Desirée Spronk, Britt Bilderbeek, Charlotte van Miltenburg,
Martha de Jonge

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Preventie van cocaïnegebruik

Inventarisatie en kansen voor de toekomst

Desirée Spronk, Britt Bilderbeek, Charlotte van Miltenburg, Martha de Jonge

Preventie van cocaïnegebruik

Inventarisatie en kansen voor de toekomst

Trimbos-instituut, Utrecht, 2021

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Met veel dank aan alle professionals en anderen die mee hebben gedaan aan het onderzoek en belangrijke inzichten met ons hebben gedeeld.

Auteurs
Desirée Spronk
Britt Bilderbeek
Charlotte van Miltenburg
Martha de Jonge

Met dank aan
Anneke van Wamel, Trimbos-instituut
Nadine van Gelder, Trimbos-instituut
Marjan Möhle, Trimbos-instituut
Maddy Blokland, Trimbos-instituut
Margriet van Laar, Trimbos-instituut
Floor van Bakkum, Jellinek
Harry Rienmeijer, Trafieq educatie en advies BV

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
Getty Images

Eindredactie
Rosanne Faber, Roostekst.nl

Financiering
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Artikelnummer: **AF1954**
© 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.

Inhoud

Samenvatting **1**

1. Inleiding **4**

1.1 Achtergrond 4

1.2 Doel en onderzoeksvragen 7

1.3 Afbakening 7

1.4 Leeswijzer 8

2. Methoden **9**

2.1 Literatuur- en databankinventarisatie 9

2.2 Interviews met preventieprofessionals 9

2.3 Online vragenlijst 10

2.4 Interviews met werkgevers 10

2.5 Analyses HGU- en DUP-data 11

3. Preventieaanbod en -implementatie **12**

3.1. Niveaus van preventie 12

3.2. Nederlands aanbod erkende en andere interventies 13

3.3 Europees aanbod erkende interventies 21

3.4 Buiten de databanken: ontwikkelingen uit de internationale literatuur 23

3.5 Uitvoerders van drugspreventie 26

3.6 Uit de interviews en vragenlijst: Implementatie van erkende interventies 27

3.7 Uit de interviews en vragenlijst: preventieaanbod voor de drie doelgroepen 28

4. Bereiken van doelgroepen, missend aanbod en drempels bij hulp **30**

4.1 Bereik en aanbod drie doelgroepen 30

4.2 Doelgroepen die niet of minder goed bereikt worden 31

4.3 Belemmeringen bij preventie 33

4.4 Mogelijke kansen ter verbetering van preventie en het bereiken van gebruikers 36

5. Mogelijkheden voor preventie op de werkvloer **39**

5.1 Bestaand preventieaanbod op de werkvloer 40

5.2 Rol van werkgever in preventie van drugsgebruik 41

5.3 Ervaren voordelen van preventie op de werkvloer 43

5.4 Belemmeringen voor preventie op de werkvloer 43

5.5 Bevorderende factoren bij het opstellen van een ADM-beleid 45

6. Factoren die een rol spelen bij stoppen en minderen 47

6.1 Achtergrond 47

6.2. Factoren die samenhangen met willen stoppen of minderen (HGU) 47

6.3 Factoren die samenhangen met willen stoppen of minderen (DUP).....48

6.4 Drempels en motivaties om niet te gebruiken (DUP) 49

7. Conclusies en aanbevelingen.....51

7.1 Welke preventieactiviteiten worden er momenteel in Nederland toegepast en uitgevoerd om (problematisch) cocaïnegebruik te voorkómen?.....51

7.2 Welke preventieactiviteiten gericht op cocaïnegebruik zijn op nationaal en Europees niveau erkend en wat weten we over de effectiviteit?.....52

7.3 Hoe sluiten de in kaart gebrachte preventieactiviteiten aan bij de doelgroepen uit het verkennende onderzoek uit 2020? 53

7.4 Welke barrières ervaren gebruikers uit doelgroep 1 (gebruik in 'feest-en-vier'-settingen) bij het minderen van en stoppen met cocaïnegebruik en het zoeken naar hulp hierbij?.....54

7.5 Is er draagvlak bij werkgevers om op preventie van drugsgebruik in te zetten? 54

7.6 Aanbevelingen 55

Bijlage 1.....61

Literatuur 63

Samenvatting

Dit onderzoek heeft als doel om interventies ter voorkoming van (problematisch) cocaïnegebruik in kaart te brengen. Daarbij wordt extra aandacht besteed aan het voorkómen van cocaïnegebruik door drie specifieke doelgroepen: 1) mensen die cocaïne gebruiken in 'feest-en-vier'-settingen, 2) mensen die cocaïne gebruiken gerelateerd aan een werksetting en 3) mensen die cocaïne gebruiken in relatie tot psychische klachten. Op basis van onderzoek in databanken, interviews met preventieprofessionals en werkgevers, en verdiepende analyses op bestaande datasets, werden de onderzoeksvragen beantwoord en werd vastgesteld waar kansen voor de toekomst liggen. De conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek zijn opgenomen in hoofdstuk 7. Deze samenvatting bevat de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

Over het algemeen kunnen we concluderen dat er voldoende interventies zijn die gebruikt kunnen worden bij de preventie van (problematisch) gebruik van cocaïne. Wel valt op dat er bepaalde doelgroepen zijn die 1) onvoldoende bereikt worden met het huidige aanbod en bij wie 2) de bestaande interventies inhoudelijk nog onvoldoende aansluiten. Er zijn mogelijkheden om de implementatie van het preventieaanbod te verbeteren, onder meer onder meer door het aanbod breder bekend te maken onder een grotere groep professionals (en niet alleen onder de preventiewerkers van de instellingen voor verslavingszorg).

Beschikbare interventies

- Er zijn geen preventieve activiteiten die specifiek gericht zijn op het voorkómen van cocaïnegebruik of problematisch cocaïnegebruik.
- Deze ogenschijnlijke leemte in het aanbod wordt grotendeels gevuld met een breed aanbod van verschillende soorten interventies gericht op het voorkómen van (problematisch) drugsgebruik in het algemeen. Deze interventies zijn op universeel en selectief niveau goed geschikt om in te zetten voor (potentiële) gebruikers van cocaïne, vanwege de grote overlap tussen de risicofactoren voor het gebruik van verschillende soorten drugs.
- Ondersteuning bij stoppen of minderen (geïndiceerde preventie) is meestal middelenbreed, zoals Moti-4 en het adviesgesprek bij de DIMS-testservice. Er is één online zelfhulpinterventie met een module specifiek voor gebruikers van cocaïne. Dit aanbod is gering en zou uitgebreid kunnen worden voor een groter bereik en een betere inhoudelijke aansluiting bij verschillende doelgroepen.

Voor verschillende doelgroepen

- Interventies voor de doelgroep 'Gebruik in 'feest-en-vier'-settingen' zijn voornamelijk gericht op harm-reduction, zoals peer-to-peer-educatie op festivals, adviesgesprekken en de testservice van het DIMS. Deze interventies richten zich voornamelijk op mensen die (nog) geen (grote) problemen ervaren door het gebruik van cocaïne. Voor deze groep zijn er geen interventies die zich richten op signaleren en doorverwijzen bij problematisch gebruik. Ook voor het voorkómen van (eerste) gebruik voor deze groep is nog weinig aanbod beschikbaar. Er is wel aanbod voor ondersteuning bij minderen en stoppen, maar dat is niet specifiek voor deze doelgroep bedoeld.
- Doelgroep 'Gebruik gerelateerd aan de werksetting': er zijn geen interventies bekend die aandacht hebben voor de specifieke risicofactoren die verbonden zijn aan gebruik van cocaïne op de

werkvloer. Er bestaan wel interventies bij *problematisch* gebruik die aansluiten bij de doelgroep, zoals (anonieme) (online) zelfhulpinterventies en de methodiek van de 'motiverende gesprekvoering'. Dergelijke interventies zijn onvoldoende bekend in de werksetting. Ook zijn deze interventies niet geschikt voor het voorkómen van (eerste) cocaïnegebruik. Door het opstellen van een alcohol-, drugs- en medicijn-(ADM-)beleid binnen het bedrijf kan er richting worden gegeven aan drugspreventie in de werksetting.

- Doelgroep 'Gebruik in relatie tot psychische klachten': er zijn geen preventieve interventies specifiek gericht op psychische problematiek. Wel zijn er bestaande interventies die de mogelijkheid bieden om hier meer aandacht aan te besteden. Er blijven kansen liggen om binnen het preventieaanbod de groep copinggebruikers (mensen die gebruiken om met negatieve gevoelens om te gaan) en gebruikers met psychische klachten eerder te signaleren en te ondersteunen, vóór het ontstaan van problematisch gebruik of afhankelijkheid.

Bereiken van gebruikers van cocaïne

- In het algemeen blijkt dat gebruikers van cocaïne nog onvoldoende bereikt worden met de bestaande preventieve interventies. Dit geldt onder meer voor enkele groepen die een verhoogd risico lopen op (problematisch) gebruik, zoals de bovenstaande drie doelgroepen.
- Een significant deel van de mensen die gebruiken in 'feest-en-vier'-settingen heeft de intentie om te stoppen of te minderen met cocaïne. Belangrijke barrières die zij ervaren bij het zoeken naar hulp zijn: (zelf-)stigma, geen behoefte aan hulp hebben, het idee dat ze eventuele problemen als gevolg van het gebruik zelf op kunnen lossen en het onderschatten van de schadelijke gevolgen.

Preventie van cocaïnegebruik op de werkvloer

- Er is draagvlak onder werkgevers voor het nemen van een rol in de preventie van drugsgebruik op de werkvloer, onder andere door het opstellen van een ADM-beleid en het signaleren en bespreekbaar maken van (problematisch) middelengebruik. Drijfveren hiervoor zijn het welzijn van de medewerkers, goed werkgeverschap en een gevoel van sociale verantwoordelijkheid.

Kansen en aanbevelingen voor de toekomst

De onderstaande aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de uitdagingen en hiaten die werden vastgesteld vanuit het literatuuronderzoek en de reacties van professionals op de interviews en vragenlijsten (paragraaf 7.6 bevat een uitgebreidere beschrijving). Deze kansen en aanbevelingen zijn bestemd voor beleidsmakers die zich bezighouden met preventie van middelengebruik en voor professionals die werkzaam zijn in het veld.

1. Verbreed de preventieve functie van outreachende harm-reductieactiviteiten
2. Verbeter de implementatie van ADM-beleid met daarin aandacht voor risicofactoren en gevolgen van cocaïnegebruik in relatie tot werk
3. Maak het aanbod op het gebied van drugspreventie beter zichtbaar
4. Verlaag de drempel tot preventieve activiteiten door het aanpakken van stigma
5. Overweeg of er voldoende aandacht is voor de nadelige gevolgen van cocaïnegebruik binnen de algemene drugsvoorlichting en harm-reductionadviezen voor gebruikers
6. Verken de mogelijkheid om nieuwe, geïndiceerde preventieve interventies te ontwikkelen voor gebruikers van cocaïne in 'feest-en-vier'-settingen en in werksettingen

7. Zet meer in op screening van mensen met psychische klachten op mogelijk cocaïnegebruik én op screening van cocaïnegebruikers op aanwezigheid van psychische klachten
8. Versterk en vergroot het netwerk van professionals die meewerken aan de preventie van drugsgebruik door middel van deskundigheidsbevordering
9. Werk toe naar een nationale drugspreventiestrategie

1. Inleiding

Onder preventie van (problematisch) cocaïnegebruik verstaan we activiteiten, wetgeving, beleid en specifieke maatregelen die tot doel hebben het gebruik van cocaïne en/of de gevolgen ervan te voorkómen, uit te stellen of te verminderen in de algemene populatie of in subgroepen.

In dit rapport focussen we op het inventariseren van preventieve *activiteiten* gericht op het voorkómen van het gebruik van cocaïne en het voorkómen van *problematisch* gebruik van cocaïne. We brengen belemmeringen in kaart die een rol kunnen spelen bij het inzetten van preventieve activiteiten en bij het bereiken van gebruikers. Ook verkennen we nieuwe aanknopingspunten voor preventie. Ten slotte formuleren we aanbevelingen voor het verbeteren van preventie van (problematisch) cocaïnegebruik in de toekomst.

Dit onderzoek is een vervolg op het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom?' (Spronk, Van Gelder, Nabben, De Jonge, 2020), dat tot doel had groepen gebruikers van cocaïne in Nederland in kaart te brengen. In dit onderzoek werden drie doelgroepen gebruikers onderscheiden: 1) mensen die cocaïne gebruiken in 'feest-en-vier'-settingen, 2) mensen die gebruiken gerelateerd aan een werksetting en 3) mensen die gebruiken in relatie tot psychische klachten. In het huidige onderzoek zal er een verdieping plaatsvinden van deze drie doelgroepen.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode april tot en met november 2021 in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het rapport is geschreven voor beleidsmakers die zich bezighouden met preventie van middelengebruik. Daarnaast is het relevant voor professionals die werkzaam zijn in het veld, zoals preventiewerkers, huisartsen en praktijkondersteuners, werkgevers, bedrijfsartsen, jongerenwerkers en interventieontwikkelaars.

1.1 Achtergrond

Cijfers en gevolgen van gebruik

Cocaïne is één van de meest gebruikte drugs in Nederland. De meeste recente cijfers op basis van het peiljaar 2020 laten zien dat ongeveer 5,4% van de bevolking (7,5% van de mannen en 3,3% van de vrouwen) ooit cocaïne heeft gebruikt (Nationale Drug Monitor [NDM], 2021). Het gebruik is het hoogst onder twintigers. Van de 20- tot 24-jarigen heeft 4,2% in het afgelopen jaar minimaal één keer cocaïne gebruikt en van de 25- tot 29-jarigen was dit 4,4% (NDM, 2021). Op nationaal niveau zijn deze cijfers sinds 2016 stabiel.

Er zijn een aantal signalen die verontrusten. Zo zijn er subgroepen waaronder de cijfers relatief hoog liggen. Van de leerlingen (12 t/m 16 jaar) in het cluster 4-onderwijs heeft 2,3% ooit cocaïne gebruikt en van de leerlingen in het praktijkonderwijs heeft 4,2% ooit cocaïne gebruikt (Visser, Onrust, Rombouts, & Monshouwer, 2020) (van leerlingen in het regulier voortgezet onderwijs heeft 1,1% ooit cocaïne gebruikt; Rombouts e.a., 2019). Van de jongeren in de residentiële jeugdzorg heeft 13,5% ooit cocaïne gebruikt en 1,1% in de afgelopen maand (Möhle, Van Gelder, Rombouts, Scheffers-van

Schayck, & Monshouwer, 2021). Van de studenten in het hoger onderwijs heeft 12,5% ooit cocaïne gebruikt en 7,5% in het afgelopen jaar (Dopmeijer e.a., 2021).

Verder werd er onder het uitgaanspubliek in Den Haag en Amsterdam een toename in gebruik gezien (NDM, 2021). Er werden in 2019 op gemeentelijk niveau soms grote stijgingen geobserveerd in de hoeveelheid (load) cocaïne in het rioolwater (NDM, 2021). Bij onderzoek van rioolwater op de aanwezigheid van cocaïne wordt een stofwisselingsproduct gemeten dat ontstaat door gebruik. Dit geeft aan dat het hier daadwerkelijk gaat om cocaïnegebruik en niet om lozingen.[1]

Daarnaast stijgt het aantal hulpvragen voor cocaïneverslaving in Europa (Antoine e.a., 2021; recente Nederlandse cijfers zijn niet beschikbaar vanwege aanscherping van de privacywet). Ook stijgt het aanbod van cocaïne op de Europese drugsmarkten (EMCDDA, 2018, 2019a). Deze ontwikkelingen geven aanleiding om alert te zijn op een potentiële toename van (problematisch) gebruik van cocaïne.

Het gebruik van cocaïne gaat samen met een risico op lichamelijke, psychische en sociale problemen. Cocaïnegebruik kan onder andere leiden tot een stoornis in gebruik van cocaïne (verslaving), tot de ontwikkeling van hart- en vaatziekten, beroerte en (verergering van) psychische klachten, agressie en sterfte (veel van deze risico's nemen toe na de combinatie met alcohol) (Kim & Park, 2019; Farrell e.a., 2019; Schürmann e.a., 2021; Sordo e.a., 2014). Sociale problemen zijn onder andere nadelige gevolgen voor naasten, zoals ruzie in het gezin, financiële problemen en slechter functioneren op het werk, bijvoorbeeld door uitval (Spronk e.a., 2020).

Combinatie van deze verontrustende signalen met de (potentiële) zeer ernstige risico's van gebruik maakt dat het erg belangrijk is om te weten hoe we zo goed mogelijk kunnen inzetten op preventie om (problematisch) cocaïnegebruik zoveel mogelijk te voorkómen en terug te dringen.

Drugspreventie

Drugspreventie, inclusief de preventie van cocaïnegebruik, omvat activiteiten, wetgeving, beleid en specifieke maatregelen met het doel om drugsgebruik en/of de negatieve (gezondheids-)gevolgen ervan te voorkómen, uit te stellen of te verminderen in de algemene populatie of in subgroepen (Loketgezondleven). Preventiedoelen zijn: het voorkómen of uitstellen van beginnen met gebruik, het bevorderen van stoppen met gebruik, verminderen van de frequentie en/of de hoeveelheid van gebruik, voorkómen van de overgang naar een risicovol of schadelijk patroon van gebruik en/of het voorkómen of verminderen van negatieve gevolgen van gebruik (European Drug Prevention Quality Standards [EDPQS], 2011). Sommige programma's en interventies richten zich direct op het aanpakken van het middelengebruik. Anderen gaan over het bevorderen van gezondheid in het algemeen, zoals het bevorderen van het maken van gezonde keuzes, en hebben hierdoor een indirect effect op het voorkómen of verminderen van drugsgebruik (EDPQS, 2011).

[1] Er zijn wel enkele beperkingen in de interpretatie van rioolwateranalyses. Zo is niet bekend wie de gebruikers zijn, hoeveel ze gebruiken en of ze daadwerkelijk wonen in de stad waar de meting is gedaan.

Verschillende doelgroepen gebruikers van cocaïne

In het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom' (Spronk e.a., 2020) worden drie hoofddoelgroepen beschreven, die elk weer bestaan uit twee subdoelgroepen. De drie hoofddoelgroepen onderscheiden zich op basis van de setting en de redenen voor gebruik (gebruiksmotieven). Belangrijk om hierbij op te merken is dat mensen onderdeel kunnen zijn van meerdere groepen en dat er overlap tussen de groepen kan zitten. Ook kunnen mensen zich bewegen tussen verschillende groepen en kunnen er binnen de doelgroepen verschillende gradaties zijn van gebruik. Een doelgroep is daarmee niet vastomlijnd, maar dient gezien te worden als een functioneel construct dat kan helpen bij het geven van richting aan preventieve activiteiten. Met uitzondering van de eerste groep zijn er geen cijfers beschikbaar over gebruik in deze doelgroepen.

1. *Gebruik in 'feest-en-vier'-settingen*
   De eerste groep bestaat uit mensen die cocaïne gebruiken in 'feest-en-vier'- of uitgaanssettingen. Dat cocaïne populair is tijdens het uitgaan blijkt ook uit het Grote Uitgaansonderzoek (Monshouwer e.a., 2021). Daaruit blijkt dat 33,7% van de uitgaanders wel eens cocaïne heeft gebruikt en 26,2% in het afgelopen jaar cocaïne gebruikte. Kenmerkend voor deze groep is dat de cocaïne wordt gebruikt vanwege de stimulerende effecten, om de effecten van andere middelen (onder andere alcohol) tegen te gaan en om een leuke avond te hebben met vrienden (Spronk e.a., 2020; Monshouwer e.a., 2021).

2. *Gebruik gerelateerd aan de werksetting*
   Bij de tweede doelgroep is gebruik gerelateerd aan de werksetting. Momenteel is onbekend hoe groot deze groep is, omdat hier geen expliciet onderzoek naar is gedaan. Gebruik kan plaatsvinden tijdens of direct na werktijd. Gebruik kan op het werk (en dan veelal stiekem) of samen met collega's na werktijd plaatsvinden. Motieven voor gebruik in de werksetting zijn: sneller en beter willen presteren onder druk, meer zelfvertrouwen willen krijgen of ontladen na een drukke werkdag. Daarnaast wordt cocaïne door deze groep ook gebruikt vanwege sociale motieven, zoals gebruik samen met collega's tijdens een borrel na een werkdag (Spronk e.a., 2020).

3. *Gebruik in relatie tot psychische klachten*
   Bij de derde doelgroep is er een relatie tussen gebruik en bijkomende psychische klachten. Een voorbeeld is het gebruik van cocaïne om met negatieve gemoedstoestanden om te kunnen gaan (zogenaamd coping-gemotiveerd gebruik). Ook kan het gaan om cocaïnegebruik om ontwenningsverschijnselen op te heffen die optreden na het stoppen met gebruik, zoals depressie en angst. Hierbij bestaat het risico om in een vicieuze cirkel terecht te komen: gebruiken, stoppen, negatieve gemoedstoestanden, gebruiken. Daarnaast lopen mensen met psychische klachten een groter risico om te gaan gebruiken cocaïnegebruik wordt vaak gezien in combinatie met verschillende psychische klachten zoals depressie, angstklachten en ADHD (Spronk e.a., 2020; Oliva e.a., 2020; Farrell e.a., 2019).

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van de het huidige onderzoek is om in kaart te brengen welke activiteiten er zijn voor de preventie van cocaïnegebruik in het algemeen en voor de drie genoemde doelgroepen in het bijzonder. Daarnaast wordt in kaart gebracht wat de effectiviteit van de geïnventariseerde preventieve activiteiten is en waar kansen liggen voor verbetering in de toekomst.

De onderzoeksvragen

1. Welke preventieactiviteiten worden er momenteel in Nederland toegepast en uitgevoerd om (problematisch) cocaïnegebruik te voorkómen?
2. Welke preventieactiviteiten gericht op cocaïnegebruik zijn op nationaal en Europees niveau erkend en wat weten we over de effectiviteit?
3. Hoe sluiten de in kaart gebrachte preventieactiviteiten uit onderzoeksvraag 1 en 2 aan bij de drie doelgroepen uit het onderzoek 'Cocaïne, wie gebruikt het en waarom?' uit 2020?
4. Welke barrières ervaren gebruikers uit doelgroep 1 (gebruik in 'feest-en-vier'-settingen) bij het minderen van en stoppen met cocaïnegebruik en het zoeken naar hulp hierbij?
5. Is er draagvlak bij werkgevers om op preventie van cocaïnegebruik in te zetten?
6. Welke kansen en aanbevelingen kunnen we formuleren op basis van op basis van de bij onderzoeksvragen 1 t/m 5 verzamelde kennis om de keten van preventie rond cocaïnegebruik zo optimaal mogelijk vorm te geven, zowel online als offline? En wie (welke partijen) zouden een rol in de preventie van cocaïnegebruik kunnen hebben?

Om tot beantwoording van deze onderzoeksvragen te komen is gebruik gemaakt van diverse onderzoeksmethoden.

1. Een onderzoek in nationale en internationale databanken (onderzoeksvragen 1 en 2)
2. Een internationaal literatuuronderzoek (onderzoeksvraag 2)
3. Een online survey en interviews onder preventiewerkers (onderzoeksvragen 1 en 3)
4. Verdiepende analyses op twee datasets (onderzoeksvraag 4)
5. Interviews met werkgevers (onderzoeksvraag 5)

De resultaten van deze methoden leiden tot aanbevelingen voor het verbeteren van de inzet van preventie van (problematisch) cocaïnegebruik (onderzoeksvraag 6).

1.3 Afbakening

- Het onderzoek richt op preventie van gebruik van snuifcocaïne en niet op gebruik van crack of basecoke. Daarom blijven de *traditionele* harm-reductioninterventies voor drugsverslaving bij dit onderzoek buiten beschouwing, omdat die zich met name richten op crack- of basecokegebruik (bijvoorbeeld spuitomruil).

