

Van kwetsbaar naar weerbaar:

preventie en zorg voor kwetsbare jongeren en
middelengebruik.

Eindrapport

Amersfoort, september 2013

Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
OVERZICHT PROJECT EN SAMENVATTING RESULTATEN	5
BELANGRIJKSTE RESULTATEN	6
1. INLEIDING	8
ACHTERGRONDEN	8
SPECIALE BENADERING VAN PREVENTIE EN ZORG VOOR KWETSBARE (JONGEREN) GROEPEN	8
PLAN VAN AANPAK	9
WAT MOEST DIT RS-PROGRAMMA OPLEVEREN?	10
2. EMPIRISCHE BASIS	11
INLEIDING	11
ACHTERGRONDEN	11
ONDERZOEKSPUNTEN	11
UITGANGSPUNTEN	11
METHODE	13
VERLOOP VAN DE STUDIE	13
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	15
3. ADVIESCOMMISSIE EN VERVOLGPLANNEN	19
INLEIDING	19
1. ADVIESCOMMISSIE	19
ACHTERGRONDEN	19
HET AANBOD AAN VOORZIENINGEN	23
VOORSTELLEN OM PROBLEMEN AAN TE PAKKEN	24
SLOTCONCLUSIE VAN DE COMMISSIE	26
2. VERVOLGPLANNEN	27
4. VROEGSIGNALERING	28
INLEIDING	28
1. RICHTLIJN VROEGSIGNALERING	28
ACHTERGRONDEN	28
2. EVALUATIE VAN DE TOEPASSING	30
ACHTERGRONDEN	30
NOGMAALS: DE RICHTLIJN	31
LESSEN UIT DE PRAKTIJK	32
CONCLUSIES	34
5. SAMENWERKEN IN DE JEUGDKETEN	36
INLEIDING	36
ACHTERGRONDEN	36
TOENEMEND BELANG VAN SAMENWERKING MET JEUGDPARTNERS	37
INVENTARISATIE EN ANALYSE VAN BESTAANDE SAMENWERKINGSRELATIES	38
AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIGE INITIATIEVEN	39

6. ZORGINDICATIE – MATE-Y	41
INLEIDING	41
ACHTERGRONDEN	41
ONDERDELEN VAN DE MATE-Y	42
AFNAMEPROTOCOL	47
7. BEHANDELING ADHD	48
INLEIDING	48
ACHTERGRONDEN	48
BEHANDELING VAN ADOLESCENTEN MET ADHD EN PROBLEMATISCH MIDDELEN- GEBRUIK	48
SAMENHANG TUSSEN DE BEHANDELCOMPONENTEN	52
HET PSYCHOSOCIALE BEHANDELPROTOCOL	53
DE MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	58
8. OPLEIDING	60
INLEIDING	60
ACHTERGRONDEN	60
INHOUD EN GEBRUIK VAN HET PAKKET	61
9. COMMUNICATIE EN SAMENWERKING	64
TOT SLOT	67

Voorwoord

Een belangrijke aanleiding voor het starten van dit project vormde de conclusie van het rapport *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* uit 2009 (WODC & Trimbos instituut) om extra aandacht te bepleiten voor kwetsbare groepen. Geconstateerd werd dat met name kwetsbare groepen jongeren specifieke zorg en behandeling nodig hebben en dat zij beter bereikt dienen te worden. In dit verband heeft de stuurgroep Resultaten Scoren als opdrachtnemer voor het Ministerie van VWS, zich gerealiseerd dat de aanpak van middelenproblematiek alleen kans van slagen kon hebben als vanaf het begin de belangrijkste partners in de jeugdketen, d.w.z. jeugdpsychiatrie, jeugdverslavingszorg en jeugdzorg, bij het project betrokken zouden worden. Zowel met het oog op de visievorming als voor de keuze van te ontwikkelen interventies voor preventie, behandeling en zorg. Die verbreding en die dwarsverbanden zijn er zeker gekomen. En ook de daaruit ontstane visie is gerealiseerd op basis van een degelijke studie (Kwetsbare groepen jeugdigen en problematiek middelengebruik) die een goudmijn aan kennis opleverde en de koers bepaalde voor het verdere projectprogramma. De visievorming en de adviezen van de *commissie Van der Gaag* waarin de jeugdpartners waren vertegenwoordigd, hebben als leidraad gediend voor de interventies en instrumenten die in dit project zijn ontwikkeld, n.l. vroegsignalering, zorgindicatie, protocol en richtlijn voor ADHD en middelengebruik, onderzoek naar beste modellen van samenwerking in de jeugdketen en een opleidingspakket voor jeugdhulpverleners. Ook heeft een door Resultaten Scoren opgericht Platform Jeugdverslavingszorg waarin ook de jeugdggz deels participeerde, een nuttige overleg- en communicatiefunctie vervuld. Al deze zaken komen in dit eindverslag uitvoerig aan bod, evenals een overzicht van alle bronpublicaties die dit project heeft opgeleverd. Voeg daarbij het recent door Resultaten Scoren uitgebrachte onderzoek *“Investeren in verslavingspreventie bij jongeren”* (2013) en het nu goed onderbouwde palet van toe te passen en te ontwikkelen interventies voor kwetsbare jongeren is behoorlijk compleet.

Met de inzichten en producten van dit project is een belangrijke stap gezet om kwetsbare groepen jeugdigen weerbaarder te maken voor de risico's van middelengebruik. Maar er is meer nodig om de resultaten breder te verspreiden en te implementeren en een volwaardige plaats te geven in het beleid van transitie van jeugdzorg en jeugdvoorzieningen. Want het blijkt dat in dit beleid nu onvoldoende aandacht aan verslavingsproblematiek wordt gegeven. Daarom pleit de Stichting Resultaten Scoren samen met het Trimbos-instituut, het Partnership Vroegsignalering Alcohol en hogeschool Windesheim voor een extra impuls in de vorm van een *Partnership Jeugd en verslavingspreventie* dat met de in dit project verworven visie en inzichten een “jeugdketen geïntegreerde aanpak” van middelengebruik landelijk en lokaal gaat stimuleren.

Tenslotte, dank en grote waardering gaat uit naar alle (ca. 70 direct en ca. 350 indirect) betrokken professionals en (ca. 15) instellingen in de verslavingszorg, jeugdggz en jeugdzorg die binnen dit project aan de verschillende onderzoeken, interventies en producten hebben samengewerkt.

Stuurgroep Resultaten Scoren, Amersfoort, september 2013

Overzicht project en samenvatting resultaten

Voor u ligt het eindrapport van het project preventie en zorg voor kwetsbare groepen jongeren en middelengebruik dat in opdracht van het ministerie van VWS door Resultaten Scoren is uitgevoerd. Het doet verslag van de gestelde doelen, de wijze waarop deze gestalte zijn gegeven, de gemaakte keuzes, welke ontwikkelingen hebben plaatsgevonden en hebben geleid tot producten, hoe deze (tot nu toe) zijn geïmplementeerd en wat daaruit kan worden geconcludeerd.

Na een samenvatting van de resultaten volgt in hoofdstuk 1 een inleiding waarin de doelen van het project worden beschreven, welke werkwijze en aanpak de stuurgroep van Resultaten Scoren enkele jaren terug beoogde en welke visie er bij de start bestond omtrent de aanpak van middelenproblematiek en verslaving bij jongeren in de 'jeugdketen'. Ook staat aangegeven welke keuzes en dilemma's er werden gemaakt respectievelijk speelden.

In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste uitkomsten besproken van een studie naar de 'empirische basis' van de problematiek. Daarin werd ingegaan op de aard en typologie van kwetsbare groepen (jongeren) in verband met problematisch middelengebruik. Tevens werd hier aandacht besteed aan een interventiematrix: een overzicht van preventieve interventies. De matrix geeft echter ook weer waar er leemtes waren (en voor een deel ook nog zijn).

Als vervolg op deze studie zijn diverse activiteiten in gang gezet – hieraan wordt aandacht besteed in hoofdstuk 3. Centraal hierin functioneerde een adviescommissie onder leiding van prof dr R.J. van der Gaag. Deze, breed samengestelde, commissie ontwikkelde een duidelijke visie op de problematiek van kwetsbare jongeren en problematisch middelengebruik en de rol van algemene en gespecialiseerde instellingen en beroepsgroepen én ouders. Het advies is aangeboden aan het ministerie van VWS, en uiteraard besproken in de stuurgroep van Resultaten Scoren. Het advies leidde tot versterking van de samenwerking tussen instellingen voor verslavingszorg en jeugdhulpverlening (o.a. in de oprichting van een landelijk platform jeugdverslavingszorg) en er werden keuzes gemaakt om een aantal projecten van de grond te tillen. Allereerst betrof dit – zie hoofdstuk 4 – een project gericht op vroegsignalering (evaluatie van de bruikbaarheid en implementatie van de richtlijn Vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren. In de tweede plaats is onderzoek verricht naar de samenwerking in de jeugdketen voor zover die betrekking heeft op het onderhavige onderwerp. Verslag hierover wordt gedaan in hoofdstuk 5.

In de derde plaats is een jeugdvariant van de MATE ontwikkeld en getest. De MATE is thans het belangrijkste instrument in de verslavingszorg om een indicatie op te stellen van de zorgbehoeften van aangemelde en reeds in behandeling genomen cliënten en vormt de grondslag voor een weloverwogen behandelindicatie of zorgtoewijzing. De MATE-Y (jeugd) is bedoeld om recht te doen aan de bijzondere kenmerken van jongeren met middelenproblematiek of verslaving (en daaraan gerelateerde problemen). Hoofdstuk 6 gaat hier nader op in.

Tot slot is er een pilot ontwikkeld van een ADHD-behandelprotocol. Het protocol wordt door brede toetsing nog verbeterd.

Het project Kwetsbare groepen heeft verder geleid tot allerlei uitwisselingen en vervolgimplementaties. Er is gewerkt aan een hbo-uitstroomprofiel jeugdzorgmedewerker (zie hoofdstuk 8) en er heeft een jeugdverslavingsplatform gefunctioneerd (zie hoofdstuk 9) en. Een impressie van enkele resultaten hiervan staat in hoofdstuk 8. Tot besluit worden in hoofdstuk 10 enkele slotconclusies getrokken.

De teksten zijn veelal gebaseerd op de originele rapporten waarvan de meeste beschikbaar zijn gesteld op de website van Resultaten Scoren. In deze originele rapporten staan ook meer achtergronden en literatuurverwijzingen.

Belangrijkste resultaten

De belangrijkste resultaten van het onderhavige project gericht op (groepen) kwetsbare jongeren zijn kort samengevat de volgende:

- De stuurgroep heeft bij in 2010 een plan gemaakt dat voor een belangrijk deel is uitgevoerd. Dit plan borduurt voort op eerdere studies en analyses die Resultaten Scoren heeft verricht, met name op het gebied van preventie en jongeren.
- Er is een kernstudie verschenen waarin de empirische basis van de problematiek is beschreven en waarin een visie is ontwikkeld over de achtergronden ervan. De diverse groepen kwetsbare jongeren zijn systematisch en categorisch in kaart gebracht; tevens is een overzicht gemaakt van de mate waarin (goed geteste) preventieve interventies voor deze groepen beschikbaar zijn.
- Een breed samengestelde adviescommissie (uit wetenschap, [jeugd]verslavingszorg en jeugd-ggz) heeft een reeks standpunten ontwikkeld over de problematiek vanuit de beschikbare wetenschappelijke kennis en heeft vervolgens uitgebreid geadviseerd over de wijze waarop de onderhavige problematiek uitgebreid het beste kan worden benaderd, en door wie.
- Er is een richtlijn vroegsignalering ontwikkeld. Vervolgens is geëvalueerd of en hoe hiermee in de praktijk wordt gewerkt. Daaruit zijn aanbevelingen en vignetten voortgekomen over het vervolg van de toepassing van deze richtlijn.
- Over de wijze waarop in de praktijk door met name jeugd-ggz en jeugdzorginstellingen (waaronder de jeugd-GGz) en instellingen voor verslavingszorg wordt samengewerkt is een inventarisatie gemaakt. Daaruit is een reeks succesfactoren voortgekomen voor de integrale behandeling van de combinatie van middelenproblematiek en overige psychische of sociale problemen, waaronder ook problemen in verband met de opvoeding en het gezin.
- Er is een jeugdvariant ontwikkeld van de MATE waardoor het mogelijk wordt om goed onderbouwd een zorgindicatie op te stellen voor de behandeling van jongeren met middelenproblematiek.

- Voor de behandeling van jongeren met ADHD én middelenproblematiek is een behandelprotocol ontwikkeld en verantwoord.
- Tot slot zijn door instellingen en beroepsgroepen die met de groepen kwetsbare jongeren te maken hebben waar dit project op gericht was ervaringen uitgewisseld en afspraken gemaakt voor samenwerking (o.a. in het landelijk platform jeugdverslavingszorg). Tevens zijn voor het hbo en hbo-uitstroomprofiel jeugdzorgwerker modules ontwikkeld die erop gericht zijn studenten en/of beroepskrachten voor te bereiden op de toepassing van de in dit project ontwikkelde producten.

1. Inleiding

Achtergronden

Sinds haar oprichting in 1999, heeft Resultaten Scoren (RS) relatief weinig aandacht besteed aan preventie en zorg voor kwetsbare groepen jongeren (ook wel risicjongeren genoemd). In 2006 liet de stuurgroep RS een *quick scan* verrichten met als doel om een overzicht te verkrijgen van de 'witte plekken' in het preventieaanbod. Deze plekken bleken zich vooral te bevinden in de domeinen van de selectieve en de geïndiceerde preventie. Op deze gebieden was in vergelijking met universele preventie nog weinig concreets bekend uit onderzoek dat houvast bood voor richtlijnontwikkelingen; ook waren er maar weinig methodieken beschikbaar op het terrein van *good of best practices*.

Over (selectieve en geïndiceerde) preventie, concludeerde Cuijpers (2006) in een eerdere voor ZonMw verrichte *state-of-art*-studie het volgende:

- Er is (inter)nationaal nauwelijks onderzoek gedaan naar de effecten van preventie voor specifieke doelgroepen, zoals lage SES groepen, etnische groepen, kinderen van verslaafde ouders, groepen met uiteenlopende psychopathologie
- Er is meer onderzoek nodig naar de mogelijkheden en effecten van selectieve en geïndiceerde verslavingspreventie.
- De mogelijkheden om de toepassing van preventieve interventies te verbreden naar andere probleemgebieden, zoals gedragsproblemen, psychische problemen en delinquentie, zijn nauwelijks onderzocht.
- Het experimenteren met nieuwe en nieuw te ontwikkelen interventiemethodieken is van groot belang.

In haar werkprogramma 2008-2009 had Resultaten Scoren een (deel)project opgenomen gericht op vroegsignalering van middelengebruik bij jonge risicogroepen: op basis van een (beknopte) literatuurstudie. Een veldverkenning diende voor dit project de belangrijkste jonge risicogroepen in kaart te brengen en bouwstenen op te leveren voor een nader te testen strategie van vroegsignalering, waarbij verschillende ketenpartners in zorg en preventie betrokken zouden worden.

In het rapport *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* van het WODC & het Trimbos instituut uit 2009, werd extra aandacht bepleit voor kwetsbare groepen. Daarbij werd opgemerkt dat twee belangrijke problemen gerelateerd aan de behandeling van kwetsbare groepen zijn: bereikbaarheid en de specifieke (groepsgerelateerde) eisen die aan de behandeling gesteld moeten worden.

Speciale benadering van preventie en zorg voor kwetsbare (jongeren) groepen

In de verslavingszorg werden reeds positieve resultaten geboekt in experimenten die erop gericht waren via moderne communicatietechnieken (internet, smartphones e.d.), jongeren te bereiken en in zorg te krijgen die anders onbereikbaar zouden zijn. De

behandelresultaten deden niet onder voor die in face-to-face contacten (kunnen) worden geboekt. Gunstig was dat e-health en e-coaching veel beter aansloten bij de leefwereld en leefgewoonten van jongeren, mits de hulpverleners zich flexibel opstellen zoals de bereidheid uitdrukkelijk ook buiten 9-5 kantooruren alert te reageren op contacten; en ook op ongebruikelijke tijdstippen contact op te nemen met de doelgroep. Het idee leefde dat op dit vlak nog vele alternatieven ontwikkeld en getest konden worden.

Ook was nog onbekend of alle doelgroepen, in het bijzonder die hierboven genoemd zijn of jongeren met bijvoorbeeld een licht verstandelijke handicap, via moderne communicatiemiddelen bereikt en (preventief) behandeld konden worden. Verder sprak het voor zich dat er in de praktijk vaak sprake moet zijn van combinatie van (preventieve) e-health en meer traditionele zorg; bijvoorbeeld waar het gaat om somatisch onderzoek of het zo nodig voorschrijven van medicatie.

Andere mogelijkheden voor zorg en behandeling van jongeren waren, naast bestaande interventies zoals de leefstijltrainingen en het cannabisbehandelprotocol, het adolescent community reinforcement-model en interventies die uitgeteste aanpassingen konden zijn van casemanagement en bemoeizorg (effectief om jongeren in zorg te krijgen en te houden).

Plan van aanpak

Resultaten Scoren nam zich in verband met de bij het ministerie van VWS verworven opdracht voor vanaf 2010 prioriteit te geven aan het ontwikkelen van richtlijnen, protocollen, interventies op gebied van preventie, vroegsignalering, behandeling en zorg met betrekking tot kwetsbare jongeren groepen. In de fase van voorbereiding moesten op basis van een onderzoek, waarin onder andere bovenstaande vragen worden onderzocht, prioriteiten worden bepaald. Dit moest gebeuren aan de hand van een exploratief baseline onderzoek, dat zou bestaan uit:

1. Het verzamelen en interpreteren van gegevens, resultaten en rapportages die uit lopend of inmiddels afgesloten onderzoek binnen Resultaten Scoren is verricht (jeugdmonitor verslaving, vroegsignalering, CBT [middelenonafhankelijk] protocol)
2. Het houden van een onderzoek onder de belangrijkste stakeholders (inclusief jeugdzorg) in de op kwetsbare groepen gerichte preventie en zorg naar aard en prevalentie van de aan middelen gerelateerde problematiek.
3. Het verrichten van een update van de literatuur en de eerder verschenen onderzoeken van onder andere ZonMw naar het voorkomen en de kenmerken van kwetsbare groepen/risicjongeren.
4. Het positioneren van de te ontwikkelen richtlijnen of interventies in samenhang met andere reeds ontwikkelde richtlijnen (zoals bijv. JGZ richtlijn Vroegsignalering Psychosociale problemen van het RIVM uit 2008).

> Samenwerking

In het kader van dit RS programma voor kwetsbare groepen, zouden doelgroepen,

belanghebbende personen en instanties (preventie- en zorgaanbieders, beroepsgroepen, cliëntorganisaties, bestuurders, financiers e.d.) maatschappelijke organisaties, nauw betrokken worden bij het ontwikkelbeleid. Dit moest zowel in de voorbereiding- en uitvoeringfasen gebeuren door digitale nieuwsbrieven, invitationale conferenties en bij de afronding door een slotconferentie.

Wat moest dit RS-programma opleveren?

Aan het einde van het programma wilde Resultaten Scoren het volgende hebben bereikt:

- Er zijn enkele richtlijnen/interventies voor kwetsbare groepen ontwikkeld, getest, goedgekeurd; deze worden breed gedragen door het veld en professionals.
- Er heeft een brede implementatie van in het project verworven kennis en van de ontwikkelde producten plaatsgevonden; zowel in de relevante sectoren van verslavingszorg, GGz, jeugdzorg etc. als binnen opleidingen en nascholingen van professionals werkzaam in zorg en preventie.
- Er heeft een presentatie plaatsgevonden van de projectresultaten aan stakeholders, professionals, (vak)media en ander geïnteresseerden door een landelijke slotconferentie, drie tussentijdse presentatiebijeenkomsten, fact-sheets en on-line berichtgeving.

2. Empirische basis

Inleiding

Om meer kennis en inzicht te verkrijgen over de achtergronden van de groepen kwetsbare jongeren waarop dit project zich richtte, een visie te ontwikkelen én een overzicht te verkrijgen van de beschikbare interventies voor deze groepen jongeren heeft het IVO een rapport opgesteld. Zie: A. Snoek, E. Wits, J. van der Stel & D. Van der Mheen (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Amersfoort/Rotterdam: Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren/IVO.

Achtergronden

Resultaten Scoren wilde in de voorbereidende fase van het programma Kwetsbare Groepen een overzicht hebben van de bestaande kennis over het thema 'jeugd, verslaving en bijkomende problematiek', dat aansloot bij de door Resultaten scoren geschetste stand van zaken en recente ontwikkelingen in het veld. Het IVO heeft op verzoek van Resultaten Scoren een programmeringsstudie uitgevoerd waarin een update gemaakt is van recent afgesloten en lopend onderzoek naar verslaving en comorbiditeit, specifiek gericht op kwetsbare groepen jeugdigen. De studie richtte zich op geïndiceerde preventie en selectieve preventie. Relevante inzichten vanuit de behandeling of universele preventie werden meegenomen.

Onderzoeksplan

Deze vragen zijn beantwoord:

1. Wat zijn belangrijke risico- en beschermende factoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag?
2. Welke doelgroepen voor preventie kunnen worden onderscheiden?
3. Welke richtlijnen en interventies voor zowel selectieve preventie als geïndiceerde preventie zijn in Nederland en in het buitenland beschikbaar? De resultaten zijn in een interventiematrix samengevat, zodat hiaten in het aanbod zichtbaar worden. Op grond hiervan is een advies geformuleerd over de benodigde ontwikkelingen in het veld om selectieve preventie en geïndiceerde preventie voor kwetsbare jongeren op een hoger peil te brengen.

Uitgangspunten

Om de programmeringsstudie goed uit te kunnen voeren werden op basis van recente belangwekkende publicaties op het brede terrein van jeugdpsychiatrie enkele uitgangspunten geformuleerd voor de literatuurstudie. Deze worden hieronder kort benoemd en zijn uitgewerkt in een visie. De studie leverde op drie niveaus resultaten op.

> Een visiedocument.

De eerste opbrengst betrof een visie over jeugdige kwetsbare groepen. Hierin staat de gedachte centraal dat hoe jonger de leeftijd, hoe minder specifiek het over uitgekristalliseerde problemen of psychische stoornissen gaat. Maar juist bij deze jonge

groep kon veel winst worden behaald: niet door het vizier te richten op bijvoorbeeld de preventie of vroegtijdige opsporing van verslaving maar op (de oorzaken van) de problemen die daaraan voorafgaan. Dit veronderstelde aandacht voor het ontstaan van kwetsbaarheid voor psychische problemen, de interactie met de (sociale) omgeving en het benutten van kansen om vroegtijdig een ongunstig ontwikkelingstraject in positieve zin te beïnvloeden. Het ontwikkelingsperspectief oftewel een focus op de levensloop was daarbij cruciaal. Verder werd vastgesteld dat de op volwassenen gerichte verslavingspreventie en -zorg niet rechtstreeks kan worden 'vertaald' naar jongeren. Het werd als noodzakelijk gezien dat nieuwe initiatieven worden ontwikkeld vanuit een theoretisch kader, waarin de belangrijkste inzichten uit de op de ontwikkeling van jonge mensen gerichte wetenschappelijke disciplines worden samengebracht. Verder moest duidelijk worden welke maatschappelijke sectoren of domeinen met jongeren te maken hebben, in het bijzonder degenen die een verhoogd risico hebben op een atypische ontwikkeling en middelenproblematiek. Een integrale benadering met aandacht voor (gemeenschappelijke) achterliggende factoren, het ontwikkelingsperspectief, het sociale systeem en een sector-overstijgende benadering moesten kernwoorden in deze visie zijn. Daarbij was er het streven om deze visie zo goed mogelijk te relateren met knelpunten die nu in de verslavingszorg worden ervaren.

