

Het IJslandse preventiemodel in Nederland

Tussenevaluatie van het beleidsvormend
leertraject voor de aanpak van middelengebruik
onder jongeren



Het IJslandse preventiemodel in Nederland

Tussenevaluatie van het beleidsvormend
leertraject voor de aanpak van middelengebruik
onder jongeren

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs

Erik Jan de Wilde

Lian Smeets

Jeroen de Greeff

Wouter den Hollander

Karin Monshouwer

Met medewerking van

Eefje Vercoulen

Lex Lemmers

Lonneke van Leeuwen

Tekstredactie

Annemarie van den Berg

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

istockphoto.com

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer **AF1784**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030 - 297 11 00

F: 030 - 297 11 11

E: ijsland@trimbos.nl

www.trimbos.nl

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

1	Achtergrond	5
1.1	Wat is het IJslandse preventiemodel?	5
1.2	De werkwijze van het IJslandse preventiemodel	5
1.3	Beleidsvormend leertraject: de culturele vertaling van het IJslandse model naar Nederland	7
1.3.1	Bestaande preventieactiviteiten en -programma's in Nederland	7
1.3.2	Monitoring	8
1.3.3	Beleidsvormend leertraject in Nederland	8
1.4	Tussenevaluatie	8
2	Methode	11
2.1	Landelijke verkenning	11
2.2	Evaluatie van het leertraject	11
2.2.1	Beleidsmedewerkers deelnemende gemeenten	11
2.2.2	Deelnemende scholen	12
2.3	De IJslandse monitor	12
2.3.1	Instrumentvergelijking	12
2.3.2	Analyse van beschikbare data	13
3	Resultaten	15
3.1	Landelijke verkenning	15
3.1.1	Monitoring	16
3.1.2	Community building	17
3.1.3	Omgevingsgerichte preventie	17
3.1.4	Ouders	18
3.1.5	School	19
3.1.6	Vrije tijd	20
3.2	Evaluatie van het leertraject	23
3.2.1	Beleidsmedewerkers deelnemende gemeenten	23
3.2.2	Deelnemende scholen	36
3.3	De IJslandse monitor	42
3.3.1	Instrumentvergelijking	42
3.3.2	Analyse van beschikbare data	44
4	Conclusie	47
5	Aanbevelingen	53
	Referenties	57

Bijlage 1	Gesprekspartners interviews (landelijke) organisaties	59
Bijlage 2	Topiclijst interviews (landelijke) organisaties	61
Bijlage 3	Korte vragenlijst over monitoring ter voorbereiding interview deelnemende gemeenten	67
Bijlage 4	Topiclijst interviews deelnemende gemeenten	71
Bijlage 5	Tijdslijn interviews deelnemende gemeenten	79
Bijlage 6	Topiclijst interviews deelnemende scholen	81
Bijlage 7	Lijst van onderwerpen en aanwezigheid in vragenlijsten en rapporten	85

1 Achtergrond

Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) voeren tezamen het driejarige traject *Leren van het IJslands Preventiemodel* uit, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het doel van dit traject is een visie te ontwikkelen waarin wordt onderbouwd in hoeverre het IJslandse preventiemodel vertaalbaar en implementeerbaar is in Nederland. Deze tussenevaluatie maakt deel uit van dit traject en draagt bij aan het ontwikkelen van deze visie.

1.1 Wat is het IJslandse preventiemodel?

Het IJslandse preventiemodel is een op de wetenschappelijke literatuur gebaseerde benadering (*evidence based*) om middelengebruik (alcohol, tabak en drugs) door jongeren te voorkomen. Het model is ontwikkeld door het Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA), een non-profit onderzoeksinstituut gevestigd in de hoofdstad Reykjavik. In IJsland heeft de afgelopen jaren een duidelijke daling plaatsgevonden van middelengebruik onder jongeren (Kristjánsson, Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Mann, Sigfússon, & Allegrante, 2016; Sigfússon, 2018).

1.2 De werkwijze van het IJslandse preventiemodel

Het IJslandse preventiemodel is gericht op het implementeren van *evidence based* beleidsmaatregelen en lokale interventies die risicofactoren voor middelengebruik (zoals bekend zijn uit literatuur) verminderen, en beschermende factoren versterken. Dit gebeurt op basis van lokale informatie over jongeren en in overleg met lokale stakeholders.

Het model verloopt volgens een jaarlijkse cyclus die bestaat uit vier stappen: monitoring; terugkoppeling en dialoog; beleidsvorming; en uitvoering (zie figuur 1). Daarin staat *community building* centraal: onderzoekers en beleidsmakers bouwen aan draagvlak onder lokale stakeholders en stimuleren samenwerking tussen deze stakeholders in alle stappen. We lichten de stappen hier nader toe.

Stap 1. Monitoring

Jaarlijks worden op bijna alle scholen in IJsland vragenlijsten afgenomen onder alle jongeren van 10 tot en met 20 jaar. De vragen hebben betrekking op middelengebruik en de aanwezigheid van beschermende en risicofactoren. Doordat de vragenlijsten jaarlijks worden afgenomen, volgens dezelfde methodiek, kunnen trends en verschuivingen in het middelengebruik en de beschermende en risicofactoren in beeld worden gebracht (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, & Allegrante, 2009; Sigfúsdóttir, Kristjánsson, Gudmundsdóttir, & Allegrante, 2010)

Stap 2. Terugkoppeling en dialoog

Binnen twee maanden worden de resultaten uit de vragenlijsten gerapporteerd op gemeentelijk en schoolniveau. Door de snelle terugkoppeling van informatie ontstaat een actueel beeld van de gezondheid en het welbevinden van de jeugd. De resultaten voeden de lokale dialoog tussen wetenschappers, beleidsmakers en andere lokale stakeholders, zoals gemeenten, scholen, ouders en aanbieders van vrijetijdsactiviteiten. Samen bespreken zij wat de belangrijkste problemen zijn en welke beschermende en risicofactoren kansen bieden om de gezondheid en het welbevinden van jongeren te verbeteren.

Stap 3. Beleidsvorming

Er wordt niet gewerkt met een vaststaand interventiepakket dat ingezet wordt bij implementatie van het IJslandse model. Lokale stakeholders bedenken samen welke acties, interventies en maatregelen ingezet worden om de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. Ieder levert een bijdrage vanuit zijn of haar expertise, wat de betrokkenheid bij preventie van middelengebruik vergroot.

Stap 4. Uitvoering

De acties, interventies en maatregelen worden uitgevoerd om de beschermende en risicofactoren te beïnvloeden.

Dit proces wordt jaarlijks herhaald. De resultaten van een nieuwe vragenronde worden gebruikt om de resultaten van de acties, interventies en maatregelen te evalueren, en te reflecteren op het proces (Kristjánsson et al., 2016; Sigfúsdóttir, 2013; Sigfússon, 2018).

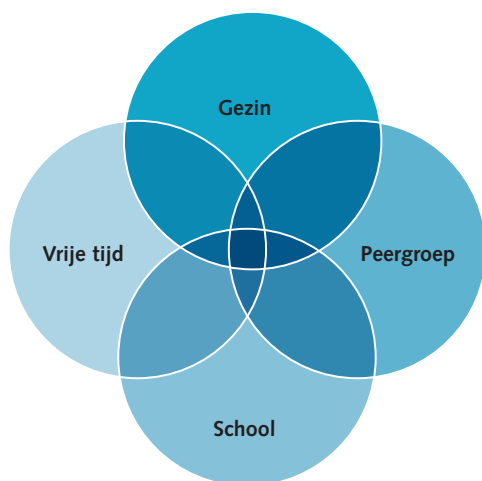
Figuur 1. Jaarlijkse cyclus van het IJslandse preventiemodel



De essentie van het IJslandse preventiemodel is een gezonde omgeving te creëren die is ingericht om middelengebruik door jongeren te voorkomen. Om dit te bereiken, is het model gericht op vier domeinen die invloed hebben op middelengebruik door jongeren, namelijk

gezin, peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school en vrije tijd (zie figuur 2). Binnen elk domein zijn factoren beschreven die het risico op middelengebruik verkleinen (beschermende factoren) of vergroten (risicofactoren). Naast de beschermende en risicofactoren in de vier genoemde domeinen, is in het IJslandse model ook de invloed van sociale integratie en van het welbevinden op middelengebruik beschreven. Deze factoren komen in alle genoemde domeinen terug.

Figuur 2. Domeinen in het IJslandse preventiemodel



Een uitgebreide verkenning en een beschrijving van het IJslandse preventiemodel zijn na te lezen in een eerder verschenen factsheet (Smeets, Monshouwer, Batyreva, De Wilde, & De Greeff, 2019) en literatuuronderzoek (Smeets, Monshouwer, & De Greeff, 2019).

1.3 Beleidsvormend leertraject: de culturele vertaling van het IJslandse model naar Nederland

De veelbelovende cijfers over dalend middelengebruik in IJsland zijn reden om te onderzoeken of het IJslandse model ook in Nederland te implementeren is. Nederland is echter anders dan IJsland. Bij de vertaling naar de Nederlandse context moet dan ook rekening gehouden worden met een aantal aandachtspunten en uitdagingen. Zo zijn er geografische en culturele verschillen (alcohol is bijvoorbeeld een belangrijker onderdeel van de sportcultuur in Nederland dan in IJsland en verschilt de ouderbetrokkenheid in beide landen. Deze aandachtspunten worden toegelicht in het literatuuronderzoek (Smeets et al., 2019b) dat eerder verschenen is.

1.3.1 Bestaande preventieactiviteiten en -programma's in Nederland

In Nederland wordt al veel gedaan aan preventie voor allerlei verschillende thema's, zoals middelengebruik, welbevinden, voeding en beweging. Er bestaan losstaande interventies zoals het *ROC Aanvalsplan* en programma's die zich richten op de omgeving van de jongeren, zoals de *Gezonde School*, de *Rookvrije Generatie* of *Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)*. Bij implementatie van het IJslandse model in Nederland is het belangrijk dat niet wordt voorbijgegaan aan deze bestaande preventieprogramma's en activiteiten. Het IJslandse

preventiemodel heeft geen vaststaand pakket met interventies en maatregelen. De bestaande programma's uit Nederland kunnen ook worden ingezet in de werkwijze van het IJslandse model, om integraal te werken aan preventie in de verschillende domeinen in het leven van jongeren.

1.3.2 Monitoring

Binnen de IJslandse methodiek speelt monitoring (in de betekenis van het verzamelen van data via zelfrapportage-vragenlijsten en de terugkoppeling daarvan aan deelnemende scholen en gemeenten) een belangrijke rol. Nederland is echter een land met een lange traditie van monitoring bij scholieren. Naast regelmatige landelijke onderzoeken zoals *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) en de *Peilstation*-onderzoeken, voeren GGD'en (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) lokale onderzoeken uit op minstens één contactmoment gedurende de middelbareschoolperiode. Eens in de vier jaar wordt door de GGD'en de *Gezondheidsmonitor Jeugduitgevoerd*, in samenwerking met GGD GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio) Nederland en het RIVM. Ook in deze onderzoeken worden vragen gesteld over middelengebruik en andere gezondheidskenmerken van middelbare scholieren. Het is van belang om te onderzoeken welke elementen van de IJslandse manier van monitoring iets kunnen toevoegen aan de Nederlandse situatie.

1.3.3 Beleidsvormend leertraject in Nederland

In Nederland is een beleidsvormend leertraject opgezet om te onderzoeken of het IJslandse preventiemodel te vertalen en implementeren is in de Nederlandse context. Hierin is uiteraard aandacht voor de hierboven beschreven uitdagingen. Het beleidsvormend leertraject is opgezet door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut, in samenwerking met het ICSRA. Het traject is onderdeel van *Planet Youth*, de naam waaronder het ICSRA andere landen ondersteunt met de implementatie van het IJslandse preventiemodel. Zes Nederlandse gemeenten nemen deel aan dit traject, namelijk Amersfoort, Hardenberg, samenwerkingsverband Kempengemeenten (Bergeijk, Bladel, Eersel, Reusel-De Mierden), Súdwest-Fryslân, Texel en Urk. Het traject is gestart in april 2018 en duurt drie jaar.

1.4 Tussenevaluatie

Dit rapport is een tussenevaluatie van het beleidsvormend leertraject met het IJslandse model in Nederland. De hoofdonderzoeksvraag luidt:

In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn drie onderzoeken uitgevoerd. Er zijn interviews afgenomen met medewerkers van (landelijke) organisaties die expertise hebben op preventie, leefstijl en/of jongeren. Daarnaast is het leertraject tussentijds geëvalueerd met medewerkers van de deelnemende gemeenten en met medewerkers van participerende scholen in die gemeenten. Ten slotte er is een nadere verkenning van de IJslandse monitor gemaakt in vergelijking tot de Nederlandse GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

Het doel van de landelijke verkenning is om te onderzoeken welke kansen het IJslandse model biedt voor de Nederlandse situatie, en welke uitdagingen er spelen bij de vertaling naar de Nederlandse context. Hiertoe hebben we medewerkers van diverse (landelijke) organisaties gesproken die actief zijn in het preventieve veld, of in een van de domeinen waar het IJslandse model zich op richt. De deelonderzoeksvraag voor dit onderzoek luidt: *Deelonderzoeksvraag 1: Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse model in Nederland?*

Het doel van de evaluatie van het leertraject is om de eerste fasen van implementatie van het IJslandse model te beoordelen. Hiertoe zijn de beleidsmedewerkers van de deelnemende gemeenten, onderzoekers van de deelnemende gemeenten of GGD'en en contactpersonen bij deelnemende scholen geïnterviewd over hun ervaringen met de implementatie. De twee deelonderzoeksvragen voor dit onderzoek luiden:

Deelonderzoeksvraag 2a: In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse model implementeren, en in hoeverre vinden zij het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?

Deelonderzoeksvraag 2b: Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJslandse model in hun gemeente?

Het doel van het onderzoek naar de IJslandse monitor is te onderzoeken welke inhoudelijke en procesmatige verschillen er zijn tussen de IJslandse monitor en de Nederlandse gezondheidsmonitor van de GGD. Op basis hiervan kunnen aanbevelingen gedaan worden over de eventuele structurele inbedding van de IJslandse methodiek in het Nederlandse lokale jeugdbeleid.

In het leertraject vond de eerste ronde van dataverzameling plaats in het najaar van 2018. Er is onderzoek uitgevoerd naar de data uit deze verzameling en naar de inhoud van de vragenlijst. De deelonderzoeksvraag voor dit onderzoek luidt:

Deelonderzoeksvraag 3: In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor?

Op basis van deze drie onderzoeken willen we voorlopige aanbevelingen doen over de implementatie van het IJslandse model en de IJslandse vragenlijst in Nederland.

2 Methode

2.1 Landelijke verkenning

We hebben een verkenning gehouden met (landelijke) organisaties om na te gaan welke kansen het IJslandse model biedt voor de Nederlandse situatie en welke uitdagingen er zijn bij het vertalen van het IJslandse model naar de Nederlandse context. In de periode van mei 2019 tot en met juli 2019 hebben we gesprekken gevoerd over het IJslandse preventiemodel met gesprekspartners binnen 17 (landelijke) organisaties (zie bijlage 1). Tijdens deze gesprekken gebruikten we een topiclijst (zie bijlage 2). Afhankelijk van de expertise van de gesprekspartner werd op enkele onderwerpen dieper ingegaan. Tijdens de gesprekken maakten we aantekeningen, die achteraf zijn uitgewerkt. Deze uitgewerkte verslagen zijn door twee onderzoekers onafhankelijk gecodeerd met MAXQDA-software. Vervolgens hebben zij hun coderingen naast elkaar gelegd en zijn tot een consensus gekomen voor stukken tekst die verschillend gecodeerd waren.

2.2 Evaluatie van het leertraject

In het kader van deze tussenevaluatie hebben we interviews gehouden om te inventariseren welke ervaringen de betrokkenen hebben met het IJslandse model. De interviews zijn gehouden met beleidsmedewerkers van de deelnemende gemeenten en met contactpersonen van deelnemende scholen.

2.2.1 Beleidsmedewerkers deelnemende gemeenten

In november en december van 2019 hebben we evaluatiegesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers van de zes deelnemende gemeenten. Aan het einde van het leertraject, voorjaar 2021, zullen we een tweede interviewronde houden met beleidsmedewerkers van deze gemeenten. Bij de gesprekken was in ieder geval de projectleider van de deelnemende gemeente aanwezig, aangevuld met leden van de projectgroep en in enkele gevallen medewerkers van een GGD. Bij één gesprek was ook een contactpersoon aanwezig van een school waarmee wordt samengewerkt. Deze persoon is niet meer geïnterviewd in het kader van de interviews met deelnemende scholen.

Middels een toestemmingsformulier zijn de geïnterviewden akkoord gegaan met het maken van audio-opnamen tijdens het gesprek. Voorafgaand aan het gesprek werd aan de deelnemers een korte digitale vragenlijst over monitoring gestuurd (bijlage 3). De vragen uit deze lijst gaan over de monitor die in november 2018 is uitgevoerd onder de 15- en 16-jarigen in de gemeente. Tijdens het gesprek werden een topiclijst (bijlage 4) en een tijdlijn (bijlage 5) gebruikt om het implementatieproces tot dan toe door te lopen.

De audio-opnamen zijn gebruikt om de gesprekken achteraf uit te werken. Deze uitgewerkte verslagen zijn door een onderzoeker gecodeerd met MAXQDA-software. Vervolgens hebben twee andere onderzoekers de codering gebruikt om het verslag gezamenlijk uit te werken.

2.2.2 Deelnemende scholen

In februari en maart van 2020 hebben we interviews gehouden met contactpersonen bij negen scholen die meewerken aan de implementatie van het IJslandse preventiemodel. Uit elk van de zes deelnemende gemeenten zijn medewerkers van een of twee scholen geïnterviewd. Middels een toestemmingsformulier gingen de geïnterviewden akkoord met het maken van audio-opnamen. Tijdens de gesprekken maakten we gebruik van een topiclijst (bijlage 6).

De audio-opnamen zijn gebruikt om de gesprekken achteraf uit te werken. Op basis van de vragenlijst hebben twee onderzoekers de meest relevante teksten uit de uitgeschreven verslagen geselecteerd.

2.3 De IJslandse monitor

In het onderzoek naar de IJslandse monitor willen we door een analyse van de inhoudelijke en procesmatige verschillen tussen de IJslandse jeugdgezondheidsmonitor en de Nederlandse jeugdgezondheidsmonitor van de GGD tot aanbevelingen komen over structurele inbedding van de (aan de Nederlandse situatie aangepaste) IJslandse methodiek in het lokale jeugdbeleid.

2.3.1 Instrumentvergelijking

De in IJsland gehanteerde vragenlijst is het resultaat van jarenlange inhoudelijke aanpassingen van vragenlijsten die de onderzoekers ofwel zelf ontwikkeld hebben, ofwel hebben gekozen uit bestaande internationale onderzoeken. De vragenlijst als geheel was nog niet in het Nederlands vertaald. Op verzoek hebben het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut deze vertaling op zich genomen en vervolgens kortgesloten met de deelnemende onderzoekers vanuit de regio's. Vervolgens hebben we de lijst op itemniveau inhoudelijk vergeleken met de basisvragenlijst van de jeugdmonitor zoals opgesteld door GGD GHOR.

We hebben beide wijzen van monitoren vergeleken op drie aspecten: de inhoud van de vragenlijsten zelf; de manier waarop de gegevens verwerkt en teruggekoppeld worden; en de benutting van de gegevens in het gemeentelijke preventiebeleid.

De opzet van dit deelonderzoek en de bevindingen in dit hoofdstuk werden besproken in de voor dit onderzoek opgerichte Werkgroep Monitoring. Daaraan nemen sleutelfunctionarissen uit GGD GHOR en RIVM deel, onderzoekers (van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut) en een selectie van epidemiologen uit regionale GGD'en.

Vergeleken vragenlijsten

Voor ons onderzoek hebben we de vragenlijst *Planet Youth* zoals opgesteld door ICSRA en vertaald door Trimbos/NJi (versie 2018) vergeleken met de *Definitieve basisvragenlijst Gezondheidsmonitor Jeugd 2019* (versie 21 maart 2019). De gezondheidsmonitor omvat naast de 'definitieve basisvragenlijst' vaak ook een lokaal te bepalen facultatief gedeelte. Vanwege de landelijke variëteit in de vraagstelling van dat gedeelte, hebben we voor ons onderzoek alleen de basisvragenlijst gebruikt.

Analyse: inhoudelijke vergelijking

De twee vragenlijsten hebben we op itemniveau vergeleken. Allereerst bekeken we welke overkoepelende thema's er in de vragenlijst voorkomen. Elke vraag hebben we gerubriceerd in een van de overkoepelende thema's. Voor de benaming van deze thema's sloten we aan bij de begrippen die gehanteerd werden in de respectievelijke terugkoppelingen: de lokale rapporten aan de zes gemeenten (voor de IJslandvragenlijst), en het rapport over de *Gezondheidsmonitor Jeugd* (voor de vragenlijst van de GGD GHOR op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS). Aangezien de gegevens van de monitorvragenlijst 2019 nog niet gepubliceerd zijn, gebruikten we de termen die gehanteerd werden in de meest recente rapportage, namelijk die uit 2015.

Analyse: benutting in rapportage

Voor de benutting hebben we in de eerste plaats bekeken welke gegevens uit de vragenlijst ook daadwerkelijk terechtgekomen zijn in de rapportages. Daarmee is nog niet vastgesteld of de gegevens ook daadwerkelijk hebben geleid tot de inzet van nieuwe interventies of andere beleidswijzigingen of beleidsvoortzettingen. We hebben per vraag bekeken of de resultaten die verkregen werden terugkwamen in de tabellen of figuren in de rapportages.

Voor de GGD GHOR-rapportage hebben we gekeken naar de landelijk beschikbare datasets bij CBS (CBS Statline en Volksgezondheidszorg.info); voor de IJslandse methode keken we naar de lokale rapporten.

2.3.2 Analyse van beschikbare data

Beschikbare data

Na de rapportagefase ontvingen we op verzoek de geanonimiseerde dataset van de IJslandse onderzoekers. Uit deze dataset verwijderden we de vragen over de school, de specifieke klas en de gemeente van de respondenten. De verkregen dataset besloeg in totaal 4.925 ingevulde vragenlijsten (2.335 jongens en 2.544 meisjes; 46 respondenten hadden de vraag naar geslacht niet ingevuld). De mediane leeftijd van de respondenten bedroeg 15 jaar. 85 procent van de leerlingen zat ten tijde van de afname in het vierde leerjaar.

Missende waarden en redundantie

Een te lange vragenlijst kan leiden tot een verminderde kwaliteit van de antwoorden. Jongeren hebben mogelijk onvoldoende tijd om de vragenlijst in zijn geheel in te vullen (er is over het algemeen maximaal één lesuur beschikbaar), waardoor de vragen aan het eind van de lijst onbeantwoord blijven. Een ander gevolg van een te lange lijst kan zijn dat jongeren de lijst gaan afraffelen omdat ze hun concentratie verliezen of op tijd klaar willen zijn. Het is dus belangrijk dat de vragenlijst niet onnodig lang is. Allereerst is dan ook gekeken naar het patroon van oningevulde vragen, oftewel missende waarden in de dataset. Vervolgens bekeken we in hoeverre vragen 'overbodig' lijken omdat de antwoorden sterk samenhangen met die op andere vragen, de zogeheten redundantie. Deze redundantieanalyse geeft inzicht in welke vragen mogelijk overbodig zijn en geschrapt kunnen worden.

Samenhang binnen de verkregen informatie

Naast bovengenoemde analyses die meer gericht zijn op de kwaliteit van de verkregen informatie, hebben we ook onderzocht in hoeverre de risico- en beschermende factoren

waarop het IJslandse model gericht is, ook in de Nederlandse context gevonden worden. Om dit te illustreren: het IJslandse model is sterk gericht op het stimuleren van sportdeelname omdat dit in IJsland een beschermende factor is gebleken voor het gebruik van alcohol en drugs. In Nederland lijkt de cultuur wat dit betreft echter te verschillen, en zijn er indicaties dat lidmaatschap van een sportclub een risicofactor is voor alcoholgebruik. Het is dus van belang om na te gaan in hoeverre beschermende en risicofactoren die in IJsland zijn gevonden, ook in Nederland aanwezig zijn. Omdat de data op één moment zijn verzameld, moet hierbij worden opgemerkt dat we in de analyses alleen kunnen kijken naar al dan niet aanwezige verbanden. De richting van het verband kan dus niet worden vastgesteld. We kunnen daarom geen uitspraken doen over de oorzakelijkheid van het verband. Dat wil zeggen dat we niet kunnen beantwoorden of factor A een oorzaak is van B, factor B een oorzaak van A, of dat er alleen sprake is van een samenhang tussen A en B en geen direct oorzakelijk verband tussen beide.

