of evidence is not evidence of absence" (Alderson, 2004). Daarom is deze kennis waar mogelijk aangevuld met kansrijke aanpakken en interventies.

Deel 1:

“Drugsgebruik en drugspreventie”

2 Drugs en drugsgebruik

In dit hoofdstuk geven we meer informatie over de wetgeving, bespreken we wat drugs zijn en gaan we in op verschillende fasen van drugsgebruik. Ook bespreken we welke motieven er zijn om drugs te gebruiken en wat mogelijke risico's zijn bij het gebruik van drugs.

2.1 De wetgeving

Drugs komen op de Opiumlijst te staan als de risico's voor de volksgezondheid groot worden geacht. De Opiumlijst is onderdeel van de [Opiumwet](#), de wet die in Nederland het bezit, de productie en de handel van drugs wettelijk inkadert. Bezit, productie en handel zijn in Nederland strafbaar maar het gebruik van drugs is dat niet. Daarmee wordt de drempel voor gebruikers om hulp te vragen zo laag mogelijk gehouden.

De [overheid maakt onderscheid](#) tussen middelen die volgens haar een grote kans op gezondheidsschade met zich meebrengen (de 'harddrugs', op Lijst 1) en drugs waarbij die kans kleiner zou zijn (Lijst 2, 'softdrugs'). Cannabis (hasj en wiet) en lachgas staan op lijst 2. Via de [Aanwijzing Opiumwet](#) wordt onder strikte voorwaarden de verkoop van hasj en wiet via de coffeeshops gedoogd. Dit leidt tot een onduidelijke situatie omdat de productie van cannabis en de aanlevering aan coffeeshops wel verboden is. Daarom is het kabinet gestart met voorbereidingen voor het [Experiment gesloten coffeeshopketen](#).

2.2 Wat zijn drugs?

Drugs zijn stoffen met een psychoactieve werking; ze kunnen een stimulerende, verdovende of bewustzijnsveranderende werking hebben, of een combinatie hiervan. Deze werking heeft voor de gebruiker gewenste effecten, maar brengt ook ongewenste effecten en risico's met zich mee.

Drugs - Indeling naar werking

Er bestaan veel verschillende soorten drugs met elk hun eigen werking en risico's. Een algemeen vastgestelde indeling van drugs bestaat niet (EMCDDA, 2019). Een in Nederland veel gebruikte [classificatie naar werking](#) staat hieronder beschreven.

Stimulerend

Stimulerende middelen, ook wel uppers genoemd, geven de gebruiker een energiek en alert gevoel. De ademhaling en hartslag worden sneller, de bloeddruk gaat omhoog en de spierspanning neemt toe. Cocaïne en amfetamine (speed) bijvoorbeeld hebben deze werking maar ook koffie en tabak zijn stimulerend.

Verdovend

Bij verdovende middelen (downers) gaat het lichaam juist in de vertraging: ademhaling en hartslag gaan omlaag en spieren ontspannen. Deze middelen hebben een kalmerende werking, de gebruiker komt in een roes. Voorbeelden van drugs met deze werking zijn heroïne en andere opiaten, cannabis en GHB. Alcohol en slaapmiddelen hebben eveneens een verdovende werking.

Bewustzijnsveranderend

Drugs die het bewustzijn veranderen (trippers) maken dat de gebruiker de wereld anders waarneemt en beleeft dan normaal. Denk aan een veranderend tijdsbesef of het

door elkaar lopen van zintuigelijke sensaties. Ketamine, paddo's en LSD hebben een dergelijke werking.

Sommige middelen zijn te plaatsen in twee van de bovenstaande klassen. Ecstasy heeft bijvoorbeeld zowel een stimulerende als een bewustzijnsveranderende werking. Cannabis heeft naast een bewustzijnsveranderende ook een verdovende werking.

2.3 Fasen van gebruik

Bij het gebruik van drugs kunnen verschillende stadia of fasen onderscheiden worden, van experimenteren tot stoornis in gebruik (ook wel verslaving). Niet iedereen die met drugs begint zal alle stadia doorlopen, en de fasen volgen elkaar niet per se lineair op. Uit preventief oogpunt is het belangrijk in de aanpak rekening te houden met de stadia van gebruik: welke interventie werkt voor welk type gebruik, en hoe kun je voorkomen dat iemand naar een volgend stadium gaat. Zie Tabel 1 voor een overzicht van verschillende stadia van gebruik met bijbehorende omschrijving.

Tabel 1: verschillende stadia van gebruik met bijbehorende omschrijving

Stadium	Definitie / omschrijving
Experimenteel gebruik	Fase waarin het gebruik een eerste, enkele keer of af en toe plaatsvindt.
Recreatief gebruik	Drugsgebruik neemt toe maar blijft beperkt tot af en toe, bij bepaalde gelegenheden. Het gebruik heeft weinig tot geen invloed op andere levensgebieden.
Gewoontegebruik	Het wordt een gewoonte om met regelmaat, bijvoorbeeld elk weekend, en/of iedere keer bij bepaalde gelegenheden drugs te gebruiken. Een keer niet gebruiken wordt als gemis ervaren. Dit zijn signalen dat gebruik een probleem kan worden.
Problematisch gebruik	Het gebruik wordt problematisch als de gebruiker het gevoel heeft drugs nodig te hebben om zich beter of socialer te voelen of juist om minder te voelen en dingen te kunnen vergeten. Het gebruik wordt ook problematisch genoemd als het invloed begint te hebben op een of meer levensgebieden: school, studie, werk, sociale contacten, relaties, financiën.
Verslaving ('stoornis in het gebruik van een middel')	In deze fase is het gebruik de dominante factor in iemands leven. Hij of zij gebruikt meer dan gepland, gebruik en herstel nemen veel tijd in beslag, er is tolerantie voor de effecten, sociale relaties en andere levensgebieden worden verwaarloosd, er zit geen rem op het gebruik ongeacht de omstandigheden.

2.4 Waarom gebruiken jongeren en jongvolwassenen drugs?

Jongeren en jongvolwassenen gebruiken om verschillende redenen drugs. Deze redenen noemen we ook wel motieven voor gebruik. Voorbeelden van motieven om te *beginnen* met het gebruik van een middel zijn nieuwsgierigheid, verveling, zich af willen zetten, avontuur zoeken of bij een sociale groep willen horen.

Motieven om *door te gaan* met gebruik hebben meestal te maken met de verdovende, stimulerende of bewustzijns veranderende effecten die een middel geeft. Voorbeelden zijn:

- het benadrukken of vergroten van positieve effecten en gevoelens (“het geeft me een blij of gelukkig gevoel”);
- het vergroten van sociale samenhang, zoals samen met vrienden avonturen beleven;
- proberen om te gaan met negatieve emoties en gevoelens zoals depressie of angst (coping);
- voorkomen van sociale afwijzing (erbij horen);
- het bewustzijn uitbreiden, de openheid voor nieuwe ervaringen of creativiteit vergroten;
- het uithoudingsvermogen vergroten (‘door te kunnen halen’ tijdens het uitgaan, maar ook langer door te kunnen werken of studeren);
- het bereiken van bepaalde fysieke effecten, zoals afvallen of beter slapen;
- het effect van andere drugs beïnvloeden, bijvoorbeeld om te kunnen slapen na gebruik van stimulerende middelen of om alerter te zijn na gebruik van verdovende middelen.

Jongeren die gebruiken om negatieve prikkels of gevoelens te vermijden (coping) ontwikkelen eerder een gebruikspatroon dat problematisch is dan mensen die gebruiken om andere redenen. Bovendien weten we dat het vooral voor mensen met coping motieven lastiger is om te stoppen of minderen met gebruik (Peraza e.a. 2019; Moitra e.a., 2021).

Meer over motieven voor gebruik op basis van Nederlands onderzoek uitgevoerd door het Trimbos-instituut is te vinden in de [Persona studie](#), het [luchgasonderzoek onder niet-westerse jongeren](#), en de onderzoeken naar gebruikers van [3-mmc](#) en [cocaine](#).

2.5 Risico's van drugsgebruik

Het gebruik van drugs vergroot de risico's op lichamelijke, psychische, sociale en andere problemen. Maar het gebruik levert lang niet altijd problemen op. Of er problemen ontstaan en de grootte van de kans daarop (het risico) is afhankelijk van verschillende factoren. Het Drug, Set, Setting model (Zinnberg, 1984) biedt een kapstok om deze verschillende factoren te onderscheiden op basis van:

- 1) Drug: het middel dat gebruikt wordt;
- 2) Set: de persoon die het gebruikt;
- 3) Setting: de fysieke en sociale omgeving.

Deze drie factoren bepalen samen het risico op problemen. Het Drug, Set, Setting model verklaart waarom mensen zo'n uiteenlopende reacties kunnen hebben op hetzelfde middel.

Hieronder geven we per categorie een korte beschrijving en voorbeelden van factoren die de kans op problemen kunnen vergroten.

1. Drug

Dit gaat over de factoren die met de drugs zelf te maken hebben. Hierbij gaat het om de farmacologische eigenschappen en de werking van de drug zelf. Er zijn veel verschillende soorten drugs in omloop. Op de website www.drugsinfo.nl staat up-to-date informatie over de risico's die met specifieke drugs samengaan. Daarnaast gaat het ook over frequentie

van gebruik, dosering, zuiverheid van het middel en het [combineren van drugs](#). Dit laatste geeft extra kans op complicaties en onvoorspelbare gezondheidseffecten.

2. Set

De set gaat over de factoren die te maken hebben met de persoon die gebruikt. Denk aan persoonlijke risicofactoren zoals leeftijd, persoonlijkheidskenmerken en geslacht. Jongeren en jongvolwassenen lopen vanwege hun leeftijd een hoger risico op (problematisch) gebruik. Het brein is niet volgroeid en jongeren zijn gevoeliger voor sociale beïnvloeding (zie setting). In deze fase zijn zij ook op andere gebieden nog volop in ontwikkeling (denk aan: school en opleiding, vorming van identiteit en toekomstwensen). Deze ontwikkelingen kunnen in de knel komen door de gevolgen van drugsgebruik (Niesink en Van Laar, 2016). Daarnaast vergroten persoonlijkheidskenmerken zoals een hoge mate van impulsiviteit en sensatiezoeken de kans dat jongeren gaan gebruiken. Ten slotte gebruiken mannen vaker drugs dan vrouwen.

3. Setting

Dit gaat over factoren die met de omgeving te maken hebben. Het gaat onder meer over de sociale omgeving. Bijvoorbeeld met wie wordt er gebruikt, wie zijn de vrienden en hoe is de relatie met de ouders? Daarnaast gaat het ook over kenmerken in de fysieke omgeving zoals de omgeving waarin iemand gebruikt (drukke, hygiëne, temperatuur) alsmede de maatschappelijke omgeving (overheidsbeleid, toezicht, handhaving, toegang tot zorg).

3 Epidemiologie: cijfers en monitoring

Kennis over cijfers van gebruik in de algemene bevolking en onder bepaalde groepen (ook wel: epidemiologie) is een belangrijke basis voor effectief preventief drugsbeleid. In dit hoofdstuk leest u waarom. U vindt bovendien een overzicht van landelijke en lokale monitors waarin u gegevens over drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen kunt vinden.

De GGD is de organisatie die kan helpen bij het verzamelen en duiden van cijfers en andere data.

3.1 Het belang van epidemiologie voor drugsbeleid

Bij het ontwikkelen van drugsbeleid is het belangrijk zicht te krijgen op hoe vaak het gebruik van verschillende drugs voorkomt in de algemene bevolking, in groepen met bepaalde demografische kenmerken (denk aan: leeftijd, opleidingsachtergrond, stedelijkheid etc.) en kwetsbare groepen met een hoger risico op problematisch middelengebruik (zie hoofdstuk 4). Ook is het belangrijk om ontwikkelingen en trends in het gebruik van middelen in de gaten te houden. Neemt het gebruik van een middel over de afgelopen jaren (opeens) toe? Neemt het af? Of blijft het (onveranderd) hoog, ondanks beleid gericht op ontmoediging? Kennis over al deze zaken is van belang voor het opstellen, prioriteren, sturen en bijsturen van beleid.

Het drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen wordt in Nederland op verschillende manieren in kaart gebracht, op zowel landelijk als lokaal niveau.

Kader 1: wat cijfers o.a. kunnen laten zien

- Sommige drugs worden vaker gebruikt dan andere
- Drugsgebruik ligt hoger in bepaalde doelgroepen
- In sommige leeftijdscategorieën komt drugsgebruik vaker voor dan in andere leeftijdscategorieën

3.2 Landelijke monitors en onderzoek

Landelijke cijfers zijn, in tegenstelling tot wat soms gedacht wordt, ook informatief voor het opstellen van lokaal drugsbeleid. Lokale cijfers zijn niet altijd beschikbaar of niet altijd onder alle demografische groepen uitgevoerd. Daarnaast helpen landelijke cijfers bij de interpretatie van lokale cijfers. Het helpt bijvoorbeeld om te begrijpen of de lokale cijfers juist laag of hoog zijn.

Onderstaande monitors houden de landelijke cijfers over drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen bij:

- [HBSC \(Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland\)](#)
Een nationaal en vierjaarlijks onderzoek onder jongeren tussen de 12 en 16 jaar, waarin onder andere gevraagd wordt naar middelengebruik.
- [Het Peilstationsonderzoek](#)
Een landelijk onderzoek naar roken, drinken, drugsgebruik en internetgebruik onder scholieren van 10 tot en met 18 jaar. Het peilstationsonderzoek wordt elke vier jaar uitgevoerd.