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een korte beschrijving van de onderzoeksmethoden. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van interventies voor preventie die in Nederland en Europa beschikbaar zijn en (kennis over) de effectiviteit hiervan. Ook gaat hoofdstuk 3 over de mate van toepassing en implementatie van deze interventies bij de preventie van cocaïnegebruik. Hoofdstuk 4 gaat in op de implementatie van preventieactiviteiten en bespreekt belemmeringen en mogelijke kansen voor verbetering in de toekomst bij de inzet van preventie bij specifieke doelgroepen en bij gebruikers van cocaïne in het algemeen. Hoofdstuk 5 beschrijft hoe werkgevers tegen de preventie van drugs op de werkvloer aankijken. Hoofdstuk 6 beschrijft factoren die invloed hebben op de intentie om te stoppen of te minderen op basis van een secundaire analyse op data uit Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) en de Drug Use Personas- of DUP-database. In hoofdstuk 7 zijn conclusies en aanbevelingen op het gebied van preventie van cocaïnegebruik geformuleerd.

2. Methoden

2.1 Literatuur- en databankinventarisatie

Voor het in kaart brengen van preventieve activiteiten in Nederland en Europa is gebruik gemaakt van bestaande interventiedatabanken. Hierin zijn verschillende interventies verzameld. We gebruikten de interventiedatabase Loket Gezond Leven (LGL) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Databank Effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en de Databank Sociale interventies (DSI) van Movisie. Het feit dat een interventie is opgenomen in een databank is een indicatie dat de interventie aan minimale kwaliteitsstandaarden voldoet. Andersom geldt ook dat wanneer een interventie *niet* in een databank beschreven staat of nog niet als 'bewezen effectief' beoordeeld is, dit niet betekent dat deze ook echt niet effectief zou zijn: "*absence of evidence is not evidence of absence*" (Alderson, 2004).

Er zijn ook interventies die (nog) niet in de databanken staan. En ook zijn er interventies die in ontwikkeling zijn, (nog) niet breed geïmplementeerd worden of in het proces van aanvraag van erkenning zijn. De Programmalijn Preventie en Vroegsignalering van Verslavingskunde Nederland (VKN) houdt een actueel overzicht bij van het preventieaanbod van de eigen leden en partners (instellingen voor verslavingszorg, Trimbos-instituut, Tranzo en Het Zwarte Gat), waarin onder meer wordt bijgehouden wat de status is van de opgenomen interventies op het gebied van financiering, uitvoering, (door-)ontwikkeling en erkenning. Interventies die niet in de databanken staan zijn beschreven onder 'andere interventies'.

Voor Europese interventies zijn de Europese Xchange Prevention Registry en de Healthy Nightlife toolbox van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA) geraadpleegd. Daarnaast is gebruik gemaakt van het internationale literatuurzoeksysteem Pubmed met de volgende zoektermen: (Cocaine [tiab]) AND ("prevention" [tiab] OR "intervention" [tiab] OR "e-health" [tiab] OR "harm reduction" [tiab]) NOT "crack". Interventies gericht op crack of basecoke, testen van cocaïnesamples, rioolwateranalyses en farmacologische behandeling van mensen met een stoornis in gebruik (verslaving) zijn buiten beschouwing gelaten, evenals interventies gericht op universele behandeling van een stoornis in gebruik en terugvalpreventie. Alleen studies uit de afgelopen vijf jaar werden bekeken. De resultaten uit de literatuur- en databankinventarisatie worden beschreven in hoofdstuk 3.

2.2 Interviews met preventieprofessionals

In totaal zijn er acht interviews gehouden met professionals die werkzaam zijn bij een regionale instelling voor verslavingszorg (6) of verslavingszorginstelling voor behandeling van een stoornis in het gebruik van drugs (2). Deze interviews vonden plaats via beeldbellen of telefoon. Er is zes keer met een preventiecoördinator/hoofd management gesproken en twee keer met een senior preventiewerker. Deze professionals zijn geworven via het netwerk van de afdeling preventie van Verslavingskunde Nederland (VKN) en door direct aanschrijven van contacten van de onderzoekers.

De interviews zijn anoniem verwerkt en gecodeerd door middel van het programma MAXQDA (software voor kwalitatieve en mixed-methods data-analyse).

In de interviews vroegen de onderzoekers onder andere welke preventieactiviteiten er worden uitgevoerd. Ook vroegen ze of er doelgroepen zijn aan te wijzen (inclusief de drie doelgroepen genoemd onder paragraaf 1.1) waarvoor geen activiteiten beschikbaar zijn of die niet goed genoeg bereikt worden. Ten slotte vroegen ze welke belemmerende en bevorderende factoren bij het inzetten van preventieve activiteiten en wat eventuele kansen voor verbetering in de toekomst zouden kunnen zijn. De resultaten van de interviews worden beschreven in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4.

2.3 Online vragenlijst

Om ook zicht te krijgen op het uitvoeren van preventieactiviteiten door een *bredere* groep professionals werkzaam in het zorgdomein is een online vragenlijst opgesteld. Respondenten werden op verschillende manieren geworven, onder andere via een e-mail aan deelnemers van een door het Trimbos-instituut georganiseerd webinar over het thema cocaïne op 8 juni 2021, via een oproep op de sociale mediapagina van de beroepsvereniging voor bedrijfsartsen en POH's-GGZ, via een oproep in professionele whatsappgroepen onder jongerenwerkers, een oproep in de nieuwsbrief van het alcohol- en drugspreventieteam van het Trimbos-instituut en via de sociale mediakanalen van het Trimbos-instituut. De online vragenlijst bevatte vragen over de rol van de professional in de ondersteuning van gebruikers van cocaïne. Ook werd gevraagd of de professional de preventie van middelengebruik (inclusief cocaïne) bij het takenpakket van de beroepsgroep vindt horen. Verder werd gevraagd op welke manier de professional inzet op preventie van gebruik van cocaïne (inclusief het gebruik bij de onder paragraaf 1.1 genoemde doelgroepen), of en welke interventies er ingezet worden en wat de factoren zijn die de inzet van preventie bevorderen of belemmeren. Daarnaast is gevraagd of de professionals aanbod missen voor de drie doelgroepen en wat ze nodig hebben om (beter) op preventie van cocaïnegebruik in te kunnen zetten. Het duurde ongeveer 10 minuten om de vragenlijst in te vullen. Resultaten uit de online vragenlijst worden beschreven in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4.

In totaal hebben 41 professionals de online vragenlijst volledig ingevuld (13 jongerenwerkers/ straathoekwerkers/veldwerkers, 10 huisartsen/POH, 7 medewerkers instelling voor verslavingszorg, 2 medewerkers GGZ, 1 medewerker GGD, 1 medewerker harm-reductionorganisatie, 1 psycholoog, 1 bedrijfsarts/arboarts, 1 docent, 2 medewerkers forensische verslavingszorg, 1 maatschappelijk werker, 1 stoppen-met-roken-coach). De grootste groep was werkzaam in de regio Zuid-Holland (9), gevolgd door Noord-Brabant (7), Noord-Holland (6) en Gelderland (6). Daarnaast waren respondenten werkzaam in de regio's Limburg (5), Utrecht (3) en Overijssel (2). Enkele respondenten waren werkzaam in Groningen (1), Friesland (1) of landelijk (1).

2.4 Interviews met werkgevers

Om de preventiemogelijkheden voor doelgroep 2 'gebruik gerelateerd aan de werksetting' te verkennen, zijn er interviews gehouden met negen werkgevers. De functies van de geïnterviewde werkgevers zijn: 2 directeuren, 1 HR-manager, 1 HR-adviseur, 1 marketingmanager, 2

horecaondernemers, 1 manager en 1 HR-businesspartner. Zij waren op het moment van het interview werkzaam binnen de sectoren zakelijke dienstverlening (2), horeca (2), retail (2), logistiek (1), logistiek/retail (1) en zorg (1). De werkgevers zijn geworven via het netwerk van de onderzoekers en via een oproep op de sociale mediakanalen van het Trimbos-instituut. Alle interviews vonden plaats via beeldbellen. De interviews zijn anoniem verwerkt en gecodeerd via MAXQDA. De onderzoekers vroegen de werkgevers wat er binnen hun organisatie gedaan wordt aan preventie van drugsgebruik op de werkvloer en welke voor- en nadelen zij zien aan preventie van drugsgebruik op het werk. Ook vroegen ze of er binnen het bedrijf een alcohol, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid) is en wat bevorderende en belemmerende factoren zijn om binnen het bedrijf aan preventie te doen. De resultaten van deze interviews worden beschreven in hoofdstuk 5.

2.5 Analyses HGU- en DUP-data

Er zijn analyses uitgevoerd om nieuwe aanknopingspunten te vinden voor het ontwikkelen van preventieactiviteiten gericht op minderen of stoppen voor doelgroep 1 'gebruik in 'feest-en-vier'-settingen'. In deze analyses worden factoren geïdentificeerd die samenhangen met de intentie om te stoppen en/of te minderen met gebruiken. Deze aanvullende analyses zijn gedaan op het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) en de Drug Use Personas-database (DUP), twee databanken verkregen op basis van eerder door het Trimbos-instituut uitgevoerd online vragenlijstonderzoek onder jongvolwassenen. Ze bevatten reacties van respectievelijk 359 en 1062 respondenten die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek cocaïne hadden gebruikt. In beide databanken is dus de groep mensen die ervaring hebben met het gebruik van cocaïne relatief goed vertegenwoordigd.

Naast de vraag of gebruikers een intentie hebben om hun gebruik van cocaïne te minderen en/of ermee te stoppen, zijn er ook verschillende factoren uitgevraagd die met deze intentie samenhangen (onder andere frequentie van het gebruik, inschatting van de schadelijkheid, pogingen om te stoppen in het verleden et cetera). Met behulp van het data-analyseprogramma SPSS is geanalyseerd welke factoren samenhangen met de intentie om te stoppen met cocaïne of te minderen. Op basis van gegevens in de DUP-database zijn ook motieven en eventuele drempels om niet te gebruiken op een rij gezet. De resultaten van deze analyses worden beschreven in hoofdstuk 6.

3. Preventieaanbod en -implementatie

3.1. Niveaus van preventie

Preventieactiviteiten kunnen **universeel**, **selectief** en **geïndiceerd** worden ingezet[2]. Universele preventie richt zich op een algemene populatie zonder dat er rekening gehouden wordt met eventuele risicofactoren[3]. Selectieve preventie is bestemd voor groepen waarvan we weten dat zij een verhoogd risico lopen op (problematisch) gebruik (bijvoorbeeld jongeren in bepaalde wijken en gezinnen of op bepaalde scholen). Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van (problematisch) gebruik, bijvoorbeeld omdat ze te maken hebben met psychische klachten of een trauma, of omdat ze eerdere ervaring hebben met drugsgebruik.

Een vierde vorm van preventie is **harm-reduction** (letterlijk 'schadebeperking'). Harm-reduction heeft als doel om de sociale en gezondheidsproblemen die het gevolg kunnen zijn van middelengebruik zo klein mogelijk te houden, zonder het middelengebruik op zich direct te ontmoedigen. We maken hier onderscheid tussen 'traditionele' harm-reduction en harm-reduction voor recreatieve gebruikers.

Traditionele harm-reductioninterventies zijn bijvoorbeeld: het beschikbaar stellen van folie, rookpijpjes en schone injectienaalden, waarmee de schade van gebruik kan worden teruggebracht. Deze worden toegepast bij ernstige patronen van gebruik. Harm-reduction voor recreatieve gebruikers bestaat vooral uit het geven van voorlichting en het testen van drugs om de risico's van het gebruik te verminderen.

Preventieactiviteiten kunnen zich zoals gezegd richten op verschillende doelgroepen. En ze kunnen worden uitgevoerd door verschillende soorten professionals (preventiewerkers, docenten, jongerenwerkers, huisartsen et cetera) en in verschillende settingen (in de zorg, op school, in de wijk, op de werkplek, in instellingen, online et cetera). Ook kunnen activiteiten worden ingezet in verschillende fases van gebruik (niet-gebruik, incidenteel, recreatief of problematisch gebruik). Preventieve activiteiten richten zich zelden uitsluitend op één middel. Omdat risico- en beschermende[4] factoren voor het gebruik van de verschillende middelen grotendeels overlappen, richten de activiteiten zich meestal op al die middelen tegelijk. In het onderzoek naar het beschikbare preventieaanbod voor cocaïnegebruik is daarom zowel gekeken naar cocaïnespecifieke interventies als naar preventieaanbod voor drugsgebruik in het algemeen. Middelenspecifieke interventies voor een ander middel dan cocaïne (bijvoorbeeld specifiek gericht op cannabis- of alcoholgebruik) zijn niet opgenomen in dit onderzoek.

[2] Er zijn verschillende definities van universele, selectieve en geïndiceerde preventie in gebruik. We houden hier de definities aan zoals vermeld in het handboek preventie van het EMCDDA (2019b).
[3] Risicofactoren zijn factoren waarvan bekend is dat ze de kans om middelen te gaan gebruiken vergroten.
[4] Beschermende factoren zijn factoren die de kans om middelen te gaan gebruiken verkleinen onder andere doordat ze een buffer vormen tegen de invloed van risicofactoren

3.2. Nederlands aanbod erkende en andere interventies

Veel beschikbare preventieve interventies in Nederland worden in databanken opgenomen, zoals die van het Loket Gezond Leven. Alleen erkende interventies krijgen een plek in deze databanken. 'Erkend' wil zeggen dat het gaat om 'een planmatige en doelgerichte aanpak, activiteit of programma gericht op gedragsverandering bij mensen en beïnvloeding van omstandigheden met als doel gezondheidsbevordering of preventie van ziekte. 'Erkend' betekent dat de interventie is beoordeeld door onafhankelijke experts op kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid. De LGL-, DEJ-, DSI- en JI-databanken werken met elkaar samen om tot een eenduidige classificatie te komen. De meeste beoordelingen in de tabel komen dan ook in één of meerdere van deze vier databanken voor. Er worden de volgende oplopende niveaus van erkenning gebruikt: goed beschreven, goed onderbouwd, eerste aanwijzingen voor effectiviteit, goede aanwijzingen voor effectiviteit, sterke aanwijzingen voor effectiviteit. Voor sommige interventies is de erkenning in aanvraag. Opname in een interventiedatabank betekent niet dat de interventie ook (al) bewezen effectief is. Er zijn verschillende niveaus van erkenning.

NB: Onderstaande tabellen geven geen volledige weergave van het aanbod, omdat niet alle beschikbare interventies (al) zijn opgenomen in de databanken.

Zie tabel 1, tabel 2, tabel 3 en tabel 4 voor een totaaloverzicht van alle relevante universele, selectieve en geïndiceerde interventies en harm-reductioninterventies die gericht zijn op het voorkómen van (problematisch) drugsgebruik en die in een erkende databank vermeld staan. De meeste interventies (met uitzondering van één) richten zich op preventie van (problematisch) drugsgebruik en niet specifiek op preventie van het gebruik van cocaïne. Wanneer vergelijkbare interventies (bijna) identiek zijn aan een erkende interventie, worden deze in de tabel tussen haakjes achter de erkende interventie vermeld. Van de erkende interventies vermelden we in de tabellen een korte omschrijving, de doelgroep, de setting waarin ze uitgevoerd worden en de eventuele classificatie van effectiviteit.[5]

Naast deze erkende interventies zijn ook andere 'niet-erkende' interventies en methodieken geïnventariseerd die worden ingezet voor preventie van (problematisch) cocaïnegebruik. Deze worden besproken in de tekst direct onder de tabellen. Deze methodieken zijn soms onderdeel van een bredere (wel erkende) interventie, maar soms gaat het ook om op zichzelf staande methodes. Andere Ze zijn geïnventariseerd uit publicaties van het Trimbos-instituut van de koepelorganisatie Verslavingskunde Nederland (VKN). Ook zijn er nog een aantal niet-erkende interventies naar voren gekomen in de online vragenlijst en de interviews met professionals. Deze aanvullende interventies en methodieken worden in aparte tekst onder de tabellen besproken.

[5] Verschillende databanken houden verschillende niveaus van erkenning aan. 'Erkend' betekent hier niet letterlijk 'bewezen effectief'; het niveau van erkenning begint bij "goed beschreven".

3.2.1 Universele preventieve interventies

Universele interventies richten zich (ten minste deels of indirect) op preventie van het gebruik van cocaïne of van drugs in het algemeen. Er zijn geen universele interventies gevonden specifiek ter voorkoming van cocaïnegebruik. De gevonden universele interventies zijn vaak breder gericht op (mentaal) welzijn, *life skills* en een gezonde levensstijl. Ze worden voornamelijk aangeboden in het voortgezet onderwijs. Zie tabel 1.

Erkende interventies

Tabel 1. Overzicht van erkende[6] universele interventies in Nederlandse databanken[7].

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als
ROC aanvalsplan (ook selectief)	Integrale aanpak die bestaat uit een voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatiefase in samenwerking met een externe partij zoals verslavingszorg en politie. Doel: terugdringen van middelengebruik	Doelgroep: leerlingen 12-18 op het MBO Setting: school	Goed onderbouwd *Implementatie in regio Rotterdam
Samen Fris (onderdeel van Helder op School)	Doel: leerlingen bewust maken van de risico's van middelengebruik om hun houding en de sociale norm t.o.v. middelengebruik te beïnvloeden. Tweede doel: ouders stimuleren om het gesprek over middelengebruik met hun kind aan te gaan en duidelijke afspraken te maken. (Helder op School kent ook de erkende onderdelen Smoke Free Challenge (roken) en Be Wise, Think Twice (zie 3.2.2 selectieve preventie). Onderdeel Frisse Start wordt nog beoordeeld.)	Doelgroep: leerlingen 12-15 op het voortgezet onderwijs Setting: school	Goed onderbouwd (Samen Fris)
Be Aware	Interventie bestaande uit 2 uur durende sessies. Voorafgaand vindt er een docententraining en een ouderavond plaats. De interventie zet in op herkenning en vroegsignalering. Doel: bevorderen van kennis over verslaving in brede zin en over de symptomen van een beginnende verslaving en wat je kunt doen om verslaving te voorkómen	Doelgroep: leerlingen 13-16 op het voortgezet onderwijs. Daarnaast ouders en docenten. Setting: school	Goed beschreven
LEGSpedition	Interactieve werkvormen en bewustwordingsquizjes, waardoor leerlingen zicht krijgen op hun eigen LEGS en tools krijgen om gezonde keuzes te kunnen maken. Tegelijkertijd signaleert de trainer mogelijk risicogedrag. Doel: jongeren versterken in gezonde identiteit zodat zij gezonde keuzes kunnen maken, leren nee te zeggen tegen risicogedrag en kiezen voor een gezonde levensstijl.	Doelgroep: leerlingen 12-15 op het voortgezet onderwijs (alle onderwijsniveaus) Setting: school	Goed beschreven

[7] Bij de omschrijving van de interventies is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de omschrijvingen in de databanken te blijven.

Andere interventies

Een voorbeeld van een in Nederland relatief nieuwe, universele preventieaanpak ter voorkoming van middelengebruik is het 'IJslandse preventiemodel' (oorspronkelijke naam 'Planet Youth'). Het programma staat nog niet in de Nederlandse databanken met erkende interventies, maar wel in de Xchange Prevention Registry van het EMCDDA, waarin meer studies voor de Europese context zijn opgenomen. Het model werd ontwikkeld in IJsland en is een wetenschappelijk onderbouwde gemeenschaps-(*community*-)benadering om middelengebruik onder jongeren te voorkómen. Het programma is gericht op het verminderen van risicofactoren en versterken van beschermende factoren voor middelengebruik, door middel van beleidsmaatregelen en lokale interventies binnen de domeinen gezin, peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school en vrije tijd. Het model verloopt volgens een jaarlijkse cyclus die bestaat uit vier stappen: monitoring, terugkoppeling en dialoog, beleidsvorming en uitvoering. In Nederland is recent een leertraject afgerond om uit te vinden in hoeverre het model vertaalbaar naar en implementeerbaar is in Nederland. Het Trimbos-instituut biedt vanaf 2022 nieuwe gemeenten of regio's de mogelijkheid om te werken volgens de uitgangspunten van het IJslandse preventiemodel.

Momenteel wordt nog een andere universele preventieaanpak ter voorkoming van het gebruik van ecstasy, cocaïne en speed ontwikkeld door het Trimbos-instituut. In de periode van 2018 tot en met 2021 heeft het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar preventie van het eerste gebruik van uitgaansdrugs. Het onderzoek richt zich op jongeren die geen drugs gebruiken, maar daar wel via het uitgaansleven mee in aanraking komen, bijvoorbeeld door vrienden die wel gebruiken. Het doel van het onderzoek is om meer te weten te komen over de groep jongeren die geen drugs gebruikt, om hen beter te kunnen ondersteunen. Het onderzoek heeft in kaart gebracht welke gedragsdeterminanten (aspecten van gedrag) een rol spelen bij het eventueel beginnen met gebruiken. Er worden vier aspecten genoemd: 1) attitude (houding), 2) sociale normen rondom gebruik, 3) positieve verwachtingen van gebruik en 4) nieuwsgierigheid naar de effecten van de drugs. Op basis van deze gedragsdeterminanten worden nu twee interventies ontwikkeld. Bij de interventie 'Festivalverleiding' krijgen jongeren digitaal de belevenissen op een festival zien. Ze kunnen actief participeren en krijgen ook te maken met situaties rond drugsgebruik. Het doel is om hen voor te bereiden op maken van bewustere keuzes over hun alcohol- en drugsgebruik. De interventie 'Ik ga lekker' heeft als doel dat jongeren leren om uit te spreken dat zij het prima vinden als hun vrienden ervoor kiezen om geen drugs te gebruiken. Beide interventies zullen worden geplaatst op een online platform en ingezet worden tijdens het festivalseizoen van 2022.

3.2.2 Selectieve preventieve interventies

Selectieve interventies richten zich op groepen die een groter risico lopen op (problematisch) gebruik. Er zijn geen selectieve interventies gevonden specifiek ter voorkoming van cocaïnegebruik. Ze worden voornamelijk aangeboden in gezinnen, scholen en instellingen. Zie tabel 2 op de volgende pagina.

Erkende interventies

Tabel 2. Overzicht van erkende selectieve interventies in Nederland[8]
*betekent dat de interventie ook voor geïndiceerde preventie kan worden ingezet.

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als
Voorzorg	Verpleegkundigen bezoeken kwetsbare jonge aanstaande moeders tijdens hun zwangerschap en de eerste levensjaren van hun kind Doel: terugdringen van (het risico op) kindermishandeling	Doelgroep: moeders van kinderen van 9 maanden tot 2 jaar met een opeenstapeling van risicofactoren Setting: het gezin (thuis)	Effectief volgens goede aanwijzingen
Leren signaleren	Training voor intermediairs in het vroegtijdig signaleren van psychische problemen en alcohol- en drugsgebruik bij jongeren. Doel: vroegtijdig signaleren van psychische problemen en alcohol- en drugsgebruik	Doelgroep: Jongeren van 12-23 en professionals die beroepsmatig met deze jongeren werken Setting: VO, jongerenwerk, ambulante zorg, openbare ruimte	Goed beschreven
Open en Alert*	Interventie waarbij een preventiewerker vanuit een instelling voor verslavingszorg (wie? jongeren?) ondersteunt bij beleidsontwikkeling, deskundigheidsbevordering en samenwerking. Doel: voorkómen of verminderen van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik	Doelgroep: jongeren 12-25 jaar met een verhoogd risico op problematisch middelengebruik vanwege hun verblijf in een risicosetting. Daarnaast management en medewerkers van deze risicosettingen. Setting: residentiële zorg, JJi, LVB-instelling en jongerenwerk	Goed onderbouwd
Be wise, think twice (BWTT) (onderdeel van Helder op School)	4 lessen die bestaan uit het overdragen van kennis, opdrachten en gesprekken tussen leerlingen en hun docent of met elkaar. Doel: bewustwording van de risico's van alcohol en drugs (leerlingen) en handvatten voor signalering van mogelijk problematisch gebruik (docenten)	Doelgroep: leerlingen 12-14 van het cluster 4 VSO Setting: school	Goed onderbouwd
Samen slagen	Integrale aanpak die bestaat uit een voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatiefase in samenwerking met een externe partij zoals verslavingszorg en politie. Doel: terugdringen van middelengebruik	Doelgroep: leerlingen 12-18 van het VSO cluster 4, of praktijkonderwijs Setting: school	Goed onderbouwd *Implementatie alleen in regio Rotterdam.
ROC aanvalsplan (ook universeel)	Integrale aanpak die bestaat uit een voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatiefase in samenwerking met een externe partij zoals verslavingszorg en politie. Doel: terugdringen van middelengebruik	Doelgroep: leerlingen 12-18 op het MBO Setting: school	Goed onderbouwd *Implementatie alleen in regio Rotterdam
KopOpOuders	Anonieme online groepscursus en individuele online zelfhulpinterventie voor opvoedingsondersteuning aan ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen. Doel: bevorderen van positieve ontwikkeling en preventie van problemen	Doelgroep: ouders die psychische of verslavingsproblemen hebben Setting: online	Goed onderbouwd

[8] Bij de korte omschrijving van de interventie is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de originele tekst van de omschrijving in de databank te blijven.

