

De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren

Een verkenning van de wetenschappelijke literatuur



De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren

Een verkenning van de wetenschappelijke literatuur

Colofon

Projectleiding

Karin Monshouwer

Projectuitvoering

Lian Smeets

Karin Monshouwer

Jeroen de Greeff

Productiebegeleiding

Lian Smeets

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

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

De uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1693**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030 - 297 11 00

F: 030 - 297 11 11

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

1	Het IJslandse preventiemodel in Nederland	5
1.1	Youth in Iceland	5
1.2	Beleidsvormend leertraject in Nederland	5
1.3	Landelijke verkenning	6
1.4	Werkwijze literatuuronderzoek	6
2	Wat houdt het IJslandse preventiemodel in?	9
2.1	Het ontstaan van Youth in Iceland	9
2.2	Kernelementen van het IJslandse preventiemodel	9
2.3	De IJslandse manier van werken	10
3	Beschermende en risicofactoren in het IJslandse preventiemodel	13
3.1	Domeinen binnen het IJslandse preventiemodel	13
3.2	Verkenning van factoren in het IJslandse preventiemodel	14
3.3	Conclusie	19
4	Data collectie in het IJslandse preventiemodel	21
4.1	Dataverzameling op scholen in IJsland	21
4.2	Thema's in de IJslandse vragenlijst	22
5	Nationale en lokale maatregelen in IJsland	23
5.1	Landelijke maatregelen	23
5.2	Lokale maatregelen	24
5.3	Conclusie	26
6	Ontwikkelingen rond middelengebruik in IJsland en de mogelijke rol van het IJslandse preventiemodel	27
6.1	Trends in middelengebruik onder IJslandse jongeren	27
6.2	Vergelijking met Nederland en andere Scandinavische landen	29
6.3	Onderzoek naar de effecten van het IJslandse preventiemodel	31
6.4	Conclusie	31
7	Wat is van belang bij de vertaling naar de Nederlandse situatie?	33
7.1	Verschillen tussen IJsland en Nederland	33
7.2	Conclusie	35

8 Conclusie	37
8.1 Ingrediënten IJslandse aanpak	37
8.2 Werkingsmechanismen	37
8.3 De effectiviteit van het IJslandse preventiemodel	38
8.4 Mogelijke vertaalbaarheid naar Nederland	38
Literatuur	39

1 Het IJslandse preventiemodel in Nederland

Aandacht van de Volkskrant voor het succes van het IJslandse preventiemodel Youth in Iceland wekte in de zomer van 2017 de interesse van Nederlandse gemeenten en landelijke partijen (klik [hier](#) voor het artikel). In de afgelopen 20 jaar is het middelengebruik onder IJslandse jeugd namelijk sterk gedaald en mogelijk heeft de IJslandse aanpak daar een belangrijke rol in gespeeld. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft subsidie beschikbaar gesteld om het model verder te onderzoeken en de mogelijkheden voor implementatie in Nederland te verkennen. Een van de onderdelen van dit project is een beschrijving van de wetenschappelijke literatuur rond het IJslandse model. De resultaten hiervan worden in deze rapportage beschreven. Een samenvatting van de resultaten is te vinden in onze [factsheet](#).

1.1 Youth in Iceland

Het IJslandse preventiemodel Youth in Iceland is een op de wetenschappelijke literatuur gebaseerde benadering ('evidence based') om middelengebruik (alcohol, tabak en drugs) door jongeren te voorkómen. Het model is ontwikkeld door het Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA), een non-profit onderzoeksinstituut gevestigd in de hoofdstad Reykjavik. De reden voor de ontwikkeling van het preventiemodel was een toenemend gebruik van middelen onder IJslandse jongeren in de jaren '90^{1,2}. Het model richt zich op het implementeren van evidence based beleidsmaatregelen en lokale interventies die uit de literatuur bekende risicofactoren voor middelengebruik verminderen en beschermende factoren versterken. Dit gebeurt op basis van lokale informatie over jongeren en in overleg met lokale stakeholders. In IJsland heeft de afgelopen jaren een duidelijke daling plaatsgevonden van middelengebruik onder jongeren^{3,4}. Deze dalende trend is ook in andere Europese landen zichtbaar⁵, maar lijkt in IJsland sterker^{4,6}.

Deze veelbelovende cijfers over dalend middelengebruik in IJsland is ook opgemerkt door andere landen. Het ICSRA ondersteunt daarom instanties in andere landen met het implementeren van het IJslandse preventiemodel in hun eigen land of gemeente. Dit doen ze onder de naam Planet Youth. Ook in Nederland was er media-aandacht voor de resultaten in IJsland, die de interesse van landelijke partijen en gemeenten wekte. Dit leidde tot het opzetten van een beleidsvormend leertraject om het IJslandse preventiemodel verder te verkennen in Nederland.

1.2 Beleidsvormend leertraject in Nederland

De IJslandse aanpak biedt mogelijk perspectief voor Nederlandse gemeenten die op lokaal niveau middelengebruik onder jongeren willen terugdringen. Om de implementeerbaarheid van het IJslandse model in Nederlandse gemeenten te onderzoeken hebben het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugd instituut (NJI) een beleidsvormend leertraject opgezet, in samenwerking met het ICSRA, waar zes Nederlandse gemeenten aan deelnemen, namelijk

Amersfoort, Hardenberg, samenwerkingsverband Kempengemeenten (Bergeijk, Bladel, Eersel, Reusel-De Mierden), Súdwest-Fryslân, Texel en Urk. Dit traject is gestart in april 2018, duurt drie jaar en valt onder Planet Youth van het ICSRA. Lokale partijen, zoals sportclubs, scholen, ouders en de GGD, worden ook betrokken bij dit traject.

Naast het beleidsvormend leertraject, is de gemeente Edam-Volendam ook aan de slag met IJslandse preventiemodel. Edam-Volendam is in samenwerking met de Universiteit Utrecht begonnen met de ontwikkeling van het programma LEF (<https://www.lef-edvo.nl/>). Dit programma is geïnspireerd op het IJslandse model en zet in op het ontwikkelen van een evidence-based aanpak. Hierbij maken zij geen gebruik van de IJslandse methodiek en expertise, maar van kennis uit de wetenschappelijke literatuur. Het programma LEF gebruikt een controlegemeente (Enkhuizen) om het effect van het programma te meten. Om zoveel mogelijk van elkaar te leren, vindt uitwisseling van ervaringen plaats tussen beide trajecten.