- [Middelenmonitor MBO-HBO](#)
Een landelijk onderzoek onder jongeren van 16 tot en met 18 jaar op het MBO en HBO. De middelenmonitor MBO-HBO wordt gelijktijdig uitgevoerd met de scholierenstudies.
- [De Studentenmonitor](#)
De monitor wordt elke twee jaar herhaald en brengt de mentale gezondheid en middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs in kaart.
- [Landelijke Jeugdmonitor CBS](#)
Deze monitor brengt jaarlijks een overzicht van de leefsituatie van jongeren in Nederland. Er wordt ook naar middelengebruik gevraagd.
- [Het Grote Uitgaansonderzoek](#)
Deze monitor geeft inzicht in de laatste trends en ontwikkelingen in het uitgaansleven en middelengebruik. Dit onderzoek wordt vierjaarlijks uitgevoerd.
- [Monitor Drugsincidenten \(MDI\)](#)
Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute druggerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement.
- [Drugs Informatie en Monitoring Systeem \(DIMS\)](#)
Het DIMS verzamelt doorlopend gegevens over nieuwe drugs die op de markt verschijnen, maar ook over de kwaliteit en samenstelling van bekende middelen. Dat gebeurt op basis van door gebruikers ingeleverde monsters, die via een landelijk netwerk van twaalf instellingen voor verslavingszorg op 32 testlocaties in Nederland verzameld worden.
- [Antenne Nederland: regiomonitor drugs en risicjongeren](#)
Antenne is een methode om ontwikkelingen op de drugsmarkt en in middelengebruik te kunnen volgen en nieuwe trends waar te nemen.
- [Explore](#)
Het Explore-onderzoek is een landelijk onderzoek naar roken, drinken en drugsgebruik onder jongeren in het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs (VSO), de residentiële jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen (JJI's).
- [Nationale Drug Monitor \(NDM\)](#)
De gebundelde resultaten van al deze monitors worden beschreven en samengevat in de Nationale Drug Monitor (NDM). Deze monitor vat niet alleen de belangrijkste onderzoeksresultaten met betrekking tot drugs (en tabak en alcohol) samen, maar geeft ook inzicht in de belangrijkste wets- en beleidswijzigingen, trends en ontwikkelingen op het gebied van veiligheid, zorg en behandeling in relatie tot middelengebruik. Sinds 2021 zijn de NDM gegevens digitaal in te zien via de [website van de NDM](#). De site wordt voortdurend geüpdatet, zodat er altijd de meest recente cijfers te vinden zijn.

3.3 Lokale monitors en onderzoek

De lokale gegevensverzameling is belangrijk om zicht te krijgen op ontwikkelingen die zich in de gemeente voordoen. Wat zich landelijk afspeelt, hoeft niet op te gaan voor de lokale situatie en andersom. De onderstaande monitors en onderzoek kunnen helpen om zicht te krijgen op de aard en omvang van lokaal drugsgebruik.

- [GGD Gezondheidsmonitor](#)
Deze monitor kent twee versies: de Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen (18 jaar en ouder) en de Gezondheidsmonitor Jeugd (middelbare scholieren). Beide monitors verzamelen elke vier jaar gegevens over gezondheid en leefstijl. De

volwassenen monitor vraagt naar alcohol- en tabaksgebruik, de jeugd monitor vraagt daarnaast ook naar drugsgebruik.

- [Trendonderzoek Antenne](#)
Deze monitor beschrijft elk jaar op basis van zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens trends in middelengebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek (sinds 2017).
- [Rioolwateronderzoek](#)
Deze relatief nieuwe methode werkt via het analyseren van monsters uit rioolwater in een bepaalde tijdsperiode (vaak een week) en binnen een geografisch gebied (bijv. een gemeente of deel van een gemeente). Het KWR voert de rioolwater analyses uit en levert een rapportage op. Gemeenten kunnen het KWR opdracht geven tot het doen van een rioolwateronderzoek. Er zitten [voor- en nadelen aan deze methode](#). Resultaten uit de bevolkingsonderzoeken, kennis over de lokale situatie en de rioolwateranalyses kunnen elkaar goed aanvullen.
- *Registratiesystemen van samenwerkingspartners en stakeholders*
Denk bijvoorbeeld aan de (geanonimiseerde) registraties die door de politie worden bijgehouden en die inzicht geven in drugscriminaliteit en drugsoverlast. Maar ook de instellingen voor GGZ en IVZ, jongerenwerk en maatschappelijke opvang houden eigen registraties bij.
- *Interviews met lokale stakeholders*
Een kwalitatieve verkenning van de situatie in de gemeente geeft context bij de gevonden cijfers. Gesprekken met lokale stakeholders geven een goed beeld van hun inzichten in gebruik en problematiek en ideeën en activiteiten op het gebied van preventie.
- [De Scanner Lokaal Drugsbeleid \(hierna Scanner\)](#)
Dit is een beleids- / onderzoeksinstrument dat door het Trimbos-instituut is ontwikkeld op basis van de RAR-methodiek (Rapid Assessment and Response). Met de Scanner wordt in korte tijd een beeld verkregen van de aard, omvang en aanpak van lokale drugsproblematiek. In het onderzoeksproces worden stakeholders betrokken om na te denken over mogelijke oplossingsrichtingen en hoe deze bereikt kunnen worden. De Scanner is niet alleen een onderzoeksinstrument, maar ook een manier om inzicht te krijgen in het lokale preventiepotentieel, draagvlak te creëren voor eventuele (beleids)maatregelen, verbindingen te leggen tussen betrokken partijen en partijen te helpen met het nemen van vervolgstappen na afronding van het onderzoek.

4 Drugspreventie

Drugspreventie heeft als doel het voorkomen of uitstellen van (eerste) gebruik van drugs. Daarnaast wordt drugspreventie ingezet om problematisch drugsgebruik en verslaving te voorkomen. Tot slot is voorkomen van sociale- en gezondheidsproblemen bij mensen die drugs gebruiken een belangrijk doel van drugspreventie. Er zijn dus verschillende mogelijke doelen van preventie die ook naast elkaar kunnen bestaan.

Dit hoofdstuk introduceert de belangrijkste begrippen die nodig zijn om preventief drugsbeleid vorm te geven. Deze begrippen vormen belangrijke achtergrondinformatie die nodig is voor het ontwikkelen van efficiënt en effectief in te zetten beleid.

De GGD en de instelling voor verslavingszorg zijn organisaties die de gemeente kunnen adviseren over effectieve drugspreventie.

4.1 *Risico- en beschermende factoren*

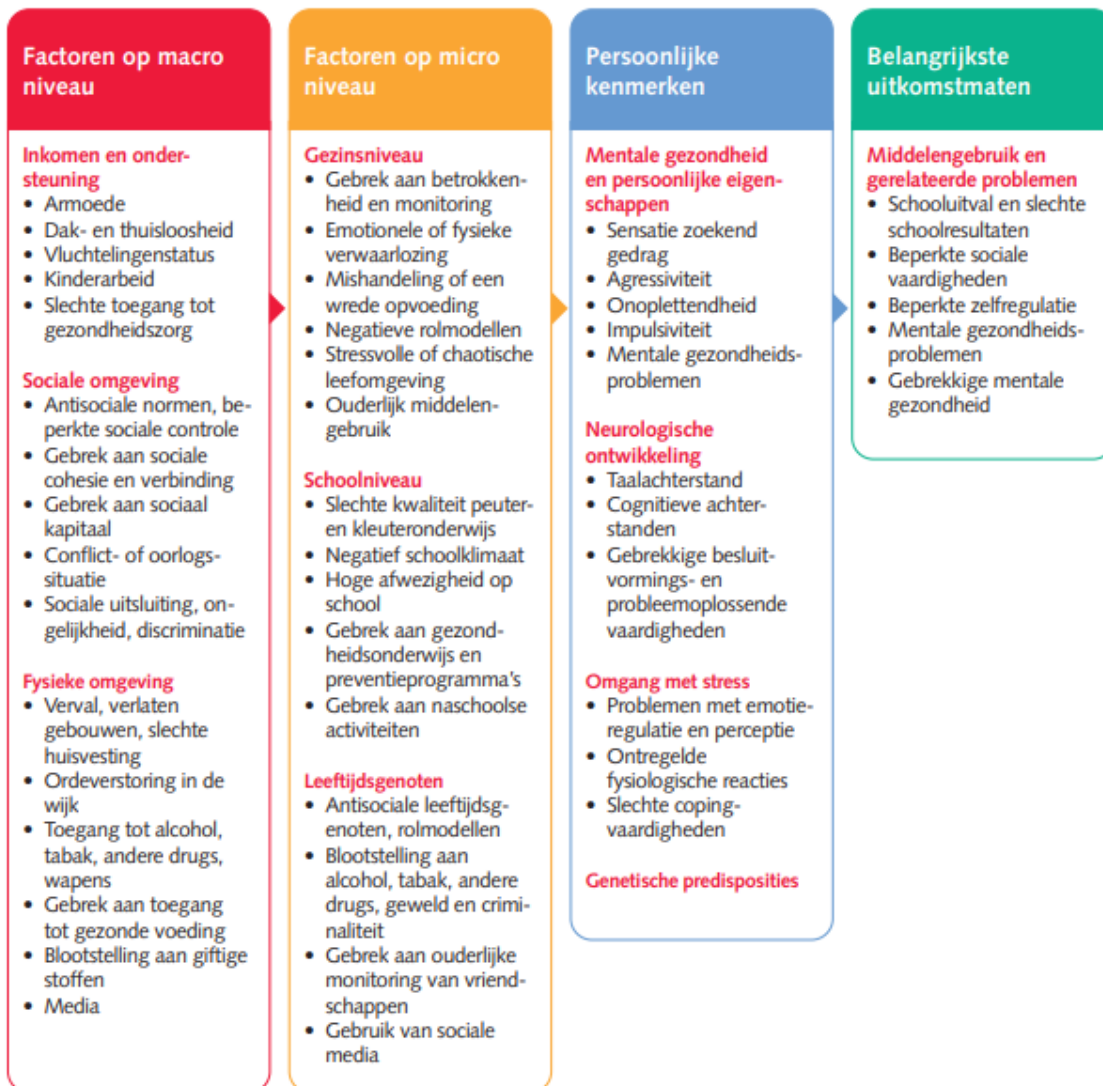
Wat maakt dat de ene jongere niet in de problemen komt met middelengebruik en een ander wel? Problemen kunnen eerder ontstaan wanneer de balans tussen risicofactoren en beschermende factoren er niet (meer) is.

Risicofactoren vergroten de kans om te beginnen met gebruik, of om problemen te krijgen door gebruik. Beschermende factoren verkleinen de kans om te beginnen met gebruik, of om problemen door gebruik te krijgen. Beschermende factoren verkleinen de invloed van risicofactoren.

Risico- en beschermende factoren kunnen bestaan op verschillende niveaus zoals op persoonlijk niveau, of op het gezins- en omgevingsniveau. In drugspreventie beoogt men de risicofactoren te verkleinen en/of de beschermende factoren te versterken. In de figuur hieronder staan risicofactoren op macro- en microniveau en risicofactoren met betrekking tot persoonlijkheidskenmerken.

Inzicht in de risico- en beschermende factoren die op lokaal niveau op de voorgrond staan bieden belangrijk aanknopingspunten voor het drugspreventiebeleid. Deze factoren zullen in praktijk zich veelal op het macroniveau bevinden.

Figuur 1: Risico- en beschermende factoren op verschillende niveaus



Bron: EMCD, 2019; [de Jonge, 2022](#).

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

- Voor individuen: gebalanceerd temperament, zelfregulering;
- Voor gezinnen of verzorgers: hechting met verzorgers, betrokkenheid van verzorgers bij het kind;
- Voor scholen: in de lessen aandacht voor sociale vaardigheden, een veilig schoolklimaat, aanwezigheid van deskundige docenten, duidelijke afspraken rond tabak, alcohol en drugsgebruik rond school.
- Voor gemeenschappen: een veilige, schone leefomgeving (op wijkniveau), beschikbare zorgstructuur, positieve samenlevingsnormen (EMCDDA, 2019), duidelijke regelgeving over prijs en beschikbaarheid (dat is in veel mindere mate mogelijk voor drugs dan voor alcohol en tabak).

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

4.2 Doelgroepen

Een doelgroep is de groep waar een preventieve activiteit zich op richt. Deze kan bestaan uit individuen, huishoudens, organisaties, gemeenschappen, settingen en andere groepen. Een doelgroep kan groot zijn (alle jongeren onder de 18 jaar) of klein (alle jongeren die in de 3^{de} klas van het praktijkonderwijs zitten). Zolang ze maar duidelijk geïdentificeerd kunnen worden. Er zijn daarentegen ook activiteiten die zich niet direct richten op de leden van een doelgroep zelf. Hier hebben we het over 'intermediaire doelgroepen'. Denk aan naasten, familie, leraren (EMCDDA, 2019; EPQDS, 2011). Preventiestrategieën en interventies werken het best als vooraf is nagedacht over de doelgroep: wie zijn het, wat is hun situatie, hoe bereiken we ze en wat hebben ze nodig?