Andere interventies

Er zijn naast de interventies in de tabel nog een aantal andere interventies die zich richten op problemen in het gezin. Het doel hiervan is onder meer het voorkómen van latere problematiek bij jongeren die in deze gezinnen opgroeien. Allereerst zijn er verschillende soorten interventies gericht op gezinnen met één of meer ouders met psychische of verslavingsproblematiek. Deze kinderen worden KOPP-KOV genoemd (kinderen van ouders met psychische problemen of kinderen van ouders met verslavingsproblemen) en lopen een groter risico om (later) zelf psychische problemen of problematisch drugsgebruik te ontwikkelen. Voorbeelden: de psycho-educatieve gezinsinterventie 'KOPP', de online cursus 'KopStoring' en de interventies 'Billy Boem' en 'Piep zei de muis'. Deze interventies verschillen in aanpak, werkwijze en leeftijden van de einddoelgroep waar ze zich op richten. 'Piep zei de muis' is een interventie die zich richt op kinderen die opgroeien in kwetsbare wijken en wordt momenteel beoordeeld voor erkenning.

Een andere gezinsinterventie, niet specifiek voor KOPP-KOV, is de 'family check-up'. Dit is een laagdrempelige kortdurende interventie waarbij opvoedondersteuning wordt gegeven aan gezinnen in een lage sociale economische positie (SEP).

Deskundigheidsbevordering van professionals is een vast onderdeel van een aantal erkende interventies (onder andere van 'Leren signaleren' en 'Open en Alert'). Deskundigheidsbevordering kan ook buiten het kader van een interventie worden uitgevoerd. Hierbij gaat het vaak om op maat gemaakte trainingen. Deze trainingen zijn gericht op het herkennen van middelengebruik, het signaleren van gebruik en gespreksvaardigheden. Deze trainingen kunnen gevolgd worden door verschillende intermediaire professionals, die onder andere werkzaam zijn in zorginstellingen, in het jongerenwerk en in de dienstverlening, en die een rol hebben bij het signaleren, bespreekbaar maken en doorverwijzen bij middelenproblematiek.

3.2.3 Geïndiceerde preventieve interventies

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die een verhoogd risico hebben op (problematisch) gebruik. Met uitzondering van Online Zelfhulp Jellinek zijn er geen cocaïnespecifeke interventies gevonden. De settingen waarin geïndiceerde interventies worden uitgevoerd zijn online, residentiele en ambulante zorg of het gezin. Zie tabel 3.

Erkende interventies

Tabel 3. Overzicht van erkende geïndiceerde interventies in Nederland.

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als
Multidimensionale familietherapie (MDFT)/ Multisysteem-therapie (MST)	Gezinsbehandelingen gericht op verschillende 'systemen' zoals gezin, school, vrienden en sportclubs. Er wordt gekeken naar alle systemen waar de familie mee te maken heeft. Beide interventies bestaan uit 1 of meerdere sessies per week en duren 4-6 maanden. Doel: stoppen of minderen met drugsgebruik	Doelgroep: jongeren 10-19 met gedrags- of verslavingsproblemen Setting: gezin (thuis)	Effectief volgens sterke aanwijzingen
Moti-4	Laagdrempelig traject van een aantal individuele gesprekken voor jongeren die in de problemen dreigen te raken door middelengebruik, gokken of gamen. Combinatie van verschillende gesprekstechnieken, waaronder motiverende gesprekvoering. Een deel van de interventie richt zich ook op ouders.	Doelgroep: jongeren en jongvolwassenen 14-24 die in problemen dreigen te raken door middelengebruik	Effectief volgens goede aanwijzingen

	Doel: verminderen van problemen	Setting: ambulante zorg	
Minder boos en opstandig (internationaal: Utrecht Coping Power)	Training voor ouders en kinderen. De ouderbijeenkomsten richten zich op het verbeteren van opvoedingsvaardigheden. De kindtraining richt zich op verstevigen van sociale vaardigheden. Met huiswerkopdrachten om te oefenen. Doel: afname van probleemgedrag van het kind en toename van sociaal aangepast gedrag, toename van opvoedingsvaardigheden van de ouders	Doelgroep: kinderen 8-12 met ernstige gedragsproblemen en hun ouders Setting: residentiële en ambulante zorg	Effectief volgens goede aanwijzingen (Beneficial)
Online Zelfhulp Jellinek	Anoniem, online zelfhulpprogramma voor mensen die middelen gebruiken maar willen stoppen of minderen (zelfstandig) Doel: minderen van of stoppen met middelengebruik	Doelgroep: mensen die (riskant) middelen gebruiken, maar nog geen ernstig drugsprobleem hebben. Online Zelfhulp Jellinek heeft een cocaïnespecifieke module. Setting: online	Goede aanwijzingen voor effectiviteit (Jellinek) * Andere instellingen hebben soms eigenonline zelfhulpprogramma's
Preventief adviesgesprek (instellingen voor verslavingszorg)	Eenmalig gesprek bestaande uit drie onderdelen: 1) inventarisatie van het probleem, 2) in beeld brengen van gewenste beeld (+ geven van informatie over psychische gezondheid en ingaan op mogelijk oplossingen) en 3) advies en afronding Doel: vergroten van bewustzijn van de eigen situatie en versterking van keuze- en persoonlijke mogelijkheden	Doelgroep: volwassenen en jongeren met (hulp-)vragen over psychische klachten of verslavingsproblemen (van zichzelf of van hun omgeving) Setting: ambulant of outreachend	Goed onderbouwd
Brains4Use	Programma bestaande uit 12 wekelijkse gesprekken waarin gebruik gemaakt word van motiverende gespreksvoering en het aanleren van cognitieve en praktische vaardigheden Doel: verminderen van kans op delict- en risicovol gedrag door terugdringen van drugs- en alcoholgebruik	Doelgroep: jongeren opgenomen in een justitiële jeugdinrichting (JJi) of een niet gesloten residentiële setting Setting: residentiele zorg	Goed onderbouwd
Make up your mind	Training van 9 bijeenkomsten waarin gebruik wordt gemaakt van cognitieve gedragstherapeutische interventies zoals psycho-educatie, vergroten van probleemoplossend vermogen, aanleren van copingvaardigheden en motiverende gespreksvoering. Doel: stoppen van middelengebruik of het gebruiken van deze middelen op een verantwoorde wijze	Doelgroep: jongeren 12-18 in de jeugdzorg die incidenteel, geïntegreerd of problematisch gebruiken Setting: ambulante of residentiële zorg	Goed onderbouwd
Help mijn kind kan niet zonder	Ondersteunende cursus voor ouders en opvoeders waarin handvatten worden aangereikt om de regie weer in handen te krijgen. De cursus richt zich op de communicatie in het gezin en biedt mogelijkheden aan om anders met het kind om te gaan. Ouders gaan met elkaar in gesprek. Doel: verbeteren van de communicatie in het gezin, grenzen stellen, inzicht krijgen in consequenties van gedrag en ouders de regie terug laten krijgen	Doelgroep: ouders van kinderen die problematisch alcohol drinken, drugs gebruiken, gamen of gokken Setting: gezin	Goed beschreven
Take it personal!	Training van 6 weken bestaande uit 6 individuele sessies en 5 groepsbijeenkomsten. In de training wordt gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en psychomotore therapie. Doel: verminderen van middelengebruik	Doelgroep: jongeren 14-30 jaar met een licht verstandelijke beperking, gedragsproblemen en middelengebruik Setting: ambulante of residentiële zorg	Goed onderbouwd. *Interventie is momenteel in een ontwikkel- en onderzoeksfase

Andere interventies

Zelftests en screenings zijn korte, laagdrempelige (online) vragenlijsten die onder andere gaan over het patroon, de hoeveelheid en de ervaren gevolgen van middelengebruik. Doel is het identificeren van mensen met een verhoogd risico op problematisch gebruik. Met een zelftest kan iemand zelf nagaan of zijn of haar gebruik van cocaïne riskant of problematisch is, op een zelfgekozen moment en anoniem. Zelftests zijn voorzien van een kort advies en verwijzingen naar eventuele andere interventies en hulpbronnen. Bij een screening wordt de test afgenomen door een professional, zoals een huisarts, die het resultaat gebruikt om in te schatten of een vervolg naar een interventie of behandeling nodig is.

Motiverende gespreksvoering is een methodiek voor het bespreken van middelengebruik waar veel onderzoek naar is gedaan (Barnett, Sussman, Smith, Rohrbach, & Spruijt-Metz, 2012). De methodiek kan onderdeel zijn van een interventie, maar kan ook als een op zichzelf staande methode worden ingezet. 'Motiverende gespreksvoering' wordt ook gebruikt als voorbereiding op een andere vorm van behandeling, zodat de client bij de start van een behandeling al meer openstaat voor verandering en dus meer baat heeft bij die behandeling. Ook worden technieken uit de 'motiverende gespreksvoering' toegepast als aanvulling op andere behandelingen. 'Motiverende gespreksvoering' is laagdrempelig en kan in veel verschillende settingen worden ingezet (ambulante zorg, jongerenwerk, openbare ruimte, JJi, residentiële jeugdzorg, LV-instellingen, huisartsenpraktijk et cetera) en door verschillende soorten professionals worden toegepast. 'Motiverende gespreksvoering' heeft tot doel om gedragsverandering op gang te brengen door het ontwikkelen van motivatie. De methodiek bestaat uit twee fasen. In de eerste fase staat het ontwikkelen van de motivatie van de cliënt om te veranderen centraal. In deze fase is er aandacht voor het verkennen van de ambivalentie(s) van de cliënt en het uitlokken van taal die gericht is op verandering. In fase twee gaat het om het versterken van de betrokkenheid van de cliënt bij de verandering en op het ontwikkelen van een plan om de verandering ook daadwerkelijk te realiseren. Door het stellen van vragen wordt de cliënt gestimuleerd om zelf eigen wensen en plannen te bedenken. De samenwerking tussen hulpverlener en cliënt staat centraal.

Cognitieve gedragstherapie (al dat niet geprotocolleerd) bestaat uit gedragsveranderingstechnieken die erop gericht zijn om middelengebruik te veranderen. In de methode worden andere, niet aan het middelengebruik gerelateerde, gedragspatronen aangeleerd. Als methode is het met name geschikt voor mensen met een zwaarder en problematisch patroon van gebruik en als onderdeel van een bredere behandeling. Waarschijnlijk wordt het minder of niet gebruikt bij preventie, al kunnen onderdelen van cognitieve gedragstherapie ook preventief worden ingezet.

Ten slotte zijn er een aantal interventies of aanpakken die zich richten op het versterken van de wijk en de omgeving. '*Communities that Care*' (CTC) is een community-gerichte (wijkgerichte) preventiemethodiek voor de ontwikkeling van een systematisch preventiebeleid. Kenmerken zijn epidemiologisch onderzoek naar risico- en beschermende factoren, het werken met bewezen effectieve preventieprogramma's, en lokale implementatie en evaluatie van de resultaten. De doelgroep wordt gedefinieerd binnen het preventieplan. CTC is momenteel niet erkend en het is onduidelijk in hoeverre deze aanpak momenteel in Nederland is geïmplementeerd . Uit onderzoek in Nederlandse steden blijkt dat CTC geen gedragsverandering bij jongeren teweeg brengt. Wel levert het

meer en betere samenwerking tussen lokale instellingen die zich met preventie bezighouden op. CTC geeft richting aan een preventieaanpak[9].

Buurtteams en sociale wijkteams zijn laagdrempelig beschikbaar voor vraagstukken in de wijk inclusief vragen over middelengebruik. Ze kunnen indien nodig helpen te bemiddelen naar verdere hulp. Het is onbekend in hoeverre medewerkers van buurt- en sociale wijkteams in de praktijk hulpvragen over gebruik van drugs krijgen.

3.2.4 Harm-reductioninterventies (recreatief gebruik)

Harm-reductioninterventies hebben als doel om gezondheidsrisico's als gevolg van gebruik te voorkómen zonder daarbij het gebruik zelf te ontmoedigen. Zie tabel 4.

Erkende interventies

Tabel 4. Overzicht van erkende harm-reductioninterventies gericht op recreatief gebruik in Nederland.

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Erkend als
Drugsenuitgaan.nl, drugsinfo (met chatfunctie), drugsinformatie - websites van de regionale instellingen voor verslavingszorg	Verschillende websites en een landelijke chat (drugsinfo) waar (potentiële) gebruikers van cocaïne (en andere middelen) terecht kunnen voor informatie over gezondheidsrisico's van deze middelen Doel: voorkómen of verminderen van gezondheidsincidenten door riskant drugsgebruik	Doelgroep: jongeren en jongvolwassenen 16-25 jaar die (bij het uitgaan) wel eens drugs gebruiken of overwegen om drugs te gebruiken Setting: online	Goed beschreven (drugsenuitgaan.nl)
RedAlertApp	App die waarschuwt als er gevaarlijke drugs in omloop zijn Doel: voorkómen van gezondheidsincidenten door gevaarlijke drugs of drugs van slechte kwaliteit	Doelgroep: jongeren en jongvolwassenen 16-25 jaar die (bij het uitgaan) wel eens drugs gebruiken of overwegen om drugs te gebruiken Setting: online	Goed beschreven
Peer-to-peer-education (Unity, LOS etc.)	Vorm van voorlichting waarbij getrainde, vrijwillige peer-educators bezoekers van dance-evenementen informatie geven over de gezondheidseffecten van drugs Doel: zo veel mogelijk beperken van de risico's van middelengebruik op evenementen	Doelgroep: jongvolwassenbezoekers van dance-evenementen Setting: dance-evenementen	Goed onderbouwd (Unity)

Andere interventies

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van testlocaties waar cocaïnesamples (en samples van andere drugs) kunnen worden ingeleverd om te worden getest op samenstelling. Daarnaast geeft een preventiewerker een adviesgesprek over de risico's van gebruik.

[9] Verwey-Jonker instituut. 'Communities that care' in Nederlandse steden. Resultaten van een vierjarig experimenteel onderzoek. Geraadpleegd van Communities-that-Care-in-Nederlandse-steden_2569_web.pdf (verwey-jonker.nl)

De doelgroep zijn mensen die cocaïne in bezit hebben en dit willen gaan gebruiken. Het adviesgesprek kan zich ook richten op ontmoediging van gebruik en valt in dat geval onder geïndiceerde preventie.

'Eerste Hulp bij Drank- en Drugsincidenten' (EHBDU) is een training voor horeca- en veiligheidspersoneel, onderwijs, politie en EHBO-vrijwilligers. De deelnemers leren in de training adequaat om te gaan met drank- en drugsgerelateerde gezondheidsincidenten. Ze krijgen kennis over: middelen, risicofactoren van gezondheidsincidenten bij middelengebruik, acute incidenten, en zorg en hulpverlening. Daarnaast kunnen verschillende EHBO-organisaties worden ingehuurd bij festivals en evenementen die gespecialiseerd zijn op het gebied van druggerelateerde gezondheidsincidenten.

3.3 Europees aanbod erkende interventies

Voor een overzicht van het Europese aanbod is er gebruik gemaakt van het European Prevention Registry (Xchange) (selectie op 'use of illicit drugs') en de Healthy Nightlife Toolbox. Interventies die ook in de Nederlandse setting worden toegepast en in paragraaf 3.2 beschreven zijn, worden hier niet opnieuw beschreven. Zie tabel 5.

De categorieën van erkenning volgens het European Prevention Registry zijn: (beoordeeld : werkzaam, waarschijnlijk werkzaam, mogelijk werkzaam, meer onderzoek nodig, waarschijnlijk niet werkzaam of mogelijk schadelijk. Interventies die als 'waarschijnlijk niet werkzaam' of 'mogelijk schadelijk' zijn beoordeeld zijn hier buiten beschouwing gelaten.

De Healthy Nightlife Toolbox beschrijft omgevingsinterventies die zich richten op harm-reductionmaatregelen voor recreatief gebruik in het nachtleven. In de tabel zijn alleen interventies opgenomen die een positief effect laten zien. Vanwege de grote overlap tussen de interventies in de Healthy Nightlife Toolbox is er gekozen om alleen interventies op te nemen die met minimaal 2 (van 4) sterren beoordeeld zijn in de kwaliteitsevaluatie.

Tabel 5. Overzicht van erkende interventies in Europa op basis van European Prevention Registry en Healthy Nightlife Toolbox. (Voor erkende Nederlandse interventies zie paragraaf 3.2.)

Naam	Korte beschrijving	Doelgroep en setting	Effectiviteit
Xchange Registry			
Unplugged	Gestandaardiseerd en geprotocolleerd interactief programma gebaseerd op het concept van 'Comprehensive Social Influence'. Gericht op *life skills*, kennisoverdracht over middelen en correctie van normatieve overtuigingen rond middelengebruik.	Doelgroep: leerlingen 12-14 jaar op het voortgezet onderwijs Setting: school	Gunstige effecten *Implementatie in Duitsland
Life Skills Training	Programma dat sociale- en zelfregulatievaardigheden aanleert (bijvoorbeeld weerstand bieden aan *peer pressure* om drugs te gebruiken) en kennis vergroot over onmiddellijke consequenties van middelenmisbruik. Getrainde docenten demonstreren gewenst gedrag, scholieren oefenen in rollenspellen en maken huiswerkopdrachten.	Doelgroep: leerlingen 11~14 jaar Setting: school	Aanvullende studies aanbevolen *Implementatie in Spanje & Italië

Trampoline	Groepsprogramma van 9 bijeenkomsten waarin kinderen strategieën aanleren om om te gaan met stress die veroorzaakt wordt door middelengebruik van een ouder. Richt zich ook op het verbeteren van gevoelens van eigenwaarde en vertrouwen in het eigen kunnen.	Doelgroep: kinderen 8-12 jaar Setting: ambulante zorg	Meer onderzoek aanbevolen *Implementatie in Duitsland
Preventure	Korte interventie bestaande uit 2 sessies gericht op risicopersoonlijkheidstrekken, zoals negatief denken, angstgevoeligheid, impulsiviteit en sensatie zoeken. De deelnemers krijgen informatie over hun persoonlijkheidstype en de daarbij behorende gedachtegangen die zouden kunnen leiden tot problematisch gedrag.	Doelgroep: kinderen 11-14 jaar en kinderen 15-18/19 jaar Setting: school	Mogelijk werkzaam *Interventie in Nederland onderzocht, maar vanwege tegenvallende onderzoeksresultaten niet verder geïmplementeerd
Healthy Nightlife Toolbox			
Clubs against Drugs / STAD (Zweden, 2003)	Aanpak gericht op het terugdringen van beschikbaarheid van drugs en mogelijkheden om drugs te gebruik in nachtclubs d.m.v. onder andere veranderingen in de fysieke omgeving, beleid, training van personeel, handhaving en voorlichting in de media	Doelgroep: eigenaren, werknemers en bezoekers van nachtclubs Setting: bars, nachtclubs, publieke ruimte	Positief effect
Operation Pilot (Verenigd Koninkrijk, 2003)	Aanpak gericht op het voorkómen van drugsgerelateerde criminaliteit d.m.v. voorlichting over gezondheidsrisico's van drugs aan bezoekers van kroegen en nachtclubs, vroegsignalering van gebruik en toeleiden van gebruikers naar behandelmogelijkheden. Aanpak heeft een sterke focus op 1-op- 1-dialoog met bezoekers en eigenaren van kroegen en nachtclubs.	Doelgroep: intermediaire doelgroep van eigenaren van nachtclubs en bezoekers van kroegen en nachtclubs Setting: bars, nachtclubs, afterparty's, openbare ruimte, evenementen, scholen, community	Positief effect
Safe Nightlife in Holstebro (Denemarken, 1999)	Aanpak die professionals die werken in het nachtleven betrekt bij de preventie van geweld, drugsverkoop en drugsmisbruik, vandalisme en aanranding. Doel is om een veilige omgeving te creëren voor jonge mensen in het nachtleven, door hen te omringen met vaardige en verantwoordelijke volwassenen die hen helpen. Jongeren worden bewust gemaakt van risico's van middelen, risicogedrag en risico om slachtoffer te worden van geweld of aanranding via voorlichting op scholen en in legerkazernes.	Doelgroep: professionals die werken in het nachtleven en jongeren en jongvolwassenen die zich in het nachtleven begeven Setting: scholen, legerkazernes, kroegen en nachtclubs	Positief effect
Energy Control (Spanje, 1997)	Aanpak gericht op gebruikers die moeilijk te bereiken zijn. De aanpak bestaat uit voorlichting, peer-to-peer-educatie, inzetten van de media, internet en nieuwe technologie en testen van drugs. Doel is het verkleinen van gezondheidsschade als gevolg van drugsgebruik.	Doelgroep: (potentiële) gebruikers van middelen Setting: bars, nachtclubs, jongerencentra, straat, events, media, school, wijk, rondetafelgesprekken	Positief effect

Anti-Crash Operation (Frankrijk, 2003)	Aanpak die door middel van peer-to-peer-educatie bezoekers van nachtclubs voorlicht over de gezondheidsrisico's van alcohol, cannabis en andere drugs. Er wordt gebruik gemaakt van armbandjes (voor degene die autorijdt), ademtests, simulatie, flyers, folders en een spelvorm. Doel is het voorkómen van auto-ongelukken en zorgen dat jonge bestuurders verantwoordelijk nemen bij autorijden na het bezoeken van een nachtclub.	Doelgroep: eigenaren van nachtclubs, media en jongvolwassenen die autorijden na bezoek aan een nachtclub Setting: clubs, disco's, afterparty's	Positief effect
Kosmicare Project (Portugal, 2010)	Aanpak waarin gebruik wordt gemaakt van crisis-interventies in situaties van drugsgebruik op een festival. Gebaseerd op harm-reductionprincipes, crisis-interventiemodellen en Grof's psychedelische psychotherapie (een specifieke benadering voor crisis-interventies).	Doelgroep: intermediairs, zoals security personeel, gezondheidsprofessionals , eerste-hulpprofessionals, politie en peers Setting: festivals	Positief effect
Nightlife Prevention in the City of Zurich (Zwitserland, 2001)	Aanpak gebaseerd op het testen van drugs in combinatie met een adviesgesprek (op locatie en lokaal), een alcoholinterventie (op locatie en in de publieke ruimte) en samenwerking met verschillende stakeholders. Doel is het bevorderen van een gezond nachtleven door het vergroten van het bewustzijn rond drugsgebruik en seksuele en andere risico's.	Doelgroep: gebruikers in 'feest-en-vier'-settingen en andere geïnteresseerden zijn Setting: straat, school, middelbare school, tv, radio, events, hogeschool, kroeg, nachtclub, internet en massa media	Positief effect

3.4 Buiten de databanken: ontwikkelingen uit de internationale literatuur

In tabel 6 is een overzicht opgenomen van verschillende typen interventies voor de preventie van (problematisch) cocaïnegebruik, op basis van een internationale literatuursearch. De meeste van de gevonden interventies zijn nog in een onderzoekstadium. Dit betekent dat er nog geen robuuste aanwijzingen zijn voor effectiviteit en/of dat ze nog niet geïmplementeerd zijn de praktijk. In sommige gevallen is de interventie zelf niet nieuw, maar wordt hij toegepast in een nieuwe setting of voor een nieuwe doelgroep. Het overzicht kan gebruikt worden als inspiratie voor nieuwe kansen voor de preventie van cocaïnegebruik in de toekomst. In sommige gevallen is een interventie ontwikkeld en onderzocht voor mensen met een stoornis in gebruik (verslaving). Dit wordt expliciet in het overzicht aangegeven. Daar waar deze interventies mogelijk relevant zouden kunnen zijn voor preventie worden ze in het overzicht meegenomen.

Tabel 6. Overzicht van interventies op basis van internationaal literatuuronderzoek.