Aan de hand van een correlatieanalyse (*Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt*) van de gegeven antwoorden hebben we bekeken in welke mate vragen met elkaar samenhangen. Hierbij moeten we aantekenen dat het een ruwe, verkennende analyse betreft, die niet gecorrigeerd is voor bijvoorbeeld klasjaar of geslacht.

3 Resultaten

3.1 Landelijke verkenning

In het kort: resultaten uit gesprekken met landelijke organisaties

- Landelijke organisaties zijn geïnteresseerd in het IJslandse model.
- De doelen van de IJslandse aanpak sluiten aan bij die van het Nationaal Preventieakkoord: roken, overgewicht en met name problematisch alcoholgebruik.
- Monitoring wordt erkend als werkzaam bestanddeel, maar is op de IJslandse manier een arbeidsintensieve onderneming en wordt idealiter geïntegreerd in bestaande Nederlandse monitoringssystemen.
- *Community building* kan kansrijk zijn in Nederland, maar het kost wel veel moeite en tijd om te realiseren.
- De integrale preventieve aanpak spreekt aan.
- Het betrekken van ouders en scholen bij de aanpak wordt gezien als positief, maar ook als moeilijk om te realiseren.
- Zinnige vrijetijdsbesteding is een duidelijke factor in gezond en veilig opgroeien. Meer professionele begeleiding daarbij is kostbaar.

In Nederland zijn er veel organisaties met expertise op het gebied van jeugd, gezondheid en preventie. In het kader van ons onderzoek zijn we in gesprek gegaan met zeventien (landelijke) organisaties (zie bijlage 1). Tijdens deze gesprekken lag de focus deelonderzoeksvraag 1: **Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse model in Nederland?**

Over het algemeen waren alle organisaties zeer geïnteresseerd in het IJslandse model, en reageerden zij positief op het beleidsvormend leertraject in Nederland. De organisaties gaven aan dat het IJslandse model naar hun idee diverse kansen biedt om preventie in Nederland, en specifiek de rol van de jeugdgezondheidsmonitor daarbij, te versterken. Met name voor gemeenten zagen de geïnterviewden kansen om op een integrale manier aan meerdere gezondheidsthema's te werken. Bovendien sluit het IJslandse model goed aan bij de doelen van het Nationaal Preventieakkoord, aldus de landelijke organisaties.

Als aandachtspunt werd door de geïnterviewden genoemd dat goed bekeken moet worden hoe de IJslandse aanpak bestaande interventies en activiteiten kan versterken, omdat in Nederland al veel gedaan wordt op het gebied van preventie. Ook werd een aantal keer genoemd dat er bij de implementatie aandacht moet zijn voor gezondheidsverschillen; mensen met een lage opleiding of lage sociaal-economische status (SES) moeten ook bereikt worden met de monitor en de activiteiten.

In dit hoofdstuk lichten we de kansen en uitdagingen vanuit het perspectief van de landelijke organisaties toe voor de thema's monitoring, *community building*, omgevingsgerichte preventie, ouders, school en vrije tijd.

3.1.1 Monitoring

Monitoring in IJsland

Monitoring is een essentieel onderdeel van het *data driven* IJslandse model. De jaarlijkse monitor onder alle jongeren van 10 tot en met 20 jaar geeft de IJslanders veel informatie over de gezondheid van jongeren en factoren die daarmee samenhangen. Deze monitor maakt onlosmakelijk deel uit van de beleidscyclus van lokale gemeenten of gemeenschappen. Kenmerkend voor de IJslandse monitor is de snelle terugkoppeling van de data op lokaal niveau en het bepalen van de lokale prioriteiten in samenspraak met partners. Op basis daarvan wordt het beleid vastgesteld en worden interventies geselecteerd en uitgevoerd. Door de jaarlijkse dataverzameling kan regelmatig worden geëvalueerd of het ingezette beleid effect heeft.

Kansen en uitdagingen voor Nederland

De rol van monitoring in het IJslandse model spreekt veel van de door ons benaderde (landelijke) organisaties aan. Veel organisaties zijn enthousiast over het feit dat monitoring onderdeel is van het gemeentelijke beleidsproces. De geïnterviewden constateerden dat de GGD-jeugdgezondheidsmonitor in Nederland niet altijd aansluit op de beleidscyclus van gemeenten en dat de terugkoppeling van de resultaten nog niet zo snel gebeurt als in IJsland. Het vaker verzamelen van data en de snelle terugkoppeling op lokaal niveau kan ook rekenen op enthousiasme. Tegelijkertijd werd hierbij de kanttekening geplaatst dat vaker meten meer geld kost. Voldoende financiën is dus een randvoorwaarde voor een toename in het aantal meetmomenten. Een andere kanttekening die geplaatst werd, is dat er reeds veel monitors worden uitgevoerd in Nederland. Hierbij drong een aantal geïnterviewden erop aan gebruik te maken (en waar mogelijk te verbeteren) van de monitors die er al zijn, in plaats van een nieuwe (IJslandse) monitor toe te voegen.

Doordat de data snel worden teruggekoppeld en besproken met lokale partners, kan er draagvlak ontstaan voor een integrale preventieaanpak, aldus meerdere landelijke organisaties. Bij het bespreken van cijfers moet ook met de lokale community nagedacht worden welke acties opgezet kunnen worden om de resultaten te verbeteren. Hierbij is het belangrijk dat er ook naar de beschermende en risicofactoren wordt gevraagd, zodat meteen duidelijk is waar aan gewerkt kan worden. Het terugkoppelen van recente cijfers kan helpen om de betrokkenheid van ouders bij de preventieaanpak te vergroten. Omdat het over hun kind gaat, wordt het persoonlijk. Op deze manier kunnen ouders geëmpowerd worden, zo liet een van de organisaties weten. Een andere organisatie gaf aan dat het per wijk en doelgroep verschilt of ouders dit belangrijk vinden. Verder kan de brede vragenlijst gemeenten en scholen helpen om niet alleen te kijken naar middelengebruik, maar ook naar andere thema's die aandacht verdienen, zoals welbevinden.

3.1.2 Community building

Community building in IJsland

Community building is een essentieel onderdeel van het IJslandse model. De werkwijze is gestoeld op een breed draagvlak onder en goede samenwerking tussen onderzoekers, beleidsmakers en professionals in de praktijk. De lokale community is bij alle stappen van het IJslandse model betrokken en iedere partner draagt vanuit de eigenlijke mogelijkheden bij aan de oplossing.

Kansen en uitdagingen voor Nederland

Veel organisaties vinden het centraal stellen van *community building* een waardevol element van het IJslandse model. Hoewel het betrekken van lokale partijen wellicht een open deur is, en dit in Nederland ook al onderdeel uitmaakt van diverse preventieprogramma's en -bewegingen (zoals de *Rookvrije Generatie*), wordt deze vorm van *community building* volgens de respondenten nog maar weinig gebruikt in Nederland. Volgens hen kan de IJslandse manier van werken juist zorgen voor motivatie bij lokale partners om verandering in gang te zetten en problemen (met het gebruik van verslavende middelen) op te lossen. Volgens een van de respondenten zijn in Nederlandse gemeenten de taken vaak verdeeld over verschillende beleidsmedewerkers. Zo is degene die over het alcoholbeleid gaat bijvoorbeeld vaak niet de persoon die contact heeft met de scholen. De kracht van het IJslandse model is dat iedereen samenwerkt aan dezelfde doelen en op de hoogte is van elkaars acties. Dat ook ouders hierbij worden betrokken, vinden de landelijke organisaties een positief element.

Tegelijkertijd constateerden de landelijke organisaties ook uitdagingen bij het werken aan *community building*. Ervaringen in IJsland laten namelijk zien dat het veel moeite en tijd kost om de gemeenschap te activeren en verbinden. Het is geen simpel trucje dat overal op dezelfde manier werkt. Deze taak vraagt de nodige capaciteit en kunde van de gemeente. Datzelfde geldt voor de lokale partners van wie ook investeringen in tijd (en soms geld) wordt gevraagd. Een andere respondent benoemde dat het betrekken van de community *an sich* niet voldoende is om de doelen te behalen. De lokale partners hebben namelijk niet altijd voldoende kennis om te bedenken welke interventies het beste aansluiten bij de lokale problematiek en voldoen aan de uitgangspunten van het IJslandse model. De gemeente heeft hierbij de taak om regie te voeren en waar nodig bij te sturen.

3.1.3 Omgevingsgerichte preventie

Omgevingsgerichte preventie in IJsland

Het IJslandse preventiemodel beoogt middelengebruik onder jongeren te voorkomen door de omgeving rondom jongeren te veranderen. In het model worden vier belangrijke omgevingen (domeinen) onderscheiden: gezin, peergroep, school en vrije tijd. Per domein zijn in het model factoren beschreven die het risico op middelengebruik verhogen (risicofactoren) en factoren die het risico verkleinen (beschermende factoren). Het streven is in alle vier de domeinen de risicofactoren te verkleinen en de beschermende factoren te versterken.

Kansen en uitdagingen in Nederland

De integrale aanpak, waarbij alle vier de domeinen een belangrijke rol spelen, spreekt een groot deel van de organisaties aan. Jongeren besteden hun tijd op verschillende plekken, dus het is goed om voor alle domeinen na te gaan wat je daar kunt veranderen. Respondenten gaven aan dat het integrale karakter van het IJslandse model de mogelijkheid biedt om diverse beleidsterreinen binnen gemeenten (sport, onderwijs, jeugd, gezondheid) met elkaar te verbinden. Specifiek als kans werd hierbij benoemd dat diverse geldstromen kunnen worden verbonden, en samenwerkingen binnen het sociaal domein kunnen worden versterkt. Ook gaven respondenten aan dat het mogelijkheden biedt om bepaalde interventies in te zetten in alle domeinen, bijvoorbeeld thuis, op school en op de sportclub.

Het feit dat het IJslandse model zich niet richt op het probleem zelf (middelengebruik), maar op de onderliggende factoren, spreekt verschillende organisaties aan. Ze gaven aan dat vaak wordt gedacht vanuit het probleem (bijvoorbeeld alcoholgebruik), maar dat gebrek aan kennis over de oorzaken een effectieve aanpak belemmert. Een aantal organisaties liet weten dat de inzet op het versterken van beschermende factoren bovendien goed aansluit op hun activiteiten.

Volgens de geïnterviewden is het de uitdaging om de omgevingsgerichte aanpak van het IJslandse model te laten aansluiten bij andere ontwikkelingen die landelijk en lokaal spelen op het gebied van preventie, zoals gezondheidsnota's en het *Nationaal Preventieakkoord*. Dat maakt de implementatie van de aanpak kansrijker.

3.1.4 Ouders

Ouderbetrokkenheid in IJsland

Ouders spelen een belangrijke rol in het IJslandse model. Volgens de grondleggers van het model zijn ouders de belangrijkste beschermende factor in het leven van hun kind. Door warmte en steun te geven, met elkaar tijd door te brengen, regels te stellen en te monitoren kunnen ouders een belangrijke beschermende factor zijn in het voorkómen van middelengebruik. Doordat ouders zo'n belangrijke rol hebben, worden ze in IJsland nadrukkelijk betrokken bij het preventiebeleid. Ouders van schoolgaande kinderen krijgen een terugkoppeling van de resultaten van de vragenlijst en praten mee over preventie van middelengebruik en het versterken van het welbevinden van hun kinderen. Ook dragen ze hun steentje bij door betrokken te zijn bij school en bij de vrijetijdsactiviteiten van hun kind, en door contact te onderhouden met andere ouders.

Kansen en uitdagingen in Nederland

Veel van de organisaties gaven aan het positief te vinden dat ouders een belangrijke rol spelen in het IJslandse model. De manier waarop ouderbetrokkenheid wordt ingericht, noemden zij vernieuwend. Het wordt door de respondenten gezien als een positieve manier om met ouders samen te werken. Het model biedt een kans om ouders meer te betrekken en een beroep op hen te doen in het kader van middelenpreventie.

Een aantal organisaties constateerde dat uitkomsten van de jeugdgezondheidsmonitor in Nederland niet structureel met ouders worden besproken. Een van de organisaties gaf aan

dat het bespreken van resultaten zou kunnen bijdragen aan het creëren van draagvlak onder ouders. Dat dit een gewenste ontwikkeling zou zijn, blijkt uit de opmerking van een aantal organisaties dat het moeilijk is om Nederlandse ouders te betrekken bij preventie. Nederlandse ouders willen, volgens de geïnterviewden, zelf bepalen hoe ze hun kind opvoeden. Ze willen niets opgelegd krijgen. Het blijkt ook lastig te zijn om ouders, met name met een lagere sociaal-economische status, te interesseren voor informatiebijeenkomsten.

Een van de organisaties gaf aan dat het organiseren van informatiebijeenkomsten waarschijnlijk niet voldoende is om ouders te mobiliseren. Ouders zouden meer in het algemeen betrokken moeten worden bij de school en hun kind. Gedurende de schoolcarrière van het kind vermindert het contact tussen ouders en school. Met name het verschil tussen primair en voortgezet onderwijs is groot. Op het voortgezet onderwijs blijft het contact tussen ouders en school beperkt tot een 10-minutengesprek en af en toe een ouderavond. Ouders blijken minder tijd hebben om te ondersteunen bij praktische zaken, zoals schoolreisjes, maar zijn juist heel erg betrokken als het om de ontwikkeling van hun kind gaat. Een aantal geïnterviewden merkte op dat het IJslandse model kan bijdragen aan het versterken van de relatie tussen ouders en school, op het gebied van middelenpreventie maar ook voor andere thema's. Volgens hen is er een cultuuromslag nodig om de ouderbetrokkenheid te verhogen.

Een aantal organisaties gaf echter ook aan dat er in Nederland al best veel ervaring is opgedaan met het betrekken van ouders. Die kennis zou moeten worden meegenomen bij de implementatie van het IJslandse model. De volgende tips werden in de interviews genoemd:

- Betrek ouders als het gaat om de ontwikkeling van hun eigen kind, bijvoorbeeld de overstap van primair onderwijs naar voortgezet onderwijs.
- Stem activiteiten die binnen de gemeente gericht zijn op ouders, op elkaar af, zodat zaken niet door elkaar gaan lopen. Denk hierbij aan activiteiten van de gemeente, school en een instelling voor verslavingszorg.
- Maak het voor ouders aantrekkelijk om naar bijeenkomsten te komen of deel te nemen aan preventieactiviteiten. Een informatiebijeenkomst kan bijvoorbeeld aantrekkelijk gemaakt worden met een theatervoorstelling of een bekende spreker.
- Middelbare scholen kunnen zodra het kind op school komt startgesprekken voeren met ouder en kind, om zo van begin af aan een band op te bouwen.
- Breng gedreven ouders in de gemeente bij elkaar.
- Laat ouders in gesprek gaan met andere ouders die een vergelijkbare achtergrond hebben.
- Breng ouders bij elkaar op een bepaald thema en laat hen zelf nadenken over de normen en regels die zij willen naleven voor dit thema.

3.1.5 School

De rol van scholen in IJsland

Scholen spelen een belangrijke rol in het IJslandse model. Ze worden gezien als de natuurlijke vindplek voor jongeren en hun ouders. De jeugdgezondheidsmonitor wordt in IJsland daarom op school ingevuld. Tegelijkertijd spelen scholen vaak een centrale rol in de wijk en is er een nauwe afstemming met culturele en sportactiviteiten die na schooltijd plaatsvinden. Veel van de activiteiten vinden daarom op, rondom of in samenspraak met school plaats. De scholen hebben daarbij doorgaans een faciliterende rol. Ze zijn daarom een belangrijke

samenwerkingspartner voor IJslandse gemeenten. Scholen krijgen een individueel rapport met de uitkomsten van de gezondheidsenquête voor hun leerlingen. Ze bespreken deze resultaten met (een vertegenwoordiging van) de ouders van hun leerlingen om te bekijken waar verbetering mogelijk is. Tegelijkertijd worden ze ook betrokken bij het terugkoppelen en het bespreken van de resultaten van alle jongeren in de gemeente.

Kansen en uitdagingen in Nederland

Een groot deel van de organisaties is enthousiast over de rol van scholen in het IJslandse model. In Nederland worden veel preventieactiviteiten en monitors uitgevoerd op school. Er wordt volgens enkele respondenten op veel verschillende onderwerpen, die niet altijd samenhangen, iets van Nederlandse scholen verwacht. Scholen worden vaak overladen met interventies en vragenlijsten. Respondenten gaven aan dat het waardevol is dat het IJslandse model niet los op gezondheidsthema's inzet, maar juist op een integrale manier onderwerpen als middelengebruik en welbevinden met elkaar verbindt. De vragenlijst biedt scholen een brede blik op gezondheid en geeft inzicht in het welbevinden van hun leerlingen. Zo kan een school werken aan een positieve en gezonde omgeving voor jongeren. Dat ouders actief worden betrokken bij school, werd door respondenten ook als positief omschreven. Het IJslandse model kan een aanleiding zijn om beter te communiceren met ouders en om de ouderraad te activeren.

Een landelijke organisatie constateerde dat de relatie tussen gemeenten en scholen in Nederland een uitdaging vormt. Volgens de respondent hebben gemeenten over het algemeen geen goed contact met scholen. Scholen zijn autonome organen die voor sommige zaken met de gemeente te maken hebben. Vaak vinden beide partijen het lastig om aan een goede relatie te werken. Als gemeenten met het IJslandse model gaan werken, is het belangrijk om scholen echt betrekken en hun niet iets opleggen. Ook is het belangrijk om na het afnemen van de vragenlijsten daadwerkelijk iets te doen met de uitkomsten, zodat de energie en motivatie niet verdwijnen. Binnen de school zou iemand moeten worden aangesteld die betrokken is bij het project en zich verantwoordelijk voelt voor het IJslandse model binnen de school.

3.1.6 Vrije tijd

Vrijtijdsactiviteiten in IJsland

In IJsland hebben jongeren veel vrije tijd. Het uitgangspunt van het IJslandse model is jongeren een zinvolle vrijetijdsbesteding te bieden. De reden hiervoor is jongeren daarmee een gezonde ontwikkeling te bieden én te voorkomen dat ze zich vervelen en daarmee het risico lopen verslavende middelen te gebruiken of ander risicogedrag te vertonen. De vrijetijdsactiviteiten zoals beoogd in het IJslandse model dienen te voldoen aan een aantal randvoorwaarden. Zo dient de activiteit te worden begeleid door professionals die de jongeren wat kunnen leren en tevens fungeren als een rolmodel. Ook dient de activiteit plaats te vinden in een gezonde omgeving, zonder verleidingen tot middelengebruik. Een in het oog springend initiatief is de vrijetijdspas van de gemeente Reykjavik, waarbij iedere IJslandse jongere tussen 6 en 18 jaar circa vierhonderd euro kan besteden aan vrijetijdsactiviteiten die voldoen aan de genoemde voorwaarden.

Kansen en uitdagingen in Nederland

De manier waarop vrijetijdsbesteding voor jongeren in IJsland is ingericht, werd door veel van de organisaties beoordeeld als een sterk punt van het IJslandse model. Zinnige vrijetijdsbesteding is een belangrijk aspect in gezond en veilig opgroeien en een beschermende factor voor middelengebruik. Omdat ook Nederlandse jongeren veel vrije tijd hebben, is het volgens de respondenten belangrijk om naar dit domein te kijken. De IJslandse aanpak biedt kansen om jongeren te enthousiasmeren om deel te nemen aan activiteiten. Zo kan het de afname van lidmaatschap bij sportverenigingen vanaf 12 jaar voorkomen, en biedt het mogelijkheden om meer jongeren te laten deelnemen aan kunst-, cultuur- en muziekactiviteiten. Ook bieden georganiseerde activiteiten in de vrije tijd de mogelijkheid om doorgaande leerlijnen te creëren. Op school kan een start gemaakt worden met een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld muziekles), dat in de vrije tijd kan worden voortgezet (bijvoorbeeld op de muziekschool).

Om in Nederland op de IJslandse manier te werken, moet er met een aantal zaken rekening gehouden worden. De behoeften van jongeren veranderen zodra ze naar de middelbare school gaan. Eén van de geïnterviewde noemt dat jongeren niet meer willen sporten, maar liever samen willen zijn met vrienden. Volgens een aantal geïnterviewden moet er naar manieren gezocht worden om jongeren betrokken te houden bij activiteiten.

Verder is het volgens een aantal organisaties belangrijk om niet alleen sportactiviteiten te organiseren, maar ook kunst-, cultuur- en muziekactiviteiten, om zo aan te sluiten bij de belevingswereld van een grotere groep jongeren. Om binnen muziekverenigingen meer jongeren te betrekken, is er meer flexibiliteit nodig om een keer laagdrempelig kennis te laten maken met muziek. Ook moeten activiteiten dicht bij huis georganiseerd worden, zodat ze gemakkelijk toegankelijk zijn.

Wat verder opvalt, is dat er voor basisschoolleerlingen veel wordt georganiseerd in de vrije tijd. Voor hen zijn er veel mogelijkheden om activiteiten laagdrempelig uit te proberen. Voor jongeren op de middelbare school zijn deze mogelijkheden er vaak niet meer.

Ouders

Een van de respondenten gaf aan dat er een uitdaging ligt bij ouders. Niet alle ouders vinden het namelijk belangrijk dat hun kind deelneemt aan activiteiten. En niet alle ouders hebben voldoende financiële middelen ter beschikking om hun kind aan activiteiten te laten deelnemen. In Nederland bestaan er wel diverse subsidies om ouders met lage inkomens te ondersteunen, maar deze zijn niet altijd even toegankelijk of worden als stigmatiserend gezien. De vrijetijdspas uit IJsland spreekt veel van de organisaties die wij spraken aan. Doordat alle jongeren de pas ontvangen, ongeacht het inkomen van de ouders, is de pas niet stigmatiserend. Daarnaast verlaagt de pas de drempel om eens een activiteit uit te proberen. Een aantal respondenten geeft aan dat het in Nederland lastig is om laagdrempelig activiteiten uit te proberen, omdat lidmaatschappen vaak meteen voor een jaar gelden.

Professionele begeleiding

Een andere uitdaging ligt in de begeleiding van veel sportactiviteiten in Nederland. In de interviews werd genoemd dat in Nederland veel sportactiviteiten op sportverenigingen worden begeleid door vrijwilligers, die vaak niet pedagogisch geschoold zijn. Een aantal organisaties

noemde het positief dat er in IJsland wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van de personen die het vrijetijdsaanbod verzorgen voor jongeren. Het wordt belangrijk gevonden dat bijvoorbeeld trainers van sportactiviteiten pedagogisch onderlegd zijn. In Nederland zijn er nu namelijk nog weinig kwaliteitscriteria voor sportverenigingen. Cultuuractiviteiten worden, in tegenstelling tot sportactiviteiten, vaak wel professioneel begeleid. In een branche waar reeds flink is bezuinigd, betekent dit dat de activiteiten vaak duurder zijn. Verder werd aangegeven dat er in het schoolcurriculum veel aandacht is voor sport, en minder voor cultuur. Op middelbare scholen is er bezuinigd op scholing van docenten in cultuur, en er is weinig aandacht voor muziek. Hierdoor komen jongeren hier minder mee in contact.

Gezonde omgeving vrijetijdsactiviteiten

Een andere uitdaging in Nederland is om activiteiten in een gezonde omgeving te laten plaatsvinden. Via programma's als *JOGG*, activiteiten in het *Nationaal Preventieakkoord* en via de *Rookvrije Generatie* wordt er stevig ingezet op het creëren van gezonde omgevingen op de plekken waar jongeren hun vrije tijd doorbrengen. In sommige gevallen zijn deze locaties al overwegend gezonde omgevingen, zoals muziekscholen of plekken waar culturele activiteiten worden georganiseerd. Tegelijkertijd constateerden enkele respondenten dat de plekken waar jongeren sporten niet altijd gezonde omgevingen zijn. In de sportkantines wordt vaak alcohol geschonken en op het sportterrein mag vaak nog worden gerookt.