> Een overzicht van risicofactoren en -groepen.

In het rapport zijn ter voorbereiding op de interventiematrix risicofactoren en beschermende factoren beschreven met betrekking tot middelenproblematiek. Nagegaan is in hoeverre deze risico- en beschermende factoren ook samenhangen met problemen op andere leefgebieden. Op basis hiervan zijn doelgroepen voor preventie onderscheiden.

> Een interventiematrix om hiaten in het preventieaanbod voor risicogroepen zichtbaar te maken

De in dit onderzoek verworven inzichten en resultaten zijn in een interventiematrix overzichtelijk gemaakt. In de aanbevelingen die mede hieruit voortvloeiden is niet alleen aandacht voor (nog te ontwikkelen) interventies, protocollen en richtlijnen, maar ook voor de organisatorische kaders van de hulpverlening (zoals ketensamenwerking rondom kwetsbare jeugdigen) (zie visiedocument). De uiteindelijke prioritering door Resultaten Scoren vond plaats op basis van:

- De omvang van het (klinisch-epidemiologisch) probleem.
- De beoordeling van de ernst van de situatie, in het bijzonder: maatschappelijke kosten: overlast en gezondheidsschade (lichamelijk, psychisch, sociaal).
- De aanwezigheid van werkzame en effectieve mogelijkheden tot beïnvloeding. Per doelgroep werden beschikbare (effectieve) interventies beïnvloedingsmogelijkheden in kaart gebracht.
- De mate waarin de te ontwikkelen preventieve en zorginterventies uitvoerbaar en implementeerbaar zijn. Waar hiaten zijn gevonden in het aanbod van interventies en andere beïnvloedingsmogelijkheden werd van kansrijke (buitenlandse) interventies weergegeven wat de verwachte uitvoerbaarheid en

implementeerbaarheid is.

Methode

Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie en bouwde voort op recent uitgevoerde veldverkenningen. Uitgangspunt vormde specifieke clusterings van problemen die voorkomen bij jongeren met bepaalde persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld internaliserende of externaliserende problemen) analoog aan het onderzoek van Conrod.¹ Ook is nagegaan welke (gemeenschappelijke) risico- en beschermende factoren voor deze (geclusterde) problemen in de literatuur bekend zijn en waarvan met de nodige zekerheid kan worden gesteld dat zij een rol spelen.

Zo mogelijk is de omvang van de doelgroepen in Nederland geschat. Naast het op een wetenschappelijke manier vaststellen van mogelijke doelgroepen is ook gezocht naar manieren om de doelgroepen in de praktijk te kunnen herkennen. Zijn er screeners of assesmentlijsten ontwikkeld en zijn deze getest?

Daarnaast is gebruik gemaakt van praktijkinformatie (veldverkenning) afkomstig van invitational conferences en interviews in twee afgesloten projecten in opdracht van Resultaten Scoren: de Monitor voor de jeugdverslavingszorg en de Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren (zie hoofdstuk 4 en www.resultatenscoren.nl). Een concept interventiematrix is in de laatste fase van het huidige onderzoek in een expertmeeting voorgelegd aan vertegenwoordigers van relevante hulpverleningssectoren, wetenschap en beleid.

Verloop van de studie

Tijdens het onderzoek kwam een aantal onvoorziene vraagstukken naar voren.

> Kennis over integrale benadering risicojeugd is beperkt

De jeugdverslavingszorg is een vrij nieuw terrein. De verslavingszorg heeft voornamelijk kennis over verslaving bij volwassenen; een vertaling van deze visie naar jongeren blijkt niet adequaat vanwege de eigen problematiek van jongeren. De kinder- en jeugdpsychiatrie heeft veel inzicht in ontwikkelingsperspectief en het stellen van diagnoses bij jongeren. Zij heeft echter weer weinig kennis van verslavingsproblematiek. De kennis is dus nog onvoldoende en er is nog weinig consensus in wetenschappelijk onderzoek. De samenwerking tussen jeugdverslavingszorg en kinder- en jeugdpsychiatrie is bovendien nog in een vroeg stadium, waardoor de kennis die wel beschikbaar is nog niet op grote schaal wordt gedeeld. Ook in dit rapport bleek het nog niet haalbaar alle relevante inzichten uit de jeugdpsychiatrie te integreren.

Verschillende auteurs, met expertise op het gebied van de jeugdzorg, (jeugd-)ggz en/of de verslavingszorg, pleiten voor een geïntegreerde aanpak van meervoudige problematiek. Echter, de effecten van een geïntegreerde aanpak zijn altijd lastiger te

¹ Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 85-93; Conrod, P. J., Pihl, R. O., Stewart, S. H., & Dongier, M. (2000). Validation of a system of classifying female substance abusers on the basis of personality and motivational risk factors for substance abuse. *Psychol Addict Behav*, 14, 243-256.

meten dan van een enkelvoudige aanpak. Aangezien het veld ook nog relatief nieuw is, zijn er nog geen duidelijke bewijzen dat een geïntegreerde aanpak betere resultaten oplevert. Dit maakte het uitvoeren van een literatuurstudie een uitdaging.

Een geïntegreerde aanpak levert bovendien nieuwe vragen en dilemma's op: hoe wordt samengewerkt, in welke volgorde dienen problemen te worden opgepakt en/of hoe dient integrale zorg te worden vormgegeven, hoe vindt eventuele verwijzing plaats?

> Rol verslavingszorg onduidelijk

Bij het opstellen van de interventiematrix en het vaststellen van hiaten in het preventieaanbod rees de vraag welke rol de verslavingszorg dient te spelen bij de preventie van middelenproblematiek en verslavingsgedrag, wanneer gefocust wordt op het hele spectrum van problemen van risicojeugd, in plaats van op de deelproblematiek van problematisch middelengebruik. Waar ligt de taak voor de verslavingszorg, en waar houdt deze op? Of is verslaving bij jeugdigen primair een aandachtsgebied voor de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Een andere vraag was de relevantie voor Resultaten Scoren. Het aanpakken van een relatief groot aantal risicofactoren of beïnvloedende maatregelen lijkt geen taak voor Resultaten Scoren te zijn, zoals factoren in de brede sociale context (denk aan beschikbaarheid en prijs van middelen, (ongunstige) buurtkenmerken; toezicht, vrijetijdsbesteding) en in de context van school (anti-middelenbeleid/veilige schoolomgeving).

> Knelpunten bij het structureren van interventies

Op basis van de visie is getracht om een overzicht te maken van interventies en andere beïnvloedingsmogelijkheden die focussen op gemeenschappelijke achterliggende risicofactoren van probleemgedrag en middelenproblematiek, in een vroeg stadium. Het vinden en structureren van interventies bij (clusters van) risicofactoren bleek zoals gezegd moeizaam en leverde geen eenduidige, bruikbare resultaten op. Knelpunt bij het maken van een schematische indeling is dat bestaande interventies meestal niet gericht zijn op één risicofactor (bijvoorbeeld armoede), maar op meerdere risicofactoren. Daardoor komen in een dergelijke matrix veel interventies op meerdere plekken in beeld. Om deze reden is gekozen voor een interventiematrix waarbij per doelgroep wordt weergegeven welke interventies er beschikbaar zijn in Nederland, en in het buitenland. Sommige doelgroepen kunnen rechtstreeks worden benoemd op basis van de achterliggende risicofactor, zoals lage-SES-groepen. Zo zijn veel achterliggende risicofactoren toch terug te zien in de uiteindelijke interventie.

> Onvoldoende differentiatie

Geprobeerd is om onderscheid te maken naar verschillende middelen (alcohol, cannabis, harddrugs) en verslavingsgedrag (seks, internet, gamen) bij jongeren. Dit bleek echter niet haalbaar omdat er weinig onderzoek is gedaan naar verslavingsgedrag, omdat onderzoek vaak geen onderscheid maakt tussen verschillende middelen (dit geldt voor alcohol, cannabis en harddrugs), en omdat jongeren met meervoudige problemen vaak meerdere soorten middelen (op een problematische manier) gebruiken of meerdere vormen van verslavingsgedrag vertonen.

Conclusies en aanbevelingen

De *eerste* en belangrijkste conclusie was dat onder kwetsbare jongeren een sterke clustering te zien is van risicofactoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag. Bovendien hangen deze risicofactoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag samen met problemen op andere leefgebieden zoals dak- en thuisloosheid, psychische problemen en delinquent gedrag. Ofwel: een risicofactor kan leiden tot meer stoornissen en één stoornis kan het gevolg zijn van verschillende risicofactoren. Bovendien kan de ene stoornis een risicofactor zijn voor een andere stoornis. Uit talloze studies bleek dat de cumulatie van risico's de kansen op allerlei problemen aanzienlijk verhoogt. Bij vier risicokenmerken vertienvoudigt de kans op het ontstaan van stoornissen.

Tweede conclusie was dat hoe jonger de leeftijd, hoe minder specifiek het over uitgekristalliseerde problemen of psychische stoornissen gaat. Juist bij deze jonge groep kan veel winst worden behaald: niet door het vizier te richten op (alleen) de preventie of vroegtijdige opsporing van verslaving maar op (de oorzaken van) de problemen die daaraan voorafgaan. Ook het EMCDDA pleitte in 2009 voor het integreren van inzichten uit de ontwikkelingspsychopathologie en kinderpsychiatrie in onderzoek naar verslaving bij jeugdigen.

De *derde* conclusie was dat genen vaak niet rechtstreeks invloed uitoefenen op gedrag. Dit gebeurt via een onderliggend, intermediair (fysiologisch) mechanisme. Endofenotypisch onderzoek zal hierdoor veel inzicht geven in het ontwikkelen en kunnen voorkómen van problematiek. Bovendien geeft het inzicht in hoe de interactie tussen de biologische, psychologische en sociale componenten zoals gezin en opvoeding plaatsvindt.

Deze drie conclusies vormden een onderbouwing voor de visie dat aandacht nodig is voor het ontstaan van kwetsbaarheid voor psychische problemen, de interactie met de (sociale) omgeving en het benutten van kansen om vroegtijdig een ongunstig ontwikkelingstraject in positieve zin te beïnvloeden. Het ontwikkelingsperspectief – ofwel een focus op de levensloop – is daarbij cruciaal. Daarvoor kan de op volwassenen gerichte verslavingspreventie en -zorg niet rechtstreeks worden 'vertaald' naar jongeren. Het is noodzakelijk dat nieuwe initiatieven worden ontwikkeld vanuit een theoretisch kader waarin de belangrijkste inzichten uit de op de ontwikkeling van jonge mensen gerichte wetenschappelijke disciplines worden samengebracht.

> Doelgroepen

Vanuit deze achtergrond is in de literatuur gezocht naar risicofactoren, beschermende factoren en kwetsbare groepen. Hierbij stonden mogelijke clusterings en samenhang van problematiek of risicofactoren centraal. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een overzicht van de belangrijkste doelgroepen voor preventie, ingedeeld naar domein. Vervolgens is in kaart gebracht of er voor deze doelgroepen een hiaat is in de beschikbare interventies (beschikbaar in Nederland of alleen buitenland). Prevalentiecijfers en ernst van de problemen zijn geschat en de relevantie voor Resultaten Scoren is afgewogen. Wanneer we deze criteria meewegen voor de

doelgroepen waar een hiaat bestaat, blijven de volgende relevante doelgroepen over:

- Jongeren met een lage sociaaleconomische status/jongeren die in armoede leven/gemarginaliseerde jongeren.
- Jongeren die omgaan met delinquente/ deviante leeftijdsgenoten.
- Zwerfjongeren.
- School-dropouts, spijbelaars.
- (V)MBO-leerlingen.
- Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen. Meer specifiek: jongeren met ADHD vooral in combinatie met antisociale gedragsstoornis en jongeren met depressie, angststoornissen
- Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik.

> Benodigde interventies

In het rapport werden mogelijk te ontwikkelen, dan wel te vertalen of implementeren interventies voor doelgroepen opgesomd, waarbij een hiaat in het Nederlandse preventieaanbod is vastgesteld. Zie kader.

Hiaten in interventies
<p>Lage SES</p> <ul style="list-style-type: none">• Vertalen en implementeren van bijvoorbeeld Stars for families (preventie van alcoholproblematiek, geïndiceerd).• In Nederland zijn Strengthening families/ Gezin aan bod beschikbaar; deze dienen wellicht nog eerst op deze doelgroep te worden toegespitst.• Minder relevant voor Resultaten Scoren zijn Dare to be you (gericht op veerkracht bij kinderen van 2-5 jaar) en Perry Preschool program (preventie delinquent gedrag en ander probleemgedrag bij 3 en 4 jarigen, geïndiceerd), want deze programma's zijn gericht op erg jonge doelgroepen.
<p>Zwerfjongeren</p> <ul style="list-style-type: none">• (Door)ontwikkelen van vroeghulpvariant MDFT.• Vertalen en implementeren van korte motivationele interventie.• Mogelijkheid van inzetten peers onderzoeken en nader vormgeven.• Vertalen en implementeren van Child Development Project of een bindingbevorderend <input type="checkbox"/>programma zoals Seattle social development project (beide selectieve preventie, op basisscholen). <input type="checkbox"/>
<p>Scholieren: drop-outs, VMBO</p> <ul style="list-style-type: none">• Een interventie ontwikkelen voor jongeren met schoolgerelateerde problemen, met preventie van middelenproblematiek als een van de doelen (selectieve preventie), of aansluiten met een middelenspecifieke module bij bestaande Nederlandse initiatieven.• Interventie ontwikkelen voor, of bestaande interventies afstemmen op VMBO-

leerlingen (selectieve preventie). EQUIP voor het onderwijs gericht op voorkomen probleemgedrag (niet specifiek gericht op verminderen middelengebruik) is veelbelovend, mits voldoende intensief aangeboden. □

Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen of -stoornissen

- Vertalen en implementeren van het door EMCDDA aanbevolen Zwitserse programma SUPRA-F, gericht op jongeren met psychische, emotionele en gedragsproblemen (geïndiceerde of selectieve preventie), en jongeren met depressie of angststoornissen.
- Vertalen en implementeren van door EMCDDA aangeraden programma Empecemos gericht op jongeren met antisociale gedragsstoornis, ADHD en middelenproblematiek (geïndiceerde/ selectieve preventie).
- Implementeren van Preventure voor jongeren met depressieve klachten.

Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik

- Vertalen en implementeren van Family check-up, voor kwetsbare kinderen en jongeren en hun gezin (geïndiceerde preventie). Gericht op middelenproblematiek, gezinsproblemen, omgang met deviante peers en probleemgedrag op school. Bestaande uit: korte interventie in het gezin (oudertraining).

> Meetinstrumenten

Tijdens de invitational conferences van de Monitor voor de jeugdverslavingszorg (De Weert & Snoek, 2009) bleek er een grote behoefte aan valide meetinstrumenten voor verslavingsproblematiek bij jongeren. Er bleken twee stromingen te bestaan in de sector: de ene helft gebruikte de EuroADAD, de andere helft gebruikte de MATE en paste deze gedeeltelijk aan aan jongeren. De MATE werd gewaardeerd om zijn grondigheid, maar bleek niet goed aan te sluiten bij de situatie van de jongere. Een aanbeveling is om een instrument om verslavingsproblematiek bij jongeren te meten te ontwikkelen, eventueel gebaseerd op de MATE, en dit te toetsen in vergelijking met de EuroADAD.

> Aanbevelingen

Uit de literatuur zijn aanbevelingen naar voren gekomen ten aanzien van toekomstig onderzoek. Zo zou de mogelijkheid van geïndiceerde preventie via E-health moeten worden onderzocht. Ook is er meer onderzoek nodig naar waarom bepaalde problemen samen voorkomen en hoe dit het beste kan worden voorkomen. Daarbij moet eveneens worden nagegaan in hoeverre het mogelijk is om interventies te ontwikkelen die aansluiten bij de neurologische ontwikkeling van jongeren: in welk opzicht en in welke ontwikkelingsfase moeten ze worden ontzien, en in hoeverre moeten ze 'getraind' worden?

De verslavingszorg zou separaat van deze rapportage, in overleg en samenwerking met andere partners in de jeugdketen, een visiedocument moeten opstellen waarin visie en beleid ten aanzien van de preventie van middelenproblematiek onder kwetsbare jongeren worden uiteengezet. Daarbij dient aandacht te worden besteed aan te ontwikkelen methodieken en aan bekwaamheidsontwikkeling en opleiding. De in deze opdracht ontwikkelde visie kan een uitgangspunt vormen voor een inspirerend beleidsstuk voor iedereen die zich met het welzijn en de zorg voor jongeren bezig houdt,

en dat bepalend is voor de komende jaren.

Bij het uitwerken van een visie was het van belang toekomstige samenwerkingspartners hierbij te betrekken, om een basis te leggen voor de gewenste integrale aanpak. De visie van bijvoorbeeld Justitie op de aanpak van middelenmisbruik onder jongeren verschilt van die van de verslavingszorg. In de justitieketen wordt middelenmisbruik voornamelijk beschouwd als dynamische criminogene factor, en niet zozeer als een gezondheidsprobleem. Dit is niet per se een knelpunt, maar het geeft wel aan dat er vanuit een ander perspectief en met een ander doel naar middelenmisbruik wordt gekeken (e.g. voornamelijk vanuit het oogpunt van de kans op criminele recidive). Het op elkaar afstemmen van deze verschillende perspectieven zou de intersectorale samenwerking bevorderen. Een uitgewerkte visie zou, aldus de onderzoekers, tot de constatering kunnen leiden dat een jongere-specifieke bijlage aan het Masterprotocol moet worden toegevoegd.

3. Adviescommissie en vervolgplannen

Inleiding

Het in hoofdstuk 2 besproken rapport *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik* vormde de belangrijkste input voor de adviescommissie die begin 2011 een rapport uitbracht met als leuzen: bevorderen gezondheid en weerbaarheid, vergroten veiligheid en besparen kosten zorg. Het rapport was getiteld: *Van kwetsbaar naar weerbaar; verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden*. Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving. Utrecht, maart 2011

1. Adviescommissie

Begin 2010 stelde Resultaten Scoren de Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving in. De opdracht luidde om op grond van de voornoemde studie naar kwetsbare groepen voor verslavingsgedrag concrete aanbevelingen te doen voor de betrokken instellingen, overheden en Resultaten Scoren zelf. De commissie stond onder voorzitterschap van prof. dr. Rutger-Jan van der Gaag.

Hieronder volgt een excerpt van de analyse en de standpunten van de adviescommissie. In het tweede deel van dit hoofdstuk staat kort beschreven wat met dit advies vervolgens is gedaan.

Achtergronden

In de in het vorige hoofdstuk besproken studie van het IVO staan overzichten van risico's en beschermende factoren die verband houden met middelengebruik en aan middelengebruik gerelateerde problematiek. De adviescommissie kon zich in grote lijnen vinden in de analyse van het IVO.

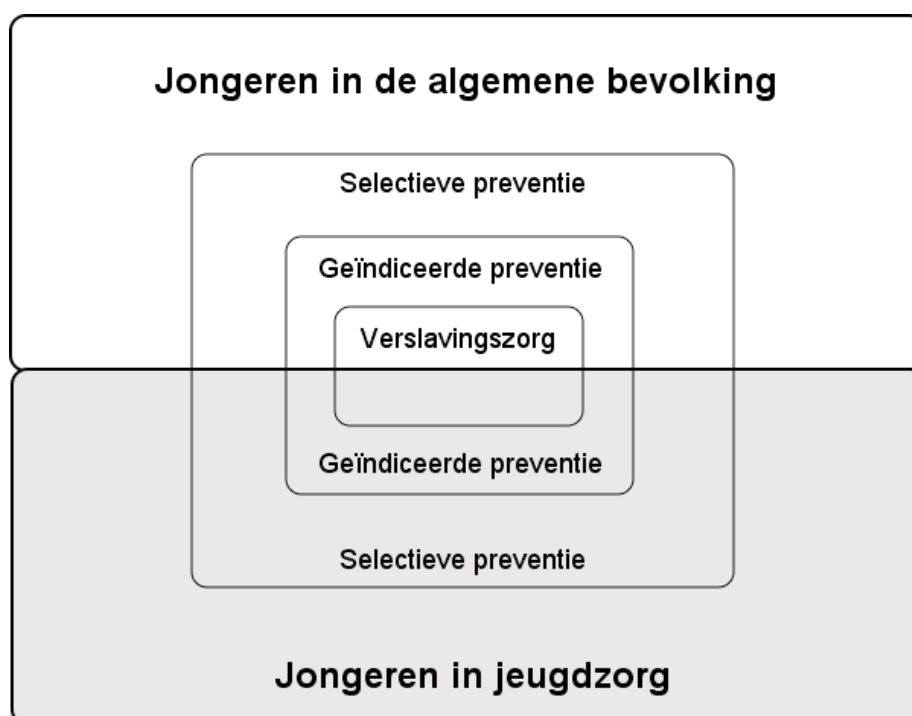
De commissie onderscheidde twee groepen die specifieke aandacht behoeven. Er is een groep jongeren die door erfelijke aanleg, vroege verstoringen in het opvoedingsmilieu en opgroeiend onder stressvolle omstandigheden een sterk verhoogd risico loopt op het misbruiken van middelen en het ontwikkelen van verslavingsgedrag. Het tijdig in beeld krijgen van deze groep is van groot belang, lukt dit niet dan komen deze jongeren uiteindelijk in de verslavingszorg terecht. Dan blijkt ook dat er vaak nog andere problemen zijn (zoals gedragsstoornissen, angst en depressie). Middelengebruik verlaagt de drempel voor verschillende vormen van psychopathologie.

Daarnaast is er een groep jongeren die allerlei vormen van psychopathologie vertoont (angst, depressie, agressie) en daarvoor in behandeling is bij een instelling voor jeugdzorg. Omdat de risicofactoren voor het ontstaan van psychopathologie een grote overlap vertonen met die voor middelengebruik, loopt een belangrijk deel van deze groep ook een risico op het ontwikkelen van verslavingsgedrag. Het niet tijdig onderkennen van dit laatste risico maakt dat een aantal van deze jongeren uiteindelijk ook in de verslavingszorg zal belanden.

In de onderstaande figuur worden de twee genoemde groepen in beeld gebracht. Bij beide groepen is het van groot belang de risico's op middelengebruik tijdig te onderkennen. Dit wordt in de figuur aangeduid met selectieve en geïndiceerde preventie.

Selectieve preventie is gericht op jongeren die vanwege hun achtergrond een risico lopen op middelen misbruik of –afhankelijkheid maar bij wie nog niets zichtbaar aan de hand is. *Geïndiceerde preventie* is gericht op concrete, individuele gevallen waar sprake is van verhoogd risico en tekenen van beginnend middelengebruik. In dit advies ligt de focus op deze twee vormen van preventie. Hiermee vindt het tijdig onderkennen plaats dat moet voorkomen dat jongeren uit beide groepen uiteindelijk in het hart van het model terecht komen, in instellingen voor verslavingszorg.

Het gebruik van middelen als alcohol en drugs door jongeren in een kwetsbare positie is een belangrijke – te beïnvloeden – determinant van psychische en sociale problemen op latere leeftijd. De eerste ervaringen met middelen vinden plaats in het gezin of vriendengroep. Interventies moeten daarom (ook) op deze sociale systemen gericht worden.