Type	Korte beschrijving	Setting en doelgroep	Referenties
Interventie voor mensen die in de amusementssector werken	Evaluatie van een groepsinterventie gebaseerd op motiverende gespreksvoering en uitgevoerd door verpleegkundigen. De interventie verhoogde de motivatie voor verandering onder werkenden in de amusementssector en hielp 12% van de deelnemers om hulp te zoeken voor verslaving.	Doelgroep: werkenden in de amusementssector Setting: ambulante setting	Almodóvar-Fernandez e.a., 2019 *Spanje
Inzet van screening en brief interventions (SBI) in de eerstelijnszorg voor mensen met een laag risicoprofiel	Onderzoek naar de effectiviteit van screening en brief interventions in de eerstelijnszorg gericht op mensen met een laag-risicoprofiel van drugsgebruik. Er zijn twee brief interventies onderzocht: brief negotiated interview (BNI) en een aanpassing van een interventie gebaseerd op motiverende gesprekstechnieken (MOTIV). Mensen die een brief intervention kregen, rapporteerden minder drugsgebruik dan mensen die deze interventie niet kregen. Het onderzoek suggereert dat brief interventies ook bij laag-risicogebruik effectief in de eerstelijnszorg kunnen worden ingezet.	Doelgroep: mensen die drugs gebruiken Setting: eerstelijnszorg	Bertholet e.a., 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Nightlife Safety Plans. Mobiele telefoon-interventie voor uitgaanders	Onderzoek naar een mobiele telefooninterventie 'Nightlife Safety Plans' wat zich richt op het beïnvloeden van groepsgedrag. Deelname aan de mobiele app zorgde voor een toename in beschermende maatregelen (maatregelen om negatieve gevolgen van drugs te beperken). Het gebruik van de app was niet gerelateerd aan minder cocaïnegebruik.	Doelgroep: uitgaande gebruikers van drugs Setting: online, uitgaanssetting	Byrnes e.a., 2019 *Verenigde Staten van Amerika
E-health Familias Unidas	Onderzoek naar een e-health versie van 'Familias Unidas'; een familie preventieprogramma voor mensen met een Latijns-Amerikaanse achtergrond. Interventie werd vergeleken een standaard preventief aanbod. Gezondheidsprofessionals op school en in de community werden getraind om te rekruteren en de interventie uit te voeren met families. De effecten werden onderzocht onder studenten met gedragsproblemen. Er was een afname in drugsgebruik in de groep die de e-health interventie volgde.	Doelgroep: jongeren met gedragsproblemen en een Latijns-Amerikaanse achtergrond Setting: online, community	Estrada e.a., 2019 *Verenigde Staten van Amerika
Living the Example (LTE)	Programma waarin adolescenten ambassadeurs trainen om preventie-boodschappen te ontwikkelen en te verspreiden binnen hun eigen sociale media netwerk en activiteiten op school. Er is een positief effect van de interventie op acht verschillende uitkomstmaten gerelateerd aan drugsgebruik, inclusief intentie om cocaïne te gebruiken.	Doelgroep: schoolgaande adolescenten Setting: online, school	Evans e.a., 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Traumatic Injury Prevention (TIP) project, kort	Onderzoek naar drie verschillende korte interventies die worden aangeboden aan patiënten op de spoedeisende hulp vanwege een	Doelgroep: mensen die drugs gebruiken en op de SEH komen	Field, Von Sternberg, &

adviesgesprek en brief interventions op de spoedeisende hulp (SEH)	druggerelateerd incident. De eerste interventie is Brief Advice (kort advies), Brief motivational intervention (een brief intervention op basis van motivational gesprekstechniek) en Brief motivational intervention + booster telefoongesprek na 4 weken. Alle drie de interventies resulteren in een afname van cocaïnegebruik 3, 6 en 12 maanden na de nulmeting.	als gevolg van een druggerelateerd incident Setting: spoedeisende hulp (SEH)	Velasquez, 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Interventie gericht op het minderen van alcohol en drugsgebruik in de werksetting	Interventie gericht op het minderen van alcohol en drugsgebruik onder werkenden. Interventie richt zich op zaken zoals bewustzijnsvergroting van de effecten van alcohol en drugs, de evaluatie en monitoring van alcohol en drugsconsumptie door het in kaart brengen van risicovol gebruik, ademtests voor alcoholgebruik en urinetesten die onder andere cocaïnegebruik kunnen aantonen. Wanneer er sprake is van risicovol gebruik volgt er aanvullende preventie training. Geen effecten op cocaïnegebruik aangetoond (mogelijk door de relatieve lage prevalentie), wel een daling van risicovol alcoholgebruik.	Doelgroep: werkenden in de dienstverlening die middelen gebruiken Setting: werksetting	Gómez-Recasens e.a., 2018 *Spanje
Ride-Hailing App op aanvraag	Verkenning naar een app waarmee uitgaande jongeren een lift of rit kunnen regelen om na het uitgaan veilig thuis te komen. Deze app wil voorkómen dat jongeren onder invloed van drugs of alcohol naar huis rijden. Behoefte-onderzoek onder gebruikers van de app laat zien dat er mogelijk draagvlak is voor het gebruik van een dergelijke app. Verschillende drempels en bevorderende factoren om de app te gebruiken zijn in kaart gebracht.	Doelgroep: uitgaande jongeren die drugs gebruiken Setting: online, uitgaanssetting	Kurtz & Buttram, 2021 *Verenigde Staten van Amerika
E-learning voor preventieprofessionals over comorbiditeit mentale gezondheid en middelengebruik	E-learning mentale gezondheid voor preventieprofessionals. De e-learning richt zich op het verstevigen van de kennis, houding en zelfvertrouwen rondom het gelijktijdig voorkomen van mentale gezondheid en middelengebruik. Training richt zich op het herkennen, omgaan met en behandeling van co-morbide psychische problematiek en middelengebruik.	Doelgroep: mensen die middelen gebruiken en die problemen met mentale gezondheid ervaren Setting: online	Marel e.a., 2021 *Australië
Psychosociale interventies gericht op het minderen van middelengebruik door ouders	Verschil verschillende psychosociale interventies bestaande uit zowel gedragstherapeutische en community interventies die de insteek hebben om het welzijn van de kinderen te vergroten door het minderen van het gebruik van ouders. Publicatie betreft een protocol voor een onderzoek. Daarom zijn er geen conclusies over effectiviteit.	Doelgroep: ouders van kinderen van 0 ~~21 jaar Verschillende ambulante settingen	McGovern e.a., 2021 *Verschillende landen
Screening Brief Intervention (SBI) Referral to Treatment (SBIRT)	'Substance Use Screening and Intervention Tool (SUSIT)' (middelengebruik screening en interventie tool) via een tablet. Gecomputeriseerde screeningsvragenlijst die vóór de medische afspraak op een tablet wordt	Doelgroep: gebruikers in verschillende stadia van gebruik	McNeely e.a., 2021

	ingevuld. Het resultaat wordt aan de arts laten zien die beslist over verwijzing naar een 'brief intervention'. SUSIT bevordert de deelname aan brief interventions.	Setting: huisartsenzorg, mogelijk ook geschikt voor andere zorg-gerelateerde settingen	*Verenigde Staten van Amerika
Gedragsactivatie-therapie uitgevoerd door ervaringsdeskundige	Onderzoek naar de inzet van peer-coaches die ervaringskundige zijn (zelf ervaring hebben met problematisch middelengebruik) bij de uitvoer van gedragsactivatie therapie voor moeilijk bereikbare groepen. De aangepaste versie van gedragsactivatie therapie bleek geschikt en geaccepteerd in de community.	Doelgroep: mensen met problematisch gebruik die moeilijk bereikbaar zijn (laag inkomen, dakloos) Setting: community centrum, buurtgebouw	Satinsky e.a., 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Snow Control, online zelfhulpinterventie met of zonder aanvullende chat	Onderzoek naar de effectiviteit van een online interventie (Snow Control) gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), motiverende gespreksvoering en zelfcontrole technieken. Aandacht voor bijkomende psychische problematiek zoals depressie en gezondheidseffecten gevolgen van cocaïne. Onderzoek laat zien dat de interventie mensen bereikt die anders niet in behandeling zouden komen. Wel hoge percentage drop-outs. Geen conclusies over effectiviteit.	Doelgroep: mensen met een stoornis in gebruik van cocaïne. Ook geschikt voor zwaardere gebruikers die zelfstandig willen stoppen (persoonlijke communicatie) Setting: online	Schaub e.a., 2019 *Zwitserland
Internet preventieprogramma voor meiden in de adolescentie	Online preventieprogramma dat zich specifiek richt op meiden in de adolescentie. Meiden kregen een 9-sessie durende interventie of zaten in een controle groep waarin er alleen metingen werden gedaan. Na 2-jaar blijken meiden in de interventiegroep minder middelen te gebruiken dan in de controle groep.	Doelgroep: meiden in de adolescentie Setting: online	Schwinn, Schinke, Keller, & Hopkins, 2019

3.5 Uitvoerders van drugspreventie

We beschrijven hier de huidige uitvoerders met een primaire, secundaire en intermediaire taak of rol op het gebied van drugspreventieactiviteiten in Nederland – voor zover daar zicht op is. Let wel: deze rollen en taken zijn niet altijd officieel belegd en worden ook niet altijd aangestuurd op landelijk of lokaal niveau.

3.5.1 Uitvoerders met een primaire preventietaak

Er zijn in Nederland elf publieke instellingen voor verslavingszorg (IVZ's). Elk van deze instellingen heeft een preventieafdeling, die zich uitsluitend richt op preventieactiviteiten, en dan met name op implementatie en uitvoering daarvan en in sommige gevallen ook op de ontwikkeling. De preventiewerkers van de IVZ's hebben een primaire taak wat betreft drugspreventie. Deze taak voeren zij veelal uit in samenwerking met of in opdracht van bijvoorbeeld scholen en gemeenten. Daarnaast voert het Trimbos-instituut in een aantal gevallen – zelfstandig of in samenwerking – ook drugspreventieactiviteiten uit.

3.5.2 Uitvoerders met een secundaire preventietaak

Er zijn professionals in uiteenlopende settingen die een (potentiële) secundaire taak hebben met betrekking tot preventie van drugsgebruik. Drugspreventie behoort niet tot hun primaire taken, maar in de praktijk spelen zij (mogelijk) wel een rol bij de uitvoering van drugspreventieactiviteiten. Dit geldt bijvoorbeeld voor jongerenwerkers in gemeenten, professionals in jeugdhulpsettingen en bij de jeugdreclassering, professionals in de (nuldelijns- en eerstelijns-)zorg en de GGZ, docenten in het primair, voortgezet, beroeps- en hoger onderwijs, (wijk-)agenten, medewerkers van GGD'en, coffeeshopmedewerkers, werkgevers et cetera. Daarnaast worden in Nederland door verschillende zelfstandige stichtingen voorlichtingsactiviteiten voor jongeren aangeboden. De drugspreventie-activiteiten die de hier genoemde professionals uitvoeren zijn niet altijd wetenschappelijk onderbouwd.

3.5.3 Intermediairs bij de uitvoering van preventie

Intermediairs zijn diegenen die niet direct een uitvoerde taak hebben wat betreft drugspreventie, maar die wel in direct (persoonlijk) contact staan met einddoelgroepen en zo betrokken kunnen worden bij preventieactiviteiten of een signalerende rol kunnen spelen. Het kan hier gaan om medewerkers in diverse recreatieve settingen (zoals sport-, winkel- en uitgaansgelegenheden), maar ook om ouders of verzorgers, familieleden, mentoren, vertrouwenspersonen, buurtbewoners, de lokale gemeenschap in het algemeen, leeftijdsgenoten et cetera. Met andere woorden: het gaat hier om de sociale omgeving in brede zin.

3.6 Uit de interviews en vragenlijst: Implementatie van erkende interventies

3.6.1 Implementatie van interventies binnen de verslavingszorg

Uit de interviews die voor dit onderzoek werden gehouden blijkt dat professionals in de verslavingszorg bekend zijn met de erkende harm-reductioninterventies en de erkende geïndiceerde preventieve interventies. Ook blijkt dat de meeste van de in dit rapport beschreven interventies (in enige mate) worden toegepast binnen de instellingen waar zij werkzaam zijn. De DIMS-testservice met adviesgesprek, Moti-4, 'motiverende gespreksvoering' en 'Open en Alert' worden door alle professionals aangeboden. Eén professional zegt dat Moti-4 in de praktijk weinig voor cocaïnegebruik wordt ingezet.

Uit de interviews blijkt verder dat sommige instellingen hun eigen variant hebben van een interventie en deze in plaats van of naast de originele, erkende interventie aanbieden. Dit speelt bijvoorbeeld bij verschillende drugsinformatiewebsites, online zelfhulp en de training 'Leren signaleren'. Ook geven meerdere professionals aan dat interventies niet altijd precies wordt aangeboden zoals op papier of in de database staat, maar dat ze een meer 'organische aanpak' hanteren. Dit houdt in dat ze de interventie in het lopende gesprek laten terugkomen, in plaats van dat ze deze gestructureerd afwerken of met een protocol werken. Dit komt bijvoorbeeld voor bij het preventief adviesgesprek. Hoe, wanneer en voor welke groep een interventie precies wordt aangeboden kan dus verschillen tussen professionals. Vanuit de Programmalijn Preventie en Vroegsignalering vanuit Verslavingskunde Nederland (VKN) wordt momenteel ingezet op het uniformeren van de aanpak en het verbeteren van werkprotocollen.

3.6.2 Preventie van middelengebruik buiten de verslavingszorg

Van de 41 respondenten van de online vragenlijst gaven er 31 aan op enige manier activiteiten ter ondersteuning van gebruikers van drugs (waaronder gebruikers van cocaïne) uit te voeren. Deze respondenten zagen voor zichzelf verschillende rollen op het gebied van preventie (meerdere antwoorden waren mogelijk). Genoemd werden onder meer: bespreekbaar maken (21), voorlichting geven over de risico's van gebruik (21), signaleren van gebruik (19) en doorverwijzen naar (andere) hulpinstanties (18). Daarnaast benoemden de respondenten ook rollen in het uitvoeren van preventieve interventies (12) en bij psychologische ondersteuning (5), medische zorg (3), praktische zorg (3), het geven van trainingen (1) en werkzaamheden van de testservice (1).

Aan de jongerenwerkers, huisartsen en POH's, en arboartsen werd gevraagd of ze preventie van middelengebruik (inclusief cocaïnegebruik) bij de functie van de beroepsgroep vonden horen en of ze preventie van middelengebruik door de beroepsgroep ook relevant vinden. 10 van de 12 jongerenwerkers vonden preventie van middelengebruik vanuit het jongerenwerk relevant en passend bij hun rol. 5 van de 9 huisartsen en POH's gaven aan middelenpreventie door de beroepsgroep relevant te vinden, maar slechts 3 van hen vonden dat preventie binnen de functie van de beroepsgroep hoort. De vragenlijst is door 1 bedrijfsarts ingevuld. Deze gaf aan middelenpreventie binnen de rol van de bedrijfsarts te vinden vallen en middelenpreventie door de bedrijfsarts ook relevant te vinden.

3.7 Uit de interviews en vragenlijst: preventieaanbod voor de drie doelgroepen

Zowel in de telefonische interviews als in de online vragenlijst is dieper ingegaan op de drie doelgroepen die voortkwamen uit het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom?'. Deze drie groepen worden gekarakteriseerd door: 1) gebruik in 'feest-en-vier'-settingen, 2) gebruik gerelateerd aan de werksetting en 3) gebruik in relatie tot psychische klachten (zie hoofdstuk 1 voor een uitgebreide beschrijving).

In de online vragenlijst is gevraagd of en hoe vaak de respondenten in hun werk mensen tegenkomen die in één van deze drie doelgroepen vallen. Deze vraag is alleen voorgelegd aan de 27 respondenten die aangaven dat ze in hun werk wel eens in contact komen met gebruikers van cocaïne. 6 respondenten hebben de vragenlijst verlaten voordat deze vraag aan de orde kwam, waardoor de vraag uiteindelijk door 27 respondenten is beantwoord (zie tabel 7 voor een overzicht van de resultaten). Mensen die gebruiken in 'feest-en-vier'- of uitgaanssettingen werden door de respondenten het vaakst gezien. Mensen die gebruiken tijdens het werk, door hun werk of na werktijd werden door de respondenten weinig gezien in vergelijking met de andere groepen.

Tabel 7. Aantal respondenten dat aangeeft de drie doelgroepen tegen te komen (N=27).

Subgroep	Ja, heel vaak	Ja, soms	Nee, nooit	Ik weet het niet
Doelgroep 1: mensen die gebruiken in 'feest-en-vier-'- of uitgaanssettingen	14	11	2	0
Doelgroep 2: mensen die gebruiken tijdens of door het werk of na werktijd	5	12	6	4
Doelgroep 3: mensen die gebruiken in relatie tot psychische klachten	9	14	2	2

20 respondenten gaven aan dat ze in hun werk te maken hebben met gebruikers van cocaïne én dat ze werkzaam zijn op het gebied van preventie. Hen is gevraagd of zij bestaande interventies aanbieden en voor welke doelgroep (zie tabel 8). De insteek van de vragenlijst was het in kaart brengen van het aanbod voor (potentiële) gebruikers van cocaïne. Tijdens de interviews bleek dat de respondenten pas over het thema cocaïne in gesprek gaan met hun cliënten als er al sprake is van gebruik. De interventies die in relatie tot cocaïnegebruik in de praktijk worden aangeboden zijn daarom gericht op het voorkómen van *problematisch* gebruik of op minderen of stoppen met gebruik. In de online vragenlijst is er daarom voor gekozen om juist deze interventies voor te leggen aan de respondenten. Dit resulteerde in de onderstaande tabel.

Tabel 8. Aantal professionals dat zegt een interventie voor cocaïnegebruikers in te zetten (N = 20).

Naam interventie/methodiek	Groep 1: mensen in 'feest-en-vier'-settingen	Groep 2: mensen die tijdens of door werk, of na werktijd gebruiken	Groep 3: mensen die gebruiken in relatie tot psychische klachten	N.V.T. / Weet ik niet
Website met informatie over drugs en chat	11	8	7	8
DIMS-testservice + preventief gesprek	10	8	7	9
Sociale media bijvoorbeeld Instagram	7	6	5	13
Zelftests en screening	3	3	3	16
Peer-to-peer-educatie (bijvoorbeeld Unity)	8	4	4	11
Moti-4	6	2	3	13
Motiverende gespreksvoering	14	11	13	2
Preventief adviesgesprek (problematisch) middelengebruik	13	9	11	5
Online (anonieme) zelfhulp	5	4	4	15
Training 'Leren signalen' of vergelijkbare training voor deskundigheidsbevordering	10	11	10	6
Open en Alert (alerte houding professionals in risicosettingen)	3	3	3	15

4. Bereiken van doelgroepen, missend aanbod en drempels bij hulp

In de telefonische interviews en in de online vragenlijst is gevraagd welke doelgroepen niet of minder bereikt worden en of er behoefte is aan extra aanbod voor de drie eerder genoemde specifieke doelgroepen. Ook is gevraagd welke belemmeringen professionals ervaren bij de inzet van preventie, en bij het bereiken van groepen gebruikers in het algemeen en de drie doelgroepen in het bijzonder. Ten slotte is gevraagd naar mogelijke kansen om de preventie te verbeteren. De resultaten worden per thema weergegeven. Dit hoofdstuk geeft de visie weer van de professionals die in het kader van dit onderzoek telefonisch of met online vragenlijst zijn bevraagd.

4.1 Bereik en aanbod drie doelgroepen

In het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom' (Spronk e.a., 2020) worden drie hoofddoelgroepen van gebruikers van cocaïne beschreven: de groep bij wie het gebruik gerelateerd is aan 'feest-en-vier'-settingen, de groep bij wie het gebruik gerelateerd is aan de werksetting en de groep die gebruikt in relatie tot psychische klachten. Wat opvalt uit de reacties op de interviews en de online vragenlijst, is dat er in het aanbod bijna geen differentiëring is voor de drie doelgroepen. Verder blijkt de methodiek 'motiverende gespreksvoering' het meest bekend te zijn. Deze wordt voor alle drie de doelgroepen ingezet.

Bereik van en aanbod voor de drie doelgroepen:

1. Peer-to-peer-educatieve interventies en Moti-4 worden relatief vaker ingezet voor de doelgroep mensen in 'feest-en-vier'settingen.
2. Interventies voor de doelgroep 'Gebruik in 'feest-en-vier'-settingen' zijn voornamelijk gericht op harm-reduction, voor mensen die (nog) geen (grote) problemen ervaren door het gebruik van cocaïne. Er zijn geen interventies gericht op signaleren en doorverwijzen bij problematisch gebruik, en geen interventies ter voorkoming van (eerste) gebruik. Wel een geschikt aanbod voor ondersteuning bij minderen en stoppen, maar dat is niet specifiek voor deze doelgroep bedoeld.
3. Doelgroep 'Gebruik gerelateerd aan de werksetting': Er zijn geen interventies specifiek voor deze doelgroep. Sommige interventies bij *problematisch* gebruik zouden kunnen aansluiten bij de doelgroep, zoals (anonieme) (online) zelfhulpinterventies en motiverende gesprekvoering. Dergelijke interventies worden nog onvoldoende geïmplementeerd onder werknemers. Er zijn geen interventies voor het *voorkomen* van eerste cocaïnegebruik. Deze doelgroep wordt onvoldoende bereikt, ook met het beschikbare aanbod.
4. Doelgroep 'Gebruik in relatie tot psychische klachten': Er zijn geen preventieve interventies voor drugsgebruik waarbinnen psychische problematiek specifiek wordt geadresseerd. Wel zijn er binnen bestaande interventies mogelijkheden om hier meer aandacht voor te hebben.

Doelgroep 1: gebruik gerelateerd aan 'feest-en-vier'-settingen

Het beeld ontstaat dat van de drie groepen er voor de eerste groep (de uitgaande groep) het meeste aanbod bestaat. Dit aanbod voor uitgaanders bestaat voornamelijk uit harm-reductioninterventies, zoals de DIMS testservice, peer-education en websites met voorlichting. Deze interventies richten zich voornamelijk op mensen die (nog) geen (grote) problemen ervaren door het gebruik van cocaïne. Voor deze groep zijn geen interventies die zich richten op signaleren en doorverwijzen bij problematisch gebruik. Ook voor ontmoediging van (eerste) gebruik in deze groep is nog weinig aanbod beschikbaar. De erkende selectieve interventies richten zich niet specifiek op deze groep. Qua geïndiceerde preventie (ondersteuning bij stoppen of minderen) is er een laagdrempelig zelfhulp aanbod en kan Moti-4 worden ingezet.

Doelgroep 2: gebruik gerelateerd aan de werksetting

Voor deze tweede groep lijkt er weinig specifiek aanbod te zijn. Hierbij speelt mee dat het minder eenduidig is waar deze groep zich bevindt. Door de gedeeltelijke overlap met de uitgaandersgroep - veel jonge werkenden gaan in het weekend uit - is veel van het anonieme harm-reductionaanbod ook voor deze groep geschikt, zoals websites, de DIMS-testservice, advieslijnen en huisartsen, evenals de online zelftests en Moti-4.

Als groep lijken werknemers echter niet voldoende gezien te worden en ervaren ze mogelijk een moeilijkere weg naar hulp. In bestaande interventies is weinig aandacht voor de risicofactoren die specifiek verbonden zijn aan gebruik van cocaïne in de werksetting. De werkenden die niet onder de uitgaanders geschaard kunnen worden, voelen zich daarnaast mogelijk onvoldoende aangesproken of bereikt door de regionale instellingen voor verslavingszorg. Een gevolg kan zijn dat ze hulp zoeken bij andere partijen, zoals privéklinieken, of de hulp helemaal mislopen. Soms worden deze mensen gezien binnen consultaties die gedaan worden bij bedrijven.

Doelgroep 3: gebruik in relatie tot psychische klachten

De derde groep gebruikers (gebruik in relatie tot psychische klachten) is als doelgroep moeilijker te bedienen met preventieve interventies. Uit de interviews komt naar voren dat er binnen de bestaande preventieve interventies nog onvoldoende aandacht is voor het gelijktijdig voorkomen van psychische klachten (met of zonder diagnose) en middelengebruik, zoals gebruik om de dag door te komen of gebruik om negatieve emoties te onderdrukken (copinggebruik). Dergelijk copinggebruik kan leiden tot problematisch gebruik of afhankelijkheid. Andersom vergroot problematisch middelengebruik het risico op psychische problematiek.

4.2 Doelgroepen die niet of minder goed bereikt worden

In hoofdstuk 4.1 werden drie groepen gebruikers van cocaïne beschreven. Deze doelgroepen worden gebruikt als aanknopingspunt voor selectieve en geïndiceerde interventies: welke groepen die cocaïne gebruiken lopen een verhoogd risico op problematisch gebruik? Daarnaast is met professionals gesproken over welke doelgroepen lastiger te bereiken zijn in het algemeen. Het gaat hierbij veelal om groepen die een verhoogd risico lopen om cocaïne te gaan gebruiken. Deze groepen zijn geformuleerd op basis van de thema's die in verschillende interviews zijn teruggekomen.