4.2.1 Kwetsbare groepen

Kwetsbare groepen hebben een grotere kans op problemen door middelengebruik. Dit komt door een opeenstapeling van risicofactoren in de *omgeving*, vaak in wisselwerking met persoonlijke kenmerken. Denk aan het opgroeien of werken in een omgeving met veel stress of waar alcohol- of drugsgebruik veel voorkomt of aan het verblijf in de residentiële jeugdhulp. Hierdoor leidt het gebruik bij sommige groepen tot een grotere kans op gezondheidsschade, problemen bij het afronden van een opleiding of het vinden van een baan.

Het Trimbos-instituut doet onderzoek naar kwetsbare groepen voor alcohol- en drugspreventie. Zie hieronder een overzicht van 10 kwetsbare doelgroepen (zie kader 2). Daarnaast ontwikkelt ze een interactieve pdf 'Kwetsbare groepen voor middelenpreventie'. Deze pdf geeft inzicht en houvast bij het meer systematisch vormgeven van middelenpreventie voor kwetsbare groepen. Deze zal einde 2023 landelijk beschikbaar komen voor alle gemeenten.

Kader 2: Overzicht van kwetsbare doelgroepen voor alcohol- en drugspreventie

Kwetsbare groep
Mensen met minder welvaart, een lager opleidingsniveau en minder arbeidsdeelname
Mensen die verblijven in instellingen
Dak- en thuislozen
Spijbeloers, thuiszitters en voortijdig schoolverlaters
Leerlingen in het speciaal onderwijs (cluster-4)
Mensen die in aanraking komen met politie of justitie
Kinderen van ouders met psychische problemen of een verslaving
Mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)
Mensen met psychische problemen
Mensen die werken onder zware arbeidsomstandigheden (o.a. stress, onregelmatige diensten)

4.2.2 Risicogroepen

Bij risicogroepen gaat het over de aanwezigheid van een *specifieke factor* die een verhoogd risico geeft op (problematisch) gebruik en/of gezondheidsschade. Denk bijvoorbeeld aan mensen die uitgaan, of jongeren. Jongeren zijn een risicogroep vanwege hun jonge leeftijd. Kwetsbare groepen kunnen overlappen met risicogroepen.

4.3 Settings voor preventie

Doelgroepen voor drugspreventie zijn vindbaar in verschillende settings; dit zijn vaak ook settings waarin preventie kan plaatsvinden. De belangrijkste settings waarbinnen drugspreventie wordt uitgevoerd zijn:

- in het gezin/de thuissituatie;
- op scholen;
- op het werk;
- in de gemeenschap;
- in de fysieke omgeving;
- via (sociale) media.

Drugspreventie is het meest effectief als er vanuit meerdere settings tegelijk wordt ingezet. Zie *hoofdstuk 5* voor een bespreking van 'wat werkt' voor de verschillende settings.

4.4 Niveaus van drugspreventie

We kunnen vier niveaus van preventie onderscheiden: universeel, selectief, geïndiceerd en zorggerelateerde preventie.

Geïndiceerde preventie

4.4.1 Universele preventie

Universele preventie richt zich op een brede doelgroep, ongeacht de aanwezigheid van eventuele risicofactoren voor (problematisch) gebruik in deze groep. Ook wordt geen rekening gehouden met óf er sprake is van gebruik bij de ontvangers van de interventie. Een alcohol- en drugsbeleid op school is een voorbeeld van universele preventie, maar een beleidsmaatregel zoals het afstandscriterium voor coffeeshops ook.

4.4.2 Selectieve preventie

Selectieve preventie is bedoeld voor groepen waarvan we weten dat er een verhoogd risico is op (problematisch) gebruik. Groepen die voldoen aan één of meerdere risicofactoren voor risicogedrag komen hiervoor in aanmerking (zie hoofdstuk 4.2, figuur 1). Bijvoorbeeld jongeren die opgroeien in bepaalde wijken, een problematische thuissituatie hebben of die regelmatig in contact komen met drugs.

4.4.3 Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die op individueel niveau te maken hebben met één of meerdere risicofactoren voor risicogedrag, zoals (problematisch) gebruik (zie hoofdstuk 4.2, figuur 1). Bijvoorbeeld omdat ze problemen hebben met emotieregulatie, omdat ze opgroeien in een gezin met negatieve rolmodellen, een ouder met drugsproblematiek of omdat ze zelf al (problematisch) drugs gebruiken.

4.4.4 Zorggerelateerde preventie

Zorggerelateerde preventie richt zich op mensen met een middelenverslaving of andere gezondheidsklachten als gevolg van middelengebruik en heeft als doel om de ziektelast te beperken en verdere problematiek te voorkomen. Behandeling van verslaving en harm-reduction activiteiten vallen onder deze vorm van preventie.

Harm-reduction heeft als voornaamste doel het beperken van (gezondheids)schade voor de persoon die gebruikt en diens (sociale) omgeving. Uitgangspunt hierbij is acceptatie van het gebruik, omdat het in de eerste plaats van belang is dat de persoon die gebruikt zo min mogelijke (sociale of fysieke) schade oploopt als gevolg van het gebruik.

Traditionele harm-reduction is bedoeld voor meer gemarginaliseerde gebruikers van drugs. Het gaat dan om voorzieningen zoals gebruiksruidten en veiliger gebruiksmethoden. Harm-reduction voor mensen die recreatief gebruiken bestaat bijvoorbeeld uit het geven van voorlichting en het testen van drugs om de risico's van het gebruik te verminderen.

4.5 Interventies

Interventies zijn een belangrijk onderdeel van preventie. Een interventie is een strategie gericht op een specifiek gedragsdoel bij de einddoelgroep (bijvoorbeeld het niet beginnen met het gebruik van drugs of het minderen en stoppen met het gebruik van drugs). Interventies die zijn ontworpen in het kader van drugspreventie richten zich op het afnemen van (de impact van) risicofactoren en/of versterken van beschermende factoren.

Het is belangrijk gebruik te maken van interventies waarvan de effectiviteit bewezen is of waaraan ten minste een theorie van gedragsverandering ten grondslag ligt. Effectieve en veelbelovende interventies zijn terug te vinden in de [interventiedatabase](#) van het Centrum Gezond Leven. De [Xchange Prevention Registry](#) en de [Healthy Nightlife toolbox](#) van het EMCDDA zijn internationale databanken met erkende interventies.

Veel soorten interventies zoals beleidsmaatregelen, deskundigheidsbevordering en omgevingsinterventies staan niet in deze databanken. Maar het is belangrijk dat dit soort interventies niet uit het oog verloren worden. Ze kunnen heel effectief zijn en zijn vaak een onmisbaar onderdeel van een integrale aanpak. Sommige doelgroepen, zoals veel van de kwetsbare doelgroepen, profiteren juist meer van beleidsmaatregelen en omgevingsinterventies dan van individuele interventies.

4.6 Samenwerkingspartners voor drugspreventie

Er zijn elf publieke regionale verslavingszorginstellingen in Nederland met elk een preventieafdeling. Preventiewerkers bij regionale instellingen voor verslavingszorg (IVZ's) en GGD hebben onder andere een adviesrol bij het vormgeven van lokaal drugsbeleid, zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van (kortdurende) interventies en behandeltrajecten van een client. Hieronder valt ook het verschaffen van informatie over gezondheidsrisico's van middelengebruik middels websites, landelijke chat en flyers. Daarnaast dragen zij bij aan de deskundigheidsbevordering van professionals, en bevorderen ze vroegsignalering van (problematisch) gebruik en kunnen ze mensen verwijzen naar andere instanties.

Op lokaal niveau zijn er ook andere partners bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van drugspreventie betrokken. Hieronder vindt u een aantal van deze partijen. U vindt [hier](#) een uitgebreider overzicht van de lokale stakeholders drugspreventie.

- Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en) beschermen, bewaken en bevorderen de gezondheid van de bevolking. Zij hebben daartoe een aantal (wettelijke)

taken op het gebied van jeugdgezondheidszorg, gezondheidsmonitoren en gezondheidsbevordering.)

- Professionals werkzaam in de eerstelijns gezondheidszorg (zoals huisartsen), in het onderwijs (zoals mentoren en studentdecanen) en in het sociaal domein (zoals jongerenwerkers)
- Politie (met name lokale politie verantwoordelijk openbare orde en veiligheid en boa's die verantwoordelijk zijn voor controle op de alcoholwetgeving)
- Leerkrachten en onderwijsondersteuners op scholen en universiteiten
- De coffeeshopbranche
- Belangenverenigingen die zich inzetten voor voorlichting (soms op scholen)

Deel 2:

“Wat werkt?”

5 Effectieve Drugspreventie

In dit hoofdstuk zetten we de (internationale) inzichten rond effectieve drugspreventie op een rij. Daarnaast geven we waar mogelijk voorbeelden van Nederlandse interventies die aansluiten bij de bevindingen uit de literatuur. Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van *wat werkt*. In de daaropvolgende paragrafen bespreken we wat bekend is over *wat werkt* per setting (domein) aangevuld met de effectieve interventies die bekend zijn.

Kader 1: Methodische verantwoording bij *wat werkt*?

Voor de beschrijvingen van wat werkt is zoveel mogelijk gebruikt gemaakt van het [Europees Preventie Curriculum](#) en de [internationale preventiestandaarden](#) van de UNODC. Daar waar relevant vullen we aan met inzichten uit meta-analyses en review artikelen die gepubliceerd zijn na het uitkomen van de standaarden en rapportages van het Trimbos-instituut en [Verslavingskunde Nederland](#).

We maken de vertaalslag naar de Nederlandse situatie door elk domein aan te vullen met de erkende interventies die in Nederland worden uitgevoerd. We maken hiervoor gebruik van de interventieoverzichten van het [Loket Gezond Leven](#) en het [Nederlands Jeugdinstituut](#) te raadplegen en het informatie-instrument van Verslavingskunde Nederland.

5.1 Integrale aanpak

Een aanpak die integraal is, is het meest effectief in de aanpak van gezondheidsproblemen in het algemeen, inclusief de preventie van drugsgebruik. Integraal betekent dat er verschillende maatregelen en interventies in samenhang worden aangeboden voor verschillende doelgroepen en hun omgeving.

Dus niet alléén voorlichting aan leerlingen, maar in combinatie met voorlichting voor ouders, beleidsondersteuning voor de school, aanpak om dealen tegen te gaan, deskundigheidsbevordering van docenten om beginnend middelengebruik te signaleren en een goede verwijsketen.

U kunt integraal werken door in te zetten op meerdere van onderstaande onderdelen.

- 1) Voorlichting
- 2) (Vroeg) signalering
- 3) Deskundigheidsbevordering en training van professionals
- 4) Regelgeving, toezicht en handhaving
- 5) Beleid
- 6) Fysieke omgeving

Daarnaast zijn er preventieprogramma's in verschillende settings die integraal zijn ingestoken. Voorbeelden zijn het programma Open & Alert voor jeugdzorg-instellingen, Helder op School voor middelbare scholen en Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid (ADM-beleid) voor bedrijven en organisaties, handreiking lachgas, Alcohol en drugs op evenementen.

5.2 Setting: Het gezin (ouders/opvoeders)

Het gezin is een belangrijke context voor ontwikkeling. Als een gezin slecht functioneert, lopen kinderen meer risico op problemen. Als gezinnen goed functioneren, wordt de kans op problemen kleiner (EMCDDA, 2019). Het begrip 'gezin' wordt in de preventiecontext breed opgevat: het tweeouder gezin, eenouder gezinnen en samengestelde gezinnen. Drugspreventie in het gezin richt zich op het versterken van beschermende factoren binnen het gezin. Door opvoedvaardigheden van ouders positief te beïnvloeden wordt de kans op de ontwikkeling van probleemgedrag kleiner.

Goede (middelen)preventie begint al met ondersteuning voor ouders vanaf de zwangerschap. Vaak wordt gedacht dat daar in de puberteit pas mee begonnen wordt. De basis voor beschermende factoren zoals de relatie, disciplineren en voorbeeldgedrag begint al veel vroeger (en het is voor ouders heel moeilijk als ze dat juist in de puberteit moeten bijstellen).

Wat werkt?

Effectieve elementen in gezinsinterventies die geassocieerd zijn met werkzaamheid zijn (UNODC, 2018):

- Verbetering van ouder-kind relatie;
- Ondersteuning van ouders door te laten zien hoe ze een meer actieve rol kunnen hebben in het leven van hun kind. Denk aan betrokkenheid bij hun activiteiten, vriendschappen en betrokkenheid bij het leren en onderwijs;
- Laten zien hoe ouders hun kind discipline bij kunnen brengen, rekening houdend met de ontwikkelings- en leeftijdsfase van het kind;
- Laten zien hoe ouders een rolmodel kunnen zijn voor hun kinderen;
- Makkelijk voor ouders om eraan deel te nemen (denk aan tijdstip, locatie, vervoer, kosten, eventuele maaltijd of oppas);
- Een serie van meerdere bijeenkomsten (ongeveer 10);
- Activiteiten voor het hele gezin (ouders en kinderen);
- Getrainde uitvoerders (zonder formele kwalificatie).

