

Middelenpreventie en-beleid in de residentiële jeugdzorg (RJZ)

Resultaten van het EXPLORE onderzoek 2019

Juli 2021



Colofon

Projectleiding

Karin Monshouwer

Auteurs

Marjan Möhle, Nadine van Gelder

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00

© 2021, 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.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding.....	10
1.1 Achtergrond	10
1.2 Leeswijzer.....	11
2. Methode.....	12
2.1 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	12
2.2 Achtergrond doelgroep.....	12
2.3 Onderzoeksvragen	13
2.4 Onderzoeksmethoden	14
2.4.1 Gestructureerde online vragenlijst voor medewerkers	14
2.4.2 Semigestructureerde vragenlijst voor telefonische interviews met medewerkers	14
2.4.3 Topiclijst focusgroep jongeren	15
2.4.4 Samenvatting vertaling onderzoeksvragen naar onderzoeksmethoden.....	15
2.5 Werving en respons.....	17
2.5.1 Werving en respons instellingen.....	17
2.5.2 Werving en respons deelnemers online vragenlijst.....	17
2.5.3 Werving en respons deelnemers telefonische interviews met medewerkers ...	20
2.5.4 Werving en respons deelnemers focusgroep	21
2.6 Dataverzameling en analyse	21
2.6.1 Dataverzameling en analyse online vragenlijst	21
2.6.2 Dataverzameling en analyse telefonische interviews met medewerkers.....	22
2.6.3 Dataverzameling en analyse focusgroep.....	22
3. Resultaten online vragenlijst onder medewerkers	23
Samenvatting	23
3.1 Inschatting middelengebruik jongeren door respondenten.....	23
3.2 Middelenbeleid.....	26
3.2.1 Vormen van formeel middelenbeleid	26
3.2.2 Leeftijdsspecifiek beleid	28
3.2.3 Beleid gericht op ontmoediging	28
3.2.4 Beleidsprotocol signaleren en bespreekbaar maken middelengebruik.....	30
3.2.5 Navolging formeel beleid	32
3.2.6 Ongeschreven regels.....	33
3.2.7 Welke regels zijn van toepassing.....	33
3.3 Attitude ten aanzien van middelenbeleid en -preventie	36

3.4 Bekendheid en inzet instrumenten en interventies	38
3.4.1 Werkzaamheid controlemaatregelen	40
3.4.2 Opmerkingen bij andere interventies	41
3.5 Momenten waarop middelengebruik besproken wordt.....	43
3.6 Attitude van medewerkers ten aanzien van middelengebruik	46
3.7 Persoonlijke visie medewerkers op middelengebruik jongeren.....	48
3.8 Succesfactoren, knelpunten en behoeften	49
3.8.1 Succesfactoren bij tegengaan (problematisch) middelengebruik	49
3.8.2 Knelpunten bij tegengaan (problematisch) middelengebruik.....	50
3.8.3 Behoeften bij het tegengaan (problematisch) middelengebruik	51
3.9 Invloed directe omgeving	52
4. Resultaten interviews medewerkers	54
Samenvatting	54
4.1 Inhoud middelenbeleid.....	54
4.2 Implementatie middelenbeleid	56
4.2.1 Beleid ten aanzien van alcohol.....	57
4.2.1 Beleid ten aanzien van roken.....	57
4.3 Inschatting middelengebruik.....	58
4.4 Middelenpreventie	58
4.5 Ervaringen met interventies.....	59
4.6 Attitudes van medewerkers ten aanzien middelenbeleid en middelengebruik.....	60
4.7 Scholing van medewerkers	62
4.8 Samenwerking met instelling voor verslavingszorg.....	63
5. Resultaten focusgroep jongeren.....	65
Samenvatting	65
5.1 Middelenbeleid.....	65
5.2 Voorkomen (problematisch) gebruik	65
6. Literatuur effectieve middelenpreventie residentiële jeugdzorg	67
6.1 Risicofactoren voor (problematisch) middelengebruik	67
6.2 Onderzoek naar effectiviteit middelenpreventie in de residentiële jeugdzorg	68
6.3 Aanvulling vanuit recente literatuur	70
7. Beantwoording onderzoeksvragen.....	73
7.1 Hoe ziet het beleid ten aanzien van middelengebruik eruit bij organisaties in de residentiële jeugdzorg?	73
7.2 Welke interventies en programma's worden er ingezet ten aanzien van universele, selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik en problematisch middelengebruik?	75

7.3 Welke attitude hebben professionals binnen deze settings ten aanzien van middelengebruik?	76
7.4 Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen deze settings?	76
7.5 Wat werkt wel en wat niet bij interventies gericht op het voorkomen van middelengebruik en problematisch middelengebruik wat betreft vorm en inhoud?	77
8. Conclusies en aanbevelingen	79
8.1 Conclusies	79
8.2 Aanbevelingen	79
Aanbevelingen voor landelijk beleid	79
Aanbevelingen op instellingsniveau	81
Referenties	82
Bijlage 1 Online vragenlijst	86
Bijlage 2 Vragenlijsten interviews	97
Bijlage 2a Vragenlijst management/directie	97
Bijlage 2b Vragenlijst behandelaren/gedragwetenschappers	97
Bijlage 2c Vragenlijst groepsworkers/pedagogisch medewerkers	98
Bijlage 2d Codeerschema interviews en focusgroepen	99
Bijlage 3 Topiclijst focusgroep	101

Samenvatting

Onderzoeksopzet

EXPLORE is een onderzoek naar de prevalentie van middelengebruik en naar middelenpreventie- en beleid in het praktijkonderwijs, het speciaal onderwijs (cluster 3 en 4), in de residentiële jeugdzorginstellingen (RJZ) en in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI).

Dit achtergrondrapport beschrijft de uitkomsten van een inventarisatieonderzoek naar middelenpreventie en -beleid onder medewerkers in de RJZ. De onderzoeksvragen waren:

1. Hoe ziet het beleid ten aanzien van middelengebruik eruit bij organisaties in residentiële jeugdzorg?
2. Welke interventies en programma's worden er ingezet ten aanzien van universele, selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik en problematisch middelengebruik?
3. Welke attitude hebben professionals binnen deze settings ten aanzien van middelengebruik?
4. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen deze settings?
5. Wat werkt wel en wat niet bij interventies gericht op het voorkomen van middelengebruik en problematisch middelengebruik wat betreft vorm en inhoud?

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een online vragenlijst onder medewerkers van 21 instellingen voor residentiële jeugdzorg (n=173), interviews met medewerkers van vier instellingen voor residentiële jeugdzorg (n=11), een focusgroep met jongeren die verblijven in een instellingen voor residentiële jeugdzorg (n=4) en literatuuronderzoek.

Inschatting middelengebruik jongeren

De medewerkers van de instellingen voor residentiële jeugdzorg herkennen in hun werk vooral het gebruik van alcohol, tabak en cannabis door jongeren. Hierbij scoorde (op een schaal van 1 tot 7 waarbij 1 betekent 'geen enkele jongere' en 7 betekent 'alle jongeren') tabak het hoogst (4,6 tijdens verlof en 4,4 tijdens aanwezigheid op de voorziening), daarna alcohol (4,2 tijdens verlof en 2,2 tijdens aanwezigheid op voorziening) en vervolgens cannabis (3,6 tijdens verlof 2,7 tijdens aanwezigheid op de voorziening). Van de overige middelen scoorden stimulerende middelen, lachgas, XTC/MDMA en combinatiegebruik het hoogst tijdens het verlof, al gaat het dan nog steeds om een minderheid van de jongeren, al gaven veel respondenten aan dit niet in te kunnen schatten.

In de interviews bleek dat de inschattingen van de omvang van het middelengebruik door jongeren sterk verschilden per geïnterviewde.

Beleid ten aanzien van middelengebruik bij organisaties in de residentiële jeugdzorg

Volgens de meeste respondenten heeft de organisatie waar zij werken formeel middelenbeleid, vaak bestaande uit rookbeleid, Alcohol, Drugs- en Medicijnbeleid voor medewerkers en een beleidsprotocol ten aanzien van regels en eventuele sancties omtrent bezit en gebruik van middelen door jongeren.

Ruim de helft van de respondenten geeft aan dat er in het middelenbeleid rekening gehouden wordt met leeftijd. De meest genoemde onderscheidende leeftijd is 18 jaar bij alcohol en roken, bij roken soms ook 16 jaar indien ouders toestemming geven.

Middelengebruik wordt vaak actief ontmoedigd, meestal via gespreksvoering, al dan niet in samenwerking met een instelling voor verslavingszorg (IVZ). Ook het opnemen van doelen omtrent middelengebruik in behandelplannen, voorlichting of training voor de jongeren en het hanteren van regels worden genoemd.

Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat er binnen hun voorziening een beleidsprotocol is met afspraken over het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren. In de interviews wordt aangegeven dat het middelenbeleid vaak verouderd is, en dat een dergelijk protocol vaak omvangrijk en bewerkelijk is. Het gevoel alles zelf uit te moeten zoeken, te weinig landelijke sturing en urgentie van andere problematiek bij de jongeren dragen bij aan een aanpak die vaak ad-hoc blijft. Ook ligt de focus vaak op beheersing hetgeen volgens de geïnterviewden te weinig helpend is voor de jongeren.

Iets meer dan de helft van de groepsleiders/pedagogisch medewerkers geeft aan dat het formele beleid over het algemeen goed wordt nageleefd, bij andere functiegroepen (behandelaren/gedragswetenschappers en directie/management) ligt dit aandeel lager. Uitdagingen zijn onder meer omstandigheden waarin weinig of geen (toe)zicht is en verschil in beleid voor minder- en meerderjarigen. Ook veranderingen in de organisatie en/of verloop van personeel zorgen voor belemmeringen. Ook verschilt de naleving van beleid of normen omtrent middelengebruik vaak per locatie, groep of setting, met name wanneer het beleid ruimte laat voor interpretatie. Bij het naleven van beleid denkt men vaak aan de gevolgen of sancties wanneer middelengebruik opgemerkt wordt. Consequentie is dan vaak een gesprek met een hulpverlener of met een preventiewerker van de IVZ.

Een veelvoorkomende regel is een verbod voor jongeren om te blowen of alcohol of andere drugs te gebruiken binnen de voorziening. Voor roken zijn er vaak wel regels voor jongeren en medewerkers met betrekking tot de plekken waar je mag roken, maar is er verder geen preventiebeleid.

Bezit van alcohol is ook vaak verboden voor 18-minners, al is gebruik voor hen niet altijd strikt verboden. Dit hangt ook samen met het beperkte toezicht en verschillen in omgang met alcohol door bijvoorbeeld ouders en externe samenwerkingspartners.

Binnen het primair proces wordt middelengebruik vooral besproken tijdens de intake en speciale voorlichtingsbijeenkomsten voor jongeren. Daarbuiten gebeurt dit veelal alleen bij vermoedens van (problematisch) gebruik.

Een meerderheid van de respondenten ziet het als hun verantwoordelijkheid om (vermoedens van) middelengebruik te bespreken met jongeren en collega's. Respondenten geven ook aan te ervaren dat collega's dit in de meeste gevallen doen.

Bekendheid en inzet van instrumenten en interventies voor middelenpreventie

Met name kamercontroles, urinecontroles en Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) blijken bekend te zijn en intern ingezet te worden. Ook diagnostiek

afhankelijkheidsstoornis en KOPP/KOV-interventies zijn bekend en worden extern ingezet. De meeste andere interventies blijken onbekend te zijn en/of worden niet ingezet.

De kamer- en urinecontroles geven jongeren volgens de respondenten een veiliger gevoel en het signaal dat middelengebruik en -bezit niet toegestaan is. Ook wordt aangegeven dat dergelijke controles een aanleiding kunnen zijn voor een ('onderbouwd') gesprek. Andere respondenten benoemen dat de controles het gesprek juist bemoeilijken omdat jongeren meer gesloten worden over gebruik en zullen proberen het gebruik nog meer te verstoppen wegens gebrek aan een gevoel van vertrouwen.

Van de instrumenten voor het signaleren van middelengebruik wordt volgens bijna de helft van de respondenten nader onderzoek naar samenhang met psychische en gedragsproblemen en nader onderzoek naar risicofactoren van problematisch gebruik regelmatig (maar niet standaard) ingezet.

Uit de interviews bleek dat er volgens respondenten weinig bekend dan wel voorhanden is aan effectieve interventies. Gebrek aan kennis, tijd en/of affiniteit met het onderwerp spelen hierbij een rol.

Attitude van medewerkers ten aanzien van middelengebruik

Medewerkers ervaren middelengebruik door jongeren over het algemeen als problematisch, met name vanwege het risico op afhankelijkheid of verslaving en het feit dat het gaat om kwetsbare jongeren. Ook hebben respondenten het idee dat middelengebruik toeneemt onder deze groep en dat er een risico is op onderlinge beïnvloeding tot (meer) gebruik. Respondenten hebben begrip voor middelengebruik als copingmechanisme gezien de situatie van de jongeren, en vinden dat er in de aanpak focus moet zijn op preventie en het aanleren van alternatieve copingstrategieën. Persoonlijke attitudes van de medewerkers ten aanzien van (omgaan met) middelengebruik lopen uiteen en hebben soms invloed op de manier waarop zij hier op het werk mee omgaan. Beleid kan volgens de respondenten bijdragen aan minder discussie en meer eenduidigheid.

Belemmerende en bevorderende factoren voor middelenpreventie en -beleid

Veelvuldig genoemde succesfactoren wat betreft het tegengaan van (problematisch) middelengebruik zijn bespreekbaarheid, deskundigheid, duidelijkheid, openheid, samenwerking en voorlichting (voor zowel medewerkers als jongeren).

Ervaren knelpunten zijn een taboesfeer/geslotenheid rond het bespreken van middelengebruik, een (fysiek) open setting/weinig toezicht, onderlinge beïnvloeding onder jongeren, gebrek aan motivatie bij jongeren, gebrek aan expertise, en gebrek aan duidelijkheid in het beleid.

Om de knelpunten op te lossen is er behoefte aan: beleidsontwikkeling (eenduidiger beleid), deskundigheidsbevordering (kennis middelengebruik en gesprekstechnieken), inzet van interventies (screening, preventie en aanpak middelengebruik) en samenwerking (met IVZ en tussen jeugdzorginstellingen onderling).

In de interviews is nader ingegaan op de behoefte aan deskundigheidsbevordering. Dit betrof psycho-educatie over middelengebruik, vaardigheden met betrekking tot voorlichting en (motiverende) gespreksvoering, opvoedingsondersteuning en het reageren op gebruik zonder te bestraffen. Meer specifiek is er behoefte aan kennis en vaardigheden over hoe op groepsniveau in te spelen op de onderlinge beïnvloeding en hoe om te gaan met ouders die zelf gebruiken en/of gebruik door hun kind toestaan.

Wat werkt wel en wat niet bij interventies

Op basis van hun ervaringen met de bij hen bekende interventies geven respondenten aan dat bij diagnostiek afhankelijkheidsstoornis met name de samenwerking met IVZ en het verschil in werkwijze een aandachtspunt is. MDFT wordt als effectief gezien vanwege het systeemgericht werken maar motivatie van deelnemers is een aandachtspunt. Met betrekking tot KOPP/KOV wordt een speciaal aanbod waar jongeren ervaringen kunnen delen als positief gezien maar zijn er ook vaak wachttijden voordat er een groep gestart kan worden. Bij Moti-4 wordt de openheid als sterk punt gezien, maar is tegelijkertijd de vrijblijvendheid en terugkoppeling vanuit IVZ een aandachtspunt volgens de respondenten.

Een speciaal aandachtspunt in de samenwerking met verslavingszorg in het algemeen is dat in de visie van IVZ jongeren gemotiveerd moeten zijn alvorens zij in behandeling kunnen en dat het bij de jeugdzorginstellingen aan kennis en vaardigheden schort om die motivatie te bevorderen. Ook wordt vanuit de jeugdzorg soms betwijfeld of de bestaande intrinsieke motivatie een voorwaarde zou moeten zijn. Er is behoefte aan meer concrete werkafspraken en structureel contact met de IVZ met betrekking tot de verantwoordelijkheden over en weer. Op managementniveau worden korte lijnen en vaste contactpersonen als afdoende gezien en lijkt een formele overeenkomst met afspraken niet nodig.

Uit de literatuur is relatief weinig bekend over de effectiviteit van middelenbeleid in de residentiële jeugdzorg. De Richtlijn Middelengebruik in Jeugdhulp en Jeugdbescherming legt in haar aanbevelingen de nadruk op voorbeeldgedrag (niet roken in nabijheid van jongeren en/of hun ouders), bewustwording van eigen visie, middelengebruik niet gedogen of negeren, geen behandeling weigeren wegens middelengebruik en in specifieke gevallen doorverwijzen naar verslavingszorg. In een aantal meer recente artikelen worden de volgende succesfactoren benoemd:

- inzicht in motieven voor gebruik bij LVB-doelgroep toepassen in interventies;
- assertive continuing care (ACC, outreachende nazorg) en contingency management (CM, beloningssysteem) zijn afzonderlijk wel effectief maar in combinatie niet;
- bij de intake vastgestelde kwaliteiten van cliënten kunnen gebruikt worden bij zoeken naar zinvolle vrijetijdsbesteding na het stoppen met middelengebruik;
- continuïteit van zorg rondom verslavingsklinieken draagt bij aan minder heropnames;
- tabaksontmoediging gedurende het behandelen van een stoornis in het gebruik van alcohol of drugs wordt aanbevolen.

Aanbevelingen

Op basis van bovengenoemde conclusies in combinatie met de kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek naar gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg worden de volgende zes aanbevelingen gedaan op landelijk niveau en op instellingsniveau.

Aanbevelingen voor landelijk beleid:

1. Vergroot de landelijke bekendheid en het gebruik van de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming.
2. Ontwikkel concrete voorbeelden van de mogelijke samenwerking met de instelling voor verslavingszorg (IVZ).
3. Ontwikkel meer kennis over het beïnvloeden van middelengebruik in een leefgroep.
4. Investeer verder in de aanpak van middelengebruik binnen de jeugdzorg.

Aanbevelingen op instellingsniveau:

5. Zorg voor een integraal middelenbeleid met aandacht voor preventie op verschillende niveaus.
6. Besteed meer aandacht aan alcohol- en tabaksontmoediging.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Over het algemeen heeft het gebruik van tabak, alcohol en drugs onder de Nederlandse jeugd zich de afgelopen 10 jaar gunstig ontwikkeld: minder jongeren gaan (op jonge leeftijd) drinken, roken of drugs gebruiken. Vroeg en problematisch gebruik lijkt zich voornamelijk te concentreren in enkele kwetsbare groepen. Jongeren met psychische en/of gedragsproblemen lijken een extra kwetsbare groep voor vroeg en riskant middelengebruik en het later ontwikkelen van verslavingsproblematiek (Kepper, Van den Eijnden, Monshouwer & Vollebergh, 2014; Vermeulen-Smit, Kepper & Monshouwer, 2014).

Hoe het (problematisch) middelengebruik zich het afgelopen decennium in deze groepen heeft ontwikkeld is echter niet bekend, omdat het ontbreekt aan actuele cijfers (Nationale Drugs Monitor, 2017). Landelijk onderzoek hiernaar is voor het laatst in 2008 en 2009 uitgevoerd door het Trimbos-instituut onder de naam EXPLORE. Wel zijn er meer recent kleinere onderzoeken gedaan. Volgens een onderzoek in de Amsterdamse jeugdzorg lag het percentage laatste-maand-blowers in 2012 op 29% (Benschop et al., 2013). In de vier Nederlandse Jeugdzorgplusvoorzieningen varieerde het middelengebruik in de periode 2012-2015 tussen de 40% tot 50% bij instroom en tussen de 28% tot 40% bij uitstroom (Hammink e.a., 2016). Schattingen over (problematisch) middelengebruik onder mensen met LVB lopen uiteen maar volgens stafleden van LVB-instellingen is zo'n 4% van hun cliënten problematisch alcoholgebruiker en is bij ongeveer 5% het cannabisgebruik problematisch (Van der Nagel et al., 2016).

Het gebrek aan cijfers en inzichten wat betreft middelengebruik onder deze kwetsbare groepen is een gemis aangezien dit naar verwachting de groepen zijn waar de grootste winst te behalen valt als het gaat om het terugdringen van met name problematisch middelengebruik onder jongeren. Daarnaast is er momenteel weinig zicht op de implementatie van interventies en het beleid ten aanzien van middelengebruik in het VSO (Cluster-3 en Cluster-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ), en justitiële jeugdinrichtingen (JJI's).

Het huidige onderzoek, EXPLORE 2019, levert nieuwe landelijk representatieve cijfers over het gebruik van genotmiddelen onder leerlingen in het praktijk en speciaal onderwijs (cluster 3 en 4) en jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI's). EXPLORE 2019 geeft ook inzicht in het actuele beleid en het aanbod aan interventies/programma's met betrekking tot middelengebruik in deze settings. Door dit aanbod te vergelijken met wat er uit de literatuur bekend is over effectieve middelenpreventie kunnen aanbevelingen gedaan worden om de implementatie van effectieve (elementen van) interventies/programma's te bevorderen. De bevindingen uit dit onderzoek kunnen beleidsmakers, onderzoekers en gezondheids-, en zorgprofessionals ondersteunen in hun werk.

In 2020 zijn drie EXPLORE-rapportages verschenen over de manier waarop in het praktijkonderwijs en cluster 4-scholen omgegaan wordt met middelengebruik en de knelpunten en behoeften die daarbij worden ervaren (Rombouts, Scheffers-van Schayck, Van Dorsselaer, Kleinjan, Onrust & Monshouwer, 2020; Visser et al., 2020; Rombouts et

al., 2020) en naar de prevalentie van middelengebruik onder jongeren met een licht verstandelijke beperking op cluster 3-scholen (Rombouts et al., 2020).

Deze achtergrondrapportage beschrijft de uitkomsten van een inventarisatieonderzoek naar middelenpreventie en middelenbeleid in de RJZ. Parallel aan dit achtergrondrapport verschijnt ook de samenvattende rapportage 'Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg. Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek' (Möhle, van Gelder, Rombouts, Scheffers-van Schayck en Monshouwer, 2020).

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethoden met daarin doelstelling en onderzoeksvragen en een toelichting van de werkwijze bij de werving, dataverzameling en analyse. Vervolgens worden de resultaten van de online vragenlijst onder medewerkers (hoofdstuk 3), de interviews met medewerkers (hoofdstuk 4) en de focusgroep met jongeren beschreven. Elk van deze hoofdstukken begint met een korte samenvatting. Hoofdstuk 6 geeft een samenvatting van de uitkomsten van een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van middelenpreventie en -beleid in de residentiële jeugdzorg. In hoofdstuk 7 worden op basis van de beschreven resultaten de onderzoeksvragen beantwoord. Hoofdstuk 8 bevat ten slotte de conclusies en aanbevelingen. Deze aanbevelingen komen overeen met de aanbevelingen uit de samenvattende rapportage 'Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg. Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek' (Möhle, van Gelder, Rombouts, Scheffers-van Schayck en Monshouwer, 2020).

2. Methode

2.1 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het inventarisatieonderzoek van EXPLORE 2019 binnen de residentiële jeugdzorg, beschreven in deze rapportage, richt zich op:

1. Het systematisch in kaart brengen van de implementatie van middelenpreventie en -beleid en het aanbod/de inzet van interventies/programma's in de residentiële jeugdzorg;
2. Toetsing van het aanbod aan interventies/programma's aan hetgeen dat in de wetenschappelijke literatuur bekend is over effectieve (elementen van) interventies voor de doelgroep.

2.2 Achtergrond doelgroep

Dit achtergrondrapport richt zich op middelenpreventie- en middelenbeleid in de residentiële jeugdzorg. Met residentiële jeugdzorg wordt in dit rapport residentiële jeugdhulp bedoeld waarbij kinderen en jongeren, vrijwillig of gedwongen, dag en nacht buiten hun eigen omgeving leven. Zij verblijven in leefgroepen en worden begeleid door pedagogisch medewerkers. Het verblijf kan variëren van enkele dagen per week tot de hele week, voor een korte of langere periode (NJI, 2020).

Er bestaan diverse vormen van residentiële jeugdzorg zoals gezinsgerichte opvang, leefgroepen gericht op opvoeden en opgroeien, behandelgroepen gericht op de behandeling van specifieke problemen, JeugdhulpPlus (een vorm van gesloten residentiële jeugdzorg), crisisopvang en kamertraining. Aanbieders van jeugdzorg lopen uiteen van kleinschalige 'huizen' tot grootschalige organisaties die meerdere hulpvormen aanbieden in verschillende voorzieningen op locaties verspreid over het land. Naast de verschillende vormen van residentiële hulp wordt er door deze grotere organisaties doorgaans ook ambulante hulp aangeboden. De website van brancheorganisatie Jeugdzorg Nederland telt ruim 80 leden op het gebied van jeugdhulp, die echter niet allemaal residentiële jeugdzorg aanbieden. In 2018 waren er ruim 31.700 medewerkers werkzaam in de jeugdzorg (FCB, 2019).

In 2019 kregen bijna 43.000 jongeren jeugdhulp met verblijf. Hiervan was ruim de helft in een pleeggezin opgenomen. Ruim 5.500 waren ondergebracht in gezinsgerichte opvang, ruim 2.500 jongeren hadden een gesloten plaatsing en bijna 18.000 jongeren kregen een andere vorm van jeugdhulp met verblijf (CBS, 2020).

Kenmerken doelgroep residentiële jeugdzorg:

Residentiële jeugdzorg is er in principe voor jeugdigen tussen de nul en achttien jaar met uiteenlopende problemen. De leeftijd van de jeugdigen in residentiële voorzieningen ligt echter doorgaans tussen de twaalf en achttien jaar, omdat voor jongere kinderen hulp in een gezinsvorm de voorkeur heeft. Na het achttiende jaar is er bij een duidelijke hulpvraag een verlenging van de plaatsing mogelijk tot drieëntwintig jaar (NJI, 2020).

Over het geheel gezien vormen jongens een (iets) grotere groep in de residentiële jeugdzorg dan meisjes. De problematiek van de jeugdigen is divers. Vaak is sprake van externaliserende gedragsproblematiek. Verder spelen sociale, emotionele, cognitieve en

psychiatrische problemen een rol. Problemen binnen het gezin van herkomst komen vaak voor. De problemen ontstaan over het algemeen op vroege leeftijd, waardoor jeugdigen vaak een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis hebben (de Lange e.a., 2017).

Uit verschillende doelgroepanalyses (De Lange, Eijgenraam & De Baat, 2010; Konijn & Van der Steege, 2013; Van der Steege & Meuwissen, 2012) blijkt dat de problematiek van de opgenomen jeugdigen meervoudig en complex is. De meerderheid van de jeugdigen in de onderzochte residentiële instellingen heeft op vier of vijf van de volgende gebieden problemen:

- psychosociaal functioneren (zoals emotionele problemen, gedragsproblemen of gebruik van middelen/verslaving);
- lichamelijke gezondheid (zoals ziekten, klachten of een gebrekkige zelfverzorging);
- vaardigheden en cognitieve ontwikkeling (zoals leerproblemen, aandachtsproblemen of sociale vaardigheidsproblemen);
- gezin en opvoeding (zoals een ontoereikende opvoeding, problemen in de ouder-kindrelatie, verwaarlozing, mishandeling, misbruik of problemen van de ouders);
- omgeving (zoals problemen op school of werk, problemen in relaties, met vrienden en het sociale netwerk en problemen in de vrijetijdsbesteding).

In de jeugdhulp en jeugdbescherming worden al langer knelpunten ervaren rond herkenning en diagnostiek van problematisch middelengebruik bij jeugdigen. De Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming uit 2016 beschrijft het omgaan met het gebruik van alcohol, drugs en tabak in de ambulante en residentiële jeugdhulp, verstandelijk gehandicaptenzorg, jeugdbescherming en Justitiële Jeugdinrichtingen. Volgens de richtlijn wordt middelengebruik onder jeugdigen vaak gezien als onschuldig experimenteergedrag en heerst er onder professionals onduidelijkheid over wanneer het gebruik risicovol wordt en wat mogelijke interventies zijn. De richtlijn gaat nader in op de risicofactoren voor problematisch middelengebruik bij jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming en geeft aanbevelingen op het gebied van screening en diagnostiek, selectieve en geïndiceerde preventie en behandeling met daarbij een overzicht van in te zetten methoden en interventies. Ook worden er aanbevelingen gedaan op het gebied van basishouding en competenties van de medewerkers en voor de organisatie als geheel. De implementatie van de richtlijn is één van de aandachtsgebieden in dit onderzoek.

2.3 Onderzoeksvragen

Voor dit onderzoek zijn op basis van de verkennende gesprekken en de beschikbare informatie over de doelgroep de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe ziet het beleid ten aanzien van middelenpreventie en middelengebruik eruit bij organisaties in residentiële jeugdzorg?
2. Welke interventies en programma's worden er ingezet ten aanzien van universele, selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik en problematisch middelengebruik?
3. Welke attitude hebben professionals binnen deze settings ten aanzien van middelengebruik?
4. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen deze settings?

5. Wat werkt wel en wat niet bij interventies gericht op het voorkomen van middelengebruik en problematisch middelengebruik wat betreft vorm en inhoud?

2.4 Onderzoeksmethoden

Voor de uitvoering van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gestructureerde online vragenlijst onder medewerkers werkzaam in de residentiële jeugdzorg, semigestructureerde telefonische interviews onder medewerkers werkzaam in de residentiële jeugdzorg, een focusgroep met jongeren die verblijven in een instelling voor residentiële jeugdzorg en een literatuuronderzoek.

2.4.1 Gestructureerde online vragenlijst voor medewerkers

Bij het vertalen van de onderzoeksvragen naar de gestructureerde online vragenlijst is gebruik gemaakt van de Matrix Kwetsbare Groepen Jeugdigen (Snoeks et al., 2010), Inventarisatie Basisaanbod Verslavingspreventie (Oudejans en Spits, 2013), Preventie Problematisch Genotmiddelengebruik (Vermeulen-Smit et al, 2014), Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming (Wits et al, 2016), de Strategische Verkenning Cannabispreventie (Mohle et al, 2018) en de databank van Centrum Gezond Leven (CGL, 2019). Daarnaast zijn actuele ontwikkelingen zoals de invoering van de nieuwe Jeugdwet in 2015 (met meer nadruk op preventie en het betrekken van ouders en het sociale netwerk) en de preventieakkoorden Tabaksontmoediging en Problematisch Alcoholgebruik (2018) meegenomen.

Voor de attitudevragen is gebruik gemaakt van de vragenlijst gericht op ouders uit het Peilstationsonderzoek van 2015, en een vragenlijst uit onderzoek naar de implementatie van de Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren bij Bureau Jeugdzorg Overijssel (BJZO) en Tactus Verslavingszorg door de Hogeschool Saxion in samenwerking met het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (Barendregt, 2013). Tot slot is een overzicht van implementatiedeterminanten (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen & Van Buuren, 2014) gebruikt om de vragen met betrekking tot implementatie uit te werken.

De online vragenlijst voor de medewerkers richtte zich op:

- Inschatting middelengebruik door jongeren;
- Beleid ten aanzien van middelengebruik en middelenpreventie;
- Bekendheid en inzet instrumenten, maatregelen en interventies;
- Aandacht voor middelengebruik binnen primair proces;
- Attitude ten aanzien van middelengebruik;
- Bevorderende en belemmerende factoren bij voorkomen en verminderen middelengebruik.

De online vragenlijst is vooraf getest door een aantal medewerkers. Zie voor de volledige vragenlijst bijlage 1.

2.4.2 Semigestructureerde vragenlijst voor telefonische interviews met medewerkers

De semigestructureerde vragenlijst voor telefonische interviews bouwde voort op de uitkomsten van de online vragenlijst en richtte zich op middelenpreventie en -beleid, het middelengebruik onder de jongeren vanuit het perspectief van de medewerkers, belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik tegengaan, en ervaren

werkzame of niet werkzame elementen van de ingezette interventies. Waar nodig is de vragenlijst aangepast voor de drie bevraagde functiegroepen: management/directie, groeps werkers/pedagogisch medewerkers, en behandelaren/gedragswetenschappers. Zie voor de volledige vragenlijsten bijlage 2.

2.4.3 Topiclijst focusgroep jongeren

Voor de topiclijst voor de focusgroep met de jongeren is in overleg met experts gekozen voor drie eenvoudige vragen in lijn met de onderzoeksvragen:

- Wat merk jij van regels, afspraken en hulp binnen deze instelling als het gaat over roken, alcohol en andere drugs?
- Wat werkt volgens jou wel en niet bij het voorkomen van roken of alcohol- en ander drugsgebruik?
- Wat werkt volgens jou wel en niet bij het voorkomen van problemen die te maken hebben met alcohol- en ander drugsgebruik?