Groepen die door de respondenten benoemd worden als lastig te bereiken:

1. Praktisch opgeleide jongeren in het uitgaanscircuit
2. Mensen met meerdere risicofactoren
3. Jongeren in de jeugdhulpverlening
4. Mensen met een migratieachtergrond
5. Mensen met een hogere sociale positie
6. Naasten van cocaïnegebruikers

4.2.1 Praktisch opgeleide jongeren in het uitgaanscircuit

Praktisch opgeleide jongeren in het uitgaanscircuit zijn moeilijk te bereiken. "*Deze groep staat niet echt open voor voorlichting, omdat ze geen behoefte hebben aan hulp*". Bij de testservices zien we dat er de laatste jaren een verschuiving heeft plaatsgevonden van mensen in de volkswijken naar studenten, waarbij de eerste groep steeds minder goed bereikt wordt. Ook wordt onder deze groep relatief vaak het gebruik van cocaïne in combinatie met veel drinken gezien.

4.2.2 Mensen met meerdere risicofactoren

Er worden groepen met diverse risicofactoren genoemd: mensen die wonen in een woonwagenkamp, mensen met een lager opleidingsniveau, mensen in de criminaliteit, mensen meteen lage sociaal economische positie (SEP), mensen met persoonlijkheidsproblematiek en mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze 'kwetsbare groepen'[10] hebben op meerdere vlakken problemen en zouden meer aandacht mogen hebben. Ook wordt geconstateerd dat mensen in kwetsbare milieus minder vaak hulp weten te vinden.

4.2.3 Jongeren in de jeugdhulpverlening

De beschikbaarheid van drugs in de jeugdzorg zou hoog zijn. De ondervraagde professionals vragen zich af of kwetsbare groepen in de jeugdhulpverlening wel goed genoeg in beeld zijn. "*Dit is problematisch omdat daar kwetsbare jongeren komen die een hoog risico lopen om te gaan gebruiken*."

4.2.4 Mensen met een migratieachtergrond

Eén professional zegt dat het feit dat mensen met een migratieachtergrond moeilijker te bereiken zijn mogelijk te maken heeft met een groot taboe op GGZ-problematiek en dat de 'westerse insteek' van de aanpak niet aansluit bij hun cultuur.

[10]Kwetsbare groepen zijn groepen die door het hebben een gemeenschappelijke sociale determinant (bijvoorbeeld lage sociaal economische positie, praktisch opleiding et cetera) een hoger risico hebben op (problematisch) gebruik: *higher risk of risks* (Frohlich & Potvin, 2008). Kwetsbare groepen hebben doorgaans vaker minder goede gezondheidsvaardigheden en kunnen een grotere afstand tot de zorg ervaren.

4.2.5 Mensen met een hogere sociale positie

De drempel om hulp te zoeken is onder deze groep hoger. Mensen die heel succesvol zijn en grote bedrijven hebben, zijn lastiger te bereiken. Deze mensen hebben een netwerk dat het gebruik in stand houdt. "*Mensen met een lage sociaal economische status (SES) gaan eerder onderuit vanwege een minder groot supportsysteem. Hier wordt eerder ingegrepen door de omgeving, zoals de werkgever. Maar bij mensen in hogere sociale kringen gebeurt dit niet. Deze mensen komen pas binnen als het helemaal misgaat. Het zou wenselijk zijn om deze groep eerder te kunnen bereiken*."

4.2.6 Naasten van cocaïnegebruikers

Naasten van gebruikers van cocaïne hebben soms meer hulp nodig dan instellingen kunnen bieden. De respondenten vinden dat er meer aandacht moet zijn voor deze groep. De bestaande interventies voor naasten van (bijvoorbeeld) alcoholgebruikers voldoen niet, want bij cocaïne spelen andere zaken dan bij alcoholgebruik. Als voorbeeld worden problemen met het gezinsinkomen genoemd die ontstaan door de hoge prijs van cocaïne.

4.2.7 Overigen

Overige groepen die volgens de respondenten onvoldoende bereikt worden zijn gebruikers van basecoke, mensen die cocaïne in een seksuele setting gebruiken (waaronder mensen die aan chemseks[11] doen) en mensen die cocaïne in combinatie met andere middelen gebruiken (waarbij cocaïne niet als hoofdmiddel gebruikt wordt). Ook vroegtijdige schoolverlaters, hangjeugd, voetbalsupporters en jonge delinquenten worden onvoldoende bereikt met het huidige aanbod. Juist voor hen zou meer aanbod wenselijk zijn, omdat het gebruik onder deze groepen gemiddeld hoog ligt.

4.3 Belemmeringen bij preventie

Er is specifiek gevraagd welke belemmeringen professionals ervaren bij de inzet van preventie. We beschrijven een aantal specifieke belemmeringen die in de interviews en online vragenlijst genoemd zijn.

De belangrijkste belemmeringen die de respondenten noemen:

1. Gebruikers van cocaïne staan niet open voor tips of ondersteuning
2. Er zijn minder beschikbare harm-reductiontips en -adviezen rond het middel cocaïne
3. Gebruik van cocaïne is moeilijk te signaleren
4. Onderschatte schadelijkheid en positief imago van cocaïne
5. Te weinig preventie-inzet in hoog-risicosettingen
6. Stigma en schaamte rondom gebruik
7. Financiële belemmeringen

[11] Het gebruik van drugs tijdens seks. Bron: Mainline, drugs en gezondheid - Chemsex

4.3.1 Gebruikers van cocaïne staan niet open voor tips of ondersteuning

In verschillende interviews kwamen kenmerken en houdingen van gebruikers naar voren als belemmerende factor. Gebruikers van cocaïne hebben niet veel behoefte aan professionele hulp. Er zijn gebruikers van cocaïne die zichzelf overschatten en denken het zelf op te kunnen lossen: "*Ik moet het zelf kunnen, ik ga niet mijn handje ophouden*." Dit speelt in sterke mate bij hoogopgeleide gebruikers.

Ook het feit dat de gemiddelde gebruiker van cocaïne wat ouder is, in vergelijking met gebruikers van bijvoorbeeld cannabis, wordt gezien als een factor die eraan bijdraagt dat deze groep minder openstaat voor tips en ondersteuning. Eén van de respondenten zegt bijvoorbeeld: "*Die weten het allemaal wel, valt wel mee, komt wel goed*". Verder zien respondenten dat gebruikers van cocaïne meer in zichzelf gekeerd zijn en minder openstaan voor gesprek: "*Het middel nodigt minder uit om te luisteren*". Dat gebruikers minder openstaan voor tips en adviezen wordt ook opgemerkt bij de testservice, waarbij er meer interesse lijkt te zijn voor de sterkte van het middel dan dat mensen zich zorgen maken over de risico's. Kwetsbare groepen (groepen met een hoger risico) worden in z'n algemeenheid minder bij de testservices gezien: "*Die hebben wel iemand in de groep waar ze het op testen*".

4.3.2 Er zijn minder beschikbare harm-reductiontips en -adviezen rond het middel cocaïne

Bij cocaïne (in vergelijking met bijvoorbeeld ecstasy) zijn er minder concrete harm-reductiontips, wat eraan bijdraagt dat er minder aanknopingspunten zijn voor een gesprek. Verder speelt mee dat het vaker impulsgebruik betreft. Hierdoor is er minder vaak een voorbereidingsfase voor het daadwerkelijke gebruik, waar je anders tips voor zou kunnen geven.

4.3.3 Gebruik van cocaïne is moeilijk te signaleren

Het signaleren van problematisch gebruik van cocaïne is moeilijk. Dit kan bemoeilijkt worden door de omgeving, maar ook door de gebruikers zelf, die hun gebruik zelf vaak niet als problematisch zien. Gebruikers van cocaïne komen laat in beeld bij preventie, waardoor het een groep is die mogelijk zelf al het één en ander heeft geprobeerd, zonder succes. Hierdoor is de problematiek al ernstiger, waardoor iemand sneller moet worden doorverwezen naar verslavingszorg of soms helemaal niet eens bij preventie terechtkomt. De heimelijkheid van het gebruik van cocaïne speelt hier een mogelijke rol in ("*Het is meer verborgen dan cannabis en tabak*"), waardoor de omgeving het gebruik niet snel doorheeft. Het zou wenselijk zijn dat de groep mensen bij wie recreatief gebruik overgaat naar een patroon van problematisch gebruik eerder als risicogroep kan worden gedefinieerd.

4.3.4 Onderschatte schadelijkheid en positief imago van cocaïne

De onderschatte schadelijkheid en het positieve imago van cocaïne dragen eraan bij dat mensen minder snel hulp zoeken. Het onschuldige imago van het middel is een veelgehoorde misvatting. Er wordt bijvoorbeeld gezegd dat het gebruiken van cocaïne normaal, niet heel gevaarlijk of niet verslavend is. Er is onterecht onverschilligheid rondom gebruik, terwijl er wel degelijk schadelijke gevolgen kunnen zijn. "*Er moet toch bedacht worden dat er genoeg mensen zijn die er problemen mee hebben*."

4.3.5 Te weinig inzet van preventie in hoog-risicosettingen

Preventie richt zich op mensen die nog 'keurig in steunsystemen' zitten, maar niet op jongeren die kwetsbaar zijn voor gebruik en zich bevinden in settingen met een hoog risico. "*Je moet weten waar de kwetsbare jongeren zitten*." Als voorbeeld wordt de jeugdzorg genoemd. In de jeugdzorg wordt veel gebruikt: "*Als je al kwetsbaar bent en je komt in de jeugdzorg dan is het [cocaïne] daar*". Ook de voorkeuren van professionals spelen een mogelijke rol. Er bestaat het idee dat sommige professionals graag voorlichting geven via dance events of DIMS, maar minder geneigd zijn om naar plekken te gaan waar mensen complexere problematiek hebben. Daarnaast worden veel nieuwe interventies vaak aangeboden via sociale media, terwijl kwetsbare groepen vaak juist meer behoefte hebben aan face-to-face contact.

4.3.6 Stigma en schaamte rondom gebruik

Het thema 'stigma' komt op verschillende manieren naar voren als een belemmering bij het inzetten op preventie. Om op preventie in te kunnen zetten is het belangrijk dat gebruikers van cocaïne eerlijk uitkomen voor hun gebruik. Mogelijk zit er een groter stigma op het gebruik van cocaïne dan op andere middelen, waardoor vooral jongere gebruikers hun gebruik eerder verbergen voor vrienden of instanties. Stigmatisering vanuit de media, waarbij de oorzaak van criminaliteit steeds meer ook bij gebruikers wordt gelegd, draagt bij aan de algehele stigmatisering en is een ongunstige ontwikkeling. Ook de relatie tussen criminaliteit en cocaïnegebruik in het algemeen kan bijdragen aan het stigma.

De term 'verslaving' wordt als belastend gezien en wekt de indruk dat het 'je eigen schuld' is. Het feit dat veel preventieafdelingen de term 'verslavingszorg' in hun naam hebben verhoogt de drempel om contact op te nemen. "*De gemiddelde jongere denkt dan dat hij of zij naar de kliniek moet en opgenomen moet worden, maar we doen zoveel meer. Je kunt ook komen als je gewoon een vraag hebt of gewoon een keer wilt praten*."

Schaamte voor het eigen gebruik en angst om bekenden bij een regionale instelling tegen te komen kan mogelijk ook (deels) het succes van privéklinieken voor verslavingsproblematiek verklaren.

4.3.7 Financiële belemmeringen

Er zijn financiële belemmeringen bij het inzetten op preventie van cocaïnegebruik. Zo kunnen preventiewerkers maar een beperkt aantal uren inzetten. "*Er ligt heel veel werk en daarom moeten er keuzes gemaakt worden: het grootste struikelbok is dus prioritering*." Ook zijn er beperkingen op het gebied van vergoeding vanuit de gemeente voor preventie en vanuit de zorgverzekeraar voor behandeling. Het aanbod voor naasten wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering. "*Dan wordt dat neergezet als 'doe het er maar even bij'*." Daarnaast wordt er door bepaalde gemeenten maar een beperkt aantal uren voor preventie beschikbaar gesteld en is er binnen verschillende gemeenten sprake van een 'verkokering' van organisaties (het langs elkaar heen werken van organisaties die op hetzelfde terrein bezig zijn) als gevolg van de marktwerking in de zorg (zie ook discussienota; zorg voor de toekomst). Dit zorgt voor concurrentie om dezelfde gemeentelijke Wmo-gelden en staat een goede samenwerking in de weg. "*Je moet niet concurreren, maar je moet samenwerken om kwalitatief goede zorg te leveren*."

4.4 Mogelijke kansen ter verbetering van preventie en het bereiken van gebruikers

Naast de ervaren belemmeringen bij preventie is gevraagd naar (mogelijke) kansen voor verbetering. De genoemde kansen geven de visie van de professionals weer vanuit hun reacties op de interviews en de online vragenlijst.

Kansen die professionals zien ter verbetering van preventie:

1. Meer outreachend werken ten behoeve van een betere bereikbaarheid
2. Cultuuromslag om meer openheid te creëren over het gebruik van middelen
3. Inzet op ouders en naasten
4. Versterken van de omgeving
5. Alternatieve vrijetijdsbesteding
6. Objectieve informatie over middelen
7. Bruggen bouwen tussen ketenorganisatie en ketenaanpak
8. Het doorbreken van stigma
9. Inzet van vroegsignalering in de werksetting
10. Preventie van alcoholproblematiek
11. Meer financiële middelen
12. Vergroten van laagdrempelig aanbod
13. Aanpassing van de privacywetgeving

4.4.1 Meer outreachend werken ten behoeve van een betere bereikbaarheid

Er zou meer outreachend gewerkt kunnen worden. 'Outreachend werken' betekent dat professionals niet wachten tot mensen om hulp komen vragen maar zelf het initiatief nemen om mensen actief te benaderen. Ook samenwerking met mensen in de wijk, zoals een buurtvader of een ervaringsdeskundige, kan helpen om gebruikers beter te bereiken.

4.4.2 Cultuuromslag om meer openheid te creëren over het gebruik van middelen

Een cultuuromslag om opener over cocaïnegebruik te praten kan de drempel naar preventie verlagen. "*Het is belangrijk om aan te geven dat je wilt samenwerken om de gezondheid te verbeteren*." Het weghalen van drempels en werken aan een goede relatie, zonder mensen te snel op hun plek te willen zetten, is hier een belangrijk onderdeel van.

4.4.3. Inzet op ouders en naasten

Inzet op ouders en naasten van cocaïnegebruikers is een belangrijke kans voor preventie. Het kan helpen als ouders of andere naasten meer regels stellen en beter hun grenzen aangeven. Ouders moeten hier goed over geïnformeerd worden, liefst voordat kinderen de puberteit in gaan. Structurele, doorlopende lotgenotengroepen bieden een kans om meer op het versterken van naasten in te zetten. Deze groepen kunnen het makkelijker maken om lotgenoten te vinden.

4.4.4. Versterken van omgeving

Hieronder valt het versterken van een gezonde omgeving, bijvoorbeeld door het bieden van gezond eten in de kantine, maar ook door het verminderen van stressoren die iemand ervaart op financieel, sociaal of werkgerelateerd vlak.

4.4.5 Alternatieve tijdsbesteding

Het aanreiken van alternatieve activiteiten wordt genoemd als kans voor verbetering van preventie voor de subgroep van gebruikers die gebruiken in de horeca en daar veel tijd doorbrengen.

4.4.6 Objectieve informatie over middelen

Er is behoefte aan meer informatie en kennis. Hierbij gaat het om verschillende vormen. Enerzijds is er zowel bij professionals als bij gebruikers behoefte aan meer informatie over het middel zelf en de gevolgen van gebruik. Anderzijds is er juist behoefte aan meer informatie over de gebruikers; hoeveel gebruiken ze, wie gebruiken er, hoe kun je signalen van gebruik herkennen en hoe kun je gebruikers het beste benaderen? Ook zou er meer rekening gehouden kunnen worden met de verschillende niveaus van schadelijkheid van verschillende drugs. Bij het indelen van de schadelijkheid kan er gedifferentieerd worden op schadelijkheid op zowel lichamelijk, financieel en sociaal niveau.

4.4.7 Bruggen bouwen tussen organisaties en ketenaanpak

Het is belangrijk om goed samen te werken en te werken aan een ketenaanpak. ”*Hand-in-handbegeleiding is vooral bij cocaïnegebruik belangrijk, je wilt die [gebruiker] niet meer loslaten.*” Ook het creëren van een cultuuromslag, van het denken vanuit verschillende organisaties naar meer samenwerken, is belangrijk om de hulp te verbeteren. Daarbij kan er ook gedacht worden aan andere beroepsgroepen waar traditioneel gezien nog niet mee wordt samengewerkt, zoals medewerkers van horeca, uitgaanssettingen en politie. Ook op nationaal niveau zou het goed zijn om meer met verschillende partijen in gesprek te gaan, om te zorgen dat harm-reduction en vroegsignalering meer in elkaar gaan overlopen.

4.4.8 Het doorbreken van stigma

Verschillende manieren worden aangedragen om iets aan het stigma rondom het gebruik van cocaïne te doen. Zo is het belangrijk is dat gebruik van middelen ook in de media gedestigmatiseerd wordt: “*Je moet je niet bezwaard voelen om hulp te zoeken*”. Bij de verslavingszorg is hier al aandacht voor door bijvoorbeeld niet te spreken over een ‘verslaafde’, maar over ‘mensen met verslavingsproblematiek’. Een andere professional zegt dat er bij zijn instelling gewerkt wordt met de methode StigmaTools, om op een laagdrempelige manier het gesprek aan te gaan. Deze methode is ook geschikt om op de werkvloer te gebruiken. Hiermee kan met minder schroom over stigma gesproken worden, aldus deze professional.

Een mogelijke oplossing om de toegang tot preventieafdelingen van de verslavingszorg te verbeteren is om de naam te veranderen. Eén respondent vertelt dat je bijvoorbeeld de naam zou kunnen veranderen naar ‘[naam instelling] preventie’ zodat duidelijk is dat het ook een informatiepunt is en dat mensen er terecht kunnen voor preventie. Een professional werkzaam bij een andere instelling

zegt dat ze bewust een andere naam voeren voor de outreachende preventieactiviteiten in het uitgaanscircuit. De naam van de instelling werd vóór die tijd teveel geassocieerd met verslaving.

4.4.9 Inzet van vroegsignalering in de werksetting

De professionals geven verschillende suggesties om eerder in te kunnen zetten op gerichte diagnose en hulp. Eén daarvan is het inzetten van vroegsignalering in een werksetting. Volgens één professional zou je daar scherper op kunnen zijn door je te richten op bepaalde doelgroepen die een hoger risico lopen (bijvoorbeeld in sectoren waar er vaker cocaïnegebruik voorkomt). Om er sneller achter te komen of iemand een risicoprofiel heeft voor problemen door cocaïnegebruik, zou er gebruik gemaakt kunnen worden van een (op onderzoek gebaseerd, nog te ontwikkelen) model om te voorspellen hoeveel risico iemand loopt om cocaïne te gaan gebruiken.

4.4.10 Preventie van alcoholproblematiek

Een grotere inzet op alcoholpreventie kan ook een positief effect hebben op preventie van cocaïnegebruik. Als mensen later beginnen met het drinken van alcohol, beginnen ze vaak ook later met andere middelen.

4.4.11 Meer financiële middelen

Het beschikbaar hebben van meer tijd (uren), geld en mankracht kan helpen om sterker specifiek op cocaïnepreventie in te kunnen zetten.

4.4.12 Het vergroten van laagdrempelig aanbod

Er is behoefte aan het vergroten van laagdrempelig aanbod. Zo moet er bijvoorbeeld gekeken worden op welke manier psychoeducatie op een laagdrempelige manier beschikbaar kan worden gemaakt. Hetzelfde geldt voor zelftests die door middel van ‘straattaal’ laagdrempeliger gemaakt kunnen worden.

4.4.13 Aanpassing van de privacywetgeving

Een aanpassing in de privacywetgeving zou ook helpen, waarbij het uitwisselen van informatie tussen verschillende instanties, zoals de spoedeisende hulp (SEH) en verslavingszorginstellingen, vergemakkelijkt kan worden.

5. Mogelijkheden voor preventie op de werkvloer

Een groot deel van de Nederlandse bevolking behoort tot de beroepsbevolking (7 op de 10 mensen). De werkvloer is daarom een goede plek voor het signaleren van (het ontstaan van) middelen-gerelateerde problemen. De werkgever heeft daarnaast een verantwoordelijkheid voor de zorg, het welzijn en de veiligheid van zijn werknemers. Er is in dit onderzoek gekozen voor een verdieping van preventiemogelijkheden op de werkvloer om te verkennen of daar mogelijkheden liggen voor het versterken van preventieactiviteiten voor doelgroep 2 'gebruik gerelateerd aan de werksetting'.

In 9 online interviews is aan werkgevers van verschillende sectoren (zakelijke dienstverlening (2), horeca (2), retail (2), logistiek (1), logistiek/retail (1) en zorg (1)) gevraagd hoe zij hun rol in de preventie van drugsgebruik door medewerkers zien en welke voordelen en nadelen hier volgens hen aanzitten. Daarnaast is gevraagd naar welke barrières en mogelijkheden de werkgevers zien bij de introductie van drugspreventie op de werkplek, zowel binnen hun eigen bedrijf als binnen hun sector.

Er is gekozen om het over drugspreventie in het algemeen te hebben en niet specifiek over preventie van cocaïnegebruik. Enerzijds kozen we hiervoor om de werving makkelijker te maken, anderzijds was de verwachting dat de aanpak van cocaïnepreventie en preventie van het gebruik van andere middelenpreventie voor veel werkgevers sterk overeenkomen. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten uit de interviews en reflecteert niet noodzakelijkerwijs de visie van het Trimbos-instituut.

Belangrijkste resultaten:

- 4 van de 9 geïnterviewde werkgevers heeft een officieel Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid (ADM-beleid). Bij de overige 5 werkgevers mist een beleid, maar zijn wel contractuele afspraken gemaakt of wordt middelenpreventie opgepakt als onderdeel van een breder thema, zoals 'duurzame inzetbaarheid en vitaliteit'.
- Werkgevers kunnen verschillende rollen pakken in het vormgeven van drugspreventie, afhankelijk van de situatie. Het duidelijkst is die rol wanneer er (vermoedelijk) onder werktijd gebruikt wordt. Maar ook daarbuiten zien werkgevers een rol voor zichzelf, als onderdeel van goed werkgeverschap of als sociale of maatschappelijke zorg voor de medewerker.
- Voordelen van drugspreventie op de werkvloer zijn onder andere het verbeteren van het welzijn van medewerkers en een daarmee samenhangend zakelijk voordeel zoals minder verzuim en verlies van arbeidskracht. Daarnaast zorgt drugspreventie op de werkvloer voor openheid over het onderwerp, waardoor men makkelijker het gesprek aan durft te gaan.
- Belemmeringen om preventie op de werkvloer te introduceren liggen onder andere in het agenderen van het thema en het niet willen overschrijden van de grens tussen werk en privé. Daarnaast kost het optuigen van een gevarieerd beleid nu eenmaal tijd en energie. Ook kan beperkte kennis van middelengebruik (zoals kennis van risico's, gevolgen en financiële effecten) ervoor zorgen dat een beleid minder gedragen wordt.

5.1 Bestaand preventieaanbod op de werkvloer

De werkgevers werd gevraagd wat hun bedrijf momenteel al doet op het gebied van drugspreventie. Eén van de mogelijke manieren om drugspreventie op de werkvloer vorm te geven is een ADM-beleid (Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid). Vier werkgevers gaven tijdens de interviews aan in de afgelopen jaren een officieel ADM-beleid opgesteld te hebben. 1 van hen heeft met het Trimbos-instituut samengewerkt om dit beleid op te stellen en 1 met een andere partij die gespecialiseerd is in ADM-beleid. Deze 2 werkgevers hebben in de praktijk ondervonden hoe het beleid werkt en waar nog aanpassingen gedaan moeten worden. Deze aanpassingen hebben soms een juridische achtergrond. In hun oude beleid was het bijvoorbeeld mogelijk om op de werkvloer te testen op drugsgebruik. Door de aanscherping van de AVG-wetgeving is dit nu niet meer mogelijk, waarop het beleid aangepast moest worden. 1 werkgever zou deze mogelijkheid wel graag weer terug willen hebben in het beleid. Dit heeft ook te maken met de aard van de werkzaamheden; in de logistiek en in magazijnen is de behoefte om te kunnen testen groter, omdat daar het risico op ongelukken groter is dan bij werken op een kantoor. Bij de overige 2 werkgevers met een ADM-beleid moet respectievelijk de implementatie en de evaluatie van het beleid nog plaatsvinden.