Tabel 2: Erkende en niet-erkende interventies voor de gezinssetting in Nederland

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als	Niveau
Help, mijn kind kan niet zonder	Programma gericht op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van ouders met als doel het verminderen van opvoedstress	Ouders van jongeren 12-23 jaar met problematisch middelengebruik, ongeacht of het kind hiervoor in behandeling is	Goed onderbouwd	I
Voorzorg	Verpleegkundigen bezoeken kwetsbare jonge aanstaande moeders tijdens hun zwangerschap en de eerste levensjaren van hun kind	Moeders van kinderen van 9 maanden tot 2 jaar met een opeenstapeling van risicofactoren	Effectief volgens goede aanwijzingen	S
Family check-up	Laagdrempelige kortdurende interventie waarin	Gezinnen in een lage sociale economische positie	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S

	opvoedondersteuning wordt gegeven aan gezinnen in een lage sociale economische positie (SEP)			
Psycho-educatieve gezinsinterventie 'Kopp'		Kinderen met een of meer ouders met psychische problemen of kinderen van verslavingsproblemen	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S
KopOpOuders	Website voor KOPP/KOV-ouders waar ze een anonieme online groepscursus kunnen volgen of een zelfhulpinterventie	ouders met psychische en/of verslavingsproblemen	Goed onderbouwd	S
Online cursus 'KopStoring'		Kinderen met een of meer ouders met psychische problemen of kinderen van verslavingsproblemen	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S
'Billy Boem'		Kinderen met een of meer ouders met psychische problemen of kinderen van verslavingsproblemen	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S
Piep zei de muis		Kinderen met een of meer ouders met psychische problemen of kinderen van verslavingsproblemen	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S
Helderopvoeden	Psychoeducatie middels webpagina, flyers en sociale media	Ouders van jongeren	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	U / HR
Triple P	Verschillende aanbidsvormen: een individueel begeleidingstraject en een groepsinterventie.	Jeugdigen van 2 tot 16 jaar met milde tot ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. De intermediaire doelgroep bestaat uit ouders behoefte hebben aan een training in opvoedingsvaardigheden	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit.	S/I

U= universele preventie, S = selectieve preventie, I = geïndiceerde preventie, HR = harm-reduction

Reflectie

De meeste van bovenstaande interventies zijn selectief. Dat betekent dat ze gericht zijn op gezinnen die als kwetsbaar aangemerkt kunnen worden. In het algemeen is er helaas nog weinig wetenschappelijke onderbouwing over de effectiviteit van interventies voor ouders. Trimbos-instituut en VKN werken samen aan een dekkend aanbod van samenhangende interventies waarbij ouders worden toegeleid naar het aanbod dat het beste past bij hun situatie en behoefte.

5.3 Setting: Voortgezet onderwijs

Naast het gezin is het voortgezet onderwijs een belangrijke vind- en uitvoeringsplek voor drugspreventie voor jongeren in de leeftijd tussen 12-18 jaar (afhankelijk van het type onderwijs). Een belangrijk voordeel van preventie op school is dat het mogelijk is om veel kinderen tegelijk te bereiken (EMCDDA, 2019). En niet alleen de jongeren in hoog-risicogroepen of kwetsbare groepen.

Wat werkt?

In het algemeen geldt dat effectieve schoolinterventies bestaan uit meerdere componenten, zoals lesprogramma's voor leerlingen, ouderavonden, deskundigheidsbevordering voor docenten en een helder schoolbeleid rond risicogedrag en gezond gedrag.

In de [Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs](#) is per leeftijdscategorie en schooltype opgenomen welke elementen effectief zijn en welke vermeden kunnen worden. Hieronder geven we de belangrijkste punten weer van wat werkt.

Op het gebied van **universele preventie**:

- Voorlichting aan leerlingen over blowen gericht op sociale norm (12/13 jaar)
- Voorlichting aan leerlingen (13 t/m 16 jaar)
- Versterken zelfcontrole van leerlingen/studenten (16 t/m 18 jaar)
- Voorlichting aan ouders over drugs (13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Opvoedondersteuning aan ouders (13 t/m 16 jaar)
- Beleidsadviezen voor de school (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- (vroeg) Signalering en begeleiding (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Informatiebrochures en websites gericht op ouders (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar)
- Deskundigheidsbevordering docenten (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Aansluiten bij buurt- wijkteam (13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18).

Op het gebied van **selectieve en geïndiceerde preventie** (we noemen hier alleen de activiteiten waar extra opgezet kan worden bovenop de activiteiten onder universele preventie).

- Individuele aanpak gericht op leerlingen met een hoog-risico profiel (12/ 13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Ondersteuning op maat gericht op ouders en opvoeders (13 t/m 16 jaar)
- Doorverwijzen KOPP/KVO (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar)
- Outreachende werkers inzetten op de scholen (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Motiverende gespreksvoering (16 t/m 18 jaar).

Tabel 3: Erkende en niet-erkende interventies voor de schoolsetting in Nederland

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als	Niveau
Samen Fris (onderdeel van Helder op school)	Lessenserie met aanvullende informatie voor ouders. Doel is bewustwording van de risico's van middelengebruik om houding en de ervaren sociale norm t.o.v. middelengebruik te beïnvloeden. Voor ouders is het doel om hen te stimuleren om het gesprek met hun kind over middelen gebruik aan te gaan en duidelijke afspraken te maken.	Leerlingen uit het tweede en derde leerjaar (13-15 jaar) van het regulier voortgezet onderwijs en hun ouders/verzorgers. Er is een variant voor vmob kader/basis, vmbo gl/tl) en een theoretische variant vmo gl/tl, havo, vwo	Goed onderbouwd	U
Be wise, think twice (onderdeel van Helder op School)	Lessenserie met als doel bewustwording van de risico's van middelengebruik en daarmee de houding van scholieren tov van middelengebruik op een gunstige manier te beïnvloeden.	Leerlingen uit de eerste twee klassen (12 t/m 14 jaar) van het cluster 4 VSO	Goed onderbouwd	S
Frisse Start (onderdeel van Helder op school)	Docententraining en lesprogramma inclusief ouderavond. Voorkomen dat jongeren gaan blowen en roken en het moment waarop jongeren beginnen met alcoholgebruik zo lang mogelijk uit te stellen	Leerlingen in de brugklas op het VO	Goed onderbouwd	U
Samen slagen	Integrale aanpak die bestaat uit een voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatiefase in samenwerking met een externe partij zoals verslavingszorg en politie.	Leerlingen 12-18 van het VSO cluster 4, of praktijkonderwijs.	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S
ROC aanvalsplan	Integrale aanpak die bestaat uit een voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatiefase in samenwerking met een externe partij zoals verslavingszorg en politie.	Leerlingen 12-18 op het MBO	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	U/S

U= universele preventie, S = selectieve preventie, I = geïndiceerde preventie, HR = harm-reduction

Helder op school

Helder op School is een integrale aanpak om leerlingen of studenten bewust te maken van de gevolgen en hen te stimuleren niet te roken of drinken, geen drugs te gebruiken en niet te veel te gamen. Daarnaast horen ook een goed zorg- en begeleidingssysteem, een duidelijk schoolbeleid en het informeren en betrekken van ouders bij de aanpak. Hierdoor wordt gewerkt aan meerdere determinanten voor het ontwikkelen van problemen met het gebruik van o.a. drugs en alcohol. Helder op School richt zich op het hele onderwijs (van primair onderwijs tot MBO) en heeft verschillende modules voor verschillende doelgroepen. Helder op School is een onderdeel van de Gezonde School, het landelijk initiatief voor verbetering van gezondheid op scholen op verschillende leefstijlthema's.

Meer informatie is te vinden op de [site van Helder op School](#).

Wat werkt niet?

In de voorgenoemde richtlijnen verslavingspreventie worden ook activiteiten genoemd die beter zijn om niet te doen. Deze activiteiten werken niet of kunnen in sommige gevallen schadelijk zijn. In het voorgenoemde Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs (Lammers e.a. 2019) staan onderstaande activiteiten genoemd als "Niet Doen".

- Peer-educatie (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar)
- Inzetten van politie (12/13 jaar)
- Weerbaar maken tegen sociale beïnvloeding (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Waarschuwende benadering (12/13 jaar, 13 t/m 16 jaar, 16 t/m 18 jaar)
- Klassikale voorlichting over lachgas (13 t/m 16 jaar).

Naar de inzet van ervaringsdeskundigen in de klas is weinig onderzoek gedaan en het is onduidelijk of het inzetten van een ervaringsdeskundige voor de klas werkzaam is in het voorkomen van drugsgebruik onder leerlingen. Het is daarom belangrijk dat er kritisch gekeken wordt naar wie de ervaringsdeskundige is en hoe en wat deze vertelt. De ene ervaringsdeskundige heeft niet dezelfde expertise en vaardigheden als de andere. Simpelweg een jongere met negatieve drugservaringen en een waarschuwend boodschap voor de klas plaatsen zal niet leiden tot minder drugsgebruik. Het is belangrijk dat een ervaringsdeskundige dichtbij de doelgroep staat qua leeftijd en achtergrond, de doelgroep moet de boodschap van de ervaringsdeskundige op zichzelf kunnen betrekken en de boodschap moet niet te waarschuwend zijn en een duidelijk handelingsperspectief bieden. Ook is het belangrijk dat een ervaringsdeskundige niet als een eenmalige losse activiteit worden ingezet (Lammers e.a., 2021). Streef altijd naar een integrale preventieaanpak op het voortgezet onderwijs.

Reflectie

Ondanks het zicht hebben op algemene principes van wat werkt of niet werkt in het voortgezet onderwijs, zijn de effecten van evidence-based interventies klein en is het ook vaak niet duidelijk wat de effecten van schoolinterventies op het gebruik van drugs zijn. Dragen ze bij aan voorkomen of uitstel van drugsgebruik? Wat zeker is dat het hebben van een

integraal schoolbeleid de kansen vergroot dat preventie in het voortgezet onderwijs werkzame effecten gaat hebben.

Daarnaast is het belangrijk om te realiseren dat implementatie van interventie in scholen een belangrijk aandachtspunt is. Overbelasting van leerkrachten (gebrek aan tijd om een curriculum te leren en implementeren) is de belangrijkste belemmering voor implementatie van drugspreventie in het onderwijs (Tancred e.a., 2019).

5.4 Setting: Hoger onderwijs

Jongvolwassenheid (18-25 jaar) is een tijd van veranderingen. Veel jongvolwassenen beginnen met studeren en starten een nieuw leven op een nieuwe plek. Ze verhuizen naar een andere stad, krijgen meer verantwoordelijkheden en is er minder ouderlijk toezicht. Ze kunnen makkelijker in aanraking komen met drugs. Het gebruik van alcohol en drugs wordt tijdens deze fase normaler gevonden door henzelf en hun medestudenten (Nijkamp e.a., 2021).

Wat werkt?

Net zoals in het voortgezet onderwijs, blijken een aantal elementen belangrijk voor effectieve drugspreventie in het hoger onderwijs. Ook hier is een integrale aanpak bestaande uit meerdere elementen het meest effectief. Denk aan:

- een positief schoolklimaat;
- een duidelijk beleid dat gesteund wordt door het management;
- deskundigheidsbevordering onder studentbegeleiders;
- toegankelijke *interventies* op selectief en geïndiceerd niveau.

In een [verkenning naar effectief alcoholbeleid](#) op het hoger onderwijs en de [handreiking 'De \(studenten\)tijd van je leven!'](#) voor gemeenten wordt aandacht geschonken aan preventie van alcoholgebruik in het hoger-onderwijs. De handreiking voor gemeenten richt zich op lokale samenwerking bij de preventie van riskant alcoholgebruik bij studenten in het hoger onderwijs. Er worden handvatten en hulpmiddelen beschreven om als gemeente samen te werken met het hoger onderwijs en andere lokale partners. De handreiking wordt in 2023 geactualiseerd door het thema drugs op te nemen.

Het advies is om expliciet aandacht te besteden aan de volgende kernthema's:

- Monitoring van middelengebruik onder studenten;
- Middelenbeleid op de onderwijsinstellingen en bij studentenverenigingen;
- Middelenpreventie en zorg;
- Duurzame samenwerking tussen lokale partners.

Tabel 4: Erkende en niet-erkende interventies voor het hoger onderwijs in Nederland

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als	Niveau
Website studerende kinderen	Informatie gericht op ouders 1 ^{ste} jaar studenten, onderdeel van helder opvoeden	Ouders startende studenten	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	U

Training deskundigheidsbevordering voor studentenbegeleiders	Specifiek training, gebaseerd op de training training Signaleren en bespreekbaar maken	Studentenbegeleiders	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	U
---	--	----------------------	--	---

U= universele preventie, S = selectieve preventie, I = geïndiceerde preventie, HR = harm-reduction

Binnen een integraal drugspreventiebeleid is het hebben van interventies op geïndiceerd niveau belangrijk. Dit zijn vaak kortdurende preventieve interventies die onder begeleiding van een preventiewerker of zelfstandig online uitgevoerd kunnen worden.

Voorbeelden van dergelijke interventies staan hieronder in Tabel 5.