In de leeftijdsgroep 12 tot 18 jaar is nog weinig sprake van verslaving en vooral sprake van *misbruik*, zoals te vaak en teveel drinken met schadelijke gevolgen. Een recent inzicht is dat middelengebruik een schadelijke invloed heeft op de rijpingsprocessen van het brein, die pas rond de jongvolwassenheid voltooid zijn. In de leeftijdsgroep tussen 18 en 24 jaar kan misbruik overgaan in verslaving.

De commissie achtte het verstandig de groep tussen 12 tot 24 jaar te benoemen als de gezamenlijke doelgroep voor verslavingszorg, jeugdhulpverlening, jeugdgezondheidszorg en jeugd GGZ.

Jongeren met middelenmisbruik worden niet alleen onvoldoende herkend (problemen worden te vaak gebagatelliseerd), het ontbreekt (ook in de jeugdzorg) aan een consistente visie op normen en waarden met betrekking tot middelengebruik. De

jeugdhulpverlening is helaas versnipperd en door verschillende financieringsbronnen verdeeld. Hierdoor dreigen jongeren met middelenmisbruik en hun gezinnen tussen wal en schip te vallen.

Er bestaat een aantal effectieve interventiemethodes maar deze zijn te weinig bekend en worden te weinig toegepast. Verder is er is geen systematisch wetenschappelijk onderzoek om de omvang, aard en behandeling van het probleem van middelenmisbruik bij jongeren goed te diagnosticeren (letterlijk het *door-kennen* van het individuele geval) en de risico's en beschermende factoren op waarde te kunnen schatten.

De commissie stelde dat kwetsbare jongeren te weinig worden geïdentificeerd. En indien zij in de zorg bekend zijn, worden ze te weinig systematisch gevolgd om latere problemen voor te kunnen zijn.

> Kwetsbaarheid

In de afgelopen twee decennia is het gebruik en misbruik van alcohol en drugs door jongeren sterk toegenomen. Nederland scoort ongunstig waar het alcoholgebruik betreft van kinderen tot en met 12 jaar; recente cijfers vertonen gelukkig een iets gunstiger beeld.² Behalve alcohol en drugs is ook aandacht voor roken en allerlei – in potentie verslavende – gewoonten zoals (gokken, gamen, kopen, seks) belangrijk.

Jongeren zijn in het algemeen kwetsbaar voor de gevolgen van middelenmisbruik. De kans op misbruik en verslaving neemt sterk toe als zij te maken hebben met een cumulatie van risico's en door gebrek aan bescherming extra kwetsbaar zijn geworden. Verslaving is een ernstige, naar chroniciteit neigende, aandoening en dient zo mogelijk te worden voorkomen.

Middelengebruik kan verontrustende vormen aannemen. Daar staat tegenover dat er tal van determinanten bekend zijn die zich lenen voor een effectieve interventie. Een recent voorbeeld zijn de campagnes waardoor ouders scherpere grenzen stellen aan het alcoholgebruik van hun kinderen. Het geregeld gebruik van middelen kan op jonge leeftijd ongunstig werken op de ontwikkeling van het brein.

Kwetsbaarheid is op zich een normale eigenschap: alle mensen lopen de kans een bepaalde aandoening te krijgen en staan bloot aan bepaalde risico's. Of jeugdigen extra kwetsbaar zijn voor de gevolgen van het gebruik van middelen en de kans lopen daaraan verslaafd te raken of juist weerbaarheid en veerkracht vertonen, is de uitkomst van: biopsychosociale regulatieprocessen die zich afspelen op het niveau van het kind, het gezin en het niveau van school en overige sociale verbanden, en eventuele verstoringen die daarin zijn ontstaan.

Het is de optelsom van de processen en omstandigheden die zorgen voor normale en eventueel extra *beschermingen* én normale en eventuele *abnormale bedreigingen* van een evenwichtige ontwikkeling van de jongere. Omstandigheden die statistisch verband houden met extra risico's (in dit geval voor gebruik, misbruik of verslaving) worden

² Dorsseleer, S. van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, S. de, Verdurmen, J. Bogt, T. ter & Vollebergh, W. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. HBSC 2009*. Utrecht: Trimbos Instituut.

aangeduid als *risicofactoren*. Uit het IVO-rapport volgde, zie het vorige hoofdstuk, een bruikbare indeling in risicofactoren en beschermende factoren in verband met misbruik van middelen.

Ouders en opvoeders zijn, tezamen met huisartsen en medewerkers in onderwijs, politie, jongerenwerkers, sportverenigingen, centra voor jeugd en gezin, jeugdzorg en Jeugd-GGz, direct betrokken bij de gevolgen van het misbruik van middelen.

Het is van belang al vroeg te kunnen bepalen welke jongeren een verhoogd risico hebben op riskant of escalerend middelengebruik. Een jonge aanvangsleeftijd van middelengebruik vormt een eerste waarschuwingssignaal. Met vroeg handelen kan veel zorggebruik in een latere fase worden voorkomen mits het lukt het risico op middelenmisbruik en -afhankelijkheid en bijkomende problemen te verminderen. Het in beeld krijgen van de jongeren met een sterk verhoogd risico heeft daarom prioriteit.

De risico's op middelenmisbruik en -afhankelijkheid houden verband met een familiegeschiedenis waarin verslaving relatief frequent voorkomt. Dit risico is nog eens verhoogd als de betrokkenen veel stress hebben meegemaakt of zeer stressgevoelig zijn (óf juist heel weinig op stress lijken te reageren). Sterke impulsiviteit, weinig zelfregulatie, hoge sensitiviteit voor genot, en weinig uitstel van beloning zijn kenmerkend voor risicjongeren. Ook psychische problematiek speelt hierbij een rol en moet worden meegewogen bij de inschatting of jongeren riskant middelengebruik kunnen gaan vertonen. Zowel internaliserende problemen (angst, depressie) als externaliserende problemen (agressief, antisociaal gedrag, ADHD) kunnen de kans op misbruik van middelen vergroten.

Gezien de voorgaande analyse achtte de commissie het gewenst om jongeren die het risico lopen op middelenmisbruik en verslaving al vroeg op te sporen. Een zeer jonge aanvangsleeftijd van het middelengebruik, en op jonge leeftijd al regelmatig gebruiken zijn signalen die niet genegeerd mogen worden.

Het belang van vroegdetectie en vroeginterventie is groot. Veel jongeren experimenteren met middelen zonder dat dit tot misbruik en verslavingsgedrag leidt. Voor een vroegtijdige benadering van jeugdigen (i.h.b. ook degenen die zich in een hulpverleningstraject bevinden) zal het daarom van groot belang zijn die groepen te identificeren waarbij de kwetsbaarheid voor verslaving sterk is verhoogd. Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie leveren gezondheidswinst, voorkomen maatschappelijke overlast als gevolg van aan misbruik gerelateerde randverschijnselen en het bespaart kosten op langere termijn. Daarbij moet een accent worden gelegd op kinderen en jongeren (in toenemende mate ook meisjes) die een verhoogde kwetsbaarheid hebben en die nu nog niet bereikt worden.

In het algemeen geldt dat op dit moment kansen onvoldoende benut worden om mensen met een hoog risico op middelenmisbruik en verslavingsproblemen vroegtijdig te behandelen. De kosten van preventie en zorg zijn in de fase voorafgaand aan het werkelijke probleem relatief laag (in vergelijking met de kosten bij een chronische verslaving). Het probleem is dat beschikbare interventies voor vroeginterventie nog nauwelijks toegepast worden en dat hiervoor onvoldoende capaciteit op de juiste plaats wordt vrijgemaakt. Op de achtergrond speelt mee dat die interventies vaak sterk op een

probleem zijn gericht; niet op het geheel van kwetsbaarheden en beschermende factoren.

Het aanbod aan voorzieningen

De hulpverlening aan kwetsbare jongeren is versnipperd en slecht op elkaar afgestemd. Door betere afstemming tussen instellingen kan de kwaliteit verbeteren door hogere effectiviteit en kunnen middelen beter worden ingezet. De verslavingszorg richt zich op jongeren die aan het eind van de keten zitten, die al ernstige problemen hebben op het vlak van misbruik of verslaving. Andere instellingen binnen de jeugdhulpverlening zien vooral jongeren met risico op problemen ten gevolge van middelenmisbruik. In de jeugdhulpverlening worden risicjongeren echter onvoldoende herkend of wordt dergelijk risicogedrag te vaak als uitsluiting gehanteerd. Dit gebeurt omdat men er onvoldoende mee kan omgaan en omdat al dan niet ten onrechte wordt gevreesd dat deze jongeren anderen tot gebruik van middelen zullen aanzetten. Voor bestaand middelengebruik is vaak te weinig aandacht. Binnen de verslavingszorg is er dan weer te weinig oog voor andere problemen dan middelenmisbruik en verslaving.

Door betere samenwerking moet een coherent aanbod worden gecreëerd. Hierin wordt de verslavingszorg gezien als een eindstation voor ernstig misbruikende jongeren. Deze sector omvat een groeiend netwerk van jeugdverslavingszorg en dubbele diagnosevoorzieningen (ambulante zorg en 300 bedden over het land verspreid). Voorliggende instanties spelen eveneens een belangrijke rol. Die moeten immers uitgerust zijn om jongeren die kwetsbaar zijn of risico lopen op het ontwikkelen van middelenmisbruik gepaste hulp te bieden, met als doel misbruik te voorkomen of te verminderen zodat doorverwijzing naar de verslavingszorg kan worden vermeden. Het betreft een aanzienlijk deel van de populatie jongeren in deze instellingen.

Gepaste hulp houdt vooreerst in dat een methode van diagnostiek beschikbaar is en gebruikt kan worden. Kwetsbare jongeren dienen tijdig en gericht te worden herkend. Daarnaast moeten interventies gericht op geïndiceerde en selectieve preventie van deze kwetsbare populatie standaard een onderdeel te vormen van hun aanbod.

Bij de professionalisering van de voorliggende instellingen speelt de verslavingszorg een belangrijke rol, omdat in deze sector specifieke kennis en ervaring aanwezig is. Door outreachend te werken ten opzichte van voorliggende instellingen kan expertise ingebracht worden en geborgd worden. Hierbij dient te worden geëvalueerd in welke mate de geprotocolleerde deskundigheidsbevordering, die de verslavingszorg in samenwerking met het Trimbosinstituut heeft ontwikkeld, geschikt is.

Door laagdrempelige consultatie moet er ook verbetering worden bereikt in de mogelijkheden om naar elkaar te verwijzen. Zo moet ervoor gezorgd worden dat jongeren met ernstige problemen op het vlak van misbruik van middelen tijdig en laagdrempelig worden doorverwezen naar de verslavingssector. Jongeren met dergelijke problemen zijn thans slechts voor een deel bekend bij instellingen voor verslavingszorg. Op het gebied van langerdurende en aansluitende begeleiding bij school en wonen en werken liggen mogelijkheden om na een intensieve behandeling

(detoxificatie) terugval te voorkomen en normale deelname aan de samenleving te bevorderen.

Volgens de commissie zijn er voldoende en gedifferentieerde voorzieningen. Door samenwerking tussen betrokken instanties kan een grote kwaliteitsverbetering worden bereikt. Een belangrijk aspect hierin is het verspreiden van expertise naar jeugdhulpverleningsinstellingen vanuit de verslavingszorg door outreachend te werken.

De instellingen die met jeugdigen te maken hebben kunnen verder gestimuleerd worden om te zorgen voor continuïteit van zorg. De verantwoordelijkheid voor het tot stand brengen van dergelijke samenwerking ligt bij de instellingen. Zij moeten ervoor zorgen dat betrokken jongeren en hun gezinnen niet tussen wal en schip vallen. De overheid heeft als verantwoordelijkheid administratieve en financiële schotten die samenwerking belemmeren weg te werken. De mogelijkheid in de jeugdhulpverlening tot effectieve outreach, transmurale zorg en laagdrempelige consultatie wordt niet enkel door de versnippering maar ook door de financieringssystematiek belemmerd.

De wijze waarop het zorgaanbod is georganiseerd en wordt gefinancierd is volgens de commissie een belangrijk aspect in de verbetering, daar dit vaak belemmerend werkt. Samenwerking tussen financiers (o.a. overheid, zorgverzekeraars) is hierin cruciaal opdat inhoudelijke initiatieven niet stranden ten gevolge van administratieve belemmeringen.

Voorstellen om problemen aan te pakken

Zoals hiervoor is aangegeven zijn er genoeg voorzieningen om problemen aan te pakken. Verder is er een arsenaal aan mogelijke interventies beschikbaar; ten dele zijn deze ook goed onderzocht op effectiviteit. Het schort echter aan samenhang en samenwerking en aan alert, vroegtijdig, signaleren en toepassen van interventies. Daardoor worden kansen gemist en wordt geld inefficiënt besteed. Verder kan een keten van vroegsignalering worden gevormd die is gericht op risicokinderen, middelenmisbruik en verslaving en deze aandacht koppelt aan effectieve en trouwe langdurende vervolgbegeleiding.

De commissie stelde voor dat op korte termijn instellingen, beroepsgroepen en overheid zorgdragen voor de uitvoering van een uitgebreide reeks maatregelen (zie kader).

Maatregelen voor vroegsignalering en vroeginterventie
<p>Ontwikkel een mechanisme voor adequate vroegtijdige signalering van risico's en problemen die verband houden met misbruik en verslaving bij jeugdigen.</p> <p>Het is nodig een screeningsinstrument te ontwikkelen en een methodiek voor signalering en probleeminventarisatie. Daarbij moet goed rekening worden gehouden met ontwikkelingsfase-specifieke kenmerken.</p> <p>Belangrijk is dat regionaal wordt gestimuleerd dat afspraken worden gemaakt <i>wie</i>, in het brede veld van voorzieningen die met jongeren en ouders contact hebben, <i>waarvoor</i> verantwoordelijk is, en dat informatie wordt gedeeld. Deze werkwijze moet goed aansluiten bij signaleringsmethododes en instrumenten voor andere probleemgebieden.</p> <p>Bevorder competenties opdat signalen leiden tot vroegtijdig, effectief handelen.</p>

De praktijk leert dat signalen vaak niet op de juiste plaats terecht komen of dat beroepsbeoefenaren niet weten wat ze ermee aan moeten. Zeker in de 1e lijn zijn signalen aspecifiek en moet het signaleren gericht zijn op meerdere probleemgebieden, waar middelenmisbruik en verslaving onderdeel van uitmaken.

Instellingen moeten afspreken welke doelgroepen zij voor hun rekening nemen, waar schotten kunnen worden weggenomen en hoe gezamenlijk activiteiten worden ondernomen. Individuen met middelenmisbruik en verslaving hebben doorgaans ook andere problemen. Er dient in dat geval aandacht te zijn voor het geheel van problemen.

Verspreid en implementeer kennis over beschikbare en effectieve interventies voor vroegtijdig (preventief) handelen en ontwikkel een systeem voor monitoring over een langere periode.

Voor de aanpak van de problematiek zijn interventies ontwikkeld die toegepast kunnen worden. Uit wetenschappelijk onderzoek komen echter vaak maar matige effecten voor jongeren en die gelden dan ook nog voor specifieke doelgroepen. Wel dient kwaliteit geborgd te worden en de toepassing beter te worden verspreid over het land.

Bij de selectie van interventies moet het accent liggen op het bevorderen van beschermende factoren. En het monitoren van resultaten moet een regulier onderdeel worden van het werk.

Een breuk in de hulpverlening, bijvoorbeeld bij 18 jaar, moet worden voorkomen: continuïteit van zorg dient leidend beginsel te zijn. De benadering van gezinnen heeft de voorkeur boven individuele hulpverlening.

Kortdurende interventies kunnen effectief zijn maar dienen onderdeel te zijn van een regelmatige controle op eventuele ongewenste ontwikkelingen op mogelijk ongewenste neveneffecten.

Stimuleer het wetenschappelijk onderzoek naar effectieve signaleringsmethodieken, screeninginstrumenten, effectieve interventies en het voorspellen van uitkomsten.

Systematische registratie, gebruikmakend van bestaande databanken (NJI, kenniscentrum KJP, Erkenningscommissie gedragsinterventies Ministerie van V&J) zou behulpzaam kunnen zijn om toegankelijkheid en bekendheid te vergroten en de evidentie van interventies op waarde te kunnen schatten.

Ter aanvulling adviseerde de commissie het volgende:

- De verslavingszorg kan op alle niveaus (inclusief beroepsopleidingen) kennis verspreiden gericht op bevordering deskundigheid van andere betrokkenen om hen zo in staat te stellen middelenmisbruik te herkennen en bespreekbaar te maken. Het gaat vooral om kennis over motiverende technieken en de actieve inzet van bemoeizorg verbreiden.
- De hulpverlening voor jongeren met problemen rondom middelenmisbruik en hun gezinnen mag niet belemmerd worden door bureaucratische schotten. De organisatiestructuur van de jeugdhulpverlening dient daarop te worden aangepast.
- Gezinnen/opvoeders kunnen geleerd worden beter om te gaan met middelengebruik en –misbruik. Zij kunnen ook direct worden betrokken bij (dreigend) middelenmisbruik van hun kind(eren).
- In nauwe samenwerking met het veld kunnen op evidentie gestoelde richtlijnen worden geschreven. Thema's zijn: signalering, behandeling en begeleiding van

jongeren met een verhoogd risico op verslaving en hun opvoeders/gezinnen; modulair beschreven behandelprogramma's.

- Begeleiders en behandelaars kunnen feedback worden gegeven over de effectiviteit van hun inzet door de uitkomsten van systematische monitoring (ROM, routine outcome measurement) terug te koppelen.
- Langdurige zorg, begeleiding en terugvalpreventie moet worden bevorderd.
- Het integratief benaderen van de zorg voor jongeren met een verhoogd risico op verslaving én hun opvoeders/gezinnen dient uitgangspunt te zijn. Onderdelen daarvan zijn: zorg, onderwijs, maatschappelijke begeleiding en het bevorderen van zelfstandig, weerbaar leren omgaan met onderkende risico's.

De adviescommissie riep instellingen, beroepsgroepen en overheid op samen te werken rondom deze twee doelen. Voorkom in de eerste plaats dat (kwetsbare) jongeren middelen gebruiken en vooral misbruiken. En zorg in de tweede plaats voor een optimaal op elkaar afgestemd hulpaanbod waarbij vroegsignalering, vroeginterventie en behandeling op de juiste plaats en integraal worden uitgevoerd.

De problemen waar dit advies op was gericht kunnen niet alleen door instellingen voor verslavingszorg worden opgelost. Dat zou een verkeerde situatie in stand houden waarin problemen in een te laat stadium worden aangepakt. Een goede aanpak noodzaakt dat alle instellingen in de 1e en 2e lijn, waar mogelijk jongeren komen, bij deze problematiek betrokken worden. Scholen, huisartsen, centra voor jeugd en gezin, jeugdgezondheidszorg, instellingen voor jeugdhulpverlening en Jeugd-ggz kunnen, samen met meer gespecialiseerde voorzieningen, ervoor zorgen dat door misbruik en verslavingsgedrag bij jongeren te voorkomen op termijn het aantal mensen met een verslavingsprobleem in Nederland aantoonbaar wordt teruggedrongen.

De oplossing van de problemen van kwetsbare jongeren en het misbruik van middelen lukt alleen, aldus de commissie, als in een zo vroeg mogelijk stadium wordt gehandeld. Dit bespaart bovendien kosten die in een later stadium, vanwege de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke en juridische gevolgen van verslavingsgedrag, aantoonbaar hoger liggen. Door het accent te leggen op beschermende factoren worden gezondheid en weerbaarheid bevorderd. Minder verslaving betekent voor de samenleving bovendien meer veiligheid.

Slotconclusie van de commissie

> Verslaving onder kwetsbare jongeren moet ons een zorg zijn.

Onder kwetsbare jongeren is een sterke clustering te zien van risicofactoren voor problematisch gebruik van middelen en verslavingsgedrag. Er is een samenhang met problemen op andere leefgebieden: psychiatrische problemen, delinquent gedrag en sociaaleconomische omstandigheden (dak- en thuisloosheid). En de stapeling van risico's verhoogt de kans op escalatie en chroniciteit.

Om deze redenen is het gewenst om jongeren, die het risico lopen op middelenmisbruik en verslaving, al vroeg op te sporen. Een zeer jonge aanvangsleeftijd van het

middelengebruik, en al op jonge leeftijd regelmatig gebruiken, zijn signalen die niet genegeerd mogen worden.

Er zijn volgens de commissie in beginsel voldoende en gedifferentieerde voorzieningen. Door samenwerking tussen betrokken instanties kan een grote kwaliteitsverbetering worden bereikt. Een belangrijk aspect hierin is het verspreiden van expertise naar jeugdhulpverleningsinstellingen vanuit de verslavingszorg door outreachend te werken. De wijze waarop het zorgaanbod is georganiseerd en wordt gefinancierd is echter een belangrijk aspect in de verbetering, daar dit vaak belemmerend werkt. Samenwerking tussen financiers (o.a. overheid, zorgverzekeraars) is hierin cruciaal opdat inhoudelijke initiatieven niet stranden ten gevolge van administratieve belemmeringen. De commissie achtte het verstandig de groep tussen 12 tot 24 jaar te benoemen als de gezamenlijke doelgroep voor verslavingszorg, jeugdhulpverlening, jeugdgezondheidszorg en jeugd GGZ.

De adviescommissie riep instellingen, beroepsgroepen en overheid op samen te werken rondom twee doelen: (1) voorkom dat (kwetsbare) jongeren middelen gebruiken en vooral misbruiken en leer hen en hun ouders effectief om te gaan met hun kwetsbaarheden en sterke kanten; (2) zorg voor een optimaal op elkaar afgestemd hulpaanbod waarbij vroegsignalering, vroeginterventie en behandeling op de juiste plaats en integraal worden uitgevoerd.

2. Vervolgplannen

Het adviesrapport is besproken in de stuurgroep van Resultaten Scoren, aangeboden aan het ministerie van VWS en bediscussieerd met partners. De in de volgende hoofdstukken besproken onderwerpen zijn hieruit voortgevloeid of, indien er al een ontwikkeling gaande was, hierdoor bijgesteld.

4. Vroegsignalering

Inleiding

Vroegsignalering of –detectie is essentieel bij een problematiek waarbij tijdig handelen sterk van invloed kan zijn op de ernst van het beloop en de mate waarin problemen een chronisch karakter kunnen krijgen. In dit hoofdstuk wordt eerst stilgestaan bij de richtlijn Vroegsignalering middelengebruik of -afhankelijkheid bij jongeren, vervolgens gaat het om de vraag of en hoe hiermee in de praktijk wordt gewerkt.

1. Richtlijn vroegsignalering

Achtergronden

Middelenmisbruik is bij jongeren en jongvolwassenen (leeftijd van 12-23 jaar) veel eerder riskant dan bij volwassenen, omdat zij zowel lichamelijk als psychisch in een kwetsbare fase zitten. Daarom is het van groot belang problemen zo vroeg mogelijk te onderkennen en ze zo snel mogelijk te diagnosticeren en behandelen.