5 andere werkgevers gaven aan dat zij momenteel niet veel op drugspreventie inzetten, maar dat er wel afspraken over middelengebruik in de arbeidscontracten staan. Hier staat dan meestal in dat middelengebruik tijdens werktijd niet getolereerd wordt. 1 werkgever gaf hierbij aan dat overtreding van deze regel kan leiden tot een geldboete of tot ontslag. 1 werkgever uit de horeca benoemde dat de sociale druk om geen middelen onder werktijd te gebruiken een belangrijk preventiemiddel is, naast het feit dat de regels in het arbeidscontract worden vastgelegd. Dezelfde werkgever zet in op preventie door medewerkers geen te lange diensten of onregelmatige werktijden te geven. Verder gaf 1 werkgever aan momenteel geen regels of afspraken rondom drugsgebruik te hebben, maar dat er, gezien de aard van het werk (hoog-risico werksetting), wel werkplekken en auto's gecontroleerd mogen worden op de aanwezigheid van middelen. De medewerkers zélf mogen niet getest worden op gebruik. Twee werkgevers doen momenteel nog niet veel op drugspreventie specifiek, maar behandelen het wel als onderdeel van het thema 'duurzame inzetbaarheid en vitaliteit'.

Reden voor preventieaanbod

In een aantal gesprekken met werkgevers is doorgevraagd naar de aanleiding voor het aanbieden van een preventieaanbod. In 3 gevallen is het preventiebeleid voortgekomen uit signalen van middelengebruik op de werkvloer of vanuit een werknemer met een hulpvraag. Daarnaast werd de rol van drugs in de maatschappij genoemd als aanleiding om een beleid op te stellen: *"Vroeger meer alcohol en daarnaast drugs. Drugs is een steeds groter wordend iets. Daarmee behoeft het steeds meer aandacht. Ja, we zagen het toenemen. Het wordt steeds normaler. De drempel is steeds lager geworden."* Dezelfde werkgever merkt ook dat klanten van zijn bedrijf steeds vaker een preventiebeleid opstellen. Als bedrijf wil je dan niet achterblijven. Een andere werkgever heeft een beleid opgesteld om te zorgen voor uniformiteit binnen de verschillende bedrijfstakken en om voor duidelijkheid te zorgen.

5.2 Rol van werkgever in preventie van drugsgebruik

Volgens de werkgevers kunnen zij verschillende rollen pakken in het vormgeven van drugspreventie op de werkvloer. Meerdere werkgevers geven bijvoorbeeld aan zich verantwoordelijk te voelen voor het welzijn van hun medewerkers. Zij zien daarom het signaleren en bespreekbaar maken van (problematisch) middelengebruik als onderdeel van hun rol. 2 werkgevers zien dit niet alleen als verantwoordelijkheid vanuit hun werkgeverschap, maar ook vanuit een sociaal of maatschappelijk oogpunt. Daarnaast zien een aantal werkgevers ook een rol voor zichzelf in het informeren van de medewerkers. Het gaat hierbij specifiek over de (negatieve) effecten van bepaalde middelen, hoe ze je werkzaamheden kunnen beïnvloeden en hoe lang deze middelen werkzaam blijven.

Tijdens de interviews zijn er verschillende scenario's van drugsgebruik onder medewerkers aan de werkgevers voorgelegd. Voor elk scenario is gevraagd of de werkgever daarin voor zichzelf een rol in preventie ziet.

5.2.1 Gebruik van drugs in privétijd

Voor het eerste scenario is aan de werkgevers gevraagd wat voor rol zij voor zichzelf zien wanneer een medewerker in privétijd middelen gebruikt, maar het gebruik geen (merkbare) invloed op de werkzaamheden heeft. Meerdere werkgevers vinden het lastig hun rol te bepalen wanneer het drugsgebruik geen invloed heeft op het functioneren van de medewerker. In totaal geven 5 werkgevers aan dat ze hier voor zichzelf geen mogelijkheden in zien, omdat het gaat om privétijd van de medewerker. Aan de andere kant geven 7 werkgevers aan dat zij drugspreventie in dit geval toch willen bespreken, vanuit zorg om de gezondheid van de medewerker. Het kan dan gaan om het geven van informatie over de gezondheidsrisico's, maar ook om andere gevolgen, zoals het mogelijk ontstaan van schulden of andere manieren waarop het in de toekomst invloed kan hebben.

5.2.2 Gebruik van drugs na werktijd met collega's, op de werkvloer of ergens anders

In een tweede scenario gaat het om medewerkers die ná werktijd op de werkvloer of 'ergens anders samen met collega's' middelen gebruiken. Opnieuw ziet het merendeel van de werkgevers hier geen rol voor zichzelf in, omdat het ook hier om eigen tijd van de medewerkers gaat. 1 werkgever drinkt zelf af en toe na werktijd een drankje met de medewerkers. Werkgevers zien pas een rol voor zichzelf als het gebruik onder werktijd valt, het werk beïnvloedt of op de werkvloer plaatsvindt. Een aantal werkgevers geeft hierbij aan dat het aangeven van de grens lastig is wanneer het een personeelsfeest of borrel van de zaak betreft. *"Dit vind ik ook een lastige, komt veel vaker voor en deze wordt ongemakkelijk. Als voorbeeld we hebben een feest gehad als [naam bedrijf]. Het was een geweldig feest. Collega's zijn dronken […]. Voor mij ben ik feest aan het vieren maar ik ben ook op het werk."* Twee werkgevers vertellen dat om die reden op personeelsfeesten, vrijdagmiddagborrels en andere gelegenheden geen alcohol of alleen nog maar alcoholvrije (0.0%) dranken geserveerd worden, om er zo één lijn in te trekken. Een andere werkgever schenkt alcoholische dranken in kleinere glazen. Ook gaf een werkgever aan het gebruik van bijvoorbeeld alcohol in de kantine prima te vinden, maar het vervolgens wel onder zijn verantwoordelijkheid ziet vallen dat medewerkers niet onder invloed deelnemen aan het verkeer.

5.2.3 Gebruik van drugs onder werktijd

Het derde scenario gaat over medewerkers die (vermoedelijk) onder werktijd middelen gebruiken. Bij dit scenario waren alle ondervraagde werkgevers van mening dat zij hier een rol moeten pakken. Een werkgever uit de logistieke sector legt uit dat wanneer een medewerker onder invloed met zwaar materieel werkt, zowel de eigen veiligheid van de medewerker, als de veiligheid van de omgeving in gevaar word gebracht. 6 werkgevers geven specifiek aan dat wanneer medewerkers betrapt worden op middelengebruik onder werktijd, de eerste stap is hen naar huis te sturen. In sommige gevallen wordt ook vervoer geregeld zodat de medewerker veilig thuis komt. Kort daarop volgt veelal een gesprek tussen de medewerker en de werkgever. In eerste instantie is dit gesprek vaak ingestoken vanuit zorg, waarbij de werkgever erachter wil komen hoe het zover is gekomen en wat de medewerker nodig heeft om dit in het vervolg te voorkómen. Daarnaast wordt vaak ook een waarschuwing gegeven. Wanneer het vaker voorkomt dat een medewerker onder invloed aan het werk is, kan dit uiteindelijk leiden tot ontslag.

5.2.4 Vroegere problemen met gebruik

Het laatste scenario dat aan de werkgevers werd voorgelegd betrof een medewerker die in het verleden problemen met middelengebruik heeft gehad, maar (eventueel na een hulptraject) terug wil komen naar de werkplek. De rollen die de werkgevers hier voor zichzelf zien, verschillen. Bijna iedereen is van mening dat iemand een tweede kans verdient. 1 werkgever zou dan wel een aparte clausule opnemen met de afspraak dat de werknemer eerlijk moet zijn over zijn of haar gebruik en het moet aangeven wanneer hij of zij terugvalt in gebruik. Andere werkgevers kijken samen met de bedrijfsarts of, en waar de medewerker het best kan werken. Zij zouden wat vaker checken hoe het gaat met die medewerker of het gebruik ter sprake brengen tijdens vaste gespreksmomenten (kwartaalgesprekken, MBS-gesprekken). Tegelijkertijd geeft 1 werkgever aan hier juist geen extra aandacht aan willen besteden: "*Nee, doen we niets mee. We zijn niet mee bezig of iemand verslaafd is, maar meer preventie. We zijn meer bezig met pas op pas op. Voorlichten van dit mag wel en dit mag niet. Het gaat mij uiteindelijk om dat ik geen gedoe heb."*

Een andere werkgever geeft aan het een lastig scenario te vinden, omdat het aannemen van iemand die in het verleden problemen met middelen heeft gehad een extra risico met zich meebrengt. Een werkgever uit de horecasector geeft aan dat mensen met een verleden rondom middelenproblematiek waarschijnlijk niet bij hem komen werken. Dit heeft volgens hem voornamelijk te maken met de bekendheid van het zerotolerancebeleid: *"Als je weet wat ons beleid is qua drugs, dan denken ze drie keer na voordat ze zich aanmelden bij ons."*

5.3 Ervaren voordelen van preventie op de werkvloer

De werkgevers zien verschillende voordelen van drugspreventie op de werkvloer. Eén van de meest genoemde voordelen is dat drugspreventie het welzijn van de medewerkers ten goede komt. Door de medewerkers te informeren over middelen en hulp of door alternatieven aan te bieden, kan het gebruik verminderen of zelfs voorkómen worden. Hierdoor zullen de medewerkers gezonder zijn. Tegelijkertijd zit hier ook een zakelijk aspect aan. Gezondere medewerkers zullen minder werk verzuimen, waardoor de bedrijfsvoering efficiënter wordt.

Een ander voordeel dat genoemd werd, is dat het aanbieden van drugspreventie goed is voor het imago van het bedrijf. Een aantal werkgevers vindt drugspreventie een onderdeel van goed werkgeverschap, wat mogelijk aantrekkelijk is voor nieuwe medewerkers. Incidenten als gevolg van middelengebruik nemen af, wat naast goed voor de gezondheid van de medewerker en diens omgeving ook goed is voor het imago van het bedrijf. Een ander voordeel dat een werkgever benoemt, is dat een uniform beleid ervoor zorgt dat iedereen weet wat de regels zijn en waar hij of zij aan toe is.

Vier werkgevers geven aan dat door drugspreventie op de werkvloer te introduceren openheid en transparantie over het onderwerp wordt geschept. Dit biedt handvatten voor zowel de werkgever als de medewerker om het gesprek aan te gaan. *"Woord dat me te binnen schiet is openheid en transparantie. Dat je als werkgever laat zien dat de maatschappij in je organisatie is."*

Eén werkgever gaf hierbij aan dat een open gesprek bepaalde spanningen als gevolg van middelengebruik binnen teams of tussen collega's kan verminderen, waardoor de werksfeer verbetert. *"Het helpt dat het onderwerp van gesprek is, doordat het meer uit de taboesfeer is. Als je erover praat en over begint dan is het makkelijk om het gesprek erover aan te gaan."*

5.4 Belemmeringen voor preventie op de werkvloer

5.4.1 Agenderen van preventie

Voor werkgevers kunnen er ook nadelen zitten aan drugspreventie op de werkvloer. En ze ervaren ook belemmeringen om het onderwerp te introduceren. De meeste problemen worden verwacht bij het op de agenda zetten van het thema drugspreventie. Sommige werkgevers zijn bang dat ze hiermee drugsgebruik juist uitlokken, jongere medewerkers nieuwsgierig maken, betuttelend overkomen of uitstralen dat drugsgebruik op de werkvloer een probleem is waar het bedrijf mee worstelt. Zo zouden volgens 1 werkgever medewerkers bij het aansnijden van het thema in de verdediging schieten. Daarnaast kunnen de eigen normen en waarden van leidinggevenden in de weg zitten wanneer het gesprek aangegaan moet worden.

Andere werkgevers geven aan dat het in hun bedrijf waarschijnlijk meer als een formaliteit gezien zou worden dan dat men er echt mee aan de slag zou gaan. Daarnaast geven 2 werkgevers aan tot op heden nog geen ADM-beleid opgesteld te hebben omdat het vooralsnog geen prioriteit heeft gehad binnen hun bedrijven.

Drie werkgevers geven aan dat plannen voor het invoeren van een ADM-beleid soms intern tegengewerkt worden. Dit kan via de directie, het MT of de OR. De redenen waarom deze organen tegenwerken zijn niet altijd duidelijk. Soms wordt drugspreventie niet geprioriteerd, maar soms spelen er ook vermoedens dat personen binnen deze organen zelf middelen gebruiken.

5.4.2 Grens werk/privé

Meerdere werkgevers benoemen de grens tussen werk en privé; ze vinden het lastig om te beslissen wanneer zij zich met het gebruik van een medewerker mogen bemoeien. 1 werkgever was bang dat medewerkers het als een nadeel zouden ervaren wanneer door het beleid geen alcohol meer geschonken mag worden op bedrijfsfeesten. Dit zou volgens deze werkgever ook sollicitanten mogelijk kunnen weerhouden om bij het bedrijf te komen werken.

5.4.3 Gevarieerd beleid optuigen kost tijd en energie

Een andere belangrijke belemmering waar meerdere werkgevers tegenaan lopen is tijd. Het opzetten van goede drugspreventie (bijvoorbeeld aan de hand van een ADM-beleid) kost veel tijd en energie. Daar komt bij dat dit een onderwerp is waar ook gedurende langere tijd aandacht aan besteed moet blijven worden. De timing speelt daarom ook een belangrijke rol: het moet bovenaan de prioriteitenlijst staan en er moet draagvlak zijn om het onderwerp gedurende lange tijd te ondersteunen. Voor grote of internationale bedrijven kan het lastig zijn één beleid op te stellen voor alle afdelingen. 1 werkgever geeft daarbij aan om die reden het beleid alleen op Nederland te hebben gefocust, maar vond het dan alsnog lastig om een uniform beleid te formuleren binnen de verschillende bedrijfstakken. Ook dient een preventiebeleid rekening te houden met de doelgroep. Medewerkers die in een magazijn of in een winkel werken, hebben bijvoorbeeld een andere boodschap nodig dan medewerkers die op het hoofdkantoor werken. Hetzelfde geldt voor verschillende leeftijdsgroepen. Minderjarige medewerkers hebben een andere boodschap nodig dan meerdere jarige medewerkers en buitenlandse medewerkers hebben mogelijk meer informatie nodig over Nederlandse wet- en regelgeving dan Nederlandse medewerkers. "*Er was een Poolse medewerker die in pauze een blowtje rookte. Die dacht dat het mocht. Het is eigen tijd, het is Nederland, dus legaal, wat zeur je?*"

Ook hebben de werkgevers zelf niet altijd de expertise in huis om een beleid op te stellen, waardoor ze het liever uitbesteden aan externe organisaties. Hier moet dan uiteraard wel geld voor vrijgemaakt kunnen worden.

5.4.4 Middelenkennis ontbreekt

De beperkte kennis over de effecten en risico's van bepaalde middelen kan ook een belemmering vormen. Vanwege het gebrek aan kennis is er in bedrijven vaak wel begrip voor het verbieden van middelen als cocaïne, maar gaat dit niet op voor een sociaal geaccepteerd middel als alcohol. Daarnaast geven de werkgevers aan dat zowel zijzelf als de medewerkers te weinig kennis hebben van de risico's van middelengebruik, waardoor een beleid minder gedragen wordt. Verder hebben de werkgevers niet altijd voldoende zicht op de financiële gevolgen van middelengebruik, bijvoorbeeld de kosten van verzuim door middelengebruik. Wanneer dit soort zaken inzichtelijker worden gemaakt, bijvoorbeeld aan de hand van cijfers, kan dit bijdragen aan een beter gedragen beleid. Daarnaast

zouden volgens meerdere werkgevers ervaringsverhalen kunnen helpen om het stigma op het onderwerp te doorbreken, waardoor het beter bespreekbaar wordt.

5.4.5 Overheidsbeleid

Sommige werkgevers vinden het lastig als het beleid van de organisatie niet precies overeenkomt met de wet- en regelgeving vanuit de overheid. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er volgens het beleid van het bedrijf geen alcohol gedronken mag worden, maar dit vanuit de wetgeving gericht op wegverkeer nog wel tot een bepaald promillage toegestaan is.

5.5 Bevorderende factoren bij het opstellen van een ADM-beleid

Uit de interviews met de werkgevers kwamen een aantal bevorderende factoren naar voren die zouden kunnen helpen bij het implementeren van een ADM-beleid.

5.5.1 Verantwoordelijkheid nemen

Werkgevers moeten een bepaalde verantwoordelijkheid pakken, zeker wanneer het bedrijf groeit. Dit is in de eerste plaats vanuit juridisch oogpunt van belang: het is voor zowel werkgever als werknemer duidelijk wat de consequenties zijn van middelengebruik in relatie tot het werk. Daarnaast laat een bedrijf met een ADM-beleid zien dat het zich ervan bewust is dat medewerkers mogelijk middelen gebruiken. "*We hadden nog geen beleid en we zijn een grote organisatie met veel mensen. Dit komt in alle lagen voor*."

5.5.2 Belang van een beleid inzichtelijk maken

Veel werkgevers en werknemers hebben weinig kennis van middelen en de gevolgen van gebruik. Om het gesprek te openen kunnen bijvoorbeeld ervaringsverhalen gebruikt worden om het onderwerp uit de taboesfeer te halen. Vervolgens kan aan de hand van cijfers inzichtelijk worden gemaakt waar er winst te behalen valt, bijvoorbeeld op het gebied van verzuim. Hierdoor wordt het belang van het opstellen van een beleid beter bespreekbaard en tastbaarder, wat kan zorgen voor meer draagvlak.

5.5.3 ADM-beleid als onderdeel van een groter geheel

Voor sommige werkgevers kan het te zwaar of betuttelend voelen om een beleid enkel op drugspreventie te ontwikkelen. Een mogelijke oplossing is om het onderdeel te maken van een integraal vitaliteitsbeleid. Om te voorkómen dat het beleid op de plank blijft liggen, kan er bovendien voor gekozen worden het als vast onderwerp in te brengen bij bijvoorbeeld functioneringsgesprekken.

5.5.4 Gesprek insteken vanuit zorg

Het gesprek met individuele medewerkers over (mogelijk) middelengebruik kan het beste vanuit zorg ingestoken worden. Medewerkers worden dan niet gestraft voor hun gebruik, maar krijgen hulp om het probleem op te lossen. Dit maakt het gesprek ook makkelijker. "*De kleine groep is wat waakzamer in het gebruik. Ze hebben meer informatie waardoor ze zondag iets minder drinken. Een hele kleine groep heeft ook eerder een hulpvraag gesteld. Wel op aandringen van de leidinggevende. Voorheen werd het nooit besproken en nu komt het wat makkelijker op tafel."*

5.5.5 Rol voor de overheid

De overheid zou een rol kunnen pakken om middelenpreventie op de werkvloer een impuls te geven en een ADM-beleid voor bedrijven verplicht te stellen. Een aantal werkgevers heeft hier ook behoefte aan. Bedrijven zijn dan genoodzaakt een beleid op te stellen, waardoor het lastiger wordt voor medewerkers om de discussie hierover aan te gaan.

6. Factoren die een rol spelen bij stoppen en minderen

6.1 Achtergrond

Ter verkenning van nieuwe aanknopingspunten voor preventie gericht op doelgroep 1 (gebruik in 'feest-en-vier'-settingen), worden factoren in beeld gebracht die geassocieerd zijn met stoppen en minderen. Stoppen met en minderen van cocaïnegebruik is een relevant preventiedoel voor deze doelgroep, die veelal recreatief gebruikt. Door in te zetten op stoppen of minderen kan escalatie naar een patroon van meer problematisch gebruik worden voorkómen. Meer inzicht in de factoren die invloed hebben op (de intentie om te) stoppen of minderen kan mogelijk helpen bij het ontwikkelen van een toekomstige interventie voor deze doelgroep.

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag: welke factoren zouden een rol kunnen spelen bij de intentie tot stoppen/minderen van cocaïnegebruik?

Er zijn analyses uitgevoerd op de database van Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) en de Drug Use Personas- of DUP-database. Er is onderzocht in hoeverre onderstaande variabelen geassocieerd zijn met de intentie om te stoppen of te minderen met gebruik. De resultaten van de analyses worden per dataset beschreven. De uitkomsten van deze analyses geven geen compleet overzicht van alle voorspellers, maar ze scheppen wel een beeld van factoren die in meer of mindere mate belangrijk zouden kunnen zijn.

- Geslacht
- Leeftijd
- Veronderstelde schadelijkheid van cocaïnegebruik
- Acceptatie van het eigen cocaïnegebruik
- Perceptie van eigen gezondheid
- Psychische gezondheid (MHI-5)
- Ervaren nadelen van cocaïnegebruik
- Ervaren voordelen van cocaïnegebruik
- Ervaring met stoppen/minderen in het verleden
- Inschatting van de eigen effectiviteit bij stoppen/minderen

6.2. Factoren die samenhangen met willen stoppen of minderen (HGU)

Van de 1069 respondenten, die in het jaar voordat ze de vragenlijst invulden cocaïne gebruikten, zou 33,8% willen stoppen met gebruik en zou 39,9% willen minderen. Bijna de helft (49,5%) van alle cocaïnegebruikers zou willen stoppen en/of minderen. De resultaten van logistische regressieanalyses (analysetechniek om het effect van variabelen te relateren aan een dichotome uitkomstvariabele) uitgevoerd op de data van HGU 2020 laten zien dat de volgende factoren geassocieerd zijn met de uitkomstvariabele: aantal gebruikte drugs anders dan cocaïne, de ervaren gezondheid, de veronderstelde schadelijkheid, de acceptatie van het eigen gebruik, de sociale norm en de MHI-5-score (zie tabel 1 in bijlage 1). Dit betekent dat de gevonden relatie waarschijnlijk niet op toeval berust.

Opvallend is de sterke associatie met de acceptatie van het eigen gebruik en de veronderstelde schadelijkheid van cocaïne. Bij respondenten die hun eigen gebruik gedeeltelijk of helemaal goedkeuren is de kans[12] kleiner dat ze zullen willen stoppen of minderen. Daarnaast hebben de respondenten die denken dat het regelmatig gebruiken van cocaïne 'nogal schadelijk' of zelfs 'zeer schadelijk' is, juist een veel grotere kans om te willen stoppen en minderen, vergeleken met de respondenten die vinden dat regelmatig cocaïne gebruiken niet of maar een beetje schadelijk is.

Uit de analyses bleek ook dat er een verband is met de gezondheid van de respondenten. Mensen die hun eigen gezondheid als zeer slecht ervaren, hebben een grotere kans op het willen stoppen of minderen dan mensen die hun gezondheid zeer goed vinden. Daarnaast is te zien dat respondenten die hoger scoren op een gevalideerde schaal voor psychische gezondheid, zoals de MHI-5, juist een lagere kans hebben op het willen stoppen of minderen.

Er werd geen verband gevonden met de demografische kenmerken 'leeftijd' en 'geslacht'.

6.3 Factoren die samenhangen met willen stoppen of minderen (DUP)

Van de 359 mensen in de analyse die in het laatste jaar cocaïne hebben gebruikt, heeft 21,7% geen intentie om te stoppen of minderen, 42,1% wil *in het komende jaar* stoppen of minderen en 36,2% wil *ooit* stoppen of minderen. De laatste twee groepen zijn samengevoegd tot één groep die intentie heeft om te minderen of stoppen (78,3% heeft intentie om te stoppen of te minderen versus 21,7% die geen intentie heeft om te stoppen of te minderen). Een belangrijke kanttekening is dat de vraag over de intentie tot stoppen of minderen alleen is voorgelegd aan respondenten bij wie er sprake is van recent gebruik (in het laatste jaar) en die de intentie hebben om ook in het komende jaar cocaïne te gebruiken. Dit aantal is waarschijnlijk lager dan het totaal aantal mensen met de intentie tot stoppen of minderen in de gehele DUP-database.