Tabel 5: Geïndiceerde interventies die geschikt zijn om in te zetten bij jongvolwassenen

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als	Niveau
Moti-4	Laagdrempelig traject van een aantal individuele gesprekken voor jongeren die in de problemen dreigen te raken door middelengebruik, gokken of gamen. Combinatie van verschillende gesprekstechnieken, waaronder motiverende gespreksvoering. Een deel van de interventie richt zich ook op ouders.	Jongeren van 14-24 jaar met beginnend problematisch middelengebruik (of die overmatig gokken en gamen).	Goede aanwijzingen voor effectiviteit	I
Jellinek online zelfhulp	Anoniem, online zelfhulpprogramma voor mensen die middelen gebruiken maar willen stoppen of minderen (zelfstandig) Doel: minderen van of stoppen met middelengebruik.	Doelgroep: mensen die (riskant) middelen gebruiken, maar nog geen ernstig drugsprobleem hebben. Online Zelfhulp Jellinek heeft verschillende middelen specifieke modules	Goede aanwijzingen voor effectiviteit (Jellinek) * Andere instellingen hebben soms eigen online zelfhulpprogramma's	I
Preventie Adviesgesprek	Eenmalig gesprek bestaande uit drie onderdelen: 1) inventarisatie van het probleem, 2) in beeld brengen van gewenste beeld (+ geven van informatie over psychische gezondheid en ingaan op mogelijk oplossingen) en 3) advies en afronding Doel: vergroten van bewustzijn van de	Jongeren en volwassenen en jongeren met (hulp-)vragen over psychische klachten of verslavingsproblemen (van zichzelf of van hun omgeving)	Goed onderbouwd	I

	eigen situatie en versterking van keuze- en persoonlijke mogelijkheden			
Motiverende gespreksvoering	Motiverende gespreksvoering' heeft tot doel om gedragsverandering op gang te brengen door het ontwikkelen van motivatie. Het is laagdrempelig en kan in veel verschillende settingen worden ingezet.	Jongeren en jongvolwassenen	Niet erkend in de databank.	I

U= universele preventie, S = selectieve preventie, I = geïndiceerde preventie, HR = harm-reduction

Wat werkt niet?

Net als in het voortgezet onderwijs helpt het niet om losse en/of eenmalige acties uit te voeren. Bijvoorbeeld het enkel inzetten op voorlichting of een eenmalige ervaringsdeskundige.

Reflectie

Er is de laatste jaren een toenemende aandacht voor alcohol- en drugsgebruik onder studenten. Zo zijn er cijfers over het gebruik en is er ondersteuning voor gemeenten, hogescholen en universiteiten in het vormgeven van een integrale aanpak. De handreiking 'De (studenten)tijd van je leven!' voor gemeenten is hier een resultaat van. Deze ontwikkelingen helpt om drugspreventie in het hoger-onderwijs op de bestuurlijke agenda te krijgen en geeft concrete handvatten om hiermee aan de slag te gaan.

5.5 Setting: Werkomgeving

Jongeren en jongvolwassenen doen in een werksetting nieuwe ervaringen op. Ze komen in voor het eerst in aanraking met normen en gedragingen die anders kunnen zijn dan wat ze gewend zijn in de setting van het gezin en op school. De werksetting biedt kansen voor drugspreventie. In een alcohol-, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid) wordt ook beschreven hoe een organisatie in wil zetten op voorlichting en preventie van middelengebruik. Het doel van drugspreventie op het werk is om een gezonde, veilige en middelenvrije omgeving voor werknemers te bevorderen. De gemeente is zelf uiteraard ook werkgever.

Wat werkt?

Net als bij schoolinterventies is ook in de werksetting een strategie die bestaat uit meerdere componenten het meest effectief. Effectieve elementen voor drugspreventie via de werksetting zijn (UNODC, 2018):

- Ontwikkeling in samenwerking met alle partijen (werkgevers, management, en medewerkers);
- Beleid dat gebaseerd is op vertrouwen en geheimhouding;

- Individuele begeleiding voor werknemers waar het voor nodig is: o.a. korte interventies, ondersteuning door bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk medewerker, verwijzing naar derden, en re-integratie van medewerkers;
- Goede communicatie omtrent het drugspreventie beleid;
- Drugspreventie als onderdeel binnen andere gezondheid-, welzijn en veiligheidsprogramma;
- Aanbieden van stress management cursussen;
- Deskundigheidbevordering / trainingen van managers, medewerkers en gezondheidswerkers in hun rol om het programma te kunnen uitvoeren.

Interventies

Het invoeren van ADM-beleid biedt een kader om drugspreventie op de werkvloer vorm te geven. Hierin kunnen verschillende activiteiten en afspraken worden ondergebracht zoals trainingen en deskundigheidsbevordering van werkgevers, managers etc. afspraken over rolverdelingen, verwijzingen naar bedrijfsartsen en andere hulpverlening etc. Daarnaast kan ook worden vastgelegd welke individuele interventies kunnen worden aangeboden (zie ook Tabel 5) en wanneer er verwezen kan worden naar externe professionals denk aan huisarts, bedrijfsarts en instelling van verslavingszorg. Een hulpmiddel hierbij is de Handreiking alcohol-, drugs-, en medicijn beleid (Blokland & de Jong, 2020).

Uitgelicht: Toolbox ADM-beleid

Om werkgevers te ondersteunen bij het opstellen van een ADM-beleid heeft het ADM-team van het Trimbos-instituut in samenwerking met de werkgroep werkgevers/werknemers van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) een toolbox ontwikkeld. Deze toolbox bestaat uit verschillende materialen die werkgevers, werknemers, bedrijfs- en HR-managers kunnen helpen om een ADM-beleid te maken om op die manier preventie van alcohol- en drugs- en medicijngebruik op de werkvloer vorm te geven.

De toolbox is hier te vinden: [Toolbox Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid \(ADM-toolbox\) - SVA \(herkenalcoholproblematiek.nl\)](https://www.herkenalcoholproblematiek.nl)

Wat werkt niet?

In het algemeen is de uitvoering van losstaande componenten van een drugspreventiebeleid zonder dat het is ingebed in een integrale aanpak weinig effectief. Ook helpt het niet wanneer er over op een veroordelende manier over werknemers die middelen gebruiken gesproken wordt of wanneer beleid enkel gaat over straf en sancties. Voorbeelden:

- Het uitvoeren van enkel drugstesten;
- Preventiebeleid dat enkel gebaseerd is op sancties en straf;
- Op een beschuldigende of veroordelende manier communiceren over werknemers die drugs gebruiken.

Het helpt niet om alle mensen die drugs gebruiken op eenzelfde manier te benaderen. Er zijn verschillen in mate van gebruik en afhankelijkheid. Denk bijvoorbeeld aan jongeren die een festival bezoeken en dan xtc gebruiken, of aan jongeren die elke dag jointjes roken. Er is een verschil in schadelijkheid en risico op afhankelijkheid.

Reflectie

Preventie in de werksetting is in opkomst. In Nederland zien steeds meer werkgevers het belang van preventie middelengebruik op de werkvloer. Ze werken hieraan middel het

opstellen en implementeren van een ADM-beleid. Er zijn verschillende partijen (commercieel en niet-commercieel) die werkgevers hierbij kunnen adviseren.

5.6 *Setting: Gemeenschap (community) en omgeving*

Omgevingspreventie en Community-based preventie zijn twee preventie vormen die dicht bij elkaar liggen, maar niet hetzelfde zijn.

Omgevingspreventie: Omgevingsgerichte interventies hebben tot doel om blootstelling aan ongezond en risicovol gedrag te beperken en gezonde keuzes te vergemakkelijken. Ze veranderen de context van het gedrag en de omstandigheden van middelengebruik. Omgevingspreventie bestaat uit een combinatie van wetenschappelijk onderbouwde interventies en maatregelen.

Community-based preventie: is het uitzetten van een preventiestrategie in een specifieke gemeenschap. Een gemeenschap kan een regio of gemeente zijn, maar ook een wijk in een gemeente, of een doelgroep binnen een wijk. De gemeenschap zelf krijgt een belangrijke rol bij het werken aan de preventiedoelen. Community-based preventie kan gaan over enkele interventies, maar ook over een integrale preventiestrategie die wordt ingezet via verschillende settings in de gemeenschap, zoals scholen, familie, zorg, werkgevers en de fysieke omgeving. Omgevingsinterventies kunnen een onderdeel zijn van een community-based preventiestrategie.

Wat werkt?

De meest effectieve interventies zijn over het algemeen omgevingsinterventies: interventies die de sociale of fysieke, culturele en/of economische omgeving zodanig beïnvloeden dat het gewenste gedrag het makkelijkst is, het meest voor de hand ligt. Het gaat om factoren die impliciet of expliciet invloed hebben op hoe mensen (onbewuste) keuzes maken, in dit geval op het gebied van drugsgebruik. Denk aan de maatschappelijke normen rond drugsgebruik, de verkrijgbaarheid van drugs, de mate waarin aantrekkelijke vormen van vrijetijdsbesteding, zoals sport, toegankelijk zijn. Over het algemeen wordt aangeraden gedragsinterventies te combineren met omgevingspreventie voor groter effect op preventie van middelengebruik (EMCDDA, 2019).

Een in Nederland gebruikt model voor een community-based interventie is Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO, zie kader). OKO is gericht op het implementeren van maatregelen en lokale interventies die risicofactoren voor middelengebruik (zoals bekend zijn uit literatuur) verminderen, en beschermende factoren versterken. Het is daardoor moeilijk om de direct gevolgen op verschillende levensgebieden aan te tonen.

Uitgelicht: Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO)

OKO (voorheen het IJslandse preventiemodel) is ontwikkeld door het Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA) en is een wetenschappelijk onderbouwde omgevingsbenadering om middelengebruik onder jongeren te voorkomen. Het model is gericht op het implementeren van beleidsmaatregelen en lokale interventies die risicofactoren voor middelengebruik verminderen, en beschermende factoren versterken binnen de domeinen gezin, peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school, en vrije tijd. Het model verloopt volgens een jaarlijkse cyclus die bestaat uit vier stappen: monitoring, terugkoppeling en dialoog, beleidsvorming, en uitvoering. In Nederland is recent een leertraject afgerond om uit te vinden in hoeverre het model vertaalbaar naar en

implementeerbaar is in Nederland. In de eindevaluatie is geconcludeerd dat het IJslandse preventiemodel goed implementeerbaar is in Nederlandse gemeenten. De werkwijze heeft op een aantal aspecten toegevoegde waarde ten opzichte van de bestaande programma's en werkwijzen. Met name de aspecten van gemeenschapsvorming, de integrale benadering en de belangrijke rol van monitoring in het lokale beleidsproces worden als een meerwaarde ervaren. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is dat de gemeente voldoende mankracht en middelen beschikbaar heeft om dit proces te trekken.

Bronnen: Smeets e.a., 2019; De Wilde e.a., 2020.

Reflectie

Multicomponent omgevings- en community interventies zijn lastig te onderzoeken op effectiviteit. Het is daarom belangrijk om ze op te bouwen uit interventies en beleid waarvan bewezen is dat ze effectief zijn.

5.7 Setting: Uitgaansleven

Jongeren die frequent uitgaan drinken over het algemeen meer, roken meer en gebruiken meer drugs dan hun leeftijdsgenoten. Uitgaan is dus een risicofactor voor het gebruiken van middelen. De groep jongeren die uitgaat is daarom ook een doelgroep voor preventie. Drugspreventie in de uitgaanssetting richt zich op het beperken van eventuele schade door gebruik (harm-reduction) en op voorkomen/ontmoediging van gebruik.

Wat werkt?

Er zijn verschillende elementen van effectieve preventie in de uitgaanssetting:

- Mobilisering van stakeholders (via gedeelde motivaties en doelen);
- Strategieën voor de binnenomgeving. Hierbij kan gedacht worden aan beleid op drugsgebruik en dealen (EMCDDA, 2019);
- Ook bepaalde schadebeperkende maatregelen als het aanbieden van *chill-out rooms* waar uitgaanders tot rust kunnen komen (EMCDDA, 2021a);
- Strategieën voor de buitenomgeving, die met name betrekking hebben op veiligheidsaspecten. Dat kan bijvoorbeeld gaan om beleid sluitingstijden- en deurbelid, verkeerscontroles, preventief toezicht in de openbare ruimte, diversiteit in het horeca aanbod;
- Peer-to-peer educatie voor mensen die uitgaan (Brunn e.a., 2021).