1.3 Landelijke verkenning

In het beleidsvormend leertraject is bewust gekozen om een experiment te starten met een kleine groep gemeenten voor een beperkte tijdsperiode. De vraag is namelijk in hoeverre de IJslandse aanpak iets toevoegt in de Nederlandse context en in hoeverre de aanpak cultureel kan worden vertaald en geïmplementeerd. Om dit nader te onderzoeken en een eventuele bredere implementatie te verkennen heeft het ministerie van VWS een subsidie ter beschikking gesteld voor een landelijke verkenning. Het doel van dit landelijke traject is driedelig, namelijk A) nader onderzoek naar ingrediënten en vertaalbaarheid van de IJslandse aanpak naar Nederlandse gemeenten; B) kennisdeling met geïnteresseerde gemeenten en andere stakeholders; C) visie ontwikkelen op bredere implementatie. Het literatuuronderzoek dat voor u ligt, draagt bij aan doel A) en C).

Het doel van dit literatuuronderzoek is het beschrijven van:

- (1) de ingrediënten waaruit de IJslandse aanpak bestaat,
- (2) de veronderstelde werkingsmechanismen en effecten en de huidige wetenschappelijke kennis hierover,
- (3) de effecten die in onderzoek naar het IJslandse model gevonden zijn en de sterkte van de evidentie hiervoor,
- (4) de aspecten die van belang zijn bij vertaling van de aanpak naar Nederland.

1.4 Werkwijze literatuuronderzoek

De informatie in dit literatuuronderzoek is afkomstig uit diverse bronnen. Zo hebben we wetenschappelijke literatuur geraadpleegd die het ICSRA heeft gepubliceerd over Youth in Iceland. Daarnaast bracht een delegatie van het Trimbos-instituut, het NJi en de zes pilotgemeenten in mei 2018 een studiebezoek aan IJsland. De informatie die tijdens dit studiebezoek met ons is gedeeld, is ook opgenomen in deze rapportage. Ook kwamen in februari 2019 drie IJslandse experts van het ICSRA op bezoek in Nederland bij de zes pilotgemeenten. Tijdens deze week heeft ook uitwisseling van kennis plaatsgevonden over het IJslandse preventiemodel.

Daarnaast hebben we wetenschappelijke artikelen verzameld via Pubmed en Google Scholar. We hebben relevante meta-analyses en reviews gebruikt, voornamelijk van longitudinale studies. Naast reviews en meta-analyses zijn ook een aantal empirische studies meegenomen, voor onderwerpen waar naar ons weten geen reviews of meta-analyses naar zijn gedaan. Verder zijn een aantal empirische, Nederlandse studies besproken, om de Nederlandse situatie te kunnen vergelijken met die uit IJsland en andere landen. Cijfers over middelengebruik uit internationale (ESPAD, HBSC) en landelijke studies (Peilstationsonderzoek scholieren, Youth in Iceland) zijn gebruikt om de trends in middelengebruik in IJsland te vergelijken met Nederland en andere Europese landen.

2 Wat houdt het IJslandse preventiemodel in?

2.1 Het ontstaan van Youth in Iceland

Het IJslandse preventiemodel is gestart in 1999, na aanleiding van het stijgende middelengebruik van IJslandse jongeren². Het ICSRA beschrijft dat vóór de introductie van Youth in Iceland, de focus van preventie in IJsland lag op het voorlichten van jongeren over de negatieve gezondheidsrisico's van middelengebruik⁷. De preventieactiviteiten werden uitgevoerd en geëvalueerd in losse community groepen. Hierdoor was er weinig samenwerking tussen stakeholders. Daarnaast was de wetenschappelijke basis van de gebruikte preventiestrategieën zwak, kijkend naar de huidige wetenschappelijke inzichten⁷.

In de jaren '90 nam middelengebruik toe onder IJslandse jongeren. Het percentage 15- en 16-jarige IJslandse jongeren dat dagelijks rookte nam toe van 15% in 1992 naar 23% in 1998. Onder dezelfde leeftijdsgroep steeg het percentage jongeren dat ooit cannabis had geprobeerd van 7% in 1992 naar 17% in 1998. Daarnaast gaf 42% van de 15- en 16-jarigen in 1998 aan dat ze dronken waren geweest in de afgelopen 30 dagen⁸. Dit was reden voor het ICSRA om opnieuw naar de preventieactiviteiten te kijken en deze anders in te richten, hetgeen geleid heeft tot de ontwikkeling van Youth in Iceland, het huidige IJslandse preventiemodel.

2.2 Kernelementen van het IJslandse preventiemodel

Volgens de ontwikkelaars van het IJslandse preventiemodel zijn de kernelementen 1) een theorie gedreven aanpak; 2) evidence-based; en 3) samenwerking tussen belangrijke stakeholders in de community². Hieronder wordt ieder van de kernelementen in meer detail toegelicht.

1) Een theorie gedreven aanpak

Aan de basis van het IJslandse preventiemodel staan sociale theorieën die het belang van sociale integratie, controle en ondersteuning van jongeren onderstrepen⁷. Dit zijn theorieën van Durkheim (1897), Hirschi (1969) en Coleman (1988). Daarnaast ligt de theorie van Yarnell (2007) ten grondslag aan de IJslandse manier van werken. Het uitgangspunt van Yarnell (2007) is dat middelengebruik het beste kan worden bestreden door middel van primaire preventie⁷. Het ICSRA benadrukt dat het lastig is om gedrag te veranderen en zet daarom in op primaire preventie, ofwel het voorkómen van het ongewenste gedrag³.