3.2 Evaluatie van het leertraject

3.2.1 Beleidsmedewerkers deelnemende gemeenten

In het kort: resultaten uit interviews met beleidsmedewerkers deelnemende gemeenten

- Belangrijkste redenen voor deelname aan het leertraject zijn de integrale aanpak, de positieve insteek, de langetermijnvisie op preventie-, jeugd- en gezondheidsbeleid en datagestuurd werken.
- Randvoorwaarden voor deelname zijn financiering en draagvlak bij wethouders, gemeenteraad, ambtenaren en scholen.
- Toegevoegde waarde van de IJslandse monitor ten opzichte van reguliere Nederlandse monitor:
 - informatie over beschermende en risicofactoren;
 - snelle terugkoppeling;
 - in gesprek over resultaten met lokale stakeholders;
 - resultaten als basis voor breed gedragen prioritering van preventiebeleid.
- Idealiter wordt de monitor in de toekomst uitgevoerd door de GGD.
- Gemeenten vinden dat het veel tijd en moeite kost om lokale stakeholders te betrekken en activeren.
- Relatie en samenwerking met de lokale stakeholders is in alle gemeenten verbeterd.
- Alle deelnemende gemeenten raden andere gemeenten aan om te werken volgens het IJslandse model.

Zoals eerder beschreven, nemen zes Nederlandse gemeenten deel aan het beleidsvormend leertraject van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Tijdens dit drie jaar durende traject (april 2018 - april 2021) implementeren deze gemeenten de IJslandse werkwijze. De stappen die zij doorlopen zijn: 1) besluitvorming voor deelname; 2) opstart; 3) monitoring; 4) doelen bepalen/prioritering; 5) interventieontwikkeling en beleidsvorming; en 6) implementatie van interventies en/of beleid. De interviews met de gemeenten zijn gehouden in november en december van 2019. In deze interviews hebben we ervaringen opgehaald tot en met de stap 4 (doelen bepalen/prioritering). De overige stappen worden aan het einde van het traject geëvalueerd.

Hieronder werken we per stap uit wat de fasen in het traject inhouden, en wat de ervaringen van de gemeenten zijn met de implementatie van het IJslandse model. Deelonderzoeksvraag 2a staat hierin centraal: In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse model implementeren, en in hoeverre vinden zij het van toegevoegde waarde op reeds bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?

Stap 1: Besluitvorming deelname (januari 2018 - april 2018)

In februari 2018 hebben het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut de opzet van het beleidsvormend leertraject gepresenteerd aan gemeenten die geïnteresseerd waren in het IJslandse model. In maart 2018 was de deadline voor gemeenten om zich aan te melden voor deelname aan het leertraject. Het traject is in april 2018 van start gegaan.

In deze paragraaf bespreken we welke redenen hebben bijgedragen aan het besluit van de gemeente om deel te nemen aan het beleidsvormend leertraject en aan welke randvoorwaarden voldaan moest worden voor deelname.

Redenen voor deelname aan leertraject

Gemeenten noemden de volgende redenen om deel te nemen aan het beleidsvormend leertraject:

- **Integrale aanpak:** het IJslandse preventiemodel leent zich ervoor om diverse gezondheidsthema's aan elkaar te verbinden. Hierdoor biedt het gemeenten een kans om naast preventie van middelengebruik ook te werken aan bijvoorbeeld welbevinden en het behalen van gezondheidswinst. Ook de integrale samenwerking met diverse, lokale partijen werd als een waardevol element gezien.
- **Positieve insteek:** het IJslandse model sluit aan bij wat jongeren graag doen en past in de gedachte achter positieve gezondheid, waar veel gemeenten aan werken. Het is niet belerend.
- **Gezondheidsbeleid op de lange termijn:** gemeenten zijn op zoek naar een model waar ze op de lange termijn op in kunnen zetten. Het IJslandse model biedt een duidelijke langetermijnvisie met een duidelijk totaalpakket waarin wordt aangegeven welke stappen deelnemers kunnen zetten. Een aantal gemeenten gaf aan hierbij specifiek te willen inzetten op het interveniëren in de omgeving, niet in het gedrag van de jongeren zelf. Het IJslandse model biedt deze omgevingsvisie op gedragsverandering.
- **Vernieuwende aanpak:** eerdere inspanningen op het gebied van preventie hadden niet het gewenste effect. Deze nieuwe aanpak spreekt gemeenten aan. De effecten die in IJsland bereikt zijn, zorgen voor enthousiasme.
- **Datagestuurd werken:** monitoring en data zijn belangrijke onderdelen van het IJslandse model. Het model biedt duidelijke handvatten voor wat gemeenten kunnen doen met data, vergeleken met de werkwijze van de GGD. De gemeenten gaven aan data te willen gebruiken om de keuze voor (gesubsidieerde) interventies te onderbouwen.
- **Imago verbeteren:** een aantal gemeenten gaf aan te willen werken aan een beter imago op het gebied van middelengebruik. Hierdoor werd urgentie gevoeld om met dat thema aan de slag te gaan.
- **De IJslandse situatie sluit aan bij gemeente:** sommige gemeenten herkenden een aantal kenmerken van de IJslandse gemeenschap die overeenkomen met hun gemeenschap. Een aantal gemeenten noemde dat de hechte samenstelling van hun gemeenschap vergelijkbaar is met IJslandse gemeenten. Dit heeft meegespeeld in de beslissing om deel te nemen aan het leertraject. Andere gemeenten twijfelden juist of IJsland niet te veel verschilt van en of de aanpak wel te vertalen is naar de Nederlandse situatie. Juist de verandering die IJsland in twintig jaar heeft doorgemaakt, gaf gemeenten toch het idee dat verandering in hun gemeente ook mogelijk is.

Randvoorwaarden voor deelname

De twee belangrijkste randvoorwaarden voor gemeenten om deel te nemen aan het leertraject zijn draagvlak en financiering.

Draagvlak

Draagvlak bij wethouders, gemeenteraad, ambtenaren en scholen was een belangrijke voorwaarde voor gemeenten om te kunnen deelnemen aan het leertraject. Dit moest snel georganiseerd worden, omdat de periode om een besluit te nemen over deelname aan het leertraject kort was en bovendien in verkiezingstijd viel. De volgende zaken hebben bijgedragen aan het creëren of benutten van draagvlak bij betrokkenen:

- Aansluiting bij politieke speerpunten: een aantal gemeenten gaf aan dat de IJslandse aanpak goed aansluit bij politieke speerpunten in de gemeente, zoals preventie en tegengaan van middelengebruik, het verhogen van het geluksgevoel van jongeren, alcoholmatiging of het werken aan preventief gezondheidsbeleid. Hierdoor was er onder wethouders en de gemeenteraad meteen of al snel draagvlak voor deelname aan het leertraject.
- Enthousiasme van belangrijke stakeholders: wanneer belangrijke stakeholders (ambtenaren, huisarts, school) enthousiast waren over de aanpak, dan droeg dit bij aan het draagvlak.
- Presentatie ICSRA op de Voor de Jeugd Dag 2017: veel van de ambtenaren en in sommige gevallen ook de betreffende wethouders waren aanwezig bij de Voor de Jeugd Dag in 2017 waar Jón Sigfússon van het ICSRA vertelde over de IJslandse aanpak. Zijn verhaal heeft de aanwezige ambtenaren geïnspireerd en geënthousiasmeerd.
- Media-aandacht voor het IJslandse model: in de zomer van 2017 verscheen in de *Volkskrant* een artikel over het IJslandse model (Sahadat 2017). Een aantal ambtenaren en wethouders heeft dit artikel gelezen en is daardoor enthousiast geworden over het IJslandse model. Ook een documentaire van de BBC over het model heeft bijgedragen aan het enthousiasme van een wethouder. In een van de gemeenten zijn media-items over het model en over alcoholgebruik toegevoegd aan de aanvraag voor deelname aan het leertraject bij het college, om het voorstel meer kracht bij te zetten.

Financiering

Voor deelname aan het leertraject was er financiering nodig, namelijk voor de ondersteuning door ICSRA, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Daarnaast waren er mensen en middelen nodig om de werkwijze te implementeren en om preventieactiviteiten op te zetten. Het verschilde per gemeente of het lastig was om deze financiering rond te krijgen. In gemeenten waar middelengebruik of andere elementen van de aanpak al een politiek speerpunt waren, was het relatief gemakkelijk om financiering rond te krijgen. Andere gemeenten hebben hier wat meer moeite voor moeten doen. Doorslaggevend hierin was dat het model past in de transformatiegedachte en dat kosten op de lange termijn voorkomen worden. Het feit dat het een landelijk ondersteund leertraject is, gaf gemeenten de hoop dat er in de toekomst ook meer financiële ondersteuning mogelijk is.

Stap 2: Opstart (april 2018 - augustus 2018)

Nadat zes gemeenten besloten hadden om deel te nemen aan het leertraject, begon de opstartfase. In deze fase maakten de zes deelnemende gemeenten, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut een studiereis naar IJsland (mei-juni 2018), hebben ze lokale stakeholders betrokken bij het proces, en hebben ze een pilotgebied geselecteerd. Hieronder beschrijven we de ervaringen van de gemeenten met de studiereis, met het betrekken van scholen, GGD en andere partijen, en met het afbakenen van het gebied waarin ze het model gaan uitvoeren.

Studiereis

Van 29 mei tot en met 2 juni 2018 organiseerden het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut een studiereis naar IJsland voor de zes deelnemende gemeenten. De projectleider en een aantal werkgroepleden van elke gemeente namen daaraan deel. Een van de gemeenten had een eigen onderzoeker meegenomen en een andere gemeente nam twee GGD-collega's (een epidemioloog en een gezondheidsbevorderaar) mee. Op het programma stond onder meer de *Planet Youth*-workshop, georganiseerd door het ICSRA. Aan deze workshop namen personen deel uit veel verschillende landen. Tijdens deze workshop vertelden medewerkers van het ICSRA meer over de werkwijze van het IJslandse model, deelden ze hun eigen ervaringen en deelde een aantal landen die het IJslandse model al implementeren ook hun ervaringen.

Een groot deel van de gemeenten gaf aan dat de studiereis naar IJsland aan het begin van het traject heel waardevol was. Door de studiereis begrijpen de ambtenaren beter hoe de werkwijze in elkaar zit. Het is een verdiepingsslag in het *community based* werken, het betrekken van onderwijs en het datagestuurd werken. Een aantal gemeenten noemde dat ze nu een IJslandse mindset hebben en hierdoor partners ook kunnen wijzen op wat wel en wat niet binnen het IJslandse model past.

De meeste gemeenten vonden het fijn dat de andere gemeenten en het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut mee waren. Hierdoor konden ze met elkaar sparren, en voelden ze zich gesteund. Een van de deelnemers zei dat het niet noodzakelijk is om samen op studiereis te gaan, omdat het model gericht is op de lokale situatie. Achteraf gezien had deze deelnemer namens haar gemeente graag een vertegenwoordiger van de scholen en de GGD meegenomen. Dan hadden deze lokale partners dezelfde voorkennis gehad als de gemeente, en hadden ze elkaar op de studiereis al beter leren kennen.

Idealiter bevat een studiereis een combinatie van lezingen en bezoeken aan initiatieven in de praktijk. Op die manier krijgen gemeenten een idee hoe ze het model in de praktijk kunnen implementeren. Daarnaast biedt het een toegevoegde waarde wanneer andere landen dan IJsland delen hoe ze de IJslandse aanpak in hun land geïmplementeerd hebben. Deze elementen waren in deze studiereis beperkt aanwezig.

Scholen betrekken

In de opstartfase zijn de deelnemende gemeenten begonnen scholen bij de aanpak te betrekken. Scholen werd gevraagd om mee te werken aan het traject met het IJslandse model en specifiek om mee te werken aan de dataverzameling in het najaar van 2018.

De gemeenten hebben verschillende manieren gebruikt om scholen te betrekken. Een aantal gemeentelijke medewerkers heeft de scholen persoonlijk benaderd. Dit werkte goed, ook al kostte dit veel tijd. Andere gemeenten kozen ervoor de scholen een brief te sturen, waarin ze aangaven dat medewerking van de school gewenst is. Weer andere gemeenten hebben een bijeenkomst georganiseerd waar de scholen voor zijn uitgenodigd.

Het contact met school verliep meestal via de directie, de zorg- of ondersteuningscoördinator, of het afdelingshoofd. De gemeenten merkten dat het enthousiasme om deel te nemen erg afhankelijk is van de persoon die je spreekt bij de school. In sommige gevallen was dit de

ondersteuningscoördinator, in andere gevallen de directie. Wanneer het enthousiasme niet direct aanwezig was bij het eerste contact, loonde het om het via verschillende personen binnen dezelfde school te proberen.

Sommige scholen wilden in eerste instantie niet meedoen. Zo gaven scholen als reden dat ze al veel doen aan het welbevinden van leerlingen. Andere scholen hadden het idee dat er veel verantwoordelijkheid bij de school zou komen te liggen, terwijl ze daar geen capaciteit voor hebben. De ervaring van een school met slecht bezochte ouderavonden, zorgde ervoor dat deze school veel beren op de weg zag in het betrekken van ouders. Op één school zorgde een wisseling van schoolleiding voor deelname. De eerdere schoolleiding stond er niet voor open, maar de nieuwe schoolleiding heeft de aanpak omarmd. Ook werd door een van de scholen de vrees genoemd dat de resultaten van de vragenlijsten zouden leiden tot een slechte naam voor de school.

Uiteindelijk is het de gemeenten gelukt om scholen te betrekken. In kleinere gemeenten zijn alle scholen betrokken. In grotere gemeenten is een groot deel van de scholen betrokken. Redenen voor scholen om niet mee te doen waren bijvoorbeeld tijdgebrek of het al werken aan preventie en daar al tevreden over zijn. In sommige gevallen waren scholen uit het speciaal onderwijs wel aangehaakt bij het leertraject, maar hebben deze niet actief deelgenomen aan de dataverzameling.

GGD betrekken

De GGD is ook een belangrijke partner in het traject met het IJslandse model. Zij hebben veel ervaring met dataverzameling en -analyse en met het opzetten van interventies ter preventie van middelengebruik. In de opstartfase, en soms al in de besluitvormingsfase, hebben gemeenten de GGD betrokken bij het proces.

De mate waarin de GGD is aangehaakt, verschilt per gemeente. In sommige gemeenten was de GGD meteen enthousiast en proactief. Eén gemeente had zelfs GGD-collega's meegenomen op de studiereis. Een andere gemeente gaf aan dat de GGD meteen meedacht over de vragenlijst en aspecten die daarbij kwamen kijken. In andere gemeenten is de GGD minder betrokken bij het proces, omdat zij daar niet de capaciteit voor hebben. Eén gemeente gaf aan dat zij de GGD en scholen vóór de studiereis gesproken hebben. Op dat moment kon de gemeente het model nog niet goed uitleggen, waardoor het enthousiasme bij de aanwezigen beperkt was.

Overige partijen betrekken

Naast scholen en de GGD, zijn in deze fase ook andere lokale partijen door gemeenten benaderd voor samenwerking, zoals interne collega's, zorginstellingen, sportverenigingen en -koepels, instellingen voor jongerenwerk of welzijnswerk, huisartsen, instellingen voor verslavingszorg, Halt, politie, de afdeling handhaving van de gemeente en inwoners van de gemeente.

Alle gemeenten hebben een startbijeenkomst georganiseerd met de lokale partijen om het IJslandse model toe te lichten en om hun te vragen mee te denken. Deze bijeenkomsten vond plaats in mei 2018, voordat de gemeenten deelnamen aan de studiereis. Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut waren ook bij deze bijeenkomsten aanwezig om het leertraject toe te lichten. In veel gemeenten waren de partijen meteen enthousiast en zag iedereen wel mogelijkheden om mee te denken of bij te dragen.

In deze fase kregen de gemeenten ook kritische vragen, bijvoorbeeld hoe ze van plan waren ouders te gaan betrekken. Ook spraken bepaalde voorbeelden uit IJsland niet aan, zoals de avondklok.

Een aantal gemeenten gaf aan dat ze, achteraf gezien, lokale stakeholders eerder hadden willen betrekken. De aanmelding moest snel gebeuren, dus in die korte periode was het lastig om contact op te nemen met bijvoorbeeld de scholen en de GGD om hen in het besluit mee te nemen.

Afbakenen pilotgebied

Eén gemeente heeft in deze fase de beslissing genomen om op één kern te focussen. Met een kern wordt een dorp of stad bedoeld die binnen de gemeente valt. De gemeente koos voor deze kern omdat deze goed af te kaderen was, ook wat betreft scholen, omdat de meeste leerlingen uit deze kern daar ook op school zitten. In deze kern was er ook vraag om aan dit thema te werken, waardoor de gemeente wist dat het gemakkelijk was om draagvlak te creëren.

Kleine gemeenten, met een of een paar kernen, hebben ervoor gekozen om zich op de hele gemeente te richten. Een aantal grotere gemeenten, met veel kernen of wijken, hebben er ook voor gekozen om op de hele gemeente te focussen. Daarnaast neemt een groep van vier samenwerkende gemeenten deel, die samen een logische regio vormen. De jongeren gaan bijna allemaal naar de twee scholen in deze regio, en hun vrije tijd brengen ze ook in deze regio door.

Stap 3: Monitoring (juni 2018 - november 2018)

In het najaar van 2018 vond in de zes deelnemende gemeenten de eerste ronde plaats van dataverzameling in het kader van het IJslandse model. De IJslandse vragenlijst (vertaald naar het Nederlands) werd afgenomen onder zoveel mogelijk 15- en 16-jarige jongeren uit de gemeenten. Samen met de GGD en scholen hebben de gemeenten de dataverzameling voorbereid. In de volgende paragrafen beschrijven we de rol van monitoring in preventiebeleid, de samenwerking met GGD en scholen, het proces van voorbereiding, de kwaliteit en inhoud van de vragenlijst, de ervaringen van gemeenten met de uitvoering van de monitoring en hun ideeën over monitoring in de toekomst.

De rol van monitoring in preventiebeleid

Monitoring is een belangrijk onderdeel van het IJslandse model. In deze paragraaf beschrijven we hoe de gemeenten monitoring ervoeren voordat ze aan de slag gingen met het IJslandse model, hoe de gemeenten de monitoring nu ervaren tijdens de implementatie van het model, en hoe monitoring er voor de gemeenten in de toekomst idealiter uit zou zien.

Alle gemeenten gaven aan dat voorheen gemonitord werd door de GGD, bijvoorbeeld via de *Jeugdmonitor*, *Emovo* of *Jouw GGD Check*-onderzoeken. In de meeste gevallen vindt deze monitoring eens in de vier jaar plaats. Verkregen cijfers worden in de meeste gevallen door de GGD teruggekoppeld aan een of een aantal beleidsmedewerkers. Voor veel gemeenten is niet duidelijk wat er voorheen precies gebeurde met deze cijfers. Er volgden geen automatische stappen op deze monitor. Sommige gemeenten gaven aan dat ze deze cijfers gebruikten om

bepaalde zaken te constateren, of om te laten zien wat ze met beleid hadden bereikt. Maar door het grote gat tussen meetmomenten was het voor gemeenten lastig om beleid te schrijven op oude cijfers en om nieuwe trends te ontdekken in de snel veranderende leefomgeving van de jongeren. Een aantal gemeenten gaf aan dat de GGD-cijfers besproken worden met scholen, maar in een aantal gemeenten gebeurt dit niet.

In het leertraject wordt om het jaar gemonitord, namelijk in het najaar van 2018 en in het najaar van 2020. De resultaten worden door het ICSRA twee á drie maanden na afname van de vragenlijsten teruggekoppeld aan de gemeenten. Zij ontvangen een gemeenterapport en schoolrapporten. In februari 2019 kwam een aantal experts van het ICSRA naar Nederland om de resultaten van de eerste dataverzameling te bespreken met de deelnemende gemeenten en lokale stakeholders.

Een vaak genoemd voordeel van de IJslandse manier van monitoring, was dat de resultaten van de monitor worden teruggekoppeld aan en besproken met betrokken partijen, zoals de scholen. Onderdeel van de werkwijze is dat gemeenten op basis van de resultaten in gesprek gaan met betrokken partijen over de vervolgstappen. Samen kunnen de partners zoeken naar onderliggende factoren voor problematiek. Het momentum dat de data opleveren zorgt voor enthousiasme. Een dergelijke aanpak is niet gekoppeld aan de GGD-resultaten. Enkele gemeenten gaven aan dat ze deze uitgebreide terugkoppeling ook zouden kunnen uitvoeren met de GGD-cijfers, mits deze sneller beschikbaar zijn, maar dat ze hier zonder het IJslandse voorbeeld niet op waren gekomen.

Een tweede voordeel dat werd genoemd, is dat de cijfers van de IJslandse monitor recenter zijn. De vragenlijst wordt vaker afgenomen en de resultaten zijn sneller na afname beschikbaar dan bij de GGD-monitor. Alle gemeenten gaven aan dat dit heel waardevol is en dat het hiermee makkelijker is om het gesprek aan te gaan met stakeholders en met ouders. In een van de gemeenten is er nog geen consensus over het vaker meten; een van de betrokken onderzoekers betoogde dat monitoren om de twee jaar juist te snel is, omdat dit een te korte periode is om iedereen te betrekken en interventies op te zetten. In die relatief korte periode zijn er nog geen resultaten te verwachten van beleid en interventies.

Samenwerking met GGD

Sommige betrokken epidemiologen van GGD'en waren niet meteen enthousiast over de IJslandse monitoring. Monitoring is normaal gesproken de rol van de GGD, dus het feit dat de gemeente nu een monitor wilde afnemen, leidde in sommige gevallen tot wat spanningen. In één gemeente waren de schoolverpleegkundigen niet blij met de vragenlijst, omdat met de komst van de IJslandse vragenlijst is besloten om de *Jouw GGD Check*-lijsten niet af te nemen. Hierdoor hebben de verpleegkundigen niet de kans gehad om met individuele leerlingen in gesprek te gaan en waar nodig te ondersteunen bij problematiek.

De meeste GGD'en hebben actief meegedacht en/of meegewerkt aan de monitor, doordat de gemeenten geïnvesteerd hebben in de relatie en begrip hebben getoond voor de GGD. De GGD'en hebben bijvoorbeeld ondersteund in het werven van scholen, of hebben meegedacht over het waarborgen van de privacy en ethische waarborgen bij het implementeren van de vragenlijst. Sommige GGD'en hebben actief meegekeken met de vragenlijst en waren

bijvoorbeeld aanwezig bij de afname van de monitor. In veel gevallen heeft de GGD een verpleegkundige beschikbaar gesteld, bij wie leerlingen terechtkonden met persoonlijke vragen of problemen naar aanleiding van de vragenlijst. Andere GGD'en waren niet zo betrokken, omdat ze niet voldoende capaciteit hebben.

Samenwerking met school

De vragenlijsten werden afgenomen op middelbare scholen, omdat jongeren uit de gemeenten daar het gemakkelijkst te bereiken zijn. Het was daarom cruciaal dat de scholen in de gemeenten wilden meewerken met de monitor.

Zoals besproken in het stuk over de opstartfase, is het in alle gemeenten gelukt om (een deel van) de scholen te betrekken in het traject. De gemeenten hoorden van scholen dat zij middelengebruik en welbevinden belangrijke thema's vinden, en daarom geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van de monitor. Deze uitkomsten geven de school aanknopingspunten om aan te werken. Ook hoorden de gemeenten van de scholen dat zij kansen zagen om meer met de gemeente samen te werken en gebruik te maken van de mogelijkheden die de gemeente biedt. Een aantal scholen stelde wel voorwaarden voor deelname. Zo gaf een school aan dat ze verwachten dat de gemeente waar mogelijk taken voor de monitor zou uitvoeren. Andere scholen wilden niet dat de resultaten van de school openbaar gemaakt zouden worden door de gemeente.