2.4.4 Samenvatting vertaling onderzoeksvragen naar onderzoeksmethoden

In tabel 1 wordt samengevat hoe de onderzoeksvragen zijn beantwoord via de verschillende onderdelen van het onderzoek. Uitgangspunt was om zoveel mogelijk informatie te verzamelen via een online vragenlijst, deze kon door een onbeperkt aantal respondenten worden ingevuld. De online vragenlijst is aangevuld met telefonische interviews (twee per functiegroep) en een focusgroep met vier tot zes deelnemers.

Tabel 1. *Overzicht onderzoeksmethoden en respondenten per onderzoeksvraag*

Onderzoeksvragen	Onderzoeksmethode	Respondenten
1. Hoe ziet het beleid ten aanzien van middelengebruik en middelenpreventie eruit bij organisaties in residentiële jeugdzorg? Inclusief vraag naar ingeschatte prevalentie middelengebruik.	Online vragenlijst: geschatte prevalentie middelengebruik	Management, gedragswetenschappers/ behandelars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
	Online vragenlijst: beleid ten aanzien van middelengebruik	Management, gedragswetenschappers/ behandelars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
	Online vragenlijst: aandacht voor middelengebruik in primair proces	Gedragswetenschappers/ behandelars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
	Interviews (twee per functiegroep): doorvragen op welke factoren een rol spelen bij het ontwikkelen/ aanpassen van beleid	Management

	Focusgroep (vier tot zes deelnemers): wat merken jongeren van het beleid ten aanzien van middelengebruik	Jongeren van 16 tot 23 jaar verblijvend in de instelling
2. Welke interventies en programma's worden er ingezet ten aanzien van universele, selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik en problematisch middelengebruik?	Online vragenlijst: inzet instrumenten en interventies	Gedragswetenschappers/ behandelaars RJZ en JJI, groepsleiders/pedagogisch medewerkers
3. Welke attitude hebben professionals binnen deze settings ten aanzien van middelengebruik?	Online vragenlijst: attitude ten aanzien van middelengebruik	Gedragswetenschappers/ behandelaars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
	Interviews (twee per functiegroep): doorvragen op attitude	Gedragswetenschappers/ behandelaars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
4. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen deze settings?	Online vragenlijst: belemmerende en bevorderende factoren bij tegengaan (problematisch) middelengebruik	Management, gedragswetenschappers/ behandelaars, groepsleiders/pedagogisch medewerkers
	Interviews (twee per functiegroep): doorvragen op belemmerende en bevorderende factoren en behoeften	Gedragswetenschappers/ behandelaars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
5. Wat werkt wel en wat niet bij interventies gericht op het voorkomen van middelengebruik en problematisch middelengebruik wat betreft vorm en inhoud?	Online vragenlijst: ingeschatte effectiviteit beleid en interventies	Gedragswetenschappers/ behandelaars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
	Interviews (twee per functiegroep): doorvragen op werkzame elementen interventies	Gedragswetenschappers/ behandelaars, groepsleiders/ pedagogisch medewerkers
	Focusgroep (vier tot zes deelnemers): wat werkt volgens jongeren wel/niet bij voorkomen middelengebruik	Jongeren van 16 tot 23 jaar verblijvend in een instelling

Gezien de overeenkomsten in de settings (jongeren verblijven residentieel in de betreffende setting, ze verblijven in een groep, en er wordt gewerkt met individuele behandelplannen) worden voor het latere inventarisatieonderzoek onder de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI's) dezelfde vragenlijsten gebruikt.

2.5 Werving en respons

De werving vond op twee niveaus plaats. Eerst werden de instellingen geworven om mee te doen aan het landelijke onderzoek. Vervolgens werden binnen de deelnemende instellingen medewerkers en jongeren geworven voor de online vragenlijst, de interviews en de focusgroep.

2.5.1 Werving en respons instellingen

Via de website van Jeugdzorg Nederland zijn alle Nederlandse jeugdzorginstellingen geïnventariseerd. Op basis van informatie op de websites van de betreffende instellingen zijn vervolgens de instellingen zonder residentieel aanbod uitgesloten. De 44 instellingen die op deze manier zijn geselecteerd hebben in juni 2019 een e-mail ontvangen met algemene informatie omtrent het EXPLORE 2019 onderzoek, en een aankondiging dat zij telefonisch benaderd zouden worden met een verzoek tot deelname aan een online vragenlijst voor medewerkers, telefonische interviews voor medewerkers en een focusgroep voor jongeren. Hierop gaven vijf instellingen aan geen residentieel aanbod te hebben waardoor er 39 instellingen overbleven.

Er zijn 39 instellingen benaderd met een verzoek om mee te doen aan het onderzoek, hiervan hebben uiteindelijk 21 instellingen meegedaan (responspercentage 54%). Redenen om niet mee te doen waren: organisatorische beperkingen (8 keer), reeds een vergelijkbaar onderzoek (1 keer) en onbekend/geen reden opgegeven (5 keer). Bij 4 instellingen is het niet gelukt om met de juiste persoon in contact te komen en afspraken te maken.

2.5.2 Werving en respons deelnemers online vragenlijst

Met de 21 deelnemende instellingen zijn afspraken gemaakt over het uitzetten van de online vragenlijst onder medewerkers. Bij elke instelling werd hiervoor een vaste contactpersoon aangewezen. De contactpersonen kregen een mail om te delen met collega's via e-mail of intranet met een toelichting op doel en werkwijze van het onderzoek en het verzoek tot invullen van de vragenlijst via de meegestuurde link. De werving is op 16 september 2019 van start gegaan en begin oktober 2019 is een reminder verstuurd. De 21 deelnemende instellingen varieerden sterk in het aantal medewerkers en het is niet bekend bij hoeveel medewerkers de vragenlijst terecht is gekomen. Op 15 november waren er 317 vragenlijsten geopend en (deels) ingevuld en is de survey afgesloten.

Er waren 137 vragenlijsten geopend waarbij er geen of slechts een paar vragen waren ingevuld, deze zijn verwijderd. Ook waren 7 ingevulde vragenlijsten afkomstig van respondenten die niet werkzaam waren binnen de residentiële jeugdzorg, ook deze zijn verwijderd. Dit rapport is gebaseerd op de 173 (bijna) volledig ingevulde vragenlijsten. Mogelijk waren sommige vragen moeilijk te beantwoorden of was de vragenlijst te lang. Dit levert uiteraard een beperking op in de resultaten, in de grafieken is daarom de categorie 'geen antwoord' daarom steeds expliciet meegenomen.

Om deelname anoniem te houden is aan de respondenten niet gevraagd bij welke organisatie zij werkzaam zijn. Om te kunnen controleren of niet te veel respondenten bij dezelfde organisatie of in dezelfde regio werkzaam zijn is gevraagd in welk deel van het land de voorziening waar zij werken zich bevindt. In tabel 2 worden deze vergeleken met de regio's waar de deelnemende instellingen zich bevinden.

Tabel 2. *Aantal deelnemende instellingen en respondenten per regio.*

Regio	Aantal deelnemende instellingen in betreffende regio	Aantal deelnemende respondenten in betreffende regio
Noord	4	36
Oost	3	11
West	10	77
Zuid	6	38

Alhoewel de verdeling van de instellingen en de deelnemers over de vier regio's niet volledig evenredig is, zijn alle regio's vertegenwoordigd, waarbij de regio Oost het kleinste aantal deelnemende instellingen heeft (n=3). De deelnemende respondenten waren voldoende gespreid over de verschillende deelnemende instellingen.

In tabel 3 is te zien dat de vragenlijst het meest is ingevuld door groepsleiders/pedagogisch medewerkers, met name werkzaam in de open residentiële jeugdzorg en kamertraining. Daarnaast zijn er relatief veel respondenten verbonden aan meerdere voorzieningen.

Tabel 3. *Achtergrondgegevens respondenten naar functie en type voorziening.*

	Directie / management	Behandelaar/ gedragswetenschapper	Groepsleider/ pedagogisch medewerker	Gezinshuis-ouder	Overig: bv traject-begeleider)	Totaal
Open residentieel	2	17	51	0	10	80
Gezinshuis	0	3	0	2	0	5
Gezins-behandeling / deeltijdverblijf / logeershuis	0	0	1	0	1	2
JeugdzorgPlus	2	1	3	0	1	7
Kamertraining	1	3	23	0	5	32
Verbonden aan meerdere voorzieningen	13	9	14	0	11	47
Totaal	18	33	92	2	28	173

De resultaten worden gepresenteerd over de totale groep (n=173), tenzij anders aangegeven. Indien relevant worden de resultaten in een aantal gevallen gespecificeerd per functiegroep of per type voorziening waar een respondent werkzaam is.

Samenstelling doelgroep in leeftijd en sekse

Zowel leeftijd als sekse zijn relevante kenmerken van de doelgroep als het gaat om middelengebruik. De risico's van middelengebruik op jonge leeftijd zijn groter (grotere kans op bijvoorbeeld verslaving of schade aan de gezondheid) en 18 jaar is ook wettelijk gezien een relevante leeftijdsgrens omdat minderjarigen nog geen alcohol, tabak of cannabis mogen kopen.

Het onderscheid tussen jongens en meisjes is relevant omdat (problematisch) middelengebruik vaker voorkomt bij jongens dan bij meisjes (Rombouts et al, 2020) en er in de jeugdzorg ook meer jongens dan meisjes verblijven (CBS, 2020). Ook wordt er in de jeugdzorg soms gewerkt met gescheiden groepen voor jongens en meisjes. De respondenten die aan één enkele voorziening verbonden zijn (n=126), zijn daarom gevraagd een inschatting te maken van de samenstelling van de doelgroep in de voorziening waar zij werken.

Wat betreft leeftijd hadden zij de keuze uit:

- Alleen jongeren onder de 18 jaar;
- Zowel jongeren onder de 18 jaar als jongeren van 18 jaar en ouder;
- Alleen jongeren van 18 jaar en ouder.

Wat betreft de verdeling tussen jongens en meisjes hadden zij de keuze uit:

- Bijna alleen maar jongens (meer dan 95%);
- Voornamelijk jongens (60 tot 95%);
- Ongeveer evenveel jongens als meisjes;
- Voornamelijk meisjes (60 tot 95%);
- Bijna alleen maar meisjes (meer dan 95%).

Uit tabel 4 is op te maken dat de groepen op de voorzieningen waar de respondenten werken met uitzondering van de JeugdhulpPlus vaak gemengd zijn qua leeftijd (onder en boven de 18 jaar) en sekse (meestal ongeveer evenveel jongens als meisjes). Bij een aantal vragen zal nader ingegaan worden op de situatie van 18-minners in de residentiële jeugdzorg met betrekking tot middelengebruik en middelenbeleid.

Tabel 4. *Inschatting verdeling naar leeftijd en sekse door respondenten per voorziening*

	Samenstelling groep: leeftijd			Samenstelling groep: sekse		
	Alleen 18-min	18-min en 18-plus	Alleen 18-plus	Meer dan 60% jongens	Ongeveer evenveel jongens als meisjes	Meer dan 60% meisjes
Open residentieel (n=80)	27	53	0	9	48	23
Kamertraining (n=32)	2	29	1	8	20	4
JeugdhulpPlus/ gesloten jeugdhulp (n=7)	7	0	0	6	1	0
Overig: gezinshuis, logeershuis, deeltijdverblijf, gezinsbehandeling (n=7)	3	4	0	0	6	1

2.5.3 Werving en respons deelnemers telefonische interviews met medewerkers

Aan de 21 deelnemende instellingen is ook om een contactpersoon gevraagd voor het benaderen van medewerkers voor de telefonische interviews. Het streven was om per functiegroep minimaal twee medewerkers te interviewen. Aan de contactpersonen is een voorbeeldmail gestuurd waarmee zij collega's konden uitnodigen om mee te doen aan een telefonisch interview. In deze mail stond het doel van en werkwijze van het onderzoek toegelicht, evenals de manier waarop met de contactgegevens van de deelnemers werd omgegaan. Met de contactpersonen en deelnemers is afgesproken dat de contactpersonen de contactgegevens (mail en telefoonnummer) van collega's die deel wilden nemen aan de interviews door zouden geven aan het Trimbos-instituut om te komen tot een afspraak, maar dat deze niet verwerkt zou worden in het verslag om de anonimiteit te waarborgen. Om te voorkomen dat te veel medewerkers uit eenzelfde instelling mee zouden werken aan de interviews is er wel gekeken naar de verspreiding over het land.

Uiteindelijk zijn elf medewerkers uit de drie functiegroepen vanuit vier deelnemende instellingen geïnterviewd: vier medewerkers vanuit directie/management, vier gedragswetenschappers en drie groepsleiders/ambulant hulpverleners. Met een geplande twaalfde persoon (groepsleider) kon na herhaalde verzoeken uiteindelijk geen tijdig contact gelegd worden.

Tabel 5. *Overzicht van de functiegroep en regio van de geïnterviewden*

Interview	Functiegroep	Regio instelling
1.	Gedragswetenschapper	Noord
2.	Gedragswetenschapper	Oost
3.	Management	Noord
4.	ambulant hulpverlener	West
5.	Management	Oost
6.	ambulant hulpverlener	Zuid
7.	management	Zuid
8.	groepswerker	Oost
9.	management	West
10.	gedragswetenschapper	West
11.	gedragswetenschapper	Zuid

2.5.4 Werving en respons deelnemers focusgroep

Aan de instellingen die meededen aan het onderzoek is tevens gevraagd een contactpersoon aan te leveren die kon helpen met het organiseren van een focusgroep met jongeren. Op basis van tijd en beschikbaarheid is in overleg met één van deze contactpersonen een focusgroep gepland op de locatie van een instelling (een kamertrainingscentrum in de regio Oost). Er is gekozen voor een minimumleeftijd van 16 jaar voor deelname aan de focusgroep, omdat jongeren op deze leeftijd zelf toestemming voor deelname mogen geven. Voor de potentiële deelnemers aan de focusgroep is een informatiebrief opgesteld met een toelichting op het onderzoek en informatie over de afspraken met betrekking tot toestemming en privacy. Deze brief is vooraf onder de ongeveer 20 jongeren binnen de voorziening verspreid door de contactpersoon en lag ook ter inzage tijdens de focusgroep zelf.

Uiteindelijk hebben vier jongeren deelgenomen aan de focusgroep (het streven was een focusgroep met minimaal vier en maximaal 6 deelnemers), zij gaven op basis van de aanwezige informatiebrief mondeling toestemming voor deelname.

2.6 Dataverzameling en analyse

2.6.1 Dataverzameling en analyse online vragenlijst

De online vragenlijst is uitgezet via Limesurvey. De uitkomsten zijn geëxporteerd en geanalyseerd via Microsoft Excel. De antwoorden op een aantal open vragen zijn geanalyseerd met behulp van MAXQDA, een softwareprogramma voor analyse van kwalitatieve en *mixed-methods* onderzoeksdata. Door open coderen is via een inductieve methode (Evers, 2016) een codeerschema met beschrijvende codes, attributencodes, strategiecodes en conflictcodes ontstaan (zie bijlage 2d) waarmee de antwoorden op de open vragen zijn gecodeerd. Via de groepsvergelijkingsfunctie in MAXQDA is vervolgens een beschrijvende analyse met waar mogelijk vergelijking per beroepsgroep gemaakt. Een aantal illustratieve antwoorden is handmatig toegevoegd aan het rapport.

2.6.2 Dataverzameling en analyse telefonische interviews met medewerkers

In november 2019 hebben er elf telefonische interviews plaatsgevonden. De interviews richtten zich op het huidige middelenbeleid en de implementatie hiervan, de inzet van preventie en interventies, de scholing van medewerkers, behoeften en belemmeringen ten aanzien van deze onderwerpen, en attitudes omtrent middelengebruik. De interviews zijn gevoerd aan de hand van een korte vragenlijst met open vragen, aangepast per beroepsgroep (zie bijlage 2). De interviews namen 30 tot 75 minuten in beslag. Van de interviews zijn verslagen gemaakt welke deels zijn geanalyseerd met behulp van MAXQDA, een softwareprogramma voor analyse van kwalitatieve en *mixed-methods* onderzoeksdata. Door open coderen is via een inductieve methode (Evers, 2016) een codeerschema met beschrijvende codes, attributencodes, strategiecodes en conflictcodes ontstaan (zie bijlage 2d) waarmee de interviewverslagen zijn gecodeerd. Via de groepsvergelijkingsfunctie in MAXQDA is vervolgens een beschrijvende analyse met waar mogelijk vergelijking per beroepsgroep gemaakt. Een aantal illustratieve antwoorden is handmatig toegevoegd aan het rapport.

2.6.3 Dataverzameling en analyse focusgroep

De focusgroep is in november 2019 gehouden aan de hand van de topiclijst en duurde ongeveer anderhalf uur.

Van de focusgroep is een geluidsopname gemaakt welke is verwerkt in een verslag met de antwoorden per vraag. De uitkomsten hiervan worden beschreven in hoofdstuk 5 van dit rapport.

3. Resultaten online vragenlijst onder medewerkers

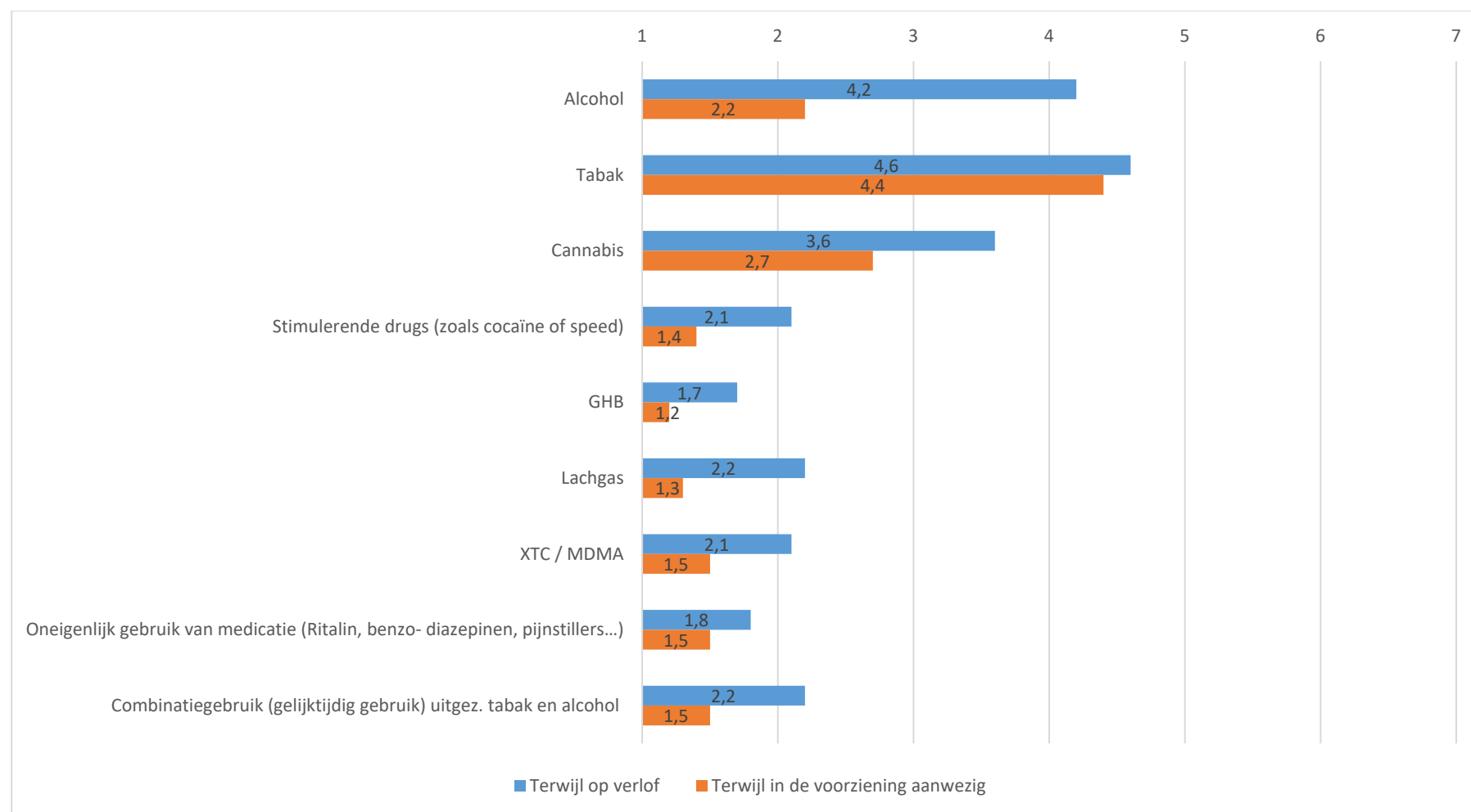
Samenvatting

Uit de resultaten van de online vragenlijst onder medewerkers in residentiële jeugdzorgvoorzieningen is gebleken dat medewerkers moeite hebben het middelengebruik onder de jongeren die verblijven in de voorziening waar zij werkzaam zijn in te schatten. Het gebruik van tabak, alcohol en cannabis wordt als hoogst ingeschat. Voor alle (legale en illegale) middelen samen wordt de mate van gebruik tijdens verlof hoger ingeschat dan gebruik tijdens verblijf in de voorziening, en ook als hoger onder meerderjarigen t.o.v. minderjarigen. Volgens de meeste respondenten bestaat een formeel middelenbeleid in de voorziening waar zij werkzaam zijn. Hierbij gaat het in de meeste gevallen om rookbeleid, ADM (alcohol-, drugs- en medicijn-) beleid voor medewerkers, en regels voor jongeren ten aanzien van middelengebruik. In iets meer dan de helft van de gevallen wordt in het middelenbeleid rekening gehouden met leeftijden, en omvat het beleid (ook) een protocol ter signalering en bespreking van middelengebruik. Ontmoediging van middelengebruik vindt met name plaats in de vorm van gespreksvoering en is vooral gericht op “drugs” als categorie, en in mindere mate op alcohol en/of tabak. Regelmatig ervaren respondenten dat het formele middelenbeleid niet goed wordt nageleefd, dit kan verschillen per locatie of individuele medewerker. Tot slot bestaan er volgens ruim een kwart van de respondenten naast het formele middelenbeleid ongeschreven regels ten aanzien van middelengebruik in de voorziening waar zij werkzaam zijn.

3.1 Inschatting middelengebruik jongeren door respondenten

Aan de respondenten is eerst gevraagd of zij op een schaal van 1 tot 7 (1 = geen enkele jongere, 7 = alle jongeren) aan kunnen geven hoeveel jongeren naar hun perceptie de genoemde middelen gebruiken tijdens hun verlof, en tijdens het verblijf in de voorziening.

Figuur 1. *Inschatting middelengebruik jongeren door respondenten (1=geen enkele jongere, 7 =alle jongeren)*



Tabak scoorde het hoogst qua ingeschat gebruik (4,6 tijdens verlof en 4,4 tijdens aanwezigheid op de voorziening). Daarna kwamen alcohol (4,2 tijdens verlof en 2,2 tijdens aanwezigheid op voorziening) en cannabis (3,6 tijdens verlof en 2,7 tijdens aanwezigheid op de voorziening). Van de overige middelen scoorden stimulerende middelen (2,1), lachgas (2,2), XTC/MDMA (2,1) en combinatiegebruik (2,2) het hoogst qua inschatting voor gebruik tijdens het verlof. Tijdens aanwezigheid op de voorziening worden na alcohol, tabak en cannabis XTC/MDMA, oneigenlijk gebruik van medicatie en combinatiegebruik (allen 1,5) het hoogst ingeschat. Een aantal respondenten geeft aan ook nog andere vormen van middelengebruik te herkennen, zoals energiedrank (2%, n=3), ketamine (2%, n=3), lijmsnuiven (1%, n=1), truffels (1%, n=1) en 4-fmp of PCP (1%, n=1).

Met name wat betreft stimulerende middelen, GHB, lachgas, XTC/MDMA, oneigenlijk gebruik van medicatie en combinatiegebruik geeft een aanzienlijk deel van de respondenten (25-43%) overigens aan niet te weten in hoeverre jongeren deze middelen gebruiken. Dit betrof met name het gebruik tijdens het verlof maar ook tijdens aanwezigheid op de voorziening.

3.2 Middelenbeleid

Van de 173 respondenten geeft 90% (n=155) aan dat er binnen hun voorziening formeel beleid ten aanzien van middelengebruik is. De overige 10% (n=18) geeft aan dat er geen formeel middelenbeleid is en licht dit als volgt toe.

Redenen voor afwezigheid formeel beleid

Drie gedragswetenschappers geven aan dat er een verschil van inzicht is over het te voeren middelenbeleid, hetzij intern of met de adviserende instelling. Een andere gedragswetenschapper geeft aan dat er wel een verbod is op middelengebruik (soft- en harddrugs, alcohol en roken) voor jongeren onder de 18 jaar, maar dat nergens is vastgelegd hoe hiermee om te gaan wanneer dit wel voorkomt. Nog een andere gedragswetenschapper geeft aan dat er wel een richtlijn is over hoe te handelen bij drugsgebruik, maar dat er geen *preventieve* richtlijn is, al zijn er wel middelen om in te zetten, zoals ondersteuning vanuit een IVZ of urinecontroles. Eén gedragswetenschapper geeft aan dat er alleen informele afspraken zijn.

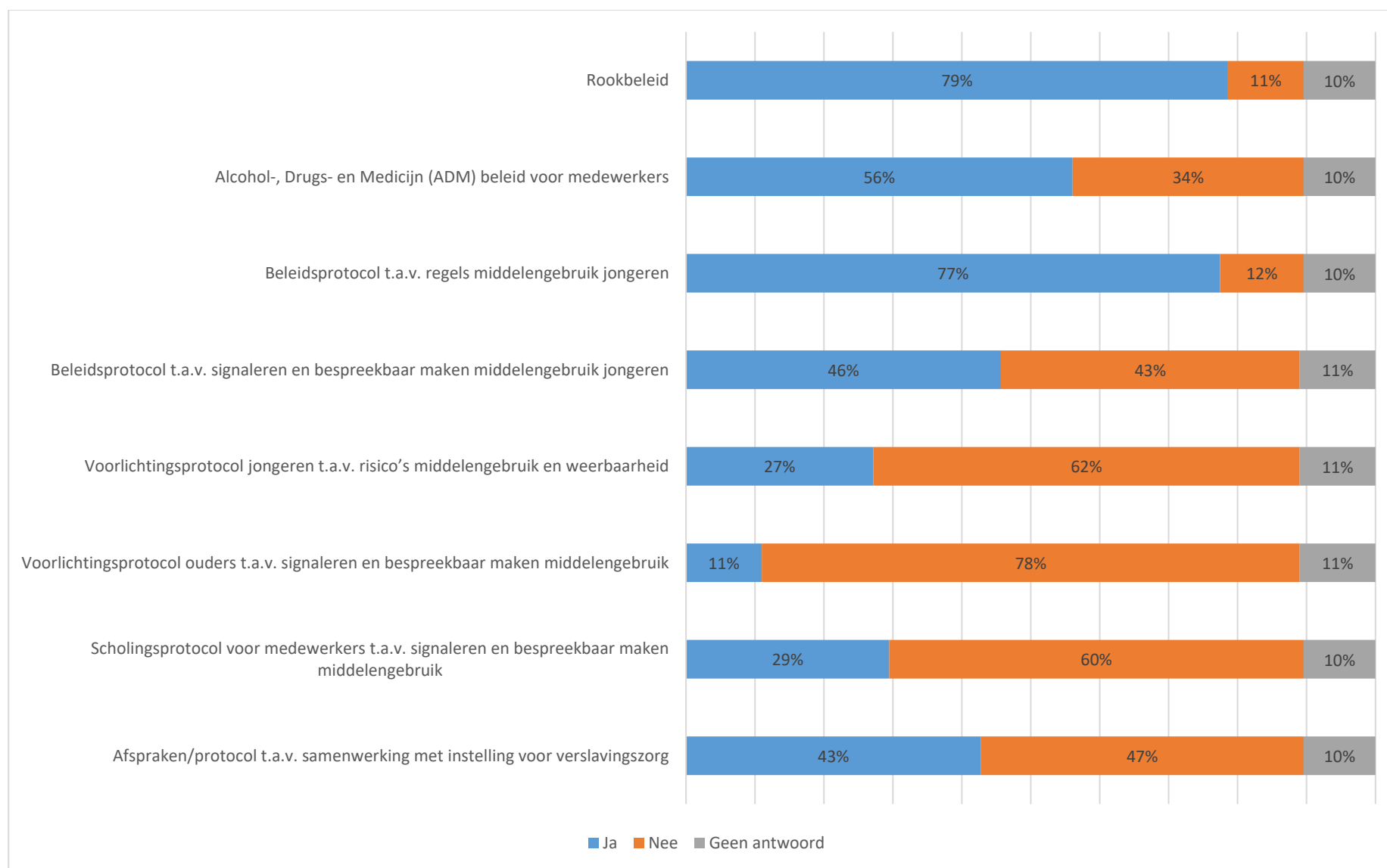
Vijf groepsleiders geven aan dat er geen beleid of protocol bij hen bekend is. Eén van hen voegde daaraan toe met jongere kinderen te werken (6 tot 13 jaar) waarbij dit mogelijk nog niet van toepassing is.

Van medewerkers in overige functiegroepen geeft één respondent aan niet bekend te zijn met enig middelenbeleid, een ander geeft aan momenteel bezig te zijn met beleidsontwikkeling, en één respondent licht toe dat er naar diens perceptie in gezinshuizen weinig problematiek is met middelengebruik.

3.2.1 Vormen van formeel middelenbeleid

Waar wel formeel middelenbeleid bestaat is ook gevraagd naar de vorm waarin dit beleid is uitgewerkt: de meest voorkomende vormen zijn aan alcohol-, drugs- en medicijn (ADM) beleid, een beleidsprotocol ten aanzien van regels omtrent middelengebruik door jongeren, en rookbeleid.

Figuur 2. Percentage respondentent dat aangeeft dat genoemde vorm van middelenbeleid aanwezig is op de voorziening waar zij werken



3.2.2 Leeftijdsspecifiek beleid

Van de 155 respondenten die aangeven dat er formeel beleid is ten aanzien van middelengebruik geeft 56% (n=87) aan dat er wat betreft middelenbeleid rekening gehouden wordt met leeftijd. Door ruim de helft van deze respondenten (n=45) worden hier geen concrete leeftijden aan verbonden. Het protocol is dan een richtlijn waarbij maatwerk mogelijk is door rekening te houden met groep/locatie, leeftijd, gebruik, middel, afspraken met ouders, middelengebruik door ouders (als ouders roken mogen de jongeren ook roken), het niveau van de jongere en/of individuele afspraken. Ook wordt genoemd dat bij voorzieningen waar jongeren meer zelfstandig wonen er minder zicht is op gebruik. Er wordt een aantal keer concreet verwezen naar de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming, het bespreken van middelengebruik voorafgaand aan plaatsing, en het gebruik van bestaande vragenlijsten/hulpmiddelen (screeningsinstrumenten) om middelengebruik te signaleren. Consequenties van middelengebruik die hier genoemd worden zijn naar de eigen kamer moeten en/of een gesprek met ouders.

Leeftijden die relevant zijn voor beleid die wel concreet genoemd worden zijn: 12 jaar (n=3), 13 jaar (n=1), 16 jaar (n=8), en 18 jaar (n=30).

Voorbeelden van door respondenten genoemde maatregelen bij deze leeftijden:

12/13 jaar:

- *"Een rookverbod voor 13-jarigen"*
- *"Bij de kindergroep wordt gebruik van alcohol, drugs en tabak ten strengste verboden. Middelen mogen ook door medewerkers niet genuttigd worden in het bijzijn van de kinderen. Bij de oudere leeftijdsgroepen gelden hierover andere afspraken."*

16 jaar:

- *"Onder 16 jaar mag je niet roken, tussen 16 en 18 alleen met toestemming van ouders"*
- *"Onder de 16 mogen jongeren alleen roken in overleg met ouders"*

18 jaar:

- *"Boven de 18 jaar op verlof wel alcohol mogen drinken/tabak mogen roken"*
- *"In lijn met NIX18 mogen jongeren niet roken en drinken"*
- *"Vanaf 18 jaar jongeren aanspreken op eigen verantwoordelijkheid, onder de 18 jaar verbieden we het"*
- *"Jongeren onder 18 mogen niet roken zonder toestemming ouders"*
- *"Roken en alcohol onder de 18 jaar niet stimuleren of faciliteren, onder de 18 jaar geen consequenties, wel voorlichting over gevolgen en wettelijk verbod"*
- *"Minderjarige jongeren mogen geen alcohol en/of drugs gebruiken op de open residentiële groep, meerderjarige jongeren mogen stapsgewijs buiten de open residentiële groep kennis maken met bijvoorbeeld alcohol, onder begeleiding"*
- *"Bij jongeren boven de 18 wordt alcohol soms in beperkte hoeveelheid toegestaan op bepaalde groepen"*

3.2.3 Beleid gericht op ontmoediging

Volgens 89% van de respondenten (n=154) worden jongeren binnen de voorziening waar zij werken actief aangemoedigd en/of geholpen om hun middelengebruik te verminderen

of te stoppen. Hieronder wordt op basis van een analyse op de open vragen aangegeven hoe elke functiegroep dit ontmoedigingsbeleid omschrijft.