2) Evidence-based

Het IJslandse preventiemodel maakt gebruik van een jaarlijkse monitor die middelengebruik en risico- en beschermende factoren voor middelengebruik onderzoekt. Op basis van literatuuronderzoek hebben de ontwikkelaars een aantal domeinen geïdentificeerd die een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van het middelengebruik. Dit zijn het gezin, de peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school en vrije tijd². Binnen de domeinen zijn beschermende en risicofactoren vastgesteld die invloed kunnen hebben op middelengebruik. De domeinen en

bijbehorende factoren worden in hoofdstuk 3 in meer detail toegelicht. Middels een jaarlijkse monitor wordt het middelengebruik en de veronderstelde beschermende en risicofactoren gemeten. Deze informatie vormt de empirische basis voor het uitrollen van preventieactiviteiten en geeft inzicht in de resultaten die bereikt zijn met deze preventieactiviteiten.

3) Samenwerking tussen belangrijke stakeholders in de community

Een multidisciplinair onderzoeksteam, beleidsmakers en personen uit de praktijk werken samen om te bedenken hoe de risico- en beschermende factoren beïnvloed kunnen worden op een praktische en duurzame manier. Uit de praktijk worden bijvoorbeeld ouders, scholen en organisators van jeugdactiviteiten betrokken. De uitkomsten van de jaarlijkse vragenlijsten worden gedeeld met alle lokale partijen. Met deze partijen worden doelen en strategieën geformuleerd om middelengebruik te voorkomen². Een community kan betrekking hebben op een gemeente, wijk, maar ook bijvoorbeeld een school- of kerkgemeenschap.

2.3 De IJslandse manier van werken

Het IJslandse preventiemodel volgt een jaarlijkse cyclus die bestaat uit vier stappen (zie Fig. 1). Daarin staat community building centraal: onderzoekers en beleidsmakers bouwen aan draagvlak onder lokale stakeholders en stimuleren samenwerking tussen deze stakeholders in alle stappen.



Figuur 1. Jaarlijkse cyclus van het IJslandse preventiemodel

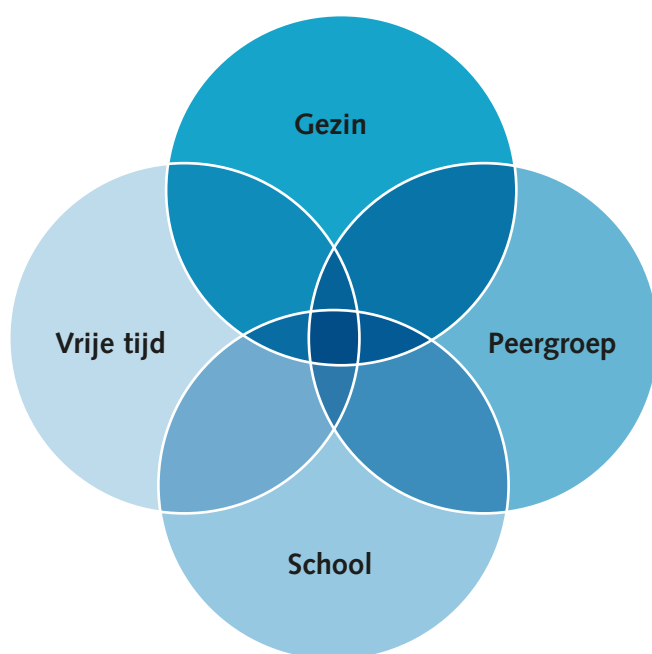
- *Monitoring*: Jaarlijks worden op bijna alle scholen in IJsland vragenlijsten afgenomen onder drie leeftijdsgroepen (10-13 jaar, 14-16 jaar en 16-20 jaar). De vragen hebben betrekking op middelengebruik en de aanwezigheid van beschermende en risicofactoren. Nagenoeg de gehele populatie van schoolgaande jeugd in de gemeenten wordt benaderd. De responspercentages liggen tussen de 81 en 91% van alle schoolgaande jeugd⁴. Vanwege de jaarlijkse afname, volgens dezelfde methodiek, kunnen trends en verschuivingen in het middelengebruik en de beschermende en risicofactoren in beeld worden gebracht^{1,7}.
- *Terugkoppeling en dialoog*: Binnen twee maanden worden de resultaten uit de vragenlijsten gerapporteerd op gemeentelijk en schoolniveau. Door de snelle terugkoppeling van informatie ontstaat een actueel beeld van de gezondheid van de jeugd. De resultaten voeden de lokale dialoog tussen wetenschappers, beleidsmakers en andere lokale stakeholders, zoals gemeenten, scholen, ouders en aanbieders van vrijetijdsactiviteiten. Samen bespreken zij wat de belangrijkste problemen zijn en welke beschermende en risicofactoren kansen bieden om de gezondheid van jongeren te verbeteren.
- *Beleidsvorming*: Lokale stakeholders bedenken samen welke acties, interventies en maatregelen ingezet worden om de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. Ieder levert een bijdrage vanuit zijn of haar expertise, wat de betrokkenheid bij preventie van middelengebruik vergroot.
- *Uitvoering*: De acties, interventies en maatregelen worden uitgevoerd om de beschermende en risicofactoren te beïnvloeden.

Dit proces wordt jaarlijks herhaald. De resultaten van een nieuwe ronde vragenlijsten worden gebruikt om de resultaten van de acties, interventies en maatregelen te evalueren, en te reflecteren op het proces^{3,4,9}.

3 Beschermende en risicofactoren in het IJslandse preventiemodel

3.1 Domeinen binnen het IJslandse preventiemodel

De essentie van het IJslandse preventiemodel is het creëren van een gezonde omgeving die is ingericht om middelengebruik door jongeren te voorkomen. Om dit te bereiken, richt het model zich op vier domeinen die invloed hebben op middelengebruik door jongeren, namelijk gezin, peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school en vrije tijd (zie Fig. 2). Binnen ieder domein beschrijft het model factoren die het risico op middelengebruik verkleinen (beschermende factoren) of vergroten (risicofactoren). Binnen het domein peergroep is afspraken maken met andere ouders bijvoorbeeld een beschermende factor, terwijl laat buiten rondhangen zonder toezicht een risicofactor is (zie Fig. 2).