In het kader van het project Resultaten Scoren is door het IVO een richtlijn ontwikkeld voor het vroeg signaleren van middelenproblematiek bij jongeren, om hen vervolgens te motiveren voor en toe te leiden naar zorg. Het woord ‘vroeg’ slaat zowel op vroeg in de levensloop als op een vroegtijdig stadium van het probleem. De richtlijn geeft aanbevelingen en adviezen voor de zorg. Zie verder: A. Snoek, E. Wits, D. van de Mheen, G. Wilbers (2010). *Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren*. Amersfoort: Resultaten Scoren. In het hierna volgende kader staan de kenmerken van de doelgroep beschreven.

Kenmerken doelgroep
<p>De doelgroep voor de richtlijn zijn jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar; de gebruikers van de richtlijn zijn professionals die met jongeren werken. Richtlijnen zijn documenten met aanbevelingen, adviezen en instructies ter ondersteuning van besluitvorming in de zorg. Hier bedoelen we ermee: van de literatuur afgeleide handvatten voor de praktijk, voor het opzetten van vroegsignaleringsprojecten.</p> <p>Vroegsignalering van riskant middelengebruik is het reageren op signalen die aangeven dat zich misschien een probleem ontwikkelt. Om de ernst van het gebruik in te schatten zijn er de volgende handvatten:</p> <p>GEBRUIKTE HOEVEELHEID Onder de zestien jaar is elk gebruik problematisch. Voor alcohol is vanaf zestien jaar het advies gemiddeld minder dan twee glazen per dag (voor jongens) of gemiddeld minder dan een glas per dag (voor meisjes). Voorts niet elke dag drinken, geen binge-drinken en geen drank als je aan het verkeer deelneemt.</p> <p>Cannabisgebruik onder de zestien jaar is taboe; boven die leeftijd wordt het als misbruik aangemerkt wanneer er minstens drie maanden lang sprake is van ten minste wekelijks gebruik. Harddrugsgebruik is in alle gevallen problematisch.</p> <p>DSM-IV-CRITERIA Van middelenmisbruik is sprake als er in twaalf maanden minstens een van de volgende situaties voorkomt:</p> <ul style="list-style-type: none">• niet kunnen voldoen aan verplichtingen van werk, school of thuis;

- fysiek gevaar lopen;
- in aanraking komen met justitie;
- doorgaan met gebruik, ondanks terugkerende problemen.

Van afhankelijkheid (of verslaving) spreken we als er naast misbruik ook sprake is van minstens drie van de volgende kenmerken:

- tolerantie ofwel behoefte aan steeds meer om hetzelfde effect te bereiken;
- ontwenningverschijnselen bij stoppen;
- langer gebruik van het middel dan men van plan was;
- vergeefse pogingen om het gebruik te temperen;
- besteden van veel tijd om het middel te verwerven;
- voortzetten van het gebruik, ondanks het besef dat het tot problemen leidt.

> Hoe werkt vroegsignalering?

Voorafgaand aan het opzetten van een project gericht op vroegsignalering is informatie nodig van alle bij jongeren betrokken organisaties en personen. Er kan niet genoeg benadrukt worden dat samenwerking van groot belang is; de vraag stuurt daarbij de samenwerking. De eerste stap is de keuze van een doelgroep (breed of specifiek en bereikt of niet-bereikt). De doelgroep kan een specifieke risicogroep zijn (bijvoorbeeld spijbelaars). Vervolgens analyseert men de problematiek en wordt gekozen voor een van de volgende opties: aansluiting zoeken bij een bestaande keten; een nieuwe keten opzetten. Voorbeelden van bestaande ketens zijn de zorg- en adviesteams (ZAT), het veiligheidshuis en het jongerenloket. Vervolgens dient men een analyse te maken van de te verwachten problemen en een meetbaar effect te bepalen van de vroegsignalering.

Een volgende stap is het inventariseren van de partijen (inclusief hun belangen) die nodig zijn om de opkomende zorgvraag te beantwoorden en het inventariseren van de bestaande keteninitiatieven rond de doelgroep. Ook het analyseren van de geldende norm voor middelengebruik - zowel in de doelgroep als bij de ketenpartners - is noodzakelijk, omdat daarover tussen de partners nadrukkelijk consensus moet bestaan.

Bij de eerste optie is het vereist om de aandacht voor middelenproblematiek bij de partners te peilen en daarna de organisatorische randvoorwaarden vast te leggen (zoals afspraken over inhoudelijke en organisatorische hoofdverantwoordelijkheid, financiën en onderlinge communicatie). Concretiseer vervolgens de doelen van de samenwerking en evalueer deze periodiek. Om een beeld te krijgen van de problematiek en de omvang daarvan is het gebruik van een 'screener' raadzaam. Nadat de keuze voor een bepaalde screener is gemaakt, is een training in het gebruik ervan wellicht noodzakelijk.

Vervolgens kunnen de juiste methodieken worden gekozen voor het signaleren en motiveren. Een beslispoint is daarbij of externe professionals het gedrag van de jongeren met hen gaan bespreken, of dat (eventueel extra getrainde) eigen medewerkers dit gaan doen. De resultaten van de motiverende gespreksvoering dienen uiteraard regelmatig aan een vooraf overeengekomen evaluatie te worden onderworpen, waarbij ook de vervolgstappen in de behandeling aandacht krijgen.

Bij de tweede optie moeten eerst de ketenpartners worden bepaald en bij het proces worden betrokken. Daarna worden weer dezelfde stappen doorlopen als bij een bestaande keten. Belangrijk is tevens om aandacht te besteden aan het zichtbaar maken van de samenwerking, zowel op uitvoerend niveau als op het niveau van het management, en het evalueren van de keten op strategisch niveau. Enkele voorbeelden van ketens: vroeginterventie en preventie, ouders, peers en naasten, veld en voordeur (bijv. veldwerkers en de eerste lijn) en behandeling (bijv. ggz, justitie en verslavingszorg).

> Implementatie

Bij de implementatie moeten, aldus de opstellers van de richtlijn, drie gebieden speciale aandacht krijgen: de implementatie van screeners in relevante settings, de implementatie van methodieken voor motiveren en signaleren, en de invoering van de ketensamenwerking. Implementatie verloopt steeds in drie stappen: informeren, trainen en waarborgen en evalueren (zowel op proces als op uitkomst).

INFORMEREN | De betrokken partijen dienen goed geïnformeerd te zijn en de p.r. is gericht op relevante externe en interne geïnteresseerden. Zorg er vooral voor dat de ketensamenwerking praktisch is en een duidelijke structuur heeft.

TRAINEN EN WAARBORGEN | Train de medewerkers en beleg studiedagen en workshops. Trainingen zijn er bijvoorbeeld voor psycho-educatie over middelengebruik, werken met screeners, motiverende gespreksvoering en het opzetten van ketensamenwerking. Zorg voor een degelijke waarborging op directieniveau en het niveau van de uitvoering. Zorg er vooral voor dat de betrokken instellingen dezelfde 'taal' spreken.

EVALUEREN | De samenwerking dient uiteraard periodiek geëvalueerd te worden. Regelmatig kan het daarbij lijken dat er een obstakel is overwonnen, terwijl het dan juist nodig blijkt één of meer stappen terug te doen.

2. Evaluatie van de toepassing

Er worden veel richtlijnen ontwikkeld maar of deze daadwerkelijk worden toegepast en of de handelingsaanwijzingen bruikbaar zijn is nooit vooraf met zekerheid te stellen. Vandaar het belang van een gedegen evaluatie. Deze is uitgevoerd door het IVO.

Achtergronden

Resultaten Scoren heeft het onderzoeksinstituut IVO vervolgens gevraagd om de uitvoering te evalueren van vier praktijken waarin de Richtlijn Vroegsignalering wordt toegepast. Vroegsignalering van middelenproblematiek bij jeugdigen krijgt nog te weinig aandacht van professionals die met jeugdigen werken. In een rapportage is een beschrijving gemaakt van de genoemde vier praktijken. Daarnaast is zijn meer gedetailleerd twintig vignetten (praktijkvoorbeelden) van vroegsignalering onder de loep genomen. Zie verder: C. Barendregt & E. Wits (2013). *Vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren. Voorbeelden van toepassing van de Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of afhankelijkheid in de praktijk*. Rotterdam: IVO.

De aanleiding was de in 2010 verschenen Richtlijn Vroegsignalering middelengebruik of -afhankelijkheid bij jongeren (Snoek, Wits, Van de Mheen, & Wilbers, 2010). De Richtlijn

Vroegsignalering geeft adviezen over hoe een systeem van vroegsignalering van middelenproblematiek kan worden opgezet vanuit de verslavingszorg en -preventie via samenwerking met externe partners zoals jeugdzorg en scholen.

Verbetering van vroegsignalering van middelenproblematiek is van belang omdat middelengebruik bij jongeren en jongvolwassenen veel eerder riskant is dan bij volwassenen, doordat zij zowel lichamelijk als psychisch in een kwetsbare fase zitten. Bovendien betreft het een kwetsbare doelgroep: middelenproblematiek bij jeugdigen gaat vaak gepaard met een opeenstapeling van problemen op andere terreinen (Snoek, Wits, Van der Stel, & Van de Mheen, 2010). Daarom dienen problemen zo vroeg mogelijk te worden onderkend en behandeld. In opdracht van Resultaten Scoren heeft het IVO in 2010 voor verslavingszorginstellingen een richtlijn ontwikkeld voor het organiseren van vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren, in samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, jeugdzorg, scholen of politie.

Omdat Resultaten Scoren belang hecht aan de implementatie van een goede praktijk van vroegsignalering heeft ze vier projecten die werken aan de hand van de Richtlijn Vroegsignalering een uitvoeringssubsidie gegeven. Gehonoreerde projecten waren: Uitrol Make up your mind (VFN Friesland), Intensivering vroegsignalering onderwijs (VFN Drenthe), Training vroegsignalering voor Bureau Jeugdzorg (Overijssel, BzO / Tactus Verslavingszorg; Training vroegsignalering voor Bureau Jeugdzorg (BZ / Mondriaan).

Nogmaals: de richtlijn

Een richtlijn doet aanbevelingen en geeft instructies die een proces van besluitvorming kunnen ondersteunen, in dit geval rondom vroegsignalering van middelengebruik of -afhankelijkheid bij jongeren. De Richtlijn Vroegsignalering geeft adviezen over te gebruiken screeningsinstrumenten en handvatten voor het opzetten van een ketensamenwerking. Afhankelijk van de context (doelgroep, setting, doelstelling, en een eventueel reeds bestaande ketensamenwerking jeugd) wordt een nieuwe samenwerking opgezet of wordt aangesloten bij een bestaande keten. De doelgroep voor de richtlijn zijn jongeren in de leeftijd van 12 t/m 23 jaar; de intermediaire doelgroep wordt gevormd door professionals die met deze jongeren werken.

De Richtlijn Vroegsignalering gaat in op de volgende zes aandachtsgebieden:

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

De richtlijn presenteert per aandachtsgebied afwegingen die ondersteunend kunnen zijn in de besluitvorming. Doelgroep en doel zijn daarin leidend en de context bepaalt hoe de

adviezen in de praktijk vorm krijgen. De richtlijn is niet een rigide stappenplan maar een checklist, een leidraad.

> Toepassing

In de IVO-rapportage zijn verschillende praktijken beschreven waarin vroegsignalering is opgezet vanuit afdelingen voor verslavingspreventie in Nederland. Het doel van de evaluatie die het IVO heeft uitgevoerd was in de *eerste* plaats het vaststellen van bevorderende en belemmerende factoren van het organiseren van vroegsignalering door preventiewerkers in de verslavingszorg. In vier regio's is nagegaan hoe de richtlijn is toegepast tegen de achtergrond van de vaak al bestaande samenwerkingsverbanden met ketenpartners.

In de *tweede* plaats had de evaluatie een procesdoel: het bij elkaar brengen van de verschillende uitvoerende partijen, om de verschillende werkwijzen te bespreken en waar mogelijk op elkaar af te stemmen. Vanuit dit oogpunt zijn drie bijeenkomsten georganiseerd waar de betrokken projectleiders en de onderzoekers ervaringen en kennis hebben gedeeld. Uit gesprekken met de projectleiders van de vier beschreven vroegsignaleringsprojecten bleek dat de richtlijn in grote lijnen volledig is en passend bij de dagelijkse praktijk. Besloten is daarom om de richtlijn niet aan te passen of aan te vullen.

De evaluatie van praktijken voor vroegsignalering in vier regio's is gefinancierd door Resultaten Scoren en kort beschreven in het rapport. Aan de hand van verschillende stappen in de richtlijn twintig praktijkvoorbeelden van vroegsignalering onder de loep genomen om hiervan te leren en om de richtlijn beter toegankelijk te maken.

Lessen uit de praktijk

Een algemene bevinding is dat de Richtlijn Vroegsignalering compleet is en van pas komt op elk moment binnen een samenwerking. In het opzetten van een signalerings- en verwijsp praktijk blijkt de Richtlijn Vroegsignalering nuttig. De opeenvolgende interventies moeten op elkaar worden afgestemd, er moet consensus komen over de gehanteerde gebruiksnorm, over hoe terugkoppeling plaatsvindt en met wie. De richtlijn helpt om de uitvoering integer en gestroomlijnd te laten verlopen, maar het is in de praktijk niet altijd mogelijk en nodig om alle stappen in de richtlijn te volgen zoals beschreven. In het hiernavolgende kader worden de overige geleerde lessen samengevat aan de hand van een aantal thema's uit de richtlijn.

Wat heeft de praktijk geleerd?
<p>Keuze van een doelgroep en inventarisatie van betrokken partijen en keteninitiatieven</p> <p>Deze eerste stappen uit de Richtlijn Vroegsignalering hebben afdelingen voor verslavingspreventie vaak al genomen. Daarbij zien we dat de kennis uit de praktijk vaak vooraf gaat aan de wetenschappelijke onderbouwing. Doelgroepen en vindplaatsen zijn vaak al bekend. Een gedegen onderbouwing van de aanpak is wel belangrijk om een projectopzet te kunnen maken en verantwoorden, bijvoorbeeld richting management of gemeenten. De richtlijn kan hierin als referentiedocument een ondersteunende rol spelen.</p> <p>Bij het opzetten van een vroegsignaleringspraktijk zou de vraag de samenwerking</p>

moeten sturen. In de praktijk blijkt ook het aanbod (bijvoorbeeld een screeningsinstrument en behandel aanbod zoals 'Make up your mind' van VNN) aanleiding te zijn om samenwerking te zoeken. De praktijk laat zien dat preventiewerkers actief instellingen moeten benaderen om samenwerking tot stand te brengen. Lang niet altijd is er sprake van een expliciete vraag bij bijvoorbeeld scholen of ZAT-teams. Voor de samenwerking is het bevorderend wanneer preventiewerkers over een open, vraaggerichte houding beschikken en zoeken naar de mogelijkheden in het veld van jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, onderwijs en justitie. Bevorderend is ook het verwijzen naar de richtlijn bij het leggen van contacten en het introduceren van vroegsignalering, doordat bij het toelichten van bijvoorbeeld de gehanteerde norm van verantwoord middelengebruik de richtlijn hiervoor een onderbouwing geeft. Hieronder gaan we daar nader op in.

Aandacht voor middelen en de norm met betrekking tot middelengebruik bij ketenpartners

In de praktijk blijkt vaak dat op scholen en in de jeugdzorg middelengebruik moeilijk bespreekbaar is en wordt bestraft. Anderzijds zijn jeugdwerkers die veel met kwetsbare jongeren werken gewend geraakt aan het relatief frequente gebruik binnen deze doelgroep. Dit gebruik wordt vaak gebagatelliseerd. Belemmerend voor vroegsignalering is dat om deze redenen (niet bespreekbaar maken, soepele norm) het gebruik wordt genegeerd tot het uit de hand loopt. Een bevorderende factor is het permanent op de agenda zetten van middelengebruik en de beperking van schadelijke gevolgen ervan in de gesprekken tussen jongeren en professionals op scholen en in de zorg. Preventiemedewerkers zouden deze boodschap moeten overdragen op professionals die met kwetsbare jongeren werken. Overeenstemming tussen ketenpartners over de norm en het omgaan met middelengebruik bij jongeren is belangrijk voor een goede samenwerking.

Benodigde screeningsmethoden

Een screeningsinstrument (kortweg 'screener') is een kort en eenvoudig af te nemen instrument. Het is een hulpmiddel om tot een afgewogen professioneel oordeel te komen over mogelijke problemen bij een jongere. Bij een positieve uitslag is doorverwijzing voor diagnostiek en/of behandeling door een verslavingspreventie of –behandelafdeling de vervolgstap. Het werken met een screener bevordert eenduidigheid binnen een team en tussen organisaties doordat het een referentiekader biedt over wat wel en niet als problematisch kan worden gezien. Bevorderend werkt daarbij het creëren van een setting waarin het screenen passend is voor zowel de jongere als de medewerker.

Benodigde methodieken voor motivatie

Bij jeugdzorg en scholen is vaak sprake van handelingsverlegenheid als het gaat om middelenproblematiek. Vaak blijkt dat er behoefte is aan een gezamenlijke kennisbasis, maar ook aan het zelf in handen hebben van een aantal instrumenten. Bij meer gespecialiseerde scholen of in de jeugdzorg kunnen medewerkers naast het signaleren ook zelf motiverende interventies uitvoeren. In dit soort settings kan bijvoorbeeld de inzet van peer education bevorderend werken. Het helpt om de bewustwording onder jongeren van de voor- en nadelen van gebruik op een ontspannen en speelse manier te versterken. Een voorbeeld hiervan is de Cannabis Intelligence Amsterdam (CIA).

Vervolgstep(en) in de zorgtoeleiding en uitwisseling van informatie

Voor een succesvolle samenwerking moet de verslavingszorginstelling die de screening aanbiedt zijn voorbereid op mogelijke nieuwe instroom en het vraagstuk van

terugkoppeling naar de verwijzer helder hebben. Voor het terugkoppelen van cliëntgegevens in een ketensamenwerking bleek in een praktijkvoorbeeld een voorkeur te bestaan voor uitwisselen van gegevens tenzij er bezwaren zijn ten opzichte van het omgekeerde: niet uitwisselen van gegevens tenzij er zwaarwegende redenen voor zijn.

Niet altijd is er sprake van vroegsignalering van middelenproblematiek in strikte zin. Soms zijn jongeren al langer als kwetsbaar bekend bij instellingen voor zorg en/of welzijn. Ketensamenwerking werkt in deze situaties bevorderend doordat er handvatten ontstaan om in te grijpen. Door goede ketensamenwerking kan er winst worden geboekt door sneller en gecoördineerd groepsgericht in te grijpen wanneer bekend wordt dat het middelengebruik riskante vormen aanneemt.

Bepalen van de rol van externe professionals

De Richtlijn Vroegsignalering vraagt aandacht voor de rol van externe professionals, maar schrijft niet voor wat de gewenste aanpak is. In de praktijk lijkt het erop dat in het onderwijs preventiewerkers docenten niet onnodig willen belasten met standaard screeningsinstrumenten. In de context van school worden docenten op signalen van middelengebruik gesensibiliseerd. Preventiewerkers kunnen de vroegsignalering door docenten bevorderen door bij 'twijfel' of 'een vermoeden van' hun expertise aan te bieden. Dat gebeurt meestal via het ZAT-overleg.

Vaker dan in het onderwijs worden medewerkers van voorzieningen voor jeugdzorg in de beschreven voorbeelden getraind in het afnemen van screeningsinstrumenten. In deze setting is meer individuele aandacht voor de jongeren op verschillende leefgebieden. De jeugdzorg is daarom meer geschikt om systematisch stil te staan bij mogelijk problematisch middelengebruik.

Conclusies

Vroegsignalering van middelenproblematiek bij jeugdigen is niet eenvoudig op te zetten. Naast mogelijke problemen rondom personele capaciteit en financiën moeten ook eventuele inhoudelijke problemen worden opgelost. Zo kan er een discrepantie zijn tussen de norm die een school of zorginstelling hanteert en de norm die preventiewerkers het meest adequaat achten. Verder kan handelingsverlegenheid rondom middelengebruik onderwijs- en zorgprofessionals remmen om vroegsignalering adequaat vorm te geven.

De Richtlijn Vroegsignalering beschrijft dit ingewikkelde proces stap voor stap zodat preventiewerkers afhankelijk van de specifieke context een effectieve samenwerking met jeugdpartners kunnen opzetten. Uit een van de praktijkvoorbeelden blijkt dat de richtlijn relatief weinig aandacht aan de interne organisatie besteedt, terwijl het op orde brengen van de interne keten soms net zoveel aandacht vergt als het opzetten van een samenwerking met ketenpartners. In de komende jaren zal ook de samenwerking met de eigen reclasseringsafdeling aandacht vergen, omdat de verslavingsreclassering vanwege het komende adolescentenstrafrecht zich expliciet gaat richten op de doelgroep van 16 tot 23 jaar. Onderdeel daarvan is het verstevigen van het netwerk van (jeugd-)ketenpartners en het verbeteren van de vroegsignalering van middelenproblematiek bij jeugdige delinquenten (Wits et al., 2012). Ook het behouden van alle nieuw opgezette relaties en beleid vraagt telkens weer om onderhoud en evaluatie. Dit vergt een investering van aandacht, tijd en energie van alle betrokken

partijen. Hoewel de richtlijn hieraan aandacht besteedt is het een punt dat in de praktijk, door de externe gerichtheid van preventieafdelingen, gemakkelijk wordt vergeten.

Ook de benodigde kwaliteiten en vaardigheden van medewerkers in het onderwijs en de jeugdzorg verdienen aandacht. In de richtlijn wordt dit op verschillende plaatsen besproken. Toch is het goed om er nog eens bij stil te staan. De hierboven genoemde handelingsverlegenheid kan worden verminderd door professionals te trainen maar het is juist ook in vervolcontacten van belang met elkaar in gesprek te blijven over methodische aspecten van vroegsignalering.

Tenslotte leert de ervaring dat ouders een belangrijke rol spelen als het gaat om blijvende verandering van middelengebruik van de jongere. Op tal van plaatsen bespreekt de richtlijn de rol van ouders. Maar omdat ketensamenwerking vooral iets is dat tussen organisaties gebeurt, is het goed om de ouderrol nog eens te benadrukken. Waar mogelijk worden ouders betrokken in het preventie- en/of behandeltraject, zowel in het onderwijs als in de (jeugd)zorg. Het mes snijdt aan twee kanten: gedragsverandering bij de jongere wordt bevorderd en ouders krijgen handvatten aangereikt hoe ze met het middelengebruik van hun kind en de onderliggende redenen ervan kunnen omgaan.

5. Samenwerken in de jeugdketen

Inleiding

Het adviesrapport (zie hoofdstuk 3) wees op het ultieme belang van samenwerking tussen instellingen en beroepsgroepen. Hoe verloopt dit in de praktijk? Medewerkers van het IVO deden hier onderzoek naar. Zie verder: C. Couwenbergh & E. Wits (2013). *Samenwerken om bij middelenproblematiek tijdig te signaleren, door te verwijzen en te behandelen. Voorbeelden van verslavingspreventie en -zorg voor kwetsbare jongeren in de jeugdsector*. Rotterdam: IVO.

Achtergronden

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat ze vraaggestuurd werken. Niet hun aanbod, maar de hulpvraag van de cliënt moet centraal staan in de geboden hulp. Dit gegeven is niet nieuw, maar krijgt voor de jeugdsector, waaronder de jeugdverslavingszorg en – preventie een sterke stimulans door de transitie van de jeugdzorg van provincies naar gemeenten. Verschillende jeugd- en preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen zijn de afgelopen jaren (nog) meer naar buiten gericht en integraal gaan werken, samen met verschillende jeugddisciplines en vaak in nauwe samenwerking met partners uit de jeugdsector.