De tijdsdruk die er op de afname van de vragenlijst zat, maakte het proces ingewikkeld. De afname van de monitor moest in een korte periode ingepland worden, waardoor de scholen zich opgejaagd voelden. Een deel van de scholen wilde duidelijkheid over de inhoud van de vragenlijst, maar hier was vaak geen tijd voor. De gemeenten hadden ook niet alle informatie, dus konden vragen van de scholen niet altijd beantwoorden. Een aantal onderwerpen in de vragenlijst werd door sommige scholen als heftig ervaren. Andere scholen hebben zich niet inhoudelijk met de vragenlijst bemoeid of hadden geen kritiek.

Proces voorbereiding monitor

De vragenlijsten werden op de deelnemende middelbare scholen digitaal afgenomen onder 15- en 16-jarige leerlingen, tijdens een lesuur. In de voorbereiding is de vragenlijst vertaald naar het Nederlands en door het ICSRA gedigitaliseerd. Vervolgens moest er op de middelbare scholen tijd voor afname worden ingepland.

In de opstartfase heeft het ICSRA de suggestie gewekt dat vragen konden worden aangepast aan de wensen van de gemeenten en GGD'en. De gemeenten en GGD'en hebben veel tijd gestoken in het bekijken van de vragenlijst en het doorgeven van veranderingen. Vervolgens bleek dat de vragenlijsten niet veranderd kon worden, alleen vertaald. Een aantal van de gemeenten gaf aan het jammer te vinden dat dit achteraf pas duidelijk werd: *'Het was teleurstellend dat ze zo stram bleven aan hun eigen vraagstellingen. Ze hebben hierover niet de juiste verwachtingen geschept. Ze gaven het idee dat er verandering mogelijk was, maar dat bleek uiteindelijk niet zo te zijn. De GGD heeft de hele vragenlijst bekeken en gekeken wat er verbeterd kon worden, maar uiteindelijk kon hier niks van worden aangepast.'*

De ervaring van het ICSRA met het digitaal afnemen van vragenlijsten was beperkt. Het digitaliseren van de vragenlijst duurde hierdoor lang, waardoor er weinig tijd over was voor kwaliteitscontrole op de uiteindelijke vragenlijst. De planning op een aantal van de scholen moest hierdoor worden aangepast. Ook een geplande testafname van de vragenlijst kon hierdoor niet plaatsvinden. Een aantal gemeenten had het fijn gevonden als er wel een test was geweest, zodat de vragenlijst beter aangepast had kunnen worden aan wat de leerlingen wel begrijpen en wat niet.

Daarnaast bleken er verschillen te zijn tussen IJsland en Nederland, die om verschillende werkwijzen vragen. Zo gaan in Nederland niet alle jongeren uit een gemeente ook in die gemeente naar school. In IJsland is dit wel het geval. Het ICSRA had geen duidelijk antwoord hoe de gemeenten hier het beste mee om konden gaan. In veel gemeenten is hier een oplossing voor gevonden, door vragenlijsten ook af te nemen op scholen buiten de gemeente, waar jongeren uit de deelnemende gemeente naar school gaan. Een van de gemeenten vond het erg belangrijk om de vragenlijst ook op het speciaal onderwijs uit te zetten. Ze hebben er moeite voor gedaan en een passende oplossing gevonden door de vragenlijst op deze school verdeeld over meerdere dagen af te nemen.

De gemeenten hebben de ouders van leerlingen die de vragenlijst zouden invullen vooraf op diverse manieren geïnformeerd. Sommige gemeenten hebben ouders een brief gestuurd waarin toestemming werd gevraagd voor deelname van het kind aan het onderzoek. Als ouders niet wilden dat hun kind de vragenlijst zou invullen, dan konden ze dit aangeven bij de school. Een aantal andere gemeenten heeft de vragenlijst toegelicht tijdens een ouderavond. Voor de informatiebrieven aan ouders en scholen hebben gemeenten gebruikgemaakt van input van de GGD, het Trimbos-instituut, het Nederlands Jeugdinstituut en in sommige gevallen ook van een publicatie van het ICSRA.

Kwaliteit en inhoud vragenlijst

Veel gemeenten stellen het op prijs dat er in de IJslandse vragenlijst naar meer achterliggende beschermende en risicofactoren wordt gevraagd dan in de GGD-monitor. De vragen zijn meer gericht op de omgeving, waardoor de gemeenten problematiek kunnen koppelen aan achterliggende factoren. Hierdoor kunnen ze prioriteiten stellen op basis van de resultaten en weten ze waar ze interventies op in kunnen zetten.

Aan de andere kant zitten er ook thema's in de lijst die de gemeenten niet relevant vinden (op de korte termijn). Veel gemeenten geven aan dat de vragenlijst te complex en te lang is. Voornamelijk voor lagere schoolniveaus (speciaal onderwijs en praktijkonderwijs) is de vragenlijst te ingewikkeld en te lang. Hier zien gemeenten in de toekomst graag een oplossing voor. Ook misten ze bepaalde antwoordopties bij vragen, waardoor jongeren niet het juiste antwoord konden kiezen. Een ander kritiekpunt was dat alle vragen door de leerlingen beantwoord moesten worden. Als ze op een vraag 'nee' hadden geantwoord, waardoor volgende vragen niet meer relevant waren, moesten ze deze vragen toch beantwoorden. Eén medewerker van een gemeente vond het juist belangrijk om de vragenlijst in deze uitgebreide vorm te blijven gebruiken, zodat ze aangesloten blijven bij de database van *Planet Youth* van het ICSRA. Verder gaven gemeenten aan dat ze graag meer inzicht krijgen in de onderbouwing van de vragenlijst en de bijbehorende procedures, zoals *data cleaning*.

Uitvoering monitor

De vragenlijst is op de meeste scholen zonder problemen uitgevoerd. Veel scholen hebben ervaring met het afnemen van vragenlijsten, dus zij kunnen dit goed organiseren. Ze hebben voor de leerlingen tijd ingeroosterd om de vragenlijst in te vullen, bijvoorbeeld tijdens een mentoruur. In sommige gevallen werd de afname begeleid door een docent, in andere gevallen was er een medewerker van de gemeente aanwezig. Via de GGD was nazorg geregeld voor leerlingen die na het invullen van de vragenlijst (persoonlijke) vragen hadden. Hier is weinig gebruik van gemaakt.

De tijd die nodig was om de vragenlijst in te vullen, verschilde per leerling en per schoolniveau. Op de lagere onderwijsniveaus hadden de leerlingen doorgaans meer moeite met het invullen van de vragenlijst. Daarnaast waren er tussen scholen verschillen in de ingeplande tijd. Op lagere schoolniveaus waren op sommige scholen twee lesuren ingepland voor het afnemen van de vragenlijst. Op een school voor speciaal onderwijs is het niet gelukt om de vragenlijst af te nemen, omdat de leerlingen niet de concentratie hadden om de hele vragenlijst in te vullen. In een andere gemeente is afname op speciaal onderwijs wel gelukt, omdat het invullen van de vragenlijst daar verspreid werd over meerdere dagen.

Een medewerker van een gemeente gaf aan dat het belangrijk is dat de leerlingen voldoende privacy hebben tijdens het afnemen van de vragenlijst. Lokalen met schotten die de computerschermen afschermen zijn hier geschikt voor. Daarnaast is het handig als de leerlingen een duidelijke opdracht krijgen voor als ze klaar zijn met het invullen van de vragenlijst, zoals werk voor zichzelf gaan doen of het lokaal verlaten.

Monitoring in de toekomst

Een groot deel van de gemeenten wil in de toekomst de IJslandse vragenlijst en de GGD-monitor inhoudelijk integreren. De gemeenten willen graag met de GGD samenwerken, omdat zij een belangrijke partner zijn op dit gebied. Gemeenten zouden de vragenlijst graag eens in de twee jaar afnemen. Ook zouden ze graag willen dat de uitkomsten van de monitor sneller beschikbaar zijn dan normaal gesproken het geval is bij de GGD. Daarnaast willen ze de resultaten blijven bespreken met lokale stakeholders. Een van de gemeenten gaf aan dat pas aan het einde van het beleidsvormend leertraject kan worden vastgesteld of een jaarlijkse monitor nodig is.

Stap 4: Doelen bepalen en prioritering (februari 2019 - juli 2019)

De gegevens die met de vragenlijsten zijn opgehaald, werden verwerkt door het ICSRA. Eind januari 2019 leverde het ICSRA rapporten met de resultaten op per gemeente en per school. In februari 2019 kwamen drie experts van het ICSRA naar Nederland om deze resultaten te bespreken in elke gemeente, samen met belangrijke stakeholders. In de volgende paragrafen bespreken we de ervaringen van de gemeenten met de rapporten, de wijze waarop prioriteiten werden gesteld op basis van de resultaten, en hoe stakeholders geactiveerd werden tot vervolgstappen.

Rapportage

De uitkomsten van de monitor werden door het ICSRA verwerkt tot rapporten op gemeente- en schoolniveau. In de rapporten staan aanbevelingen, diverse grafieken en (kruis)tabellen

met de cijfers van de betreffende gemeente of school. Daarnaast zijn in elk rapport ook de uitkomsten van de andere gemeenten te zien, maar er is niet terug te leiden welk resultaat bij welke gemeente hoort. Er werd gerapporteerd over een deel van de vragen uit de vragenlijst. Belangrijke resultaten die gepresenteerd worden, gaan over middelengebruik, ouders, peergroep, school, vrije tijd en welzijnsindicatoren. In kruistabellen wordt weergegeven in welke mate bepaalde indicatoren verschillen tussen verschillende groepen.

Een deel van de gemeenten is erg blij met de rapportage. De uitsplitsing in de beschermende factoren helpt om de pijnpunten naar boven te krijgen. Een medewerker van een gemeente zei: *'Het rapport is een duidelijk praatpapier om de actuele situatie van de jeugd in de regio te laten zien.'* Daarnaast noemden gemeenten dat de kruistabellen goed zichtbaar maken waar aan gewerkt kan worden. Ook in de discussie met stakeholders en ouders helpen de kruisverbanden. Een medewerker van een gemeente zei hierover: *'Als ouders zeggen: "als ik regels stel, gaat mijn kind juist meer drinken", dan kunnen we in de kruisverbanden laten zien dat dit juist niet het geval is. Zo kun je argumenten weerleggen op basis van feiten en het gesprek gemakkelijker maken.'*

Andere gemeenten, en met name onderzoekers van de gemeente of GGD, hadden meer verwacht van het rapport. Zo werd genoemd dat het rapport summier is en dat de lokale interpretatie ontbreekt. De aanbevelingen waren voor alle gemeenten hetzelfde. Voor aanvullende analyses hebben de gemeenten in sommige gevallen de GGD ingeschakeld. Soms waren er interessante uitkomsten te vinden in variabelen die door het ICSRA niet gerapporteerd zijn. Verder werd genoemd dat het lastig was om de kruistabellen te begrijpen. Sommige gemeenten hadden meer kruistabellen gewild, omdat deze een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan discussies.

Prioritering

Alle deelnemende gemeenten zijn tot een prioritering gekomen door, in samenspraak met lokale partners en op basis van de resultaten, drie prioriteiten voor het preventiebeleid te kiezen. In elke gemeente had een van deze drie prioriteiten te maken met ouders, ouderbetrokkenheid of ouderparticipatie. Ook vrijetijdsbesteding werd overal gekozen. Daarnaast kwamen de volgende thema's naar boven: welbevinden, school, preventie en handhaving, en bewustwording.

Alle gemeenten organiseerden in februari 2019 een bijeenkomst met de IJslandse experts van het ICSRA en met belangrijke, lokale stakeholders om de resultaten te bespreken. De meeste gemeenten organiseerden vervolgbijeenkomsten om op interactieve wijze met de deelnemers prioritering aan te brengen op basis van de uitkomsten. Daarbij werd meestal gekozen voor stickeren, mindmaps, of andere manieren om de uitkomsten te prioriteren. Welke maatschappelijke partners bij deze bijeenkomst(en) aanwezig waren, verschilde per gemeente. Meestal waren welzijnsorganisaties, scholen, GGD'en, jeugdprofessionals, en een enkele keer burgers en/of jongerenorganisaties aanwezig.

Het lijkt alsof de inhoud en de resultaten van de vragenlijst, en daarmee de inhoud van de rapporten, bepalend is geweest voor de gekozen prioriteiten. Er is duidelijk waardering voor de kruistabellen (die het gesprek meteen een goede richting geven) en nieuwe en dus onbekende resultaten over de rol van ouders en vrije tijd. In de gegevens over middelengebruik en welbevinden wordt vooral bevestigd wat al bekend was.

Activatie

Na het vaststellen van de prioriteiten gingen de gemeenten de betrokken samenwerkingspartners activeren om mee te denken over en mee te werken aan beleid en preventieactiviteiten. Dat bleek in alle gemeenten een tijdrovende onderneming te zijn.

Binnen de gemeente is het een uitdaging om iedereen op één lijn te krijgen en te activeren. Het zou volgens sommigen niet bij één wethouder moeten blijven, maar een brede integrale college-aanpak moeten zijn, omdat de interventies zich op zoveel verschillende terreinen begeven.

Een ander aandachtspunt in veel gemeenten is de inzetbaarheid van de ambtenaren die belast zijn met de IJslandse aanpak. Veel ambtenaren hebben minder tijd voor de aanpak dan ze zouden willen. In sommige gemeenten zijn tijdens het traject de projectleider of grote delen van de projectgroep weggevallen. Dit zorgde voor vertraging en voor hogere werkdruk voor de overgebleven projectgroepleden.

De manier waarop de stakeholders worden geactiveerd in deze fase is vrij generiek. De meeste gemeenten richtten (soms voor elke gekozen prioriteit) een werkgroep of projectgroep op. In de meeste gemeenten zijn maatschappelijke partners betrokken of is de samenwerking met eerder betrokken partners geïntensiveerd, zoals: sportstichting, sportraad, cultuurraad, scholen, enthousiaste ouders, instelling voor jongerenwerk, ziekenhuis, instelling voor verslavingszorg, GGD, welzijnsinstelling, politie, afdeling handhaving van de gemeente, Rotary-leden. In breder verband werden er allianties gesloten of werd er een lokaal preventieakkoord opgesteld waarmee de inzet van diverse partners bekrachtigd werd.

Maar dat ging niet vanzelf. *'... je moet echt veel tijd investeren in netwerken, praten. Het is een kwestie van vertrouwen en enthousiasmeren. Je moet als gemeente echt wat doen om het op gang te krijgen'*, aldus een respondent. Het valt voor veel projectleiders doorgaans al niet mee om in alle volle agenda's van betrokkenen een gemeenschappelijk tijdstip te vinden. Al met al gaven gemeenten aan dat de relatie met de ketenpartners dankzij de IJslandse methode is verbeterd. Men weet elkaar veel beter te vinden. Vooral de samenwerking met scholen is op diverse plekken verbeterd.

Tevredenheid over beleidsvormend leertraject

In deze paragraaf beschrijven we de tevredenheid van de gemeenten over het beleidsvormend leertraject tot nu toe. We bespreken hun tevredenheid over de ondersteuning door het ICSRA, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Daarnaast hebben we gemeenten voorgelegd of zij het werken met het IJslandse model aan andere gemeenten zouden aanraden.

Tijdens het leertraject maken de gemeenten dankbaar gebruik van de expertise en ondersteuning van het IJslandse ICSRA. Zo noemden gemeenten dat ICSRA-medewerkers het belang van de aanpak kunnen laten inzien in bijvoorbeeld een presentatie voor de stakeholders van de gemeente. Doordat zij de bedenkers zijn van het model en er jarenlange ervaring mee hebben, kunnen zij anderen inspireren. Ook helpen de ICSRA-medewerkers de gemeenten om op het goede spoor te blijven en activiteiten op te zetten die passen binnen het gedachtegoed van het IJslandse model. Met name de onderzoekers van de gemeenten of GGD hadden van

het ICSRA graag meer duidelijkheid vooraf gehad over de inhoud van de vragenlijst en de beperkte mogelijkheden om deze aan te passen. Na het leertraject wil een aantal gemeenten contact onderhouden met het ICSRA en gebruik blijven maken van hun netwerk en expertise. Andere gemeenten denken met de huidige kennis zelf verder te kunnen. Ook denken ze dat zij zelf over een tijdje andere gemeenten die aan de slag willen met de IJslandse aanpak kunnen inspireren.

Ook over de rol en betrokkenheid van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut zijn de gemeenten positief. Een gemeente noemde dat het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut externe partijen met hun deskundigheid over de streep kunnen trekken. Doordat het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut contact hebben met alle gemeenten, hebben ze veel kennis over de aanpak. Ook de intervisiebijeenkomsten, waarin alle gemeenten en het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut bij elkaar komen, worden als erg nuttig ervaren. Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut faciliteren deze bijeenkomsten. Het contact tussen gemeenten zorgt voor een boost van het enthousiasme en inspiratie.

Over het werken met het IJslandse model zijn de gemeenten over het algemeen erg enthousiast. Een veelgenoemd positief punt is dat de samenwerking met scholen, GGD en andere partners verbeterd is: *'Het gedachtegoed is zeker wel aan te bevelen. Het brengt echt een beweging teweeg die je anders niet krijgt, zeker voor de scholen. De scholen krijgen aandacht en cijfers, die ze normaal niet kregen. Eindelijk zijn de school en gemeente echt samen aan tafel om te werken aan jeugdbeleid.'* Een ander positief punt dat vaak genoemd werd, is de integrale aanpak die gericht is op preventie in het algemeen. De gemeenten zijn enthousiast dat het model niet alleen gericht is op middelengebruik, maar in bredere zin op het creëren van een gezondheidsbevorderende omgeving. Daarbij gaven de gemeenten aan dat er ook zaken zijn die nog aandacht behoeven. Zo noemde een gemeente dat het veel tijd en energie kost om het model te implementeren. Ook noemde een aantal gemeenten dat de vragenlijst in het vervolg idealiter door de GGD wordt uitgezet. Dit zijn echter punten die niet afdoen aan het enthousiasme. Op de vraag of gemeenten het werken volgens de IJslandse aanpak zouden aanraden aan andere gemeenten, antwoordden alle gemeenten positief.

3.2.2 Deelnemende scholen

In het kort: resultaten uit interviews met deelnemende scholen

- Scholen doen mee vanwege het integrale karakter, omdat ze iets willen doen aan middelengebruik en omdat ze een positieve bijdrage willen leveren aan de ontwikkeling van jongeren.
- Afname van de IJslandse monitor is vergelijkbaar met afname van de GGD-monitor.
- Resultaten van de monitor worden uitgebreider besproken en met meer partijen dan bij de GGD-monitor.
- Scholen willen een rol spelen in de implementatie van preventieactiviteiten, maar vinden dat de gemeenten dit proces moeten trekken.
- Deelname kost veel tijd. Scholen vinden dit het waard als ze zien dat er nieuwe activiteiten worden opgezet.
- In veel gevallen is de samenwerking met lokale partijen verbeterd; sommige scholen zien nog kansen om de samenwerking te verbeteren.
- Scholen willen dat gemeenten hen op de hoogte houden van de ontwikkelingen binnen het traject, ook al zijn de scholen daar zelf niet direct bij betrokken. Dit draagt bij aan draagvlak onder de scholen.

In alle deelnemende gemeenten zijn scholen betrokken bij het traject. De scholen zijn een belangrijke vindplek voor jongeren en hun ouders. Daarnaast zijn scholen een centraal punt waar de monitor kan worden uitgezet. In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van een aantal deelnemende scholen met het IJslandse model. We bespreken hoe zij tot het besluit zijn gekomen om deel te nemen aan het traject, hoe de monitoring is verlopen (in vergelijking met de reguliere monitoring), hoe zij de rapporten beoordelen, wat hun rol is in de implementatie, of het werken met het IJslandse model belastend of haalbaar is, en hoe de samenwerking verloopt met de gemeente en andere lokale partijen. Tijdens de gesprekken stond deelonderzoeksvraag 2b centraal: Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJslandse model in hun gemeente?

Uit iedere gemeenten hebben we een of twee scholen gesproken. De gesprekken zijn gevoerd in februari en maart van 2020. Ten tijde van de gesprekken met de scholen was de implementatie van het IJslandse model verder gevorderd dan ten tijde van de gesprekken met de gemeenten, die plaatsvonden in november en december 2019. Hierdoor bespreken we in deze paragraaf al deels de implementatie van preventieactiviteiten. Met gemeenten zullen we deze fase pas evalueren aan het einde van het beleidsvormend leertraject.

Deelname aan het leertraject

De scholen werden door de gemeente benaderd met de vraag om deel te nemen aan het leertraject met het IJslandse preventiemodel. Veelal informeerden de gemeenten de school(directeur) of het samenwerkingsverband waarvan de school deel uitmaakt over het voornemen met het IJslandse model te willen gaan werken. De deelname van scholen was in de meeste gevallen vanzelfsprekend, in een enkel geval dacht de school ook mee met en was zij betrokken bij een eerste verkenning. Bij de meeste geïnterviewde scholen lijkt er geen

daadwerkelijk besluit te zijn genomen om mee te doen aan het leertraject. Er heeft in de meeste gevallen dan ook geen (bewuste) afweging plaatsgevonden van mogelijke voor- of nadelen. De meeste scholen gaven ook aan dat ze vrij waren om niet mee te doen.

Deelname werd in algemene zin gemotiveerd vanuit de pedagogische verantwoordelijkheid van de school. Men sprak bijvoorbeeld van *'de noodzaak om als een van de spelers in het maatschappelijke veld [...] het welbevinden van jongeren te bevorderen'*. Het IJslandse model wordt in het algemeen als een aantrekkelijke methodiek gezien: de problematiek waar het vooral op inhaakt (middelengebruik, vrijetijdsbesteding, welbevinden) wordt onderkend en was op sommige scholen al een reden om interventies in te zetten voordat men van de IJslandse methode gehoord had. Maar *'achter het IJslandse model zit echt een plan'*, aldus een van de respondenten.

'Middelengebruik' is voor de meeste regio's een logisch thema. De scholen zien middelengebruik, met name alcoholgebruik, onder hun leerlingen als een probleem waar ze iets aan willen doen. Programma's die alleen op school plaatsvinden, hebben maar een beperkt effect. Op sommige scholen weet men moeilijk antwoord te vinden op het middelengebruik buiten schooltijd en buiten het schoolterrein: thuis, in illegale maar gedoogde jeugdhonken, in de weekenden, na schooltijd, enzovoort. De vier domeinen van het model (peergroep, school, gezin en vrije tijd) spreken met betrekking tot dit thema dus aan bij de scholen, omdat daarmee niet alleen naar de school wordt gekeken, maar ook naar andere domeinen in het leven van een jongere.

Het integrale karakter van het IJslandse model werd door veel respondenten genoemd als een onmiskenbaar positieve eigenschap van het IJslandse model. Voor problemen van jeugdigen zijn niet alleen scholen aan zet, maar ook andere stakeholders in de omgeving: ouders en gemeentelijke partijen zoals GGD, afdeling handhaving van de gemeente en organisaties voor jongerenwerk. *'Een traject in de gezamenlijkheid met de hele gemeenschap: dat spreekt aan en daar is behoefte aan'*, aldus een geïnterviewde.

Vorbereitung en uitvoering van de monitoring

De uitvoering van de IJslandse monitoring was in de meeste gevallen niet anders dan bij GGD-enquêtes: afname van de vragenlijst tijdens een mentoruur. In sommige gemeenten werd de monitoring geheel door de gemeente uitgevoerd (net als de te organiseren ouderavonden en informatiebijeenkomsten), andere scholen coördineerden de afname door mentoren en voorlichting vooraf aan de ouders zelf. Er was op alle scholen al de nodige ervaring met die manier van dataverzameling vanwege de GGD-jeugdmonitor, *Emovo* of *Jouw GGD Check-vragenlijsten*. De geïnterviewden konden geen grote knelpunten noemen over de uitvoering van de monitoring. Mogelijk komt dit doordat de geïnterviewden niet direct betrokken waren bij de uitvoering, waardoor ze wellicht niet alles mee hebben gekregen dat gespeeld heeft. Sommige respondenten wisten wel te noemen dat de vragenlijst iets *'steviger en schokkender'* was dan de GGD-vragenlijst, maar opvallende problemen daarmee werden niet genoemd.