Tabel 6: Erkende en niet-erkende interventies voor de Uitgaanssetting in Nederland

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als	Niveau
Website Drugs en Uitgaan, drugs-info met chat, websites van de regionale instellingen voor verslavingszorg.	Verschillende websites en een landelijke chat (drugsinfo) waar (potentiële) gebruikers van drugs terecht kunnen voor informatie over gezondheidsrisico's van deze middelen. En waar hen de weg wordt	Jongeren en jongvolwassenen 16-25 jaar die (bij het uitgaan) wel eens drugs gebruiken of dit overwegen.	Goed beschreven (drugsenuitgaan.nl)	HR

	gewezen als ze hun gebruik willen minderen of stoppen.			
Peer-to-peer educatie (Unity, LOS etc.)	Vorm van voorlichting waarbij getrainde, vrijwillige peer-educators bezoekers van dance-evenementen informatie geven over de gezondheidseffecten van drugs.	Jongvolwassen bezoekers van dance-evenementen	Goed onderbouwd	HR
RedAlertApp	App die waarschuwt als er gevaarlijke drugs in omloop zijn.	Jongeren en jongvolwassenen 16-25 die (bij het uitgaan) wel eens drugs gebruiken of overwegen om drugs te gebruiken.	Goed beschreven	HR
Drugs Informatie en Monitoring Systeem	Landelijk netwerk van testlocaties waar samples van uitgaansdrugs kunnen worden ingeleverd om te worden getest op samenstelling. De preventiewerker geeft een adviesgesprek over de risico's van gebruik.	Jongeren en jongvolwassenen die drugs gebruiken	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	HR
Eerste Hulp bij Drank- en Drugsincidenten (EHBDU)	Training voor horeca- en veiligheidspersoneel, onderwijs, politie en EHBO-vrijwilligers. Deelnemers leren adequaat om te gaan met rank- en druggerelateerde gezondheidsincidenten.	Jongeren en jongvolwassenen die drugs gebruiken.	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	HR
<u>Leidraad evenementen voor gemeenten</u>	Deze leidraad biedt achtergrondinformatie en praktische tips over maatregelen die ingezet kunnen worden om te zorgen dat de Drank- en Horecawet, Opiumwet en Tabaks- en rookwarenwet nageleefd en gehandhaafd worden. En de gezondheid- en veiligheidsrisico's door of als gevolg van (overmatig) alcohol- en drugsgebruik op evenementen voorkomen worden.	De leidraad is primair bedoeld voor medewerkers van gemeente	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S

Festivalverleiding	In deze online interventies krijgen jongeren digitaal belevenissen op een festival te zijn. Ze kunnen participeren en krijgen te maken met situaties rond drugsgebruik. Het doel is voorbereiding op het maken van bewustere keuzes over alcohol- en drugsgebruik.	Jongeren en jongvolwassenen die naar festivals gaan en mogelijk in aanraking met drugsgebruik komen.	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S
---------------------------	--	--	--	---

U= universele preventie, S = selectieve preventie, I = geïndiceerde preventie, HR = harm-reduction

Reflectie

Voor de uitgaanssetting lijkt het aanbod van interventies het grootst. Er lijken geen interventies gericht op het signaleren en verwijzen bij problematisch gebruik. Hier liggen nog kansen voor versteviging in de toekomst (Spronk e.a., 2021). Ook zijn er weinig interventies gericht op ontmoediging van gebruik. De recent ontwikkelde 'Festivalverleiding' is hier een uitzondering op. In de [Healthy Nightlife Toolbox](#) van het EMCDDA is veel informatie over Europese evidence based interventies voor het uitgaansleven te vinden. Deze toolbox combineert drie databanken: één voor interventies, één voor literatuur over die interventies en één voor algemene literatuur over preventie in het uitgaansleven. Voor Nederland staan er echter alleen wat oudere interventies in.

5.8 Setting: Zorg en Sociaal Domein

Professionals uit de gezondheidszorg en het sociaal domein kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van (problematisch) drugsgebruik. Zorgprofessionals zoals artsen en verpleegkundigen, maar ook jongerenwerkers en hulpverleners in wijkteams, jeugdhulp en GGZ spelen een belangrijke rol. Middels hun professionele rol zijn ze in een goede positie om drugsgebruik te signaleren en bespreekbaar te maken. Zij kunnen informatie en opvoedondersteuning geven en indien nodig toeleiden naar de preventieafdeling van de instelling voor verslavingszorg of andere gespecialiseerde hulp.

Wat werkt?

Succesvolle preventie in deze setting komt tot stand door te werken volgens principes van een integrale aanpak. Dit kan onder meer door preventie vorm te geven volgens de pijlers zoals die ook in het interventieprogramma Open & Alert terugkomen:

- Beleidsontwikkeling;
- Deskundigheidsbevordering;
- Samenwerking met een instelling voor verslavingszorg.

Tabel 7: Erkende en niet-erkende interventies voor de setting zorg en sociaal domein in Nederland

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als	Niveau
e-learning Basiskennis Alcohol en drugs	Professionals leren over de verschillende effecten van alcohol en drugs.	Professionals werkzaam in het zorg en sociaal domein	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	U, S, I
Open & Alert	Programma dat handvatten biedt aan professionals in de zorg voor jongeren die cliënt zijn van een justitiële jeugdinrichting, de residentiële jeugdhulp, de LVB-zorg of het jongerenwerk.	Professionals die werken met jongeren (12 t/m 25 jaar) in residentiële jeugdhulp, justitiële jeugdinrichting, jongerenwerk	Goed onderbouwd	S, I
Goed om te weten over...	Folderserie over middelen in eenvoudig Nederlands	Professionals en jongeren met een LVB	Niet in databank. Uitvoering in Nederland.	S, I

Reflectie

Mensen die zorg of ondersteuning krijgen kunnen om uiteenlopende redenen drugs gebruiken. Een adequate preventie-uitvoering is belangrijk omdat bij mensen in deze doelgroepen vaak meerdere risicofactoren een rol spelen, wat ze kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van problemen met middelengebruik. Het gebruik van drugs kan vervolgens bestaande problemen verergeren, behandeling en medicatiewerking en -gebruik negatief beïnvloeden of veroorzaken dat iemand minder gemotiveerd raakt voor behandeling. Het inzetten van middelenpreventie vraagt van instellingen dat zij over de grenzen van hun eigen expertise heen kijken en de samenwerking aangaan met bijvoorbeeld de IVZ.

5.9 Setting: (Sociale) Media

Media-gebaseerde interventies zijn interventies die gebruik maken van internet en sociale media en interventies die verspreid worden via diverse (massa)mediakanalen. Deze interventies richten zich op verschillende preventieniveaus: communicatie over beleid en interventies, voorlichting en individuele hulp.

Wat werkt?

Campagnes die aan de onderstaande kenmerken voldoen bereiken eerder een gewenst effect:

- De campagne is gericht op een duidelijk omschreven doelgroep en bereikt ook juist die groep;
- De keuze voor campagne, kanalen, materialen en boodschap heeft een stevige theoretische basis;
- De campagne is een onderdeel van een multi-component interventie ;
- Als de campagne over kinderen gaat, worden juist de ouders aangesproken;
- De campagne heeft een positieve insteek, gericht op self-efficacy en positieve sociale gevolgen van een gezonde keuze;
- Ouders hebben invloed op hun kinderen tot in de jongvolwassenheid. Massamediale interventies via ouders als intermediaire doelgroep lijken dan ook effect te kunnen sorteren op middelengebruik bij adolescenten.

Wat werkt niet?

Massamediale campagnes (bijvoorbeeld via radio, televisie, krant en internet) zijn veel minder effectief in het voorkomen van drugsgebruik onder jongeren dan vaak gedacht wordt (Bühler et al., 2020). Wanneer een campagne niet op de juiste manier wordt aangepakt, of niet de juiste doelgroep bereikt, bestaat er een grote kans dat de campagne geen effect of zelfs een ongewenst en schadelijk effect heeft. Zo kan een campagne onbedoeld de sociale norm neerzetten dat gebruik van een middel meer voorkomt dan het geval is, waardoor het gebruik in bepaalde groepen zelfs kan stijgen (De Jonge, 2022). Campagnes met een waarschuwend of angstaanjagend boodschap over drugs, die geen handvatten bieden voor het gewenste gedrag, zijn in elk geval niet effectief en potentieel zelfs schadelijk, omdat ze stigmatiserend kunnen werken (UNODC, 2019).

Uitgelicht: Toolbox drugscommunicatie

Journalisten en politie schrijven of spreken regelmatig over drugs. Ze informeren over nieuwe trends, uiten hun zorgen over drugsgebruik onder bepaalde groepen, of over drugsgelateerde criminaliteit. Drugscommunicatie kan echter ook tot ongewenste effecten leiden. Denk aan het opwekken van nieuwsgierigheid, bijdragen aan stigma over mensen die gebruiken, of de suggestie wekken dat drugsgebruik meer voorkomt dan daadwerkelijk gebeurt.

De [toolbox drugscommunicatie](#) geeft professionals handvatten waarmee de kans dat drugscommunicatie een mogelijk ongewenste effect heeft kleiner wordt.

Reflectie

In het algemeen worden landelijke campagnes om drugsgebruik te ontmoedigen of te voorkomen in Nederland niet uitgevoerd, omdat de kansen op ongewenste effecten relatief groot zijn en het onduidelijk is wat het oplevert. In vergelijking met alcohol bijvoorbeeld komt het gebruik van drugs ook minder vaak voor in de algemene bevolking. In uitzonderingsgevallen zouden er op kleine schaal, en doelgroep gericht wel campagnes uitgevoerd kunnen worden. Daarbij is het wel belangrijk om dit zorgvuldig aan te pakken en goed vooraf te bedenken en onder meer te formuleren op wie de campagne zich moet richten, wat de determinanten van gedragsverandering zijn en de boodschappen te pretesten bij doelgroep (EMCDDA, 2019).

Verder lezen? de Nederlandse situatie

- [Databanken Effectieve jeugdinterventies \(NJI\)](#)
- [Databank justitiële interventies](#)
- [Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs](#): in dit overzicht uit 2019 is per type onderwijs en voor de verschillende leeftijdsfasen te zien welke preventieve interventies ingezet kunnen worden. De richtlijnen geven meer duidelijkheid over de manier van werken, de beschikbare interventies en de theoretische onderbouwing.
- Instrument: [Lokaal samenwerken aan verslavingspreventie](#)
- Lokale samenwerking drugsbeleid: hierover is een [verkenning](#) naar de inzet van bestaande evidence based kennis & interventies en lokale samenwerking

verschijnen. Daarnaast kunnen gemeenten de [stakeholderskaart](#) ter inspiratie gebruiken.

- [Website Jeugdverslavingszorg](#): Jeugdverslavingszorg Nederland is een landelijk netwerk, onderdeel van Verslavingskunde Nederland. Op deze site is de landelijke expertise over jeugdverslavingszorg terug te vinden, waaronder overzichten van effectieve interventies.
- [Preventie van cocaïnegebruik](#): Dit onderzoek uit 2021 brengt interventies ter voorkoming van (problematisch) cocaïnegebruik in kaart, gebaseerd op de drie voornaamste groepen gebruikers van cocaïne: 1) mensen die cocaïne gebruiken in 'feest-en-vier'-settings, 2) mensen die cocaïne gebruiken gerelateerd aan een werksetting en 3) mensen die cocaïne gebruiken in relatie tot psychische klachten. Het overzicht is voor preventie van het gebruik van meerdere middelen toepasbaar.
- [Cannabispreventie](#): deze verkenning uit 2018 geeft veel informatie over de achtergronden van middelenpreventie gericht op cannabis (maar ook meer algemeen). Het bevat uitgebreide overzichten per setting van wat er in Nederland aan preventie interventies beschikbaar is.
- Op de website van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction is het [xchange prevention registry](#) te vinden. Hierin staan geëvalueerde preventie interventies voor middelengebruik, waaronder ook Nederlandse.

Deel 3:

“Aan de slag met lokaal drugsbeleid”

6 Aan de slag: ingrediënten voor lokaal drugsbeleid

6.1 Inleiding

Gemeenten hebben tot missie het bouwen van veilige, gezonde en veerkrachtige gemeenschappen door het voorkomen en verminderen van en reageren op gezondheids-, sociale, en economische schade, gerelateerd aan alcohol, tabak en andere drugs. (bron: harm-minimisation model¹).

Gemeenten kunnen invulling geven aan bovenstaande missie door het ontwikkelen en uitvoeren van een integraal drugsbeleid.

Maar wat is een integraal drugsbeleid eigenlijk en hoe kun je als gemeente hiermee aan de slag gaan? In dit hoofdstuk beschrijven we: 1) rollen van de gemeente, 2) wat de gemeente op verschillende domeinen kan doen, en 3) een stappenplan voor gemeenten dat hen kan helpen om een integraal drugsbeleid vorm te geven.

Deze stappen worden uitgewerkt in het Modelplan Lokaal Drugsbeleid. Dit modelplan is een format dat gemeenten ondersteunt bij het vormgeven van een integraal drugsbeleid.

6.2 Rollen van de gemeente

6.2.1 Gemeente als opdrachtgever

Op basis van de Wet publieke gezondheid² hebben gemeenten een wettelijke taak op het terrein van de volksgezondheid en ontwikkelen zij een lokaal gezondheidsbeleid. Hierin stellen zij de doelen op de verschillende thema's van volksgezondheid. Dit beleid met ambities en prioriteiten wordt in samenwerking met de GGD (Gemeentelijke/gemeenschappelijk gezondheidsdienst) opgesteld. In sommige gevallen in samenwerking met maatschappelijke en private organisaties (zie kader 3 over community mobilization). Maar de gemeente heeft de eindverantwoordelijkheid.

De raad stelt de nota vast, burgermeester en wethouders (bijv. wethouder zorg of gezondheid) dragen zorg voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. Deze procedure geldt dus ook voor het lokaal drugsbeleid.

Kader 3: community mobilization

Gemeenten kiezen er steeds vaker voor om gezondheidsbeleid samen met maatschappelijke en ook private organisaties te ontwikkelen. Een van de werkzame elementen bij het ontwikkelen van effectief preventiebeleid is het betrekken van burgers bij gemeentelijk beleid en interventies. We noemen dit ook wel *community mobilization*. Door burgers (bijvoorbeeld in hun rol als ouder) te betrekken wordt het draagvlak voor een bepaalde aanpak versterkt. Het gaat bij community mobilization niet alleen over het betrekken van burgers en ouders maar ook van maatschappelijk stakeholders (*civil society*), zoals de sport- en cultuursector en woningbouworganisaties. Bij de ontwikkeling van veilig en gezond uitgaansbeleid kan het beste ook de lokale horeca betrokken

¹ Als kader voor het uitwerken van lokaal drugspreventiebeleid gebruiken we hier aanpaste versie van het harm-minimisation model. Dit model is afkomstig uit Australië en is daar gebruikt bij het opstellen van de Australische [nationale drugs strategie 2017–2026](#).