Een goede samenwerking tussen instellingen voor jeugdverslavingszorg (JVZ) en jeugdpartners is van belang om kwetsbare jongeren met middelenproblematiek en bijkomende problemen adequaat te helpen. Een combinatie van problemen zoals verslaving, psychiatrische problemen, delinquent gedrag of een licht verstandelijke beperking (LVB) komt regelmatig voor en vergt in de aanpak een samenspel van verschillende disciplines. In opdracht van Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving, heeft onderzoeksinstituut IVO aan de hand van een praktijkinventarisatie onderzocht hoe deze samenwerking het beste kan worden vormgegeven. Doelstellingen van het project waren:

1. Een overzicht geven van samenwerkingsrelaties tussen jeugdvoorzieningen op het gebied van verslavingsproblematiek in Nederland, inclusief knelpunten en succesfactoren.
2. Een beschrijving maken van de aard, inhoud en het werkproces van vier voorbeeldprojecten, uitmondend in enkele criteria waaraan samenwerkingsrelaties zouden moeten voldoen om een integraal, sluitend aanbod te kunnen leveren.

Dit is gedaan via een veldonderzoek naar de opzet en kenmerken van bestaande samenwerkingsverbanden tussen deze partijen. Met deze inventarisatie werden bestaande initiatieven vanuit de JVZ in beeld gebracht en zijn vier voorbeelden van integrale behandeling van middelenproblematiek (risicovol middelengebruik, misbruik en verslaving) bij kwetsbare jeugdigen in detail beschreven. Er kunnen in dit kader vier typen zorg worden onderscheiden: geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose in een jeugdafdeling, residentiele jeugdzorg, justitiële jeugdzorg voor meervoudige problematiek en ambulante gezinstherapie voor meervoudige problematiek.

Jeugd- en preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen zijn vaak al bij verscheidene samenwerkingsverbanden op het gebied van jeugd aangehaakt, of hebben zelf een samenwerkingsverband opgezet. In het huidige project is nagegaan hoe deze initiatieven in de praktijk verlopen. Vier veelbelovende projecten zijn beschreven door ze gedurende een periode van enkele maanden te bezoeken en meerdere medewerkers te interviewen. Er is gekozen om te focussen op voorbeeldprojecten binnen de behandelcontext, omdat daar de samenwerkingsvorm vaak zeer intensief en complex is, wat voor de inhoud en organisatie veel vragen opwerpt.

De voorlopige resultaten van het gehele onderzoek zijn in 2012 besproken in een Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ waar verschillende experts op het gebied van jeugd aanwezig waren. Toegewerkt is naar criteria waaraan samenwerkingsverbanden zouden moeten voldoen om een integraal, sluitend aanbod te kunnen leveren. Deze zijn in de vorm van aanbevelingen geformuleerd. Onderaan deze samenvatting zijn de beschrijvingen van de onderzochte praktijkvoorbeelden te vinden.

Toenemend belang van samenwerking met jeugdpartners

Doordat middelenproblematiek onder jongeren zo sterk is verweven met problemen op andere leefgebieden (zoals psychiatrische problemen, delinquent gedrag en problematische gezinsomstandigheden), kan er door samenwerking tussen de betrokken zorgverleners nog een grote kwaliteitsverbetering worden bereikt in de behandeling van deze jongeren (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011). Onderdeel hiervan is dat de jeugdverslavingszorg (JVZ) haar cliënten letterlijk verder tegemoet komt en haar expertise breed beschikbaar stelt door meer outreachend te werken. Jongeren die hulp nodig hebben van verslavingszorg of –preventie bevinden zich vaak in andere instellingen. Dat betekent ook dat verslavingszorg en –preventie meer buiten de eigen organisatie en in samenwerking met andere partijen dienen te worden geleverd. Expertisebevordering bij jeugdpartners is daar in veel gevallen onderdeel van.

Vaak ontbreekt het bij jeugdpartners (bijvoorbeeld jeugdzorg en jeugd-ggz) aan de benodigde expertise op het gebied van middelen- en verslavingsproblematiek (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011). Middelenproblematiek wordt onvoldoende herkend en als het wel herkend en onderkend wordt, ontbreekt het niet zelden aan een coherente visie en handelwijze. Ook in het voorkomen dat kwetsbare jongeren problemen ontwikkelen met middelengebruik, kan de JVZ een belangrijke bijdrage leveren in samenwerking met de verslavingspreventie. Door hun expertise in te zetten bij zorgpartners in de eerste lijn kunnen de JVZ en de verslavingspreventie deze instanties ondersteunen bij het in een vroeg stadium helpen van deze jongeren. Zo kan escalatie van de middelenproblematiek en doorverwijzing naar de JVZ zoveel mogelijk vermeden worden. De Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving pleitte er voor om in de JVZ uiteindelijk alleen de ernstige, complexe problematiek te behandelen.

Samenwerken is reeds een sterke kant van de verslavingspreventie en de (jeugd)verslavingszorg: beide zijn maatschappelijk breed aanwezig (ook buiten de zorg) en hebben veel ervaring en netwerken op lokaal niveau. De toenemende marktwerking en de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten zullen deze lokale samenwerking

rondom jeugdigen naar verwachting verder stimuleren. De traditionele sectoren zullen vervagen. De verslavingszorg vervult wat dit betreft een voortrekkersrol voor de rest van de GGZ.

Jongeren die kwetsbaar zijn voor verslaving worden gekenmerkt door een opeenstapeling van problemen. Van de jongeren die met de JVZ in aanraking komen is bijvoorbeeld bijna de helft in aanraking geweest met justitie (IVZ, 2010). Uit de cijfers van IVZ wordt duidelijk dat deze jongeren al veel eerder in beeld waren bij instanties en gescreend hadden kunnen worden op middelenproblematiek. Signaleren en interveniëren kan het beste plaats vinden dicht bij de jongere: op school en in het gezin (Snoek, Wits, Van der Stel & Van de Mheen, 2010). Bij lichte problemen zal het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) idealiter een centrale rol gaan spelen. Wanneer bij matige tot ernstige problemen doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg nodig is, bepaalt de aard van de problematiek welke gespecialiseerde instelling de hoofdrol speelt: JVZ, jeugdzorg (JZ), jeugd-GGZ of jeugdgezondheidszorg (JGZ). Problemen in het gezin of crimineel gedrag van de jongere kunnen ertoe leiden dat hierbij ook justitie (civiel recht of strafrecht) een rol speelt. Al deze partijen dienen hun werkzaamheden onderling af te stemmen om een integrale aanpak, bundeling van kennis en ervaring, continuïteit van zorg en een klantgerichte werkwijze ('1 gezin, 1 plan') te bewerkstelligen.

Inventarisatie en analyse van bestaande samenwerkingsrelaties

Uit de inventarisatie van bestaande samenwerkingsrelaties is gebleken dat instellingen voor JVZ (zowel de behandel- als preventie afdelingen) zeer actief zijn in allerlei vormen van samenwerking met andere jeugdpartners. Omdat deze samenwerkingsverbanden vaak informeel, lokaal, zeer divers en talrijk zijn, is het lastig een compleet beeld op organisatieniveau te krijgen. Uit de inventarisatie kwamen drie algemene typen samenwerkingsverbanden waar de JVZ in participeert naar voren:

1. Samenwerkingsverbanden om af te stemmen (met name gemeentelijke netwerken).
2. Samenwerkingsverbanden om signalering en verwijzing naar zorg te verbeteren.
3. Samenwerkingsverbanden binnen de behandeling of begeleiding.

Deze drie typen samenwerkingsverbanden hebben ieder hun eigen kenmerkende aandachtspunten maar ook enkele algemene. Een vaak gehoord algemeen knelpunt is dat het gebrek aan integrale landelijke wet- en regelgeving en financiering samenwerking belemmert. De financieringssystematiek is daarnaast in beweging met de transitie van de jeugdzorg naar de gemeente. Op een aantal beleidsmatige aandachtspunten heeft de JVZ zelf meer invloed:

- Het afstemmen van protocollen, richtlijnen en ROM tussen de JVZ en de Jeugd-GGZ en jeugdzorg kan samenwerking vergemakkelijken.
- Een gezamenlijke intersectorale visie op middelengebruik, waarin verschillende perspectieven, normen en waarden wordt overstegen, is van groot belang om de (be)handelingsverlegenheid aan te pakken.
- Er is behoefte aan kennis over signalering en motivering bij

verslavingsproblemen bij jeugdpartners van de JVZ. In een co-behandelingsconstructie en met de juiste organisatie bijvoorbeeld, kan de financiële last hiervoor beperkt blijven.

- Samenwerking van JVZ met jeugdpartners kan tot slot worden bevorderd door een goed intern afgestemd aanbod voor jeugd (van preventie tot en met behandeling) binnen verslavingszorginstellingen. De scheiding van preventie, behandelingstaken en verslavingsreclassering is intern vaak duidelijk, maar voor samenwerkingspartners niet altijd helder. Zij willen graag één aanspreekpunt waar ze voor alle problemen terecht kunnen.

Wat betreft het organisatorisch vormgeven van samenwerkingsverbanden rond de behandeling van jongeren met middelenproblematiek komen uit de vier beschreven voorbeeldprojecten enkele relevante succesfactoren naar voren – zie kader.

Succesfactoren in voorbeeldprojecten van integrale behandeling
<p>ONDERHOUDEN VAN RELATIES Korte lijnen en persoonlijke relaties, zowel intern als extern zijn essentieel. Een duidelijk aanspreekpunt of ‘trekker’ helpt om de lijnen kort te houden.</p> <p>VERNIEUWEN De ruimte, tijd en de middelen om te pionieren is van belang. Daarvoor is nodig het directe commitment vanuit het bestuur, het selecteren van het juiste type creatieve en ervaren medewerkers, teambuilding en het creëren van een nieuwe gezamenlijke cultuur.</p> <p>INBEDDEN De afstemming en integratie van de werkwijze met de eigen organisatie is niet altijd eenvoudig en vraagt onderhoud. Vaak wordt binnen de samenwerkingsverbanden onconventioneel en flexibel gewerkt. Dat levert soms spanning op met de werkwijze in de grotere staande organisaties van de samenwerkingspartners. Het initiatief loopt daarmee de kans op een eiland te komen staan. De continuïteit is daarmee in gevaar en het brengt de medewerkers van de samenwerking in een loyaliteitsvraagstuk tussen de verantwoordelijkheden naar hun eigen organisatie en de samenwerking.</p>

Aanbevelingen voor toekomstige initiatieven

Op basis van de resultaten van deze inventarisatie en verdieping zijn een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor samenwerkingsinitiatieven tussen de JVZ en haar jeugdpartners. Zie kader:

Aanbevelingen voor samenwerking
<p>EEN INHOUDELIJKE BASIS Stel vanuit een gezamenlijk gevoelde noodzaak en urgentie een visie op de aanpak en inhoud van de samenwerking vast.</p> <p>DUIDELIJKE AFSPRAKEN Maak vervolgens afspraken over taken en verantwoordelijkheden, regie, financiering en informatie-uitwisseling. Verlies daarbij niet uit het oog dat alle hulpverleners de plicht hebben ‘verantwoordelijkheid’ te nemen voor hun cliënt.</p> <p>DE JUISTE MENSEN Goede persoonlijke relaties en onderling vertrouwen binnen een samenwerkingsverband zijn cruciaal. Om dat te bereiken is - naast een gedeelde inhoudelijke visie en duidelijke afspraken - ook het juiste profiel van medewerkers nodig. Bij complexe problemen die meerdere sectoren bestrijken moet soms worden geïmproviseerd en naar pragmatische oplossingen worden gezocht.</p>

EEN STEVIG MANDAAT EN VERTROUWEN VANUIT DE EIGEN ORGANISATIE | Steun en ruimte vanuit het management en bestuur is noodzakelijk om iets nieuws te kunnen ontwikkelen. Integrale zorg vraagt soms om een andere benadering en organisatie van werken. In plaats van sturing op processen en output (controle en beheersing) zou er meer sturing op outcome (maatschappelijke opbrengst) kunnen plaatsvinden.

EEN GOEDE INBEDDING IN DE EIGEN ORGANISATIE | Een samenwerkingsverband kan een positieve spin off hebben naar de bredere organisatie. Het kan een inspirerend nieuw perspectief brengen en uitnodigen om ook over de eigen interne schotten heen te kijken en te werken aan de integratie van preventieve en behandelingsactiviteiten en verslavingsreclassering.

INBEDDING IN DE BREDERE KETEN | Om goede en continue zorg te garanderen, moet ook het verdere zorgpad worden gewaarborgd. Te vaak is een (verleden van) verslaving een contra-indicatie voor een vervolgplek in een kamertraining/ begeleid wonen programma. Oplossingsrichtingen zijn bijvoorbeeld om samen met een RIBW een gespecialiseerd aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep of om deze jongeren bij hun uitstroom zelf ambulant te blijven begeleiden.

LANGE TERMIJNVISIE | Een samenwerking wordt vaak pas na een aantal jaren productief en rendabel, dus een langere termijn perspectief en regelmatige evaluatie zijn belangrijk. Borging van een bestaande samenwerking blijft ook op de langere termijn tijd vragen.

6. Zorgindicatie – MATE-Y

Inleiding

Een effectieve behandeling veronderstelt een zo scherp mogelijke zorgindicatie op grond van een zorgvuldige analyse. De MATE is daarom aangepast om te voldoen aan de specifieke kenmerken van jongeren. Zie verder: G.M. Schippers & T.G. Broekman (2013). *MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nederlandse bewerking: G.M. Schippers & T.G. Broekman.* (Verschijnt op de website van Resultaten Scoren.)

Achtergronden

De MATE is een door Schippers en Broekman ontwikkeld instrument voor het betrouwbaar, valide en in de klinische praktijk relevant en goed toepasbaar meten van kenmerken van mensen met een verslavingsprobleem. Het doel is indiceren (triage), meten van voortgang (monitoren) en het meten van resultaten (evaluatie) van de zorg.

De MATE-Y (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie bij Jeugdigen [Youth]) is ontwikkeld om een instrumentarium ter beschikking te stellen aan de jeugdverslavingszorg en de jeugd-ggz voor de vaststelling van kenmerken van jeugdigen met middelenproblematiek en verslaving die met professionele hulpverlening in aanraking komen. De ontwikkeling van de MATE-Y is mede mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van ZonMw en Resultaten Scoren. Het doel van dit project is het door goede meting terugdringen van blinde vlekken in de genoemde sectoren.

De MATE-Y is een variant van de MATE, die in 2007 is samengesteld als nieuw, Europees instrument dat bij de tijd is, conceptueel en empirisch voldoende onderbouwd is en dat wat betreft terminologie en metingen niet apart staat, maar goed geïntegreerd is in de algemene en geestelijke gezondheidszorg.

MATE-Y staat voor Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie, waarbij de Y (youth) staat voor jeugd. Onder jeugdigen verstaan we de leeftijdsgroep van 12-24 jaar, waarbij het zwaartepunt ligt bij de 15-19 jarigen, omdat de gemiddelde leeftijd van jeugdigen met alcohol- of drugsproblemen in de hulpverlening ongeveer 17 is. De MATE-Y heeft als doel het op valide en betrouwbare wijze vaststellen van persoonskenmerken ten behoeve van het stellen van de indicatie voor zorg en behandeling en ten behoeve van de evaluatie van verleende zorg en behandeling. De MATE-Y richt zich op jeugdigen met (mogelijk) problemen met middelengebruik en verslaving, maar bevat onderdelen die evenzeer van toepassing zijn bij niet verslaafde jeugdigen in de geestelijke gezondheidszorg. Dat geldt met name de MATE-Y-ICN: ICF Core set and Need for care, het onderdeel voor het meten van beperkingen in activiteiten en participatie aan de samenleving, de factoren die daarop van invloed zijn en de zorgbehoeften.

Opzet en achtergrond van de MATE-Y zijn identiek aan die van de MATE, onder andere de modulaire opbouw. Enkele modules zijn identiek, maar er zijn in de MATE-Y enkele andere modules opgenomen en sommige modules zijn (sterk) gewijzigd om ze voor jongeren geschikt te maken. In het bijzonder is aandacht besteed aan aanwijzingen voor comorbide psychopathologie, gezien de hoge prevalentie daarvan. Tevens is het meten van het functioneren sterk aangepast.

De handleiding bevat het MATE-Y Afnameformulier en een Protocol met gedetailleerde instructies hoe de instrumenten in de verschillende modules moeten worden afgenomen. Het geeft ook antwoorden op veel gestelde vragen en bevat voorbeelden en tips die helpen bij de toepassing.

> **Uitgangspunten**

Bij de ontwikkeling van de MATE (en daarmee ook de MATE-Y) zijn een aantal uitgangspunten gehanteerd die van belang zijn bij het vaststellen van patiëntkenmerken in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Het instrument dient: functioneel te zijn voor de praktijk van de zorg; acceptabel te zijn voor personen bij wie het wordt afgenomen en zowel behoeften als compensatiemogelijkheden te meten; gebaseerd te zijn op een helder conceptueel kader; uitwisseling van informatie en kennis te bevorderen, ook internationaal, en dus gebaseerd te zijn op de beste van beschikbare (deel)instrumenten.

Onderdelen van de MATE-Y

De MATE-Y is samengesteld teneinde zo zuinig en volledig mogelijk alle informatie te verzamelen over kenmerken van de persoon die relevant zijn voor de toewijzing aan de integrale zorg en behandeling van verslaving en van alle andere aspecten die daarbij een rol spelen en voor de evaluatie van de voortgang van die zorg en behandeling. Rekening houdend met de hiervoor genoemde uitgangspunten zijn negen modules ontwikkeld, te weten:

- Middelengebruik en gedragsverslavingen.
- Stoornissen in het gebruik van middelen en gedragsverslavingen.
- Lichamelijke klachten.
- Indicaties psychiatrisch of medisch consult.
- Behandelingsgeschiedenis.
- Activiteiten en participatie; Zorg en ondersteuning (MATE-Y-ICN).
- Externe factoren van invloed op het herstelproces (MATE-Y-ICN).
- Motivatie voor behandeling
- Middelen: Verlangen

NB: in de handleiding wordt een specifieke nummering van de modules aangehouden die in het onderstaande uittreksel is weggelaten. Zie daarvoor de originele handleiding. In het hierna volgende overzicht staat een uitgebreide toelichting op deze onderdelen.

Toelichting onderdelen MATE-Y

Middelen: Gebruik

Deze module is een interview met een jonge cliënt dat het gebruik van psychoactieve middelen in de afgelopen periode en in de loop van het leven vaststelt. Inventarisatie vindt plaats in een matrix (grid) waarin de

middelen (stoffen) worden benoemd en het gebruik en de gebruiksgewoonte kunnen worden genoteerd. Gevraagd wordt het gebruik in standaardeenheden in de laatste dertig dagen en de hoeveelheid gebruikt op

een kenmerkende gebruiksday. Voorts het aantal jaren regelmatig gebruik. Ook gebruik van nicotine wordt bevraged. Naast middelengebruik wordt ook gevraagd naar gokken en naar andere gedragsverslavingen, bijvoorbeeld gamen. Eetproblemen worden niet in de MATE-Y geïnvventariseerd.

Tenslotte noteert men in dit deel of er ooit middelen zijn geïnjecteed en welk middel of gedrag als Primaire probleemmiddel of probleemgedrag kan worden geïdentificeerd.

De inventarisatie van het middelengebruik wordt zowel gebruikt voor het vaststellen van de verslavingsernst (belangrijk voor triage naar zorgzwaarte) als voor het meten van verandering.

Het interview is grotendeels identiek aan de vergelijkbare module in de MATE. Extra is de mogelijkheid om een andere gedragsverslaving vast te leggen, waarbij vooral gedacht is aan problematisch gebruik van internet door gamen. Ook is er de mogelijkheid om twee in plaats van een andere/overige drugs in te vullen. Bij regelmatig gebruik in het leven worden niet precies dezelfde criteria worden gehanteerd als in de MATE. Zo is het aantal glazen alcohol waarvan het regelmatig gebruik wordt vastgelegd voor jeugdigen lager, wordt maandelijks (in plaats van wekelijks) gebruik van drugs en gokken, en wekelijks (in plaats van dagelijks) gebruik van nicotine, respectievelijk van het optreden van ander verslavingsgedrag beschouwd als regelmatig.

Stoornissen in het gebruik van middelen en gedragsverslavingen

Deze module bestaat nu nog alleen uit de submodule *Stoornis in het gebruik van het Primaire probleemmiddel*. Te zijner tijd zullen de submodules *Stoornis in het gebruik van een ander middel* en *Gokverslaving* worden ontwikkeld.

De gestructureerde interviewvragen in de reeds beschikbare submodule zijn afgeleid van de vragen uit sectie Alcohol & Drugs van de CIDI 2.1 overeenkomstig de ICD-10 en de DSM- IV. In de MATE-Y zijn de CIDI-vragen niet letterlijk overgenomen, maar vereenvoudigd, veelal door ze uiteen te halen. Daardoor is het aantal vragen verhoogd. Bovendien is een vraag over

verlangen toegevoegd omdat dit een criterium is in de DSM-5. Met deze submodule is het mogelijk de diagnoses Afhankelijkheid en Misbruik vast te stellen met behulp van de voor volwassenen opgestelde criteria van de DSM-IV. Omdat de validiteit van deze diagnoses bij jeugdigen niet vaststaat en omdat de criteria na invoering van de DSM-5 zullen veranderen is de te verwachten diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen' nog niet als reguliere MATE-Y-scores in het scoreformulier opgenomen. Deze module wordt ook gebruikt voor het vaststellen van de ernst van de verslaving.

Lichamelijke klachten

In de MATE worden lichamelijke klachten geïnvventariseerd met behulp van de MAP HSS. Het is een vragenlijst waar de persoon het voorkomen van tien lichamelijke

symptomen met voorgegeven antwoorden kan aangeven. Deze lijst is vooral van belang om verandering in het lichamelijke klachtenpatroon te meten.

Indicaties psychiatrisch of medisch consult

Deze module van de MATE-Y heeft dezelfde opzet als module 2 van de MATE, maar is veel uitgebreider door opname van een gestructureerd interview naar psychiatrische

stoornissen die relatief vaak met problematisch middelengebruik en verslaving samengaan, en door opname van aanwijzingen voor enkele andere

symptomen die uit observaties moeten blijken. Het interview in deze module van de MATE-Y helpt vast te stellen of nadere medische of psychiatrische zorg of behandeling dan wel diagnostiek is geïndiceerd.

De module bestaat uit volgende onderdelen:

1. Huidige voorgeschreven medicatie
2. Indicatie psychiatrische stoornissen.
3. Overige kenmerken: Vraag
4. Overige kenmerken: Observatie

Het tweede onderdeel geeft voor ieder van tien psychiatrische stoornissen aan of het waarschijnlijk is dat de diagnose aanwezig is. Het zijn sociale fobie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen, depressie, manie of manische depressie, aandachtstekort of hyperactiviteit, oppositionele stoornis en gedragsstoornis. Het is een deel van de Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren (IPSJ), een gestandaardiseerd interview voor het screenen van psychiatrische stoornissen bij jongeren. Het onderdeel is bedoeld voor case-finding. Het is geen diagnose en betekent slechts dat er bij een score op of boven de drempelwaarde reden is voor nader diagnostisch onderzoek.

Op grond van een test met de MATE-Y-proefversie zijn de drempelwaarden van enkele schalen aangepast.