Directie/management

Van de 18 respondenten uit directie/management geeft 89% (n=16) aan dat middelengebruik bij jongeren wordt ontmoedigd. 44% (n=8) noemt dat dit gebeurt middels gesprekken en 28% (n=5) dat zij hierin samenwerken met een IVZ (of een ketenpartner op dit terrein). 11% (n=2) verwijst naar regels rondom middelengebruik. 22% (n=4) noemde andere vormen zoals de interventies Open en Alert en Brains4Use, de presentiebenadering, urinecontroles, en advies van de huisarts bij stoppen met roken. Met betrekking tot de middelen waarop ontmoediging gericht is worden drugs en tabak twee keer expliciet benoemd (11%), en alcohol één keer (5%).

Behandelaren/gedragswetenschappers

Van de 33 behandelaren/gedragswetenschappers geeft 91% (n=30) aan dat middelengebruik binnen hun voorziening ontmoedigd wordt. 48% (n=16) noemt dat dit gebeurt middels gespreksvoering. Hierbij noemt 9% (n=3) expliciet de methode Motiverende Gespreksvoering. Binnen deze functiegroep geeft 45% (n=15) aan hierin samen te werken met een IVZ. Andere vormen die genoemd worden zijn:

- voorlichting/educatie/training voor de jongeren;
- regels;
- het behandelen van trauma's omdat dit de kans op verslaving verkleint;
- het stimuleren van een gezonde leefstijl;
- urinecontroles;
- beloningssystemen;
- zoeken naar een strategie/medicatie die de functie van drugs kan vervangen;
- het betrekken van het netwerk en;
- het aanbieden van nicotinepleisters of -kauwgom.

Uit de antwoorden blijkt ook dat het per instelling kan verschillen op welk middel de ontmoediging het meest gericht is. Vaak wordt 'drugs' in het algemeen genoemd, soms wordt expliciet cannabis of XTC genoemd en in mindere mate tabak en alcohol. Eén respondent noemt ook expliciet *"het ontmoedigen van het (oneigenlijk) gebruik van medicijnen, gamen en internetten"*.

Groepsleiders/pedagogisch medewerkers

Van de 92 groepsleiders/pedagogisch medewerkers geeft 87% (n=80) aan dat middelengebruik wordt ontmoedigd en geeft 53% (n=49) aan dat dit gebeurt door middel van gesprekken over middelengebruik, individueel of in groepsverband. 38% (n=35) van deze respondenten geeft aan samen te werken met IVZ. Voorlichting/educatie wordt 21 keer (23%) genoemd, en er wordt 8 keer (9%) verwezen naar regels over middelengebruik. Tevens worden genoemd:

"In sommige gevallen roept middelengebruik de behoefte tot sanctionering, schorsing of verwijdering op. Dit is [een] veronderstelling die ten onrechte wordt gemaakt, vanuit handelingsverlegenheid."

- het opstellen van doelen/plannen ten aanzien van middelengebruik;
- beloningen/privileges;
- behandeling gericht op constructieve coping en leren omgaan met stress;
- nicotinepleisters beschikbaar stellen; urinecontroles;
- het bijhouden van eigen middelengebruik in een dagboek en; posters.

Twee keer (2%) wordt expliciet de rol van de medewerkers zelf benoemd, door het onderling delen van ervaringen "*in de strijd met middelengebruik*", door niet te roken in het zicht van de jongeren, en door het eigen alcoholgebruik/uitgaansgedrag niet 'uit te venten'. Tot slot wordt één keer (1%) verwezen naar de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming. Qua 'focusmiddel' van het ontmoedigingsbeleid wordt het vaakst de categorie drugs genoemd, daarna alcohol en vervolgens tabak.

Overige functiegroepen

Van de 28 respondenten uit overige functiegroepen (vaak trajectbegeleiders of ambulant hulpverleners) geeft 93% (n=26) aan dat middelengebruik wordt ontmoedigd bij jongeren binnen hun voorziening. Hier worden vaak gesprekken genoemd (waaronder Motiverende Gespreksvoering), evenals de inzet van de IVZ. Ook worden genoemd:

- voorlichting of educatie;
- regels;
- sporten/gezonde levensstijl;
- het beschikbaar stellen van nicotinepleisters;
- een traject via Max Ernst;
- interventie Brains4Use;
- het inzetten van ervaringsdeskundigen, en;
- urinecontroles.

Ook hier worden het vaakst drugs genoemd als middelengroep die ontmoedigd wordt, daarna tabak en alcohol.

3.2.4 Beleidsprotocol signaleren en bespreekbaar maken middelengebruik

Volgens 51% (n=79) van alle respondenten is er binnen hun voorziening een beleidsprotocol met afspraken over het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren. Hieronder wordt op basis van een analyse van de antwoorden van 66 respondenten die deze open vraag hadden ingevuld per functiegroep weergegeven hoe zij dit beleid omschrijven. Overigens wordt niet altijd expliciet genoemd of de protocollen zich qua 'middelen' voornamelijk richten op alcohol, tabak en/of drugs.

Directie/management

Door de functiegroep directie/management (n=18) wordt 'gebruik van een richtlijn' door 22% van de respondenten (n=4) benoemd, waarvan één keer specifiek de richtlijn van het NJi. Twee respondenten (11%) benoemen dat het protocol dat ingaat op middelengebruik onderdeel is van de algehele huis- of leefregels van de instelling, of van 'afsprakensets' met de jongeren. Tevens wordt verwezen naar voorlichting voor jongeren (17%, n=3), het gesprek aangaan (44%, n=8) en motieven voor gebruik uitvragen (17%, n=3), en training van medewerkers (22%, n=4). Twee keer wordt de inzet van een interventie (Brains4Use en Make Up Your Mind) genoemd. Eén respondent noemde een protocol met specifiek de doelstelling 'voorkomen en beperken van schade' (*harm reduction*, red.) omschreven.

Behandelaren/gedragwetenschappers

Deze functiegroep (n=33) omschrijft het beleidsprotocol met één of meer van de volgende elementen: (mentor)gesprekken, urinecontroles, sancties zoals het inhouden van verlof, samenwerking met de IVZ, het handelen baseren op fases van gebruik, en een organisatievisie als onderdeel van het beleidsprotocol.

Eén respondent (3%) benoemt training van personeel in het herkennen en signaleren van middelengebruik. Daarnaast benoemt één respondent (3%) dat harddrugs verboden zijn, maar softdruggebruik getolereerd wordt buiten de instelling. Nog een andere respondent (3%) benoemt dat het protocol van de voorziening waar deze werkzaam is ook het wetgevingskader omvat. Tot slot noemde één respondent (3%) uit deze functiegroep het gebruik van screeningtool CRAFFT of de SMA (Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten).

Groepsleiders/pedagogisch medewerkers

Van de 92 groepsleiders en pedagogisch medewerkers geeft 48% (n=44) aan dat er een beleidsprotocol is ten aanzien van het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik. Hierbij

worden het betrekken en inlichten van ouders, de inzet van medewerkers van de IVZ, het geven van voorlichting, en/of actief signaleren en afspraken hierover benoemd. Van deze functiegroep noemt 27% (n=25) 'het gesprek aangaan met de jongere': vragen stellen over of

"Er wat ván vinden is makkelijk, er iets óp vinden zou beter zijn. Zelfs als het gebruik incidenteel [is] en een sociaal karakter heeft, niet problematisch, spelen we de cliënt toe dat het wellicht een probleem is."

- Groepswerker/pedagogisch medewerker

middelengebruik in het spel is en zo ja, wat motivaties voor gebruik zijn, wat de frequentie van gebruik is, uitleg over risico's, etc.

Roken wordt volgens 8% (n=7) van deze respondenten toegestaan (maar bijvoorbeeld alleen buiten en niet binnen de panden van de instelling, en/of met toestemming van ouders en/of medewerkers). Tevens wordt alcoholgebruik bij 8% (n=7) van de instellingen toegestaan. Het gaat hierbij om gelimiteerd gebruik en/of gebruik door meerderjarigen. Ook geeft 4% (n=4) aan dat hun instelling zich qua algehele aanpak baseert op een protocol ingedeeld naar fases van middelengebruik, van beginnend/experimenteel tot problematisch gebruik of afhankelijkheid/verslaving.

Twee respondenten (2%) noemen het gebruik van de Richtlijn Middelengebruik voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming. Bezit van illegale drugs was volgens hen in alle gevallen verboden. Binnen deze functiegroep noemt 10% (n=9) enkel sancties als reactie op middelengebruik, zoals kamer- en/of urinecontroles, gele en rode kaarten, op je kamer moeten blijven wanneer je onder invloed bent of ontzegging van verlof. Drie respondenten (3%) geven aan dat de instelling werkt met beloningssystemen als het toekennen van (extra) privileges of vrijheden.

Overige functiegroepen

Van de 28 respondenten uit overige functiegroepen (voornamelijk ambulante hulpverleners) beschreef 14% (n=4) het beleid als: gebaseerd op richtlijnen, gericht op bespreekbaar maken van middelengebruik (met aandacht voor redenen en functies van gebruik) en het maken van afspraken over de aanpak. Door drie respondenten (11%) wordt hier de samenwerking met de IVZ genoemd. Twee keer (7%) wordt het protocol omschreven als 'de huisregels en consequenties voor overtreding hiervan'.

"Ik weet niet zeker of iedereen exact op de hoogte is van het beleid. Ik had er bijvoorbeeld nog niet eerder van gehoord en heb me er nu voor deze vragenlijst in verdiept".

- Jeugdzorgwerker

3.2.5 Navolging formeel beleid

Respondenten is ook gevraagd naar de mate waarin het formele middelenbeleid binnen de voorziening waar zij werken wordt nageleefd. Hieronder volgen de antwoorden per functiegroep op basis van een analyse van de antwoorden op de open vragen.

Directie/management

Onder de 18 respondenten vanuit directie en management is door 33% (n=6) aangegeven dat het middelenbeleid goed wordt nageleefd, echter ook enkele keren (28%, n=5) dat de naleving onvoldoende is. Bovengenoemde uitdagingen met buitenterreinen en roken / blowen worden ook door deze functiegroep benoemd. Daarnaast wordt verloop van personeel en daarmee het verlies van kennis door deze functiegroep gezien als belemmerend met betrekking tot naleving van het middelenbeleid.

Behandelaren/gedragswetenschappers

In deze functiegroep (n=33) ervaart 27% (n=9) van de respondenten dat het middelenbeleid goed wordt nageleefd. Een derde (n=11) van de respondenten geeft aan dat de naleving van beleid of normen omtrent middelengebruik verschillen per locatie, groep of setting. In sommige gevallen wordt rookbeleid volgens respondenten (9%, n=3) niet goed nageleefd (met name buiten het terrein van de instellingen). Eén respondent ervaart dat er door summier beleid meer kans is op discussie. Nog een respondent verklaart ruimte voor interpretatie als iets positiefs te zien ("voor invulling van vakmanschap").

Groepsleiders/pedagogisch medewerkers

Binnen deze functiegroep (n=92) geeft iets meer dan de helft (51%, n=47) aan dat zij ervaren dat het formele beleid over het algemeen goed wordt nageleefd, een kleinere groep (17%, n=16) geeft aan dat dit deels wordt nageleefd. Uitdagingen zijn omstandigheden waarbij jongeren naar buiten gaan en er weinig of geen (toe)zicht op hen is. Dit kan gaan om een rondje mogen lopen (en dan veelal gaan roken), op kamertraining zijn, op verlof gaan, of weglopen. Ook vormt de groep 18-plussers een grotere uitdaging, evenals de behoefte om maatwerk te kunnen leveren. Andere obstakels zijn: onrust/veranderingen in de organisatie en/of verloop van personeel waardoor gebrek aan ervaring en training ontstaat. Eén respondent (1%) verklaart 'gedoogbeleid' omtrent blowen te bemerken; een andere respondent (1%) ervaart dat bij diens instelling bij blowen het beleid het strengst wordt nageleefd.

Overige functiegroepen

Onder de overige functiegroepen (n=28) wordt de naleving door de helft (n=14) van de respondenten als positief ervaren. Er wordt driemaal genoemd (11%) dat er maatwerk toegepast wordt. Eén respondent (4%) gaat in op de moeilijkheden op meerdere terreinen, namelijk draagvlak (maatwerk ten opzichte van regels), wetgeving (Jeugdwet, de Wet Langdurige Zorg (WLZ), zorgverzekeringswet), doorverwijzing/samenwerking met GGZ en IVZ, zorgplicht en motivatie bij jongeren.

3.2.6 Ongeschreven regels

Ruim een kwart (26,5%, n=46) van alle 173 respondenten noemde het bestaan van ongeschreven regels omtrent middelenbeleid bij hun instelling. Op basis van een analyse van de antwoorden op de vragen wordt hier weergegeven welke ongeschreven regels dit zijn. Hierbij wordt het meest genoemd (6%, n=10) dat gebruik op de groep niet toegestaan is en dat jongeren die onder invloed zijn zich niet in de groep mogen begeven tot ze weer nuchter zijn. Eén respondent (0,5%) benoemt dat ook sigaretten niet zijn toegestaan op de groep.

Er wordt tevens gesproken van verschillen in werkwijze (3%, n=5) tussen de voorzieningen, gedogen van thuisgebruik, en het maken van afspraken/uitzonderingen afhankelijk van hoe problematisch het gebruik is bij een individuele jongere. Dit laatste gebeurt met name rond cannabisgebruik en in enige mate rond alcoholgebruik. Er wordt dan bijvoorbeeld toegestaan dat er buiten het instellingsterrein cannabis of alcohol genuttigd worden. Voor jongeren tussen 16 en 18 jaar wordt roken regelmatig gedoogd zolang er toestemming is van de ouders. Drie keer (2%) wordt aangegeven dat het een ongeschreven regel is dat het bezit van drugs en/of alcohol in de instelling verboden is, of dat er met harddrugs het strengst wordt omgegaan.

Overige punten met betrekking tot ongeschreven regels of flexibiliteit in de omgang met regels die elk door één respondent genoemd worden zijn:

- Het gedogen van /uitblijven van consequenties voor roken onder de 18 (met name wanneer de ouders van de jongere dit geen probleem vinden);
- Het afnemen van urinetests bij vermoedens van drugsgebruik;
- Het in beslag nemen (en vernietigen) van middelen bij vondst hiervan;
- Het bestaan van een samenwerkingsverband met een IVZ;
- Het middelengebruik wordt geïnventariseerd en gemonitord;
- Bezit van drugs (en in sommige gevallen ook alcohol) op eigen kamers is verboden;
- Niet mogen dealen in / uitwisselen van alcohol en/of tabak en/of andere middelen;
- Toestaan van visitatie binnen de gesloten jeugdhulp;
- Niet gebruiken / onder invloed zijn in het bijzijn van je kind.

3.2.7 Welke regels zijn van toepassing

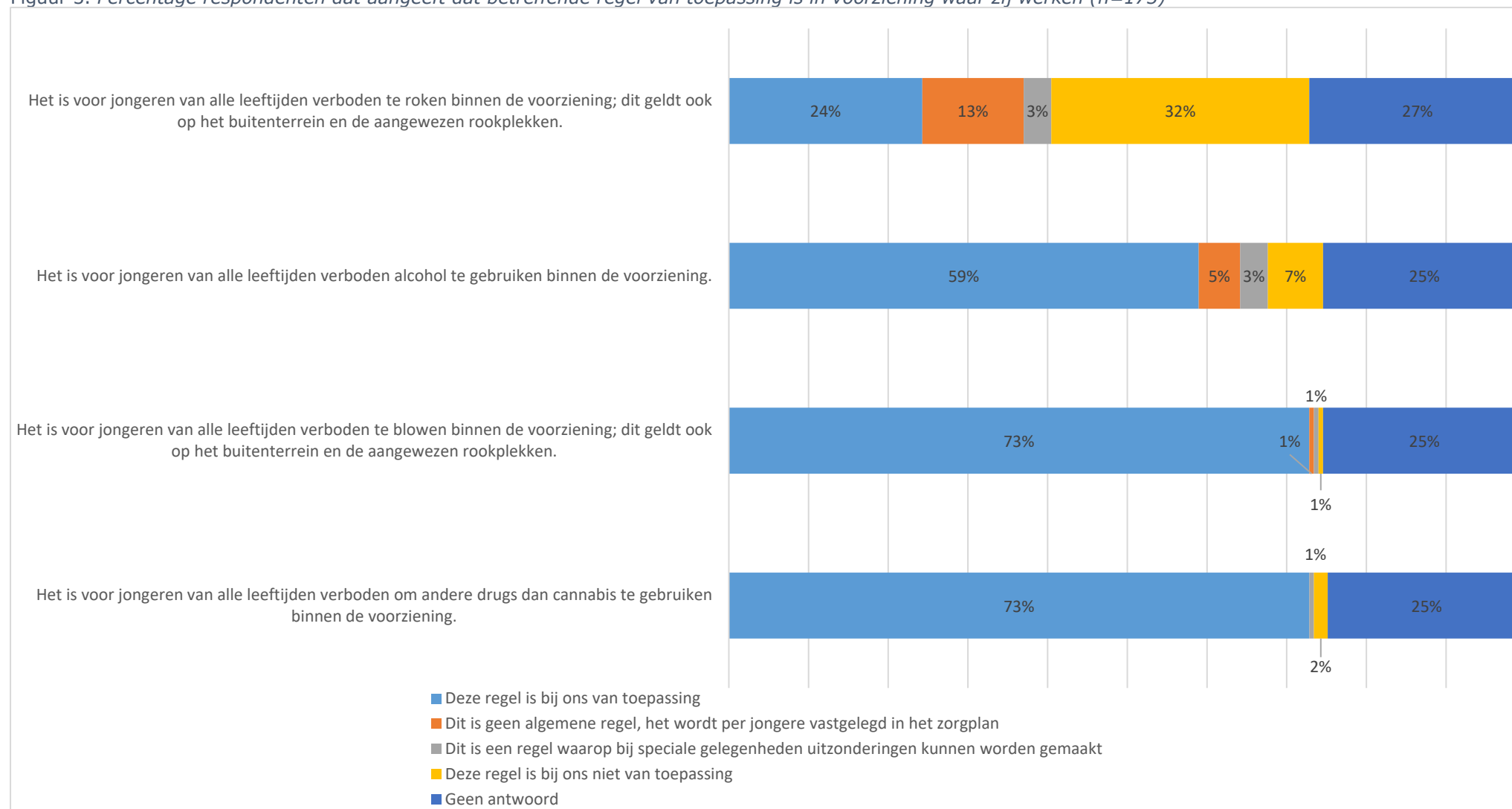
In onderstaande grafiek (n=173) wordt weergegeven in welke mate de genoemde regels omtrent middelengebruik volgens respondenten van toepassing zijn in de voorziening waar zij werkzaam zijn. Het vaakst van toepassing zijn de regels met betrekking tot een verbod voor jongeren van alle leeftijden om alcohol, cannabis of andere drugs te gebruiken binnen de voorziening.

Zo is het volgens 73% (n=126) van de respondenten voor jongeren van alle leeftijden verboden om te blowen of andere drugs te gebruiken binnen de voorziening waar zij werken, inclusief buitenterrein en aangewezen rookplekken. De regel dat het voor jongeren van alle leeftijden verboden is om alcohol te gebruiken binnen de voorziening scoort ook hoog (59%, n=102). Een algemeen rookverbod voor alle leeftijden wordt door 24% (n=42) van de respondenten herkend en een expliciet rookverbod voor minderjarigen door 13% (n=22).

Het eerdergenoemde rookbeleid dat veel organisaties hebben lijkt op basis van de online vragenlijst vooral betrekking te hebben op de plekken waar je mag roken en niet op het rookgedrag van de jongeren in het algemeen.

In ongeveer een kwart van de gevallen wordt per uitgevraagde regel geen antwoord gegeven op de vraag of deze regel van toepassing is of niet. Het is onduidelijk of dit betekent dat het bij deze respondenten niet duidelijk is of deze regels al dan niet van toepassing zijn in de instelling waar ze werkzaam zijn

Figuur 3. Percentage respondentent dat aangeeft dat betreffende regel van toepassing is in voorziening waar zij werken (n=173)



3.3 Attitude ten aanzien van middelenbeleid en -preventie

In onderstaande grafiek wordt weergegeven hoe de respondenten (n=146) aankijken tegen het geldende middelenbeleid en het uitvoeren van preventietaken bij de voorziening waar zij werkzaam zijn. Dit is voor de beschreven stellingen uitgevraagd op een vijfpuntsschaal. Een meerderheid van de respondenten vindt het bij zijn of haar taak horen om middelengebruik te bespreken. Door de percentages op te tellen wordt duidelijk welke uitspraken het hoogst en het laagst scoorden bij de respondenten.

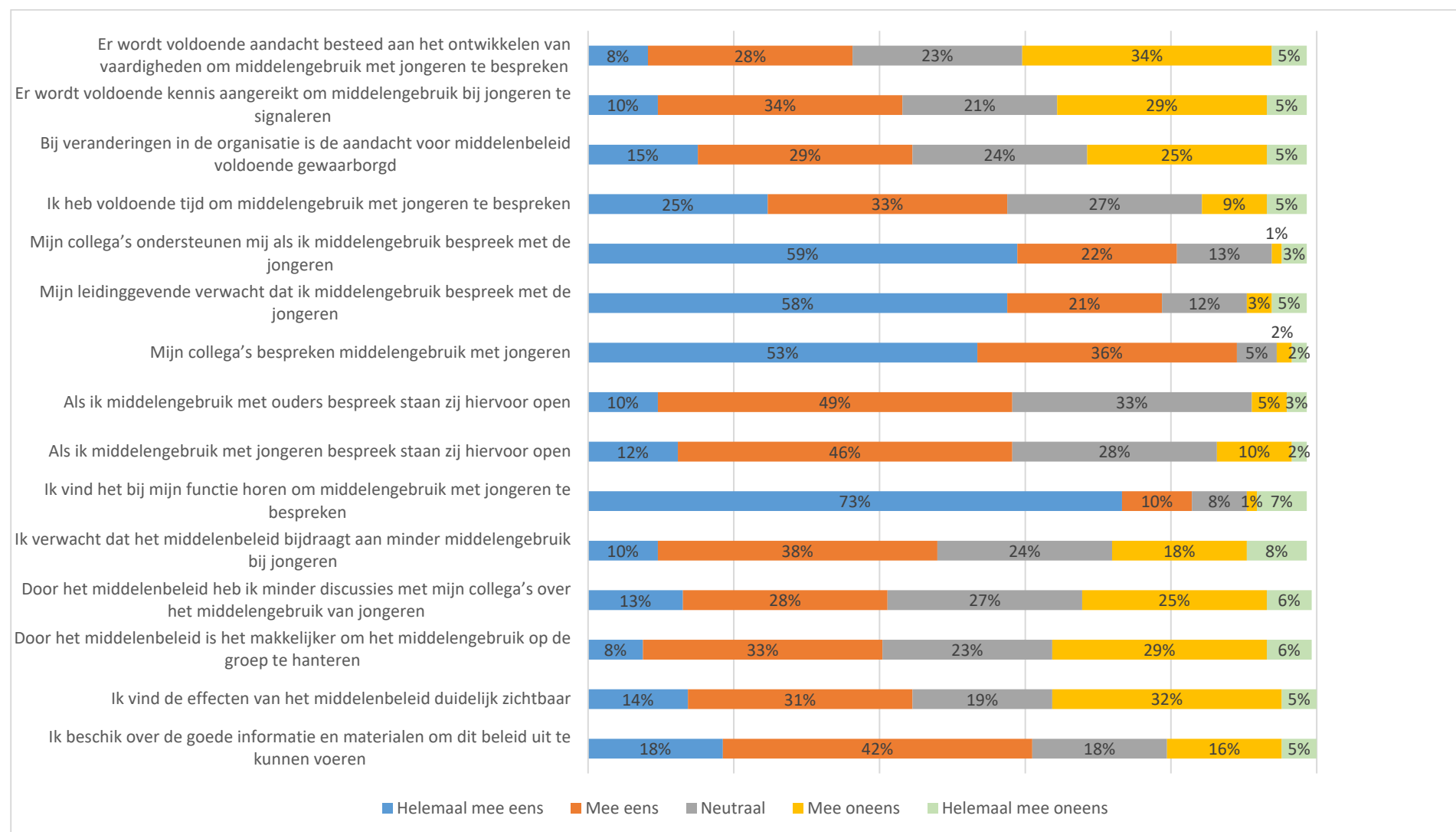
De volgende uitspraken scoorden hoog:

- 'Mijn collega's bespreken middelengebruik met jongeren' (89% helemaal of deels mee eens),
- 'Mijn leidinggevende verwacht dat ik middelengebruik bespreek met de jongeren' (79% helemaal of deels mee eens) en
- 'Mijn collega's ondersteunen mij als ik middelengebruik bespreek met de jongeren' (81% helemaal of deels mee eens).

Een aantal andere uitspraken scoorde juist relatief laag:

- 'Er wordt voldoende aandacht besteed aan het ontwikkelen van vaardigheden om middelengebruik met jongeren te bespreken' (36% helemaal of deels mee eens en 39% helemaal of deels mee oneens),
- 'Door het middelenbeleid is het makkelijker om het middelengebruik op de groep te hanteren' (41% helemaal of deels mee eens en 35% helemaal of deels mee oneens),
- 'Door het middelenbeleid heb ik minder discussies met mijn collega's over het middelengebruik van jongeren' (41% helemaal of deels mee eens en 31% helemaal of deels mee oneens) en
- 'Er wordt voldoende kennis aangereikt om middelengebruik bij jongeren te signaleren' (44% helemaal of deels mee eens en 34% helemaal of deels mee oneens).

Figuur 4. Attitude van respondenten ten aanzien van geldend middelenbeleid en preventietaken (n=146)



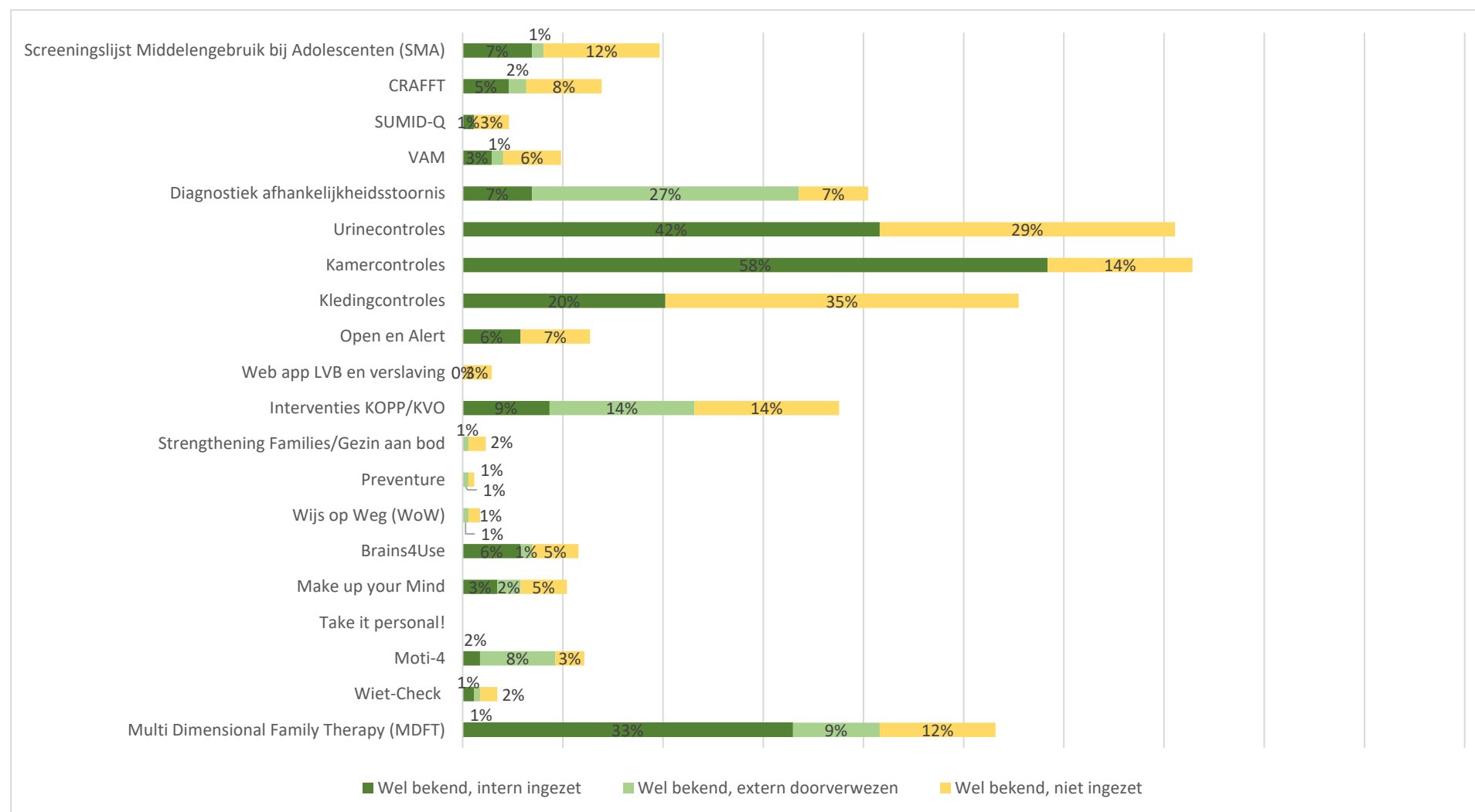
NB: Niet alle respondenten hebben voor elke stelling een antwoord ingevuld waardoor de percentages niet optellen tot 100%

3.4 Bekendheid en inzet instrumenten en interventies

In onderstaande grafiek (n=173) is weergegeven in hoeverre respondenten bekend zijn met verschillende instrumenten en interventies op het gebied van middelenpreventie, en in welke mate deze ingezet worden bij de voorziening waar zij werken.

Met name kamercontroles (58%, n=100), urinecontroles (42%, n=73) en Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) (33%, n=57) bleken bekend te zijn en intern ingezet te worden. Ook diagnostiek afhankelijkheidsstoornis (27%, n=47) en KOPP/KOV-interventies (15%, n=26) waren bekend en worden extern ingezet. Veel andere interventies waren onbekend en/of worden niet ingezet.

Figuur 5. Bekendheid en inzet instrumenten en interventies middelengebruik



3.4.1 Werkzaamheid controlemaatregelen

Meer dan de helft van de respondenten (n=88) ging bij de open vragen over de werkzaamheid van interventies nader in op controlemaatregelen zoals urine-, kamer- en kledingcontroles. Op basis van een analyse van de open vragen worden deze reacties hier nader toegelicht. Urinecontroles worden voornamelijk als effectief ervaren (23%, n=20) wanneer er vanuit de jongere al motivatie bestaat om met middelengebruik te minderen of stoppen. In dat geval kunnen urinecontroles werken als stok achter de deur. Urinecontroles kunnen volgens respondenten vooral effectief zijn als (extra) hulpmiddel / ondersteuning, maar niet zozeer als controlemiddel. Daarnaast vinden respondenten het veelal (34%, n=30) een nuttig middel om inzicht te krijgen in middelengebruik, en als aanleiding om een (doelgericht) gesprek over gebruik aan te gaan. Het is ook van belang de jongere uitleg te geven over waarom de urinecontrole uitgevoerd wordt.

"Op dat moment is er niets onderschept, echter blijkt uit ervaring dat dit niet inhoudt dat er geen middelen gebruikt of verhandeld worden."

- Groepsleider/pedagogisch medewerker

Een aantal respondenten (16%, n=14) wees erop dat de controles niet altijd betrouwbaar zijn: dit kan liggen aan de test zelf of aan een verkeerde interpretatie van de testuitslagen, maar ook aan jongeren die de tests weten te manipuleren. Een negatief gevolg van het inzetten van urinetesten is volgens sommige respondenten (8%, n=7) dat het jongeren het idee kan geven dat zij in eerste instantie niet geloofd worden tenzij er 'bewijs' is, hetgeen de vertrouwensrelatie niet ten goede komt. Ook wordt genoemd (7%, n=6) dat drempels bij deze maatregel zijn dat de jongere zelf toestemming moet geven, en de uitslag relatief lang op zich laat wachten (2%, n=2). Drie respondenten (3%) noemen dat niet duidelijk is wat er dient te gebeuren in reactie op een positieve uitslag van een urinetest.

Met betrekking tot kamercontroles wordt vier keer (5%) aangegeven dat er vaak niets of weinig gevonden wordt. De controles zijn tijdrovend, en jongeren kunnen middelen eventueel ook buiten hun kamer verstopten. Eén respondent benoemt als drempel de wetten en regels ten aanzien van het mogen controleren. Net als bij urinecontroles wordt bij deze maatregel ervaren dat het een goede aanleiding kan zijn voor het gesprek. Vijf respondenten vinden een kamercontrole een inbreuk op de privacy van de jongere. Net als bij urinecontroles geldt de drempel dat de jongere toestemming moet geven, en is het van belang de jongere uit te leggen waarom de controle gedaan wordt. Ook krijgt de jongere liefst toestemming zelf bij de controle aanwezig te zijn.