Figuur 2. Domeinen in het IJslandse preventiemodel

Naast de beschermende en risicofactoren in de domeinen hierboven, beschrijft het IJslandse model ook de invloed van sociale integratie en het welbevinden op middelengebruik. Dit zijn factoren die in alle bovenstaande domeinen terugkomen. Het IJslandse model benoemt bijvoorbeeld het belang van sociale integratie op school. Dit betekent voor jongeren dat ze betrokken zijn bij school en dat ze zich verbonden voelen met hun school. Voor het gezin betekent dit bijvoorbeeld dat ze betrokken zijn bij hun wijk, dat ze contacten hebben in de wijk en dat ze zich verbonden voelen met de gemeenschap. Zo is het belangrijk voor het welbevinden van de jongere dat hij of zij niet wordt gepest op school.

Deze domeinen en factoren vormen de basis voor zowel de Youth in Iceland vragenlijst die jaarlijks wordt afgenomen onder scholieren, als voor de interventies die worden ingezet om de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te beperken.

Sociale theorieën aan de basis van het model

Ten grondslag aan het IJslandse preventiemodel en de bijbehorende domeinen en factoren, liggen een aantal sociale theorieën, namelijk de theorieën van Durkheim (1897), Hirschi (1969) en Coleman (1988). Deze theorieën beschrijven het effect van sociale integratie van een individu in de community. Het uitgangspunt van Durkheim (1897) is dat zwakke sociale integratie kan leiden tot sociale problemen en verminderd individueel welzijn. Personen die onvoldoende sociale controle en ondersteuning ervaren zullen sneller delinquent gedrag vertonen. De theorie van Hirschi (1969) omvat het idee dat een persoon delinquent gedrag kan gaan vertonen wanneer de verbinding van deze persoon met de maatschappij zwak is. Coleman (1988) beschrijft dat er meer toezicht is op het gedrag van kinderen wanneer kinderen en hun gezin een sterke sociale verbinding hebben met de community, bijvoorbeeld de school. Dit maakt de kans kleiner dat kinderen zich niet houden aan de sociale normen die bestaan binnen de community¹⁰. Op basis van deze theorieën kijkt het IJslandse model naar de sociale integratie van jongeren in de verschillende domeinen in hun leven.

Selectie van factoren

De hierboven beschreven sociale theorieën hebben bijgedragen aan de selectie van de domeinen en factoren in het IJslandse preventiemodel. Daarnaast heeft het ICSRA in wetenschappelijke literatuur onderzocht welke factoren geassocieerd zijn met middelengebruik, zowel in internationale literatuur¹¹ als in onderzoek onder IJslandse jongeren^{11,12}. De onderzoeken onder IJslandse jongeren zijn deels voorafgaand aan de start met Youth in Iceland uitgevoerd. De resultaten van de jaarlijkse vragenlijsten in het kader van Youth in Iceland worden daarnaast gebruikt om de invloed van de factoren te blijven monitoren en eventueel factoren toe te voegen of bij te sturen. Al het IJslandse onderzoek naar de associaties tussen factoren en middelengebruik is cross-sectioneel van aard. Dat wil zeggen dat middelengebruik en risico- en beschermende factoren tegelijkertijd zijn gemeten en dus niet bekend is of de factoren vooraf zijn gegaan aan het middelengebruik. Omdat deze tijdsvolgorde een voorwaarde is voor een oorzaak-gevolg relatie, kan op basis van cross-sectioneel onderzoek geen uitspraak worden gedaan over causaliteit van de relatie.

3.2 Verkenning van factoren in het IJslandse preventiemodel

Hieronder verkennen we per domein de factoren in het IJslandse preventiemodel, op basis van de IJslandse onderzoeken. Daarbij onderzoeken we of deze factoren aansluiten bij de huidige wetenschappelijke inzichten en of er binnen deze domeinen uit de literatuur nog andere factoren bekend zijn die geassocieerd zijn met middelengebruik. Hiervoor hebben we voornamelijk gekeken naar de resultaten van meta-analyses en reviews over experimentele en longitudinale studies. Waar meta-analyses en reviews niet beschikbaar waren, zijn empirische studies gebruikt.

Verder is het van belang om te onderzoeken of de factoren uit het IJslandse preventiemodel ook van toepassing zijn op de Nederlandse situatie. Daartoe beschrijven we ook empirische, Nederlandse studies, voor zover deze zijn uitgevoerd. Ook vergelijken we de factoren uit het IJslandse preventiemodel met de top tien beschermende factoren voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen zoals door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is opgesteld¹³. Deze top tien is vastgesteld op basis van diverse theorieën en onderzoeken naar beschermende factoren voor de ontwikkeling van jeugdigen en focust niet alleen op middelengebruik, maar op de ontwikkeling van jeugdigen in het algemeen.

3.2.1 Gezin

Monitoring door ouders

Onder monitoring wordt in het IJslandse model verstaan dat ouders weten waar hun kinderen zijn, met wie en wat ze doen. Uit diverse studies onder IJslandse jongeren blijkt dat monitoring door ouders geassocieerd is met minder middelengebruik^{2,12}. In IJslandse gemeenten die Youth in Iceland hebben geïmplementeerd nam monitoring door ouders meer toe dan in IJslandse gemeenten die Youth in Iceland niet geïmplementeerd hebben. Daarnaast was de afname in alcoholgebruik sterker in gemeenten die Youth in Iceland geïmplementeerd hebben¹⁴.

Uit veel internationale, reviews van longitudinale studies blijkt ook dat monitoring door ouders geassocieerd is met minder alcoholgebruik door hun kind^{15,16}. Het belang van toezicht door ouders wordt ook onderstreept in de top tien beschermende factoren van het NJI¹³.

Ondersteuning door ouders

Ondersteuning door ouders omvat dat jongeren ervaren dat ze bij hun ouders terecht kunnen voor advies over school of persoonlijke zaken en dat ze het idee hebben dat hun ouders betrokken zijn². Diverse IJslandse studies laten zien dat ondersteuning door ouders geassocieerd is met minder middelengebruik onder jongeren^{2,12}.

Ondersteuning door ouders wordt ook in diverse reviews van longitudinale studies geïdentificeerd als een belangrijke beschermende factor bij alcoholgebruik^{15,16}. Over het mogelijke effect van ondersteuning door ouders op roken, alcohol- of drugsgebruik hebben wij geen onderzoek gevonden. Ook de top tien beschermende factoren van het NJI onderschrijft het belang van steun door ouders en een goede emotionele band tussen ouders en kind¹³.