Rapporten over de resultaten van de monitor

De rapportage over de resultaten van de monitor werd vanuit de gemeente doorgestuurd aan de scholen. Daarbij stelde een enkele respondent vragen bij de vertrouwelijkheid van deze rapporten. *'Ik kreeg eerst een mail van de gemeente met het schoolrapport. Daarna kregen*

we via een beveiligde omgeving nogmaals het rapport. Ik heb toen gezegd dat het rapport dus open en bloot op het gemeentehuis ligt en dat dat niet de bedoeling is. Gemeente zei: wij doen daar niets mee en kijken daar ook niet in. Dus daar moet ik maar gewoon op vertrouwen, maar ik had daar wel moeite mee. De communicatie hierover was niet helemaal duidelijk'.

De rapporten werden op de meeste scholen besproken met de gemeente. De resultaten waren niet anders dan al bekend was en gaven soms wel een schokkend beeld over middelengebruik op de school. De rapporten leidden volgens sommige respondenten ook tot nieuwe vragen, een respondent verwoordt dat als volgt: *'De rapportage was deels bevestigend maar riep ook vragen op. Er kwam bijvoorbeeld uit dat er niet genoeg aanbod is in de vrije tijd. Terwijl veel leerlingen lid zijn van een sportvereniging. Dus is er dan te weinig aanbod in de vrije tijd? Of is het niet gevarieerd genoeg? Dat soort vragen komen dan. En ook als je naar buiten treedt met de resultaten worden dit soort vragen opgewekt.'*

Nieuw is dat ook de rol van ouders in de resultaten terugkwam. Het blijkt dat ouders betrokken zijn bij het leven van hun kind, maar de resultaten laten wel zien dat ouders alcoholgebruik accepteren. Daarnaast kunnen de resultaten goed gebruikt worden om met de ouders in gesprek te gaan. Op deze manier kan het probleem duidelijk gemaakt worden en kan de school ook percentages noemen om het probleem te onderbouwen.

Vergelijking met gangbare monitoring

Normaal gesproken werden op de scholen vragenlijsten over gezondheid afgenomen door de GGD, bijvoorbeeld de *Emovo* of *Jouw GGD Check*-lijsten. De resultaten van deze vragenlijsten werden door de GGD besproken met de school. Met een aantal scholen werd ook gekeken welke vervolgacties uitgezet konden worden. Andere scholen gaven aan dat er weinig opvolging was op de resultaten van GGD-onderzoek, of dat er voornamelijk heel individueel per leerling werd ingezet op een vervolg. Het merendeel van de scholen ervaart dat er door het IJslandse model meer uitwisseling is met de GGD en andere partijen over de uitkomsten. Er worden gemeenschappelijke doelen gesteld, er wordt samen nagedacht over vervolgacties en het proces wordt versneld en verstevigd. *'Het voelt meer als een samenwerking'*, gaf een geïnterviewde aan. Een medewerker van een school merkte op dat er op scholen idealiter één vragenlijst wordt afgenomen, die zowel gebruikt kan worden voor het IJslandse model, als voor de doelen van de GGD-vragenlijst.

Rol van de school in de implementatie

De meeste scholen zien zichzelf als *'een belangrijke speler in het bevorderen van het welbevinden van jongeren'*. Ze vinden dat ze een verantwoordelijkheid hebben naar jongeren en de gemeenschap op het thema van middelengebruik en/of welbevinden. Zij zien hun taak breder dan alleen lesgeven, en vinden het belangrijk om mee te werken aan dit beleidsvormend leertraject. Daarbij vinden ze het belangrijk om op dit thema samen te werken met organisaties in het maatschappelijke veld.

De ruime meerderheid van de scholen vindt dat de school een vindplaats kan zijn voor jongeren en hun ouders in het traject met het IJslandse model. Zo kan de school de dataverzameling

faciliteren. En dan niet alleen de algemene dataverzameling met de IJslandse vragenlijst, maar ook aanvullende enquêtes die bijvoorbeeld vragen naar de wensen van leerlingen over vrijetijdsbesteding. De school kan ook de plaats zijn waar vrijetijdsactiviteiten worden georganiseerd of gepromoot, bijvoorbeeld door jongerenwerkers. Daarnaast kan de school een vindplaats zijn voor ouders. Zo geeft een aantal scholen de gemeente of de instelling voor verslavingszorg de ruimte om op een ouderavond aandacht te besteden aan middelengebruik.

De meeste scholen vinden dat de gemeente de trekker moet zijn van het traject met het IJslandse model. De scholen verschillen van mening over de mate waarin de gemeente het proces moet trekken. Op sommige plekken komt de gemeente met ideeën en kijkt de school of het mogelijk is om deze op de school te organiseren. Waar mogelijk kan de gemeente dan aanpassingen doen, zodat de activiteit uitvoerbaar is op de school. In een aantal gemeenten nemen de scholen deel aan werkgroepen en denken ze actief mee over het opstellen van activiteiten. Een enkele school nam zelf het voortouw in het opzetten van activiteiten. Een aantal scholen probeert, op eigen initiatief, om het IJslandse model te borgen in hun beleid door het behalen van vignetten van de *Gezonde School*. De scholen vinden het belangrijk dat niet alleen zij, maar de hele omgeving van de jongeren betrokken wordt bij het traject.

Scholen vinden echter dat zij niet de verantwoordelijkheid hebben om ouders op te voeden. Ze vinden dat zij wel een rol hebben in het opvoeden van jongeren, maar ouders moeten hierin ook hun verantwoordelijkheid nemen. Een respondent: *'de school is niet verantwoordelijk voor het opvoeden van ouders, die kun je niet dwingen of een sanctie opleggen'*.

Belastbaarheid en haalbaarheid voor de school

De mate waarin ten tijde van de interviews activiteiten worden uitgerold in het kader van het IJslandse model, verschilt per gemeente. Dit heeft ook invloed op hoe de scholen de belastbaarheid en haalbaarheid van de implementatie van het model ervaren voor hun school.

Een aantal scholen gaf aan dat hun inspanningen in verhouding staan tot de opbrengsten van het werken met het IJslandse model. In het begin van het traject ging er veel tijd zitten in bijeenkomsten met de gemeente en andere partners, maar hier zien de scholen nu wel iets voor terug. Zo gaven ze bijvoorbeeld aan dat de samenwerking met de gemeente en andere partijen echt verbeterd is, dat de gemeente geïnvesteerd heeft in extra mensen en middelen, of dat er vanuit andere partijen meer begrip is voor mogelijkheden en knelpunten bij de school.

Een deel van de scholen gaf aan dat ze geen extra uren krijgen voor het uitvoeren van de taken voor het IJslandse model. Een respondent: *'De samenwerking vraagt wel veel van de school, door alle verschillende overleggen waar we aan deelnemen. Dit komt boven op het normale werk, hier krijg ik geen uren voor beschikbaar. Ik doe het graag, maar daardoor is het wel kwetsbaar. Dit is de eerste taak die ik moet laten vallen bij drukte, omdat dit er bovenop komt. Dat kan een gevaar zijn voor de continuïteit'*. Doordat het IJslandse model geen structureel onderdeel van hun takenpakket is, is er een groot risico op verloop van contactpersonen bij de scholen. Daarnaast hebben ze hierdoor ook niet de ruimte om meerdere collega's binnen de school te betrekken. Een enkele school wil een stagiair aanstellen om op die manier extra ondersteuning te organiseren.

Andere scholen gaven aan dat het traject nog niet echt iets oplevert. Dit komt bijvoorbeeld doordat er geen budget beschikbaar is bij de gemeente, of doordat de gemeente geen duidelijkheid geeft over de langetermijnplanning. De scholen willen weten waar ze aan toe zijn, zodat ze het beter kunnen inplannen.

Samenwerking met de gemeente en lokale partijen

Meerdere scholen gaven aan dat zij door het traject met het IJslandse model beter zijn gaan samenwerken met verschillende lokale partijen, zoals de gemeente, de GGD, instellingen voor jongerenwerk en instellingen voor verslavingszorg. Zo vertelde een respondent: *'Het is gemakkelijker om af te stemmen over deze thema's en het proces gaat gemakkelijker en sneller. Hierdoor leren we samen te werken. Door al het werk te bundelen bereik je meer dan wanneer iedereen in z'n eigen hokje blijft'*. Er is nu een gedeelde basisvisie, waardoor het voelt als een gezamenlijk traject en doel waar de partijen aan werken. De verschillende partijen zien in dat ze van elkaar afhankelijk zijn om iets te bereiken. In enkele gevallen weten de organisaties elkaar door de verbeterde samenwerking ook op andere thema's al te vinden.

Andere scholen zien het belang in van samenwerken op deze thema's, maar vinden dat deze samenwerking nog kan worden verbeterd. Zo gaf één school aan dat ze op dit moment op gezamenlijke bijeenkomsten meer brengt dan haalt, doordat de andere organisaties nog niet zo ver zijn. Ook merkte een school op dat de gemeente niet proactief genoeg is, waardoor de betrokken organisaties niet actief aan de slag gaan. Meerdere scholen gaven aan dat de uitwisseling tussen de verschillende organisaties nog beperkt is. Zij zien graag dat het contact intensiever wordt en de samenwerking verder groeit. In sommige gevallen zijn er nog geen gezamenlijke doelen opgesteld, of zijn deze niet voor iedereen helder. Voor sommige scholen is het niet duidelijk welke organisaties betrokken zijn en wat ieders taak is. Ook noemde een aantal scholen dat bepaalde partners nog betrokken moeten worden, zoals de horeca of ouders.

In een aantal gemeenten is een lokaal preventieakkoord of convenant getekend door alle betrokken partijen, waarin zij zich committeren aan gezamenlijke doelen op het gebied van preventie. In andere gemeenten zijn er plannen om binnenkort een dergelijk akkoord te tekenen. Alle scholen die hiermee te maken hebben, gaven aan dat ze het belang van ondertekenen inzien. Een medewerker van een school merkte op dat dit akkoord eigenlijk voorafgaand aan het traject getekend had moeten worden.

Een groot deel van de scholen gaf aan dat het proces tot nu toe langzaam verlopen is. Veel scholen zijn resultaatgericht en zijn gewend om snel dingen op te zetten. Voor het leertraject blijkt er geduld en een lange adem nodig te zijn. In veel gemeenten ging het proces van dataverzameling en het bespreken van de resultaten goed, maar duurde het daarna lang voor het ontwikkelen van activiteiten op gang kwam. Een aantal scholen gaf aan dat het proces nu helemaal op gang is gekomen en dat activiteiten worden uitgewerkt en soms al zijn geïmplementeerd. In andere gemeenten is het proces nog niet helemaal op gang. Zo is voor sommige scholen de samenwerkingsstructuur niet duidelijk, en weten ze niet wat er van hen wordt verwacht. Andere scholen gaven aan dat er vooral veel overleggen zijn, maar dat er nog niet veel wordt uitgevoerd. Sommige gemeenten geven geen duidelijkheid over het budget, waardoor het voor scholen niet duidelijk is wat de mogelijkheden zijn.

Communicatie tussen school en gemeente

Wat ook meespeelt in hoe de scholen het proces ervaren, is de communicatie met de gemeente. Enkele scholen die aangaven dat het proces goed loopt, gaven ook aan dat de communicatie met de gemeente goed verloopt. Bij de betrokken partijen is het duidelijk wat de gezamenlijke doelen zijn en waar verantwoordelijkheden liggen. Er is structureel contact, vaak via een vaste contactpersoon bij de gemeente, die ook kan doorverwijzen naar andere personen binnen de gemeente. Ook worden betrokkenen bijvoorbeeld via een projectgroep, werkgroep of mailing door de gemeente op de hoogte gehouden.

Scholen die het proces als langzaam en stroperig ervaren, gaven aan dat er weinig communicatie is met de gemeente. Respondenten van deze scholen zeiden dat ze niet weten of er iets gebeurt rondom het IJslandse model. Er is weinig duidelijkheid over de stand van zaken. In sommige gevallen zijn er wel bijeenkomsten, maar deze zijn niet frequent. Zo vertelde een geïnterviewde: *'Het is stroperig en zakt snel weg. De school wordt weinig betrokken. Af en toe is er contact met de gemeente, maar dat is niet structureel.'* Deze scholen worden niet meegenomen in het proces, maar zouden dit wel willen. Het lage tempo en de onduidelijkheid gaan ten koste van het draagvlak, gaf een van de scholen aan. Een aantal scholen noemde als oplossing een digitaal platform dat de betrokken partijen zouden kunnen gebruiken om elkaar op de hoogte te houden van ontwikkelingen.

Een aantal scholen gaf aan dat de gemeente soms zelf met oplossingen, activiteiten of materialen komt. In sommige gevallen bleken dat goede ideeën te zijn, die met wat aanpassingen op school kunnen worden geïmplementeerd. In andere gevallen sloten de ideeën niet aan bij de behoefte van de school, of was een activiteit lastig te implementeren. De scholen zouden het fijn vinden als de gemeente eerst zou navragen wat de behoeften en de mogelijkheden zijn binnen de school. Een school gaf aan dat ze hierdoor juist leren hoe de gemeente en school als partners moeten samenwerken.

3.3 De IJslandse monitor

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van het gedeelte van het onderzoek dat gericht is op de feitelijke samenstelling van de monitor (3.3.1, 'Instrumentvergelijking') en de analyse van de tot dusver verkregen data (3.3.2, 'Analyse van verkregen data'). Tijdens dit onderzoek stond deelonderzoeksvraag 3 centraal: In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor?

3.3.1 Instrumentvergelijking

In het kort: resultaten uit de instrumentvergelijking

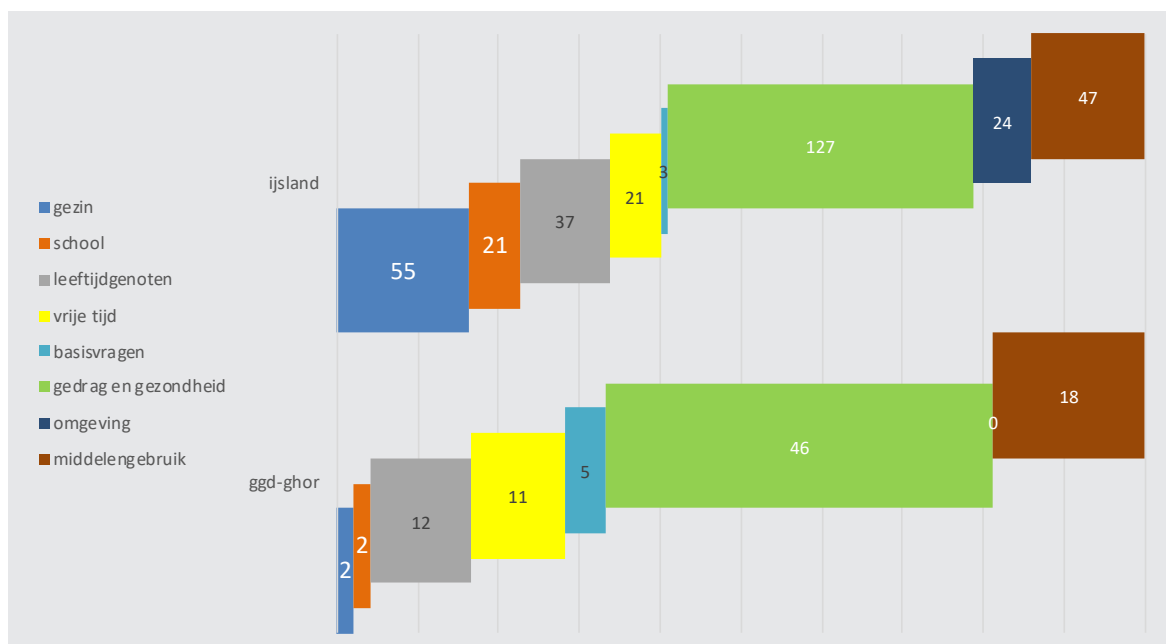
- De IJslandse vragenlijst is aanmerkelijk langer dan de GGD GHOR-vragenlijst.
- De IJslandse vragenlijst heeft vaak meer vragen nodig voor dezelfde onderwerpen.
- De IJslandse vragenlijst bestrijkt meer onderwerpen.
- De relatieve benutting van de GGD GHOR-vragenlijst in rapportages is groter dan die van de IJslandse vragenlijst.
- Om aan te sluiten bij de IJslandse methode, moet de GGD GHOR-vragenlijst met name aangevuld worden met vragen over gezin, school en omgeving.

Inhoudelijke vergelijking

Om de IJslandse en de GGD GHOR-vragenlijst met elkaar te kunnen vergelijken, hebben we elk item uit de vragenlijsten eerst geclassificeerd in hoofdtermen. In bijlage 7 geven we de resultaten van de globale vergelijking weer; het gaat hier dus om onderwerpen die in de vragenlijsten behandeld worden.

Figuur 3 geeft een grafische samenvatting van bijlage 7, met daaraan toegevoegd het aantal items dat binnen elke onderwerpcategorie gebruikt wordt in beide vragenlijsten. De IJslandse vragenlijst omvat meer dan driemaal zoveel items als de hier gebruikte lijst van GGD GHOR: 338 versus 104. De meeste items bij GGD GHOR worden besteed aan onderwerpen die te maken hebben met gedrag en gezondheid van de jongere zelf, gevolgd door vragen die te maken hebben met school en middelengebruik. Ook in de IJslandse lijst gaan de meeste vragen over gedrag en gezondheid (zij het procentueel minder), maar zijn vragen over gezin en ouders de meest voorkomende categorie daarna. Niet verwonderlijk is dat de IJslandse lijst voor elke onderwerpcategorie meer vragen gebruikt dan de GGD GHOR-lijst. Vragen over de omgeving (waardering van de wijk, verhuizing, betrokkenheid burens, het veiligheidsgevoel en de plek waar alcohol gebruikt wordt) zijn in het geheel niet opgenomen in de GGD GHOR-vragenlijst.

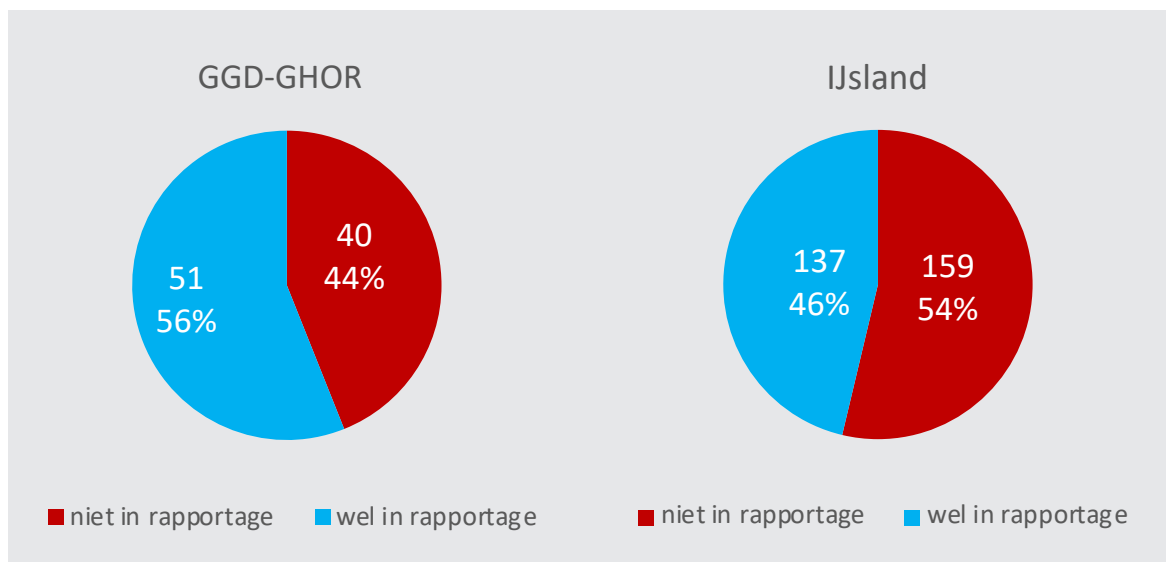
Figuur 3. Globale onderwerpvergelijking IJslandse vragenlijst en GGD GHOR-vragenlijst



Benutting in rapportages

In figuur 4 zien we de *overall* gegevens over de mate waarin de door de scholieren gegeven antwoorden benut zijn. Daarbij moet bedacht worden dat het hierbij ook om antwoorden op vragen

Figuur 4. Aantal en percentage items dat in rapportage terechtkwam



in een rapportage te worden verwerkt, maar alleen een administratieve - of onderzoeksfunctie hebben. Denk daarbij aan vragen over de inkomenssituatie van het gezin of de invulmanier (digitaal of papier) of de leeftijd van de respondent.

De GGD GHOR-vragenlijst kende weliswaar minder items en onderwerpen, maar een groter percentage daarvan kwam terecht in de bestudeerde rapportages. Bij de IJslandse vragenlijst kwam een minderheid van de gestelde vragen terecht in een lokale rapportage.

3.3.2 Analyse van beschikbare data

In het kort: resultaten uit de analyse van beschikbare data

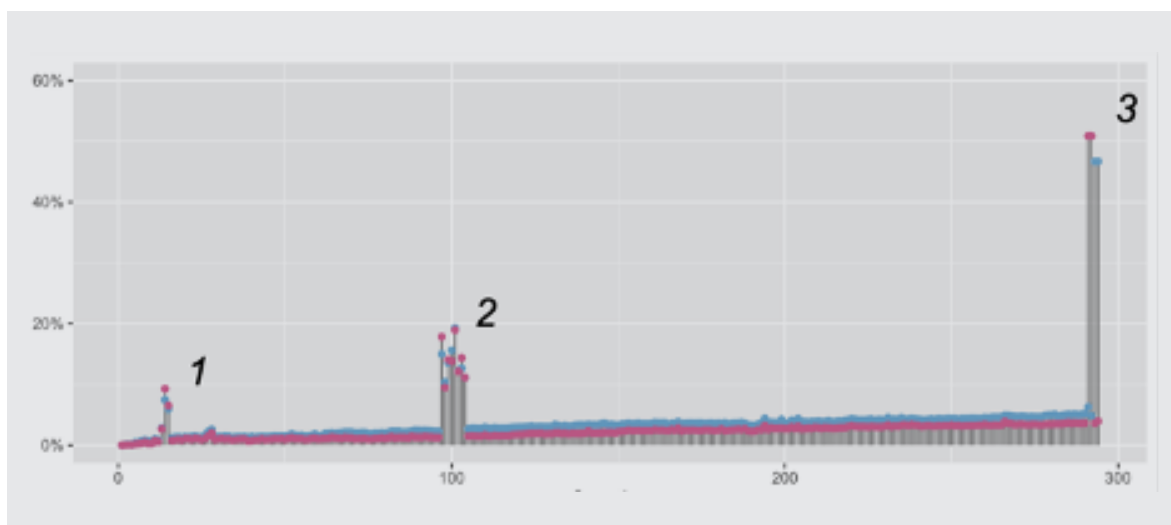
- Naarmate de vraag verderop in de vragenlijst gesteld wordt, neemt het aantal respondenten dat de vraag niet beantwoordt toe.
- De antwoorden op sommige vragen hangen in hoge mate met elkaar samen, dit is echter logisch vanuit de inhoud te verklaren.
- De gevonden samenhang tussen verschillende elementen in de vragenlijst ligt in de lijn der verwachting

We doen hier geen verslag van de lokale resultaten van de monitor; het is aan de lokale partijen om deze te benutten. Daarbij moet bedacht worden dat de data vanuit deze zes bijzondere regio's weinig generaliseerbare informatie over landelijke prevalenties kunnen opleveren. In deze paragraaf kijken we als het ware met een helicopterview naar de data, in het bijzonder naar de missende waarden, redundancies, en veronderstelde samenhangen.