"De reden om een uc in te zetten is verschillend (iedereen heeft eigen ideeën over wanneer je een uc inzet). Ik vraag me af of die inzet dan helpend is het doel te bereiken. Is het doel wel duidelijk als een uc afgenomen wordt?"

- Behandelaar/gedragswetenschapper

Genoemd wordt tevens (13%, n=11) dat wat de respondenten betreft goed is aan kamercontroles is dat er een signaal wordt afgegeven dat middelen in de instelling niet getolereerd worden. Ook wordt genoemd (6%, n=5) dat het meer inzicht geeft in gebruik, en het de betreffende en/of andere jongeren een gevoel van veiligheid kan geven. Eén respondent (1%) benoemt dat de

kamercontroles de jongeren juist een gevoel van *onveiligheid* geven. Als negatieve uitwerking wordt meermaals benoemd (22%, n=19) dat er een kat-en-muis-spel ontstaat, waarbij de jongeren steeds slimmer inspelen op de kamercontroles, waarvan ze precies weten hoe die uitgevoerd worden. Daarnaast wordt het ongunstige resultaat genoemd (9%, n=8) dat jongeren juist minder open durven zijn over gebruik en nog meer moeite gaan doen om bezit en verbruik te verdoezelen, wat uiteindelijk niet helpend is.

Kledingcontroles worden van de drie controlemaatregelen het minst uitgevoerd. Volgens twee respondenten wordt hierbij meestal niets of weinig gevonden. Jongeren weten bijvoorbeeld dat ze moeten zorgen middelen, als ze deze bij zich hebben, op hun lichaam i.p.v. in hun kleding te dragen. Instellingen mogen vaak niet verder gaan dan jongeren zelf vragen hun zakken leeg te maken, sokken en schoenen uit te doen, etc. Ook bij deze maatregel wordt drie keer aangegeven dat deze uitgevoerd wordt om (het gevoel van) veiligheid te bevorderen, en dat het een signaal afgeeft (5%, n=4) over wat niet getolereerd wordt qua middelen(gebruik). Eén respondent ervaart dat kledingcontroles het gesprek aangaan bemoeilijken.

3.4.2 Opmerkingen bij andere interventies

Hieronder worden de opmerkingen bij instrumenten en interventies anders dan de controlemaatregelen beschreven.

Tabel 6. *Opmerkingen met betrekking tot werkzaamheid interventies*

Naam interventie	Wat werkt wel/niet goed bij deze interventie?
Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA)	Drie respondenten wijzen erop dat jongeren deze lijst niet per se eerlijk invullen, waarbij twee ook benoemen dat het een momentopname is. Eén respondent noemt dat deze lijst eenvoudig en goed inzetbaar is bij het begin van de plaatsing maar in de praktijk vaak wordt vergeten. Eén respondent noemde dat de wachttijden lang zijn.
CRAFFT Screening Test	Eén respondent noemt dat de opdracht in de organisatie is om deze lijst te gebruiken, maar dat hij vaak wordt vergeten. Een andere respondent noemt ook dat dit instrument meer aandacht moet krijgen. Volgens nog een respondent is het een momentopname. Een respondent noemt dat CRAFFT bij schrijfopdrachten wordt ingezet.
SUMID-Q	Geen opmerkingen.
Vragenlijst Analyse Middelengebruik (VAM)	Twee respondenten noemen dat de vragenlijst helpt om het gebruik inzichtelijk te maken. De doorverwijzing naar verslavingszorg kan volgens één respondent beter, soms is er een langere wachtlijst. Een respondent noemt dat 'drooggebruik' ('desire thinking': een aanhoudende gedachtegang waarbij beginnende trek snel escaleert, o.a. door levendige imaginatie, red.) te veel onderschat wordt, terwijl een jongere wel verslaafd blijft.
Diagnostiek afhankelijkheidsstoornis	De samenwerking met verslavingszorg (of het gebrek daaraan) wordt hier tien keer genoemd. Hierbij wordt het verschil in werkwijze genoemd (zoals het al dan niet hanteren van motivatie als voorwaarde), maar ook dat korte lijnen goed werken. Een respondent noemt hierbij specifiek dat er

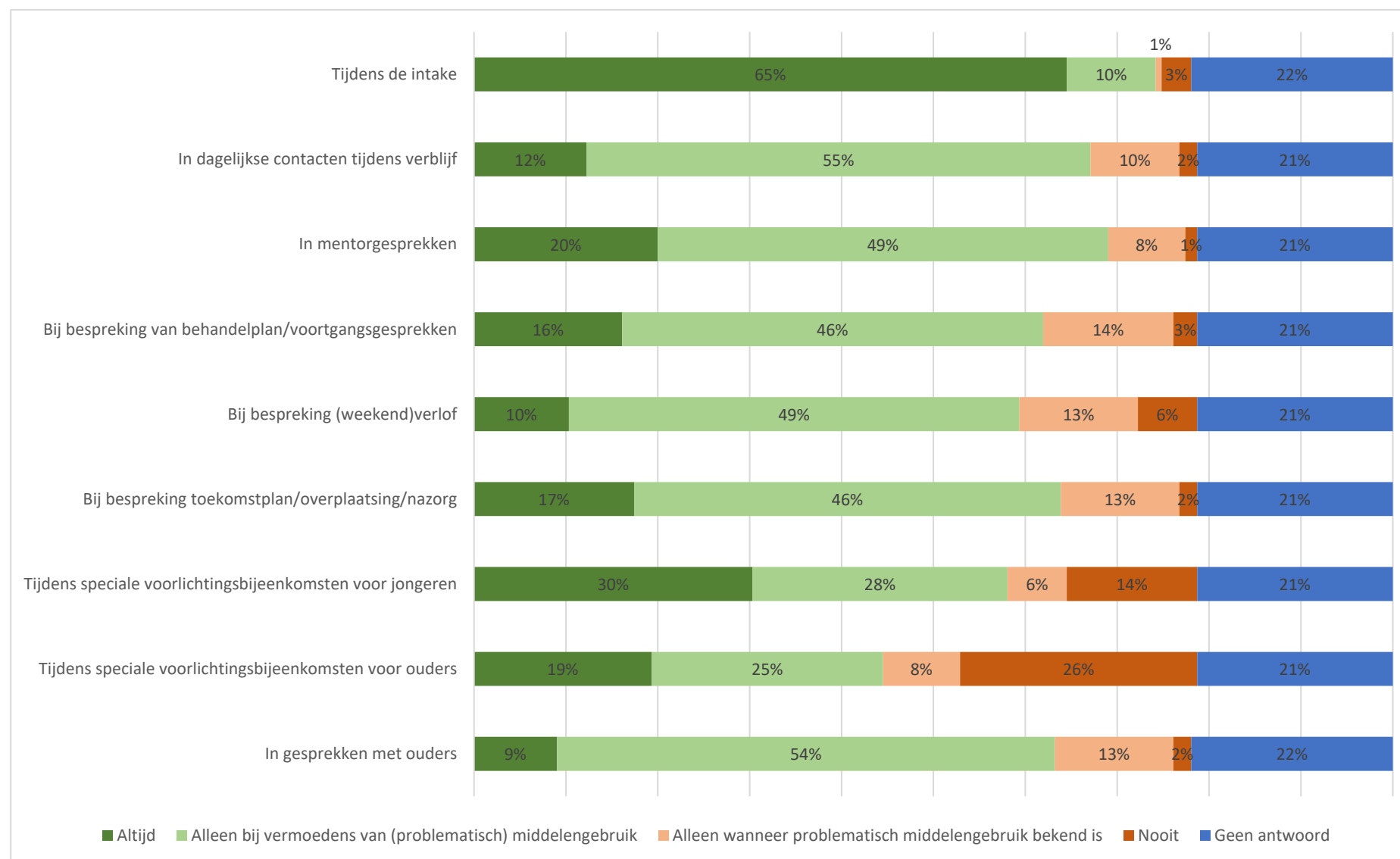
	onderdiagnostiek is die gevoed wordt door een stroeve ketenzorgrelatie met verslavingszorg. Een andere respondent geeft aan dat de verslavingszorg ondanks een goede overdracht de problematiek toch lichter inschat dan de medewerkers op de groepen. Negen respondenten gaan hierin op de motivatie van de jongere die doorgaans een voorwaarde is vanuit de verslavingszorg. Als deze motivatie er niet is loopt een doorverwijzing voor diagnostiek of behandeling vaak vast. Zeven respondenten zeggen iets over tijd (bijvoorbeeld trage doorverwijzing of lange wachtlijsten) en twee keer wordt moeizame financiering genoemd. Ook wordt twee keer het belang van diagnostiek of een poli op de locatie zelf genoemd. Andere opmerkingen die hierbij gemaakt worden zijn dat er geen diagnostiek wordt gedaan, dat er onvoldoende behandeling wordt geboden, dat de begeleiding en laagdrempeligheid die de verslavingszorg biedt vanuit de instelling niet geboden kan worden, dat de diagnostiek als negatieve consequentie kan hebben dat de openheid [over middelengebruik] wordt beperkt en dat het voor jongeren fijn is als ze er met iemand anders dan de vaste groepsleiding over kunnen praten.
Open en Alert	Hier noemen vier respondenten dat het goed werkt als medewerkers het middelengebruik goed kunnen signaleren en openlijk kunnen bespreken. Drie keer wordt hierbij ook de samenwerking met IVZ genoemd. Twee respondenten benoemen de voorlichting en kennis voor medewerkers. Eén keer wordt genoemd dat roken door bijvoorbeeld een 15-jarige wel getolereerd wordt en niet leidt tot signaleren of verwijzing naar een IVZ.
Web-app 'LVB en verslaving'	Geen opmerkingen.
Interventies voor Kinderen van Ouders met Psychische Problemen of Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOPP/KOV)	Zeven respondenten benoemen dat het goed is dat er voor deze doelgroep een speciaal aanbod is en dat jongeren zich hierdoor gehoord voelen en ervaringen kunnen delen. Vier keer wordt als knelpunt genoemd dat jongeren niet altijd gemotiveerd zijn om aan een dergelijk aanbod deel te nemen. Drie keer wordt genoemd dat er vaak wachttijden zijn of dat onduidelijk is wanneer een nieuwe groep start.
Strengthening Families / Gezin Aan Bod	Geen opmerkingen.
Preventure	Geen opmerkingen.
Wijs op Weg (WoW)	Eén respondent noemt hierbij dat de samenwerking met de GGZ en verslavingszorg moeizaam gaat.
Brains4Use	Twee respondenten noemen dat deze interventie jongeren inzicht biedt in het eigen middelengebruik. Eén respondent noemt dat de interventie te licht is voor heftige

	verslavingsproblematiek en dat jongeren hem te lang vinden duren bij experimenteergedrag.
Make Up Your Mind	Eén respondent geeft aan dat de instelling het samen met de IVZ heeft ontwikkeld, maar dat het niet meer gebruikt wordt omdat het te licht is voor hun doelgroep met toenemende verdichting van problematiek.
Take It Personal!	Geen opmerkingen.
Moti-4	Drie respondenten geven aan dat de kracht van deze interventie zit in de openheid, zowel wat betreft het bespreken van middelengebruik als het motiveren van jongeren. Een andere respondent ziet deze vrijblijvendheid ook als risico, als je al veel moeite gedaan hebt om een jongere eenmaal 'binnen' te krijgen. Eén respondent geeft aan deze interventie verplicht in te zetten als jongeren aangeven dat zij niet zo goed meer kunnen stoppen met middelengebruik. Eén respondent mist de terugkoppeling vanuit de IVZ bij jongeren die ouder zijn dan 16 jaar; zonder informatie over triggers voor gebruik is het lastig om de jongere hierbij te begeleiden. Andere knelpunten zijn het gemotiveerd houden van een jongere met LVB en dat het vaak korte trajecten zijn die niet altijd vruchten afwerpen.
Wiet-Check	Geen opmerkingen.
Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT)	Negen respondenten benoemen het systeemgericht werken, het contact met het netwerk en de korte lijnen als algemene sterke punten van deze interventie. Vijf andere respondenten benoemen expliciet de manier waarop middelengebruik aandacht krijgt binnen deze interventie, bijvoorbeeld door ook te kijken naar verslaving gezinsleden en inzet urinecontroles. Twee keer wordt genoemd dat het wel noodzakelijk is dat ouders en jongeren gemotiveerd zijn en twee keer wordt ook genoemd dat er wachtlijsten kunnen zijn voor dit aanbod.

3.5 Momenten waarop middelengebruik besproken wordt

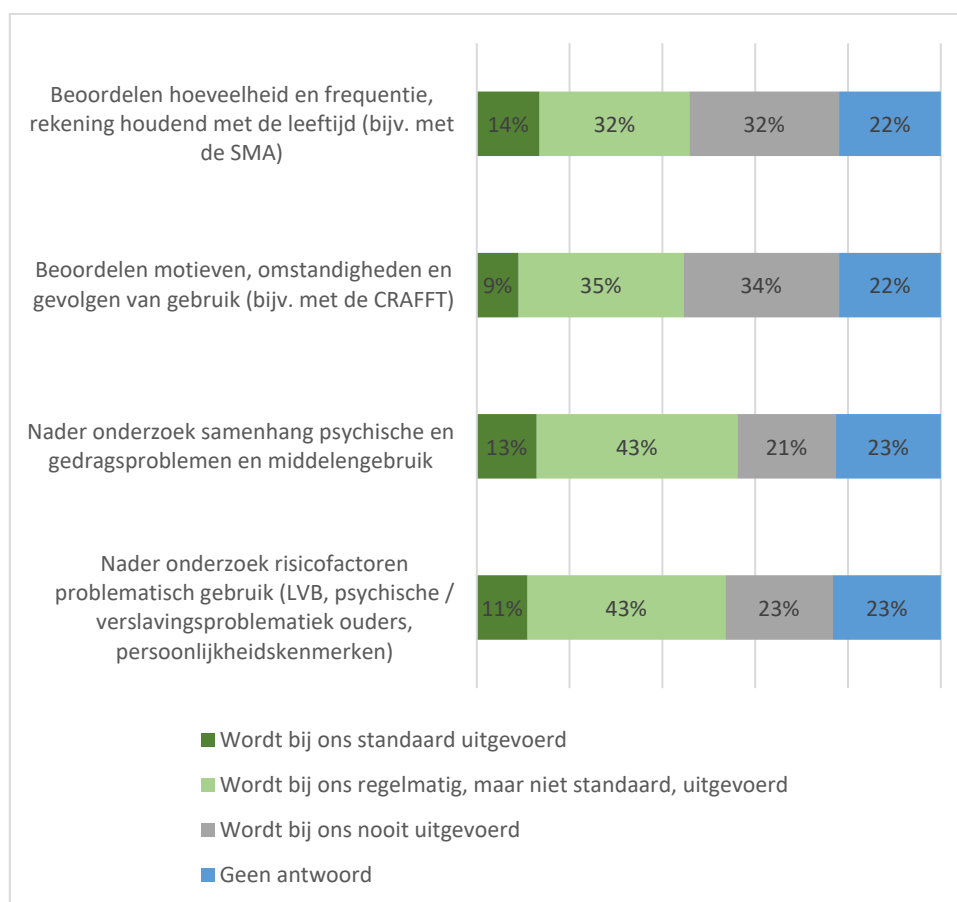
In onderstaande grafieken (n=155) wordt weergegeven op welke momenten en op welke manieren middelengebruik volgens de respondenten besproken wordt met jongeren tijdens hun verblijf in een instelling. Deze vragen zijn alleen voorgelegd aan groepsleiders/pedagogisch medewerkers en behandelaars/gedragswetenschappers. Deze geven aan dat dit vooral tijdens de intake (65%, n=101) en tijdens speciale voorlichtingsbijeenkomsten voor jongeren (30%, n=46) gebeurt. Op andere momenten zoals in dagelijkse contacten tijdens verblijf, in mentorgesprekken, bij formele bespreekmomenten zoals een behandelplan of in gesprekken met ouders gebeurt dit alleen bij vermoedens van (problematisch) gebruik.

Figuur 6. Momenten waarop middelengebruik besproken wordt



Ook is respondenten gevraagd naar de ingezette strategieën om (problematisch) middelengebruik te signaleren. Volgens 43% (n=67) van de respondenten wordt 'nader onderzoek samenhang psychische en gedragsproblemen en middelengebruik' en 'nader onderzoek risicofactoren problematisch gebruik' regelmatig (maar niet standaard) ingezet. 'Beoordelen motieven, omstandigheden en gevolgen van gebruik' wordt volgens 36% (n=56) van de respondenten regelmatig ingezet en 'beoordelen hoeveelheid en frequentie, rekening houdend met de leeftijd' door 32% (n=50) van de respondenten. Overigens worden deze strategieën volgens bijna net zoveel respondenten nooit gebruikt in de voorziening waar zij werken.

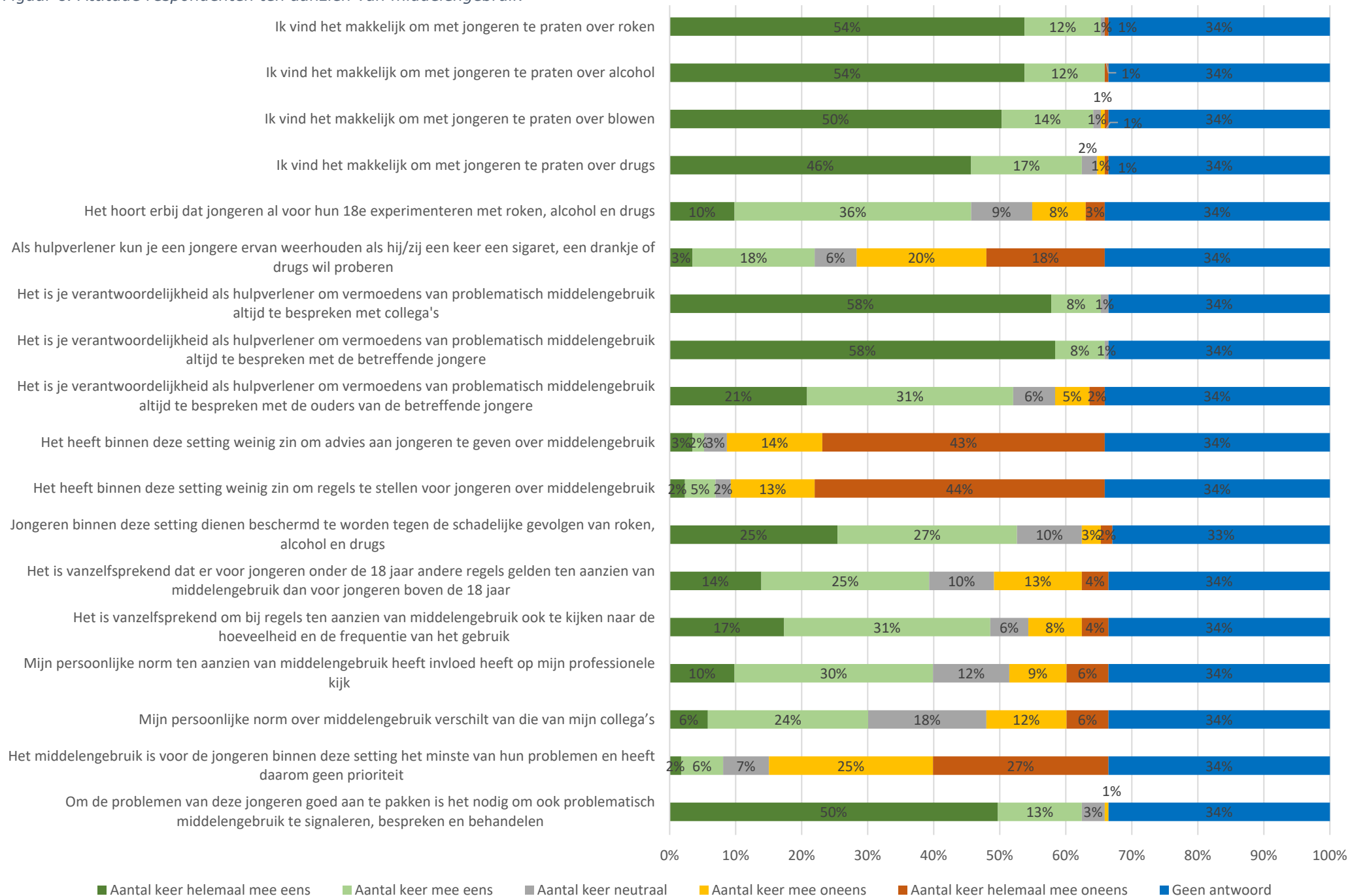
Figuur 7. Inzet met betrekking tot signalering (problematisch) middelengebruik



3.6 Attitude van medewerkers ten aanzien van middelengebruik

Aan groepsleiders/pedagogisch medewerkers en behandelaars/gedragswetenschappers (n=155) is op een vijfpuntsschaal gevraagd in hoeverre zij het eens waren met bepaalde stellingen omtrent middelengebruik en hun rol als professional in de omgang hiermee. In figuur 8 zijn de uitkomsten hiervan te zien. Met name 'Het is je verantwoordelijkheid als hulpverlener om vermoedens van problematisch middelengebruik altijd te bespreken met collega's' en 'Het is je verantwoordelijkheid als hulpverlener om vermoedens van problematisch middelengebruik altijd te bespreken met de jongere' scoorden hoog. Er waren 102 respondenten (66%) die het hier 'helemaal mee eens' of 'mee eens' waren. Ook gaf ongeveer de helft van de respondenten aan het makkelijk te vinden om met jongeren te praten over roken (54% helemaal mee eens, n=84), alcohol (54% helemaal mee eens, n=84), blowen (50% helemaal mee eens, n=78) en drugs (46% helemaal mee eens, n=71). Uitspraken die juist relatief laag scoorden waren 'Het heeft binnen deze setting weinig zin om regels te stellen voor jongeren over middelengebruik' (44% helemaal mee oneens, n=68) en 'Het heeft binnen deze setting weinig zin om advies aan jongeren te geven over middelengebruik' (43% helemaal mee oneens, n=67).

Figuur 8. Attitude respondententen ten aanzien van middelengebruik



3.7 Persoonlijke visie medewerkers op middelengebruik jongeren

In de online vragenlijst is respondenten via open vragen gevraagd naar hun persoonlijke visie op middelengebruik. Dit onderdeel van de vragenlijst werd door 111 respondenten ingevuld.

Middelengebruik door de jongeren wordt over het algemeen als problematisch ervaren door een kwart (25%) van deze respondenten (n=28). Genoemde redenen hiervoor zijn met name het risico op afhankelijkheid of verslaving (8%, n=9), het feit dat het om kwetsbare jongeren gaat (5%, n=5), het idee dat middelengebruik toeneemt onder deze groep (3%, n=3) en het risico op onderlinge beïnvloeding tot (meer) gebruik (6%, n=7). Er wordt echter ook benoemd (6%, n=7) dat er begrip is voor het gebruik gezien de situatie van de jongeren, in de zin van middelengebruik als coping-mechanisme, zoals voor het vergeten van problemen of omgaan met verveling of stress. Middelengebruik als zelfmedicatie wordt wel als een probleem gezien, waarvoor er bij de aanpak focus moet zijn op preventie en het aanleren van alternatieve copingstrategieën.

"Ik begrijp wat jongeren aantrekt in het gebruik van middelen (de effecten op geest en emotie). Ik ben me echter ook bewust van de risico's en probeer deze voor jongeren altijd inzichtelijk te maken."

- Groepswerker/pedagogisch medewerker

Experimenteren met gebruik wordt door sommige respondenten (7%, n=8) gezien als iets dat hoort bij de leeftijdsfase van de jongeren, hoewel één professional benoemt dat de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren ook experimenteren voor deze groep onwenselijk maakt. Wanneer gebruik frequent (dagelijks) voorkomt wordt dit als problematisch gezien, met name wanneer dit zorgt voor belemmeringen in het dagelijks functioneren (school, werk of dagbesteding, dag/nachtritme, gezondheid, financiën, sociale contacten, etc.), de algehele ontwikkeling en de begeleiding of behandeling. Tevens wordt enkele keren veiligheid genoemd, in de zin van brandgevaar, criminele activiteiten, aangeven van grenzen, of de veiligheid van werknemers en andere cliënten die last (kunnen) ondervinden van andermans middelengebruik. Eén professional geeft aan gebruik per definitie als probleem te zien wanneer de cliënt zwanger is of een kind heeft. Verder geven twee respondenten aan alle middelengebruik als problematisch te zien in deze context, gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep. Voor anderen is de mate waarin gebruik problematisch is (ook) afhankelijk van leeftijd en/of middel.

Twee keer (2%) is genoemd dat alcoholgebruik meer aandacht verdient en hiernaar soms 'te laconiek' wordt gekeken. Ook wordt door drie respondenten aangegeven dat zij de perceptie hebben dat middelengebruik toeneemt onder jongeren in de instellingen.

"Wat opvalt, is dat jongeren over het algemeen wel allemaal drinken. De één drinkt hierin overmatig en de meesten matig."

- Ambulant hulpverlener

Qua gebruik in het algemeen gaat het bijvoorbeeld om XTC/MDMA en ketamine, maar voornamelijk worden het gebruik van tabak, alcohol en cannabis gezien. Anderen (6%, n=7) geven aan dat het inschatten van middelengebruik moeilijk is en zij hierin, ook wat betreft aanpak van gebruik, een gebrek aan scholing, kennis en deskundigheid ervaren.

De grootste zorgen van medewerkers met betrekking tot middelengebruik liggen rond het risico op afhankelijkheid of verslaving, een mogelijk gebrek aan zicht op gebruik door gebrek aan signalering, en de gezondheid van de jongeren. Ook wordt met betrekking tot deze jonge en kwetsbare doelgroep het gebrek aan zelf kunnen overzien van (eventuele) gevolgen op de lange(re) termijn genoemd als zorg, niet alleen met betrekking tot gevolgen voor gezondheid en ontwikkeling, maar ook bijvoorbeeld wat betreft het in contact komen met dealers en verzeild raken in criminele circuits.

3.8 Succesfactoren, knelpunten en behoeften

In de online vragenlijst zijn aan de respondenten enkele open vragen voorgelegd omtrent succesfactoren, knelpunten en behoeften wat betreft preventie van en omgang met middelengebruik.

Door open codering via het programma MAXQDA konden de antwoorden in enkele categorieën onderscheiden worden. Hieruit volgde onderstaande indeling in domeinen met betrekking tot succesfactoren, knelpunten en behoeften.

3.8.1 Succesfactoren bij tegengaan (problematisch) middelengebruik

De respondenten is gevraagd aan te geven wat zij ondervinden als succesfactoren bij het tegengaan van (problematisch) middelengebruik onder de jongeren waar zij mee werken. Deze open vraag is door 117 respondenten ingevuld. De meest genoemde succesfactoren (genoemd door minimaal 10% van de respondenten) vallen onder onderstaande domeinen:

BESPREEKBAARHEID (n=49)	Respondenten geven aan dat het van belang is gebruik bespreekbaar te maken door het gesprek durven aan te gaan, en dit te doen op een niet-oordelende toon. Vermoedens moeten echter (kunnen) worden uitgesproken, en jongeren moeten de veiligheid voelen gebruik te kunnen bespreken zonder (gegarandeerde) consequenties/sancties.
DESKUNDIGHEID (n=14)	Deskundigheid (via scholing) op het gebied van herkennen en signaleren, maar ook op het gebied van inzet van psycho-educatie en gesprekstechnieken als Motiverende Gespreksvoering, wordt als succesfactor gezien.
DUIDELIJKHEID (n=28)	Van belang zijn tevens duidelijkheid naar de jongeren toe wat betreft regels, afspraken, grenzen en consequenties omtrent middelengebruik, evenals eenduidigheid omtrent middelenbeleid naar medewerkers toe.
OPENHEID (n=36)	De open sfeer raakt aan bespreekbaarheid; er wordt ervaren dat het succesvol is te werken vanuit een vertrouwelijke relatie. De jongeren dienen zich veilig te voelen en zich gezien, begrepen en gehoord te voelen.
SAMENWERKING (n=24)	Belang van samenwerking met de IVZ wordt genoemd in het kader van aanbieden van hulp en doorverwijzen. Ook samenwerking met de politie kan een succesfactor zijn wat betreft het tegengaan van dealen in of rond een

instelling. Daarnaast worden samenwerking met ketenpartners en externe experts genoemd.

VOORLICHTING (n=16)

Tot slot wordt voorlichting (zowel individueel als groepsgewijs) aan de jongeren genoemd als succesfactor in het tegengaan van (problematisch) middelengebruik.

Daarnaast geven vier respondenten aan dat zij maatregelen als zerotolerance beleid en/of urine- en kamercontroles als succesfactoren ervaren in het terugdringen van middelengebruik.

3.8.2 Knelpunten bij tegengaan (problematisch) middelengebruik

De respondenten is ook gevraagd naar welke knelpunten zij ervaren bij het tegengaan van (problematisch) middelengebruik in de voorziening waar zij werkzaam zijn. 112 respondenten hebben deze vraag beantwoord. Wat betreft knelpunten is meer diversiteit te zien in de antwoorden van de respondenten dan bij de succesfactoren. Onderstaande domeinen zijn wederom door minimaal 10% van de respondenten benoemd.

*"Je praat er niet openlijk over.
Dit is cultureel en maatschappelijk bepaald; onze instelling is daar vervolgens een afspiegeling van."*

OPEN SETTING (n=11)

Door de open setting van sommige voorzieningen hebben medewerkers vaak geen direct zicht op wat de jongeren doen. Dit maakt ook het signaleren van middelengebruik lastiger. Er is vrij veel gelegenheid om ongemerkt middelen te gebruiken (waaronder roken en drinken). Ook invloeden van buitenaf (gebruik door vrienden/ familieleden, benaderd worden door dealers, etc.) zijn moeilijk in de gaten te krijgen.

GROEPSDYNAMIEK (n=23)

Door de groepsdynamiek kunnen jongeren elkaars middelengebruik (sterk) beïnvloeden. Wanneer jongeren niet al gebruikten, komen ze er veelal onderling mee in aanraking in instellingen of voorzieningen. Vervolgens kan meedoen (zoals aan roken) ontstaan uit kopieergedrag, erbij willen horen en/of 'stoerdoenerij'. Het is moeilijk hierop invloed uit te oefenen en hierbij maatwerk toe te passen: andere jongeren zullen merken dat er voor iemand uitzonderingen gemaakt worden en kunnen denken dat regels er dan ook voor hen niet echt toe (hoeven) doen.

MOTIVATIE (n=13)

Gebrek aan (intrinsieke) motivatie van jongeren om iets aan hun middelengebruik te veranderen wordt regelmatig genoemd als knelpunt. Deze motivatie wordt gezien als noodzakelijk om een begin te kunnen maken met het aanpakken van middelengebruik.

DESKUNDIGHEID (n=13)

Gebrek aan expertise binnen de organisatie omtrent het omgaan met en tegengaan van middelengebruik wordt regelmatig genoemd. Er is behoefte aan meer scholing, ook om meer kennis te krijgen van voorhanden interventies. Vanuit directie/management wordt benoemd dat het budget

hiervoor beperkt is. Ook verloop van personeel maak dat deskundigheid moeilijker te borgen is.

DUIDELIJKHEID (n=11)

Een gebrek aan duidelijk beleid (of kennis hiervan), waarin voor zowel medewerkers als jongeren helder is wat er van hen verwacht wordt aan de hand van regels en kaders, is regelmatig genoemd als knelpunt. Zulke regels zijn volgens sommige respondenten weer moeilijk(er) te handhaven vanwege de relatief gemakkelijke beschikbaarheid van middelen en de open setting.

Vijf respondenten geven aan dat wanneer er te weinig openheid is en er een 'taboesfeer' heerst omtrent het praten over middelengebruik jongeren mogelijk des te meer stiekem doen en achterhouden voor de medewerkers. Tevens wordt het door zeven respondenten als knelpunt ervaren dat er juridisch gezien weinig middelen beschikbaar zijn om jongeren (onvrijwillig) te controleren, zoals via urine-, kleding- of kamercontroles. Nog vijf respondenten benoemen dat middelengebruik, waaronder roken en (overmatig) alcoholgebruik, soms nogal geaccepteerd lijkt onder de jongeren. Eén respondent benoemt als knelpunt dat ook medewerkers zelf soms met een positieve attitude spreken over roken of drinken (dit onderling, maar wel ten overstaan van de jongeren). In tien gevallen wordt een gebrekkige samenwerking met ketenpartners (met name de verslavingszorg) ervaren; dit heeft te maken met verschillen in verwachtingen en werkwijzen. Ook de multiproblematiek van de jongeren vormt een knelpunt. Tot slot noemen vier respondenten tijdgebrek voor het bespreken van middelengebruik naast alle andere zaken waarover gesproken moet worden.