Geslacht, schadelijkheid, voordelen, ervaring met stoppen en zelfeffectiviteit zijn geassocieerd met de intentie tot stoppen of minderen (zie tabel 2 in bijlage 1). Mensen die wel eens geprobeerd hebben om geen cocaïne te gebruiken hebben een hogere kans op een intentie tot stoppen of minderen (ongeveer 3 keer zo hoog) dan mensen die dat nog nooit geprobeerd hebben. Mensen die cocaïne als 'zeker wel schadelijk' voor de gezondheid inschatten hebben een 2,4 keer zo grote kans om te willen stoppen of minderen.

Daarentegen is de kans om te willen stoppen of minderen kleiner bij vrouwen (60% kleiner dan bij mannen) en ook als iemand (zeker) wel voordelen ziet aan het gebruik van cocaïne (50% kleiner dan bij mensen die geen voordelen aan het gebruik zien). Opvallend is dat mensen die 'tijdelijk minderen' als heel makkelijk inschatten minder intentie tot stoppen of minderen hebben dan mensen die dit als neutraal of moeilijk inschatten.

[12] Voor de leesbaarheid van de tekst is ervoor gekozen om te spreken over 'kleinere kans' en ' grotere kans' in plaats van odd-ratios (OR). In tabel 1 in bijlage 1 worden de odd-ratio's gepresenteerd.

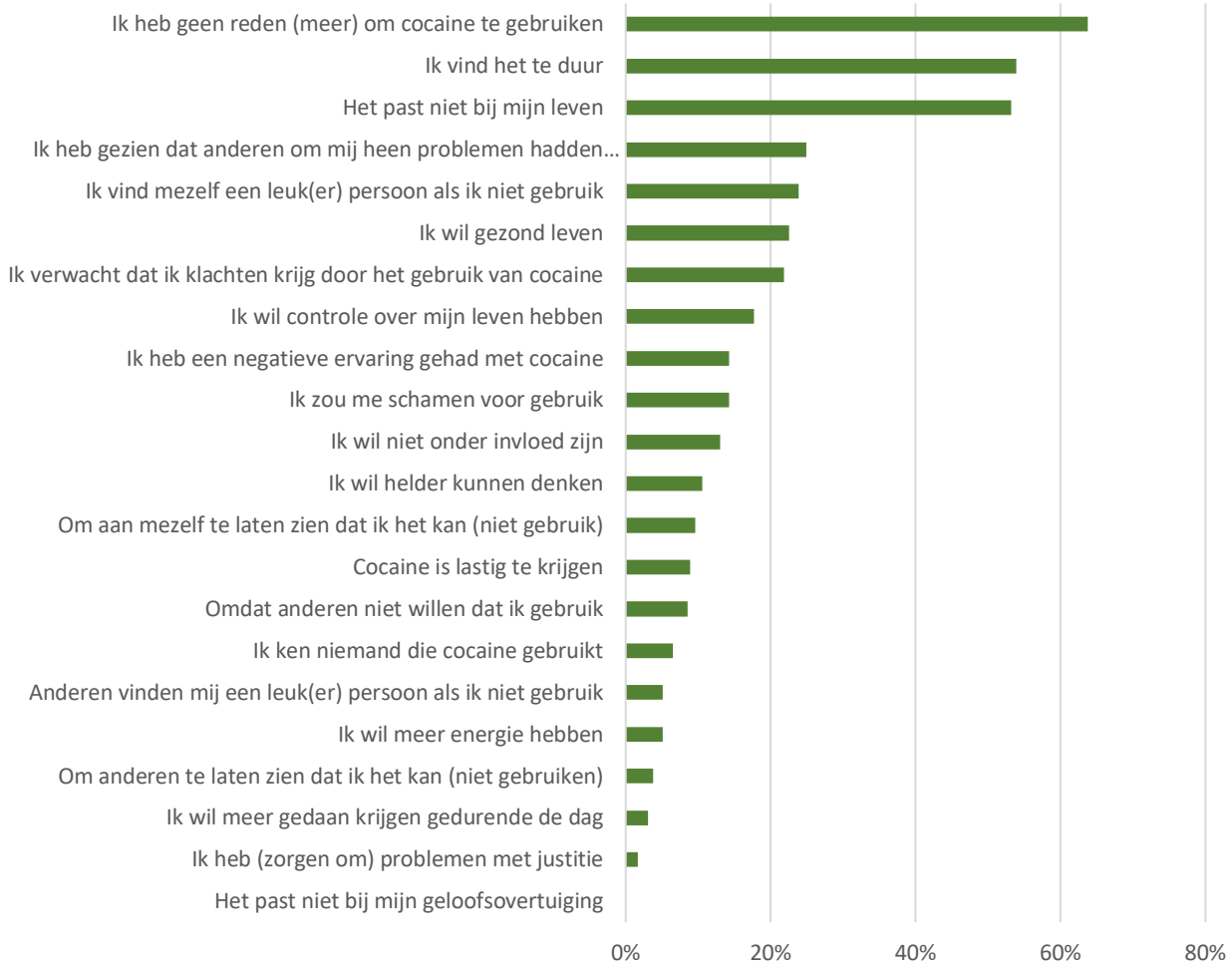
6.4 Drempels en motivaties om niet te gebruiken (DUP)

In de DUP-vragenlijst werden ook vragen gesteld over drempels die ervaren worden bij het minderen of stoppen. Respondenten konden meerdere antwoordopties aankruisen.

De vraag "*Wat maakt het voor jou lastig(er) om geen cocaïne te gebruiken*?" werd gesteld aan mensen die in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt hebben en de intentie hebben om dat in het komende jaar opnieuw te doen. Het gaat dus niet specifiek om gebruikers die willen stoppen of minderen. In totaal gaat het om 210 respondenten. In figuur 1 is te zien welke antwoorden het meest werden gegeven. Opvallend is dat 45% zegt dat er niets is dat ze tegenhoudt om niet te gebruiken. Daarna worden 'mensen om zich heen zien gebruiken', 'het missen van de effecten van cocaïne' en 'het vaak aangeboden krijgen' het meest genoemd. Hieruit blijkt dat de impact van de sociale aspecten van cocaïnegebruik relatief groot is. Het missen van ondersteuning om niet te gebruiken wordt bijna door niemand als barrière ervaren.

Figuur 1. Antwoorden op de vraag "*Wat maakt het voor jou lastiger om geen cocaïne te gebruiken*?" (N=210).

Aan iedereen die in het afgelopen jaar cocaïne heeft gebruikt en geen intentie heeft dat nog eens te doen werd gevraagd: "*Wat zijn voor jou de belangrijkste redenen dat je geen cocaïne gaat gebruiken in het komend jaar*?" Het gaat hier om 293 respondenten. Figuur 2 geeft een overzicht van de redenen. Wat opvalt is dat het vaakst genoemd wordt dat mensen geen cocaïne meer willen gebruiken omdat ze daar geen reden meer toe zien. De hoge prijs en 'het niet meer bij het leven vinden passen' zijn de twee daarna het meest genoemde redenen. Een kwart van de groep vindt 'het zien van problemen bij anderen' een reden om niet te gebruiken.



Figuur 2. Antwoorden op de vraag "*Wat zijn voor jou de belangrijkste redenen dat je geen cocaïne gaat gebruiken in het komend jaar*?" (N=293).

7. Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek. De aanbevelingen dragen bij aan de verbetering van de preventie van cocaïnegebruik.

Over het algemeen kunnen we concluderen dat er voldoende interventies zijn die gebruikt kunnen worden bij de preventie van (problematisch) gebruik van cocaïne. Wel valt op dat er bepaalde doelgroepen zijn die 1) onvoldoende bereikt worden met het huidige aanbod en bij wie 2) de bestaande interventies inhoudelijk nog onvoldoende aansluiten. Er zijn mogelijkheden om de implementatie van het preventieaanbod te verbeteren, onder meer door het aanbod breder bekend te maken onder een grotere groep professionals (en niet alleen onder de preventiewerkers van de instellingen voor verslavingszorg).

De onderzoeksvragen

1. Welke preventieactiviteiten worden er momenteel in Nederland toegepast en uitgevoerd om (problematisch) cocaïnegebruik te voorkómen?
2. Welke preventieactiviteiten gericht op cocaïnegebruik zijn op nationaal en Europees niveau erkend en wat weten we over de effectiviteit?
3. Hoe sluiten de in kaart gebrachte preventieactiviteiten uit onderzoeksvraag 1 en 2 aan bij de drie doelgroepen uit het onderzoek 'Cocaïne, wie gebruikt het en waarom?' uit 2020?
4. Welke barrières ervaren gebruikers uit doelgroep 1 (gebruik in 'feest-en-vier'-settingen) bij het minderen van en stoppen met cocaïnegebruik en het zoeken naar hulp hierbij?
5. Is er draagvlak bij werkgevers om op preventie van cocaïnegebruik in te zetten?
6. Welke kansen en aanbevelingen kunnen we formuleren op basis van de bij onderzoeksvragen 1 t/m 5 verzamelde kennis om de keten van preventie rond cocaïnegebruik zo optimaal mogelijk vorm te geven, zowel online als offline? En wie (welke partijen) zouden een rol in de preventie van cocaïnegebruik kunnen hebben?

7.1 Welke preventieactiviteiten worden er momenteel in Nederland toegepast en uitgevoerd om (problematisch) cocaïnegebruik te voorkómen?

Uit het onderzoek blijkt dat er in Nederland geen *specifieke* interventies in de databanken staan ter voorkoming van het gebruik van cocaïne, noch ter voorkoming van *problematisch* cocaïnegebruik. Er is één uitzondering: de 'Online Zelfhulp Cocaïne' van Jellinek.

Er worden wel interventies aangeboden die gericht zijn op gebruik van drugs in bredere zin.

- **Universele interventies** richten zich op het voorkómen van drugsgebruik. Dit zijn over het algemeen interventies voor het voortgezet onderwijs. Deze interventies zijn vaak breder gericht op (mentaal) welzijn, *life skills* en een gezonde levensstijl.
- **Selectieve interventies** richten zich op groepen die een verhoogd risico lopen op (problematisch) middelengebruik. Er zijn interventies beschikbaar voor jongeren die verblijven in de residentiële jeugdzorg of in justitiële jeugdinstellingen, voor jongeren die

opgroeien in gezinnen met psychische of verslavingsproblematiek bij de ouders en voor leerlingen van VSO- en MBO-scholen. Ook deskundigheidsbevordering voor professionals die werkzaam zijn in de genoemde settingen behoort tot het aanbod.

- **Geïndiceerde interventies** richten zich op individuen die een verhoogd risico lopen op (problematisch) gebruik: zelftests en screening, online zelfhulp, preventief adviesgesprek, 'motiverende gespreksvoering', Moti-4 en cognitieve gedragstherapie. Het geïndiceerde aanbod specifiek voor cocaïne is minimaal en zou uitgebreid kunnen worden voor een groter bereik en een betere inhoudelijke aansluiting bij verschillende doelgroepen.
- **Harm-reductioninterventies** voor recreatieve cocaïnegebruikers bestaan uit voorlichting over gebruiksrisico's (op websites en door peer-educatie) en testservices met bijbehorend adviesgesprek. Deze interventies worden zowel landelijk (websites, DIMS) als lokaal (peer-educatie) ingezet.

De professionals in de verslavingszorg zijn bekend met de erkende preventieve interventies en passen ze (in enige mate) ook toe binnen de instelling waar zij werken. Zo worden de DIMS-testservice met adviesgesprek, Moti-4, 'motiverende gespreksvoering' en 'Open en Alert' door alle professionals aangeboden.

7.2 Welke preventieactiviteiten gericht op cocaïnegebruik zijn op nationaal en Europees niveau erkend en wat weten we over de effectiviteit?

De volgende geïndiceerde interventies hebben op nationaal niveau de sterkste aanwijzingen voor effectiviteit: Moti-4 (goede aanwijzingen voor effectiviteit) en 'Online Zelfhulp Jellinek' (goede aanwijzingen voor effectiviteit). De 'Online Zelfhulp Jellinek' heeft, als enige interventie, ook een cocaïnespecifieke module. Uit de interviews bleek dat verschillende andere instellingen een vergelijkbare online zelfhulp beschikbaar hebben. Het is onbekend wat de effectiviteit hiervan is. Ook de 'Multidimensionale familietherapie' (MDFT) / 'Multisysteemtherapie' (MST) voor risicojeugd is effectief (sterke aanwijzingen) maar richt zich op *behandeling* van cocaïnegebruik en niet zozeer op de preventie daarvan.

Met het oog op nieuwe ontwikkelingen is er ook buiten de landsgrenzen gekeken naar interventies waar momenteel onderzoek naar wordt gedaan. Van veel van deze interventies is de effectiviteit nog niet in de praktijk bewezen. Desondanks zijn er interventies die veelbelovend zijn, zoals de SUSIT (een laagdrempelige screeningtool via een tablet), 'Snow Control' (een online zelfhulpinterventie specifiek gericht op gebruikers van cocaïne) en een aantal harm-reduction-apps in de uitgaanssetting (zoals de 'Ride-hailing App' en de app 'Nightlife Safety Plans').

In het meeste wetenschappelijk onderzoek naar preventieve interventies wordt gebruik van cocaïne niet als een expliciete uitkomstmaat meegenomen, vanwege de relatief lage gebruiksprevalentie in vergelijking met middelen zoals cannabis en alcohol. Daarnaast wordt er niet bij elke interventie onderzoek naar de effectiviteit gedaan. Effectonderzoek is complex, kostbaar en een proces van de 'lange adem'. Zeker wanneer het gaat om bijvoorbeeld interventies gericht op jongeren in hoog-risicogezinnen kan het lang duren voordat eventuele effecten op (later) gebruik van cocaïne vastgesteld kunnen worden. Maar vanwege de grote overlap tussen risicofactoren en mechanismen voor gedragsverandering in preventieve interventies, kan er vanuit worden gegaan dat interventies die effectief bevonden zijn bij andere middelen ook werkzaam zijn bij de preventie van cocaïnegebruik.

7.3 Hoe sluiten de in kaart gebrachte preventieactiviteiten aan bij de doelgroepen uit het verkennende onderzoek uit 2020?

De meeste in kaart gebrachte interventies zijn volgens de professionals in potentie geschikt voor gebruikers in alle drie de specifieke doelgroepen (gebruik in 'feest-en-vier'-settingen, gebruik gerelateerd aan de werksetting en gebruik in relatie tot psychische klachten).

7.3.1 Gebruik in 'feest-en-vier'-settingen

Voor deze doelgroep lijkt het grootste aanbod te bestaan. De beschikbare harm-reductioninterventies, zoals voorlichting, het testen van drugs via het DIMS en peer-to-peer-educatie zoals Unity zijn gericht op deze doelgroep. Deze interventies richten zich voornamelijk op mensen die (nog) geen (grote) problemen ervaren door het gebruik van cocaïne. In theorie zou vanuit deze interventies wel doorverwezen kunnen worden naar een intensiever traject. Er zijn specifiek voor deze doelgroep geen interventies die zich richten op signaleren en doorverwijzen bij *problematisch* gebruik.

Op het gebied van geïndiceerde preventie (ondersteuning bij stoppen of minderen) is er een laagdrempelig zelfhulpaanbod en kan Moti-4 worden ingezet. Deze interventies zijn niet specifiek op deze doelgroep gericht, maar wel geschikt. Ook voor ontmoediging van (eerste) gebruik in deze doelgroep is nog weinig aanbod beschikbaar. Wel zijn er dergelijke interventies in ontwikkeling bij het Trimbos-instituut ('Ik ga lekker' en 'Festivalverleiding').

7.3.2 Gebruik gerelateerd aan de werksetting

Uit de reacties op zowel de vragenlijst als de interviews komt naar voren dat de doelgroep werknemers niet erg zichtbaar is en dat er weinig interventies zijn die zich richten op de werkvloer als setting voor gebruik van cocaïne. Wel is er een heel aantal laagdrempelige bredere interventies die ook voor deze doelgroep geschikt zijn. Zo worden anonieme (online) zelfhulpinterventies en de methode 'motiverende gesprekvoering' voor deze doelgroep als geschikte interventies gezien, vanwege de laagdrempeligheid en (bij de online zelfhulpinterventies) het anonieme karakter. Deze interventies zijn gericht op het voorkómen van problematisch gebruik en op stoppen of minderen. Er zijn geen interventies bekend die zich specifiek richten op het voorkómen van (eerste) gebruik van cocaïne (of andere drugs) in de werksetting. Ook zijn er geen interventies die specifiek aandacht hebben voor risicofactoren rond cocaïnegebruik gerelateerd aan de werksetting.

7.3.3 Gebruik in relatie tot psychische klachten

Er zijn geen interventies gevonden die zich specifiek richten op gebruik in relatie tot psychische klachten. Aandacht voor de rol van psychische klachten in relatie tot middelengebruik lijkt wel mogelijk binnen bestaande interventies, maar uit het onderzoek blijkt niet dat er ook daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van deze ruimte. Met name interventies die door een professional worden uitgevoerd en waarbij er sprake is van een gesprek zouden hier geschikt voor zijn (in tegenstelling tot anonieme online zelfhulpinterventies en eenzijdige voorlichting). Er zijn geen interventies bekend die zich specifiek richten op het voorkómen van het gebruik van cocaïne (of andere drugs) door mensen met psychische klachten. Er blijven daardoor kansen liggen om binnen het preventieaanbod de groep copinggebruikers (mensen die gebruiken om met negatieve gevoelens om te gaan) en gebruikers met psychische klachten eerder te signaleren en te ondersteunen, vóór het ontstaan van problematisch gebruik of afhankelijkheid (zie aanbeveling 7).

7.4 Welke barrières ervaren gebruikers uit doelgroep 1 (gebruik in 'feest-en-vier'-settingen) bij het minderen van en stoppen met cocaïnegebruik en het zoeken naar hulp hierbij?

Een significant deel van de mensen die gebruiken in 'feest-en-vier'-settingen heeft de intentie om te stoppen of te minderen met cocaïne. Mensen die de schadelijkheid van cocaïne hoog inschatten, mensen die hun eigen gebruik afkeuren en mensen die geen voordeel zien van gebruik hebben vaker de intentie om te stoppen of te minderen. Een belangrijke reden om te stoppen is dat cocaïne niet meer 'bij je leven past' of dat je 'geen reden meer hebt voor het gebruiken van cocaïne'. In mindere mate speelt 'het zien van problemen bij mensen in de omgeving' ook een rol. Als barrières bij het stoppen worden genoemd: 'mensen om zich heen cocaïne zien gebruiken en dan zelf ook zin krijgen', 'missen van de effecten van cocaïne' en 'cocaïne aangeboden krijgen'. Dit suggereert een grote rol van de sociale omgeving in het onderhouden van gebruik.

Gebruikers van cocaïne blijken moeilijk bereikbaar voor preventie en zoeken weinig hulp. Een belangrijke barrière in het zoeken naar hulp is het bestaan van (zelf-)stigma. Andere barrières zijn: geen behoefte hebben aan hulp, geen hulp willen of durven vragen, het idee hebben dat je de problemen door het gebruik zelf wel kunt oplossen en het onderschatten van de schadelijke gevolgen. Een belangrijke barrière bij het bereiken van kwetsbare groepen, die minder geletterd zijn en slechtere gezondheidsvaardigheden hebben, is de 'taligheid' van (online) interventies.

7.5 Is er draagvlak bij werkgevers om op preventie van drugsgebruik in te zetten?

Er is slechts met een kleine groep werkgevers gesproken. Desondanks blijkt uit deze gesprekken dat er een groot draagvlak is voor het spelen van een rol in de preventie van drugsgebruik op de werkvloer in het algemeen en ook voor het opstellen van een ADM-beleid in het bijzonder (een manier om drugspreventie op de werkvloer vorm te geven). Werkgevers zien naast een ADM-beleid nog verschillende andere mogelijkheden om preventie op de werkvloer vorm te geven, zoals het signaleren en bespreekbaar maken van (problematisch) middelengebruik. Drijfveren om aan preventie te doen zijn het welzijn van de medewerker, goed werkgeverschap en een gevoel van sociale verantwoordelijkheid.

In de interviews werden de volgende belemmeringen genoemd voor het bespreekbaar maken van het onderwerp: de grens tussen werk en privé, stigma en taboe omtrent het onderwerp 'drugsgebruik', gebrek aan kennis over middelen bij zowel de werkgevers als de werknemers en implementatiekwesties, zoals het creëren van draagvlak binnen de organisatie en het vrijmaken van tijd, geld en energie voor het opstellen en implementeren van beleid. Daarentegen worden er ook voordelen van preventie op de werkvloer gezien: het scheppen van helderheid omtrent procedures, minder incidenten, oog voor welzijn en gezondheid van medewerkers en goed werkgeverschap.

7.6 Aanbevelingen

Deze paragraaf gaat in op de volgende onderzoeksvraag: *"Welke kansen en aanbevelingen kunnen we formuleren op basis van de bij onderzoeksvragen 1 t/m 5 verzamelde kennis om de keten van preventie rond cocaïnegebruik zo optimaal mogelijk vorm te geven, zowel online als offline? En wie (welke partijen) zouden een rol in de preventie van cocaïnegebruik kunnen hebben?"*

De onderstaande aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de uitdagingen en hiaten die werden vastgesteld vanuit het literatuuronderzoek en de reacties van professionals op de interviews en vragenlijsten. Een deel van de onderstaande aanbevelingen gelden voor drugspreventie in de brede zin en niet uitsluitend voor de preventie van (problematisch) cocaïnegebruik. De aanbevelingen worden dan ook in termen van 'drugspreventie' beschreven. Bij elke aanbeveling wordt benoemd voor welke doelgroep(en) de aanbeveling relevant is. Deze aanbevelingen zijn bestemd voor beleidsmakers die zich bezighouden met preventie van middelengebruik en voor professionals die werkzaam zijn in het veld.

1. **Verbreed de preventieve functie van outreachende harm-reductieactiviteiten**

Vooral doelgroep 1: gebruik in 'feest-en-vier'-settingen

Outreachende activiteiten, zoals peer-educatie op festivals en een adviesgesprek bij de testservice, bieden preventiewerkers de kans om in gesprek te raken met jongeren die overwegen om cocaïne te gebruiken. Momenteel worden deze interventies voornamelijk ingezet als harm-reduction: voorlichting geven aan gebruikers om de risico's van het gebruik zo klein mogelijk te houden. Deze interventies bereiken echter ook mensen die (nog) geen cocaïne gebruiken. Dit biedt in theorie de mogelijkheid om advies te geven en 'motiverende gespreksvoering' in te zetten gericht op het voorkómen van cocaïnegebruik; dit is wel afhankelijk van de behoefte van de persoon in kwestie en de professionele inschatting van de preventiewerker die de outreachende activiteit uitvoert.
Vooral het gebruik van cocaïne na gebruik van alcohol komt veel voor (Monshouwer e.a., 2021; Spronk e.a., 2020). Daarom is het belangrijk om binnen outreachende harm-reductionactiviteiten aandacht te hebben voor combinatiegebruik.

2. **Verbeter de implementatie van ADM-beleid met daarin aandacht voor risicofactoren en gevolgen van cocaïnegebruik in relatie tot werk**

Vooral doelgroep 2: gebruik in werksetting

De werksetting biedt een unieke kans om grotere groepen mensen in één keer te bereiken. Deze kans kan beter benut worden. In de werksetting worden mensen gezien door collega's, leidinggevenden en bedrijfsartsen. Vooral bij het gebruik van een middel als cocaïne, waarbij gebruikers niet snel zelf hulp zoeken, is dit een belangrijk voordeel. Ook voor groepen die sowieso al een grote afstand tot de zorg ervaren (bijvoorbeeld kwetsbare groepen) biedt de werksetting kansen om in contact te komen en problematiek te signaleren. Via de werksetting kunnen ook interventies worden aangeboden. Afspraken en preventief aanbod rond het signaleren van en omgaan met problematisch gebruik van middelen kunnen worden vastgelegd in een ADM-beleid.

In het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom?' kwamen een aantal sectoren naar voren waar cocaïne gerelateerd zou zijn aan de sector, de bedrijfscultuur of de aard van het beroep (horeca, entertainment, seksindustrie, high-performance banen et cetera). Voor deze sectoren en beroepen kan het extra belangrijk zijn om een ADM-beleid op te stellen met aandacht voor de risicofactoren binnen de organisatie en behorend bij het beroep. Speciale aandacht kan dan uitgaan naar de rol die cocaïne kan spelen bij het (beter) kunnen doen van het werk of de rol van cocaïne binnen de cultuur van de organisatie. Dit biedt aanknopingspunten om preventie van gebruik in de werksfeer in een vroeger stadium aan te kunnen pakken.