Tijd doorbrengen met gezin

In het IJslandse preventiemodel wordt de tijd die jongeren doorbrengen met hun gezin als een beschermende factor gezien. De tijd die jongeren met hun gezin doorbrengen nam meer toe in IJslandse gemeenten die Youth in Iceland geïmplementeerd hebben en het alcoholgebruik nam sterker af, vergeleken met gemeenten die dit niet hebben geïmplementeerd¹⁴. Hoewel het op basis van beschikbaar onderzoek niet vastgesteld kan worden, heeft de tijd doorgebracht met het gezin hier mogelijk een bijdrage aan geleverd.

In de internationale literatuur zijn geen andere studies gevonden die specifiek hebben gekeken naar de hoeveelheid tijd die ouders met jongeren doorbrengen en de samenhang met het middelengebruik van de jongeren. Uit reviews blijkt wel dat de kwaliteit van de ouder-kind

relatie belangrijk is in het voorkomen van alcoholgebruik, maar in deze studies is de hoeveelheid tijd die ouders doorbrengen met hun kinderen niet onderzocht^{15,16}.

Regels over middelengebruik

Volgens het IJslandse preventiemodel is het van belang dat ouders regels afspreken over middelengebruik met hun kinderen en dat ze daarnaast ook afspraken maken met andere ouders (zie factor onder peergroep)².

Op basis van internationale reviews¹⁷ en op basis van Nederlandse studies^{18,19} wordt geconcludeerd dat het stellen van duidelijke regels over alcoholgebruik een belangrijke beschermende factor is. De invloed van ouders op rookgedrag is onderzocht in een Nederlandse, cross-sectionele studie²⁰. In deze studie is geen verband gevonden tussen het stellen van regels door ouders en rookgedrag door jongeren. Wel bleek uit deze studie dat wanneer ouders het idee hebben dat ze invloed hebben op het rookgedrag van hun kind, de kans kleiner is dat hun kind rookt²⁰. Over de invloed van regels op drugsgebruik is geen literatuur gevonden.

Aanvullende factor: Voorbeeldgedrag van ouders

Uit veel internationale studies blijkt dat er een samenhang is tussen het middelengebruik van ouders en hun kinderen. Wanneer ouders veel drinken, dan hangt dit samen met een hogere alcoholconsumptie en een eerdere beginleeftijd van alcoholgebruik onder hun kinderen, blijkt uit diverse reviews^{16,21,22}. Uit twee Nederlandse studies blijkt eveneens dat het drinkgedrag van ouders samenhangt met het drinkgedrag van hun kinderen^{23,24}. Uit diverse studies blijkt dat dit ook geldt voor tabaksgebruik: als kinderen belangrijke personen in hun omgeving zien roken, is de kans groter dat deze kinderen zelf ook gaan roken^{25,26}. Het lijkt aannemelijk dat er (deels) sprake is van een oorzakelijk verband, dat wil zeggen kinderen gaan (meer) roken/drinken door het voorbeeldgedrag van hun ouders. Mogelijk spelen echter (ook) andere mechanismen een rol. Daarbij kan gedacht worden aan genetische factoren, overeenkomstige omgevingsfactoren binnen het gezin (zoals de aanwezigheid van alcohol in de omgeving) en culturele en/of religieuze factoren²¹.

In het IJslandse model wordt deze factor niet genoemd. Uit navraag bij ICSRA blijkt dat ze het voorbeeldgedrag van ouders wel zien als een belangrijke factor die invloed kan hebben op middelengebruik door jongeren. In toekomstige vragenlijsten in het kader van Youth in Iceland worden hier vragen over toegevoegd.

3.2.2 Peergroep

Afspraken met andere ouders

Het IJslandse preventiemodel stimuleert ouders om de ouders van de vrienden van hun kinderen te leren kennen, en om elkaar te steunen in het stellen en bewaken van de regels over middelengebruik². Sinds de start met Youth in Iceland benoemen IJslandse jongeren in toenemende mate dat hun ouders hun vrienden en de ouders van hun vrienden kennen⁴.

Er zijn geen internationale studies gevonden die onderzoeken wat het effect is op middelengebruik van kinderen als ouders de ouders van vrienden van hun kind kennen en afspraken maken met andere ouders. De theorie van Coleman over sociaal kapitaal biedt

echter wel aanknopingspunten¹⁰. In deze theorie wordt het belang van verbondenheid tussen verschillende generaties in sociale netwerken benadrukt. Wanneer netwerken verbonden zijn, dus in dit geval dat ouders elkaar kennen en afspraken maken met elkaar over hun kinderen, dan komen kinderen vaker in aanraking met dezelfde normen, regels en sancties. Op basis van deze theorie zou het maken van afspraken met andere ouders dus een beschermende factor kunnen zijn, maar om dit te bevestigen is meer onderzoek nodig.

Laat buiten rondhangen en feestjes zonder toezicht

Het IJslandse model beschrijft laat buiten rondhangen en naar feestjes zonder toezicht gaan als risicofactoren voor middelengebruik onder jongeren. Onderzoek onder IJslandse jongeren toont een verband tussen deelname aan activiteiten zonder toezicht, waaronder op straat hangen en feestjes, en alcoholgebruik¹². Ook uit een ander IJslands onderzoek blijkt dat jongeren die betrokken zijn bij een party subcultuur vaker alcohol gebruiken dan jongeren die niet bij deze subcultuur horen¹¹. Het aantal jongeren dat aangeeft laat buiten rond te hangen daalde sinds de start met Youth in Iceland¹.

Uit een Amerikaanse, empirische studie komt deze risicofactor ook naar boven. Jongeren die meer tijd met hun peergroep en zonder toezicht doorbrengen, hebben een verhoogde kans op alcohol-, tabak- en cannabisgebruik²⁷. Er zijn geen reviews gevonden die dit verband onderzoeken.