3.8.3 Behoeften bij het tegengaan (problematisch) middelengebruik

De behoeften omtrent het (beter) omgaan met (problematisch) middelengebruik door jongeren in de instellingen overlappen voor een groot deel met bovenstaande punten met betrekking tot ervaren knelpunten. Zo is er, volgens de 107 respondenten die deze vraag invulden, behoefte aan:

BELEIDSONTWIKKELING (n=21)

Eenduidig beleid en protocollen met regels/afspraken die ook werkelijk nagekomen en nageleefd kunnen worden. Sommige respondenten geven aan behoefte te hebben aan strenger beleid; anderen zien in het belang van openheid liefst dat er duidelijke grenzen gesteld kunnen worden zonder dat er per definitie direct consequenties aan middelengebruik moeten zitten.

BESPREEKBAARHEID (n=16)

Er wordt benoemd dat er meer aandacht en tijd nodig is voor het open in gesprek gaan over middelengebruik met de jongeren, alsook voor het regelmatig bespreken van het thema in teamverband.

**DESKUNDIGHEIDS-
BEVORDERING (n=43)**

Op dit vlak is er behoefte aan meer scholing qua: kennis van middelengebruik, (nieuwe) drugs, en preventie, en training in gesprekstechnieken als Motiverende Gespreksvoering, psycho-educatie, signaleren, en omgaan met groepsdynamieken.

INTERVENTIE-INZET (n=47)

Er is aangegeven dat er behoefte is aan meer kennis van methodieken, instrumenten en interventies, evenals toegang tot screenings-instrumenten. Dit voor het omgaan met / aanpakken van bestaand middelengebruik, maar ook ter preventie ervan.

SAMENWERKING (n=29)

Er is behoefte aan verbetering van de samenwerking met de IVZ middels korte(re) lijnen en laagdrempeligheid. Enkele respondenten noemen hierbij behoefte aan meer mogelijkheden voor opname. Tevens is er behoefte aan uitwisseling van *best practices* tussen instellingen.

3.9 Invloed directe omgeving

Tot slot is uitgevraagd welke factoren in de directe omgeving van de instelling/voorziening volgens de respondenten invloed hebben op het middelengebruik van de jongeren. Op deze open vraag werd door 95 respondenten antwoord gegeven. De invloed van personen in de directe omgeving wordt het meest genoemd (n=42): er vindt onderlinge beïnvloeding plaats tussen de jongeren in de instellingen. Dit kan gelden voor (het uitproberen van) middelengebruik, waaronder roken, en vervolgens ook voor het omzeilen van regels en controles hieromtrent. Ook ouders die bijvoorbeeld veelvuldig alcohol of andere middelen gebruiken (en handelingsverlegen zijn waar het gaat om gebruik door hun kind) en medewerkers die roken in het zicht van de jongeren worden genoemd; zij hebben ook invloed via voorbeeldgedrag en het uitdragen van een norm.

"Ik denk dat een omgeving met voldoende afleiding, leuke activiteiten, ervoor zorgt dat jeugdigen minder snel uit verveling naar drugs grijpen."

- Gedragswetenschapper

Door negen respondenten wordt de instellingsomgeving eerder als een positieve invloed ervaren wanneer er voldoende ingezet wordt op ontmoediging van en begeleiding bij gebruik, en/of wanneer de jongeren in een omgeving zitten waar zij minder (bestaande) sociale contacten en netwerken buiten de instelling hebben. Ook settings waar jongeren tijdelijk individueel verblijven worden gezien als positief qua invloed op middelengebruik: ze worden daar niet beïnvloed door leeftijdsgenoten.

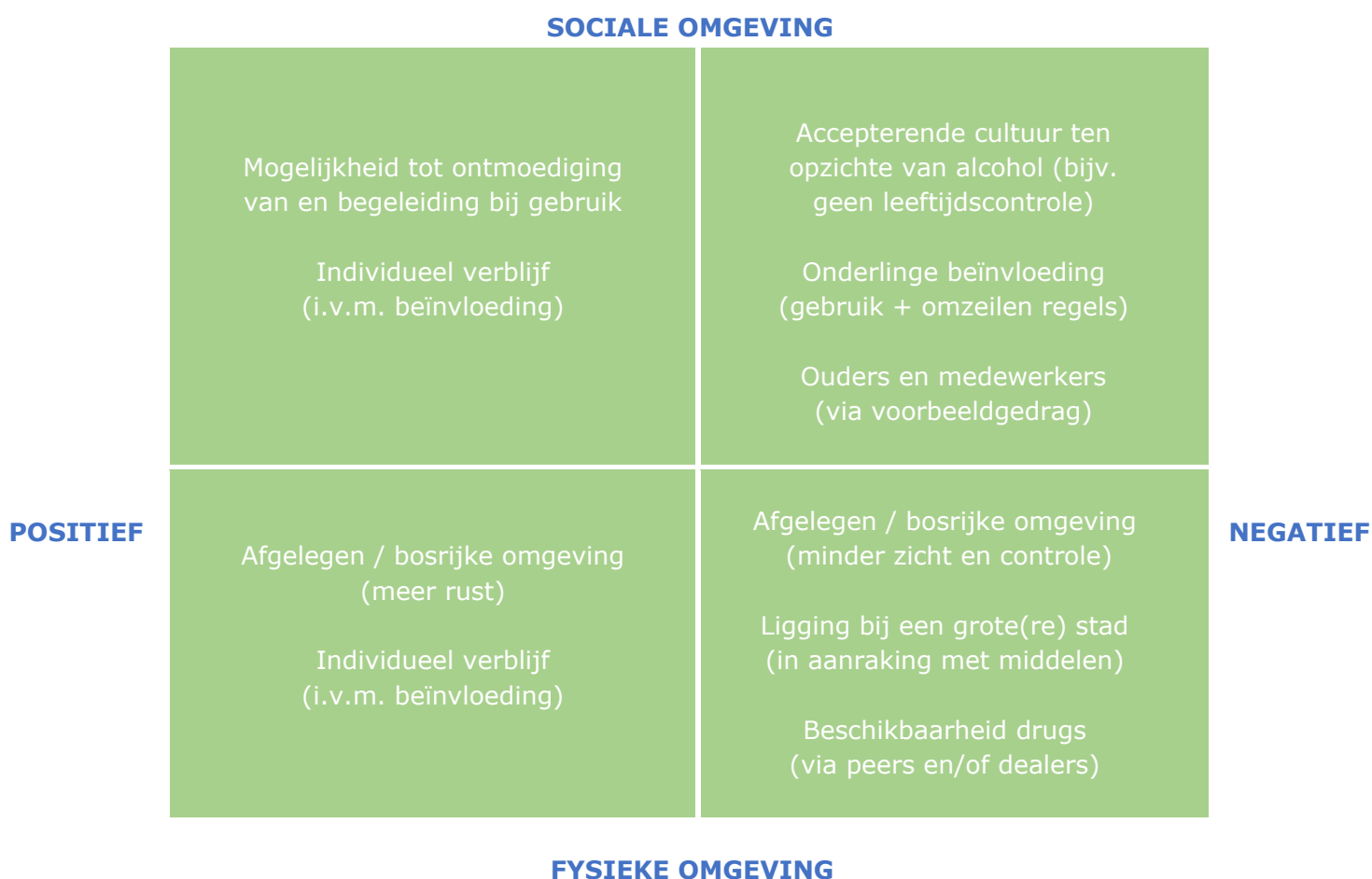
Zes respondenten keken vooral naar de *fysieke* omgeving. Ligging in (de nabijheid van) een grote(re) stad wordt eerder als negatieve factor ervaren, omdat jongeren daar volgens respondenten eerder in aanraking (kunnen) komen met alcohol en illegale drugs. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer er sprake is van drugshandel en/of rondhangende jeugdgroepen in de omgeving. Maar ook een meer afgelegen locatie kan een negatieve invloed hebben: respondenten stellen dat bijvoorbeeld een bosrijke omgeving het makkelijker kan maken om uit het zicht te gebruiken.

"Er zijn te veel factoren die niet te beïnvloeden lijken."

De beschikbaarheid van drugs in de omgeving van instellingen wordt door 15 respondenten als factor van invloed genoemd: er is beschikbaarheid via leeftijdsgenoten waar de jongeren mee in aanraking komen buiten de instelling en/of dealers weten de instellingen en jongeren te vinden. Dit zorgt voor meer

verleiding voor de jongeren. In enkele gevallen wordt ook een accepterende cultuur ten opzichte van alcohol genoemd als factor; jongeren kunnen ondanks hun leeftijd toch regelmatig aan alcohol komen. In figuur 9 is de kijk op de invloed van de directe omgeving als matrix weergegeven.

Figuur 9. Matrixweergave van invloeden uit de omgeving volgens respondenten.



4. Resultaten interviews medewerkers

Samenvatting

De resultaten van de telefonische interviews met 11 medewerkers van vier residentiële jeugdzorginstellingen laten zien dat middelenbeleid voornamelijk bestaat uit regels omtrent het bezit en gebruik van middelen, en de implementatie van beleid voornamelijk uit consequenties of sancties voor overtreding hiervan.

Er wordt ervaren dat het lastig is middelenbeleid vorm te geven en vooral up-to-date te houden. Ook wordt andere problematiek van jongeren vaak als urgenter ervaren dan (preventie van) middelengebruik. Na de intake zijn er vaak geen vaste momenten voor het bespreken van middelengebruik met de jongeren. Qua preventie wordt met name gespreksvoering ingezet. Er is weinig bekendheid met interventies en het onderwerp middelenpreventie wordt algeheel weinig besproken naar de ervaring van de geïnterviewden. Over het algemeen wordt er een gebrek aan (mogelijkheid tot) scholing op het onderwerp middelengebruik ervaren.

Deels wordt ervaren dat middelenbeleid dat voornamelijk gericht is op beheersing van (problematisch) middelengebruik niet helpend is voor de jongeren. Wanneer medewerkers bemerken dat een meer repressieve aanpak niet de gewenste effecten oplevert, worden de bestaande regels vervolgens ook minder goed nageleefd.

Waar het bezit van alcohol betreft wordt gehandeld naar de huidige wetgeving; echter met alcoholgebruik wordt meer ambivalent omgegaan: het is voor minderjarigen niet altijd verboden om alcohol te gebruiken.

Qua roken geldt ook dat hiermee soepeler wordt omgegaan: zo mogen 16-18-jarigen veelal, met toestemming van ouders of verzorgers, roken in de voorziening. Het feit dat ook een deel van het personeel zelf rookt maakt dit een gevoelig onderwerp. Attitudes over middelengebruik onder deze jongeren verschillen onder de respondenten, al geven zij zelf wel aan dat zij en hun collega's het erover eens lijken te zijn dat enkel straffen niet helpend is.

4.1 Inhoud middelenbeleid

Bij de instellingen waar de interviews zijn afgenomen komt het middelenbeleid voornamelijk neer op regels waar jongeren zich met betrekking tot gebruik en bezit van

"Het begint met aandacht hebben voor de functie en effecten van gebruik. Alle medewerkers moet hiervan doordrongen zijn en deze insteek toepassen. Zo hoef je uiteindelijk ook minder te straffen en handhaven."

- Gedragswetenschapper

middelen aan dienen te houden en de eventuele consequenties van regelovertreding. Alle geïnterviewden zijn bekend met het middelenbeleid van hun instelling. Eén instelling heeft ten tijde van de interviews sinds driekwart jaar een nieuw protocol. Dit protocol is opgesteld in samenwerking met de regionale IVZ en door een eigen medewerker met eerdere ervaring als drugspreventiewerker. Vanuit deze

ervaring heeft deze medewerker "zich tegen het onderwerp aan bemoeid", waarna een verzoek tot opstellen van een nieuw protocol vanuit het management volgde.

Bij de andere instellingen is het protocol met betrekking tot middelengebruik inmiddels verouderd. Twee medewerkers (gedragswetenschapper en management/directie) stellen ook dat zo'n protocol veel is om te onthouden, en dat het up-to-date houden "een grote klus" is (management/directie). Er wordt ervaren dat het veel werk vergt om één en ander zelf uit te zoeken om de inhoud van middelenbeleid vorm te geven. Tegelijk is er wel behoefte aan protocollering voor handvatten en eenduidigheid qua (verwachtingen over) hoe te handelen op middelengebruik. Door respondenten bij twee van de vier instellingen is aangegeven dat er op verschillende locaties en/of groepen verschillend gehandeld wordt, en er hier en daar ongeschreven regels bestaan (zoals als medewerker niet met de jongeren praten over eigen ervaringen met gebruik).

In het protocol van één van de instellingen maakt een stappenplan met betrekking tot het waarvoor en wanneer inschakelen van de IVZ onderdeel uit van het middelenbeleid. Dit stappenplan gaat tevens in op wanneer welke interventies ingezet kunnen worden. Vier respondenten benoemen het gebruik van de Richtlijn Middelengebruik voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming, en in één interview wordt aangegeven dat er gebruik gemaakt is van Open en Alert. Volgens zes van de elf geïnterviewden zijn echter zaken als preventie, voorlichting, behandeling en bespreekbaar maken van middelengebruik niet meegenomen in het middelenbeleid. Het beleid beperkt zich dan tot het opstellen van regels en consequenties voor de overtreding hiervan.

Een belemmering bij het uitbreiden en aanpassen van middelenbeleid is onder andere het moeten stellen van prioriteiten, zoals (geparafraseerd) gesteld door een respondent (management/directie): *"Middelengebruik is niet het grootste issue en niet geborgd. Je moet uiteindelijk zo veel. Dit is geen prioriteit. Maar met zo'n ad-hoc aanpak kun je zomaar de mist in gaan"*.

Er wordt tevens gesteld dat er enige landelijk sturing nodig is: wat zijn de lijn, de visie en de verantwoordelijkheden van de jeugdzorg hierin? Pas van daaruit kan op organisatieniveau verder gedacht worden over hoe op instellingsniveau om te gaan met middelengebruik. Een gedragswetenschapper stelt ook dat een gezamenlijke aanpak, bijvoorbeeld regionaal, tussen meerdere jeugdzorgorganisaties gewenst is, waarbij er een gezamenlijke lijn en visie worden ontwikkeld in samenwerking met de verslavingszorg.

"De angel zit 'm in: het gaat onvoldoende over behandelaspecten en veel meer over beheersing."

- Gedragswetenschapper

Een gedragswetenschapper ervaart tevens een (volgens de respondent van bovenaf opgelegde) focus op beheersing, en minder oog voor middelengebruik als (eventuele) problematiek in plaats van slechts 'regelovertreding'. Twee gedragswetenschappers en twee hulpverleners benoemen het voornamelijk repressieve middelenbeleid als ongewenst en niet helpend voor de jongeren. Het kan een situatie creëren waarin jongeren vooral proberen gebruik beter te verbergen, terwijl hulpverleners en behandelaren moeten optreden als 'politieagent'.

4.2 Implementatie middelenbeleid

Op regelovertreding staan veelal sancties, bijvoorbeeld met betrekking tot verlof of privileges. Bij alle vier de instellingen waar de interviews plaatsvonden worden in sommige gevallen urine- of kamercontroles uitgevoerd (de laatste met name bij vermoedens van bezit of dealen). Bij dealen of vondsten van harddrugs kan het gebeuren dat er politie ingeschakeld wordt.

"Als het geborgd moet zijn is er landelijke visie nodig voor wat de lokale opdracht moet zijn."

- Management/directie

Gewoonlijk gaan jeugdzorgmedewerkers of preventiewerkers van de IVZ bij opgemerkt middelengebruik in gesprek met jongeren. Wanneer iemand onder invloed is mag hij of zij in de ene instelling nog wel, maar in de andere instelling niet op de groep en/of in de onderwijsruimte komen.

Middelengebruik wordt doorgaans uitgevraagd tijdens de intake, maar daarna zijn er niet altijd vaste momenten om middelengebruik te bespreken en wordt dit veelal alleen gedaan wanneer het onderwerp zich (per toeval) aandient. Eén instelling laat middelengebruik wel standaard terugkomen in begeleidingsgesprekken. Indien van toepassing wordt middelengebruik opgenomen in het behandelplan, en komt het onderwerp via dit plan in gesprekken terug.

Volgens de geïnterviewden wordt het bestaande middelenbeleid over het algemeen goed toegepast en er wordt altijd geprobeerd maatwerk te leveren. Settings waar minder direct of doorlopend toezicht is, zoals bij kamertraining of in woon- of werkprojecten bij boerenbedrijven, vormen echter een uitdaging (*"ambulant werk zorgt voor eigen interpretaties"*). Ook wordt door vijf respondenten gesteld dat er enkele ongeschreven regels zijn over hoe streng je optreedt in geval van bijvoorbeeld een eerste incident of het

"Het sanctioneren werkt ook niet; dat heeft geen effect op de jongeren en hun gebruik. Dat helpt ook niet qua gedragen beleid creëren, als personeel ziet dat de aanpak niet werkt. [...] Maar hoe krijg je de focus verschoven? Er is niemand die dat actief oppakt."

- Gedragswetenschapper

aantreffen van cannabis versus harddrugs, en dat er op verschillende groepen door medewerkers soms verschillend met het implementeren van het middelenbeleid wordt omgegaan.

Een gedragswetenschapper stelt dat wanneer de focus al te zeer ligt op handhaving en straffen, waarvan medewerkers geen gewenst effect op middelengebruik zien, het beleid ook niet gedragen wordt, wat de implementatie ervan weer ondermijnt.

Hoewel het belang van het hebben en naleven van regels begrepen wordt, vindt een geïnterviewde gedragswetenschapper dat hierop niet in de eerste plaats de nadruk op moet liggen. Dit wordt als volgt (geparafraseerd) toegelicht: *"Management moet duidelijk maken dat middelenpreventie en -behandeling nodig is en proactief gedaan moet worden. Zij hebben het voor het zeggen, maar zijn niet de mensen van de inhoud, zoals in de GGZ de psychiater dat is. Weten wat effectief is, is niet hun vak. [...] Beslissingen over jongeren en hun problematiek liggen nu qua eindverantwoordelijkheid bij het management. Die zijn*

het er misschien mee eens dat de focus anders kan, maar bij incidenten of gevaren wordt er toch steeds weer teruggevallen op beheersen."

4.2.1 Beleid ten aanzien van alcohol

Er wordt volgens de geïnterviewden soms wel en soms geen onderscheid gemaakt tussen minderjarigen en meerderjarigen in de omgang met middelengebruik. Wat betreft alcoholgebruik toestaan wordt er naar de wetgeving gehandeld, wat wil zeggen dat alcoholbezit onder de 18 jaar niet wordt toegestaan in de instellingen. In één van de instellingen mogen jongeren, afhankelijk van de soort locatie, in het weekend een beperkte hoeveelheid alcohol op hun kamer hebben (zoals bij begeleide kamertraining).

Met het *gebruik* van alcohol wordt meer ambivalent omgegaan: zo bestaat er bij één van de instellingen niet een regel die stelt dat alcoholgebruik onder de 18 jaar strikt verboden is. In ambulante settings zonder direct en doorlopend toezicht is het handhaven van het niet drinken door minderjarigen moeilijk. Door de drie respondenten van de instelling die projecten bij boerenbedrijven hebben wordt benoemd dat de gastbedrijven soms anders met alcohol omgaan en gebruik niet als erg schadelijk zien. Zodoende drinken minderjarigen hier in sommige gevallen toch, echter vindt de instelling het moeilijk om hierom de samenwerking helemaal stop te zetten. Ook wordt benoemd dat het een uitdaging is wanneer de sociale- of thuisomgeving van de jongere buiten de instelling om anders omgaat met alcohol. Een gedragswetenschapper bemerkt tevens een discrepantie tussen de beleving van de ernst van alcoholgebruik versus cannabisgebruik; deze respondent meent dat dit mede te maken heeft met een gebrek aan kennis.

4.2.1 Beleid ten aanzien van roken

Als er formeel rookbeleid bestaat komt dit meestal neer op ontmoedigingsbeleid. Eén van de vier instellingen is twee jaar geleden gestart met het rookvrij maken van de instelling, en ziet sindsdien ook een afname van positieve urinecontroles voor cannabis. In twee instellingen mogen medewerkers enkel buiten het terrein of buiten het zicht van de jongeren roken. Rookpreventie blijkt geen prioriteit, en er wordt nauwelijks voorlichting over gegeven aan de jongeren. In een interview wordt benoemd dat er 'op papier' op de instellingsterreinen niet gerookt mag worden, maar dit momenteel (nog) niet formeel doorgevoerd wordt.

Hoewel er bij meerdere instellingen wordt verklaard dat "*alle middelengebruik onder 18 jaar niet toegestaan is*", blijken sommige instellingen met roken anders om te gaan: respondenten van drie van de vier instellingen meldden dat jongeren tussen 16 en 18 jaar meestal mogen roken zolang er toestemming van de ouders is. Over het algemeen blijkt roken vaak te worden gedoogd. Drie geïnterviewden (gedragswetenschappers en hulpverleners) vinden: dat sigaretje is iets dat je de jongeren "*niet ook nog af kunt nemen*"

"Ze hebben nauwelijks nog rechten; als je dan ook nog zegt 'je mag niet roken'..."

- Gedragswetenschapper

wanneer ze al zo veel vrijheden moeten inleveren. Door een gedragswetenschapper wordt gesteld dat roken "*qua problematiek minder groot [is] dan blowen; dat wil zeggen wel qua gezondheid, maar niet qua invloed op gedrag. Roken is meer een eigen keuze.*" Daarbij, zoals uitgelegd door een hulpverlener, gaat rookbeleid ook over de vrijheden van medewerkers, en niet enkel meer over die van de jongeren. Dit bemoeilijkt het

draagvlak voor strenger rookbeleid onder medewerkers. Daarnaast wordt door een hulpverlener opgemerkt dat voor medewerkers het samen met jongeren roken het makkelijker maakt om een gesprek aan te gaan; dit is echter bij de betreffende instelling niet meer toegestaan.

In één interview (management/directie) wordt echter genoemd dat het *"niet meer van deze tijd"* is roken onder de jongeren en in de instelling als geheel niet aan te pakken. Er wordt geworsteld om draagvlak te verkrijgen onder alle medewerkers, aangezien een deel zelf rookt. Een éénzijdig, top-down beleid zal hierbij niet helpen. Sommige respondenten benoemen dat zij zelf ook uit een generatie komen waar er niet zo'n taboe lag op roken. Medewerkers vinden het tevens moeilijk uit te leggen waarom jongeren niet zou worden toegestaan te roken wanneer medewerkers dit wel mogen. Handhaving van rookbeleid onder jongeren is wisselend, bijvoorbeeld afhankelijk van of de medewerker zelf *"sterker van het niet-roken is"*. Geïnterviewden menen ook dat medewerkers een voorbeeldfunctie hebben.

"We tikken de bal rond tot het escaleert. En dan moeten ze bijvoorbeeld gesloten; dat is een systeemfout."

- Management/directie

De setting van de crisisopvang wordt gezien als een belemmering: hier verblijven jongeren doorgaans maximaal 4 weken, en men verwacht dat je in zo'n relatief kort tijdsbestek weinig aan rookgedrag kunt veranderen. Bij ambulante werk is er, net als bij gebruik van alcohol en andere drugs, moeilijker zicht te houden op roken. Tot slot vragen twee geïnterviewden zich af hoe zij om moeten gaan met ouders die roken.

4.3 Inschatting middelengebruik

Hoewel niet specifiek uitgevraagd in de interviews kon uit de analyse enige informatie opgehaald worden over de inschatting van het middelengebruik onder jongeren in de instelling door de medewerkers. Deze inschattingen verschillen sterk: sommige hulpverleners benoemen *"zeer hoog"* gebruik en bekendheid van jongeren met middelen als 2-CB en ketamine, anderen verklaren met name gebruik van alcohol en cannabis te zien, en *"zelden"* of *"enkel experimenteel"* gebruik van andere drugs.

Bij sommige instellingen is problematisch middelengebruik een contra-indicatie, waardoor zij voornamelijk experimenteel gebruik zien. De gedragswetenschappers zien met name cannabisgebruik, en vertellen dat sommige jongeren verklaren dat ze in de instelling juist meer gaan blowen. Verslaving aan alcohol of illegale drugs in klinische zin wordt niet veel gezien. Wel is bij sommige instellingen dealen een probleem. Ook komen er *"structureel jongeren binnen die roken"*. Een hulpverlener stelt kritisch dat het middelengebruik onder deze doelgroep groter of in elk geval zichtbaarder wordt omdat geïndiceerde zorg steeds verder volloopt: voorheen kwamen deze jongeren direct terecht bij de IVZ, inmiddels komen ze ook direct bij de jeugdzorginstellingen terecht.

4.4 Middelenpreventie

Qua preventie worden screeningsgesprekken gevoerd bij binnenkomst van jongeren, meestal door of onder begeleiding van de regionale IVZ. Er worden in twee instellingen ook groepsgesprekken gehouden (bijvoorbeeld in de vorm van een thema-avond) waarbij er door preventiewerkers van de IVZ voorlichting gegeven wordt over de effecten en

risico's van middelen. Ook wordt door respondenten van drie instellingen inzet van ervaringsdeskundigen voor voorlichting benoemd. Vaker vinden echter één-op-één-gesprekken plaats met een preventiewerker wanneer (problematisch) middelengebruik opgemerkt is. Een belangrijke vraag vanuit de instellingen is wat ze op groepsniveau aan preventie kunnen doen om te proberen te voorkomen dat gebruikende jongeren anderen op de groep beïnvloeden.

Een gedragswetenschapper benoemt dat de huidige manier van werken erop is gericht dat een jongere eerst zelf iets moet willen, en dan pas meegenomen wordt in een aanpak. Middelenpreventie zou echter standaard aangeboden moeten worden, en het gesprek moet er standaard over aangegaan worden, zo wordt gemeend. Na de intake is er vaak geen structurele aandacht meer voor het gesprek over middelengebruik: *"Als jongeren zelf zeggen 'Ik wil er niks mee', dan houdt het op. Dat moet anders"*. Er zou volgens deze gedragswetenschapper niet pas gereageerd moeten worden wanneer een jongere uit zichzelf om hulp vraagt of er bijvoorbeeld een positieve uitslag uit een urinecontrole volgt.

"We kennen wel folders en websites, soms wordt er misschien wel iets ingezet op initiatief van een specifieke medewerker. Maar het hangt dan wat af van Fingerspitzengefühl. Als je vermoedens hebt dat het de verkeerde kant op gaat."

- Gedragswetenschapper

4.5 Ervaringen met interventies

Er konden in alle interviews slechts enkele concrete interventies benoemd worden die ingezet worden ten aanzien van (preventie van) middelengebruik. Respondenten van drie

"Ik ben wel zoekende in - wat er soms nodig is of verwacht wordt is dat we expertise hebben op heel veel vlakken. Waar stopt dan met betrekking tot verslaving onze rol en hulpverleningen waar begint de verslavingszorg? Moeten wij bijvoorbeeld interventies gaan doen?"

- Gedragswetenschapper

instellingen benoemen de inzet van Motiverende Gespreksvoering, hoewel één instelling dit pas zeer recentelijk doet en waar het nog *"een totaal nieuw concept"* is. Ook worden Moti-4 (twee instellingen), Brains4Use (één instelling) en de JIM-aanpak (Jouw Ingebrachte Mentor; één

instelling) ingezet (JIM is echter niet specifiek gericht op middelenpreventie). Een instelling biedt tevens op aanvraag interventie voor stoppen met roken aan. Verder worden kameren urinecontroles als ingezette interventies genoemd. Interventiedatabanken als Loket Gezond Leven of Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut zijn niet altijd bekend, of zijn bekend maar worden weinig geraadpleegd. Vertrouwelijkheid wordt bij interventies als werkzaam element gezien (wanneer jongeren ervan op aan kunnen dat wat er besproken wordt over gebruik geen consequenties zal hebben). Wat daar tegelijk belemmerend aan is, is dat de informatie niet gedeeld kan worden met het behandelteam.

Er wordt herhaaldelijk benoemd (negen respondenten) dat er weinig aandacht/bekendheid is qua wat er voorhanden is aan effectieve interventies, en dit bijvoorbeeld onder collega's en in vergaderingen bijna niet besproken wordt. Het is voor medewerkers tevens niet altijd duidelijk wat hun rol is en wat de verwachtingen zijn omtrent het aanpakken van middelengebruik in de jeugdzorgsetting, los van het inroepen van de IVZ. Individuele

medewerkers zoeken soms uit eigen beweging meer uit vanwege affiniteit met het onderwerp. In de managementlaag lijken interventies op middelengebruik begrepen te worden als iets dat niet van toepassing is op middelenpreventie (*"dat speelt bij ons niet zo in dat preventieve stuk"*). Interventie lijkt te worden begrepen als 'behandeling' en preventie als het puur 'voorkomen' van middelengebruik. Dit idee wordt ook gezien onder de gedragswetenschappers:

"We hebben het niet expliciet over experimenteel of sociaal gebruik als probleem, daarom worden hier geen specifieke interventies op ingezet."

- Gedragswetenschapper

Eén instelling benoemt dat financiën geen belemmering zijn en de nodige interventies worden ingezet; een andere respondent benoemt echter dat geld wel een rol speelt, omdat sommige interventies geld kosten en daarnaast het scholen van medewerkers kosten met zich meebrengt. Ook is er behoefte aan makkelijke(re) manieren van zoeken naar zulke interventies, zoals via nieuwsbrieven of simpelere zoekfuncties in de databanken. Ook wordt benoemd dat er te weinig kennis en deskundigheidsbevordering plaatsvindt t.b.v. het inzetten van effectieve interventies voor (preventie van) middelengebruik.

4.6 Attitudes van medewerkers ten aanzien middelenbeleid en middelengebruik

Bij een instelling waar vorig jaar in samenwerking met de IVZ een nieuw protocol voor middelenbeleid is opgesteld wordt bemerkt dat er inmiddels minder discussie is over het beleid. Dit wijst erop dat duidelijk, eenduidig en uitvoerig beleid helpt handvatten te bieden waarmee medewerkers zich in hun handelen minder op eigen overtuigingen gaan baseren. Volgens deze respondent is er gedragen beleid ontstaan door te starten vanuit een visie van *"gezonde jeugd"*, waarin iedereen zich kan vinden.

"Ik denk dat de jeugdzorg an sich hierop achterloopt. [Motiverende Gespreksvoering] is blijkbaar te onbekend, of het wordt gezien als 'voor de verslavingszorg'. Er moet ook meer bewustwording komen over middelengebruik in zo'n jeugdhulpsetting en wat je ermee kunt doen. Het moet een standaard onderwerp zijn, maar zat bijvoorbeeld niet standaard in de intake. Of er werd gedacht 'daarvoor komt er wel verslavingszorg bij'."

- Groepswerker/pedagogisch medewerker

In zes interviews is benoemd dat iemands eigen attitude ten aanzien van en eventueel eigen middelengebruik een beïnvloeding kan vormen voor de omgang met gebruik door jongeren en het uitvoeren van preventie in de werkpraktijk. Wanneer een medewerker zelf bijvoorbeeld rookt, zo wordt gesteld, moet dit eigen rookgedrag eventueel ook *"geproblematiseerd"* worden. Onder geïnterviewden uit management/directie viel te

bemerken dat zij door het huidige onderzoek en interview weer gewezen worden op de noodzaak aandacht te besteden aan het onderwerp middelengebruik en -beleid:

*"Nu ik het mezelf hoor zeggen...
Het verdwijnt een beetje
naar de achtergrond."*

- Directie/management

*"Ik merk wel dat dit mij
nog even attendeert. Dat
we dit moeten agenderen."*

- Directie/management

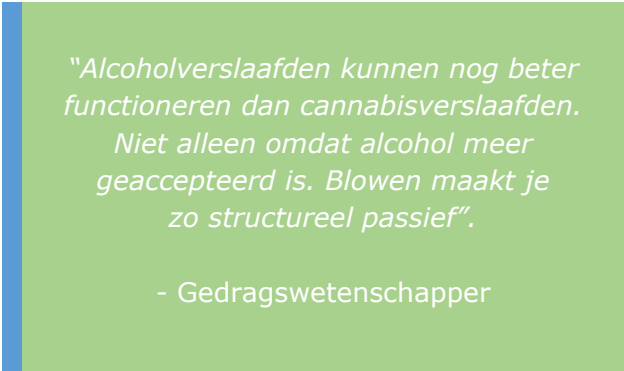
Onderling lijken medewerkers het er volgens de geïnterviewden over het algemeen over eens dat middelengebruik onderdeel van de problematiek kan zijn, waartegen enkel straffen niet helpt. Vijf respondenten bemerken ook dat de aanpak ten aanzien van middelengebruik kan verschillen per individuele medewerker en/of per groep, evenals interpretatie van de uitvoering van middelenbeleid (vooral wanneer dit beleid vrij summier is). Ook wordt er soms discussie gevoerd, bijvoorbeeld over de zin van zero-tolerancebeleid, of over de vraag of het *"te conservatief"* is om (enkel) in gesprek te gaan met een jongere omdat deze onder invloed was. Niet alle respondenten (n=4) zijn het eens met (de manier van implementatie van) bepaalde repressieve elementen van middelenbeleid, zoals urinecontroles:

*"Ik vind het [urinecontroles, red.] best
ouderwets en ben het er niet zo mee
eens. Er wordt
nog weleens onzorgvuldig mee omgegaan.
Bij vorig werk heb ik weleens gezien dat
er van het lab iets terugkomt en dit
verkeerdheid geïnterpreteerd wordt
['positieve' versus 'negatieve' uitslag]."*

- Gedragswetenschapper

Met betrekking tot drugsgebruik verschillen de persoonlijke houdingen van de respondenten: waar de ene hulpverlener geïnformeerd drugsgebruik vanaf 18 jaar voorstaat, vindt een ander het *"onbegrijpelijk"* dat zulke middelen überhaupt gebruikt worden. Weer anderen (n=5) zien het gebruik als iets dat ook bij de leeftijd hoort en/of deels te begrijpen is vanuit de problematiek van de jongeren. Zij zien experimenteel gedrag niet per definitie als iets problematisch, maar over wat precies 'experimenteren' of 'problematisch' is verschillen de meningen tussen medewerkers onderling, aldus de respondenten. Er wordt onderkend dat een oordelende houding ervoor kan zorgen dat jongeren dichtklappen; liever gaan de medewerkers het gesprek aan, los van hun persoonlijke overtuigingen.