De indicatie voor een psychiatrisch of psychologisch consult kan worden afgeleid uit de volgende gegevens: gebruik van medicatie voor psychische of psychiatrische problemen; indicatie voor een of meer van de stoornissen uit het voornoemde tweede onderdeel; psychotische kenmerken zoals hallucinaties of wanen; aanwijzing voor een verstandelijke beperking, een autismespectrum stoornis, een veiligheidsrisico, of automutilatie. De indicatie voor psychiatrisch of psychologisch consult zal voorts aan de orde zijn als er sprake is van huidige of recente psychiatrische of psychologische behandeling.

De indicatie voor een somatisch medisch consult kan worden afgeleid uit de volgende gegevens: gebruik van medicatie voor verslaving; gebruik van medicatie voor andere somatische aandoeningen; een ernstige of besmettelijke ziekte; zwangerschap. Bij de indicatie voor somatisch medisch consult kunnen verder van belang zijn de lichamelijke klachten die worden geïnterviewd in module *Lichamelijke klachten*.

Behandelingsgeschiedenis

Met deze module wordt in een interview vastgesteld:

- Of en hoeveel eerdere behandelingen voor verslaving de persoon heeft ondergaan. Het gaat om klinische of ambulante behandelingen gericht op verslavingsgedrag, uitgevoerd door een professional en waarbij veranderafspraken over middelengebruik zijn gemaakt.
- Of en hoeveel eerdere andere

klinische of ambulante psychiatrische/psychologische behandelingen de persoon heeft ondergaan.

- Of er sprake is van andere professionele bemoeienis.

De MATE-Y is op dit punt uitgebreider dan de MATE, die alleen de verslavingsbehandelingsgeschiedenis uitvraagt. Ook beperkt de MATE-Y zich niet tot de afgelopen vijf jaar, maar inventariseert ze alle eerder ondergane behandelingen.

MATE-Y-ICN: ICF Core set and Need for care

De MATE-Y-ICN is het onderdeel van de MATE-Y dat vaststelt: in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving, en de externe factoren die daarop van invloed zijn en de zorgbehoeften die daaruit voortvloeien. Deze module is ingericht voor alle personen met (mogelijk) psychische aandoeningen. De MATE-Y-ICN is gebaseerd op de Internationale classificatie van het menselijk functioneren, de ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health). Menselijk functioneren verwijst in de ICF naar functies en anatomische eigenschappen, maar ook naar activiteiten en participatie, dat wil zeggen naar de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

De ICF stelt iemands functioneren vast in de context van gezondheid. Wanneer iemand wel of niet bepaalde activiteiten vertoont of aan zaken participeert op grond van persoonlijke keuzes en niet op grond van (on)gezondheid, dan is dat niet relevant. Crimineel gedrag bijvoorbeeld komt in de ICF niet voor. Om dat vast te leggen moet aanvullend instrumentarium worden gebruikt.

De ICF maakt bij activiteiten en participatie een onderscheid in uitvoering en vermogen. De uitvoering beschrijft wat iemand in zijn/haar bestaande omgeving doet, onder invloed dus van de bestaande (ondersteunende of belemmerende) externe factoren. Onder die factoren valt ook de 'betrokkenheid in een levenssituatie', 'deelname aan' of 'de ervaring van wat beleefd wordt'. Het vermogen beschrijft of iemand een taak of handeling kan uitvoeren.

Bij het meten van verandering in de tijd (bijvoorbeeld of iemand beter of slechter functioneert), ligt het voor de hand de uitvoering te meten. Bij het plannen in de toekomst, bijvoorbeeld bij het toewijzen aan behandeling, zal men eerder het vermogen willen kennen, zodat men kan aansluiten op wat de persoon nog wel of niet kan. Heeft iemand beperkte sociale contacten, dan kan men observeren hoe vaak en hoeveel contact iemand (nog) heeft in een bepaalde tijd (uitvoering), men kan ook vaststellen dat

iemand een tekort heeft aan sociale vaardigheden (vermogen). In de MATE-Y-ICN is ervoor gekozen om de uitvoering te beoordelen en niet het vermogen. De reden is dat op dit punt in de MATE-Y de functie van evaluatie voorop is gesteld. In de MATE-Y-ICN dient dus vastgesteld te worden of de persoon iets doet of dat er met hulp van buiten iets gedaan wordt. Het gaat er niet om wat de persoon zelf, al dan niet met hulp, zou kunnen. Het gaat om het functioneren in een bepaalde episode. Standaard wordt het functioneren in de afgelopen maand (30 dagen) beoordeeld.

Problemen in het functioneren van mensen zijn het gevolg van de wisselwerking tussen persoon en omgeving. Externe factoren in de omgeving beïnvloeden de functionele gezondheidstoestand van een persoon. Deze invloed kan belemmerend of ondersteunend zijn.

De module *Activiteiten en participatie; Zorg en ondersteuning* (MATE-Y-ICN) beoordeelt de ondersteuning die voorzieningen geven op daargenoemde domeinen van functioneren. Het gaat om allerlei gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. De module *Externe factoren van invloed op het herstelproces* (MATE-Y-ICN) beoordeelt andere factoren die van invloed zijn op het herstel van de persoon. Herstel betekent hier niet alleen het veranderen van alcohol of druggebruik, maar in het algemeen herstel of verbetering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Vijf groepen factoren zijn geselecteerd voor beoordeling: naaste familie; belangrijke ouderen buiten de naaste familie; leeftijdgenoten; juridische voorzieningen; andere externe factoren. Externe of omgevingsfactoren kunnen dus een ondersteunende of belemmerende rol spelen. De grootte van die invloed is van belang en hangt af van de aard van de factor. Sommige factoren zijn alleen al door hun aanwezigheid van betekenis. Verder kan van belang zijn de toegankelijkheid van de voorziening en de kwaliteit van de bevorderende factor. Ook bij belemmerende factoren moet men in aanmerking nemen of en hoe vaak en hoe ernstig de belemmering

zich voordoet, en of de factor vermijdbaar is voor de persoon.

De ICF geeft algemene richtlijnen voor de beoordeling maar geen precieze definities. Om die reden zijn voor de MATE-Y-ICN uitvoerige instructies gemaakt voor afname, ondersteund met omschrijvingen, tips en suggesties per domein en factor en welomschreven ankerpunten per scoringscategorie. Bovendien zijn in de MATE-Y-ICN bij de meeste domeinen en factoren een aantal aspecten genoemd. Daarmee kunnen de domeinen waarop de beperkingen in het functioneren betrekking hebben en de invloed op de externe factoren nader worden gespecificeerd. Het aangeven van een of meerdere aspecten geeft nader inzicht in waar de beperking of de invloed precies in zit.

Module *Activiteiten en participatie; Zorg en ondersteuning* van de MATE-Y-ICN beoordeelt op de negentien geselecteerde domeinen:

- De beperking in de uitvoering van, ofwel de moeite die de persoon heeft met de betrokken activiteit of participatie (van geen tot volledig). En: op welk aspect of aspecten van dat domein de beperking betrekking heeft.
- De hoeveelheid zorg of ondersteuning (wanneer van toepassing) die de persoon krijgt van diensten of instituties (van geen tot volledig).
- De behoefte aan zorg die de assessor vindt dat de persoon nodig heeft (ja of nee).
- De behoefte aan zorg die de persoon zelf vindt nodig te hebben

(ja of nee).

- Taak van de instelling, namelijk of de instelling bereid en in staat is de betreffende zorg te bieden (ja of nee).

De module *Externe factoren van invloed op het herstelproces* van de MATE-Y-ICN beoordeelt op de vier geselecteerde externe factoren:

- De grootte (van geen tot meer dan aanzienlijk) van de positieve respectievelijke negatieve invloed van iedere factor die aanwezig was in de afgelopen 30 dagen en invloed heeft op het herstel; de aard van de factor moet nader worden toegelicht. En: op welk aspect of aspecten van de invloed van die factor dit betrekking heeft.
- De behoefte aan zorg die de hulpverlener vindt dat de persoon nodig heeft (ja of nee).
- De behoefte aan zorg die de persoon zelf vindt nodig te hebben (ja of nee).
- Taak van de instelling, namelijk of de instelling bereid en in staat is de betreffende zorg te bieden (ja of nee).

De MATE-Y-ICN wordt gebruikt voor het vaststellen van de mate van sociale (des)integratie die van belang is voor de triage naar zorgzwaarte en voor de triage naar compenserende vormen van zorgverlening, zoals ondersteuning, maatschappelijke rehabilitatie, therapie of vaardigheidstraining. Verder is de MATE-Y-ICN geschikt voor het meten van verandering in functioneren in de tijd.

Motivatie voor behandeling

In de motivatie voor behandeling wordt in de MATE-Y het volgende onderscheiden: erkennen dat er een probleem is (probleemherkenning); vinden dat er hulp nodig is (hulpwens); bereid zijn hulp of

ondersteuning te aanvaarden (behandelbereidheid) Deze module legt alle drie aspecten vast voor de persoon. Van het gezin alleen of dat vindt dat het zelf een

hulpwens heeft en of het bereid is hulp te aanvaarden.

Voor adolescenten noch voor het gezin (in het algemeen) zijn op dit moment bruikbare gestructureerde instrumenten beschikbaar om deze aspecten vast te leggen. Vandaar

dat het wordt overgelaten aan de assessor om dit op grond van diens contacten met persoon en het gezin te beoordelen op een vijfpuntsschaal. Tenslotte legt de module vast of de assessor vindt dat er hulp nodig is voor de persoon, respectievelijk voor het gezin.

Verlangen

Als maat voor het verlangen naar middelen (zucht, trek, craving) is een module in de MATE-Y die bestaat uit enkele vertaalde items uit de A-OCDS waarvan de items vereenvoudigd zijn. (NB: de A-OCDS staat voor de Adolescent Obsessive-Compulsive Drinking Scale.) De module is een zelfinvullijst van vijf items.

De uitslag wordt gebruikt voor het vaststellen van de verslavingsernst (belangrijk voor triage naar zorgzwaarte) en kan behulpzaam zijn bij de beslissing over het voorschrijven van medicatie voor verslaving.

Afnameprotocol

In een door Schippers en Broekman ontwikkeld protocol zijn alle afspraken en bijzonderheden beschreven die een hulpverlener nodig heeft om een MATE-Y interview af te nemen. Het eerste deel bevat algemene instructies en toelichtingen, die voor het hele interview van toepassing zijn. In de daarop volgende delen staat informatie specifiek voor de verschillende modules. De structuur is steeds dezelfde, ieder deel bestaat uit: een algemene uitleg over de module; een voorbeeld van een introductietekst van de betreffende module; instructies; problemen, vragen, en tips.

> Duur

De ervaring in verschillende settings met de MATE-Y leert dat de afname bij de helft van de geïnterviewden binnen een uur kan worden gedaan.

> Geldigheidsduur

De modules van de MATE-Y hebben verschillende tijdvakken variërend van 1 week tot het hele leven. Veel modules hebben betrekking op de afgelopen maand. Strikt genomen is een groot deel van de MATE-Y niet langer dan 30 dagen geldig. Dat wil niet zeggen dat de MATE-Y na die periode in alle gevallen geheel ongeldig of onbruikbaar is geworden. Men dient zelf te beoordelen of de informatie nodig voor zorgtoewijzing nog voldoende geldig is na een langere periode. Bij twijfel kan de MATE-Y worden herhaald waarbij de modules die nog wel geldig zijn overgeslagen kunnen worden.

7. Behandeling ADHD

Inleiding

In opdracht van Resultaten Scoren heeft een projectgroep onder leiding van NISPA en Brijder VZ in samenwerking met het Trimbos instituut een protocol ADHD en middelengebruik bij adolescenten ontwikkeld. Aan de totstandkoming en het testen van dit protocol is meegewerkt door vier instellingen voor VZ en vier jeugdpsychiatrische voorzieningen verspreid in het land.

Achtergronden

In de wetenschappelijke literatuur is slechts beperkt bewijs voor de effectiviteit van bestaande behandelingen voor de doelgroep van het onderhavige (concept)protocol (publicatie door Resultaten Scoren eind 2013): adolescenten met ADHD en problematisch middelengebruik. In de projectgroep is de beschikbare evidentie voor interventies bij deze doelgroep besproken en is nagegaan wat de consequenties zijn voor de behandeling van deze doelgroep. De projectgroep formuleerde de volgende uitgangspunten:

- ADHD komt veel voor bij adolescenten met middelenmisbruik en -afhankelijkheid (in de verslavingszorg naar schatting 24%).
- Problematisch middelengebruik komt vaker voor onder jongeren met ADHD.
- Jongeren met ADHD beginnen jonger met het gebruiken van alcohol, tabak en drugs en dit gaat gepaard met een snellere transitie naar misbruik en afhankelijkheid.
- De combinatie van deze stoornissen is geassocieerd met een ongunstige prognose in behandeling.
- De combinatie van deze stoornissen is geassocieerd met sociale problemen (school, werk, relaties, justitiële problemen), psychiatrische comorbiditeit en ernstiger verslavingsproblematiek.
- Behalve enige evidentie voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie is er nauwelijks bewijs voor de effectiviteit van andere behandelingen voor deze specifieke doelgroep.

Behandeling van adolescenten met ADHD en problematisch middelengebruik

De projectgroep (bestaande uit o.a. jeugdpsychiaters, gz-psychologen, verpleegkundig specialisten, gezinstherapeuten uit zowel verslavingszorg als jeugdpsychiatrie) acht de ernst van de gecombineerde aandoeningen en het risico op een ongunstig beloop en ongunstige prognose in behandeling van dien aard dat bij deze doelgroep afstand moet worden genomen van het concept van 'stepped care' en gekozen dient te worden voor een intensieve en geïntegreerde aanpak. Centrale elementen in deze aanpak zijn een psychosociale behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering gericht op zowel het middelengebruik als de ADHD, farmacotherapie van ADHD en begeleiding van de ouders.

> Doel van de behandeling

Het doel van de behandeling is adolescenten met ADHD en problematisch middelengebruik vaardigheden te leren die gericht zijn op het verminderen van de ADHD-symptomen en de nadelen die zij ten gevolge hiervan ondervinden. Maar de vaardigheden zijn ook gericht op het beter leren omgaan met de ADHD-symptomen. Daarnaast richt de behandeling zich op het reduceren of – indien mogelijk – duurzaam staken van het middelengebruik.

> Psychosociale behandeling

Voor de behandeling van een combinatie van beide problemen bij adolescenten bestond nog geen richtlijn of behandelprotocol. Er is een algemene consensus dat een goede behandeling van ADHD bij adolescenten met problematisch middelengebruik verscheidene componenten omvat. De combinatie van ADHD en verslaving bij adolescenten stelt bijzondere eisen aan de behandeling. Voor Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) en Motiverende Gespreks Voering (MGV) gericht op het middelengebruik bij jongeren zijn goede Nederlandse behandelprotocollen beschikbaar (varianten van de zogenoemde 'Leefstijltraining'). Voor CGT gericht op ADHD bij volwassenen is een protocol beschikbaar dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld door Safren e.a.³ Voor het huidige behandelprotocol werden de belangrijkste elementen uit beide behandelingen geïntegreerd.

Het resulterende behandelprotocol omvat een individuele behandeling. Deze kan zowel ambulante als klinische worden toegepast en bestaat uit 12 thema's (en één optioneel thema) die de behandelaar in wekelijkse sessies van ongeveer 45 minuten aan de hand van een werkboek met de adolescent bespreekt en oefent.

Voor sommige thema's kunnen meerdere behandelsessies nodig zijn. In principe wordt aangeraden de thema's in de beschreven volgorde te behandelen, tenzij er belangrijke redenen zijn om hiervan af te wijken – bij voorbeeld indien zich bij de jongere een situatie voordoet die urgent besproken moet worden. Met betrekking tot het middelengebruik wordt onder andere aandacht besteed aan: een functieanalyse, het omgaan met trek (craving) en met sociale druk (vaardigheidstraining), en terugvalpreventie.

Wat betreft de ADHD-gerelateerde problemen gaat het onder andere om: psycho-educatie, het trainen van vaardigheden op het gebied van planning en organisatie, het verminderen van afleiding, en het voorkómen van uitstelgedrag.

De behandelduur varieert naar verwachting van 4 tot 6 maanden. Aan het eind van de behandeling dient nagegaan te worden of nog een (laagintensief) vervolgtraject geïndiceerd is. Met name wat betreft ADHD is de ervaring dat het leren omgaan met de symptomen en het verminderen van de nadelige gevolgen van deze symptomen een langere behandelduur kunnen vereisen. De organisatie van een vervolgbehandeling, eventueel in samenwerking met ketenpartners, verdient dus speciale aandacht en dient

³ Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*, 43, 831-42.

goed geregeld te zijn bij afronding van de huidige behandelingsperiode. Het is belangrijk dat de behandelaar en de behandelend arts samen met de jongere en diens ouders bespreken wat er nog nodig is aan behandeling en de jongere daarnaar verwijzen.

> Medicamenteuze behandeling van ADHD

De literatuurstudie levert geen duidelijke aanwijzingen op voor de effectiviteit van ADHD- medicatie bij adolescenten met zowel ADHD als problematisch middelengebruik. De projectgroep is echter van mening dat farmacotherapie van ADHD wel een prominente plaats in het protocol moet krijgen. Hierbij spelen de volgende overwegingen een rol:

- het beperkte aantal wetenschappelijke studies naar farmacologische behandeling van deze vorm van comorbiditeit bij adolescenten;
- de 'laboratoriumsituatie' in de uitgevoerde gerandomiseerde klinische studies (hoge interne validiteit, maar vaak beperkte generaliseerbaarheid);
- de effectiviteit van medicatie bij jongeren en volwassenen met ADHD in het algemeen;
- de eigen praktijkervaringen met succesvolle behandelingen met farmacotherapie.

Het voorschrijven van ADHD-medicatie dient bij voorkeur al bij aanvang van de behandeling te worden ingezet. Hiervoor zijn twee belangrijke aanvullende argumenten. Allereerst kan medicatie de bereidheid van adolescenten om aan de behandeling deel te (blijven) nemen, vergroten. Daarnaast kan medicatie de adolescent meer toegankelijk maken voor 'de boodschap' die in de psychosociale behandeling besloten zit (verbetering van de concentratie, vermindering van het impulsieve gedrag en de onrust).

De voorkeur gaat uit naar een langwerkend methylfenidaat (MPH). Kortwerkend MPH wordt – vanwege de beperkte medicatietrouw bij meerdere doseermomenten per dag – gezien als een liever te vermijden stap. Dexamfetamine en atomoxetine worden respectievelijk als tweede- en derde-keuze middel aanbevolen.

De medicatietrouw en het effect en de bijwerkingen van medicatie dienen regelmatig – bij voorkeur met een gestandaardiseerde methode – te worden gemonitord en geëvalueerd.

> Ouderbegeleiding

In de projectgroep bestaat consensus over het belang van het betrekken van de ouders (of verzorgers) bij de behandeling. Over de wijze waarop ouders het best betrokken kunnen worden, is op grond van de literatuur geen eenduidig advies te geven. In studies varieert de betrokkenheid van ouders van het louter aanwezig zijn bij de (op ADHD gerichte) therapie sessies, waarbij de ouders alleen aan het eind van elke sessie de gelegenheid krijgen vragen te stellen⁴, tot intensieve systeembehandelingen als multidimensionele gezinstherapie (MDFT) bij adolescenten met verslavingsproblemen.

⁴ Antshel, K.M., Faraone, S.V. & Gordon, M. (2012) Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD. *J Atten Disord*, Epub ahead of print.

Over de effectiviteit van training of begeleiding van de ouders van adolescenten met ADHD en problematisch middelengebruik zijn geen onderzoeksgegevens beschikbaar. In het nieuw ontwikkelde behandelprotocol worden de ouders op drie momenten bij de behandeling betrokken: bij aanvang, halverwege de behandeling (tussenevaluatie) en in de slotsessie (eindevaluatie).

Voorafgaand aan de start van de behandeling zijn de ouders betrokken bij het vaststellen van de diagnose ADHD bij hun kind. De projectgroep onderkent het belang van intensievere betrokkenheid van de ouders bij de behandeling, maar is van mening dat dit – omwille van de uitvoerbaarheid – geen onderdeel moet vormen van het voorliggende behandelprotocol dat primair gericht is op de adolescent.

Uit gesprekken met de deelnemende instellingen bleek dat in de meeste instellingen een aanbod voor ouders – variërend van ondersteuning, psycho-educatie en oudertraining – beschikbaar is. Aanbevolen wordt om ouders, parallel aan de behandeling van hun kind, naar dit reguliere aanbod te verwijzen. Indien er geen uitgebreid aanbod binnen een instelling beschikbaar is, kan overwogen worden om het aanbod van oudertraining van een andere instelling toe te passen.

> Overige aandachtspunten

In het hierna volgende kader staat informatie over aanvullende behandeling.

Aanvullende behandeling
<p>Bredere psychiatrische comorbiditeit</p> <p>Bij adolescenten met ADHD en problematisch middelengebruik is vaak sprake van bredere comorbiditeit. Vooral de (antisociale) gedragsstoornis komt veel voor, maar ook stoornissen in het internaliserende spectrum (angst, depressie, posttraumatische stress stoornis) zijn niet ongewoon. In de screening dient met behulp van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) nagegaan te worden of er (mogelijk) sprake is van bredere comorbiditeit. Indien dit het geval is, dient deze vastgesteld te worden in een diagnose. Het valt echter buiten het kader van dit protocol om de behandeling van deze comorbide stoornissen in een separaat behandelprotocol te beschrijven. Van belang is dat bij vastgestelde comorbiditeit een behandeling voor de comorbide stoornis wordt aangeboden.</p>
<p>Slaapproblemen</p> <p>Slaapproblemen komen veel voor – naar schatting bij 25-50% - bij jongeren met ADHD. Waarschijnlijk zijn deze problemen gerelateerd aan verminderd cognitief functioneren in deze groep. Het gaat hierbij vooral om moeite met inslapen vanwege een verlate slaafase (late aanvang van productie van het slaaphormoon melatonine) en moeite met doorslapen. Slaapproblemen komen ook frequenter voor onder jongeren met verslavingsproblemen, verergeren vaak na abstinentie, verhogen het risico op vroegtijdig vertrek uit behandeling en vormen een risico op terugval in het middelengebruik. Het is daarom van belang in de screening en – bij vastgestelde problemen – behandeling aandacht te besteden aan slaapproblemen.</p> <p>Behandeling van slaapproblemen is mogelijk met farmacologische en niet-farmacologische interventies. Het weinige beschikbare onderzoek suggereert dat melatonine bij jongeren met ADHD een gunstig effect kan hebben op de verlate slaafase</p>

en goed verdragen wordt, met alleen bijwerkingen van milde en voorbijgaande aard. Onderzoek naar de effectiviteit van melatonine in de behandeling van slaapproblemen bij jongeren met ADHD en verslaving ontbreekt echter. Niet-farmacologische opties voor de behandeling van slaapproblemen zijn onder meer adviezen ten aanzien van slaaphygiëne, cognitieve gedragstherapie, ontspanningstherapie, meditatie en/of mindfulness. Onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies bij jongeren met problematisch middelengebruik ontbreekt. Om deze reden zijn de aanbevelingen ten aanzien van de behandeling van slaapstoornissen niet opgenomen in de medicamenteuze behandelmodule van het protocol, maar worden deze beschreven in een appendix.