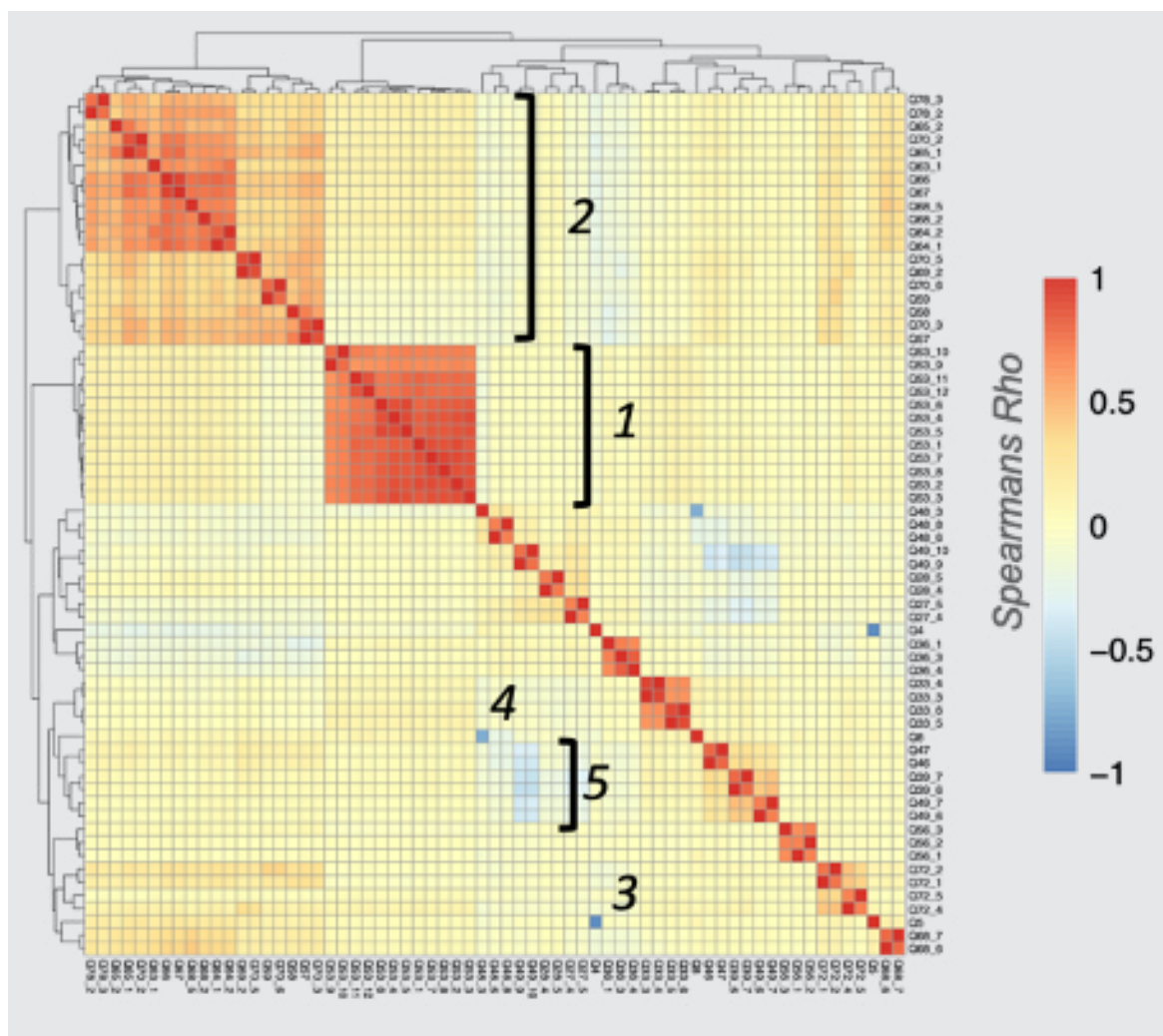
Missende waarden en redundantie

In figuur 5 wordt het percentage missende waarden uitgezet per vraag, waarbij we drie pieken zien. Bij piek 1 gaat het met name over vragen over absentie van school; bij 2 gaan de vragen over het volgen en breken van regels; en bij 3 over de ervaren aantrekkelijkheid ten opzichte van het andere geslacht. Deze vragen bevatten logischerwijs een hoog percentage missende waarden (niet beantwoord), omdat ze alleen aan jongens dan wel aan meisjes zijn gesteld. In het algemeen valt breder op dat het percentage missende waarden bij jongens hoger ligt dan bij meisjes. We zien verder dat het percentage missende waarden toeneemt naarmate de vraag verder in de vragenlijst is opgenomen, en dat de waarde aan het eind van de vragenlijst (met uitzondering van de logische piek 3) rond de 6 procent is.

Figuur 5. Percentage missende waarden (Y-as) bij elke vraag in de IJslandse vragenlijst (X-as)

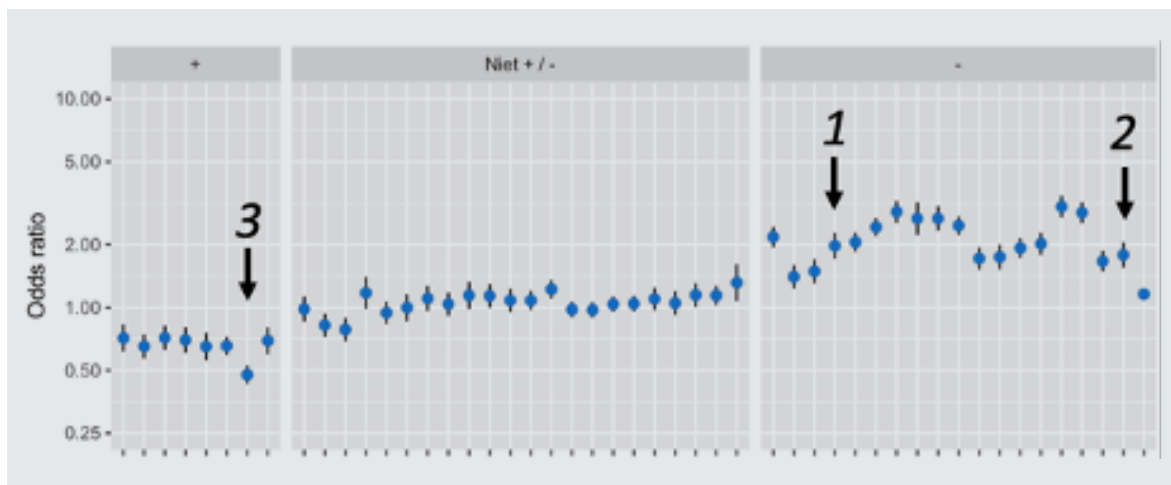


Figuur 6. Redundanties in de IJslanse dataset



Om samenhang tussen antwoorden op vragen (redundanties) in beeld te krijgen, hebben we de mate van samenhang tussen alle items gevisualiseerd. In figuur 6 staan de vragen in de volgorde van de IJslanse vragenlijst zowel van links naar rechts als van boven naar beneden geordend. De mate van samenhang wordt weergegeven door de kleur. De figuur bevat alleen de vragen die sterk samenhangen met ten minste één andere vraag (absolute Spearmans Rho > 0.7). De gevonden samenhangen blijken in de lijn der verwachting te liggen: er is een grote mate van samenhang tussen alle vragen over religiositeit (in figuur 6 aangegeven met 1). Een grotere (zij het minder sterk) samenhangende set vragen beslaat vragen over de leeftijd waarop voor het eerst verschillende middelen (tabak, alcohol, drugs) zijn gebruikt (2). Verder is te zien dat vragen die onderling negatief samenhangen gaan over de leeftijd en het geboortjaar (3); de woonsituatie en het hebben meegemaakt van een ouderlijke echtscheiding (4); en het ervaren levensgeluk en het hebben van gevoelens van onbehagen (5).

Figuur 7. Odds ratios (Y-as) voor dagelijks roken op een aantal andere kenmerken



In figuur 7 is weergegeven of antwoorden op vragen die gaan over het gezin, samenhangen met antwoorden over dagelijks roken. Een *odds ratio* van 2 houdt in dat de kans op het rapporteren van dagelijks roken tweemaal zo hoog is onder jongeren die dit bepaalde gezinskenmerk hebben, als onder jongeren die dit niet hebben. In de figuur is te zien dat de gezinsfactoren waar in IJsland de nadruk op wordt gelegd, zoals het bekend zijn bij de ouders waar hun kind zich 's avonds begeeft (aangemerkt met 1) en de te verwachten ouderlijke reactie op roken (2), ook in deze steekproef samenhangen met dagelijks roken. Ogenscheinlijk sterkere voorspellers betreffen variaties op deze vragen, zoals de te verwachten reactie op alcohol- of cannabisgebruik. Ook is te zien dat de mate van tijd die met ouders wordt doorgebracht in het weekend, negatief samenhangt met dagelijks roken (3).

4 Conclusie

In dit onderzoek hebben we de implementatie van het IJslandse preventiemodel in de zes Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het beleidsvormend leertraject onder de loep genomen. De ambitie van het onderzoek was niet om effecten van deze aanpak vast te stellen. De uiteindelijk beoogde effecten van het programma, namelijk gezondheidsverbetering en vermindering van middelengebruik, zijn op deze korte termijn niet te bepalen; in IJsland duurde het jaren voordat er effect zichtbaar was. Wat wel bepaald kan worden, is in hoeverre de methode uitvoerbaar is in Nederland en in hoeverre de werkwijze toegevoegde waarde heeft voor bestaande werkwijzen van gemeenten om middelengebruik onder jongeren te voorkomen.

De hoofdonderzoeksvraag luidt: *In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?*

Om de hoofdvraag te beantwoorden, hebben we drie onderzoeken uitgevoerd. We hebben interviews afgenomen met (landelijke) organisaties. Daarnaast hebben we het leertraject tussentijds geëvalueerd met medewerkers van de deelnemende gemeenten en met medewerkers van participerende scholen. Ten slotte hebben we een nadere verkenning van de IJslandse monitor uitgevoerd in vergelijking tot de Nederlandse GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

Voor elk onderzoek hebben we een afzonderlijke (deel)onderzoeksvraag geformuleerd. In de resultatensectie zijn de resultaten van deze onderzoeken weergegeven. In dit concluderende hoofdstuk geven we de antwoorden op de onderzoeksvragen per deelonderzoek weer, en sluiten we af met de beantwoording van de hoofdonderzoeksvraag.

Deelonderzoeksvraag 1: Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse model in Nederland?

Over het algemeen zijn de zeventien geïnterviewde medewerkers van (landelijke) organisaties – zoals GGD GHOR, RIVM, VNG, VO-raad, JOGG, et cetera – zeer geïnteresseerd in het IJslandse model. De visie en de kernelementen van dit model spreken aan en bieden volgens de geïnterviewden aanknopingspunten voor verbetering van de bestaande werkwijzen in Nederland. Zo spreekt het aan dat het IJslandse preventiemodel een integrale aanpak is, waarbij de hele community actief wordt betrokken. *Community building* is volgens de respondenten kansrijk in Nederland, al vraagt het realiseren ervan veel investering in tijd. Met name het actief betrekken van ouders en scholen wordt van belang geacht, al wordt daarbij de kanttekening geplaatst dat het in Nederland tot op heden lastig is gebleken om deze doelgroepen bij preventiebeleid te betrekken.

Verder wordt de IJslandse manier van monitoren (regelmatig en uitgebreid meten, snelle terugkoppeling van de resultaten en de monitor als onderdeel van het lokale beleidsproces)

gezien als een belangrijk en interessant onderdeel van de aanpak. Idealiter zien de landelijke organisaties dat de goede en haalbare (het is immers een arbeidsintensief proces) punten van de IJslandse monitor worden geïntegreerd in de bestaande Nederlandse monitoringssystemen. Ten slotte zien de landelijke organisaties kansen voor Nederland om zinvolle vrijetijdsbesteding beter uit te werken. Het is volgens hen duidelijk een belangrijke factor in het gezond en veilig opgroeien van kinderen. De professionele begeleiding, die als randvoorwaarde wordt gesteld in het IJslandse model, is echter kostbaar en vormt daarmee een uitdaging voor Nederland.

Deelonderzoeksvraag 2a: In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse model implementeren, en in hoeverre vinden zij het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?

Ten tijde van deze tussenevaluatie zijn nog niet alle fasen van het IJslandse model uitgevoerd. De tussentijdse resultaten gaan over de besluitvormingsfase, de opstartfase, de monitoringsfase en de prioriteringsfase. Beleidsvorming, interventieontwikkeling en de daadwerkelijke implementatie worden na afloop van het leertraject geëvalueerd.

Besluitvormingsfase

De belangrijkste redenen voor gemeenten om deel te nemen aan het leertraject met het IJslandse model waren: integrale aanpak, positieve benadering, langetermijnvisie op gezondheidsbeleid en datagestuurd werken. Om deel te kunnen nemen, was financiering en draagvlak bij wethouders, gemeenteraad, ambtenaren en scholen nodig. Ondanks de korte periode voor aanmelding zijn gemeenten erin geslaagd dit te realiseren. Bevorderende factoren waren: aansluiting van het IJslandse model bij de lokale politieke speerpunten; enthousiasme van belangrijke partners; en aandacht voor het IJslandse model in de media en op een congres.

Opstartfase

Een belangrijke randvoorwaarde voor het implementeren van het IJslandse model is dat de gemeenten zich kunnen verdiepen in de inhoud van het model. Voor dit leertraject vond de verdiepingsslag plaats tijdens de studiereis naar IJsland, wat de gemeenten een 'IJslandse mindset' gaf en (in de meeste gevallen) voldoende bagage om in hun gemeente de uitgangspunten van het model uit te dragen. Het betrekken van scholen is in alle gemeenten (grotendeels) gelukt. Niet alle scholen waren direct enthousiast, omdat ze bijvoorbeeld zelf bezig waren met preventiebeleid, of bang waren dat er te veel verantwoordelijkheid bij hen zou komen te liggen. Uiteindelijk heeft het merendeel van de scholen hun medewerking en betrokkenheid toegezegd. De mate waarin de GGD betrokken is, verschilt per gemeente. Sommige GGD'en zijn proactief en vanaf het begin betrokken bij het proces. Andere GGD'en hebben hier niet de capaciteit voor. In alle gemeenten zijn diverse lokale en regionale organisaties betrokken bij de uitwerking van het IJslandse model in hun gemeente. De gezamenlijke startbijeenkomst heeft bijgedragen aan het enthousiasme voor het model en bood partners de gelegenheid om (kritisch) mee te denken. Een les achteraf is om de belangrijkste partners ook al te betrekken in de besluitvormingsfase.

Monitoringsfase

Alle deelnemende gemeenten hebben de vragenlijst van het IJslandse model (vertaald naar het Nederlands) uitgezet onder vierdeklassers van het middelbaar onderwijs. Voorheen werd

de jeugdgezondheidsmonitor één keer in de vier jaar uitgevoerd door de GGD, waarbij niet altijd duidelijk was wat er met de resultaten gebeurde en de monitor geen vast onderdeel uitmaakte van de gemeentelijke beleidscyclus. In het leertraject met het IJslandse model wordt de monitor om het jaar uitgevoerd en vormt deze de basis voor het preventiebeleid.

De eerste kennismaking met de IJslandse vragenlijst verliep niet altijd soepel. Zo was de vragenlijst erg lang en waren de mogelijkheden om de lijst aan te passen beperkt. Ook leidde de monitor tot wat spanningen tussen gemeenten en GGD'en, omdat de GGD normaal gesproken de monitor uitvoert. De tijdsdruk en de beperkte ervaring van het IJslandse onderzoeksinstituut ICSRA met het afnemen van digitale vragenlijsten heeft voor stress gezorgd bij de betrokken partijen. Toch zijn de gemeenten zeer enthousiast over een aantal aspecten van de monitor: a) de snelle terugkoppeling van resultaten; b) de informatie in het rapport over risico- en beschermende factoren voor middelengebruik door jongeren; c) de mogelijkheid om aan de hand van actuele data over middelengebruik en onderliggende factoren in gesprek te gaan met lokale stakeholders. Idealiter zouden de gemeenten deze aspecten van de monitor in de toekomst willen integreren in de jeugdgezondheidsmonitor van de GGD.

Prioriteringsfase

De zes deelnemende gemeenten gingen aan de hand van de resultaten van de monitor in gesprek met lokale partners om de belangrijkste onderwerpen te selecteren en doelstellingen te formuleren. De resultaten van de monitor vormden de basis voor een breed gedragen prioritering in het gemeentelijke preventiebeleid. Een belangrijke randvoorwaarde voor dit draagvlak is volgens de gemeenten het beschikken over actuele data en het bespreken hiervan tijdens een of meer bijeenkomsten met lokale partners. De grootste uitdaging volgt echter na het vaststellen van de prioriteiten. Het uitwerken van beleid en het selecteren van interventies bleek in alle gemeenten een tijdrovende activiteit te zijn. In sommige gevallen zorgde de beperkte inzetbaarheid van de betrokken ambtenaren van de gemeente of een wisseling van de wacht in het projectteam voor vertraging of het stilvallen van activiteiten. Een bevorderende factor bleek het oprichten van een of meer werkgroepen, bestaande uit diverse lokale partners, die ieder een bijdrage leveren in de verdere uitwerking van het preventiebeleid. Door intensief samen te werken met lokale partners is de samenwerking met hen volgens de gemeenten sterk verbeterd.

In het algemeen

Over het algemeen zijn alle gemeenten enthousiast over het IJslandse model. De gemeenten staan achter de visie van het model en de integrale aanpak spreekt aan. Ze zijn enthousiast over de rol die monitoring speelt in de beleidscyclus, al zouden ze de monitor in de toekomst willen laten uitvoeren door en/of integreren in de monitor van de GGD. Het kost veel tijd en energie om lokale partners te betrekken en te activeren, maar in een aantal gemeenten is de relatie en samenwerking daardoor sterk verbeterd. Het uitwerken van activiteiten is tijdrovend, en voldoende mankracht en middelen zijn hierin een belangrijke randvoorwaarde. Tijdens de tussenevaluatie gaven alle gemeenten aan het werken met het IJslandse model voort te zetten en raadden ze andere gemeenten van harte aan om deze werkwijze ook toe te passen.

Deelonderzoeksvraag 2b: Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJslandse model in hun gemeente?

Scholen waarderen de integrale benadering en de *community building* in het IJslandse model. De afname van de IJslandse vragenlijst hebben de scholen niet anders ervaren dan de afname van de GGD GHOR-vragenlijst. Er zijn hierover geen belemmeringen gerapporteerd. De scholen ervaren het als prettig dat de resultaten van de monitor nu met meer partijen en uitgebreider worden besproken dan voorheen bij de GGD GHOR-monitor. Een ander voordeel van het IJslandse model is volgens de scholen dat er nu beter wordt samengewerkt met de gemeente en andere lokale organisaties. Een aandachtspunt dat werd genoemd, is dat de samenwerking en vooral de communicatie vanuit de gemeente nog voor verbetering vatbaar is. De scholen willen graag een rol spelen in de implementatie van preventieactiviteiten, maar vinden dat de gemeente dit proces moet trekken en duidelijk moet communiceren over de te nemen stappen. In de gemeenten waar dit gebeurt is het proces op gang gekomen en worden activiteiten geïmplementeerd; in de gemeenten waar dit niet gebeurt is er onduidelijkheid over de voortgang van het IJslandse model.

Deelonderzoeksvraag 3: In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor?

Uit de analyse van de data en de vragenlijst is naar voren gekomen dat de IJslandse monitor zinnige informatie op een betrouwbare manier vaststelt. De IJslandse vragenlijst is aanmerkelijk langer dan die van de GGD GHOR en bestrijkt meer onderwerpen, waaronder ook meer vragen over risico- en beschermende factoren in het gezin, op school en in de omgeving. Dat heeft voordelen, maar toch constateerden gemeenten en onderzoekers van de GGD dat de vragenlijst te lang is, efficiënter kan worden ingericht en dat veel onderwerpen niet worden benut in de rapportages voor de gemeenten en scholen. Hoewel de rapportages van de GGD GHOR ook niet alle resultaten van de vragenlijst weergeven, is de relatieve benutting van de verkregen gegevens in rapportages groter. Een voordeel van de IJslandse monitor is dat de resultaten snel na afname van de vragenlijst worden teruggekoppeld. Dat wordt enorm gewaardeerd, evenals de heldere rapportages. Deze actuele rapportages zijn een belangrijke basis voor het gesprek tussen verschillende lokale partners.

Op basis van ervaringen van onderzoekers en gemeenten concluderen we dat een aantal kenmerken van de IJslandse vragenlijst toegevoegde waarde heeft: snelle terugkoppeling, meer informatie over risico- en beschermende factoren en vaker meten. Er kleven echter ook enkele nadelen aan de IJslandse vragenlijst: de vragenlijst is te lang, wijzigingen doorvoeren is (bijna) niet mogelijk en in de rapportage blijven veel resultaten onbenut. Tijdens een bijeenkomst met de Werkgroep Monitoring, waarin bovengenoemde resultaten zijn besproken, onderschreven de werkgroepleden deze conclusies. Daarnaast is gezamenlijk besloten om aanbevelingen te formuleren voor onderzoekers van de GGD om de GGD-jeugdgezondheidsmonitor te laten aansluiten op het IJslandse model bij het implementeren ervan in Nederlandse gemeenten. Deze aanbevelingen volgen in het volgende hoofdstuk.

Hoofdonderzoeksvraag: In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?

Op basis van de tussenevaluatie kunnen we conclusies trekken over de eerste fasen (besluitvorming, opstart, monitoring en prioritering) van de implementatie van het IJslandse model in de zes deelnemende gemeenten. Tot nu toe blijken deze fasen van het IJslandse model goed implementeerbaar in de gemeenten. Alle deelnemende gemeenten hebben succesvol draagvlak gecreëerd en financiële middelen vrijgemaakt om aan het leertraject mee te doen. Het is hun gelukt om een groot aantal lokale partners te interesseren voor en te betrekken bij de lokale uitwerking van het IJslandse model. Een onmiskenbaar resultaat dat door alle deelnemers genoemd werd, is de verbeterde samenwerking tussen bij jeugdigen betrokken lokale partijen: door de brede en positieve scope van het IJslandse model haken partijen aan die vaak niet bij regulier lokaal gezondheidsbeleid aansluiten, zoals jongerenwerk- of welzijnsorganisaties. Deze vorm van *community building* vraagt echter veel tijdsinvestering en staat onder druk wanneer er te weinig communicatie lijkt te zijn vanuit de gemeentelijke projectleider.

De IJslandse monitor is, zij het met enkele hobbels, succesvol uitgevoerd in de gemeenten. Deze monitor heeft enkele voordelen ten opzichte van de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor die zowel door gemeenten als scholen gewaardeerd worden. Tegelijkertijd constateren gemeenten en onderzoekers dat de IJslandse vragenlijst ook een aantal nadelen heeft, die beperkt voor verbetering vatbaar lijken te zijn. Wanneer het IJslandse model wordt voortgezet in Nederland, is het wenselijk om de inhoud van de jeugdgezondheidsmonitor aan te passen aan die van de (verbeterde) IJslandse monitor, en de uitvoering door de GGD te laten verzorgen.

Al met al is het IJslandse model tot nu toe goed uitvoerbaar gebleken en heeft het op een aantal aspecten toegevoegde waarde ten opzichte van de bestaande programma's en werkwijzen. Met name de aspecten van *community building*, integrale benadering en de belangrijke rol van monitoring in het lokale beleidsproces worden als een meerwaarde ervaren. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is uiteraard dat de gemeente voldoende mankracht en middelen beschikbaar heeft om dit proces te trekken.

Een groot deel van de betrokkenen is enthousiast en gaf aan door te willen met de implementatie van het IJslandse model. De gemeenten gingen zelfs een stap verder, en raadden andere gemeenten ook aan om met deze werkwijze aan de slag te gaan. In het volgende hoofdstuk formuleren we, op basis van de tussentijdse bevindingen, aanbevelingen voor de toekomstige implementatie van het IJslandse model in Nederland.