Ook met betrekking tot verschillende middelen worden er verschillende attitudes op nagehouden onder de respondenten: een gedragswetenschapper en een hulpverlener benadrukken dat alcoholgebruik niet altijd serieus genoeg genomen wordt; weer een ander meent dat cannabisgebruik ten opzichte van alcohol een ernstiger effect heeft op algeheel functioneren en daarmee nog ongewenster is:



"Alcoholverslaafden kunnen nog beter functioneren dan cannabisverslaafden. Niet alleen omdat alcohol meer geaccepteerd is. Blazen maakt je zo structureel passief".

- Gedragswetenschapper

4.7 Scholing van medewerkers

Er wordt over het algemeen een gebrek aan scholing ervaren, en dit wordt tevens ervaren als een belemmering: psycho-educatie om een goed geïnformeerde keuze te maken over wat te doen met gebruikende jongeren is een vraag van medewerkers. Bestaande psycho-educatie kan nog verbeterd worden: labels als 'problematisch' en 'verslaafd' worden volgens een hulpverlener nu te gemakkelijk opgeplakt zonder gedegen diagnostiek. Ook is er behoefte aan uitleg over waarom je voorlichting op een bepaalde manier aan zou (moeten) pakken. Verder wordt er handelingsverlegenheid gezien tegenover jongeren en hun ouders: wanneer en hoe ga je het gesprek aan?

Door de vier geïnterviewde gedragswetenschappers wordt benoemd dat zij een noodzaak tot meer scholing zien om beter zelfstandig te kunnen signaleren en bespreken, zonder slechts te moeten "leunen" op de expertise van de IVZ. Zo is er een wens voor standaard scholing in Motiverende Gespreksvoering bij instellingen waar dit momenteel nog niet het geval is. Ook is er behoefte aan meer kennis over (nieuwe) middelen en middelengebruik, hoe ouders te helpen om te gaan met gebruik door hun kind, en wat handelingsalternatieven zijn voor reageren op gebruik in plaats van enkel bestraffen. Deze kennis wordt liefst ook periodiek geactualiseerd: zo stelt een professional dat het inmiddels jaren geleden is dat medewerkers middelen-gerelateerde training hebben kunnen volgen. Twee instellingen maken gebruik van trainingsaanbod van de IVZ om middelengebruik te herkennen en signaleren. Op managementniveau bestaat er echter in sommige gevallen het idee dat het huidige aanbod voldoet zolang medewerkers niet concreet hun behoeftes/een gemis kenbaar maken. Een bij één van de instellingen ingezette oplossing is het aanstellen van een aandachtsfunctionaris middelengebruik.

Verloop van personeel kan zowel belemmerend als bevorderend zijn: het hangt ervan af of vertrekkend personeel kennis en vaardigheden meeneemt, en of nieuw personeel kennis en vaardigheden ten aanzien van middelenpreventie (weer) binnenbrengt. Ook kan het gesprek tussen jongeren en nieuwe medewerkers op het begin lastiger verlopen door gebrek aan een bestaande vertrouwensband. Andere belemmeringen zijn een gebrek aan financiën en capaciteit om scholing (regelmatig) te laten plaatsvinden: cursussen worden duur gevonden terwijl opleidingsbudgetten beperkt zijn. Daarnaast kosten cursussen tijd: hiervoor moeten medewerkers vrijgemaakt worden en moet er tijdelijke vervanging op de

groepen geregeld worden. Met de opleidingsbudgetten moeten er ook keuzes worden gemaakt en prioriteiten worden gegeven. Voor de Jeugdzorgsetting worden vaak andere trainingen dan die op het gebied van middelenpreventie belangrijker bevonden, en bij medewerkers met tijdelijke contracten wordt er lang niet altijd in scholing geïnvesteerd.

Bezuinigingen van de afgelopen jaren en de algehele hoge werkdruk laten weinig tijd, capaciteit, en geld voor deskundigheidsbevordering ten aanzien van middelengebruik. Tot slot ziet één van de geïnterviewde gedragswetenschappers een al te grote focus op beheersing, handhaving en consequenties voor overtreding van de regels (in plaats van op preventie en behandeling). Op het gebied van middelenpreventie wordt er volgens één van de geïnterviewde hulpverleners te veel uit automatisme “overgelaten” aan de IVZ.

4.8 Samenwerking met instelling voor verslavingszorg

In de interviews is uitgevraagd wanneer en hoe er samengewerkt wordt met de regionale instelling voor verslavingszorg (IVZ). De intensiteit van samenwerking verschilt van instelling tot instelling, en er bestaat niet altijd een formele, geprotocolleerde samenwerking. Er wordt samengewerkt op de volgende gebieden:

- Scholing voor medewerkers in bijvoorbeeld het herkennen van signalen van middelengebruik en het bespreken hiervan (op de groep). Bij één van de instellingen zitten enkele trainingen standaard in het protocol en is er mogelijkheid voor extra training op aanvraag;
- Groepsvoorlichting aan jongeren. Sommige preventiewerkers zijn bij instellingen direct gekoppeld aan specifieke groepen;
- Voorlichting aan ouders over hoe om te gaan met het gebruik van een kind.
- Screening wanneer jongeren bij de instelling binnenkomen, waaruit een advies volgt met betrekking tot preventie dan wel behandeling;
- Consultatie omtrent specifieke gevallen en/of specifieke problematiek;
- Individuele gesprekken met jongeren wanneer problematisch middelengebruik is opgemerkt (of soms in geval van een incident of na inbeslagname van middelen).

In de meeste gevallen wordt bij eenmaal zichtbare problemen de IVZ binnengehaald om op casusniveau aan de slag te gaan. Een door een hulpverlener en een gedragswetenschapper genoemde belemmering wat betreft behandeling is de visie van IVZ dat jongeren gemotiveerd moeten zijn alvorens zij in behandeling kunnen. Bij de jeugdzorginstellingen schort het echter aan kennis en vaardigheden om die motivatie te bevorderen. Ook wordt er soms getwijfeld of bestaande intrinsieke motivatie een voorwaarde zou moeten zijn.

Vanuit de functiegroep groepsworkers/pedagogisch medewerkers is er behoefte aan meer concrete werkafspraken en structureel contact met de IVZ: waar liggen precies de verantwoordelijkheden van de jeugdzorginstellingen op het gebied van het aanpakken van middelengebruik, en waar beginnen die van de IVZ? Op managementniveau lijkt echter te worden verondersteld dat een gebrek aan een formele samenwerkingsovereenkomst “*geen gemis*” is. Korte lijnen en vaste contactpersonen worden gezien als bevorderend voor de samenwerking met de IVZ.

Een gedragswetenschapper stelt tot slot dat het aanbod niet altijd aansluit op de situatie en behoeften van de jongeren:

"Het aanbod aan behandelplekken is heel miniem, en een ambulant traject is vaak niet toereikend. Jongeren moeten eerst detoxen en mogen dan pas naar een kliniek; daar komen ze ook terecht tussen van alles en nog wat. Dat is een te hoge drempel voor zulke jongeren. Dan kunnen ze nergens makkelijk terecht en ambulante begeleiding is niet genoeg."

- Gedragswetenschapper

5. Resultaten focusgroep jongeren

Samenvatting

In de focusgroep is met vier jongeren gesproken die in een kamertrainingscentrum verbleven. Gevraagd naar wat zij merken van het middelenbeleid geven zij aan dat er in het begin een screening is geweest door een preventiewerker en dat zij op de hoogte zijn gesteld van regels met betrekking tot gebruik en bezit van middelen en de sancties die hiervoor gelden.

Volgens de jongeren vindt het middelengebruik vooral buiten de voorziening plaats en is het belangrijk dat begeleiders in een informele en vertrouwelijke sfeer kunnen met jongeren kunnen praten over middelengebruik. Wat betreft de sancties zoals het inhouden van zakgeld bij het overtreden van regels omtrent middelengebruik wordt aangegeven dat deze nu vaak te licht zijn. Jongeren zien zelf meer mogelijkheden in het belonen van gewenst gedrag aangaande middelengebruik. Een gesprek met de IVZ wordt door hen als sanctie ervaren, en niet als ondersteunend.

- *"Er is dan voor de rest van je leven zo'n dossier daar bij de IVZ."*
- *"Begin met vragen."*
- *"Laat de jongere er zich niet slecht over voelen."*
- *"Geef het gevoel dat er naar je geluisterd wordt."*

5.1 Middelenbeleid

Op de vraag wat er gemerkt wordt van het middelenbeleid van de instelling geven de jongeren in de focusgroep aan dat zij bij binnenkomst zijn gescreend door een IVZ-preventiewerker. Ook ontvingen zij de huisregels, waarin onder andere benoemd werd wat de regels zijn omtrent middelen(gebruik). Wanneer je 18 bent mag je in de betreffende voorziening (kamertraining) in het weekend een beperkte hoeveelheid alcohol op je kamer hebben. Als er andere middelen gevonden worden volgt er in eerste instantie een gesprek en worden de middelen vernietigd. Wanneer iemand onder invloed thuiskomt volgt er, zoals de regels stellen, een sanctie.

5.2 Voorkomen (problematisch) gebruik

Volgens de jongeren vindt gebruik vaak buiten de voorziening om plaats. Je doet niet "zomaar" mee met anderen, maar groepsdruk is wel van enige invloed. De jongeren denken dat begeleiders hier weinig invloed op kunnen uitoefenen, en dat het maken van afspraken met jongeren die veelvuldig gebruiken weinig zin heeft. De jongeren hechten veel waarde aan een vertrouwensband met de begeleiders, en vinden dit van groter belang wat betreft het eventueel kunnen beïnvloeden van middelengebruik door jeugdzorgmedewerkers. Van iemand met wie je een band hebt neem je ook sneller iets aan, zo stellen ze. De jongeren vinden het prettiger middelengebruik te bespreken in een informele setting, "met een kop koffie of thee erbij". Via een luchtiger gesprek vanuit vragen stellen en niet oordelen, zo wordt gesteld, krijg je als kind het gevoel dat de medewerker het beste met je voor heeft.

Qua consequenties voor regelovertreding menen de jongeren dat die enige invloed kunnen hebben mits ze consequent worden doorgevoerd en 'zwaar' genoeg zijn. Een (zeer) kleine

boete in de vorm van mindering op je weekgeld doet niet zo veel, terwijl een keer geen bezoek mogen ontvangen veel grotere impact heeft. Dit werkt beter dan steeds meer regels toevoegen, maar de jongeren betwijfelen of gebruik überhaupt te voorkómen is. In gesprek moeten gaan met een preventiewerker van de IVZ wordt als een 'zware maatregel' ervaren. Liefst worden de jongeren ook van tevoren op de hoogte gebracht wanneer er contact wordt gezocht met de IVZ. Eén van de jongeren opperde dat het prettig kan zijn als de begeleider aanwezig zou kunnen zijn bij het gesprek, voor het vertrouwde gezicht. Voor het gevoel van de jongeren is het gesprek met een begeleider van de instelling wat vrijblijvender, terwijl een medewerker van de IVZ "*een andere reden heeft*" om met je te praten.

Tot slot wordt in de focusgroep duidelijk dat de jongeren groot belang hechten aan beloond worden voor goed gedrag, ook met betrekking tot middelengebruik. Zij ervaren het als een motivatie als zij bijvoorbeeld als beloning 's avonds wat langer weg mogen blijven. Jongeren die voorheen ook op een crisisopvang hebben gezeten verklaren dat hier in principe dezelfde regels omtrent middelen(gebruik) bestonden, maar dit veel slechter wordt nageleefd door de medewerkers.

6. Literatuur effectieve middelenpreventie residentiële jeugdzorg

Om het beleid van de organisaties te toetsen op effectiviteit is deskresearch uitgevoerd naar effectief middelenbeleid in de residentiële jeugdzorg. Hier wordt eerst stilgestaan bij de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van (problematisch) middelengebruik bij jongeren in deze settings. Dit wordt aangevuld met bevindingen uit een literatuurstudie van het Trimbos-instituut uit 2014 naar factoren die een rol (kunnen) spelen bij de effectiviteit van preventieve interventies in de residentiële jeugdzorg en uit de onderbouwing van de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming.

Ten slotte is er in de databank van Pubmed gekeken of er sinds 2014 nieuwe artikelen zijn verschenen naar (preventie van) middelengebruik in de residentiële jeugdzorg. Relevante artikelen met betrekking tot effectieve middelenpreventie worden hieronder samengevat. De bevindingen uit dit hoofdstuk komen terug in de aanbevelingen aan het eind van dit rapport.

6.1 Risicofactoren voor (problematisch) middelengebruik

Om te bepalen welk beleid en welke interventies bij kunnen dragen aan effectieve middelenpreventie is het belangrijk om eerst inzicht te hebben in de factoren die een rol spelen bij (problematisch) middelengebruik.

Bij middelengebruik spelen de 'drug' (farmacologische kenmerken, omvang en wijze van gebruik), de 'set' (persoonskenmerken zoals attitude ten opzichte van gebruik en motieven om te gebruiken, maar ook bijvoorbeeld impulsiviteit) en de 'setting' (fysieke, sociale en maatschappelijke omgeving) een rol (Zinberg, 1984). Risicofactoren voor problematisch middelengebruik binnen de 'set', dus op persoonsniveau, zijn: gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit, oppositioneel opstandig of antisociaal gedrag, psychische problemen zoals angst, traumatisering of depressie en op jonge leeftijd starten met middelengebruik. In de 'setting' spelen verstoorde gezinsrelaties, verslaafde ouder(s) of broers/zussen, invloed van leeftijdsgenoten, school-gerelateerde problemen, armoede, gebrekkige sociale controle en negatieve levensgebeurtenissen (verhuizing, scheiding, verlies van ouder, et cetera) een rol (Low et al., 2012; Snoek, Wits, Van der Stel & Van de Mheen, 2010). Jongeren met een licht-verstandelijke beperking (LVB) zijn extra kwetsbaar voor problematisch middelengebruik omdat zij gemakkelijker te beïnvloeden zijn en de gevolgen van middelengebruik niet goed kunnen overzien (Bransen et al., 2008; Hammink & Schrijvers, 2012). Bovendien ervaren zij doorgaans weinig negatieve gevolgen van het middelengebruik, bijvoorbeeld omdat hun prestaties op school al slecht waren (Hammink, 2016).

Bovengenoemde risicofactoren zijn doorgaans aanwezig bij jongeren in residentiële jeugdzorg en JJI's. Internaliserende en externaliserende problemen, delinquent gedrag en een diagnose als ADHD, PTSS en depressie komen vaker voor bij deze doelgroep (Nijhof et al., 2011). Jongeren in de jeugdzorg en pleegzorg hebben bovendien vaker te maken gehad met gezinsproblematiek als verwaarlozing en misbruik (Nijhof et al., 2010) of ouders met een psychiatrische aandoening en/of middelenverslaving (Vermeulen-Smit et al., 2014).

Daarnaast beïnvloeden jongeren binnen deze settings elkaar mogelijk in hun risicogedrag, waaronder het middelengebruik (Vermeulen-Smit et al., 2014). Factoren bij de persoon, in het gezin en in de sociale omgeving ('peers') kunnen de variatie in middelengebruik deels verklaren, maar het verschil tussen jongeren in het speciaal onderwijs en de residentiële jeugdzorg en het reguliere onderwijs blijft significant en substantieel, hetgeen een aanwijzing is dat de verbondenheid met leeftijdgenoten met afwijkend gedrag ('*deviant peer affiliation*') ook een rol op zichzelf speelt (Kepper, 2014).

Deskundigheid van medewerkers en eenduidig beleid in een instelling zijn belangrijke voorwaarden om de vaak ernstige gevolgen van problematisch middelengebruik bij jongeren en jongvolwassenen te kunnen voorkomen of te reduceren (Brug et al., 2003). Ook uit recenter onderzoek blijkt dat instellingsgebonden factoren zoals de aanwezige verslavingsdeskundigheid, de cultuur binnen een instelling en de manier waarop maatregelen worden ingezet bij middelengebruik invloed hebben op het middelengebruik tijdens het verblijf in JeugdzorgPlus voorzieningen (Hammink, 2016).

6.2 Onderzoek naar effectiviteit middelenpreventie in de residentiële jeugdzorg

Uit de literatuurstudie van het Trimbos-instituut uit 2014 bleek dat er zowel internationaal als in Nederland weinig onderzoek gedaan is naar het voorkómen en verminderen van problematisch middelengebruik onder jongeren in residentiële jeugdinrichtingen. In het rapport worden twee onderzochte interventies genoemd: het Residential Student Assistance Program (RSAP) en Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). RSAP bleek bij een deel van de adolescenten effectief in het verminderen van middelengebruik; het effect is het duidelijkst bij adolescenten met een matige behandeldosis (5-11 uur therapie in totaal), adolescenten in open instellingen, en adolescenten onder de 16 jaar. De aanwezigheid van fulltime counselors, toegang tot de adolescenten en administratieve ondersteuning waren belangrijk voor het slagen van de interventie. MTFC is een alternatief voor residentiële jeugdzorg in de vorm van therapeutische pleegzorg en kan volgens een RCT uitgevoerd in de Verenigde Staten effectief bijdragen aan het verminderen van tabak, cannabis- en harddruggebruik. Omdat dit echter niet ingezet kan worden binnen de residentiële jeugdzorg wordt deze interventie hier verder buiten beschouwing gelaten.

Uit de literatuurstudie kwamen ook factoren naar voren die een rol spelen bij effectieve middelenpreventie in de residentiële jeugdzorg. Allereerst wordt genoemd dat groepsinterventies onder deviante jongeren mogelijk een averechts effect kunnen hebben op het middelengebruik ten gevolge van negatieve onderlinge beïnvloeding (zogenaamde "deviantie-training") (Dishion e.a. 1999;2008). Een review van MacGowan en Wagner (2005) beschrijft dat met name de aanwezigheid van jongeren met een gedragsstoornis van invloed lijkt te zijn op de effectiviteit van groepsinterventies ter vermindering van middelengebruik. Ook het daadwerkelijke antisociale en deviante gedrag in een groep lijkt gerelateerd aan negatieve interventie uitkomsten. Dit is waarschijnlijk ook de reden waarom MTFC in een pleeggezin effectiever kan dragen aan het verminderen van middelengebruik. Overigens noemen MacGowan en Wagner (2005) wel dat groepssamenstelling mogelijk minder van belang is wanneer de groep geleid wordt door ervaren groepsleiders, waarbij het gedrag van de groepsleider van grotere invloed is dan zijn/haar ervaring. Negatief gedrag door de leider (kritiek, negatieve aandacht) is gerelateerd aan antisociaal gedrag in groepen.

In de onderbouwing van de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming wordt eveneens vastgesteld dat er weinig bewezen effectief aanbod is voor selectieve preventie voor risicogroepen zoals jongeren in de jeugdhulp. Wel wordt verwezen naar een overzichtsstudie naar selectieve en geïndiceerde preventie van Deursen et al. (2010). Hierin wordt geconcludeerd dat interventies die zich specifiek richten op risicovolle persoonlijkheidseigenschappen van de jeugdige effectief kunnen zijn in het veranderen van het alcoholgebruik van de jeugdige. Uit een recent effectiviteitsonderzoek van het programma Preventure dat zich juist richt op deze persoonlijkheidseigenschappen bleek dat Preventure effectief bijdroeg aan het terugdringen van binge drinken onder jonge adolescenten met de persoonlijkheidsprofielen angstgevoeligheid en sensatiezoekend gedrag én voor jonge adolescenten met een lager opleidingsniveau (Lammers, 2019).

Volgens de richtlijn is bij geïndiceerde preventie motiverende gespreksvoering in combinatie met feedback over het eigen middelengebruik in vergelijking met het middelengebruik van andere jeugdigen (normatieve feedback) het meest effectief. De richtlijn beveelt hierbij ook eHealth in de vorm van advies op maat, zonder tussenkomst van een hulpverlener aan vanwege de anonimiteit en laagdrempelige beschikbaarheid. Over de effectiviteit van feedback via dit medium is echter nog onvoldoende bekend volgens de richtlijn. Ook stelt de richtlijn dat cognitief-gedragstherapeutische programma's effectiever zijn dan programma's die dit niet hebben.

Een derde benadering die volgens de richtlijn effectief kan zijn is contingency management: het belonen van gewenst gedrag en het intrekken van privileges bij ongewenst gedrag. Hierbij wordt wel opgemerkt dat in de residentiële jeugdzorg het belonen en straffen vaak meer gericht zijn op het disciplineren en handhaven van de orde op de groep dan op het stimuleren van ander gedrag. Nederlands onderzoek naar het effect van deze aanpak in de vorm van een Residentieel Gedragstherapeutisch Programma liet zien dat gedragsproblemen en middelengebruik meer afnamen en sociale vaardigheden meer toenamen dan bij vergelijkbare jongeren in een reguliere behandelgroep (Kok, 1991). De vierde werkzame benadering is de systeembehandeling waarbij de jeugdige en de ouders uitgenodigd worden om actief deel te nemen aan de diverse onderdelen en besluitvorming in het gehele traject. Dit gebeurt in de programma's Multi Dimensionele Familie Therapie (MDFT) en Multi Systeem Therapie (MST), waarbij MDFT de voorkeur heeft, met name wanneer er sprake is van verslaving.

Ten slotte wordt in de richtlijn ingegaan op de inzet van urine- en blaastesten om de motivatie en het vertrouwen van de jongeren in de eigen vaardigheden om het gedrag te veranderen te ondersteunen. Deze zijn alleen effectief als jongeren hier vrijwillig aan deelnemen en het ook daadwerkelijk als steun ervaren en niet als straf of uitsluitingscriterium.

De richtlijn vat ten slotte de bevindingen samen in een aantal kernaanbevelingen:

- Rook niet in de nabijheid van jeugdigen en/of hun ouders: wees je bewust van de boodschap die je afgeeft wanneer je dit wel doet en bedenk alternatieven voor de rookpauze als dat doorgaans het moment is om informele gesprekken te voeren.
- Wees je bewust van je eigen visie op middelengebruik en van je eigen manier van omgaan met verslavende middelen. Praat hierover binnen je eigen team.
- Realiseer je in je contacten met jeugdigen (en in multidisciplinair overleg over jeugdigen) het volgende: gedogen of negeren van middelengebruik is geen optie,

het weigeren van verdere begeleiding of behandeling vanwege middelengebruik evenmin.

- Verwijs door naar de verslavingszorg wanneer er sprake is van:
 - ernstige onthoudingsverschijnselen bij stoppen of minderen van gebruik, en/of
 - ernstig, herhaaldelijk agressief gedrag samenhangend met middelengebruik, en/of
 - ernstige symptomen van psychopathologie in combinatie met een stoornis in het gebruik van middelen, zoals psychotische symptomen, en/of
 - een belemmering van de reguliere begeleiding of behandeling in de jeugdhulp en jeugdbescherming ten gevolge van middelengebruik en daaraan verbonden problemen als geheugenproblemen.

6.3 Aanvulling vanuit recente literatuur

In de zomer van 2020 is in drie databanken gezocht naar actuele artikelen (sinds 2014) over effectieve middelenpreventie in residentiële settings voor jongeren. Ook hier bleek dat er nog relatief weinig gepubliceerd wordt over dit onderwerp. Hieronder de belangrijkste bevindingen.

PubMed

Een zoekopdracht op PubMed met de zoektermen 'substance use', 'residential care' en 'youth' leverde 69 resultaten op. Hiervan bleken 8 artikelen op basis van nadere bestudering van de abstracts relevant voor inzicht in het belang en de effectiviteit van middelenpreventie in de residentiële jeugdzorg. Hierbij moet opgemerkt worden dat het doorgaans gaat om onderzoek naar de behandeling van problematisch middelengebruik dan wel afhankelijkheid (en dus niet zozeer preventie). Omdat er weinig onderzoek beschikbaar was en er vaak ook gekeken wordt naar factoren die een rol speelden bij motivatie en toeleiding zijn deze artikelen toch meegenomen in dit overzicht.

Hieronder een korte samenvatting van de bevindingen per relevant artikel:

- Inzicht in motieven voor middelengebruik bij jongeren met LVB moet gebruikt worden voor het aanpassen van interventies omdat dit kan bijdragen aan voorkomen en tegengaan van stoornissen in middelengebruik bij deze doelgroep (Schijven, 2019);
- In een randomized trial worden assertive continuing care (ACC, een vorm van nazorg waarbij de behandelaar de jongere actief opzoekt in zijn eigen omgeving) en contingency management (CM, een systeem met beloning voor gewenst gedrag danwel intrekking van privileges bij ongewenst gedrag) bij jongeren met een stoornis in middelengebruik vergeleken met gewone zorg voor deze doelgroep. ACC en CM bleken afzonderlijk van elkaar wel een significant effect hadden op onthouding maar wanneer zij tegelijkertijd ingezet worden is dit effect er juist niet (Godley, 2014);
- Een Zweeds onderzoek laat zien dat jongeren in instituties een grotere kans hebben op een negatieve levensloop met zware criminaliteit en frequente opnames voor behandeling, en dat deze jongeren daarom meer effectieve behandeling nodig hebben dan de instituties nu bieden. Hierbij heeft de groep met comorbiditeit van een afhankelijkheidsstoornis en ADHD de slechtste prognose met betrekking tot criminaliteit, gezondheid en sterfte (Ståhlberg et al., 2016);

- Jongeren die middelen gebruiken hebben een groter risico op ondervoeding (tekort aan energie en voedingsstoffen), waarbij misconceptie over het eigen lichaamsgewicht een rol speelt (Ka-Chun Yung, 2019);
- Jongeren met externaliserende problematiek en middelengebruik komen eerder terecht in beveiligde/gesloten instituties terwijl opsluiting juist negatieve effecten heeft bij jongeren met psychische problemen, dit pleit ervoor om justitiële jeugdinrichtingen te hervormen (Kempker, 2016);
- Uit een onderzoek onder vrouwelijke adolescenten die ervaring hadden met seksuele uitbuiting bleek dat bij hen het gebruik van psychoactieve middelen vaker leidde tot risicogedrag en criminaliteit, dit benadrukt het belang om deze samenhang ook mee te nemen in de opvang en behandeling van jonge vrouwen (Couture, 2020);
- Wanneer behandelen bij de intake van een behandeling voor verslavingsproblematiek de kwaliteiten van de cliënt vaststellen worden 'sociaal', 'hardwerkend' en 'slim' het meest genoemd. Deze kwaliteiten kunnen cliënten helpen bij het zoeken naar zinvolle invulling van hun vrije tijd als zij weer nuchter zijn, dit kan met name nuttig zijn voor meisjes en kinderen van lager opgeleide ouders (Pagano, 2019);
- Youth Model is een Canadees instrument om de lokale behoefte aan zorg rondom middelenproblematiek specifiek voor jongeren in kaart te brengen, hierbij wordt onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende niveaus en de volgorde waarin de zorg geboden wordt door de verschillende partijen, het model kan vertaald worden naar andere regio's (Tremblay, 2019);
- De efficiëntie van de netwerken rondom verslavingsklinieken draagt bij aan het verminderen van het aantal heropnames van die klinieken, hetgeen pleit voor het verbeteren van de continuïteit van zorg (Spear, 2014);
- Tabaksontmoediging gedurende het behandelen van een stoornis in het gebruik van alcohol of drugs wordt aanbevolen, hierbij moet ook farmaceutische of gedragstherapeutische ondersteuning worden geboden specifiek gericht op nicotineontwenning (Pagano, 2016).

De overige studies gingen specifiek in op onder meer de behandeling van de afhankelijkheid van bepaalde middelen, het gebruik van neurofeedback, het voorschrijven van slaapmedicatie en de relatie tussen middelengebruik en traumabehandeling.

Scopus

Een zoekopdracht op Scopus met de zoektermen 'substance use', 'residential care' en 'youth' leverde 24 resultaten op tussen 2015 en 2020, waarvan 3 artikelen op basis van nadere bestudering van de abstracts relevant bleken voor inzicht in het belang en de effectiviteit van middelenpreventie in de residentiële jeugdzorg.

Hieronder een korte samenvatting van de bevindingen per relevant artikel:

- In een studie naar voorspellers van verloop van residentiële behandeling voor adolescenten met verslaafd gedrag (N = 137) bleken emotionele/sociale problemen en de betrokkenheid van ouders bij de behandeling (en de interactie tussen deze factoren) een direct effect te hebben op het verloop van de residentiële behandeling. Ouderlijke betrokkenheid had een gunstig effect op problematisch middelengebruik, gedragsproblemen en therapie uitval. Deze studie geeft de

indicatie dat opvoedingspraktijken invloed kunnen hebben op succesvolle afronding van behandeling van middelengebruik bij adolescenten (Uliaszek, 2019).

- In een studie naar de effecten van Multidimensional Family Therapy (MDFT) en residentiële therapie (RT) bleken beide therapieën bij te dragen aan een significante afname in middelengebruik, delinquent gedrag en externaliserende symptomen. In een volgende meting liet MDFT een effectievere afname van problematisch middelengebruik, frequentie van middelengebruik en delinquent gedrag zien dan RT. Deze resultaten tonen aan dat MDFT een mogelijk alternatief kan zijn voor residentiële therapie voor jeugd met middelengebruik in combinatie met andere problematiek (Liddle, 2018).
- Uit onderzoek naar het initiëren van middelengebruik door adolescenten in residentiële zorg (N = 241) in vergelijking met niet-geïstitutionaliseerde jongeren (N = 359) blijkt dat een groot deel van deze adolescenten met middelengebruik start tijdens hun verblijf in residentiële zorg. Het middelengebruik (met uitzondering van dronkenschap) was bij de adolescenten in residentiële zorg ook significant hoger. Deze resultaten geven de indicatie dat er behoefte is aan effectieve preventieve interventies en beleid in residentiële zorg, met specifieke aandacht voor drugsgebruik (Monshouwer, 2015).

PsycINFO

Een zoekopdracht op PsycINFO met de zoektermen 'substance use', 'residential care' en 'youth' leverde aanvankelijk 20 resultaten op tussen 2014 en 2020. Na nadere bestudering van de abstracts bleek geen van deze artikelen relevant te zijn voor inzicht in het belang en de effectiviteit van middelenpreventie in de residentiële jeugdzorg.

7. Beantwoording onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk worden de resultaten per onderzoeksvraag samengevat. Omdat er in de online vragenlijst en in de interviews ook kort ingegaan is op de inschatting van het middelengebruik door jongeren vanuit het perspectief van de respondenten wordt hier eerst een samenvatting van gegeven. Deze inschatting was vooral bedoeld om het onderwerp middelengebruik te introduceren bij de respondenten. Voor een accuraat beeld van de prevalentie van middelengebruik door jongeren in de residentiële jeugdzorg verwijzen wij naar de EXPLORE-factsheet 'Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg' tevens gepubliceerd in juli 2021.

Inschatting middelengebruik jongeren

Aan alle respondenten is in de online vragenlijst gevraagd een inschatting te geven van het middelengebruik op de voorziening waar zij werken. Deze vraag was mede bedoeld om het onderwerp en de verschillende middelen die gebruikt zouden kunnen worden bij de respondenten te introduceren. Alhoewel de vraag niet direct gelieerd was aan een onderzoeksvraag worden de uitkomsten hier wel samengevat. Zij geven een eerste inzicht van in de mate waarin medewerkers het middelengebruik door jongeren in beeld hebben. Het kwantitatieve onderdeel van EXPLORE 2019 met vragenlijstonderzoek onder de jongeren zelf zal een meer exact beeld geven van het middelengebruik in deze settings.