Sociaal functioneren

Veel jongeren met ADHD en problematisch middelengebruik kampen met problemen op school of op het werk. Daarnaast kunnen er problemen zijn op het gebied van politie en justitie, huisvesting, sociale relaties en sociale activiteiten, omgaan met geld, vrijetijdsbesteding, het verrichten van huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging. In de behandeling zal aan deze problemen aandacht geschonken moeten worden. Eén van de instrumenten waarmee de bovenstaande problemen in kaart gebracht kunnen worden is de MATE-Jeugd (MATE-Y, zie vorige hoofdstuk).

Voor elk van de bovenstaande gebieden wordt in de MATE-Jeugd een inventarisatie gemaakt van de mate van beperkingen (geen, licht, matig, ernstig, volledig), wordt bij geconstateerde problemen gevraagd naar de mate waarin de jongere voor het betreffende probleem reeds hulp ontvangt en wordt bepaald in hoeverre de jongere hierbij nog (extra) zorg nodig heeft. Tot slot wordt vastgesteld of de eigen instelling in staat en bereid is deze (extra) zorg te bieden. Bij geconstateerde problemen en actuele zorgbehoefte zal – binnen of buiten de eigen instelling – een hulpaanbod gerealiseerd moeten worden (voorbeelden: contacten met school/werk, scholing, arbeidsbemiddeling, woonvoorzieningen, nachtopvang, voorzieningen voor dagbesteding, contacten met politie/justitie, reclassering).

Overige aandachtspunten

Uit zowel onderzoek als de klinische praktijk blijkt dat het vaak moeilijk is om de jongere in zorg te houden en hem/haar te interesseren in de geboden zorg. De ervaringen van de jongere gedurende, vooral de eerste, behandelsessies, is hierbij essentieel ('structuur, binden en boeien'). In de eerste behandelsessies staat motiverende gespreksvoering (MGV) centraal (empathie, het geven van neutrale persoonlijke feedback, ontwikkelen van discrepantie, ondersteunen self-efficacy). Om MGV goed te kunnen uitvoeren is een gedegen training noodzakelijk!

Samenhang tussen de behandelcomponenten

De projectgroep heeft hieromtrent het volgende uitgewerkt.

> Multidisciplinair team

De centrale componenten van het behandelprotocol – psychosociale behandeling, farmacotherapie en ouderbegeleiding – dienen nadrukkelijk in samenhang te worden uitgevoerd. Dit impliceert dat het protocol wordt toegepast door een multidisciplinair team van professionals met expertise op de verschillende behandelonderdelen, waarbij in ieder geval een psychiater of ervaren (verslavings)arts verantwoordelijk is voor de farmacotherapeutische component.

In het multidisciplinaire team dient kennis van en ervaring met psychosociale behandeling (CGT en MGV) gericht op middelengebruik en ADHD, farmacotherapie van ADHD, en begeleiding van ouders aanwezig te zijn. Daarnaast is het van belang dat de behandelaars in het team getraind zijn in de toepassing van de behandelmodules. De procedures en afspraken tussen betrokken professionals rond afstemming en verantwoordelijkheid over de verschillende behandelmodules worden van tevoren vastgelegd en sluiten aan bij de gangbare procedures van de instelling.

> **Samenhang behandelcomponenten**

Voor het integraal toepassen van het behandelprotocol en het bewerkstelligen van voldoende samenhang tussen de verschillende behandelcomponenten, zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Afstemming medicamenteuze en psychosociale behandeling.
- Oog voor een adequate afstemming tussen jeugdverslavingszorg en jeugd-GGz.
- Outreachende benadering en therapietrouw.

Het psychosociale behandelprotocol

De projectgroep heeft ten behoeve van het psychosociale gedeelte uitspraken gedaan over behandeldoelen, behandeling, motiverende gespreksvoering, moment van aanvang met de behandelsessies, instroomcriteria, de behandelduur, agenda, informatie over ADHD, informatie over middelengebruik, informatie over medicatie, doelen opstellen, herhalen, positionering van de behandelmodules, evaluatie, ouders, en resultaat van de behandeling en nazorg. In het hierna volgende kader volgt een toelichting.

Aspecten van psychosociale behandeling
<p>Behandeldoelen</p> <p>De doelen van deze behandeling zijn (1) het motiveren voor gedragsverandering: het doorbreken van problematisch gebruik door te oefenen met zelfcontrolemaatregelen, en (2) het voorkomen van terugval in combinatie met het erkennen, accepteren en leren omgaan met ADHD-symptomen.</p> <p>Behandeling</p> <p>De behandeling richt zich primair op psycho-educatie en individuele cognitieve gedragstherapie van adolescenten met ADHD in combinatie met problematisch middelengebruik. Hiervoor is het noodzakelijk dat er bewustwording optreedt van de ADHD-klachten en de gehanteerde levensstijl en herkenning van de ondermijnende gedachten. De aanpak van het middelenmisbruik wordt geïntegreerd met eventuele andere psychische stoornissen of moeilijkheden in de behandeling van ADHD. De ouders worden betrokken bij de behandeling. Het betrekken van de familie bij de behandeling verhoogt de effectiviteit ervan. Overige aspecten zijn:</p> <p>CONTACT MET DE BEHANDELEND ARTS Vóór de start van de psychosociale behandeling worden de cliënt en diens ouders uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek met de behandelend arts. In dit gesprek worden de doelen van de behandeling besproken, is er aandacht voor psycho-educatie en wordt de medicamenteuze therapie besproken. Aan het begin van de psychosociale behandeling is het de bedoeling dat de cliënt, naast de</p>

contacten met de behandelaar, wekelijks gezien wordt door de arts. Na zo'n vier weken, als de cliënt goed ingesteld is op medicatie, kan de contactfrequentie worden teruggebracht tot gemiddeld eens in de drie weken.

RATIONALE VAN DE PSYCHOSOCIALE BEHANDELING | De cognitieve gedragstherapie gericht op ADHD is voornamelijk gebaseerd op de eerste evidence-based psychische behandeling voor ADHD van Safren. Het programma leert de patiënt vaardigheden om rechtstreeks de drie clusters van symptomen aan te pakken: aandachtsproblemen en afleidbaarheid, problemen met organiseren en plannen en impulsiviteit. Voor de cognitieve gedragstherapie gericht op middelengebruik zijn voornamelijk elementen gebruikt uit de leefstijltraining en uit bestaande behandelingen van Brijder verslavingszorg.

AANSLUITEN BIJ DE JONGERE | De jongere wordt gevraagd wat hij/zij wil leren tijdens de behandeling. De doelen waaraan jongeren willen werken, kunnen heel uiteenlopend zijn. In iedere behandelsessie en fase wordt de gekozen focus geactualiseerd aan de hand van concrete ervaringen die de cliënt gedurende de week heeft opgedaan. De behandeling is altijd explorerend, probleemverhelderend, motiverend en gericht op het hier en nu.

VOORWAARDEN VOOR EEN SUCCESVOLLE BEHANDELING | Aangezien dit een kortdurende behandeling is, is het van groot belang dat de behandelaar tijdens de eerste 2-3 behandelcontacten een goede behandelrelatie bewerkstelligt. Hiertoe is een sterk steunende, actieve houding van de behandelaar noodzakelijk waarvoor de behandelaar is aangewezen op zijn/haar vaardigheden op het gebied van Motiverende Gespreksvoering. De werkrelatie is een belangrijke voorwaarde voor succes van de behandeling. Ditzelfde geldt in veel gevallen voor medicatie voor de ADHD. Als de ADHD-symptomen te duidelijk aanwezig zijn tijdens de behandelcontacten kan de cliënt zich onvoldoende richten op de inhoud van de behandeling, waardoor er een kleine kans bestaat van het welslagen ervan.

BEHANDELTHEMA'S | De aanpak bestaat uit een aantal stappen die in 12 thema's worden behandeld. Allereerst wordt uitleg gegeven over ADHD. Wat hoort erbij en wat niet? Wat zijn de gevolgen en wat zijn de oorzaken? En wat is het verband met middelengebruik. En welk effect heeft medicatie op de ADHD-symptomen? Naast psycho-educatie wordt er aandacht besteed aan het oefenen met gedragstherapeutische technieken gericht op de praktijk van alledag, zoals het plannen van taken. Voordat er een overstap wordt gemaakt naar een aanpak van de problemen die de cliënt heeft, wordt eerst expliciet gemaakt hoe die problemen er uit zien in bepaalde situaties. Factoren die het gedrag beïnvloeden en vaak onbedoeld in stand houden, worden opgehelderd door bijvoorbeeld het maken van gedachteschema's. Voor het protocol zijn de behandelthema's geselecteerd die door experts op het gebied van ADHD en verslaving en ervaren behandelaars in de verslavingszorg en jeugd GGz als meest relevant werden geacht. De behandeling is verdeeld in drie fasen; een beginfase een behandelfase en een afsluitende fase. Door de projectgroep zijn de thema's uitgewerkt die in deze fasen worden besproken.

Motiverende gespreksvoering

Kennis en vaardigheden op het gebied van motiverende gespreksvoering zijn onontbeerlijk in het werken met verslaafde jongeren. Met name in de eerste sessies zullen jongeren vaak ambivalent zijn ten aanzien van de beslissing om te minderen of te stoppen. Juist omdat ouders en hulpverleners het belang van verandering zo benadrukken, is het mogelijk dat er weerstand ontstaat. Door dit proces te benoemen en aandacht te besteden aan de vraag wat dit met ze doet, is het mogelijk in gesprek te

blijven. Benoemen waar de weerstand zit, een eenvoudige reflectie, is binnen de MGV een elegante manier om met weerstand om te gaan. Het opmaken van de balans in een van de eerste sessies is een methode om de ambivalentie in kaart te brengen. In latere sessies wordt met name aandacht besteed aan de verandertaal: uitspraken gericht op de wens om te veranderen, worden gereflecteerd.

In alle fasen van de behandeling blijft motiveren een thema: ook, of misschien wel juist, als iemand al een paar weken is gestopt.

Moment van aanvang met de behandelingsessies

De behandelingsessies worden de cliënt aangeboden nadat de screening en diagnostiek is voltooid. Dit is belangrijk omdat een diagnose ADHD tijdens het middelengebruik niet onmogelijk, maar wel lastiger is.

Instroomcriteria

De doelgroep voor deze behandeling bestaat uit adolescenten tussen de 12-18 jaar, die gediagnosticeerd zijn met de diagnose ADHD, voldoen aan de criteria voor problematisch middelengebruik, en de Nederlandse taal voldoende beheersen. De behandeling is niet geschikt voor cliënten met interfererende gedragsstoornissen of psychische klachten zoals een onbehandelde impulscontrole stoornis (niet goed ingesteld zijn op medicatie), psychische kenmerken (incoherent in spraak, waanideeën, hallucinaties), suïcidaliteit, ernstige verbale of fysieke agressieproblemen. Ook wordt de behandeling afgeraden voor cliënten met ernstige problemen op andere levensgebieden zoals misbruik of geweld in het systeem van herkomst of een levensbedreigende somatische aandoening.

De behandelduur

De behandeling omvat 12 thema's van ieder ongeveer 45 minuten. Daarvoor is gekozen omdat de concentratieboog van adolescenten met ADHD vaak niet verder dan 45 minuten reikt. Het aantal sessies is afhankelijk van wat de cliënt nodig heeft. Bij voorkeur vinden de bijeenkomsten wekelijks plaats. Indien de behandelaar het noodzakelijk acht kunnen er meerdere sessies aan één thema gewijd worden.

Agenda

Iedere sessie start met het opstellen van een agenda. Dit zorgt ervoor dat de aandacht gestructureerd gericht blijft op de behandeling van ADHD en middelengebruik en dat de cliënt wordt voorbereid op wat er komende sessie gaat gebeuren. Voorkomen moet worden dat de aandacht uitgaat naar andere problemen waarmee de cliënt kampt. Soms zijn die relevant voor de problemen die de cliënt heeft met ADHD en middelengebruik en dan kunnen ze in de context van het onderwerp van de sessie aangepakt worden.

Informatie over ADHD

Hoewel jongeren in het traject voor de behandeling al informatie over ADHD ontvangen zullen hebben, is een korte uitleg over de diagnose ADHD op zijn plaats, evenals de visie op ADHD bij jongeren. Punten die besproken moeten worden zijn: (1) dat het een neurobiologische stoornis is (in de hersenen gelegen); (2) dat het een valide diagnose is: een diagnose die een volgende keer niet anders is; (3) dat het niets te maken heeft met luiheid of intelligentie; (4) dat het leven met ADHD een stuk plezieriger is als je goede omgangsvaardigheden hebt geleerd.

Informatie over middelengebruik

De meest voorkomende probleemmiddelen onder adolescenten in de verslavingszorg betreffen cannabis en alcohol, op afstand gevolgd door cocaïne, amfetaminen en pillen.

Tijdens de behandelingssessies wordt aandacht besteed aan deze middelen en het effect ervan op ADHD-symptomen en op medicatie. Psycho-educatie hierover is erg belangrijk, omdat het gebruik van middelen in combinatie met medicatie lichamelijke klachten met zich mee kan brengen. Zelfs met een levenslange schade.

Informatie over medicatie

Medicatie kan de behandeling van de verslaving ondersteunen. Medicatie werkt echter niet (meteen) bij alle jongeren en niet alle jongeren willen medicatie of weten het effect van medicatie te waarderen. Als een jongere niet bereid is om medicatie te slikken, is de verslavingsbehandeling een stuk lastiger, omdat de cliënt de informatie niet of veel slechter weet vasthouden. Het is belangrijk om het onderwerp medicatie goed met de jongere door te spreken.

Indien de jongere niet bereid is tot het gebruiken van medicatie is het belangrijk om aan de jongere uit te leggen dat de kans op het mislukken van het programma mogelijk veroorzaakt wordt door de slechte concentratie en het onvermogen tot opnemen van hetgeen er besproken wordt. Het is belangrijk dat de jongere eerst zover moet zijn dat hij wil stoppen met het gebruik van middelen, voordat medicatie een plaats kan krijgen. De behandelaar moet dat dan eerst markeren door een korte periode van abstinentie (ondersteund met urinecontroles) en dan snel daarna met medicatie starten indien de jongere daar achter staat.

Doelen opstellen

Het is belangrijk om vanuit de cliënt de doelen op te stellen. Vraag aan de cliënt wat hij/zij anders wil. Stel samen met de cliënt de doelen op. Het werkt motiverend als de doelen door de cliënt zelf geformuleerd zijn. De cliënt overtuigen werkt niet goed. Het is belangrijk dat de cliënt zelf inziet dat verandering belangrijk is. De doelen moeten positief geformuleerd worden. Het is goed om tijdens de gehele behandeling de gestelde doelen in de gaten te houden.

Herhalen

Herhaling van informatie is erg belangrijk gegeven het feit dat het opnemen van informatie voor iemand met ADHD moeilijk is. Om er voor te zorgen dat informatie bij de cliënt beter beklijft, wordt geadviseerd om aan het einde van iedere sessie hetgeen er besproken is nog eens samen te vatten. Bij een volgende sessie wordt de informatie wederom herhaald door terug te komen op de inhoud van de vorige sessie.

Positionering van de behandelmodules

Deze behandelmodules kunnen zowel in een ambulante als in een klinische setting worden aangeboden aan adolescenten met ADHD en problematisch middelengebruik. Volgens de experts en de resultaten uit de literatuurstudie zijn veel therapeutische elementen zowel aangewezen voor de verslavingsproblematiek als voor de ADHD. Daarbij gaat het onder meer om het bieden van structuur, het aanleren van timemanagement en organisatie, het leren omgaan met impulsiviteit en stemmingswisselingen. De thema's agressie en seksualiteit zijn niet specifiek verwerkt in een aparte behandelsessie. Deze thema's komen wel aan bod bij de probleemverheldering. In die gevallen dat deze thema's extra aandacht verdienen, kan verwezen worden naar de agressieregulatietraining of naar centra voor seksualiteit.

Evaluatie

Aspecten zijn:

WEEKEVALUATIE | Bij aanvang van iedere behandelsessie moeten de volgende vaste onderwerpen kort worden doorgenomen met de jongeren aan de hand van een afvinklijst. Dit zorgt ervoor dat de behandelaar deze aspecten, die een cruciale rol spelen in het al dan niet welslagen van de behandeling, in beeld houdt. Zodat er indien nodig tijdig actie op kan worden ondernomen.

EVALUATIE VAN DE BEHANDELSESSIE | Bij afronding van de behandelsessie moeten enkele vaste evaluatievragen over de behandelsessie kort worden doorgenomen met de jongere. Op basis van deze cliëntwaardering kan de behandelaar besluiten de behandeling al dan niet bij te stellen.

EVALUATIE VAN DE BEHANDELING | In de behandeling zijn twee evaluatiemomenten opgenomen waarbij de ouders van de cliënt uitgenodigd worden. Tijdens deze evaluatie wordt besproken hoe de behandeling tot dat moment is verlopen. Naar aanleiding van de uitkomsten van de tussenevaluatie kan de behandeling al dan niet worden bijgesteld. Naar aanleiding van de eindevaluatie kan besproken worden wat de cliënt nog nodig heeft.

Ouders

Oudertrainingen zijn een vorm van mediatietherapie. Het gedrag van het kind wordt veranderd via een mediator, in dit geval de ouders. Ouders worden getraind om het gedrag van hun kind thuis te veranderen. Het inschakelen van ouders als mediator is gebaseerd op het idee dat ouders en kind elkaars gedrag veelal wederzijds beïnvloeden. Het doel van de therapie is de ouders een pedagogische aanpak te leren die de pedagogische relatie herstelt en de gedragsproblemen van de kinderen vermindert.

Dit nieuw ontwikkelde behandelprotocol voor adolescenten met ADHD en verslavingsproblematiek richt zich primair op de behandeling van het kind, waarbij de ouders drie keer bij de gesprekken tussen de behandelaar en de jongere betrokken worden, namelijk bij het eerste gesprek, bij de tussenevaluatie en bij de eindevaluatie. Voor de oudertraining/begeleiding zullen de behandelaren ouders verwijzen naar de reguliere oudertraining/begeleiding zoals die binnen de instelling gebruikelijk ook wordt aangeboden aan ouders. In de tekst wordt gesproken over ouders, maar in sommige gevallen zijn de ouders niet betrokken door bijvoorbeeld overlijden, onvermogen of door verstoorde familierelaties. Lees dan in plaats van ouders verzorgers of belangrijke anderen. Indien de instelling niet over een regulier aanbod voor oudertraining/begeleiding beschikt kan een beroep gedaan worden op het aanbod van een andere instelling. Hiervoor zijn trainingen beschikbaar gesteld door deelnemende pilotinstellingen.

Resultaat van de behandeling en nazorg

Na het voltooien van de psychosociale behandeling moet er samen met de cliënt en zijn ouder(s) besproken worden welke zorg er nog nodig is. De behandelaar zal samen met de jongere en de ouders een lijstje opstellen met daarin de elementen die nog aandacht en zorg behoeven.

Bij aanvang van de behandeling is het belangrijk niet te hoge verwachtingen te wekken bij de jongere en zijn ouders. Als de jongere één doel heeft behaald, dan is er al heel veel bereikt. Daarnaast is het voor het zelfvertrouwen van de jongere belangrijk om een positieve ervaring op te doen. Ook als de dag van de jongere meer gestructureerd verloopt, is dat een grote winst. De doelen die nog niet behaald zijn, komen in het vervoltraject weer aan bod. Ook het feit dat jongeren de voordelen van plannen ervaren, is een belangrijk resultaat van de behandeling.

Er mag wel vanuit gegaan worden dat de jongere na vijftien behandelcontacten ten minste controle heeft over zijn middelengebruik. Het kan ook voorkomen dat de cliënt een uitglijder of terugval krijgt. Dit kan dan direct worden aangepakt. Het is goed om met de cliënt en zijn ouder(s) na te gaan of er de komende periode nog moeilijke situaties staan te gebeuren zoals nieuwe opleiding, werk, et cetera. Maak op basis daarvan een afspraak.

De medicamenteuze behandeling

> Uitgangspunten

Farmacotherapie van ADHD vergt zorgvuldige instelling op de juiste dosis en inname-schema. Er is geen 'one size fits all' voor deze behandeling. Zorgvuldig moet worden nagegaan of medicatie het gewenste effect heeft, met afweging van de nadelen van eventueel optredende bijwerkingen.

Gezien de verbeterde compliance en het verminderde risico op misbruik of doorverkopen van het middel, wordt geadviseerd om langwerkende methylfenidaat voor te schrijven. Bij voorkeur dient de medicamenteuze behandeling al bij aanvang van de (psychosociale behandeling) van ADHD te worden ingezet.

Het is vooralsnog onduidelijk of de gangbare doseringen voor farmacotherapie bij jongeren en adolescenten met ADHD ook voldoende therapeutisch effect hebben bij jongeren met ADHD en problematisch middelengebruik. Dit maakt het extra belangrijk om te zoeken naar de juiste dosering. Dit kan ook een hogere dan gangbare dosering zijn. Uiteraard moeten hierbij zorgvuldig eventuele bijwerkingen worden gemonitord en afgewogen tegen het eventueel optredende effect.

Gebruik van psychoactieve middelen als alcohol, stimulantia en cannabis heeft effect op zowel ADHD-symptomen als op de werking van medicatie. Behandeling van ADHD bij jongeren en adolescenten met problematisch gebruik van middelen is derhalve complex. Het verdient de voorkeur om behandeling met farmacotherapie op te starten in een situatie waarbij de adolescent volledig abstinente is. Echter, verslaving is een chronische stoornis, gekenmerkt door perioden van terugval. Abstinentie is in de praktijk dan ook niet altijd haalbaar.

Essentieel onderdeel van mogelijk succes van farmacotherapie en het voorkomen van bijgebruik, misbruik en doorverkopen van voorgeschreven medicatie, vormt de behandelrelatie tussen de adolescent en de voorschrijvende behandelaar.

Parallel aan de gesprekken in het kader van de psychosociale behandeling vindt in de beginfase van de farmacotherapie één keer per 1-2 weken een gesprek plaats met de arts/psychiater (titratie, effect, bijwerkingen, medicatietrouw, psycho-educatie over mogelijke reboundeffecten), met tussentijds de mogelijkheid van telefonisch contact voor de jongere of zijn/haar ouder(s). In de daaropvolgende fase kan deze frequentie teruggebracht worden.

Vanwege die behandelrelatie is de projectgroep geen voorstander van urinecontroles om gebruik van middelen te detecteren/inventariseren. Urinecontroles kunnen alleen worden toegepast, indien de reden hiervoor en de consequenties van een positieve

uitslag in de behandelovereenkomst zijn benoemd, waarbij beide partijen hier ook een positief effect van deze maatregel op het behandelresultaat verwachten.

> Medicatie

De projectgroep heeft beschreven welke psychofarmaca voor de behandeling van ADHD beschikbaar zijn en wat bekend is over de stof en beschikbaarheid in Nederland, voorbereiding van de behandeling, het instellen op en onderhoud van de medicatie. Verder is in de beschrijvingen opgenomen: evaluatie van de werking van de medicatie, bijwerkingen, overdosering, onderhoudsdosering, stoppen met stimulantia en buitenlandse reizen met stimulantia. De besproken geneesmiddelen zijn: methylfenidaat, dextro-amfetamine en atomoxetine.

8. Opleiding

Inleiding

Door de SPH-opleiding van Hogeschool Windesheim is, in opdracht van Resultaten Scoren, een onderwijspakket *Verslavingskunde voor jeugdzorgmedewerkers* ontwikkeld. Dit project is uitgevoerd door M. Bartels, S. Krijnsen, S. Meijer, R. Meijer en A. Weerman.