Laat een objectief onderzoek uitvoeren naar vormgeving, implementatie en uitvoering van ADM-beleid. Daarnaast is het belangrijk om bij werkgevers het belang te benadrukken van gezond personeel en een goed ADM-beleid waarin ook drugs een duidelijke plek hebben. Er zijn meerdere (commerciële en niet-commerciële) partijen in Nederland die bedrijven hierbij kunnen adviseren.

3. **Maak het aanbod op het gebied van drugspreventie beter zichtbaar**

Voor alle gebruikers inclusief doelgroepen 1, 2 en 3: gebruik in 'feest-en-vier'-settingen, gebruik in werksetting en gebruik in relatie tot psychische klachten

Het ontwikkelen van een grafisch weergegeven, *matched-care* preventieketen kan helpen om een drietal zaken in kaart te brengen: 1) *wat* is er beschikbaar, 2) voor *welk stadium* van gebruik en 3) *door wie* kan het uitgevoerd worden. Voorbeelden: de 'Werkwijzer vroegsignalering alcoholproblematiek' en de 'Handreiking implementatie vroegsignalering' die ontwikkeld zijn in het kader van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA). Een ander voorbeeld is het informatie-instrument gepubliceerd door de preventieafdeling van VKN, waarin voor gemeenten wordt uitgelegd wat het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg is. Nog een voorbeeld: de handreiking voor het vormgeven van een alcohol-, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid) van het Trimbos-instituut. Het huidige onderzoek kan gezien worden als een eerste stap in de ontwikkeling van een dergelijke *matched-care* preventieketen voor cocaïne.

Een andere manier om het bereik te vergroten is door in de beschrijving van interventies expliciet te maken dat ze (ook) geschikt zijn voor mensen die cocaïne gebruiken. Zo worden ze beter vindbaar en wordt het makkelijker om de relevantie van deze interventies te herkennen. Dit geldt met name voor preventieve interventies die de doelgroep zelf kan vinden en uitvoeren, zoals online zelfhulpinterventies. Daarnaast wordt op deze manier ook de vindbaarheid voor de intermediaire doelgroep verbeterd. Er ligt voor preventieafdelingen van de instellingen voor verslavingszorg een belangrijke taak om (beter en meer) uit te dragen dat ze niet alleen behandeling bieden maar ook advies en ondersteuning kunnen bieden bij vragen over gebruik van cocaïne.

4. **Verlaag de drempel tot preventieve activiteiten door het aanpakken van stigma**

Voor alle gebruikers inclusief doelgroepen 1, 2 en 3: gebruik in 'feest-en-vier'-setting, gebruik in werksetting en gebruik in relatie tot psychische klachten

Zoals al bleek uit het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom?', vinden veel mensen de drempel tot preventieafdelingen van de verslavingszorg te hoog. Dit heeft deels te maken met het woord 'verslavingspreventie' in de naam van deze afdelingen en het stigma op de term 'verslaving'. Veel gebruikers van cocaïne (recreatief en problematisch) herkennen zich hier niet in en dit woord kan een afschrikkend effect hebben. Er zijn meerdere manieren om stigma aan te pakken, maar het vraagt een lange adem. Enkele methoden zijn: 1) Het niet of minder gebruiken van het woord 'verslavingspreventie' zou de drempel tot preventief advies en ondersteuning bij cocaïnegebruik kunnen verlagen. 2) Bij de koepelorganisatie Verslavingskunde Nederland (VKN) is er momenteel al op verschillende manieren aandacht voor de rol van stigma. 3) Ook zouden preventieafdelingen voor verslavingszorg op hun website kunnen vermelden dat ze ook als service- en adviespunt bereikbaar zijn voor vragen of een gesprek over cocaïnegebruik. 4) Belangrijk is om de huidige Nederlandse wetgeving te behouden, waaronder het *gebruik* van drugs niet strafbaar is, in tegenstelling tot de productie en handel. Criminalisering van gebruik draagt bij aan stigma en een verminderde toegang tot preventieve interventies en zorg (Maher & Dixon, 2017).

5. **Overweeg of er voldoende aandacht is voor de nadelige gevolgen van cocaïnegebruik binnen de algemene drugsvoorlichting en harm-reductionadviezen voor gebruikers**

Voor alle doelgroepen inclusief doelgroepen 1, 2 en 3: gebruik in 'feest-en-vier'-settingen, gebruik in werksetting en gebruik in relatie tot psychische klachten

Cocaïnegebruik brengt grote (fysieke) risico's met zich mee, zoals een vergroot risico op een hartaanval, beroerte, hoge bloeddruk en schade aan de bloedvaten. Een extra groot risico speelt bij gelijktijdig gebruik van cocaïne en alcohol door de vorming van cocaethyleen.

Uit zowel het onderzoek 'Cocaïne: wie gebruikt het en waarom?' als uit het huidige onderzoek komt naar voren dat de schadelijkheid van cocaïne mogelijk wordt onderschat. Met name de professionals benoemen dit. Ondanks het bestaan van verschillende beschermende maatregelen[13] blijkt dat ruim 3 op de 10 mensen in doelgroep 1 *geen* beschermende maatregelen of harm-reductionadviezen toepast (Spronk e.a., 2020). Uit de DUP- en HGU-data blijkt dat de inschatting van schadelijkheid van cocaïne samenhangt met de intentie om te minderen of stoppen met het gebruik.

Dit zou een reden kunnen zijn om de schadelijkheid van cocaïne meer aandacht te geven binnen interventies en voorlichting. Maar aan de andere kant is het niet zeker dat deze nadruk op de schadelijkheid echt zal leiden tot de gewenste gedragsverandering onder (potentiële) gebruikers van cocaïne.

6. **Verken de mogelijkheid om nieuwe, geïndiceerde preventieve interventies te ontwikkelen voor gebruikers van cocaïne in 'feest-en-vier'-settingen en in werksettingen**

Voor alle gebruikers, mogelijk vooral voor de doelgroep 1 en doelgroep 2: gebruik in 'feest-en-vier'-settingen en gebruik in werksetting

[13] 'Beschermende maatregelen' zijn factoren die kunnen helpen om te voorkómen dat iemand cocaïne gaat gebruiken én kunnen helpen om de kans te verkleinen dat het cocaïnegebruik problematisch wordt.

Een belangrijke doelstelling van dit onderzoek was om preventieve interventies ter voorkoming van cocaïnegebruik en ter voorkoming van *problematisch* cocaïnegebruik in kaart te brengen. Er werd vastgesteld dat er (bijna) geen interventies zijn die zich richten op stoppen met of minderen van cocaïnegebruik. Wel zijn er algemene drugspreventieinterventies die ingezet kunnen worden bij de preventie van problematisch cocaïnegebruik, maar die richten zich niet op stoppen of minderen. De afwezigheid van (cocaïnespecifieke) interventies gericht op stoppen of minderen wordt grotendeels ingevuld met een breed aanbod van verschillende interventies gericht op het voorkomen van (problematisch) drugsgebruik in het algemeen. Deze interventies zijn op universeel en selectief niveau goed geschikt om in te zetten voor (potentiële) gebruikers van cocaïne, vanwege de grote overlap tussen risicofactoren voor verschillende soorten drugs.
Het cocaïnespecifieke aanbod zou uitgebreid kunnen worden ten behoeve van een groter bereik en een betere inhoudelijke aansluiting bij verschillende doelgroepen.

7. **Zet meer in op screening van mensen met psychische klachten op mogelijk cocaïnegebruik én op screening van cocaïnegebruikers op aanwezigheid van psychische klachten**

Doelgroep 3: gebruik in relatie tot psychische klachten
De doelgroep 'mensen met psychische klachten' heeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van (problematisch) gebruik van drugs. Professionals die cliënten zien met psychische klachten (bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg en in de GGZ) zouden daarom standaard een screening op middelengebruik moeten overwegen en hierover een open gesprek moeten aangaan. Het 'screening en brief intervention'-aanbod (SBIRT) dat in Nederland in toenemende mate voor de vroegsignalering van alcoholproblematiek wordt ingezet kan hierbij als voorbeeld dienen. Voor drugs zijn richtlijnen voor screening op middelengebruik voor volwassenen en voor jeugd beschikbaar.

Andersom zouden professionals die werken met cliënten met middelenproblematiek (eerstelijnszorg, instellingen voor verslavingszorg) standaard alert moeten zijn op de aanwezigheid van psychische klachten. Dit kan als onderdeel van de laagdrempelige interventies die door een preventiewerker uitgevoerd worden (denk aan preventief adviesgesprek, 'motiverende gespreksvoering', online zelfhulp et cetera). Ook zouden preventiewerkers kunnen worden getraind in het signaleren en bespreekbaar maken van psychische klachten.

Het vroegtijdig signaleren van en ondersteunen bij een samengaan van middelengebruik en psychische klachten kan verdere escalatie van zowel mentale als middelengerelateerde problematiek voorkómen. Naast het signaleren van drugsgerelateerde problematiek onder cliënten in de zorg blijft het belangrijk om de GGZ en de (drugs)preventieafdelingen meer met elkaar te verbinden.

8. **Versterk en vergroot het netwerk van professionals die meewerken aan de preventie van drugsgebruik door middel van deskundigheidsbevordering**

Voor alle gebruikers inclusief doelgroepen 1, 2 en 3: gebruik in 'feest-en-vier'-settingen, gebruik in werksetting en gebruik in relatie tot psychische klachten

Ten eerste kan dit door professionals in de nuldelijns- en eerstelijnszorg te betrekken en op te leiden op het gebied van laagdrempelige preventie, zoals screenen, bespreekbaar maken en tijdig signaleren

van gebruik (vroegsignalering). Denk bijvoorbeeld aan jongerenwerkers, medewerkers van wijkteams, huisartsen, POH's, bedrijfsartsen et cetera. Dergelijke trainingen kunnen worden georganiseerd door preventiedeskundigen die werken bij de instellingen voor verslavingszorg. Het (eerder) herkennen van signalen van (problematisch) gebruik kan helpen bij het tijdig en 'warm' toeleiden naar specialistische preventieve hulp binnen de instellingen voor verslavingszorg. Hierdoor kan verdere escalatie van de problematiek worden voorkómen.

Ten tweede kan dit door gezondheidsprofessionals in de eerstelijns- en tweedelijnszorg bewust te maken van de relatie tussen cocaïnegebruik, somatische klachten en preventiekansen. Huisartsen, tandartsen, artsen op de spoedeisende hulp (SEH), KNO-artsen en cardiologen behandelen klachten die kunnen ontstaan als gevolg van het gebruik van cocaïne. Het ontstaan van medische problematiek kan mensen bewust maken van de ernst van de risico's en kan fungeren als een *window of opportunity* om iemand te bewegen om te stoppen met gebruik. Het is belangrijk dat deze gezondheids-professionals weten hoe ze (mogelijk) cocaïnegebruik kunnen signaleren, hoe ze een screening en een gesprek over cocaïnegebruik kunnen starten, en hoe en naar wie ze kunnen doorverwijzen (bijvoorbeeld naar de preventieafdeling van een instelling van verslavingszorg).

Concrete ideeën voor hulpmiddelen voor deze professionals zijn: de ontwikkeling van een waaier met gezondheidsrisico's van cocaïne (en eventueel andere middelen) en een doorverwijskaart met namen en adressen van de preventiewerkers in de regio. Sommige professionals, zoals huisartsen en praktijkondersteuners, hebben vaardigheden in huis om zelf een brief intervention (SBI) uit te voeren zoals 'motiverende gespreksvoering'.

Ten derde zouden uitvoerders van selectieve interventies die plaatsvinden in hoog-risicosettingen, zoals 'Be Wise Think Twice' op MBO-scholen en 'Open en Alert' in jeugdzorginstellingen, meer aandacht kunnen hebben voor de vroegsignalering van (beginnend) gebruik en (beginnende) problematiek. Op deze manier kan er eerder worden doorverwezen naar geïndiceerde preventie of zorg. Vroegsignalering is wel als doel opgenomen in de beschrijving van veel selectieve interventies, maar de uitvoering ervan blijft in de praktijk soms achter. Het blijft belangrijk om vroegsignalering binnen selectieve interventies te stimuleren en onder de aandacht te brengen van degenen die de interventies uitvoeren.

9. **Werk toe naar een nationale drugspreventiestrategie**

Voor alle gebruikers inclusief doelgroepen 1, 2 en 3: gebruik in 'feest-en-vier'-settingen, gebruik in werksetting en gebruik in relatie tot psychische klachten.

Uit (de noodzaak van) dit onderzoek blijkt dat het in Nederland ontbreekt aan een helder overzicht waarin alle preventieve interventies op de verschillende niveaus zijn opgenomen. Daarnaast bestaat er tot nog toe geen overzicht van alle partijen die een rol spelen in de Nederlandse drugspreventie met de bijbehorende verantwoordelijkheden. Een nationale strategie voor een integrale aanpak van preventie van middelengebruik kan bovenstaande aanbevelingen ondersteunen en helpen om oplossingen te bieden.

Zo’n strategie draagt bij aan een landelijk gedragen visie op drugspreventie met heldere doelstellingen en concrete speerpunten. Op dit moment ontbreek zo’n strategie en is er weinig regie en sturing op financiering, (door-)ontwikkeling, kwaliteitsbewaking, uitvoering en implementatie van (met name drugs-)preventieactiviteiten. De nationale en lokale stakeholderanalyse drugspreventie die het Trimbos-instituut in 2022 zal uitvoeren is een mooie eerste stap naar een dergelijke drugspreventiestrategie.

Bijlage 1

Tabel 1. Resultaten univariate regressieanalyses op basis van Het Grote Uitgaansonderzoek.

Variabele	OR*	95%-BI	P-waarde
Geslacht			
Man	1.000		
Vrouw	0.809	0.636-1.030	0.850
Leeftijd			
16-20	1.000		
21-22	0.885	0.623-1.257	0.495
23-25	0.926	0.654-1.311	0.665
26-35	0.823	0.584-1.160	0.267
Aantal drugs anders dan cocaïne gebruikt in het laatste jaar			
4-5	1.000		
0-3	1.257	0.913-1.730	0.161
6-7	1.501	1.066-2.114	**0.020**
8-19	1.049	0.743-1.480	0.786
Algemeen ervaren gezondheid			
Zeer Goed	1.000		
Goed	1.408	1.007-1.967	**0.045**
Niet goed niet slecht	1.434	0.947-2.172	0.088
Slecht of zeer slecht	2.497	1.129-5.552	**0.024**
Regelmatig cocaïne gebruiken is ..			
Niet of een beetje schadelijk	1.000		
Nogal schadelijk	2.417	1.330-4.393	**0.004**
Zeer schadelijk	3.157	1.776-5.612	**0.000**
Cocaïnegebruik is geaccepteerd in de Nederlandse samenleving			
Helemaal/beetje mee oneens	1.000		
Niet mee eens of oneens	0.936	0.663-1.323	0.709
Helemaal mee eens	0.842	0.639-1.111	0.225
Ik keur mijn eigen gebruik goed			
Helemaal/beetje mee oneens	1.000		
Niet mee eens of oneens	0.401	0.272-0.590	**0.000**
Helemaal mee eens	0.125	0.091-0.172	**0.000**
MHI-5 score (<60)			
<60	1.000		
60-79	0.727	0.515-1.026	0.070
80>	0.671	0.484-0.930	**0.017**

* OR = Odds Ratio; 95%-BI = 95% Betrouwbaarheidsinterval; P-waarde = significantie. OR=1 is de referentie categorie.

Tabel 2. Resultaten univariate regressieanalyses op basis van de Drugs Use Personas Database.

Variabele	OR*	95%-BI	P-waarde
Geslacht			
Man	1,0		
Vrouw	0.58	0.346-0.97	**0.040**
In hoeverre denk je dat cocaïne schadelijk is voor je gezondheid?			
Neutraal (inclusief 'niet' en 'zeker niet schadelijk')	1,00		
Schadelijk	1,47	0,70-3,11	0,31
Zeker wel schadelijk	2,38	1,13-5,04	**0,023**
Vind jij dat er voordelen zitten aan het gebruik van cocaïne?			
(Helemaal) niet	1,00		
Neutraal	0,91	0,46-1,79	0,78
(Zeker) wel	0,50	0,26-0,95	**0,034**
Heb je wel eens bewust een tijd(je) geen cocaïne gebruikt?			
Nooit geprobeerd	1,00		
Wel eens geprobeerd	3,09	1,79-5,22	**<0,001**
Minderen met cocaïne is voor mij… (zelf-effectiviteit)			
Neutraal (inclusief 'heel moeilijk' en 'moeilijk')	1,00		
Makkelijk	0,66	0,28-1,55	0,37
Heel makkelijk	0,45	0,23-0,89	**0,033**

* OR = Odds Ratio; 95%-BI = 95% Betrouwbaarheidsinterval; P-waarde = significantie. OR=1 is de referentie categorie

Literatuur

Alderson, P. (2004). Absence of evidence is not evidence of absence. *The BMJ.* Doi: 10.1136/bmj.328.7438.476

Antoine, J., Berndt, N., Astudillo, M., Cairns, D., Jahr, S., Jones, A., ... & Montanari, L. (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction*, *116*(5), 1131-1143. Doi: 10.1111/add.15237

Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L. A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behaviors, 37*, 1325-1334. Doi: 10.1016/j.addbeh.2012.07.001

Dopmeijer, J.M., Nuijen, J., Busch, M.C.M., Tak, N.I. & van Hasselt, N. (2021). *Monitor mentale gezondheid en middelengebruik studenten hoger onderwijs: Deelrapport II. Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs.* Geraadpleegd van Trimbos.nl

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European Drug Prevention Quality Standards. A manual for prevention professionals.* Luxemburg: Publications Office of the European Union. Geraadpleegd van European drug prevention quality standards (EDPQS) | emcdda.europa.eu

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study.* Publications Office of the European Union, Luxemburg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2019a). *EU Drug Markets Report 2019*. Publications Office of the European Union, Luxemburg. Geraadpleegd van emcdda.europa.eu

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019b). *European Prevention Curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use.* Publications Office of the European Union, Luxemburg. Geraadpleegd van emcdda.europa.eu

Farrell, M., Martin, N.K., Stockings, E., Bórquez, A., Cepeda, J.A., Degenhardt, L., . . . McKetin, R. (2019). Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *The Lancet, 394*, 1652-1667. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5

Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health, 98,* 216-221. Doi: 10.2105/AJPH.2007.114777

Kim, S. T., & Park, T. (2019). Acute and chronic effects of cocaine on cardiovascular health. *International Journal of Molecular Sciences, 20*, 584-606. Doi: 10.3390/ijms20030584

Loketgezondleven (z.j.). *Landelijk beleid drugspreventie.* Geraadpleegd van https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/drugs/landelijk-beleid

Maher, L., & Dixon, T. C. (2017). Collateral damage and the criminalisation of drug use. *The Lancet HIV, 4*, e326-e327. Doi: 10.1016/S2352-3018(17)30071-1

Möhle, M., van Gelder, N.G.M., Rombouts, M., Scheffers-van Schayck, T., & Monshouwer, K. (2021). *Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek.* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd van Trimbos.nl

Monshouwer, K., van Miltenburg, C., van Beek, R., den Hollander, W., Schouten, F., van Goor, M., Blankers, M., & van Laar, M. (2021). *Het Grote Uitgaansonderzoek 2020. Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen.* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd van Trimbos.nl

Oliva, F., Mangiapane, C., Nibbio, G., Berchialla, P., Colombi, N., & Vigna-Taglianti, F. D. (2021). Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 143*, 587-598. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.11.021

Schürmann, L., Croes, E., Vercoulen, E., & Valkenberg, H. (2021). *Monitor drugsincidenten: Factsheet 2020.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Sordo, L., Indave, B. I., Barrio, G., Degenhardt, L., De La Fuente, L., & Bravo, M. J. (2014). Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 142*, 1-13. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.06.041

Spronk D., Van Gelder N.G.M., Nabben T., & de Jonge, M. (2020). *Cocaïne: wie gebruikt het en waarom? Een verkennende studie naar gebruikers van cocaïne in Nederland.* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd van: Trimbos.nl

Nationale Drug Monitor (2021). Nationale Drug Monitor, editie 2021. Trimbos-instituut, Utrecht & WODC, Den Haag. Geraadpleegd van: https://www.nationaledrugmonitor.nl.

Visser, D., Onrust, S., Rombouts, M., & Monshouwer, K. (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. Geraadpleegd van Trimbos.nl

Literatuur behorende bij het hoofdstuk met internationale ontwikkelingen:

Almodóvar-Fernandez, I., Sánchez-Thevenet, P., Benito, A., Baquero, A., Marí-Sanmillan, M. I., & Haro, G. (2019). The effectiveness of a brief motivational nursing intervention to reduce psychoactive substance consumption in entertainment-sector workers: A transversal, observation, and semi-experimental study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*, 1093-1101. Doi: 10.1111/inm.12620

Bertholet, N., Meli, S., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Alford, D. P., Bernstein, J., ... & Saitz, R. (2020). Screening and brief intervention for lower-risk drug use in primary care: A pilot randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *213*, 108001. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108001

Byrnes, H. F., Miller, B. A., Bourdeau, B., Johnson, M. B., Buller, D. B., Berteletti, J., & Rogers, V. A. (2019). Prevention of alcohol and other drug overuse among nightclub patrons: a randomized trial of a group-based mobile intervention at nightclubs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *80*, 423-430. Doi: 10.15288/jsad.2019.80.423

Estrada, Y., Lee, T. K., Wagstaff, R., Rojas, L. M., Tapia, M. I., Velázquez, M. R., ... & Prado, G. (2019). eHealth Familias Unidas: efficacy trial of an evidence-based intervention adapted for use on the internet with Hispanic families. *Prevention Science*, *20*, 68-77. Doi: 10.1007/s11121-018-0905-6

Evans, W., Andrade, E., Pratt, M., Mottern, A., Chavez, S., Calzetta-Raymond, A., & Gu, J. (2020). Peer-to-Peer social media as an effective prevention strategy: Quasi-experimental evaluation. *JMIR Mhealth and Uhealth*, *8*, e16207. Doi: 10.2196/16207

Field, C. A., Von Sternberg, K., & Velasquez, M. M. (2020). Randomized trial of screening and brief intervention to reduce injury and substance abuse in an urban level I trauma center. *Drug and Alcohol Dependence*, *208*, 107792. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107792

Gómez-Recasens, M., Alfaro-Barrio, S., Tarro, L., Llauradó, E., & Solà, R. (2018). A workplace intervention to reduce alcohol and drug consumption: a nonrandomized single-group study. *BMC Public Health*, *18*, 1-10. Doi: 10.1186/s12889-018-6133-y

Kurtz, S. P., & Buttram, M. E. (2021). Ride hailing app use and drunk/drugged driving among young adult nightclub patrons. *Traffic Injury Prevention*, *22*, 20-25. Doi: 10.1080/15389588.2020.1839060

Marel, C., Madden, E., Wilson, J., Teesson, M., & Mills, K. L. (2021). Effectiveness of online training for improving knowledge, attitudes, and confidence of alcohol and other drug workers in relation to co-occurring mental health conditions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-9. Doi: 10.1080/09687637.2021.1983520

McGovern, R., Newham, J. J., Addison, M. T., Hickman, M., & Kaner, E. F. (2021). Effectiveness of psychosocial interventions for reducing parental substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Doi: 10.1002/14651858.CD012823.pub2

McNeely, J., Mazumdar, M., Appleton, N., Bunting, A. M., Polyn, A., Floyd, S., ... & Cleland, C. M. (2021). Leveraging technology to address unhealthy drug use in primary care: Effectiveness of the Substance use Screening and Intervention Tool (SUSIT). *Substance Abuse*, 1-9. Doi: 10.1080/08897077.2021.1975868

Satinsky, E. N., Doran, K., Felton, J. W., Kleinman, M., Dean, D., & Magidson, J. F. (2020). Adapting a peer recovery coach-delivered behavioral activation intervention for problematic substance use in a medically underserved community in Baltimore City. *Plos One*, *15*, e0228084. Doi: 10.1371/journal.pone.0228084

Schaub, M. P., Castro, R. P., Wenger, A., Baumgartner, C., Stark, L., Ebert, D. D., ... & Haug, S. (2019). Web-based self-help with and without chat counseling to reduce cocaine use in cocaine misusers: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Internet Interventions*, *17*, 100251. Doi: 10.1016/j.invent.2019.100251

Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Keller, B., & Hopkins, J. (2019). Two-and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. *Addictive Behaviors*, *93*, 86-92. Doi: 10.1016/j.addbeh.2019.01.010

Trimbos instituut