Respondenten herkenden met name het gebruik van alcohol, tabak en cannabis door jongeren. Hierbij scoorde (op een schaal van 1 tot 7) tabak het hoogst (4,6 tijdens verlof en 4,4 tijdens aanwezigheid op de voorziening), daarna alcohol (4,2 tijdens verlof en 2,2 tijdens aanwezigheid op voorziening) en vervolgens cannabis (3,6 tijdens verlof 2,7 tijdens aanwezigheid op de voorziening). Van de overige middelen scoorden stimulerende middelen (2,1), lachgas (2,2), XTC/MDMA (2,1) en combinatiegebruik (2,2) het hoogst tijdens het verlof, al gaat het dan nog steeds om een minderheid van de jongeren. Overigens geeft een aanzienlijk deel van de respondenten (25-43%) aan niet te weten in hoeverre jongeren bovengenoemde middelen gebruiken.

Ook in de interviews kwam de inschatting van het middelengebruik door jongeren kort aan de orde. Hierbij bleek dat deze inschattingen sterk verschillen. Sommige respondenten benoemen 'zeer hoog' gebruik en bekendheid van jongeren met middelen als 2C-B en ketamine, anderen verklaren met name gebruik van alcohol en cannabis te zien. Andere signalen uit de interviews zijn dat respondenten aangeven dat sommige jongeren verklaren dat zij juist meer zijn gaan blowen tijdens hun verblijf in de instelling en dat er meer jongeren met problematiek rond middelengebruik in de jeugdzorg terecht komen omdat zij door de stelselwijziging niet meer direct bij de IVZ geholpen (kunnen) worden. Hieronder worden de resultaten per onderzoeksvraag samengevat.

7.1 Hoe ziet het beleid ten aanzien van middelengebruik eruit bij organisaties in de residentiële jeugdzorg?

Deze vraag is beantwoord door in de online vragenlijst te vragen naar het beleid ten aanzien van middelengebruik en hoe dit is uitgewerkt en wordt geïmplementeerd. Tevens is gevraagd naar de aandacht voor middelengebruik in het primaire proces. In de interviews met het management is doorgevraagd naar de factoren die een rol spelen bij

het (door)ontwikkelen van het beleid. In de focusgroep met jongeren is gevraagd naar wat zij merken van het middelenbeleid.

In het overgrote deel van de instellingen bestaat volgens respondenten een formeel middelenbeleid. Dit bestaat met name uit rookbeleid en een beleidsprotocol ten aanzien van regels omtrent middelengebruik door jongeren (verbod op gebruik en bezit van middelen en eventuele sancties bij overtreding).

Ruim de helft van de respondenten geeft aan dat er in het middelenbeleid rekening gehouden wordt met leeftijd. De meest genoemde onderscheidende leeftijd is 18 jaar (met name wat betreft het toestaan van alcoholgebruik en roken). Daarnaast wordt regelmatig 16 jaar als leeftijdsgrens genoemd voor het toestaan van roken met toestemming van ouders.

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat middelengebruik actief ontmoedigd wordt, meestal via gespreksvoering (al dan niet in samenwerking met een IVZ) en het opnemen van doelen in behandelplannen, maar ook door voorlichting of training voor de jongeren en het hanteren van regels.

Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat er binnen hun voorziening een beleidsprotocol is met afspraken over het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren. Volgens groepsleiders/pedagogisch medewerkers gaat het hierbij onder meer om (mentor)gesprekken, het betrekken en inlichten van ouders, de inzet van medewerkers van de IVZ, het geven van voorlichting, actief signaleren en maken van afspraken. Door de functiegroep behandelaren/gedragswetenschappers worden hiernaast ook urinecontroles en sancties zoals het inhouden van verlof genoemd. De functiegroep directie/ management noemde richtlijnen, algehele huis- of leefregels van de instelling, 'afsprakensets' met de jongeren, voorlichting, het gesprek aangaan en training van medewerkers.

In de interviews wordt aangegeven dat het middelenbeleid vaak verouderd is, en dat een dergelijk protocol vaak omvangrijk is en het veel vergt om deze up-to-date te houden. Respondenten hebben vaak het gevoel alles zelf uit te moeten zoeken en door management/directie wordt gemeend dat (meer) landelijke sturing nodig is. Omdat middelengebruik niet de grootste issue is blijft de aanpak vaak ad-hoc. Gedragswetenschappers en pedagogisch medewerkers ervaren bovendien een focus op beheersing hetgeen niet als helpend wordt ervaren voor de jongeren.

Als het gaat om navolging van beleid geeft iets meer dan de helft van de groepsleiders/pedagogisch medewerkers aan dat het formele beleid over het algemeen goed wordt nageleefd. Bij de behandelaren/gedragswetenschappers is slechts een kwart van de respondenten hiervan overtuigd en bij directie/management is dit éénenderde.

Uitdagingen zijn omstandigheden waarbij jongeren naar buiten gaan en er weinig of geen (toe)zicht op hen is, beleid voor meerderjarigen, en het leveren van maatwerk. Ook onrust/veranderingen in de organisatie en/of verloop van personeel zorgen voor belemmeringen. Ook wordt benoemd dat naleving van beleid of normen omtrent middelengebruik verschillen per locatie, groep of setting. Dit is vooral het geval wanneer het beleid niet uitvoerig genoeg is vastgesteld, en ruimte laat voor interpretatie.

Uit de interviews bleek dat bij het naleven van het beleid vooral gedacht wordt aan de gevolgen/sancties die volgen wanneer middelengebruik opgemerkt wordt, bijvoorbeeld

tijdens controles of wanneer een jongere onder invloed is. Vaak gaat het dan om een gesprek met een hulpverlener of een preventiewerker van de IVZ.

Ruim een kwart van de respondenten noemde het bestaan van ongeschreven regels omtrent middelenbeleid bij hun instelling. De meest genoemde regel is dat gebruik op de groep niet toegestaan is, en jongeren die onder invloed zijn zich niet in de groep mogen begeven.

De (voorgeschreven) regel die volgens de meeste respondenten ook geldt in de voorziening waar zij werkzaam zijn is dat het is voor jongeren van alle leeftijden verboden is te blowen of alcohol of andere drugs te gebruiken binnen de voorziening. Een algemeen rookverbod voor alle leeftijden wordt door bijna een kwart van de respondenten herkend en een expliciet rookverbod voor minderjarigen door 13%.

Op basis van de interviews lijken er wel regels te zijn met betrekking tot het bezit van alcohol door minderjarigen, maar is het *gebruik* niet altijd strikt verboden. Dit hangt ook samen met het beperkte toezicht en verschillen in omgang met alcohol door bijvoorbeeld ouders of bij de boerenbedrijven waar jongeren als woon- werkproject verblijven. Uit de interviews blijkt dat er wel regels zijn voor jongeren en medewerkers met betrekking tot de plekken waar je mag roken, maar geen algemeen preventiebeleid.

Gevraagd naar momenten binnen het primair proces waarop middelengebruik besproken wordt geven respondenten aan dat dit vooral tijdens de intake en speciale voorlichtingsbijeenkomsten voor jongeren gebeurt. Daarbuiten gebeurt dit veelal alleen bij vermoedens van (problematisch) gebruik.

Ook bleek uit de interviews dat middelengebruik wordt uitgevraagd tijdens de intake, maar daarna, met uitzondering van één instelling, niet structureel terugkomt.

Een meerderheid van de respondenten ziet het als hun verantwoordelijkheid om (vermoedens van) middelengebruik te bespreken met jongeren en collega's. Respondenten geven ook aan te ervaren dat collega's dit in de meeste gevallen ook doen. Bijna de helft is het niet eens met stellingen die stelden dat advies geven of regels stellen naar de jongeren toe geen zin zou hebben.

7.2 Welke interventies en programma's worden er ingezet ten aanzien van universele, selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik en problematisch middelengebruik?

Deze onderzoeksvraag is beantwoord door in de online vragenlijst aan gedragswetenschappers/behandelaars en groepsleiders/pedagogisch medewerkers te vragen naar de bekendheid met en inzet van instrumenten en interventies.

Met name kamercontroles, urinecontroles en Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) blijken bekend te zijn en intern ingezet te worden. Ook diagnostiek afhankelijkheidsstoornis en KOPP/KOV-interventies zijn bekend en worden extern ingezet. De meeste andere interventies blijken onbekend te zijn en/of worden niet ingezet.

De interventies/maatregelen die wel bekend zijn en ingezet worden zoals kamer- en urinecontroles geven volgens de respondenten jongeren een veiliger gevoel en het signaal

dat middelengebruik en -bezit niet toegestaan is. Ook wordt aangegeven dat dergelijke controles een aanleiding kunnen zijn voor een ('onderbouwd') gesprek. Andere respondenten benoemen dat de controles het gesprek juist bemoeilijken omdat jongeren meer gesloten worden over gebruik en zullen proberen het gebruik nog meer te verstoppen wegens gebrek aan een gevoel van vertrouwen.

Van de instrumenten voor het signaleren van middelengebruik wordt volgens bijna de helft van de respondenten nader onderzoek naar samenhang met psychische en gedragsproblemen en nader onderzoek risicofactoren problematisch gebruik regelmatig (maar niet standaard) ingezet.

Uit de interviews kwam een vergelijkbaar beeld met betrekking tot de (on)bekendheid van interventies. Het meest bekend en ingezet zijn kamer- en urinecontroles en in enige mate motiverende gespreksvoering. Tevens wordt benoemd dat er weinig bekend dan wel voorhanden is aan effectieve interventies. Hierbij spelen gebrek aan kennis over waar of dat deze informatie überhaupt te vinden is en gebrek aan tijd voor en/of affiniteit met het onderwerp een rol. Over het algemeen wordt ervaren dat er weinig aandacht is voor het inzetten van effectieve interventies, en hier bij instellingen weinig over gesproken wordt.

7.3 Welke attitude hebben professionals binnen deze settings ten aanzien van middelengebruik?

Deze onderzoeksvraag is beantwoord door in de online vragenlijst gedragswetenschappers/behandelaars en groepsleiders/pedagogisch medewerkers stellingen voor te leggen met betrekking tot persoonlijke houding ten aanzien van middelengebruik. Ook is dit onderwerp in de interviews besproken met gedragswetenschappers/behandelaars en groepsleiders/pedagogisch medewerkers.

Uit de interviews bleek dat respondenten middelengebruik door deze jongeren over het algemeen als problematisch ervaren, met name vanwege het risico op afhankelijkheid of verslaving en het feit dat het gaat om kwetsbare jongeren. Ook hebben respondenten het idee dat middelengebruik toeneemt onder deze groep en dat er een risico is op onderlinge beïnvloeding tot (meer) gebruik. Respondenten hebben wel begrip voor middelengebruik als copingmechanisme gezien de situatie van de jongeren, en vinden dat er in de aanpak focus moet zijn op preventie en het aanleren van alternatieve copingstrategieën. Ook kwam naar voren dat de persoonlijke attitudes van de respondenten ten aanzien van (omgaan met) middelengebruik uiteen kunnen lopen, maar ook dat beleid kan bijdragen aan minder discussie en meer eenduidigheid. In sommige gevallen geven respondenten aan of blijkt uit hun antwoorden dat zij zich kunnen laten leiden door persoonlijke overtuigingen en/of ervaringen wat betreft drugs, waaronder alcohol, in hun keuzes hoe hier in de werksetting op te reageren.

7.4 Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen deze settings?

Deze onderzoeksvraag is beantwoord door in de online vragenlijst en in de interviews door middel van open vragen de belemmerende en bevorderende factoren bij tegengaan (problematisch) middelengebruik te inventariseren bij directie/management, gedragswetenschappers/behandelaars en groepsleiders/pedagogisch medewerkers. In de interviews met gedragswetenschappers/behandelaars en groepsleiders/pedagogisch medewerkers nog verder doorgevraagd naar behoeften.

Veelvuldig genoemde succesfactoren wat betreft het tegengaan van (problematisch) middelengebruik zijn bespreekbaarheid, deskundigheid, duidelijkheid, openheid, samenwerking en voorlichting (voor zowel medewerkers als jongeren).

Ervaren knelpunten zijn een taboesfeer/geslotenheid rond het bespreken van middelengebruik, een (fysiek) open setting/weinig toezicht, onderlinge beïnvloeding onder jongeren, gebrek aan motivatie bij jongeren, gebrek aan expertise, en gebrek aan duidelijkheid in het beleid.

Manieren waarop volgens de respondenten knelpunten kunnen worden weggenomen kunnen onderverdeeld worden in: beleidsontwikkeling, bespreekbaar maken, deskundigheidsbevordering, inzet van interventies en samenwerking. Gevraagd naar hun behoeften benoemen respondenten dan ook: beleidsontwikkeling (eenduidiger beleid), deskundigheidsbevordering (kennis middelengebruik en gesprekstechnieken), inzet van interventies (screening, preventie en aanpak middelengebruik) en samenwerking (met IVZ en tussen jeugdzorginstellingen onderling).

In de interviews is nader ingegaan op de behoefte aan deskundigheidsbevordering. Dit betrof psycho-educatie over middelengebruik en verslaving (met het leren gebruiken van de juiste terminologie), vaardigheden met betrekking tot voorlichting en (motiverende) gespreksvoering, opvoedingsondersteuning en het reageren op gebruik zonder te bestraffen.

Er is in de online vragenlijst ook expliciet gevraagd naar de rol van de omgeving ten aanzien van middelengebruik bij jongeren. Hierbij lijkt vooral de directe sociale omgeving (jongeren onder elkaar, en in zekere mate ook ouders) een belemmerende rol te spelen in de zin van invloed op elkaars middelengebruik. Er is een gebrek aan kennis en vaardigheden hoe op groepsniveau in te spelen op deze processen, even als hoe om te gaan met ouders die zelf gebruiken en/of gebruik door hun kind toestaan.

7.5 Wat werkt wel en wat niet bij interventies gericht op het voorkomen van middelengebruik en problematisch middelengebruik wat betreft vorm en inhoud?

Deze onderzoeksvraag is beantwoord door in de online vragenlijst gedragswetenschappers/behandelaars en groepsleiders/pedagogisch medewerkers te vragen naar wat volgens hen wel en niet werkt bij de hen bekende interventies. In de interviews met gedragswetenschappers/behandelaars en de focusgroep met jongeren is hier nader op doorgevraagd. Op basis van hun ervaringen met de bij hen bekende interventies geven respondenten de volgende toelichting met betrekking tot wat wel/niet werkt. Bij diagnostiek afhankelijkheidsstoornis is met name de samenwerking met IVZ en het verschil in werkwijze een aandachtspunt. MDFT wordt als effectief gezien vanwege het systeemgericht werken maar motivatie van deelnemers is een aandachtspunt. Met betrekking tot KOPP/KOV wordt een speciaal aanbod waar jongeren ervaringen kunnen delen als positief gezien maar zijn er ook vaak wachttijden voordat er een groep gestart kan worden. Bij Moti-4 wordt de openheid als sterk punt gezien, maar is tegelijkertijd de vrijblijvendheid en terugkoppeling vanuit IVZ een aandachtspunt volgens de respondenten.

In de interviews is ook nader ingegaan op de samenwerking met de IVZ. Vaak is er samenwerking op het gebied van scholing van medewerkers, groepsvoorlichting aan

jongeren, voorlichting aan ouders, screening van jongeren, consultatie bij specifieke problematiek en individuele gesprekken met jongeren.

Vertrouwelijkheid wordt als belangrijk werkzaamheid element van een interventie ervaren. Dit komt naar voren uit zowel de interviews als de focusgroep met jongeren. Wanneer jongeren ervan op aan kunnen dat zij niet per definitie een consequentie (sanctie) te hoeven verwachten wanneer zij eerlijk spreken over middelengebruik, komt dit de vertrouwensband ten goede. Dit zorgt voor meer mogelijkheid tot een open, vertrouwelijk gesprek, waardoor jongeren minder geneigd zullen zijn gebruik te verbergen, en meer geneigd zullen zijn het gesprek te willen voeren. Ook volgens jongeren zelf is de vertrouwensband met begeleiders van groot belang. Daarnaast kunnen consequente en relevante sancties (bijvoorbeeld geen bezoek mogen ontvangen) volgens hen effectief zijn bij het voorkomen of minderen van middelengebruik, en werkt dit beter dan steeds meer regels inluiden die niet of slecht gehandhaafd kunnen worden.

Een speciaal aandachtspunt bij het inzetten van interventies is de samenwerking met verslavingszorg. In de meeste gevallen wordt bij eenmaal zichtbare problemen de IVZ binnengehaald om op casusniveau aan de slag te gaan. Een herhaald genoemde belemmering hierbij is dat in de visie van IVZ jongeren gemotiveerd moeten zijn alvorens zij in behandeling kunnen en dat het bij de jeugdzorginstellingen aan kennis en vaardigheden schort om die motivatie te bevorderen. Ook wordt vanuit de jeugdzorg soms betwijfeld wordt of de bestaande intrinsieke motivatie een voorwaarde zou moeten zijn. Vanuit de functiegroep groepswerkers/pedagogisch medewerkers is er behoefte aan meer concrete werkafspraken en structureel contact met de IVZ met betrekking tot de verantwoordelijkheden over en weer. Op managementniveau worden korte lijnen en vaste contactpersonen als afdoende gezien en lijkt een formele overeenkomst met afspraken niet nodig.

Uit de literatuur is relatief weinig bekend over de effectiviteit van middelenbeleid in de residentiële jeugdzorg. De Richtlijn Middelengebruik in Jeugdhulp en Jeugdbescherming legt in haar aanbevelingen de nadruk op voorbeeldgedrag (niet roken in nabijheid van jongeren en/of hun ouders), bewustwording van eigen visie, middelengebruik niet gedogen of negeren, geen behandeling weigeren wegens middelengebruik en in specifieke gevallen doorverwijzen naar verslavingszorg. In een aantal meer recente artikelen worden de volgende succesfactoren benoemd:

- Inzicht in motieven voor gebruik bij LVB-doelgroep toepassen in interventies;
- Assertive continuing care (ACC, outreachende nazorg) en contingency management (CM, beloningssysteem) zijn afzonderlijk wel effectief maar in combinatie niet;
- Bij de intake vastgestelde kwaliteiten van cliënten kunnen gebruikt worden bij zoeken naar zinvolle vrijetijdsbesteding na het stoppen met middelengebruik;
- Continuïteit van zorg rondom verslavingsklinieken draagt bij aan minder heropnames;
- Tabaksontmoediging gedurende het behandelen van een stoornis in het gebruik van alcohol of drugs wordt aanbevolen.

8. Conclusies en aanbevelingen

8.1 Conclusies

Respondenten weten met name het gebruik van alcohol, tabak en cannabis door jongeren in te schatten, maar hebben veel minder zicht op het gebruik van andere middelen. Veel organisaties hebben wel formeel beleid met betrekking tot middelengebruik, maar dit betreft vooral het rookbeleid en regels omtrent het niet mogen bezitten en/of gebruiken van middelen.

Veel organisaties ontmoedigen wel middelengebruik, veelal door gespreksvoering, maar slechts de helft van de respondenten noemt dat hun organisaties een beleidsprotocol heeft voor het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren.

Het aantal bekende en ingezette interventies is (zeer) beperkt. Het betreft met name controlerende maatregelen als kamer- en urinecontroles, aan de ene kant en diagnostiek en behandeling (MDFT) aan de andere kant. Juist voor het tussenliggende gebied (preventie) worden weinig interventies ingezet en wordt er vooral ingezet op gespreksvoering door de medewerkers van de instelling.

De respondenten vinden het wel makkelijk om het gesprek aan te gaan met de jongeren en voelen zich hierin ook verantwoordelijk. Ook zien zij dat dit van hen verwacht wordt en collega's dit ook doen. Zij zien echter veelal niet dat het middelenbeleid binnen hun organisatie bijdraagt aan meer duidelijkheid/minder discussies; hiervoor is het middelenbeleid vaak te summier. Ondanks dat respondenten het gesprek makkelijk aan kunnen gaan vinden zij ook dat er onvoldoende aandacht is voor het ontwikkelen van deskundigheid en vaardigheden met betrekking tot middelengebruik en gespreksvoering, mogelijk is er dus nog wel handelingsverlegenheid in hoe het gesprek precies vorm te geven.

Gevraagd naar hun behoeften noemen de respondenten beleidsontwikkeling (eenduidiger beleid), deskundigheidsbevordering (kennis middelengebruik en gesprekstechnieken), inzet van interventies (screening, preventie en aanpak middelengebruik) en samenwerking (met IVZ en tussen jeugdzorginstellingen onderling). Tegelijkertijd wordt aangegeven dat het ontwikkelen en bijhouden van middelenbeleid intensief is, en het scholen van medewerkers tijdsintensief en kostbaar.

8.2 Aanbevelingen

Op basis van bovengenoemde conclusies in combinatie met de kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek naar gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg worden de volgende aanbevelingen gedaan op landelijk niveau en op instellingsniveau:

Aanbevelingen voor landelijk beleid

1. Vergroot de landelijke bekendheid en het gebruik van de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming.

De Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming bevat zowel inhoudelijke informatie als concrete aanbevelingen en een overzicht van interventies die ingezet kunnen worden (Wits e.a., 2016). De richtlijn is bij velen nog onbekend en wordt weinig gebruikt. De richtlijn kan bijdragen aan de gewenste deskundigheidsbevordering en

beleidsontwikkeling. Door samen op te trekken bij de implementatie van de richtlijn kunnen organisaties ook van elkaar leren.

2. Ontwikkel concrete voorbeelden van de mogelijke samenwerking met de instelling voor verslavingszorg (IVZ).

In de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming wordt aangegeven wanneer doorverwezen moet worden naar de IVZ. In de praktijk blijken verschillen in visie en werkwijze en onduidelijkheden met betrekking tot de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden ervoor te zorgen dat de samenwerking niet altijd goed van de grond komt. Het lijkt daarom nodig om meer concrete voorbeelden uit te werken voor de samenwerking, met de daarbij horende afspraken. Met name de verantwoordelijkheid met betrekking tot het (blijven) motiveren van jongeren tot het aanpakken van middelengebruik is hierbij een aandachtspunt. Deskundigheidsbevordering van medewerkers op het gebied van motiverende gespreksvoering kan hieraan bijdragen. Ook zichtbare aanwezigheid van de IVZ op de locatie kan hieraan bijdragen, net als het praten met jongeren over (het aanbod van) de IVZ als mogelijkheid tot ondersteuning opdat dit door jongeren positiever wordt ervaren. De voorbeelden kunnen worden opgenomen in de richtlijn en in een interventie als Open en Alert, een interventie om problematisch middelengebruik in jeugdhulpsettingen te voorkomen of verminderen.

3. Ontwikkel meer kennis over het beïnvloeden van middelengebruik in een leefgroep.

De invloed van de fysieke en sociale omgeving op het middelengebruik van jongeren lijkt groot. Veel interventies richten zich nu op het individu omdat juist in een één-op-één-gesprek jongeren beter gemotiveerd kunnen worden tot het minderen of stoppen van hun middelengebruik. Het is belangrijk dat deze interventies ingezet blijven worden. Tegelijkertijd is er voor medewerkers in de jeugdzorg weinig houvast voor het omgaan met middelengebruik in een groepssetting. Ook in de literatuur is hier nog weinig over te vinden. Om te komen tot een onderbouwde aanpak voor op de groep is het nodig meer kennis te ontwikkelen over het beïnvloeden van middelengebruik op een leefgroep. Mogelijk kan hierbij aangesloten worden bij de Speerpuntenagenda voor de residentiële jeugdzorg met betrekking tot het ontwikkelingsgerichte leefklimaat.

Waar medewerkers menen dat sociale beïnvloeding/ groepsdruk een belangrijke factor van invloed is, noemen jongeren zelf meerdere andere redenen voor gebruik als belangrijker dan 'erbij willen horen'. Zo blijken 'een lekker gevoel krijgen' en het tegengaan van stress of verveling regelmatig redenen voor gebruik te zijn. Een verdiepend onderzoek onder jongeren in de RJZ is nodig om meer inzicht te krijgen in welke (sociale) rol het middelengebruik precies speelt, waar jongeren daarmee naar op zoek zijn, en hoe hiervoor alternatieven geboden kunnen worden.

Aanknopingspunt wat betreft deze aanbeveling kan het IJslandse Preventiemodel zijn, dat uitgaat van omgevingspreventie en onder andere ingaat op het betrekken van ouders en vrijetijdsbesteding.

4. Investeer verder in de aanpak van middelengebruik binnen de jeugdzorg.

Omdat jongeren in de RJZ te maken hebben met meer risicofactoren en minder beschermende factoren (persoonlijk en in hun omgeving) bestaat er een grotere kans op problematisch middelengebruik. Via een monitor, waarvoor inmiddels de infrastructuur en het netwerk beschikbaar is, kan er zicht blijven op het middelengebruik, op wat hier in de sector mee gedaan wordt en waar verbeteringen kunnen plaatsvinden. Op basis van concrete informatie kan tevens betere en gerichtere ondersteuning plaatsvinden wat betreft preventie en beleid.

Aanbevelingen op instellingsniveau

5. Zorg voor een integraal middelenbeleid met aandacht voor preventie op verschillende niveaus.

In de praktijk blijkt het middelenbeleid zich vaak te vernauwen tot regels die middelengebruik door jongeren verbieden en bestraffen. Maar met name deskundigheidsbevordering met betrekking tot het signaleren en bespreekbaar maken, het inzetten van passende interventies en de samenwerking met de IVZ dragen bij aan het voorkomen van (problematisch) middelengebruik. Het is daarom belangrijk dat al deze elementen terugkomen in een eenduidig middelenbeleid. De eerdergenoemde Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming kan hierbij ondersteunen, evenals de interventie Open en Alert.

Een integraal en eenduidig middelenbeleid voorkomt dat de focus te veel komt te liggen op controle, en draagt daarom mogelijk ook bij aan meer openheid van de jongeren en draagvlak onder medewerkers. Ook kan het bijdragen aan meer duidelijkheid, omdat er minder ruimte is voor interpretatie en persoonlijke overtuigingen van medewerkers.

6. Besteed meer aandacht aan alcohol- en tabaksontmoediging.

Tabaksontmoediging krijgt nog weinig aandacht terwijl de rookvrije (jeugd)zorg steeds dichterbij komt. Het opnemen van tabaksontmoediging in het bredere middelenbeleid met betrekking tot alcohol en drugs biedt de mogelijkheid om hierop te anticiperen en hierbij draagvlak te creëren onder medewerkers. Ook zou er meer aandacht moeten zijn voor alcoholpreventie omdat het gebruik van alcohol door minderjarigen nu vaak nog 'gedoogd' wordt (dit geldt ook voor roken vanaf 16 jaar).

Een deel van de jongeren geeft zelf aan te vinden dat ze te veel roken en 'ooit' (maar niet op korte termijn) te willen stoppen. Hier ligt een kans jongeren te motiveren toch op kortere termijn te minderen of stoppen, wat tevens als neveneffect kan hebben dat jongeren (gemotiveerd raken om te) stoppen met cannabisgebruik. Voor roken (of blowen) zijn interventies waarin groepsgewijs te werk wordt gegaan mogelijk geschikt (deze worden momenteel voor roken ook aan (zorg)medewerkers aangeboden). Tot slot is het aan te bevelen dat IVZ's meer/actief aanbod bieden voor stoppen met roken.

Referenties

- Barendregt, C. & Wits, E. (2013). Vroegsignalering van middelenproblematiek bij jongeren: Voorbeelden van toepassing van de Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of afhankelijkheid in de praktijk. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Benschop, A., Nabben, T. & Korf, D.J. (2013). Antenne 2012. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2020). Rapportage Jeugdhulp 2019. Den Haag/Heerlen/Bonaire: CBS. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2020/18/rapportage-jeugdhulp-2019.pdf.
- Couture, S., N. Lanctôt, G. Parent, S. Lemieux, A. Lemieux (2020) Consequences associated with the use of psychoactive substances among female adolescents placed in residential care: the role of sexual exploitation Women Health. 2020 Jul 12;1-11. doi: 10.1080/03630242.2020.1789262. Online ahead of print.
- Evers, J. (2016). Kwalitatieve analyse: kunst en kunde. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- FCB (2019) Regioportretten Jeugdzorg. Geraadpleegd op <http://regiocijfersjeugdzorg.fcb.nl/>
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. International Journal for Quality in Health Care , 26(5), 501-510. doi: 10.1093/intqhc/mzu060.
- Godley, M.D., S.H. Godley, M.L. Dennis, R.R. Funk, L. L. Passetti, N.M. Petry (2013) A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders J Consult Clin Psychol. 2014 Feb;82(1):40-51. doi: 10.1037/a0035264. Epub 2013 Dec 2.
- Hammink, A., C. Barendregt, E. ter Beek, E. de Jonge, D. van der Mheen (2016). Een verdiepend onderzoek naar aanleiding van de longitudinale Effectmonitor JeugdzorgPlus naar de prevalentie, diagnostiek en behandeling van (problematisch) middelengebruik bij jongeren in JeugdzorgPlus instellingen. Rotterdam: IVO
- Ka-Chun Yung, Y. en J. Tak-Fai Lau (2019) Comparing nutrient intake and body weight status amongst adolescent substance users, institutionalised abstainers and never users Food Nutr Res. 2019 Dec 19;63. doi: 10.29219/fnr.v63.3634. eCollection 2019.
- Kempker, S.M. A. T. Schmidt, E. M. Espinosa (2016) Understanding the Influence of Mental Health Diagnosis and Gender on Placement Decisions for Justice-Involved Youth J Youth Adolesc. 2017 Jul;46(7):1562-1581. doi: 10.1007/s10964-016-0572-5. Epub 2016 Sep 26.
- Kepper, A., Van den Eijnden, R., Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2014). Understanding the elevated risk of substance use by adolescents in special education and residential youth care: the role of individual, family and peer factors. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(6), 461-472.
- Konijn, C., & Steege, M. van der (2013). Een beter aanbod voor langdurig uithuisgeplaatste kinderen. De residentiële hulp van Spirit Jeugd en Opvoedhulp herzien. Jeugdkennis, Verdieping voor professionals, 11 maart 2013
- Lange, M. de, Eijgenraam, K., & Baat, M. de (2010). Effect en kwaliteit vereisen interventies, hulpverleners en tijd. Een verkennend onderzoek naar een inhoudelijke onderbouwing van de normprijzen van residentiële zorg in de provincie Noord-Brabant. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

- Lange, M. de, A. Addink, M. Haspels, E. Geurts (2017) Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO). Via: <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/09/Onderbouwing.pdf>
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56.
- Low NC, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, O'Loughlin J. Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry*. 2012 Aug 17;12:116. doi: 10.1186/1471-244X-12-116. PMID: 22900789; PMCID: PMC3466152.
- Möhle, M., Van der Pol, P., Van Goor, M., & Goossens, F.X. (2018). Strategische Verkenning Cannabispreventie: Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik door jongeren te voorkomen. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd via: <https://www.trimbos.nl/?act=winkeldl.download&prod=1051>.
- Monshouwer, K., Kepper, A., Van den Eijnden, R., Koning, I., & Vollebergh, W. (2015). Initiation of substance use by adolescents after one year in residential youth care. *Child & Youth Care Forum*, 44(5), 597-611.
- Nederlands Jeugd Instituut (2020) Dossier Residentiële Jeugdhulp. Geraadpleegd vanaf <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Residentiele-jeugdhulp>
- Nagel, J. E. L. van der, Didden, R., Van Duijvenbode, N., Kemna, L., & Trentelman, M. (2016). Middelengebruik en verslaving. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Eds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 157-169). Utrecht: De Tijdstroom.
- Oudejans, S. & Spits, M. (2013). Investeren in verslavingspreventie: Beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren. Stichting Resultaten Scoren en Mark Bench VOF. Geraadpleegd via: <https://www.resultatenscoren.nl/data/upload/files/rapport-basisaanbodjeugdpreventie.pdf>
- Pagano, M.E., C.M. Delos-Reyes, S. Wasilow, K. M. Svala, S. P. Kurtz (2016) Smoking Cessation and Adolescent Treatment Response With Comorbid ADHD *J Subst Abuse Treat*. 2016 Nov;70:21-27. doi: 10.1016/j.jsat.2016.07.008. Epub 2016 Jul 28.
- Pagano, M.E. N. M. Raj, C. Rhodes, A.R. Krentzman, M. Little (2019) Identifying strengths in youths at substance use treatment admission *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(4):410-420. doi: 10.1080/00952990.2019.1603302. Epub 2019 May 2.
- Rombouts, M., Van Dorsselaer, S., Scheffers-van Schayck, T., Tuithof, M., Kleinjan, M., & Monshouwer, K. (2020). Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rombouts, M. D. Visser, S. Onrust, M. Tuithof, T. Scheffers-Van Schayck, J. Simon, K. Monshouwer. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs. Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Centrum Gezond Leven: Overzicht van databanken met (effectieve) interventies. Geraadpleegd via: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken-algemeen/interventieoverzichten>.
- Rijksoverheid (2014). Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). Geraadpleegd via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-07-01>.
- Rijksoverheid (2018). Nationaal Preventieakkoord: Een gezonder Nederland. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>.
- Schijven, E.P., R. Didden, R. Otten, E.A.P. Poelen (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use J Appl Res Intellect Disabil. 2019 Jul;32(4):871-878. doi: 10.1111/jar.12578. Epub 2019 Mar 7.
- Snoek, A., Wits, E., Van der Stel, J., & Van de Mheen, D. (2010). Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO) en Stichting Resultaten Scoren.
- Spear, S.E. (2014). Reducing readmissions to detoxification: an interorganizational network perspective Drug Alcohol Depend. 2014 Apr 1;137:76-82. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.01.006. Epub 2014 Jan 25.
- Ståhlberg, O., S. Boman, C. Robertsson, N. Kerekes, H. Anckarsäter, T. Nilsson (2016). A 3-year follow-up study of Swedish youths committed to juvenile institutions: Frequent occurrence of criminality and health care use regardless of drug abuse Int J Law Psychiatry. Jan-Feb 2017;50:52-60. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.09.004. Epub
- Steege, M. van der, & Meuwissen, I. (2012). Doelgroepenanalyse Rubicon Jeugdzorg. Een analyse van de huidige cliënten binnen het cluster verblijf. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Tremblay, J., K. Bertrand, N. Blanchette-Martin, B. Rush, A. Savard, N. L'Espérance, G. Demers-Lessard, R. Genois (2019) Estimation of Needs for Addiction Services: A Youth Model J Stud Alcohol Drugs Suppl. 2019 Jan;Sup 18:64-75. doi: 10.15288/jsads.2019.s18.64.
- Uliaszek, A.A., Al-Dajani, N., & Mills, L. (2019). Predictors of Attrition From Residential Treatment for Youths With Addictive Behaviors. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 28(1), 1-7.
- Verbi GmbH (2020). MAXQDA: softwareprogramma voor kwalitatieve en *mixed-methods* data-analyse. Berlijn: Verbi Software GmbH.
- Vermeulen-Smit, E., Kepper, A., Monshouwer, K. (2014). Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettings: Een systematische literatuurstudie naar de effectiviteit van interventies in justitiële jeugdinrichtingen, residentiële jeugdzorg en speciaal onderwijs en het aanbod van interventies in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Visser, D., S. Onrust, M. Rombouts, K. Monshouwer (2020) Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-

- onderwijs. Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., Van Wijngaarden, B., & Van de Glind, G. (2015). Richtlijn Middelengebruik voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming. Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). Via: <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/middelengebruik/>.
- Zinberg, N.E. (1984). Drugs, Set and Setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press.