5 Aanbevelingen

De ervaringen van de zes gemeenten die aan het leertraject met het IJslandse preventiemodel meedoen, geven nu al veel aanknopingspunten voor een verbeterde preventieaanpak van meerdere vormen van jeugdproblematiek. Niet alleen wat betreft middelengebruik, maar ook voor welbevinden en andere ontwikkelings- en leefstijlthema's. Nog niet alle fasen van het IJslandse model zijn geïmplementeerd en geëvalueerd. Daarom moeten we enigszins terughoudend zijn bij het formuleren van aanbevelingen. Tegelijkertijd concluderen we dat de ervaringen met het IJslandse model overwegend zeer positief zijn op dit moment. Sterker nog, alle zes deelnemende gemeenten antwoordden volmondig 'ja' op de vraag of zij verder willen met het IJslandse model, en of ze het aanraden aan andere gemeenten. De tot nu toe opgedane ervaringen geven hun klaarblijkelijk het volste vertrouwen dat deze manier van werken nu en ook in de toekomst een toegevoegde waarde heeft ten opzichte van reeds bestaande programma's en werkwijzen. Met name de aspecten van *community building*, de integrale benadering en de belangrijke rol van monitoring kunnen op veel enthousiasme rekenen. Tegelijkertijd zijn er ook uitdagingen om de rol van de gemeente in het IJslandse model beter te omschrijven en te borgen. Daarnaast moet er een manier gevonden worden om de positieve aspecten van de IJslandse monitor te borgen in Nederland. We doen daarvoor de volgende vier aanbevelingen.

Aanbeveling 1

Volg verdere implementatie van het IJslandse model in Nederland.

Op basis van de resultaten van de tussenevaluatie kunnen we concluderen dat een verdere implementatie van het IJslandse model in Nederland kansrijk is. De pilotgemeenten hebben op dit moment nog niet alle fasen van implementatie van het IJslandse model uitgevoerd. Op basis van de grote opkomst bij inspiratiesessies over het IJslandse model, en het aantal vragen dat het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut ontvangen van (partners van) gemeenten, lijkt er veel interesse te zijn om met het model aan de slag te gaan. Wij raden aan nieuwe belangstellende gemeenten te voorzien van uit de pilotgemeenten afkomstige kennis en informatie, waarmee zij aan de slag kunnen gaan met het IJslandse model. Het is raadzaam om gedurende het beleidstraject en daarna de implementatie te blijven volgen in de huidige en nieuwe gemeenten.

Aanbeveling 2

Zet gemeenten aan het roer.

Het IJslandse model is bij uitstek een werkwijze om tot een lokaal gedragen preventieaanpak te komen. De gemeente is als regievoerder van het lokale jeugdbeleid en gezondheidsbeleid de aangewezen partij om de kar te trekken bij dit innovatieve traject. Het scheppen van de juiste randvoorwaarden gaat van het organiseren van politiek draagvlak en bestuurlijke borging, tot het installeren en faciliteren van het proces. De gemeente beschikt over de juiste autoriteit om lokale stakeholders zoals scholen, zorgaanbieders, culturele en sportinstellingen,

horecaondernemingen, afdeling handhaving van de gemeente en ouders te betrekken. De aanbeveling luidt daarom om gemeenten aan het roer te zetten en hen te motiveren en inspireren om het IJslandse model te implementeren.

Op basis van de tussenevaluatie hebben we de volgende belangrijke randvoorwaarden gesignaleerd, die essentieel zijn voor de implementatie van het IJslandse model:

- Bestuurlijk en politiek draagvlak. De IJslandse aanpak houdt een structureel andere invulling van het preventieve beleid in, die ver over een collegeperiode heen reikt. De resultaten zijn pas na een aantal jaren zichtbaar en meetbaar. Dit vraagt om een langetermijnvisie die idealiter wordt geborgd in een meerjarenbeleid, gesteund door het college en de gemeenteraad.
- Voldoende financiële middelen en mankracht. Dit is noodzakelijk om het proces in goede banen te leiden, collega's en externe partijen te verbinden en de visie achter het IJslandse model scherp voor ogen blijven houden gedurende het proces. Uit de ervaringen kunnen we voorzichtig constateren dat binnen de gemeente 1 fte voor een projectleider minimaal nodig is om dit veranderingstraject een eerlijke kans te geven. De projectleider dient te worden ondersteund door collega's uit diverse beleidsdomeinen.
- Een goede afbakening van de community. Het is raadzaam om het implementatiegebied goed af te bakenen en initiatieven te coördineren op zo lokaal mogelijk niveau: buurt of wijk (in steden), of dorp (in gemeenten). De onderlinge verbondenheid op dit niveau lijkt een belangrijke factor om *community building* succesvol te laten verlopen.

Aanbeveling 3

Zorg voor een betere aansluiting van de lokale jeugdgezondheidsmonitor bij de implementatie van het IJslandse model op gemeentelijk niveau.

In dit traject werd de monitor uitgevoerd door IJslandse onderzoekers. Dat had voor- en nadelen, zoals bleek uit de conclusie (deelonderzoeksvraag 3). De voordelen hangen voor een belangrijk deel samen met de beperkingen van de huidige Nederlandse jeugdmonitor, die wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de regionale GGD. Uit de tussenevaluatie bleek dat deze jeugdgezondheidsmonitor (zoals opgesteld door GGD GHOR) in zijn huidige opzet niet bruikbaar is binnen het IJslandse model. Desalniettemin ligt, mede vanwege de al lang bestaande en wettelijk verankerde monitoringstaak van de GGD, een rol voor de GGD binnen het IJslandse model voor de hand, zeker als het de monitor betreft. Dit werd beaamd door de eerder genoemde Werkgroep Monitoring, die ons verzocht om met aanbevelingen te komen ter verbetering van de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

We verwachten dat de GGD heel goed de gehele monitoringsrol op zich kan nemen binnen het IJslandse model in Nederlandse gemeenten, mits het onderzoek aan de volgende minimale voorwaarden voldoet:

- Er kan een tweejaarlijkse meting gerealiseerd worden.
- De resultaten van de vragenlijst zijn (in rapportvorm) binnen twee tot drie maanden na afname beschikbaar op gemeente- en schoolniveau.

- Er worden bij een representatief gedeelte van de betreffende leeftijdsgroep in de gemeente data verzameld met een minimale respons van 80 procent.
- De vragenlijst is te begrijpen en in te vullen door jongeren van alle schoolniveaus. Er zijn dus ook mogelijkheden om de vragenlijst, of een ingekorte versie hiervan, af te nemen op praktijk- en speciaal onderwijs.
- In de vragenlijst is er voldoende aandacht voor de risico- en beschermende factoren in de vier domeinen: gezin, vrije tijd, peergroep en school.
- De monitor krijgt een plek in de lokale beleidscyclus van gemeenten. Resultaten worden kort na afname met lokale partners besproken en dienen als voeding voor het opstellen en bijstellen van preventiebeleid.

Aanbeveling 4

Blijf gemeenten ondersteunen bij de implementatie van het IJslandse model.

Tijdens het leertraject hebben de IJslandse organisatie ICSRA, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut gemeenten ondersteund bij de vertaling en implementatie van het IJslandse model naar de Nederlandse context. Deze organisaties hielpen de gemeenten bij het interpreteren en implementeren van de kennis over het IJslandse model, verreiken van kennis over preventie van middelengebruik, gaven advies bij het veranderingsproces, gaven presentaties als externe experts, organiseerden intervisiebijeenkomsten voor de deelnemende gemeenten en fungeerden als sparringpartner en tussenpersoon met IJsland. Deze rol is door de zes deelnemende gemeenten als zeer waardevol beoordeeld. Wij bevelen aan om, bij een verdere implementatie van het IJslandse model in Nederland, een dergelijke communicatieve, faciliterende en ondersteunende rol te beleggen bij een of meer Nederlandse, landelijke organisaties die beschikken over de juiste kennis en capaciteit. Voor verdere implementatie is het van belang de kennis over het IJslandse model en de ervaringen van Nederlandse gemeenten helder te beschrijven, zodat gemeenten op basis daarvan een vergelijkbare aanpak kunnen realiseren. Een handreiking, met beschrijving van de noodzakelijke voorwaarden, en implementatiestappenplan voor gemeenten ligt hierbij voor de hand.

Referenties

Kristjánsson, Á. L., Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfússon, J., & Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, 111(4), 645-652. <https://doi.org/10.1111/add.13248>

Sahadat, I. (2017). Hoe IJslandse tieners drank en sigaretten inruilden voor sport. *de Volkskrant*, 2 juli.

Sigfúsdóttir, I. D. (2013). Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents : The Youth in Europe Study Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents : The Youth in Europe Study. *Journal of School Health* 83(9), 662-667. <https://doi.org/10.1111/josh.12079>

Sigfúsdóttir, I. D., Kristjánsson, Á. L., Gudmundsdottir, M. L., & Allegrante, J. P. (2010). A collaborative community approach to adolescent substance misuse in Iceland. *International Psychiatry* 7(4), 86-88. <https://doi.org/10.1192/S1749367600006007>

Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, Á. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents : The Icelandic Model. *Health Promotion International*, 24(1), 16-25. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan038>

Sigfússon, J. (2018). *Evidence based primary prevention : 20 years of succes*. Reykjavik: Planet Youth.

Smeets, L., Monshouwer, K., Batyreva, I., De Wilde, E. J., & De Greeff, J. (2019a). *De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren : Kansen van dit preventiemodel voor de Nederlandse situatie*. Factsheet. Utrecht: Trimbos-instituut & Nederlands Jeugdinstituut.

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

Bijlage 1 Gesprekspartners interviews (landelijke) organisaties

Organisatie	Gesprekspartner
Raad voor Cultuur	Renske van der Zee
KNMO	Dorrie Besouw
RIVM	Djoeke van Dale, Annerike Gorter
GGD GHOR	Jelle Doosje, Anja Koornstra
JOGG	Linda Schonewille, Caroline Peeck
VNG	Elly Dekker
VO-raad	Boukje van Vlokhoven
Gemeente Rotterdam	Geert Bruinen
Kenniscentrum Sport en Bewegen	Peter Barendse
Rookvrije Generatie	Bart de Wolf
LKCA	Josefiene Poll, Claudia Marinelli
Fonds voor cultuurparticipatie	Jeroen van Dijk
Trimbos-instituut	Jeroen Lammers, Daniëlle Meije
PO-raad	Anneke Risselada
Moedige Moeders Volendam	Tiny Tol
Nederlands Jeugdinstituut	Caroline Vink, Sofie Vriends
Pharos	Bart Looman, Frea Haker

Bijlage 2 Topiclijst interviews (landelijke organisaties)

Vooraf aan de interviews sturen we de factsheet toe, zodat de gesprekspartner een idee krijgt van het IJslandse model. Aan het begin van het interview geven we ook nog een toelichting op het IJslandse model (middels een korte presentatie), om zo de gesprekspartners van context te voorzien voor het interview. Verder benoemen we vooraf in de mail en vooraf aan het gesprek een aantal specifieke onderwerpen waar we met de gesprekspartner op in willen gaan, afhankelijk van hun expertise.

Hoofdvragen van de interviews:

1. Wat doen we in Nederland al aan preventie van alcohol-, tabak- en drugsgebruik?
2. Welke aanvullingen biedt IJsland hierop/welke lessen uit IJsland kunnen we leren?
3. Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland in Nederland te implementeren?
 - a. Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?
 - b. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
 - c. Wie zou het kunnen uitvoeren?

Algemene introductievragen

Wat doen we in Nederland al aan preventie van alcohol-, tabak- en drugsgebruik?

- ☐ Op welke factoren richten we ons in Nederland?
- ☐ Welke programma's/activiteiten grijpen hierop in?

Wat spreekt je aan in de IJslandse manier van werken?

Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland in Nederland te implementeren?

- ☐ Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?
- ☐ Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
- ☐ Wie zou het kunnen uitvoeren?

Per topic

Welke partijen spelen een rol in de preventie van middelengebruik in Nederland?

Zijn er partijen die nu nog niet betrokken zijn, die wel betrokken zouden moeten zijn?

Welke (effectieve) interventies zijn er in Nederland die middelengebruik onder jongeren preventief aanpakken op dit gebied?

Terugkoppeling en Dialoog

Op welke manier worden cijfers over middelengebruik gedeeld met lokale stakeholders?

Met welk doel worden cijfers over middelengebruik gedeeld met lokale stakeholders?

- ☐ Inzicht in de huidige situatie?
- ☐ Opstellen van beleid?
- ☐ Evalueren beleid?

Op welke manier wordt gesproken over cijfers over middelengebruik op lokaal niveau?

Met wie wordt gesproken over cijfers over middelengebruik op lokaal niveau?

Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland over monitoring en terugkoppeling in Nederland te implementeren?

- ☐ Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?
- ☐ Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
- ☐ Wie zou het kunnen uitvoeren?

Community building (deels overlap met terugkoppeling en dialoog)

Welke personen/organisaties in de omgeving van jongeren zijn betrokken bij de preventie van middelengebruik onder jongeren? Ouders, school (bestuur en personeel), organisatoren van vrijetijdsactiviteiten, professionals (GGD, gemeente, ...)?

Wat is de rol van verschillende personen/organisaties in de preventie van middelengebruik onder jongeren?

Welke personen/organisaties in de omgeving van jongeren zijn betrokken bij de verschillende fases van het beleid opstellen/uitwerken? Op welke manier zijn zij betrokken?

- ☐ Draagvlak creëren
- ☐ Onderzoek naar middelengebruik/risico- en beschermende factoren
- ☐ Delen van de cijfers en het opstarten van een dialoog
- ☐ Afspraken maken over beleid, strategieën, maatregelen, acties, interventies
- ☐ Uitvoeren van beleid, strategieën, maatregelen, acties, interventies

Als deze personen/organisaties nog niet betrokken zijn:

- ☐ Hoe kunnen deze partijen betrokken worden?
- ☐ Zijn er (financiële) middelen beschikbaar om deze personen/organisaties te betrekken?
- ☐ Op welk niveau kan dit worden georganiseerd? School, gemeente, regio, ...?
- ☐ Wat zijn mogelijke belemmerende factoren?

Wat spreekt je aan in IJsland op het gebied van het betrekken van lokale partijen? Welke lessen kunnen we van hen leren op dit vlak?

Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland over community building in Nederland te implementeren?

- ☐ Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?
- ☐ Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
- ☐ Wie zou het kunnen uitvoeren?

Ouders

Wat is volgens jou de rol van ouders in preventie?

In hoeverre is dat nu het geval in Nederland?

In welke opzichten worden ouders betrokken bij de preventie in Nederland? Op welke onderdelen ligt de focus?

Op welke manier en door wie wordt dit gedaan in Nederland?

Worden ouders betrokken bij het opzetten van maatregelen om middelengebruik te voorkomen? Op welke manier en door welke personen/organisatie worden zij betrokken?

Welke (effectieve) interventies zijn er in Nederland die middelengebruik onder jongeren preventief aanpakken op het gebied van ouderbetrokkenheid?

Is er behoefte aan om in Nederland een landelijke organisatie voor ouders op te richten? Waarom wel/niet? Welke rol zouden zij kunnen hebben?

Wat spreekt je aan in het IJslandse model op het gebied van ouderbetrokkenheid?

Welke lessen kunnen we leren uit IJsland op het gebied van ouderbetrokkenheid?

Als bovenstaande (deels) nog niet wordt gedaan:

Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland over ouderbetrokkenheid in Nederland te implementeren?

- ☐ Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?
- ☐ Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
- ☐ Wie zou het kunnen uitvoeren?

Peergroep

Wat is op het gebied van preventie van belang bij de peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten)? Wat wordt gedaan in Nederland?

Wat is de rol van ouders met betrekking tot regels en toezicht op vrienden van hun eigen kind?

Vrijtijdsbesteding

Welke activiteiten worden georganiseerd voor jongeren in hun vrije tijd?

☐ Welk type activiteiten wordt aangeboden? Sport, muziek, cultuur, kunst, debat, ...?

Op welke manier worden deze activiteiten georganiseerd?

In wat voor omgeving vinden deze activiteiten plaats?

Door wie worden deze activiteiten begeleid? (Volwassenen, professionals, vrijwilligers?)

Hoe is de financiering van deze activiteiten geregeld?

Is er bij deze activiteiten aandacht voor preventie van alcohol-, tabak-, en drugsgebruik? Zo ja, op welke manier?

Welke (effectieve) interventies zijn er in Nederland die middelengebruik onder jongeren preventief aanpakken binnen de vrijetijdsbesteding?

Wat spreekt je aan in de manier waarop vrijetijdsbesteding voor jongeren geregeld is in IJsland?

Welke lessen kunnen we leren uit IJsland op het gebied van vrijetijdsbesteding voor jongeren?

Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland over vrijetijdsbesteding voor jongeren in Nederland te implementeren?

☐ Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?

☐ Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?

☐ Wie zou het kunnen uitvoeren?

Onderwijsinspectie: motorische vaardigheden van jongeren nemen af. à kan verhogen van sportdeelname hieraan bijdragen?

School

Welke rol speelt de school in de preventie van middelengebruik voor jongeren in Nederland? Omgeving, voorlichting, ...?

Op welke manier vervullen ze deze rol?

Welke (effectieve) interventies zijn er voor scholen in Nederland op het gebied van preventie van alcohol-, tabak- en drugsgebruik?

Welke rol zou de school volgens jou op zich moeten nemen?

Op welke manier worden ouders en jongeren betrokken bij hun school?

Wat spreekt je aan in de IJslandse manier van werken op het gebied van de school?

Welke lessen kunnen we leren uit IJsland op het gebied van school?

Is het een toegevoegde waarde om lessen uit IJsland over school in Nederland te implementeren?

- ☐ Zo ja: is het vertaalbaar naar Nederland?
- ☐ Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
- ☐ Wie zou het kunnen uitvoeren?

Landelijk

Welke landelijke campagnes/interventies/activiteiten zijn gericht op de preventie van middelengebruik onder jongeren?

Wetenschappelijke onderbouwing

Welke factoren/modellen liggen ten grondslag aan de Nederlandse manier van werken op het gebied van preventie van alcohol-, tabak- en drugsgebruik?

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor deze factoren/modellen?

Komt uit de wetenschap naar voren dat de factoren in het IJslandse model invloed hebben op middelengebruik? Welke wel, welke niet?

Wat is in de wetenschap bekend over de invloed van [ouders, peergroep, vrije tijd, school] op middelengebruik?

- ☐ Welke factoren zijn belangrijk?
- ☐ Zijn dit factoren die beïnvloedbaar zijn?

Welke (effectieve) interventies zijn bekend voor de preventie van middelengebruik onder jongeren?

- ☐ Op het gebied van [ouders, peergroep, vrije tijd, school]

Is het IJslandse model voldoende wetenschappelijk onderbouwd in jouw opinie?

Welke lessen kunnen we in Nederland leren van de IJslandse manier van werken?

Bijlage 3 Korte vragenlijst over monitoring ter voorbereiding interview deelnemende gemeenten

de ijslandse aanpak: monitoring

Deze vragenlijst gaat in op uw ervaringen met een specifiek onderdeel van de IJslandse Aanpak, namelijk de monitoring. Daarmee wordt in deze vragenlijst de dataverzameling en benutting van gegevens die **bij de scholieren** werden verzameld. Het gaat dus niet over de **procesmonitor** ("Waar zijn we mee bezig?").

Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

1. de vragenlijst
2. de dataverzameling
3. de rapportage over de resultaten
4. de waarde van de monitor
5. uw ervaringen

Aan het einde van de vragenlijst is er nog ruimte voor algemene opmerkingen over de monitoring. Het invullen duurt maximaal 10 minuten.

De vragenlijst

In welke mate was u betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst (1 = totaal niet betrokken, 10 = heel erg betrokken)

1 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● 10

In welke mate bent u tevreden over de uiteindelijke vragenlijst (1 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)

1 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● 10

Ruimte voor eventuele toelichting:

De dataverzameling

In welke mate was u betrokken bij de daadwerkelijke dataverzameling? (1 = totaal niet betrokken, 10 = heel erg betrokken)

1 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● 10

In welke mate bent u tevreden over de inzet en professionaliteit van de IJslandse onderzoekers bij de dataverzameling? (1 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)

1 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● 10

Ruimte voor eventuele toelichting:

De rapportage

In welke mate was u tevreden over de snelheid waarmee de IJslandse onderzoekers de rapportage leverden? (1 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)

1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

In welke mate bent u tevreden over kwaliteit van de rapportage door de IJslandse onderzoekers? (1 = heel ontevreden, 10 = heel tevreden)

1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

Ruimte voor eventuele toelichting:

Zijn er voor u *onverwachte* relevante uitkomsten gekomen uit de rapportage over de monitorgegevens verzameld bij scholieren?

☐ Nee
☐ Ja

Heeft de rapportage over de monitorgegevens verzameld bij scholieren aantoonbaar geleid tot *andere keuzes in het gemeentelijk beleid*?

☐ Nee
☐ Ja

De waarde van de monitor

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen:

De inzet van monitoring heeft volgens mij geleid tot...

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens, niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
... meer eenheid van taal tussen betrokken stakeholders	☐	☐	☐	☐	☐
... meer eenheid van taal tussen verschillende beleidsmedewerkers	☐	☐	☐	☐	☐
... een makkelijker prioritering van beleidsdoelstellingen	☐	☐	☐	☐	☐
... een betere prioritering van beleidsdoelstellingen	☐	☐	☐	☐	☐
... meer betrokkenheid en draagvlak voor interventies bij stakeholders	☐	☐	☐	☐	☐
... meer betrokkenheid van scholen en jeugdigen	☐	☐	☐	☐	☐

Uw ervaringen

Hoe lang maakt u al gebruik van monitorgegevens verzameld bij scholieren om tot beleidskeuzes te komen?

Wat waren, voordat u beschikking had over de monitorgegevens verzameld bij scholieren, voor u de voornaamste informatiebronnen die u ondersteunden bij het inrichten van uw beleid?

Heeft het gebruik van monitorgegevens verzameld bij scholieren uw werkwijze als beleidsmedewerker veranderd?

- ☐ nee
☐ ja

Bent u bij de inzet van de monitor gestuit op onverwachte en onbedoelde neveneffecten?

- ☐ nee
☐ ja

Welke?

Is er iets wat u graag anders had gezien met betrekking tot de monitoring?

- ☐ nee
☐ ja

Bijlage 4 Topiclijst interviews deelnemende gemeenten

Inleiding

Hoofdvragen tijdens het gesprek:

1. In hoeverre is het IJslandse model implementeerbaar in de Nederlandse context?
2. Zijn er factoren die de implementatie belemmeren en, zo ja, welke?
3. Zijn er factoren die de implementatie bevorderen en, zo ja, welke?

Fase

Het IJslandse model kan opgedeeld worden in een aantal stappen:

1. Adoptie van het IJslandse model: besluiten om volgens het model te werken
 - a. Besluitvorming
 - b. Opstartfase
2. Monitoring: Onderzoek naar middelengebruik en risicofactoren (najaar 2018)
3. Doelen bepalen/prioritering, op basis van de onderzoeksresultaten
4. Interventieontwikkeling/beleidsvorming, om gevonden risicofactoren te veranderen
5. Implementatie/uitvoeren van interventies en/of beleid
6. Monitoring: Onderzoek naar middelengebruik, risicofactoren en effecten van interventies en/of beleid (najaar 2020)

Bevindt uw gemeente zich in de **fase van interventieontwikkeling en/of beleidsvorming** (fase 4) of in de **fase van implementatie/uitvoeren van interventies en/of beleid** (fase 5)? Kunt u dat toelichten?

Besluitvorming (periode tot beslissing om deel te nemen aan pilot)

We gaan eerst nog even terug naar het **begin van de pilot** in uw gemeente. Uw gemeente heeft op een bepaald moment **besloten** om volgens het IJslandse model te gaan werken. We zijn benieuwd naar **hoe het traject in uw gemeente verliep, tot en met dat besluit**.

1.1. **Waarom gekozen** voor inzetten op een andere aanpak op het gebied van middelengebruik bij middelbare scholieren? [eventueel doorvragen om een beter beeld te krijgen van de situatie vóór de adoptie van het IJslandse model]

1.2. Hoe is het **besluit** om te werken volgens het IJslandse model tot stand gekomen?

Was het nodig om **draagvlak** hiervoor te creëren? Bij wie? Met welke reden? En hoe is dat draagvlak gecreëerd?

Speelden **politieke overwegingen** een rol? Zo ja, welke en waarom?

Wie was de **trekker**?

Hoe zijn **andere partijen** hierbij **betrokken** geraakt? Welke partijen waren dat?

Welke stappen zijn genomen voordat dit werd besloten?

Welke informatie speelde een rol bij het besluit?

1.3. **Welke verwachtingen** over de IJslandse aanpak leefden er op dat moment binnen uw gemeente?