² [Preventie in de Wet publieke gezondheid | Loketgezondleven.nl](#)

worden. Kortom, betrek waar mogelijk de burger en maatschappelijke stakeholders bij het lokale drugspreventiebeleid.

Binnen de kaders en de doelen die zijn opgesteld in het beleid acteert de gemeente als opdrachtgever. In de opdrachtgeversrol laat de gemeente taken uitvoeren door bijvoorbeeld de preventieafdelingen van de regionale instellingen van verslavingszorg of de GGD en stelt daarvoor financiële middelen beschikbaar. De gemeente stelt voorwaarden aan de besteding van het budget, zorgt dat de uitvoering plaatst vindt volgens de principes van wat *werkt* (zie hoofdstuk 5). Ten slotte controleert de gemeente of de uitvoeringspartijen ook daadwerkelijk uitvoeren wat hen gevraagd is en stuurt bij waar nodig (zie 6.4 voor het stappenplan).

6.2.2 Gemeente als verbindende regievoerder: intern

Drugsproblematiek is complexe problematiek die zoveel kanten heeft dat het niet door één domein opgelost kan worden. Dit betekent dat het zorg-, sociaal én veiligheidsdomein met elkaar moeten samenwerken. Het is belangrijk om te werken vanuit de gezamenlijke visie. Elk domein stelt vanuit die visie haar doelen op. Bespreek deze doelen met elkaar. Kijk waar deze doelen samenkomen of misschien soms tegenstrijdig zijn.

Daarnaast is het belangrijk om afspraken met elkaar te maken over het eigenaarschap en financiering van het lokale drugsbeleid. Bij welk domein komt de regie te liggen? Of kies je een gedeelde regievoering vanuit meerdere domeinen? En vanuit domein wordt drugspreventiebeleid gefinancierd? Ook is het belangrijk om afspraken te maken over informatie-uitwisseling tussen domeinen.

Het modelplan lokaal drugspreventiebeleid legt de verbinding tussen het zorgdomein, sociaal en het veiligheidsdomein.

6.2.3 Gemeente als verbindende regievoerder: extern

In de verbindende regierol gaat het ook om het verbinden van de uitvoeringspartijen die verschillende rollen hebben bij (een onderdeel van) de uitvoering en/of adviseren van drugsbeleid. Ook hier ligt er een belangrijke taak voor gemeenten. De gemeente zorgt ervoor dat de verschillende uitvoeringspartijen met elkaar om de tafel gaan zitten en gezamenlijk afspraken gaan maken over de vraagstukken die aangepakt moeten worden.

In sommige gevallen heeft de gemeente een rol in het zoeken naar nieuwe partijen. Bijvoorbeeld wanneer er nieuwe doelgroepen voor preventie zijn. De gemeenten kan deze partijen in contact brengen met andere partijen die zich preventie bezighouden (zie kader 4 voor een aantal tips voor gemeenten als verbindende regievoerder).

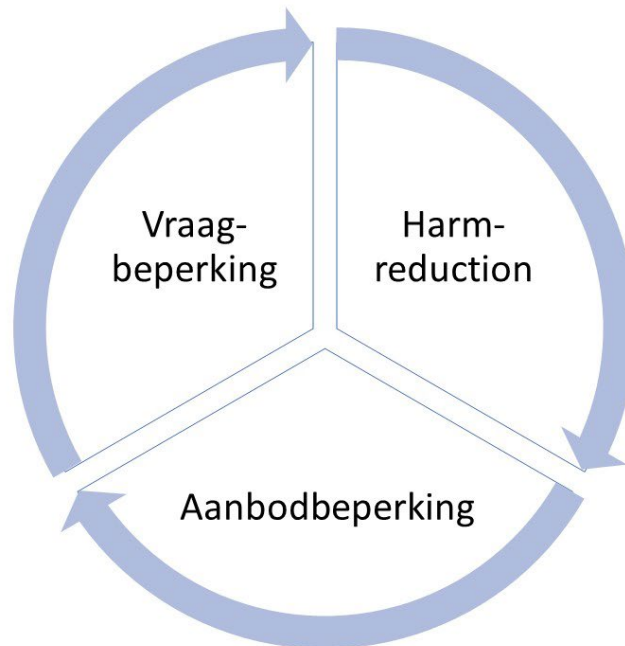
Kader 4: tips voor gemeenten als verbindende regievoerder (intern en extern)

- Maak afspraken over rolverdelingen en samenwerkingen. Bij welk domein ligt de regie? Het is belangrijk dat er iemand integraal verantwoordelijk is. Wie doet wat? En wanneer schakel je de ander in? Bespreek hier ook welke uitdagingen er zijn.
- Zoek je collega's op: ga actief op zoek naar welke beleidsmedewerker(s) uit andere domeinen zich ook met drugsbeleid bezighouden.

- Bespreek gezamenlijke doelen en ambities: bespreek met elkaar hoe je invulling geeft aan het drugbeleid
- Maak afspraken met elkaar: breng de lokale partijen bij elkaar op het drugsbeleid.

6.3 Wat kan de gemeente doen in de verschillende domeinen?

Om tot een samenhangend drugsbeleid te komen zetten gemeenten tegelijk in op meerdere doelstellingen; vraagbeperking, aanbodbeperking en harm-reduction. Zie figuur 3 voor deze pijlers. Dit betekent dat het sociaal, zorg en veiligheidsdomein met elkaar moet samenwerken. Ieder domein heeft de focus op een deel van de pijler.



Figuur 3: Doelstellingen voor een samenhangend drugsbeleid (op basis van het harm-minimisation model).

6.3.1 Vraagbeperking: domein volksgezondheid en zorg

Drugspreventie is het belangrijkste instrument voor vraagbeperking. Dit gaat over ontmoediging van de vraag naar drugs. In hoofdstuk 5 over effectieve drugspreventie staat per setting beschreven wat *werkt* en welke strategieën beschikbaar zijn voor dat specifieke domein. De gemeente geeft opdracht voor uitvoering van drugspreventie afhankelijk van de prioriteiten in beleid (zie ook modelplan lokaal drugsbeleidstappenplan).

De preventie-afdelingen van de regionale instelling van verslavingszorg hebben een belangrijke adviserende rol bij de vormgeving van drugspreventie. Betrek daarom altijd deze partij bij het opstellen van de preventieplannen. Het informatie instrument "[Lokaal samenwerken aan drugspreventie](#)" is een instrument waarmee de preventie-afdelingen met gemeenten bespreken hoe het lokale drugsbeleid vormgegeven kan worden. Hierin wordt zowel gekeken naar de rol en het aanbod van preventie-afdelingen, als naar wat andere lokale partijen kunnen bieden.

6.3.2 Aanbodbeperking: domein veiligheid

Onder aanbodbeperking vallen wet- en regelgeving, toezicht en handhaving. Hieronder vallen maatregelen om productie en handel tegen te gaan en zo het aanbod en de beschikbaarheid van drugs zoveel mogelijk te beperken. Binnen deze pijler is samenwerking met politie en OM van groot belang.

Op gemeentelijk niveau zijn bijvoorbeeld de volgende maatregelen inzetbaar om het aanbod in drugs te beperken:

- Algemene Plaatselijke Verordening (APV): kleinschalige drugshandel speelt zich deels af in de openbare ruimte. De gemeente kan daarop invloed uitoefenen via de APV, bijvoorbeeld met samscholingsverboden en gebiedsverboden.
- Organisaties en instellingen zoals scholen en jongerenwerk maar ook horeca en evenementen kunnen aanvullend op landelijke en lokale wetgeving hun eigen huisregels opstellen ten aanzien van drugs en zorgen dat deze huisregels worden nageleefd.
- Wet Bibob: op grond van deze wet kunnen bestuursorganen beschikkingen (bijvoorbeeld een vergunning of subsidie) weigeren of intrekken als sprake is van een ernstig gevaar van misbruik van de beschikking. Deze bevoegdheid wordt met name toegepast in de horecasector.

Meer bestuursrechtelijke maatregelen zijn te vinden op [de website van het CCV](#).

6.3.3 Harm-reduction: domein volksgezondheid, zorg & sociaal domein

Zoals we zagen in hoofdstuk 4 bestaat harm-reduction uit twee vormen: traditionele harm-reduction en harm-reduction voor recreatieve gebruikers. De gemeente kan als opdrachtgever zorgen dat er aan beide vormen van harm-reduction invulling wordt gegeven binnen de gemeente. Hieronder staat een aantal voorbeelden van services die gemeenten kunnen helpen realiseren.

Traditionele harm-reduction voor gebruikers van opiaten bestaat uit: (Van der Gouwe et al., 2022):

- Drugsgebruiksruimten (gebruiksruimten);
- Opiatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met methadon en andere medicatie (medicatiepoli's);
- Opiatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met medische heroïne (Medische Heroïne Units of MHUs);
- Spuitomruil.

Harm-reduction voor recreatieve gebruikers:

- Testservices van het DIMS waar mensen die drugs gebruiken hun drugs kunnen laten testen;
- Informatievoorziening en peer-to-peer educatie waarbij (ex-)gebruikers van drugs andere gebruikers van recreatieve drugs voorlichting geven over effecten en risico's, hoe zo veilig mogelijk te gebruiken en mogelijkheden om te minderen en stoppen (bijvoorbeeld Unity)
- EHBO-posten op feesten en festivals met medewerkers die kennis hebben van gezondheidsincidenten door drugs.

6.3.4 Meer lezen?

Er zijn al een aantal handreikingen en hulpmiddelen voor gemeenten beschikbaar voor het vormgeven van preventie (en handhaving), integraal of op deelterreinen. Soms betreft dit specifieke drugs of settings.

- Instrument [Lokaal samenwerken aan verslavingspreventie](#): overzicht van de preventieactiviteiten en interventies die de lokale instelling voor verslavingszorg kan aanbieden in de gemeente.
- [OKO \(Opgroeien in een Kansrijke Omgeving\)](#), integraal preventiemodel gericht op het verbeteren van het welbevinden van jongeren en op het voorkomen van het gebruik van alcohol, drugs en tabak door jongeren.
- [Handreiking GHB-aanpak gemeenten](#): handreiking voor het opzetten van een casuoverleg rond mensen die problematisch GHB gebruiken.
- [Lachgas: van zorgen naar acties](#): een handreiking voor gemeenten, handhavers en preventieprofessionals in de aanpak van de verkoop en het gebruik van lachgas.
- Integrale interventiebeschrijvingen IVZ voor gemeenten, bijvoorbeeld: de [interventiekaarten van IrisZorg](#).
- [Leidraad alcohol, drugs en tabak op evenementen](#). Dit biedt een overzicht van de maatregelen en interventies die vooraf, tijdens en na evenementen ingezet kunnen worden om de risico's door alcohol-, drugs- en tabaksgebruik zoveel mogelijk te beperken. [Infographic voor gemeenten: alcohol, drugs en tabak op evenementen en festivals](#). Een infographic waarmee gemeenten op een snelle en interactieve manier kennis kunnen maken met de mogelijkheden voor alcohol-, drugs- en tabaksbeleid op evenementen.
- Een handreiking voor gemeenten voor lokale samenwerking in de preventie van riskant alcoholgebruik bij studenten in het hoger onderwijs: [De \(studenten\)tijd van je leven! - Trimbos-instituut](#)

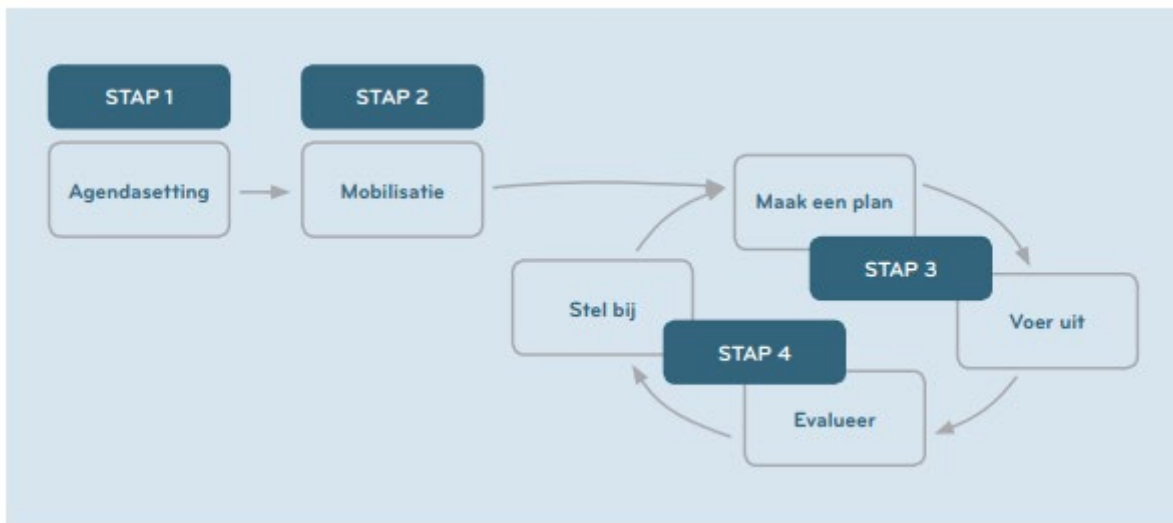
6.4 Stappenplan voor gemeenten

In 2023 komt het Modelplan lokaal drugsbeleid beschikbaar. Met dit modelplan hebben gemeenten een instrument om op basis van wetenschappelijke kennis, evidence based interventies en kansrijke aanpakken en programma's een effectief, integraal lokaal drugspreventiebeleid te ontwikkelen. Dit wat werkt dossier levert de benodigde achtergrondinformatie, het invullen van het modelplan leidt tot een concreet beleidsplan.