Bijlage 1 Online vragenlijst

EXPLORE-vragenlijst medewerkers residentiële jeugdzorg

Dank voor uw interesse in EXPLORE van het Trimbos-instituut. EXPLORE is een landelijk onderzoek naar roken, drinken en drugsgebruik in het speciaal onderwijs en in de residentiële jeugdhulp.

EXPLORE in de jeugdzorg bestaat uit twee onderzoeken. Een onderzoek onder medewerkers in 2019 naar beleid, interventies en attitudes ten aanzien van middelenpreventie. En een onderzoek onder jongeren in 2020 naar de omvang van het middelengebruik en de aanwezige risico- en beschermende factoren. De resultaten worden gebruikt om instellingen en jongeren beter te kunnen ondersteunen.

Deze vragenlijst hoort bij het onderzoek onder medewerkers te weten directie, management, behandelaars, gedragswetenschappers en pedagogisch medewerkers binnen de instellingen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Deelname is anoniem en vrijwillig. U kunt op elk gewenst moment en zonder opgave van reden stoppen.

Meer informatie over het onderzoek is te vinden op www.trimbos.nl/explore. Als u vragen heeft kunt u contact opnemen met Marjan Möhle of Nadine van Gelder via explore@trimbos.nl.

1. Achtergrondinformatie

Allereerst vragen wij naar enkele achtergrondgegevens. Afhankelijk van uw functie krijgt u een selectie van de vragen voorgelegd. Ook worden er enkele achtergrondgegevens gebruikt om de evenredige vertegenwoordiging van de deelnemers aan het onderzoek te controleren.

Binnen dit onderzoek maken wij onderscheid tussen de instelling als geheel en de verschillende voorzieningen. De instelling als geheel is de jeugdzorgaanbieder die onder één naam uiteenlopende voorzieningen aanbiedt. De voorzieningen zijn de afzonderlijke afdelingen of locaties waar voor een bepaalde doelgroep leefgroepen of andere vormen van residentiële jeugdzorg worden vormgegeven.

Wat is uw functie? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Directie/ management
- Behandelaar/ gedragswetenschapper
- Gezinshuisouder
- Groepsleider/ pedagogisch medewerker
- Overige

Wat is de omvang van het aanbod aan verschillende type residentiële voorzieningen binnen uw instelling als geheel? U kunt hieronder een inschatting geven van het aantal beschikbare verblijfplaatsen voor jongeren per type voorziening.

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

0 - 50 jongeren 51 - 200 jongeren 201 of meer jongeren niet van toepassing

- Open residentieel
- Gezinshuis
- Gezinsbehandeling/ logeerhuis/ deeltijdverblijf
- JeugdzorgPlus/ gesloten jeugdzorg
- Justitiële Jeugdinrichting
- Zelfstandigheidstraining/ kamertraining/ fasehuis

Heeft uw instelling ook nog een ander residentieel aanbod voor jongeren dat hierboven niet genoemd is?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Kunt u het type aanbod en de omvang van het aanbod in het aantal beschikbare verblijfplaatsen hieronder omschrijven?

Vul uw antwoord hierin:

In welk type residentiële voorziening werkt u?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Open residentieel
- Gezinshuis
- Gezinsbehandeling/ deeltijdverblijf/ logeerhuis
- JeugdzorgPlus/ gesloten jeugdzorg
- Justitiële Jeugdinrichting
- Zelfstandigheidstraining/ kamertraining/ fasehuis
- Niet van toepassing, ik ben niet aan een specifieke voorziening verbonden

Overige:

Wat is de samenstelling qua leeftijd van de jongeren binnen de voorziening waar u werkt?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Alleen jongeren onder de 18 jaar
- Zowel jongeren onder de 18 jaar als jongeren van 18 jaar en ouder
- Alleen jongeren van 18 jaar en ouder

Wat is de verhouding jongens/meisjes binnen de voorziening waar u werkt?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Bijna alleen maar jongens (meer dan 95%)
- Voornamelijk jongens (60 tot 95%)
- Ongeveer evenveel jongens als meisjes
- Voornamelijk meisjes (60 tot 95%)
- Bijna alleen maar meisjes (meer dan 95%)

In welk deel van Nederland ligt/liggen de voorziening(en) waar u werkt? Deze vraag wordt alleen gesteld om de evenredige vertegenwoordiging van de deelnemers aan het onderzoek te controleren.

Selecteer alle mogelijkheden:

- Noord (Friesland, Groningen, Drenthe)
- West (Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht)
- Oost (Flevoland, Overijssel, Gelderland)
- Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg)

2. Inschatting middelengebruik door jongeren binnen voorziening

In dit onderdeel vragen wij naar uw inschatting van de omvang van het middelengebruik door jongeren binnen de voorziening waar u werkt. Wanneer u hier geen zicht op heeft kunt u dit aangeven door 'ik weet het niet' aan te vinken.

Kunt u op de volgende schaal aangeven hoeveel van de jongeren onder de 18 jaar die in uw voorziening verblijven de genoemde middelen gebruiken tijdens hun verlof?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

1 = geen enkele jongere 2 3 4 5 6 7 = alle jongeren

Ik weet het niet

Alcohol

Tabak

Cannabis

Stimulerende drugs (zoals cocaïne of speed)

GHB

Lachgas

XTC/ MDMA

Oneigenlijk gebruik van medicatie (zoals Ritalin, benzodiazepinen, of pijnstillers)

Combinatiegebruik, verschillende drugs (uitgezonderd tabak en alcohol) tegelijkertijd gebruiken

Kunt u op de volgende schaal aangeven hoeveel van de jongeren boven de 18 jaar die in uw voorziening verblijven de genoemde middelen gebruiken tijdens hun verlof? *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

1 = geen enkele jongere 2 3 4 5 6 7 = alle jongeren

Ik weet het niet

Alcohol

Tabak

Cannabis

Stimulerende drugs (zoals cocaïne of speed)

GHB

Lachgas

XTC / MDMA

Oneigenlijk gebruik van medicatie (zoals Ritalin, benzodiazepinen, of pijnstillers)

Combinatiegebruik, verschillende drugs (uitgezonderd tabak en alcohol) tegelijkertijd gebruiken

Kunt u op de volgende schaal aangeven hoeveel van de jongeren onder de 18 jaar die in uw voorziening verblijven de genoemde middelen gebruiken terwijl de jongeren in de voorziening aanwezig zijn?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

1 = geen enkele jongere 2 3 4 5 6 7 = alle jongeren ik weet het niet

- Alcohol
- Tabak
- Cannabis
- Stimulerende drugs (zoals cocaïne of speed)
- GHB
- Lachgas
- XTC / MDMA
- Oneigenlijk gebruik van medicatie (zoals Ritalin, benzodiazepinen, of pijnstillers)
- Combinatiegebruik, verschillende drugs (uitgezonderd tabak en alcohol) tegelijkertijd gebruiken

Kunt u op de volgende schaal aangeven hoeveel van de jongeren boven de 18 jaar die in uw voorziening verblijven de genoemde middelen gebruiken terwijl de jongeren in de voorziening aanwezig zijn?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

1 = geen enkele jongere 2 3 4 5 6 7 = alle jongeren ik weet het niet

- Alcohol
- Tabak
- Cannabis
- Stimulerende drugs (zoals cocaïne of speed)
- GHB
- Lachgas
- XTC / MDMA
- Oneigenlijk gebruik van medicatie (zoals Ritalin, benzodiazepinen, of pijnstillers)
- Combinatiegebruik, verschillende drugs (uitgezonderd tabak en alcohol) tegelijkertijd gebruiken

Bemerkt u nog gebruik van andere middelen die hierboven niet genoemd zijn?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

Om welke middelen gaat het, en kunt u per middel aangeven welk aandeel van de jongeren volgens uw inschatting dit middel gebruikt en of dit tijdens hun verlof gebeurt of terwijl de jongeren in de voorziening aanwezig zijn?

3. Beleid ten aanzien van middelengebruik

Dit onderdeel gaat over het beleid ten aanzien van het voorkomen, signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik in de voorziening waar u werkt.

Is er voor zover u weet formeel beleid ten aanzien van middelengebruik binnen uw voorziening?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja

- Nee

Kunt u aangeven waarom niet?

Vul uw antwoord hier in:

Kunt u aangeven in welke vorm dit formele beleid is uitgewerkt?

Selecteer alle mogelijkheden:

- Rookbeleid
- Alcohol-, Drugs- en Medicijn (ADM) beleid voor medewerkers
- Beleidsprotocol ten aanzien van regels middelengebruik jongeren
- Beleidsprotocol ten aanzien van signaleren en bespreekbaar maken middelengebruik jongeren
- Voorlichtingsprotocol jongeren ten aanzien van risico's middelengebruik en weerbaarheid
- Voorlichtingsprotocol ouders ten aanzien van signaleren en bespreekbaar maken middelengebruik
- Scholingsprotocol voor medewerkers ten aanzien van signaleren en bespreekbaar maken middelengebruik
- Afspraken/protocol ten aanzien van samenwerking met instelling voor verslavingszorg

Overige:

Wordt er binnen dit beleid rekening gehouden met verschillende leeftijdsgroepen?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Op welke manier gebeurt dit?

Vul uw antwoord hier in:

Kunt u aangeven waarom niet?

Worden jongeren binnen de voorziening waar u werkt actief aangemoedigd en/of geholpen om hun middelengebruik te verminderen of te stoppen? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Kunt u aangeven voor welke middelen en op welke manier?

Kunt u aangeven waarom niet?

U heeft aangegeven dat er binnen uw voorziening een beleidsprotocol is met afspraken over het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik bij jongeren. Kunt u dit beleid hieronder kort omschrijven?

U heeft aangegeven dat er binnen uw voorziening een beleidsprotocol is met regels ten aanzien van middelengebruik door jongeren. Kunt u aangeven welke regels er zijn ten aanzien van middelengebruik door jongeren binnen uw voorziening?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

- ☐ Deze regel is bij ons van toepassing
 - ☐ Deze regel is bij ons niet van toepassing
 - ☐ Dit is geen algemene regel, het wordt per jongere vastgelegd in het zorgplan
 - ☐ Dit is een regel waarop bij speciale gelegenheden uitzonderingen kunnen worden gemaakt
 - ☐ Ik weet niet of deze regel bij ons van toepassing is
-
- Het is voor jongeren van alle leeftijden verboden te roken binnen de voorziening; dit geldt ook op het buitenterrein en de aangewezen rookplekken
 - Het is voor jongeren van alle leeftijden verboden alcohol te gebruiken binnen de voorziening
 - Het is voor jongeren van alle leeftijden verboden te blowen binnen de voorziening; dit geldt ook op het buitenterrein en de aangewezen rookplekken
-
- Het is voor jongeren van alle leeftijden verboden om andere drugs dan cannabis te gebruiken binnen de voorziening
 - Het is alleen voor jongeren onder de 18 jaar verboden te roken binnen de voorziening; dit geldt ook op het buitenterrein en de aangewezen rookplekken
-
- Het is alleen voor jongeren onder de 18 jaar verboden alcohol te gebruiken binnen de voorziening
 - Het is alleen voor jongeren onder de 18 jaar verboden te blowen binnen de voorziening; dit geldt ook op het buitenterrein en de aangewezen rookplekken
-
- Het is alleen voor jongeren onder de 18 jaar verboden om andere drugs dan cannabis te gebruiken binnen de voorziening

U heeft aangegeven dat er binnen uw voorziening geen beleidsprotocol is met regels ten aanzien van middelengebruik door jongeren. Kunt u aangeven waarom niet?

Kunt u hieronder steeds aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken met betrekking tot het door u hierboven beschreven beleid?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

- ☐ Helemaal mee oneens
 - ☐ Deels mee oneens
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Deels mee eens
 - ☐ Helemaal mee eens
-
- Ik beschik over de goede informatie en materialen om dit beleid uit te kunnen voeren
 - Ik vind de effecten van het middelenbeleid duidelijk zichtbaar
 - Door het middelenbeleid is het makkelijker om het middelengebruik op de groep te hanteren
 - Door het middelenbeleid heb ik minder discussies met mijn collega's over het middelengebruik van jongeren
 - Ik verwacht dat het middelenbeleid bijdraagt aan minder middelengebruik bij jongeren

- Ik vind het bij mijn functie horen om middelengebruik met jongeren te bespreken
- Als ik middelengebruik met jongeren bespreek staan zij hiervoor open
- Als ik middelengebruik met ouders bespreek staan zij hiervoor open
- Mijn collega's bespreken middelengebruik met jongeren
- Mijn leidinggevende verwacht dat ik middelengebruik bespreek met de jongeren
- Mijn collega's ondersteunen mij als ik middelengebruik bespreek met de jongeren
- Ik heb voldoende tijd om middelengebruik met jongeren te bespreken
- Bij veranderingen in de organisatie (verloop van personeel, verandering van functie) is de aandacht voor middelengebruik voldoende gewaarborgd
- Er wordt voldoende kennis aangereikt om middelengebruik bij jongeren te signaleren
- Er wordt voldoende aandacht besteed aan het ontwikkelen van vaardigheden om middelengebruik met jongeren te bespreken

In hoeverre wordt het formele beleid nagevolgd in de praktijk?

Vul uw antwoord hier in:

Is er ongeschreven beleid ten aanzien van middelengebruik binnen uw voorziening? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Kunt u dit ongeschreven beleid kort omschrijven?

Zijn er nog andere regels ten aanzien van middelengebruik door jongeren die hierboven nog niet genoemd zijn?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Welke regels zijn dit?

4. Instrumenten, maatregelen en interventies

In dit onderdeel vragen wij naar de inzet van instrumenten, maatregelen en interventies ten aanzien van middelengebruik en wat hierbij volgens u wel en niet goed werkt.

In hoeverre wordt de Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) ingezet binnen uw voorziening?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Onbekend
- ☐ Wel bekend maar wordt niet ingezet
- ☐ Wel bekend en wordt naar doorverwezen buiten de voorziening
- ☐ Wel bekend en wordt ingezet binnen de voorziening

Kunt u hieronder beschrijven wat volgens u wel en niet goed werkt bij het inzetten van de Screeningslijst Middelengebruik Adolescenten (SMA)?

Dezelfde vragen en antwoordopties voor:

- In hoeverre wordt de CRAFFT (screening motieven, omstandigheden en gevolgen middelengebruik jongeren) ingezet binnen uw voorziening?

- In hoeverre wordt de SUM-ID-Q (screeningsinstrument middelengebruik bij jongeren met LVB) ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de Vragenlijst Analyse Middelengebruik ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt er diagnostiek ten aanzien van een stoornis in het middelengebruik door een instelling voor verslavingszorg ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre worden er urinecontroles ten aanzien van middelengebruik ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre worden er kamercontroles ten aanzien van middelengebruik ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre worden er kledingcontroles ten aanzien van middelengebruik ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Open en Alert ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de Webapp Gebruik en Verslaving LVB ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt er aanbod voor de KOPP-KVO doelgroep (kinderen van ouders met psychische problemen/verslaafde ouders) ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Strengthening Families/Gezin aan bod ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Preventure ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Wijs op Weg (WoW) ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Brains4Use ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Make up your Mind ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Take it personal! ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Moti-4 ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Wiet-Check ingezet binnen uw voorziening?
- In hoeverre wordt de interventie Multi Dimensional Family Therapy (MDFT) ingezet binnen uw voorziening?

Zijn er nog andere instrumenten, maatregelen of interventies die binnen uw voorziening worden ingezet? Zo ja, dan kunt u deze hier noemen en aangeven wat wel en niet goed werkt bij het inzetten hiervan.

5. Aandacht voor middelengebruik binnen primair proces

Hieronder vragen wij op welke manier het onderwerp middelengebruik in de dagelijkse praktijk binnen uw voorziening terugkomt.

Kunt u aangeven op welke momenten middelengebruik besproken wordt gedurende het verblijf van een jongere binnen de voorziening waar u werkt?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

- ☐ Nooit
- ☐ Alleen wanneer problematisch middelengebruik bekend is
- ☐ Alleen bij vermoedens van (problematisch) middelengebruik bij de betreffende jongere
- ☐ Altijd

- Tijdens de intake
- In dagelijkse contacten tijdens verblijf
- In mentorgesprekken
- Bij bespreking van behandelplan / voortgangsgesprekken
- Bij bespreking (weekend)verlof
- Bij bespreking toekomstplan / overplaatsing / nazorg
- Tijdens speciale voorlichtingsbijeenkomsten voor jongeren
- Tijdens speciale voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders
- In gesprekken met ouders

Wat doet u bij vermoedens van problematisch middelengebruik bij een jongere binnen uw voorziening?

Kunt u aangeven in hoeverre de volgende vervolgacties worden uitgevoerd bij vermoedens van problematisch gebruik bij een jongere?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

- ☐ Wordt bij ons standaard uitgevoerd
 - ☐ Wordt bij ons regelmatig, maar niet standaard, uitgevoerd
 - ☐ Wordt bij ons nooit uitgevoerd
-
- Beoordelen hoeveelheid en frequentie, rekening houdend met de leeftijd (bijv. met de SMA)
 - Beoordelen motieven, omstandigheden en gevolgen van gebruik (bijv. met de CRAFFT)
 - Nader onderzoek samenhang psychische en gedragsproblemen en middelengebruik
 - Nader onderzoek risicofactoren problematisch gebruik (LVB, psychische / verslavingsproblematiek ouders, persoonlijkheidskenmerken)

6. Attitude ten aanzien van middelengebruik

Hieronder vragen wij hoe u zelf tegen het middelengebruik van jongeren binnen uw voorziening aankijkt.

Hoe kijkt u zelf aan tegen het middelengebruik van jongeren binnen de voorziening waar u werkt?

Wanneer vindt u middelengebruik bij jongeren binnen uw voorziening problematisch?

Waar maakt u zich het meeste zorgen om als het gaat om middelengebruik bij jongeren binnen uw voorziening?

Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

- ☐ Helemaal mee oneens
 - ☐ Deels mee oneens
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Deels mee eens
 - ☐ Helemaal mee eens
-
- Ik vind het makkelijk om met jongeren te praten over roken
 - Ik vind het makkelijk om met jongeren te praten over alcohol
 - Ik vind het makkelijk om met jongeren te praten over blowen
 - Ik vind het makkelijk om met jongeren te praten over drugs

- Het hoort erbij dat jongeren al voor hun 18e experimenteren met roken, alcohol en drugs
- Als hulpverlener kun je een jongere ervan weerhouden als hij/zij een keer een sigaret, een drankje of drugs wil proberen
- Het is je verantwoordelijkheid als hulpverlener om vermoedens van problematisch middelengebruik altijd te bespreken met collega's
- Het is je verantwoordelijkheid als hulpverlener om vermoedens van problematisch middelengebruik altijd te bespreken met de betreffende jongere
- Het is je verantwoordelijkheid als hulpverlener om vermoedens van problematisch middelengebruik altijd te bespreken met de ouders van de betreffende jongere
- Het heeft binnen deze setting weinig zin om advies aan jongeren te geven over middelengebruik
- Het heeft binnen deze setting weinig zin om regels te stellen voor jongeren over middelengebruik
- Jongeren binnen deze setting dienen beschermd te worden tegen de schadelijke gevolgen van roken, alcohol en drugs
- Het is vanzelfsprekend dat er voor jongeren onder de 18 jaar andere regels gelden ten aanzien van middelengebruik dan voor jongeren boven de 18 jaar
- Het is vanzelfsprekend om bij regels ten aanzien van middelengebruik ook te kijken naar de hoeveelheid en de frequentie van het gebruik
- Mijn persoonlijke norm ten aanzien van middelengebruik heeft invloed heeft op mijn professionele kijk
- Mijn persoonlijke norm over middelengebruik verschilt van die van mijn collega's
- Het middelengebruik is voor de jongeren binnen deze setting het minste van hun problemen en heeft daarom geen prioriteit
- Om de problemen van deze jongeren goed aan te pakken is het nodig om ook problematisch middelengebruik te signaleren, bespreken en behandelen

U heeft zojuist aangegeven dat binnen deze setting het geven van advies aan jongeren over middelengebruik weinig zin heeft. Kunt u dit nader toelichten?

U heeft zojuist aangegeven dat binnen deze setting het stellen van regels over middelengebruik voor jongeren weinig zin heeft. Kunt u dit nader toelichten?

7. Bevorderende en belemmerende factoren bij tegengaan (problematisch) middelengebruik

Ten slotte willen wij nog weten wat volgens u bevorderend en belemmerend werkt bij het voorkomen van (problematisch) middelengebruik binnen uw voorziening en waar u zelf behoefte aan heeft.

Wat zijn volgens u succesfactoren om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen de voorziening waar u werkt?

Wat zijn volgens u knelpunten om middelengebruik en problematisch middelengebruik tegen te gaan binnen de voorziening waar u werkt?

Op welke manier zouden deze knelpunten volgens u weggenomen kunnen worden?

Waar heeft u verder nog behoefte aan bij het tegengaan van middelengebruik en problematisch middelengebruik binnen de voorziening waar u werkt?

Wat is volgens u de invloed van de directe omgeving van de voorziening zelf op het middelengebruik van de jongeren die er verblijven?

8. Afsluiting

Hartelijk dank voor uw medewerking aan EXPLORE. De uitkomsten van dit onderzoek verschijnen in 2020 in een rapport van het Trimbos-instituut. Uw instelling zal dit rapport ook ontvangen. In 2020 wordt er tevens een onderzoek uitgevoerd naar middelengebruik onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en JJI's. Hierover zal uw instelling apart benaderd worden. Zijn er nog zaken die u kwijt wilt met betrekking tot middelengebruik en -beleid die volgens u niet (voldoende) zijn uitgevraagd in deze vragenlijst? Dit kunt u hieronder aangeven. Zo niet, dan kunt u deze vraag overslaan. Dit is de laatste vraag van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor uw deelname aan EXPLORE!

Verzend uw enquête.

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

Bijlage 2 Vragenlijsten interviews

Bijlage 2a Vragenlijst management/directie

1. Welk middelenbeleid bestaat er momenteel binnen de instelling?
Waar bestaat dit uit, zijn er ook ongeschreven regels, etc.
Wanneer er geen formeel middelenbeleid is: waarom niet?
Indien er specifiek rookbeleid is: wat houdt dit in en hoe verloopt de handhaving?
Wordt er specifiek aandacht besteed aan signaleren en bespreken, en voorlichting voor jongeren en ouders? Zo nee, waarom niet? Is dit wel gewenst?
Hoe ziet hierin de samenwerking met de verslavingszorginstelling eruit?
Zijn er verschillen in regels en middelenbeleid voor 18+'ers en 18-'ers?
2. Wat wordt gezien als werkzame of niet werkzame elementen van dit beleid?
3. Welke interne en externe factoren spelen een rol bij het ontwikkelen of aanpassen van het beleid?
Wat zou er nodig zijn voor verbeteringen van het beleid?
4. Welke interne en externe factoren spelen een rol bij het implementeren van het beleid?
5. Welke interne en externe factoren spelen en rol bij zorgen dat medewerkers vaardigheden kunnen ontwikkelen met betrekking tot omgaan met middelengebruik?
6. Welke factoren spelen een rol bij het al dan niet inzetten van bestaande interventies?

Bijlage 2b Vragenlijst behandelaren/gedragswetenschappers

1. Bent u bekend met het middelenbeleid van uw instelling?
Waaruit bestaat dit middelenbeleid? Zijn er ook ongeschreven regels (zo ja, welke)?
Indien er specifiek rookbeleid is: wat houdt dit in en hoe verloopt de handhaving?
Wordt er specifiek aandacht besteed aan signaleren en bespreken, en voorlichting voor jongeren en ouders? Zo nee, waarom niet? Is dit wel gewenst?
Hoe goed wordt het middelenbeleid volgens u toegepast en nageleefd?
Wat werkt goed en wat kan er volgens u verbeterd worden aan het beleid?
Zijn er verschillen in regels en middelenbeleid voor 18+'ers en 18-'ers?
2. Hoe kijkt u aan tegen middelengebruik onder de doelgroep in uw instelling?
In hoeverre heeft deze persoonlijke norm volgens u invloed op uw professionele kijk?

*Bespreekt u persoonlijke normen (en invloed hiervan) weleens onder collega's?
Is er onder collega's / binnen de instelling weleens discussie over wat de
doelstellingen van het middelenbeleid moeten zijn?*

3. Wat zijn volgens u (binnen de instelling waar u werkt) belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik tegen te kunnen gaan onder jongeren?

Hoe wordt er omgegaan met belemmerende factoren? Wat gaat dat er goed of moet anders?

Denkt u dat jongeren er door hulpverleners van te weerhouden zijn roken, alcohol of andere drugs uit te proberen? Waarom wel / niet?

Waar zou u als professional behoefte aan hebben om middelengebruik tegen te kunnen gaan en/of aanpak hiervan te verbeteren?

Kunt u ingaan op de omgang met specifiek het rookbeleid van de instelling?

Hoe wordt gezorgd dat na de intake het onderwerp middelengebruik in wegvalt?

4. Wat worden gezien als werkzame en niet werkzame elementen van de momenteel toegepaste interventies?

Wat vindt u dat er goed gaat of anders zou moeten qua implementatie van interventies?

Hoe ziet hierin de samenwerking met de verslavingszorginstelling eruit?

Bijlage 2c Vragenlijst groepsworkers/pedagogisch medewerkers

1. Bent u bekend met het middelenbeleid van uw instelling?

Waaruit bestaat dit middelenbeleid? Zijn er ook ongeschreven regels (zo ja, welke)?

Hoe goed wordt het middelenbeleid volgens u toegepast en nageleefd?

Wat werkt goed en wat kan er volgens u verbeterd worden aan het beleid?

Indien er specifiek rookbeleid is: wat houdt dit in en hoe verloopt de handhaving?

Wordt er specifiek aandacht besteed aan signaleren en bespreken, en voorlichting voor jongeren en ouders? Zo nee, waarom niet? Is dit wel gewenst?

Zijn er verschillen in regels en middelenbeleid voor 18+'ers en 18-'ers?

2. Hoe kijkt u aan tegen middelengebruik onder de doelgroep in uw instelling?

In hoeverre speelt uw persoonlijke opvattingen volgens u mee in uw professionele kijk?

Bespreekt u persoonlijke opvattingen (en invloed hiervan) weleens onder collega's?

Is er onder collega's / binnen de instelling weleens discussie over wat de doelstellingen van het middelenbeleid en omgang met gebruik moeten zijn?

3. Wat zijn volgens u (binnen de instelling waar u werkt) belemmerende en bevorderende factoren om middelengebruik tegen te kunnen gaan onder jongeren?

Hoe wordt er omgegaan met belemmerende factoren? Wat gaat dat er goed of moet anders?

Denkt u dat jongeren er door hulpverleners van te weerhouden zijn roken, alcohol of andere drugs uit te proberen? Waarom wel / niet?

Waar zou u als professional behoefte aan hebben om middelengebruik tegen te kunnen gaan en/of aanpak hiervan te verbeteren?

Kunt u ingaan op de omgang met specifiek het rookbeleid van de instelling?

Hoe wordt gezorgd dat na de intake het onderwerp middelengebruik in wegvalt?

(Hoe) is verloop van personeel van invloed op de borging van het middelenonderwerp?

Kunt u ingaan op de ontwikkeling van vaardigheden omtrent bespreken van middelengebruik?

4. Wat worden gezien als werkzame en niet werkzame elementen van de momenteel toegepaste interventies?

Wat vindt u dat er goed gaat of anders zou moeten qua implementatie van interventies?

Bijlage 2d Codeerschema interviews en focusgroepen

prefix	betekenis
A_	attributen (actoren)
B_	beschrijvende codes
C_	conflictcodes
S_	sentiment (attitudes)

A_gedragswetensch	Beroepsgroep gedragswetenschappers/ behandelaren
A_hulpverlener	Beroepsgroep groepswerkers/pedagogisch medewerker
A_jongeren	Jongeren die deelnamen aan de Jeugdzorg-focusgroep
A_management	Beroepsgroep management/directie
A_instelling_N	Geïnterviewde medewerkers jeugdzorginstelling regio Noord
A_instelling_Z	Geïnterviewde medewerkers jeugdzorginstelling regio Zuid
A_instelling_O	Geïnterviewde medewerkers jeugdzorginstelling regio Oost
A_instelling_W	Geïnterviewde medewerkers van de jeugdzorginstelling regio West
B_beleid_middelen	Algemene zaken met betrekking tot (bestaan van) middelenbeleid
B_beleid_inhoud	Zaken met betrekking tot inhoud van het huidige middelenbeleid
B_beleid_alcohol	Met betrekking tot het onderwerp alcohol binnen middelenbeleid
B_beleid_implem	Zaken met betrekking tot de implementatie van het huidige beleid

B_beleid_roken	Zaken m.b.t. het onderwerp roken binnen het middelenbeleid
B_beleid_roken_inhoud	Zaken m.b.t. de inhoud van het huidige rookbeleid
B_beleid_roken_implem	Zaken m.b.t. de implementatie van het huidige rookbeleid
B_samenwerking_IVZ	Zaken m.b.t. samenwerking met lokale instelling verslavingszorg
B_middelengebruik	Zaken m.b.t. vóórkomen van middelengebruik in instellingen
B_interventies	Zaken m.b.t. inzet van en/of bekendheid met interventies
B_prev&scholing	Zaken m.b.t. (activiteiten rond) preventie en scholing medewerkers
C_belemmeringen	M.b.t. optredende belemmeringen op alle uitgevraagde terreinen
C_noden	Zaken m.b.t. noden en wensen op alle uitgevraagde terreinen
C_risico's	M.b.t. genoemde voortkomende risico's vanuit belemmeringen
C_omgang	M.b.t. genoemde 'oplossingen'/ omgang met belemmeringen
S_beleid	Attitudes t.o.v. inhoud en/of implementatie van middelenbeleid
S_middelen	Attitudes t.o.v. middelengebruik (door jongeren en/of algemeen)
S_alcohol	Attitudes t.o.v. alcoholgebruik (door de jongeren en/of algemeen)
S_roken	Attitudes t.o.v. rookgedrag (door de jongeren en/of algemeen)

Bijlage 3 Topiclijst focusgroep

Vraag 1. Wat merken jullie van regels, afspraken en hulp binnen deze instelling als het gaat over roken, alcohol en andere drugs?

Vraag 2. Wat werkt volgens jullie wel en niet bij het voorkomen van roken of alcohol- en ander drugsgebruik?

Vraag 3. Wat werkt volgens jullie wel en niet bij het voorkomen van problemen die te maken hebben met alcohol- en ander drugsgebruik?