Achtergronden

Het doel van het onderwijspakket is: het bieden van actuele basiskennis en enkele praktische handvatten en attitude-adviezen voor de jeugdzorgmedewerker voor het voorkómen, signaleren, bespreekbaar maken, begeleiden en doorverwijzen voor behandeling van verslavingsproblematiek bij jongeren in diverse opvoedsituaties in aansluiting bij de kernopgaven van de jeugdzorgmedewerker en de daarmee samenhangende dilemma's.

Het onderwijspakket sluit aan bij de kernopgaven van de jeugdzorgmedewerker (zoals beschreven in het competentieprofiel). Deze houden steeds het kunnen omgaan met een dilemma in. Het gaat om de volgende:

- Belang opvoeders versus belang van de jeugdige.
- Gewenste situatie versus de beperktheid van mogelijkheden en medewerking.
- Balanceren tussen betrokkenheid en distantie.
- Privacy waarborgen versus transparantie bieden.
- Positie innemen.

Het onderwijspakket sluit eveneens aan bij de knelpuntenanalyse van de jeugdzorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving die is gemaakt door de *Argumentenfabriek*. Het gaat om de volgende knelpunten:

- Problemen met signaleren en diagnosticeren.
- Het is lastig onderscheid te maken tussen middelengebruik (een symptoom) en verslaving (een ziekte op zich).
- Hulpverleners zien gebruik vaak als reden om comorbide aandoeningen niet te behandelen, waardoor problemen verergeren.
- Gebrek aan inzicht in en beschikbaarheid van passende interventies.
- Gebrek aan afstemming en samenwerking: partijen rondom jeugd werken elk aan een deelprobleem en werken hierbij onvoldoende samen.

Gelijktijdig aan het vormgeven van dit onderwijspakket werd door Trimbos-instituut i.s.m. Resultaten Scoren een richtlijn middelengebruik voor de jeugdzorg in opdracht van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) ontwikkeld. Het onderwijspakket en de richtlijn sluiten zoveel mogelijk op elkaar aan.

Inhoud en gebruik van het pakket

Het onderwijspakket is tot stand gekomen in twee fases: een bronneninventarisatie en de ontwikkeling van een onderwijspakket. Het bronnenonderzoek is als basis gebruikt voor de ontwikkeling van het onderwijspakket. Het onderwijspakket gaat vooral in op de praktische handelingsverlegenheid van de jeugdzorgmedewerker en op dilemma's in concrete situaties waarin sprake is van gebruik, misbruik of verslaving. Er is aangesloten bij de beroepspraktijk en bij casussen uit deze beroepspraktijk. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd met betrokkenen uit de jeugdzorg.

Naast aan kennisaanbod (in de vorm van powerpoints, literatuurverwijzingen, enkele folders en teksten), is er ook didactisch materiaal ontwikkeld dat is gericht op het leggen van contact, het opbouwen van een werkrelatie en voor het leren van een passende attitude. Met het oog hierop zijn filmpjes gemaakt met gezinsgesprekken en gesprekken met jongeren. Met behulp van een attitudechecklist kan de professionele houding worden beoordeeld. Verder is het cliëntperspectief vertegenwoordigd door het verhaal van een moeder. Dit verhaal is uitgewerkt als exemplarische casus, waarin alle vragen die de Argumentenfabriek heeft opgesteld aan de orde komen. Het verhaal is in beknopte vorm als een monoloog van een moeder gefilmd en opgenomen in het onderwijspakket. Het onderwijspakket bevat ook toetsvragen en een toelichting bij de juiste antwoorden.

Onderdelen van het onderwijspakket

Het complete onderwijspakket staat op een DVD en bestaat uit de volgende onderdelen

- Inleiding en verantwoording.
- Didactische aanwijzingen.
- Het verhaal van een moeder (casus Bas): filmpje met monoloog van moeder van Bas, uitgebreide versie verhaal moeder, verkorte versie verhaal moeder.
- Zeven Kennispowerpoints: inleiding en beloop van verslaving, middelenkennis, signaleren en visies op verslaving, risico- en beschermende factoren, interventies, preventie, adviezen en beleid .
- Casussen: studentversie casuïstiek, docentversie casuïstiek, attitudechecklist.
- Filmpjes motiverende gezinsgesprekvoering: inleiding en didactische aanwijzingen, twaalf filmpjes met zes foute en zes goede voorbeelden.
- Teksten, folders, achtergrondinformatie: visies en denkmodellen, de rol van motivatie en stadia van verandering, interview met een MDFT-therapeut, folder opvoeden, folder puberontwikkeling.
- Toets Inleiding: toetsvragen; toetsantwoorden met toelichting.
- Bronnen.

Er is gekozen om niet één modulehandleiding te maken maar een pakket samen te stellen dat flexibel ingezet kan worden. Hierdoor kan er in verschillende

opleidingssituaties een pakket-op-maat gemaakt worden. Het pakket biedt de volgende didactische mogelijkheden: theorielessen, practicum, training gespreksvaardigheden, reflectie en toets. Zie onderstaand kader.

Didactische mogelijkheden
<p style="text-align: center;">Theorielessen</p> <ul style="list-style-type: none">• Er kan een serie theorielessen worden gegeven met behulp van de powerpoints.• Er zijn zeven powerpoints, sommige zijn wat uitgebreider dan andere. Powerpoints kunnen ook opgesplitst worden. Powerpoint vijf is bijv. erg groot en bevat een aantal blokken met verschillende onderwerpen, hier kunnen ook 2 of 3 theorielessen aan gewijd worden. Sommige dia's kunnen ook verwijderd worden. De docent kan hierbij variëren. Bij de powerpoints staan onder de dia's korte aanwijzingen voor de docent aangegeven. Verder wordt verwezen naar bronnen. Enkele ondersteunende teksten zijn eveneens te vinden, in hoofdstuk 6 (teksten, folders, achtergrondinformatie).• Er wordt aanbevolen om niet uitsluitend theorielessen te geven. Juist de combinatie met practica, opdrachten en rollenspelen leidt tot het verwerven van inzicht, reflectie en vaardigheden. <p style="text-align: center;">Practicum</p> <ul style="list-style-type: none">• De casussen uit hoofdstuk 5 kunnen gebruikt worden in een practicum. Studenten krijgen dan de studentversie, de docent gebruikt de docentversie met extra achtergrondinformatie. De docentversie bevat niet alle relevante informatie. Veel kan gevonden worden in de powerpoints.• De casussen kunnen in kleine groepjes besproken worden. Bij elke casus staan een aantal vragen vermeld die in groepsverband kunnen worden beantwoord. Er kan als een team worden gewerkt alsof het een cliëntbespreking betreft. Bij elke casus kan ook een rollenspel gedaan worden dat kan worden nabesproken met de attitudechecklist. De filmpjes uit hoofdstuk 6 kunnen hierbij als inspiratiebron dienen. Ook kan theorie uit powerpoint twee (signaleren en visies) en powerpoint vijf (interventies) gebruikt worden. De nabespreking kan in subgroepjes worden gedaan, maar ook plenair, met de docent erbij. De attitudechecklist kan als feedback of als toets worden gebruikt. Studenten kunnen een rollenspel ook opnemen en als toets inleveren bij de docent.• De casus van de moeder van Bas kan eveneens gebruikt worden in een practicum. In deze casus komen vijftien vragen aan de orde die in een subgroepje o.g.v. theorie uit de powerpoints van een professioneel antwoord voorzien kunnen worden. Casus Bas zou ook als eindopdracht gebruikt kunnen worden. <p style="text-align: center;">Training gespreksvaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none">• Met behulp van de filmpjes uit hoofdstuk 6 en de theorie uit de powerpoints, teksten en bronnen, kunnen rollenspelen gedaan worden waarbij verschillende gesprekken gevoerd worden. Bijv.<ul style="list-style-type: none">• het voeren van een eerste gesprek: hoe begin ik;• het voeren van een verkennend gesprek: wat is er aan de hand;• het voeren van een gesprek waarin je uitleg geeft over drugs, gebruik,

misbruik en verslaving;

- het voeren van een gesprek t.b.v. een verwijzing;
- het voeren van een gesprek na een terugval;
- het voeren van een gesprek om de jongeren te motiveren om zijn gedrag te veranderen;
- het voeren van een systeemgesprek waarin ouders het oneens zijn;
- het voeren van een begeleidingsgesprek nadat een behandeling is begonnen.

Voor de rollenspelen kunnen de situaties uit de filmpjes gebruikt worden (hierop kunnen variaties worden gemaakt), maar ook de casussen uit hoofdstuk 5 zijn bruikbaar, evenals het verhaal van de moeder van Bas. De attitudechecklist is handig om rollenspelen na te bespreken en te beoordelen

Reflectie

- Kunnen reflecteren op eigen gevoelens, opvattingen en ervaringen is van belang om een professionele begeleidingshouding te kunnen aannemen. Bij middelenproblemen en verslaving spelen eigen opvattingen en ervaringen vaak een rol. Deze kunnen leiden tot vooroordelen die een zorgvuldige en open exploratie van de situatie van de jongeren en zijn systeem in de weg kunnen staan.
- Het verhaal van de moeder (het filmpje en het achtergrondverhaal) kan gebruikt worden om eigen gevoelens en opvattingen bespreekbaar te maken. Wat roept dit verhaal op? Wat is je eerste reactie? Wat zou jij doen? Heb je zelf ervaring met middelengebruik? Hoe kijk je tegen verslaving aan? Waardoor komt het?
- Verder kan de tekst over visies en denkmodellen (hoofdstuk 7) gebruikt worden om de eigen visie op alcohol, drugs en verslaving helder te krijgen en hierover in de groep van gedachten te wisselen. Ook is het nuttig om na te gaan in hoeverre er in de groep ervaringen zijn met gebruik, misbruik en verslaving en op welke manier eigen ervaringen samenhangen met opvattingen en visie.

Toets

- In het onderwijspakket zijn 275 ja/nee-vragen opgenomen. In een apart document zijn de goede antwoorden met een toelichting terug te vinden. De toets kan gebruikt worden als oefenmateriaal en als achtergrondinformatie. Omdat niet te voorkomen is dat deze vragen bij studenten terecht komen, wordt aanbevolen zelf een nieuwe toets te maken voor het afronden van de module/cursus. De toetsvragen in het pakket kunnen hiervoor aanknopingspunten bieden. Het pakket bevat dusdanig veel toetsvragen plus uitleg dat een deel hiervan ook daadwerkelijk als theorietoets gebruikt zou kunnen worden: als een student de antwoorden op alle 275 vragen kent, heeft hij immers veel geleerd. In die zin is rouleren van de vragen geen probleem en stimuleert het tot het leren van de theorie.

Aanbevolen wordt om de module niet uitsluitend met een kennistoets af te sluiten maar ook met een opdracht (n.a.v. een casus) waarin inzicht in en professionele reflectie op praktische dilemma's en het doorbreken van handelingsverlegenheid wordt getoond.

9. Communicatie & samenwerking: Platform JeugdVZ

Inleiding

Ontstaansgeschiedenis platform JeugdVZ

De voorloper van het Platform JeugdVZ is ontstaan tijdens het Resultaten Scoren project “Pilot monitor JeugdVZ” dat liep van 2008-2010⁵. In de loop van dit project bleek een enorme behoefte te bestaan bij de instellingen voor verslavingszorg aan inhoudelijke en strategische uitwisseling rond de vrij nieuwe tak van jeugdverslavingszorg.

De behoefte aan kennisuitwisseling, methodiekontwikkeling en communicatie met sparringpartners en netwerken in de jeugdketen, aan een thematische uitwisseling van informatie heeft binnen dit project geleid tot het oprichten van een Platform JeugdVZ. Deelnemers aan het platform waren alle coördinatoren van de jeugdverslavingszorg in Nederland met verder collega’s uit de jeugdpsychiatrie en periodiek jeugdzorg.

Drie belangrijke thema’s zijn voor verdere uitwerking periodiek aan de orde gesteld in het platform:

- Stepped assessment in de jeugdverslavingszorg, alsmede de samenstelling van een klinische beslisboom. De monitor kan gegevens hiervoor aanleveren; de discussies daarover vinden dan plaats bij het platform.
- De validering van verschillende meetinstrumenten voor de doelgroep jeugd. Genoemd zijn het gelijktijdig afnemen van de EuroADAD en de (nog te ontwikkelen) jeugd-MATE. Dit biedt mogelijkheden voor een goede validering. Gewezen is ook op het feit dat instrumenten zoals de EQ5D weliswaar zeer breed gebruikt worden in de gezondheidszorg, maar niet bekend is welke de validiteit van deze instrumenten is bij jongeren. Die validering – dat geldt ook voor andere instrumenten – kan plaatsvinden bij een platform JeugdVZ, op basis van het monitor instrumentarium.
- Een derde thema betreft een brede discussie over het opbouwen van (ambulante en (poliklinische) jeugdvoorzieningen, opname- en verwijzbeleid, samenwerking en aansluiting van de JeugdVZ bij andere jeugdvoorzieningen zoals de Jeugdggz, Jeugdzorg en jeugdpoli’s voor alcohol. Ook is veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een visie op jeugdverslaving en -preventie

Het advies om een Platform JeugdVZ in te stellen is overgenomen door Resultaten Scoren. In de formele opdracht van de Stuurgroep Resultaten Scoren voor de instelling van dit platform worden de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Fungeren als een landelijk Platform voor kennis & communicatie, info-uitwisseling, onderzoek presentaties, “behoeftepanel”
- Ondersteunen van de verdere ontwikkeling van de jeugdMATE
- Adviseren over en ondersteunen van de verdere ontwikkeling van de jeugdmonitor
- Signaleren en volgen van veranderingen/verschuivingen in de problematiek en daarop in beleid en behandeling adequaat reageren (met behoud van eigenheid van de afzonderlijke instellingen)

⁵ GH de Weert, A Snoek, CAJ de Jong, D van de Mheen: Een monitor voor de Jeugdverslavingszorg. Eindrapportage en advies. NISPA & IVO. Nijmegen, mei 2010.

- Mede naar aanleiding van de uitkomsten van de monitor initiëren van methodiek- en richtlijnontwikkeling
- Zo veel mogelijk dit orgaan verbreden tot een breder platform met periodieke deelname van (jeugd)ketenpartners gericht op kwaliteitsverbetering, uitwisseling en samenwerking.

Begin 2011 is dit landelijke Platform feitelijk geïnstalleerd. De opdracht voor coördinatie van dit platform werd belegd bij het Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

Wat is gerealiseerd

Uitwisselingen inhoudelijk

- Van 2011 tot en met 2013 vonden er tien bijeenkomsten van het platform plaats.. Alle bijeenkomsten vonden plaats bij GGZ Nederland in Amersfoort. De bijeenkomsten (die werden geleid door de programmaleider van Resultaten Scoren) hadden een duur van 3 uur met een afsluitende lunch, waarbij een informele uitwisseling tussen de aanwezigen kon plaatsvinden.
- De bijeenkomsten werden goed bezocht door alle instellingen voor verslavingszorg, aangevuld met GGz instellingen Dimence, GGz Centraal en De Bascule.

Uitwisselingen thematisch

Tijdens de bijeenkomsten van het platform werd steeds aandacht besteed aan de actuele ontwikkelingen in de verslavingszorg in het algemeen en in de JeugdVZ in het bijzonder. Hoe om te gaan met de beleidsmaatregelen van de regering en daarvan afgeleid van gemeenten en financieris; wat betekent dit voor de uitvoering en praktijk van deze maatregelen zoals eigen bijdrage, transitiebeleid voor de jeugdzorg etc.. Deze uitwisseling voorzag duidelijk in een behoefte en leidde tot intensieve debatten nam. Naar aanleiding van deze uitwisselingen zijn ook inhoudelijke thema's aan de orde gesteld zoals deeltijdbehandeling, bedbezetting, instroom en opname- en verwijzbeleid. De thema's werden voorbereid en gepresenteerd door een of meerdere leden van het platform, waarna discussie plaatsvond. Een visiestuk op de jeugdverslavingszorg ("Het verhaal van de jeugdverslavingszorg") is bij het schrijven van deze paragraaf nog in voorbereiding.

Daarnaast zijn drie werkgroepen actief geweest:

- 1). de werkgroep MATE-y, die een platform en denktank is geweest voor de ontwikkelaars van de MATE-y bij het samenstellen van dit instrument (opdracht van Resultaten Scoren). De projectleiders van de MATE-y i.o. traden als gastspreker op tijdens een tweetal platformbijeenkomsten. Deze werkgroep heeft een stimulerende rol gespeeld bij de keuze van pilotinstellingen. Na de pilot is de werkgroep mede geëvalueerd en heeft zorg gedragen voor de doorontwikkeling van de MATE-y. Daarmee is voor dit instrument een breed draagvlak gecreëerd.
- 2). De werkgroep ROM-JeugdVZ. Deze werkgroep heeft op basis van de ROM-VZ en de ROM-GGz Kinderen & Jeugd een advies opgesteld voor een ROM-JeugdVZ. Dit advies is uitgebracht aan de Expertraad ROM-VZ.
- 3). Werkgroep Jeugdmonitor. Binnen deze werkgroep wisselen instellingen die de Pilot Monitor JeugdVZ hebben voortgezet hun ervaringen uit. Toehoorder is De Hoop. Doel van deze werkgroep is een breder draagvlak te krijgen voor lokale monitors, zonder daar vooralsnog centrale regie op te willen zetten.

Het platform is ook van nut geweest als aanspreekpunt en klankbordgroep voor een aantal landelijke projecten die in opdracht van Resultaten Scoren zijn verricht, zoals het “Samenwerken bij middelenproblematiek in de jeugdketen” (zie hoofdstuk 5) en de ontwikkeling van richtlijn en protocol voor de behandeling van ADHD en middelenproblematiek bij jongeren (hoofdstuk 7). De projectleiders van deze projecten zijn een aantal malen uitgenodigd op te treden als gastsprekers.

Hoe verder

Voortzetting van dit platform JeugdVZ is wenselijk om de volgende redenen:

- Het platform voorziet in een behoefte. Dat blijkt uit de opkomst, die iedere keer zeer behoorlijk is (ca. 80%). Vrijwel alle instellingen zijn steeds vertegenwoordigd met een of twee personen. Dat blijkt ook uit de inhoudelijke en strategische thema's die spontaan werden aangedragen door de deelnemers. Ook tijdens een eind 2012 gehouden evaluatie met de leden van het platform bleek dat het draagvlak groot was.
- Er moet nog veel ontwikkeld worden, vooral op het gebied van de methodiek. Het platform kan hiervoor dienen als basis voor het bepalen van prioriteit en als klankbord.
- Pilots voor onderzoeken, te ontwikkelen richtlijnen en protocollen, meetinstrumenten zijn gemakkelijker op te zetten. Bovendien wordt met de betrokkenheid van het platform direct een draagvlak gecreëerd voor de implementatie van het ontwikkelde.
- Vooral op het gebied van de samenwerking met andere sectoren in de jeugdzorg dient nog veel ontwikkeld te worden. Dat inzicht komt eigenlijk nu pas op gang, mede door de transitie van de jeugdzorg waarover steeds vaker in regionaal verband wordt gesproken
- De jeugdverslavingszorg is een aparte discipline binnen de sector van de verslavingszorg. Omdat deze discipline nog maar kort bestaat, is nog onvoldoende kennis aanwezig. Daarom dient er een kennis- en onderzoeksagenda opgesteld te worden.
- Bezien moet worden op welke wijze het platform kan blijven voortbestaan. Daarbij kan men denken aan de ontwikkeling van een expertisecentrum; dit zou met een reeks partijen onderzocht moeten worden.

Tot slot

In het algemeen kan worden gesteld dat dit project succesvol is geweest in het op gang brengen van *gezamenlijke* nieuwe visies, werkwijzen en vooral ook veel aandacht in de jeugdzorgketen voor de problematiek van kwetsbare jongeren waarbij misbruik van of verslaving aan middelen gecombineerd is met veelal andere problemen, waaronder bijvoorbeeld ADHD.

In één project kunnen helaas maar een paar doelen worden bereikt gezien de veelheid aan doelen die in beginsel ook allemaal relevant zijn bij een zo ingewikkeld vraagstuk als de situatie van de groepen jongeren in kwestie. Er ligt nog veel werk om bijvoorbeeld alle suggesties van de adviescommissie (zie hoofdstuk 3) ter harte te nemen. Projecten hebben echter een beperkte levensduur. Daar staat tegenover dat in de sector van de verslavingszorg en die voor de hulp aan jeugdigen het onderwerp leeft. Men is alerter geworden en er zijn diverse voorzieningen beschikbaar om jongeren – beter dan vroeger – te helpen. Verder is het verheugend dat ook in het recent uitgebrachte visiedocument van het netwerk van instellingen voor verslavingszorg de aandacht voor jeugdigen is opgenomen.

Bijlage: overzicht publicaties project “Van kwetsbaar naar weerbaar”:

(publicaties zijn integraal te lezen/te printen op www.resultaten.scores.nl)

1. Snoek, A. et al (2010) *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*, Amersfoort, Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren/IVO
2. *Factsheet Kwetsbare groepen jeugdigen*, Amersfoort, Resultaten Scoren, 2011
3. Snoek, A, Wits, E. et al. (2010) *Vroegsignalering; richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of – afhankelijkheid bij jongeren*, Amersfoort, Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren
4. *Factsheet richtlijn vroegsignalering*, Amersfoort, Resultaten Scoren, 2011
5. Adviescommissie Kwetsbare Jeugd en Verslaving (2011) “*Van kwetsbaar naar weerbaar*”, Amersfoort, Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren
6. Barendregt C, Wits E, (2012) *Evaluatie vroegsignalering middelenproblematiek bij jongeren*, Utrecht, Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren/IVO
7. Schippers, G.M., Broekman T.G. (2013) *MATE-Y Handleiding en protocol MATE*, Nijmegen, Amersfoort (in press)
8. Couwenberg Chr., Wits E. (2013), *Samenwerken bij middelenproblematiek: signaleren, verwijzen en behandelen*, Amersfoort Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren/IVO
9. Oort, M.v. et al (2013), *Behandelprotocol Jongeren met ADHD en middelengebruik*, Amersfoort, Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren/NISPA, in voorbereiding
10. Weerman, A. et al (2013) *Onderwijspakket verslavingskunde voor jeugdzorgwerkers in opleiding*, Amersfoort/Zwolle, Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren/Hogeschool Windesheim, in voorbereiding

Colofon

Stichting Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren

Stichting Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren vormt het brede innovatieprogramma van de verslavingszorg; het wordt gesteund door alle publieke instellingen voor verslavingszorg in Nederland. Resultaten Scoren stelt zich al ruim 10 jaar als doel om de kwaliteit en effectiviteit van preventie, behandeling en zorg op permanente wijze te verbeteren en te borgen. Dit gebeurt door op wetenschappelijk gebaseerde interventies (richtlijnen, protocollen, handleidingen, onderzoeken, inmiddels ruim 70 publicaties) te ontwikkelen en deze in de verslavingszorg en andere zorgsectoren in te voeren. Resultaten Scoren laat periodiek (zo elke drie jaar) de professionele praktijk van bereik en werken met haar producten onderzoeken; in de afgelopen 10 jaar blijkt dat de methodieken en producten een implementatiegraad van tussen de 60 en 95% bereiken.

Redactie eindrapport

Dr. J.C. van der Stel

Drs. W.R. Buisman

Bestellen

Bestellen a € 10,- of (gratis) downloaden van deze publicatie via www.resultatenscoren.nl

Copyright 2013

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