Aanvullende factor: Middelengebruik door de peergroep

Uit diverse onderzoeken blijkt dat middelengebruik door de peergroep een risicofactor is. Een review van 22 longitudinale studies onderzocht de invloed van de peergroep op alcoholgebruik door jongeren. In 21 van de 22 studies werd geconcludeerd dat in contact zijn met een peergroep die alcohol gebruikt of deviant gedrag vertoont, een voorspeller is van de ontwikkeling van alcoholgebruik door adolescenten²⁸. Ook uit een andere review blijkt dat jongeren die blootgesteld worden aan alcoholgebruik door hun peergroep een grotere kans hebben om zelf eerder en meer alcohol te gaan drinken²². Uit een andere review blijkt dat de kans groter is dat een jongere rookt als veel vrienden van de jongere roken. De invloed van de beste vriend(in) is daarbij het grootst²⁵.

Ook uit een longitudinale, Nederlandse studie blijkt dat het hebben van vrienden die alcohol gebruiken, samenhangt met een hoger risico op alcoholgebruik en alcoholmisbruik als jongvolwassene²⁹. Deze factor zit niet specifiek in het IJslandse preventiemodel, omdat deze factor moeilijk te beïnvloeden is.

3.2.3 School

Betrokkenheid bij school

De betrokkenheid en toewijding van jongeren aan school wordt in het IJslandse preventiemodel als een beschermende factor gezien. Uit een IJslandse studie blijkt dat een sterke betrokkenheid bij school en een sterke toewijding aan schoolwerk samenhangt met minder alcoholgebruik en roken door jongeren³⁰. Uit een andere studie bleek dat hogere cijfers halen op school een beschermende factor is tegen middelengebruik³¹.

Het belang van betrokkenheid bij school wordt onderstreept door een internationale review. Hieruit blijkt dat weinig betrokkenheid van jongeren bij school en slechte relaties tussen docenten en leerlingen samenhangt met drugsgebruik en andere risicovolle gedragingen³². Schoolmotivatie en betrokkenheid bij school zijn ook opgenomen in de top tien beschermende factoren van het NJi¹³.

Positief schoolklimaat

Het belang van een positief schoolklimaat wordt benadrukt in het IJslandse preventiemodel³³. Een IJslandse studie onderzocht het effect van middelengebruik op schoolniveau. Hieruit blijkt dat jongeren die karakteristieken vertonen die normaal gesproken geassocieerd zijn met minder middelengebruik, meer middelen gebruiken als zij op een school zitten waar het gemiddelde middelengebruik hoog is, vergeleken met dezelfde type jongeren op een school waar het gemiddelde middelengebruik laag is³⁴. Andere aspecten van een positief schoolklimaat zijn in IJsland niet onderzocht.

Een internationale, systematische review van studies naar preventieve drugsinterventies op scholen onderzocht de invloed van het schoolklimaat op drugsgebruik. De resultaten laten zien dat het drugsgebruik afneemt op scholen die interventies inzetten op het verbeteren van de sociale omgeving op een school, het vergroten van de betrokkenheid van studenten en een positieve schoolethos promoten³².

3.2.4 Vrije tijd

Georganiseerde vrijetijdsbesteding

Het IJslandse model benadrukt het belang van georganiseerde vrijetijdsbesteding voor jongeren. Voorwaarde is dat de activiteiten van goede kwaliteit zijn, dat wil zeggen dat de activiteiten worden begeleid door professionals, die een goed rolmodel zijn voor jongeren. Daarnaast vinden de activiteiten plaats in een gezonde omgeving, waarin jongeren niet in aanraking komen met middelen. Dit kunnen verschillende typen activiteiten zijn, zoals sport, kunst en cultuur³³.

Diverse IJslandse onderzoeken tonen een mogelijke relatie tussen meer deelname aan georganiseerde activiteiten in de vrije tijd en minder alcoholgebruik^{11,12,30}. In IJslandse gemeenten die Youth in Iceland hebben geïmplementeerd nam deelname aan georganiseerde vrijetijdsbesteding door jongeren meer toe dan in IJslandse gemeenten die Youth in Iceland niet geïmplementeerd hebben. Daarnaast was de afname in alcoholgebruik sterker in gemeenten die Youth in Iceland geïmplementeerd hebben¹⁴.

De resultaten van onderzoek naar de invloed van vrijetijdsbesteding op middelengebruik zijn wisselend in de internationale literatuur. Er zijn studies gevonden die de relatie tussen middelengebruik en sport onderzoeken, maar niet de relatie tussen middelengebruik en andere type vrijetijdsbesteding. Een internationale, systematische review onderzocht de relatie tussen sportdeelname door jongeren en middelengebruik in 17 longitudinale, observationele studies³⁵. Uit 14 van de 17 studies bleek dat jongeren die deelnemen aan sport meer alcohol drinken dan jongeren die niet deelnemen aan sport. Uit één van deze studies bleek dat door de tijd heen een grotere toename te zien was van alcoholgebruik onder jongeren die

teamsporten of technische sporten doen, vergeleken met duursporten of individuele sporten. De resultaten over de relatie tussen sportdeelname en drugsgebruik zijn minder duidelijk; het lijkt erop dat sportdeelname samenhangt met een kleinere kans op harddrugsgebruik, maar voor cannabisgebruik zijn de resultaten wisselend³⁵.

Specifiek naar de invloed van sport op roken zijn ook een aantal onderzoeken gedaan. Uit een Amerikaanse cohortstudie onder jongeren blijkt dat meer sporten geassocieerd was met minder tabaksgebruik²⁸. Een andere, Amerikaanse studie concludeerde dat tabaksgebruik geassocieerd was met bepaalde typen sport, zoals skaten, lopen, fietsen, vechtsporten en worstelen. Racketsporten, hardlopen en zwemmen waren geassocieerd met minder tabaksgebruik³⁶.

Constructieve tijdsbesteding wordt in de top tien beschermende factoren van het NJi ook genoemd als beschermende factor. Deelname aan creatieve en sportactiviteiten is van belang, zowel om jongeren zich te laten ontwikkelen, als om een buffer te vormen tegen risicovol gedrag¹³.

3.3 Conclusie

De factoren uit het IJslandse preventiemodel zijn grotendeels ook terug te vinden in de internationale literatuur en in Nederlandse studies. Veel van de factoren tonen een relatie met middelengebruik en er is veel overlap tussen de factoren uit het IJslandse model en de top tien beschermende factoren van het NJi, waarin beschermende factoren voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen worden beschreven.