Hieronder staan de elementen van een lokaal drugsbeleidsplan, maar eerst gaan we hier kort in op de benodigde procesmatige stappen om tot een dergelijk plan te komen. Methodisch en cyclisch werken garandeert dat er daadwerkelijk resultaten behaald worden en dat plannen geen voornemens op papier blijven.

Cyclisch werken is niet voorbehouden aan het opstellen van lokaal drugsbeleid en vaak werken gemeenten al volgens een dergelijke proces. We gebruiken een voorbeeld van een cyclisch proces, afkomstig van het rapport Dronkenschap en doorschenken (Nijkamp, 2020).

Figuur 4: Cyclisch werken



Stap 1 en 2 gaan vooraf aan de onderdelen van het Modelplan lokaal drugsbeleid. Vanaf stap 3 vallen de onderdelen samen met die van het Modelplan.

Stap 1 Agendasetting

Probleem en draagvlakanalyse: in de eerste fase wordt bepaald of het lokaal drugsbeleid op de (politieke of bestuurlijke) agenda komt. Soms zorgen externe factoren ervoor dat een thema actueel wordt, maar ook als beleidsmedewerker zelf kun je een thema agenderen. Hiervoor is het nodig dat er een antwoord komt op de volgende vragen:

- Wat is het probleem precies wat je wilt agenderen? En waarom moet hierop een apart beleidsplan drugs worden ontwikkeld?
- Is het wel een probleem? Wat zijn de nadelige gevolgen precies (wat gebeurt er als er geen integraal lokaal drugsbeleid komt?)
- Waarom is het probleem belangrijk? Wat is de omvang? Welke invloed heeft de gemeente op het probleem. Beschrijf de situatie in de gemeente zo objectief mogelijk aan de hand van onderzoeksresultaten en cijfers.
- Welke lokale organisaties spelen hierbij een rol. Bekijk hiervoor ook [de lokale stakeholderskaart](#) van het Trimbos-instituut.

Het aantrekken van een projectleider: deze persoon is werkzaam bij de gemeente en moet in staat zijn om andere partijen mee te krijgen en door te pakken waar nodig. Het is noodzakelijk dat deze persoon mandaat en steun vanuit het bestuur krijgt om met partijen in de gemeente aan de slag te gaan om een integraal lokaal drugsbeleid op te stellen en uit te voeren. Contacten uit het lokale netwerk een pré.

Het zorgen voor politiek en bestuurlijk draagvlak: de steun van het College van B&W en de gemeenteraad is belangrijk om middelen te krijgen voor de uitvoering van de aanpak. Neem hen vanaf het begin mee in het proces. Zij kunnen, naast het mogelijk maken van middelen, wellicht later ook een bijdrage leveren aan de probleemanalyse. Ook zijn zij van belang voor de borging van de aanpak in toekomst beleid. Drugs zijn geen onomstreden onderwerp, in deze stap is het daarom ook noodzakelijk om te verkennen wat de meningen en beelden over drugsgebruik en drugsbeleid binnen de gemeente zijn.

Het vrijmaken van middelen: er zal waarschijnlijk al een en ander op het gebied van drugspreventie binnen de gemeente plaatsvinden. De kans is echter groot dat er binnen een specifiek lokaal drugsbeleidsplan meer de activiteiten uitgevoerd zullen worden dan nu het geval is. Daar zijn aanvullende middelen voor nodig.

Beleidsfocus

Wanneer een gemeente aan de slag gaat met lokaal drugsbeleid is het van belang om te bepalen en beschrijven vanuit welke visie en missie dit gebeurt. De visie kan zich richten op het voorkomen van drugsgebruik en het beperken van de schade voor de gebruiker en zijn omgeving.

Onderwerpen die hier van belang zijn:

- Verbinding tussen de domeinen zorg en veiligheid
- Aansluiten bij landelijk beleid
- Cyclisch werken

De visiediscussie richt zich op onderwerpen als: Wanneer zijn drugs een probleem? Voor wie? Is drugsgebruik eigen verantwoordelijkheid? Gaat het om verstoring van de openbare orde en overtreding van de Opiumwet? Of ook over gezondheidsproblemen en verslaving?

Stap 2 Mobilisatie

Interne structuur en stakeholders: In deze stap wordt een interne structuur ontwikkeld en wordt door de projectleider gewerkt aan een gemeentelijke coalitie of taskforce komt waarin de domeinen zorg, veiligheid en het sociale domein vertegenwoordigd zijn. Vanuit een gezamenlijke visie gaat het beleid opgezet worden. Het is wenselijk dat de regie van het lokale drugsbeleid in handen is van de gemeentelijke coalitie. In sommige gemeenten worden al stappen gezet om zorg en veiligheid meer aan elkaar te verbinden. Zo heeft de gemeente Amsterdam een actiecentrum Zorg en Veiligheid waarin gewerkt wordt aan drugsproblematiek.

Externe structuur en stakeholders: De externe stakeholders worden ook al in deze fase betrokken. Het betreft dan het ophalen van hun ideeën, visie en bijdragen op de inhoud van het lokaal drugsbeleid. Een manier waarop dit vorm kan krijgen is het organiseren van werksessies of door gebruik te maken van een [scanner lokaal drugsbeleid](#).

Stap 3 Maak een plan en voer uit

Voor het uitvoeren van deze en de volgende stappen kan het Modelplan lokaal drugsbeleid ingezet worden. Deze bevat de volgende onderdelen:

Inleiding

Het beleidsplan begint met een beschrijving van de aanleiding is voor het opstellen van een lokaal drugsbeleid. De aanleiding voor het opstellen van een lokaal drugsbeleid kan bijvoorbeeld zijn:

- Motie uit de gemeenteraad;
- Landelijke wetswijziging;
- Bestuurlijk, ambtelijk en/of initiatief vanuit de samenleving om aan de slag te gaan met drugsbeleid.

Een lokaal drugsbeleid staat niet op zichzelf en is onderdeel van / verbonden met landelijke en lokale wet- en regelgeving en beleidsplannen. In dit onderdeel wordt ook beschreven binnen welke kaders het lokaal drugsbeleid is vormgegeven. Het is daarbij ook van belang

om 'drugs' te definiëren, zodat voor de lezer duidelijk is waar het lokaal drugsbeleidsplan over gaat. Gebruik hierbij:

- Landelijke wetgeving (Wet preventieve gezondheidszorg, Opiumwet, Geneesmiddelenwet, Verkeerswet)
- Lokale wet- en regelgeving (APV en andere verordeningen)
- Lokale beleidsplannen (Sociaal Domein, Gezondheid, Preventiebeleid, Jeugdbeleid, Veiligheid, Horeca en evenementen, Onderwijs)
- Definities: wat valt wel en wat valt niet onder dit plan lokaal drugsbeleid.

Beleidsfocus (zie stap 1)

In dit onderdeel beschrijft de gemeente vanuit welke missie en visie het lokaal drugsbeleid is opgesteld en op welke onderwerpen het beleid zich richt.

Beschrijving lokale situatie (zie stap 1)

In dit onderdeel geeft de gemeente antwoord op (onder andere) de volgende vragen:

- Wat is het probleem met betrekking tot drugsgebruik precies? Maak hierbij gebruik van lokale en landelijke cijfers, en ga hiervoor in gesprek met lokale partners.
- Onder welke doelgroepen vinden problemen precies plaats? En op welke doelgroepen zou het beleid zich daarom moeten richten? Waar zijn deze te vinden?
- Wat zijn de nadelige gevolgen van het probleem? En wat gebeurt er als we niets doen?

Ook wordt in dit onderdeel beschreven welke partijen een rol hebben bij het (uitvoeren van) lokaal drugsbeleid en welke rol zij idealiter zouden moeten hebben. Beschrijf daarbij ook welke partijen nog meer moeten worden betrokken.

Doelen en prioriteiten

In dit onderdeel wordt (op basis van de aanleiding, beleidsfocus en lokale situatie) de doelen en de prioritering in het lokaal drugsbeleid voor de komende periode concreet beschreven. Hiervoor kun je beginnen met het beschrijven van wat de gewenste maatschappelijke situatie is en welke subdoelen daaraan zijn gekoppeld.

Acties

In dit onderdeel beschrijft de gemeente welke set effectieve interventies en beleidsmaatregelen ingezet gaan worden om de doelen en prioriteiten te bereiken. Ook wordt beschreven welke partijen dat gaan uitvoeren en op welke manier zij verantwoording afleggen. De gemeente vervult de regierol bij de uitvoering van het lokale drugsbeleid.

Stap 4 Evaluatie en stel bij

Dit onderdeel beschrijft de manier waarop de gemeente met partners de inzet van de afgelopen periode evalueert. Een beleidsplan beslaat meestal een periode van vier jaar. Na vier jaar, maar ook tussentijds, wordt met de uitvoeringsorganisaties de inzet geëvalueerd. Tussentijdse evaluaties (jaarlijks of een evaluatie halverwege) zijn niet bedoeld om het beleidsplan aan te passen, maar om de uitvoering te evalueren en te bekijken waar het nodig is om bij te sturen.

In de eindevaluatie wordt bekeken: of de doelen behaald zijn, waarom wel of niet? Zijn er ongewenste neveneffecten, nieuwe problemen? En wat kunnen we leren van de afgelopen (vier) jaren. Op basis van de evaluatie besluit de gemeente of een nieuw of aangepast drugsbeleid moeten worden opgesteld.

Literatuur

Alderson, P. (2004). *Absence of evidence is not evidence of absence*. *BMJ*. Feb 28; 328(7438): 476–477

Blokland, M. & De Jong, C. (2020). *Handreiking Alcohol-, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid)*. Utrecht: Trimbos-instituut

Brunn, J., Brunner, S., & Mütsch, M. (2021). *Preventive Interventions for Young Adults in Nightlife: Coproduction for a Systematic Literature Assessment Followed by a Stakeholder Dialogue Process*. *European Addiction Research*. 2021 Aug; 27(5): 311–325..

Bühler, A., Thrul J. & Gomes de Matos, E. (2021) *Evidenzbasierte Alkoholprävention. Was empfiehlt die Wirksamkeitsforschung? Ergebnisse der BZgA-Expertise zur Suchtprävention 2020*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Jun;64(6): 737-746. German.

De Jonge, M. (2022). *Factsheet Principes van effectieve drugspreventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Esrick, J. Kagan, R.G., Carnevale, J.T., Valenti, M., Rots, G. & Dash, K. (2018). *Can scare tactics and fear-based messages help deter substance misuse: a systematic review of recent (2005–2017) research*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2019; 26(3)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2019). *European Prevention Curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Geraadpleegd april 2021, via:

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *EMCDDA Manuals: European Drug Prevention Quality Standards – A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Geraadpleegd juni 2021, via:

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2021). *Best Practice Portal – Policy and practice briefings – Nightlife, festivals and other recreational settings*. Geraadpleegd mei 2021, via:

https://www.emcdda.europa.eu/bestpractice/briefings/nightlife-festival-and-other-recreational-settings_en

Lammers, J., Alberti, I., Van 't Klooster, B., & Bouts, M. (2021). *Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs*. Utrecht: Trimbos-instituut en Verslavingskunde Nederland (VKN).

Moitra, E., Anderson, B. J., Herman, D. S., & Stein, M. D. (2021). *Longitudinal examination of coping-motivated marijuana use and problematic outcomes among emerging adults*. *Addictive Behaviors*, 113, 106691.

Niesink R. & van Laar M. (2016). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: Update 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut 2016.

Nijkamp, L., Van der Horst, M. & Sannen, A. (2021). *De (studenten)tijd van je leven! Een handreiking voor gemeenten voor lokale samenwerking in de preventie van riskant alcoholgebruik bij studenten in het hoger onderwijs*. Utrecht; Trimbos-instituut.

Peraza, N., Smit, T., Garey, L., Manning, K., Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2019). *Distress tolerance and cessation-related cannabis processes: The role of cannabis use coping motives*. *Addictive behaviors*, 90, 164-170.

Postma, S. (2008). *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Smeets, L., Monshouwer, K., & Greeff, J. de (2019). *De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren: Een verkenning van de wetenschappelijke literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Tancred, T., Melendez-Torres, G.J., Papparini, S., Fletcher, A., Stansfield, C., Thomas, J., Campbell, R., Taylor S., & Bonell, C. (2019). *Interventions integrating health and academic education in schools to prevent substance misuse and violence: a systematic review*. *Public Health Research*, 7(17).

Wilde, E.J. de, Smeets, L., Greeff, J. de, Den Hollander, W., & Monshouwer, K. (2020). *Het IJslandse preventiemodel in Nederland: Tussenevaluatie van het beleidsvormend leertraject voor de aanpak van middelengebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

United Nations Office on Drugs and crime. (2019). *International Standards on Drug Use Prevention: Second Updated Edition*. (United Nations publication)

United Nations Office on Drugs and crime. (2018). *World Drug Report 2018* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9)

Zinberg (1984). *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.