1.4. Waarom werd gedacht dat de **IJslandse aanpak zou passen** binnen jullie gemeente en bij jullie ervaren probleem? (*fit*)

Opstartfase (periode na de beslissing om mee te doen en voor voorbereidingen monitor)

1.5. **Wat** is er in uw gemeente gebeurd of ondernomen **tussen het besluit** om te werken volgens de IJslandse aanpak en het **voorbereiden van het onderzoek**?

[per gebeurtenis/actie]:

Was het nodig om **draagvlak** hiervoor te creëren? Bij wie? Met welke reden? En hoe is dat draagvlak gecreëerd?

Waarom is deze actie ondernomen? Wat is de link met de pilot-implementatie van het IJslandse model?

Hoe was **de situatie vóór** deze actie/gebeurtenis? Wat veranderde er door de actie/gebeurtenis? Wat zijn zichtbare gevolgen ('bewijzen') dat dit is ondernomen?

Welke **personen/partijen waren betrokken**? Wie was initiatiefnemer? Wat was de rol van deze persoon/partij? [Met name het begrijpen van de rol van de GGD en van de samenwerking met de GGD is belangrijk.]

Wat was de **rol van de gemeente** bij deze actie?

1.6. Welke **acties** waren **gepland** in deze fase, maar zijn **niet/anders uitgevoerd**? [per ondernomen actie]:

Waarom was deze actie gepland? Wat is de link met de pilot-implementatie van het IJslandse model?

Welke **personen/partijen** zouden er bij **betrokken** zijn? Wat was de rol van deze persoon/partij?

Wat zou de **rol van de gemeente** zijn bij deze actie?

Wat is de **reden** dat deze actie **niet is/anders is uitgevoerd**?

Wat had eraan kunnen bijdragen dat de actie uitgevoerd zou zijn zoals gepland?

Wat zijn volgens u de gevolgen dat deze actie niet/anders is uitgevoerd?

1.7. Speelden er **belemmeringen** tijdens de besluitvorming of opstartfase?

Zo ja, welke?

Waarom waren die factoren **belemmerend**?

Welke **middelen/ondersteuning** was **onvoldoende** beschikbaar maar zou positief bijgedragen hebben? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)

Hadden die belemmeringen in uw gemeente aangepakt/voorkomen kunnen worden?

Hoe?

1.8. Waren er factoren die de besluitvorming of de opstartfase hebben **bevorderd**?

Zo ja, welke?

Waarom waren die factoren **bevorderend**?

Hoe kwamen die bevorderende factoren tot stand? (reeds aanwezig of speciaal gecreëerd?)

Welke **middelen/ondersteuning** waren **beschikbaar** en **relevant** in deze fase? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)

Wat was al **beschikbaar** en wat is **vrijgemaakt/gecreëerd**?

Monitoringsfase (uitvoering monitor op de scholen)

2.1. Hoe werd **vóór** de implementatie van het IJslandse model omgegaan met **monitoring** in uw gemeente?

2.2. Wat was de **reden** of waren de redenen dat de **scholen meededen** aan de monitor?

2.3. [in het geval dat er **scholen** waren die **niet meededen**:]

Wat was de **reden** of waren de redenen dat deze scholen **niet meededen**?

2.4. Hoe verliep het **samenwerken** met de scholen? (denk aan: contact leggen en houden, afspraken maken en nakomen, etc.).

2.5. Was het nodig om **draagvlak** hiervoor te creëren? Bij wie? Met welke reden? En hoe is dat draagvlak gecreëerd?

2.6. Welke **personen/partijen** waren **betrokken**? Wat was de rol van deze persoon/partij? [Specifiek vragen naar de rol van de **GGD**].

2.7. In hoeverre waren volgens u elk van deze personen/partijen **gemotiveerd** om de monitor uit te voeren?

2.8. Wat was de **rol** van de **gemeente** in deze fase?

2.9. Speelden er **belemmeringen** tijdens de voorbereiding en/of de uitvoering van de monitor?

Zo ja, welke?

Waarom waren die factoren **belemmerend**?

Welke **middelen/ondersteuning** was **onvoldoende beschikbaar** maar zou positief bijgedragen hebben? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)

Hadden die **belemmeringen** in uw gemeente **aangepakt/voorkomen** kunnen worden?

Hoe?

2.10. Waren er factoren die de **voorbereiding** en/of de **uitvoering** van de monitor hebben **bevorderd**?

Zo ja, welke?

Waarom waren die factoren **bevorderend**?

Hoe kwamen die bevorderende factoren **tot stand**? (reeds aanwezig of speciaal gecreëerd?)

Welke **middelen/ondersteuning** waren **beschikbaar** en **relevant** in deze fase? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)

Wat was al beschikbaar en wat is vrijgemaakt/gecreëerd?

Fase: doelen bepalen en prioritering (op basis van onderzoeksresultaten)

De resultaten van de monitor zijn inmiddels bekend in uw gemeente. We willen het nu hebben over wat er daarna gebeurde.

3.1. Wat is er in uw gemeente **gebeurd na de ontvangst van de resultaten**?

3.2. **Met wie** zijn de resultaten **besproken**? En **hoe** gebeurde dat?

In uw gemeente heeft u een aantal **prioriteiten gesteld** op basis van de resultaten van de monitor. In de procesmonitor zien we dat jullie gekozen hebben voor de volgende prioriteiten (zie procesmonitor).

3.3. Kunt u uitleggen **hoe** uw gemeente op basis van de onderzoeksresultaten **tot deze prioritering is gekomen**?

3.4. Heeft uw gemeente **samengewerkt** om tot deze prioriteiten te komen?

En, zo ja, **met wie** en met welke **reden**?

Was het nodig om **draagvlak** hiervoor te creëren? Bij wie? Met welke reden? En hoe is dat draagvlak gecreëerd?

3.5. Hoe is in uw gemeente **omgegaan met de prioriteiten** nadat ze waren vastgesteld?

Interventieontwikkeling/beleidsvorming

3.6. In hoeverre lukt het in uw gemeente om **concrete acties** op te zetten op basis van deze prioritering?

3.7. Welke **acties** zijn er ondernomen op **domein/prioriteit [X]**? (input uit **procesmonitor** en verder **vragen** aan **gesprekspartners**, uitvragen voor ieder domein/prioriteit)

Hoe was de **situatie** op dit domein **voordat** deze **actie** werd ondernomen of **vóór** de pilot-**implementatie** van het IJslandse model?

Wie waren **betrokken** bij de **totstandkoming** van deze actie? **Waarom** waren zij betrokken?

Was het nodig om **draagvlak** hiervoor te creëren? Bij wie? Met welke reden? En hoe is dat draagvlak gecreëerd?

Wat is er met deze partijen **afgesproken**?

Wat was de **rol** van de **gemeente** in deze fase?

3.8. Speelden er **belemmeringen** bij deze actie?

- Zo ja, welke?
- **Waarom** waren die factoren **belemmerend**?
- **Welke middelen/ondersteuning** was **onvoldoende** beschikbaar maar zou positief bijgedragen hebben? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)
- Hadden die belemmeringen in uw gemeente aangepakt/**voorkomen** kunnen worden? Hoe?

3.9. Waren er factoren die deze actie hebben **bevorderd**?

Zo ja, welke?

Waarom waren die factoren **bevorderend**?

Hoe kwamen die bevorderende factoren **tot stand**? (reeds aanwezig of speciaal gecreëerd?)

Welke **middelen/ondersteuning** waren **beschikbaar** en **relevant** in deze fase? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)

Wat was al beschikbaar en wat is vrijgemaakt/gecreëerd?

Welke middelen/ondersteuning waren beschikbaar en relevant? (kennis en kunde, organisaties, mens en materiaal)

- 3.10. We zien dat [X] een prioriteit is in uw gemeente. **Er lijken nog geen acties** te zijn ingezet die aansluiten bij deze prioriteit. Kunt u uitleggen **waarom** dat zo is? (Uit **procesmonitor** halen)

Ondersteuning door Trimbos, NJi en ICSRA

Het **Trimbos**, **NJi** en het **ICSRA** hebben uw gemeente op verschillende manieren trachten te **ondersteunen** bij de pilot-implementatie.

[per onderstaande activiteit]:

- 4.1. In hoeverre heeft de **activiteit** volgens u **bijgedragen** aan de pilot-**implementatie** in uw gemeente?

- 4.2. Wat heeft deze activiteit volgens u **opgeleverd** of bereikt?

Studiereis

Inspiratiesessies

Ad-hoc advisering

Intervisie-bijeenkomsten

Begeleiding lokale werksessie

<https://ijsland.nji-devsite.nl> (procesmonitor)

1 sociaal domein

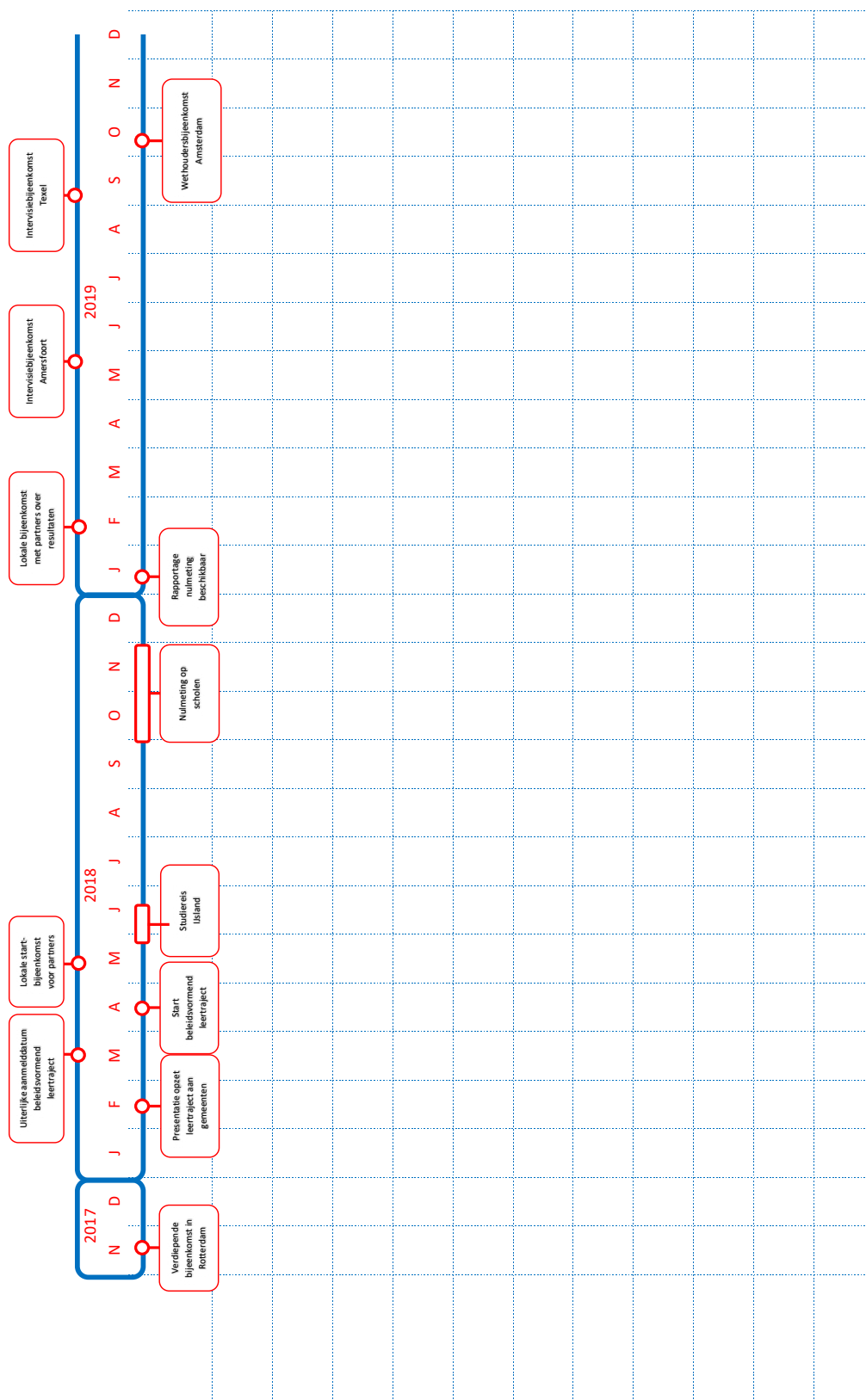
Analyse, rapportage en aanbevelingen door het IJslandse onderzoeksteam

Bezoek van team IJsland aan de gemeenten voor het bespreken van de resultaten en wethouderbijeenkomst

Afsluiting

5. Zou u het **werken** volgens het **IJslandse model** aan andere gemeenten **aanbevelen**?
Waarom wel/waarom niet?
6. Zijn er nog zaken die u wilt melden over de pilot-implementatie en die nog niet aan bod zijn gekomen in het interview? (**Overige opmerkingen?**)

Bijlage 5 Tijdlijn interviews deelnemende gemeenten



Bijlage 6 Topiclijst interviews deelnemende scholen

Monitor

Besluit om mee te doen

Wat maakte dat uw school ervoor koos om **mee te werken aan de monitor**?

Welke informatie was hierbij belangrijk?

Welke **verwachtingen** leefden er over de monitor?

Gebruikte uw school **voorheen data/rapportages** over jongeren? Op welke manier? Welke partijen waren hierbij betrokken?

Was van tevoren duidelijk wat de school kon verwachten? (Rapport, bespreken resultaten, vervolgacties met gemeente, etc.)

Was het een **moeilijk besluit**? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

- ☐ Speelden er belemmeringen bij het besluit om mee te werken aan de monitor? Zo ja, welke? Waarom waren die factoren belemmerend? (tijdgebrek, doen al mee met monitor GGD, etc.)
- ☐ Hadden die belemmeringen aangepakt/voorkomen kunnen worden? Hoe?
- ☐ Waren er factoren die het besluit hebben bevorderd? Zo ja, welke? Waarom bevorderend?

Wie hebben het besluit genomen? Wie zijn er betrokken geweest bij het besluit?

Voorbereiding en uitvoering

Hoe hebben jullie de voorbereiding en de uitvoering van de monitor **ervaren**?

Moesten jullie meer doen dan verwacht? (Tijd, proces, afspraken, ...)

Wat was de **rol van de school** in de voorbereiding en uitvoering van de monitor? En van de gemeente? Was dit van tevoren duidelijk?

Waren er nog andere **partijen** betrokken bij de monitor? Zoals de GGD? Wat was hun rol bij de voorbereiding en uitvoering?

Hoe verliep het **samenwerken met de gemeente** tijdens de voorbereiding en uitvoering van de monitor? (denk aan: contact leggen en houden, afspraken maken en nakomen, etc.).

Welke **middelen en ondersteuning** (mens en materiaal) waren beschikbaar in de voorbereiding (intern/extern)? Waren deze relevant?

Speelden er **belemmeringen** bij de voorbereiding en de uitvoering van de monitor? Zo ja, welke? Waarom waren die factoren belemmerend?

Hadden die belemmeringen aangepakt/voorkomen kunnen worden? Hoe?

Waren er factoren die de voorbereiding en de uitvoering van de monitor hebben **bevorderd**? Zo ja, welke? Waarom waren die factoren bevorderend?

Hoe **ervoeren leerlingen de vragenlijst**? (Lengte, niveau, type vragen)

Hoe gingen ze om met de vragenlijst (met de gevoelige thema's en de lengte)?

Zou u iets willen **veranderen aan het proces** van voorbereiding en uitvoering/de vragenlijst zelf bij een volgende monitoringsronde?

Bespreken uitkomsten monitor

Zijn de **uitkomsten** van de monitor **besproken** met de school? Op welke manier? Hoe is dit ervaren?

Wat heeft het bespreken van de uitkomsten uw school **opgeleverd**?

Kwamen er onverwachte, relevante uitkomsten uit de monitor naar voren?

Bent u **tevreden** met de **rapportage**?

Wat is er **veranderd** in uw **werkwijze/houding** ten opzichte van de situatie voor het IJslandse model wat betreft **monitoring** en het gebruiken van data?

Rol van de school in de implementatie

Wat is in jullie ogen **de rol van de school** rond **middelengebruik** en **welbevinden** van leerlingen?

Zijn er naar aanleiding van deze monitor **nieuwe initiatieven** opgezet op deze school (die zonder deze monitor niet gebeurd waren)?

Is uw school **betrokken** bij het **uitdenken** en **uitvoeren** van **vervolgacties** naar aanleiding van de resultaten uit de monitor? Op welke manier?

Wat is de **rolverdeling** tussen uw school, de gemeente en andere lokale partners in het uitdenken en uitvoeren van vervolgacties?

Hoe verloopt de **samenwerking** bij het uitdenken en uitvoeren van acties tussen de school, de gemeente en andere lokale partners?

Is de school betrokken bij acties rondom **ouderbetrokkenheid**? Op welke manier? **Vrijtijdsbesteding**? Op welke manier? **Bij een gezonde leeromgeving/het werken aan het welbevinden van de leerlingen**? Op welke manier?

Gebeurde er al iets op deze thema's, vóór het traject met het IJslandse preventiemodel?

Zijn er factoren die het uitdenken en uitvoeren van vervolgacties **bevorderen**? Welke en op welke manier? (Financiële middelen, personen, draagvlak bij bepaalde organisaties/personen)

Zijn er factoren die het uitdenken en uitvoeren van vervolgacties **belemmeren**? Zo ja, welke en op welke manier?

Belastbaarheid en haalbaarheid voor de school

Als onderwijspersoon: welk **cijfer** zou u het traject tot nu toe geven? Waarom?

Staan de **inspanningen in verhouding tot de opbrengsten**?

Heeft de **school/personeel voldoende tijd** voor deelname aan het IJslandse preventiemodel?

- ☐ Waren er voldoende mensen en middelen beschikbaar voor de monitor?
- ☐ Was het tijdsbestek waarin de monitor moest worden voorbereid en uitgevoerd haalbaar?
- ☐ Stond de hoeveelheid moeite die het kostte om de monitor voor te bereiden en uit te voeren in verhouding tot de informatie die de monitor uw school heeft opgeleverd?
- ☐ Zijn er voldoende mensen en middelen beschikbaar op uw school voor het leveren van een bijdrage aan vervolgacties?

Samenwerking met de gemeente

Hoe verloopt de **samenwerking** met de **gemeente** in het algemeen?

Hoe verloopt de samenwerking met de gemeente tijdens dit traject? Is dit veranderd gedurende het traject?

Hoe is de samenwerking rondom het IJslandse preventiemodel met de gemeente tot stand gekomen?

Op welk moment is uw school betrokken bij het traject?

Werkten de school en de gemeente al samen voor aanvang van het traject? Op welke thema's?

Zijn er factoren die de samenwerking (algemeen/IJsland) met de gemeente **belemmeren**? Zo ja, welke en waarom?

Zijn er factoren die de samenwerking (algemeen/IJsland) met de gemeente **bevorderen**? Zo ja, welke en waarom?

Afronding

Zou u het werken volgens het IJslandse model aan andere scholen **aanbevelen**? Waarom wel/ waarom niet?

Zijn er nog zaken die u wilt melden over de pilot-implementatie en die nog niet aan bod zijn gekomen in het interview?

Bijlage 7 Lijst van onderwerpen en aanwezigheid in vragenlijsten en rapporten

		in vragenlijst GGD GHOR?	in vragenlijst IJsland?	in rapport GGD GHOR?	in rapport IJsland?
introductie en slot					
	introductie	Ja	Ja		
	slot	Ja	Nee		
basisvragen					
	invulmanier	Ja	Nee	Nee	Nee
	geslacht	Ja	Ja	Nee	Nee
	leeftijd	Ja	Ja	Nee	Nee
	wijk	Ja	Ja	Nee	Nee
gezin					
	woonsituatie	Ja	Ja	Nee	Nee
	opleiding/werk ouders	Nee	Ja	Nee	Nee
	etnische achtergrond	Nee	Ja	Nee	Nee
	taal thuis	Nee	Ja	Nee	Nee
	inkomenssituatie gezin	Ja	Ja	Nee	Nee
	steun ouders	Nee	Ja	Nee	Ja
	betrokkenheid ouders	Nee	Ja	Nee	Ja
	ouderlijk toezicht	Nee	Ja	Nee	Ja
	betrokkenheid ouders met buurt	Nee	Ja	Nee	Nee
	veiligheidsgevoel	Nee	Ja	Nee	Ja
	plek alcoholgebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
	verwachte reacties ouders	Nee	Ja	Nee	Ja

		in vragenlijst GGD GHOR?	in vragenlijst IJsland?	in rapport GGD GHOR?	in rapport IJsland?
school					
	school/klas	Ja	Ja	Nee	Nee
	schoolwijziging	Nee	Ja	Nee	Nee
	schoolprestaties	Nee	Ja	Nee	Nee
	schoolverzuim	Nee	Ja	Nee	Ja
	schoolmotivatie	Nee	Ja	Nee	Ja
	veiligheidsgevoel	Nee	Ja	Nee	Ja
leeftijdgenoten					
	steun leeftijdgenoten	Nee	Ja	Nee	Nee
	groepsdruk/weerbaarheid	Ja	Ja	Ja	Ja
	pesten / gepest worden	Ja	Ja	Ja	Nee
	cyberpesten	Ja	Ja	Ja	Nee
	sexting	Ja	Ja	Nee	Nee
	aantrekkelijkheid	Nee	Ja	Nee	Nee
	middelengebruik vrienden	Nee	Ja	Nee	Ja
	crimineel gedrag vrienden	Nee	Ja	Nee	Nee
	suïcidaliteit in omgeving	Nee	Ja	Nee	Nee
vrije tijd					
	uitgaansgedrag	Nee	Ja	Nee	Ja
	culturele vrijetijdsactiviteiten	Nee	Ja	Nee	Nee
	sporten en bewegen	Ja	Ja	Ja	Ja
	schermtijd/social media/gaming	Ja	Ja	Nee	Ja
	plek alcoholgebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
omgeving					
	waardering wijk	Nee	Ja	Nee	Ja
	verhuisd	Nee	Ja	Nee	Nee
	betrokkenheid burens	Nee	Ja	Nee	Nee
	veiligheidsgevoel	Nee	Ja	Nee	Ja
	plek alcoholgebruik	Nee	Ja	Nee	Ja

		in vragenlijst GGD GHOR?	in vragenlijst IJsland?	in rapport GGD GHOR?	in rapport IJsland?
middelengebruik					
	non-alcoholisch drankgebruik	Ja	Ja	Nee	Nee
	alcoholgebruik	Ja	Ja	Nee	Ja
	dronkenschap	Ja	Ja	Nee	Ja
	roken in omgeving	Nee	Ja	Nee	Nee
	roken	Ja	Ja	Ja	Ja
	drugsgebruik	Ja	Ja	Ja	Ja
	leeftijd eerste middelengebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
gedrag en gezondheid					
	psychosociale gezondheid	Ja	Nee	Ja	Nee
	inschatting psychische gezondheid	Nee	Ja	Nee	Ja
	psychosomatische klachten	Nee	Ja	Nee	Ja
	slaap	Nee	Ja	Nee	Ja
	ervaren gezondheid	Ja	Ja	Ja	Ja
	tevredenheid met lichaam	Nee	Ja	Nee	Nee
	zelfwaardering	Nee	Ja	Nee	Nee
	gedachten en gevoelens	Nee	Ja	Nee	Nee
	boosheid	Nee	Ja	Nee	Ja
	suïcidaliteit	Nee	Ja	Nee	Nee
	zelfbeschadiging	Nee	Ja	Nee	Nee
	medicatiegebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
	seksueel gedrag	Ja	Nee	Ja	Nee
	geluk	Ja	Ja	Nee	Nee
	stress	Ja	Nee	Nee	Nee
	life events	Ja	Ja	Nee	Nee
	seksueel misbruik	Nee	Ja	Nee	Nee
	crimineel gedrag	Nee	Ja	Nee	Nee
	geweld	Nee	Ja	Nee	Nee
	pesten / gepest worden	Ja	Ja	Ja	Nee
	cyberpesten	Ja	Ja	Ja	Nee
	sexting	Ja	Ja	Nee	Nee
	aantrekkelijkheid	Nee	Ja	Nee	Nee
	geloof	Nee	Ja	Nee	Nee
	houden aan regels	Nee	Ja	Nee	Nee