In sommige gevallen zijn er wel verschillen gevonden tussen het IJslandse model en de literatuur. Ook zijn er een aantal factoren die wel in de internationale literatuur werden gevonden, maar niet in het IJslandse model worden beschreven. Naar een aantal factoren uit het IJslandse model is weinig onderzoek gedaan, waardoor het lastig is om in te schatten of deze factoren daadwerkelijk een effect hebben op middelengebruik.

Al met al kunnen we stellen dat het beïnvloeden van de factoren in het IJslandse model waarschijnlijk kan bijdragen aan het voorkomen van middelengebruik door jongeren. Een aantal factoren vereisen echter extra aandacht bij het cultureel vertalen van de IJslandse context naar de Nederlandse context. Een goed voorbeeld daarvan is de deelname aan vrije tijd activiteiten. In IJsland lijkt deelname aan georganiseerde activiteiten een beschermende factor te zijn, terwijl dit in andere landen vaak een risicofactor is, met name voor alcoholgebruik. Een mogelijke verklaring is dat de omgeving waarin IJslandse jongeren deelnemen aan activiteiten en de bijbehorende randvoorwaarden verschillen van andere landen. De activiteiten in IJsland worden bijvoorbeeld professioneel begeleid en vinden plaats in een gezonde omgeving. Verkend zal moeten worden hoe de sportomgeving en randvoorwaarden in Nederland zijn geregeld.

4 Data collectie in het IJslandse preventiemodel

4.1 Dataverzameling op scholen in IJsland

De dataverzameling voor Youth in Iceland wordt uitgevoerd door het ICSRA in samenwerking met het IJslandse ministerie van Onderwijs, Wetenschap en Cultuur. De vragenlijsten worden jaarlijks afgenomen onder leerlingen op scholen. Dit wordt gedaan onder verschillende leeftijdsgroepen. Sinds 1992 nemen de leeftijdsgroepen van 14 tot 16 jaar (Primary School) en van 16 tot 20 jaar (High School) deel aan de vragenlijsten. Sinds 2000 worden ook de leerlingen van 10 tot 13 jaar (Primary School) bevraagd³.

De vragenlijsten worden op papier afgenomen op nagenoeg alle scholen, tijdens lestijd, onder toezicht van een docent. Er wordt gewerkt met een passieve informed consent procedure van de ouders. Dat wil zeggen dat ouders schriftelijk, via de school worden geïnformeerd over de geplande deelname van hun kind aan het onderzoek. Als de ouders daar bezwaar tegen hebben, kunnen zij hun kind afmelden. Alle leerlingen die niet door de ouders zijn afgemeld, wordt gevraagd de vragenlijst tijdens een les in te vullen.

Het schoolsysteem in IJsland is zo ingericht dat in principe alle leerlingen in de leeftijdscategorie van 10-20 jaar onderwijs volgen. Daardoor kunnen vrijwel alle jongeren in die leeftijdscategorie via school worden bereikt. Het afnemen van de vragenlijsten op scholen heeft een aantal voordelen. Het zorgt voor een hoog respons percentage, omdat de jongeren tijdens schooltijd de vragenlijsten invullen. Het responspercentage ligt in IJsland hoog, tussen 1997 en 2014 varieerde het tussen de 81 en 90 procent van alle leerlingen in de leeftijdsgroep 10-20 jaar⁴. Dit hoge responspercentage zorgt ervoor dat groepen die doorgaans lastig te bereiken zijn, zoals minderheden en lager opgeleiden, ook goed vertegenwoordigd zijn. Daarnaast zijn bij afname van een vragenlijst op school de kosten per leerling laag. Verder worden gezondheidsinterventies vaak op scholen uitgevoerd. Doordat de resultaten van de monitoring ook op schoolniveau worden gerapporteerd, kunnen deze gegevens ook gebruikt worden om de effecten van de schoolinterventies te evalueren⁹.

Anonimiteit vragenlijsten

De metingen worden jaarlijks uitgevoerd, maar jongeren worden op individueel niveau niet in de tijd gevolgd. Dit heeft nadelen wat betreft de conclusies die op basis van de onderzoeksresultaten kunnen worden getrokken. Er kan bijvoorbeeld niet worden vastgesteld hoe gedrag van een leerling zich in de tijd ontwikkelt. Daarnaast kunnen geen conclusies worden getrokken over oorzaak en gevolgrelaties omdat alle variabelen op eenzelfde moment worden gemeten. Een praktisch voordeel van de methodiek is dat jongeren geen persoonsgegevens zoals hun naam hoeven te noteren op de vragenlijst omdat koppeling van vragenlijsten op individueel niveau niet nodig is. Om de anonimiteit verder te waarborgen stoppen de jongeren de ingevulde vragenlijst in een envelop, die ze afsluiten en vervolgens inleveren bij de docent. Alle vragenlijsten worden door het ICSRA verzameld en vervolgens gescand. De datacollectie procedures zijn sinds 1997 onveranderd^{4,9}.

4.2 Thema's in de IJslandse vragenlijst

De IJslandse vragenlijst is zeer uitgebreid met 77 vragen, bestaande uit bijna 300 items. Ter vergelijking de vragenlijst van de Health Behavior in School-aged children heeft 91 vragen, bestaande uit 223 items. De vragenlijst bestrijkt een breed scala aan onderwerpen (zie Tabel 1). Uit het achtergronddocument dat het ICSRA beschikbaar heeft gesteld³⁷ blijkt dat de meetinstrumenten overwegend door het ICSRA zelf ontwikkeld zijn (of door de IER, de voorganger van het ICSRA), soms in samenwerking met de Universiteit van IJsland. Er is weinig bekend over de validiteit en betrouwbaarheid van de instrumenten. Van de zelf ontwikkelde instrumenten is voor zover bekend alleen onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Perceived Parental Support (PPS) Scale³⁸. Daarnaast is een bestaand, gevalideerd instrument gebruikt, de Rosenberg Self-Esteem Scale. De vragen over middelengebruik zijn deels gebaseerd op de ESPAD studie, maar inmiddels deels niet meer vergelijkbaar met de vragenlijst van het huidige ESPAD onderzoek (www.espad.org).

Tabel 1. Thema's in de Planet Youth 2018 vragenlijst

Demografische factoren - Religie - Welvaart ouders - Taal gesproken thuis - Financiële situatie - Religie	Sociale integratie - Verbondenheid wijk - Verhuizingen (laatste jaar en laatste 5 jaar) - Criminaliteit - Diefstal/vandalisme - Wangedrag vrienden
Welbevinden - Veiligheidsgevoel - Slapen - Stemming - Onzekerheid - Lichamelijke/psychische gezondheid - Normen en waarden/regels - Suïcidaliteit (in omgeving) - Levensgebeurtenissen - Zelfwaardering - Vertrouwen instituties - Geweld	Gezinsfactoren - Opleidingsniveau ouders - Samenstelling gezin - Steun ouders - Tijd met ouders - Monitoring - Betrokkenheid ouders - Sociaal netwerk ouders - Kennis burens - Reactie ouders op middelengebruik
Vrienden en leeftijdgenoten - Steun vrienden - Groepsdruk middelengebruik - Respect vrienden	Vrije tijd - Buiten/thuis zijn - Sporten (intensiteit) - Recreatief gedrag - Mediagebruik
School - Schoolprestatie - Cijfers - Verzuim - Schoolmotivatie - Plagen en pesten - Social media pesten	Middelengebruik - Roken (e-sigaret) - Medicijnen - Alcohol (dronkenschap, binge drinken) - Drugs - Gokken

5 Nationale en lokale maatregelen in IJsland

In dit hoofdstuk beschrijven we welke maatregelen in IJsland nationaal en lokaal zijn ingezet om middelengebruik onder middelbare scholieren te voorkomen. Over de lokale maatregelen is in de wetenschappelijke literatuur weinig gepubliceerd. Hieronder beschrijven we voornamelijk wat we weten op basis van uitwisseling met IJslandse experts van het ICSRA en op basis van de Planet Youth workshop waar enkele leden van de projectgroep in mei 2018 aanwezig waren.

5.1 Landelijke maatregelen

Hieronder beschrijven we welke wetten rondom middelengebruik gelden in IJsland en welke campagnes er geweest zijn die zich richten op de preventie van middelengebruik onder jongeren. Hoewel er voor de start van Youth in Iceland al wettelijke beperkingen waren vastgelegd, was volgens de IJslandse experts de start van de aanpak een reden om de bestaande wetten beter na te leven.

Invoering van wetten

Sinds 1928 is het bij wet verboden om te adverteren voor alcohol en sinds 1977 is alle promotie voor tabak verboden³⁹. Alcohol mag sinds 1943 en tabak sinds 1932 alleen worden verkocht in staatwinkels. Sinds 1961 is de verkoop van alcohol en tabak samengevoegd in één staatswinkel, die op dit moment 50 filialen heeft verspreid over IJsland. De prijs voor producten is hetzelfde in de verschillende winkels³⁹⁻⁴¹. In 2001 was IJsland het eerste land dat een display ban invoerde op tabaksproducten. Dit betekent dat tabaksproducten niet zichtbaar mogen zijn op het punt van verkoop. Ook moeten op pakjes sigaretten anti-roken boodschappen staan en is binnen roken verboden op openbare plekken, zoals een ziekenhuis of café¹⁴.

Leeftijdsgrenzen

Sinds 1969 mag alcohol alleen worden verkocht aan personen van 20 jaar en ouder, zowel in horeca als in staatwinkels⁴². In 1998 is de legale leeftijd voor de verkoop van sigaretten verhoogd van 16 naar 18 jaar of ouder. De verkoop en consumptie van drugs is illegaal, ongeacht de leeftijd¹⁴.

Avondklok voor kinderen

Een opvallende IJslandse wet is de avondklok die geldt voor IJslandse kinderen. Deze wet geldt sinds 2002. Volgens de wet mogen kinderen van 12 jaar of jonger na 20:00 uur niet alleen buiten zijn en mogen kinderen van 13 tot 16 jaar niet na 22:00 uur alleen buiten zijn. Ze mogen alleen na deze tijden buiten zijn als ze begeleid worden door een volwassene of als ze terug naar huis lopen van een georganiseerd evenement bijvoorbeeld op school, of bij een sport- of jeugdclub. In de zomer, van 1 mei tot 1 september, mogen de kinderen twee uur langer buiten blijven dan bovengenoemde tijden⁴³.

Veel van de wetten waren al ver voor de aanvang van het IJslandse preventiemodel ingevoerd. Alleen de display ban op tabaksproducten is ingevoerd in 2001 en de avondklok voor kinderen in 2002.

Landelijke campagnes

Sinds 2007 wordt jaarlijks de landelijke Preventiedag georganiseerd in het kader van Youth in Iceland. Het doel van deze dag is om gezinnen te stimuleren meer tijd met elkaar door te brengen, om de start met alcoholgebruik onder jongeren uit te stellen en om de deelname van jongeren aan georganiseerde en gestructureerde jeugdactiviteiten die worden begeleid door volwassenen, te verhogen¹⁴. Daarnaast zijn er diverse andere nationale initiatieven geweest op het gebied van preventie van middelengebruik. Er zijn nationale media campagnes geweest die alcoholgebruik en roken ontmoedigen onder adolescenten. Daarnaast is er een nationaal anti-roken initiatief georganiseerd op scholen. Het doel hiervan was middels positieve peergroep beïnvloeding in de klas, roken te ontmoedigen¹⁴.

5.2 Lokale maatregelen

Op lokaal niveau werken diverse partijen samen aan het voorkomen van middelengebruik onder jongeren. Hierbij worden maatregelen, interventies en andere initiatieven ingezet om de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen of weg te nemen. De landelijke Youth in Iceland vragenlijsten leveren jaarlijks input voor een dialoog met lokale stakeholders. Wetenschap, beleidsmakers en praktijk gaan samen in gesprek over de resultaten. Op basis hiervan wordt bepaald welke gebieden aandacht verdienen en hoe hierop wordt ingezet. De aansturing hiervoor ligt bij de gemeente. In Reykjavik zijn in 1999 bijvoorbeeld drie mensen aangesteld bij de gemeente die fulltime aan de slag gingen met Youth in Iceland. Andere belangrijke betrokken partijen zijn bijvoorbeeld de middelbare scholen en de ouders. Per gemeente en per school kan het dus verschillen op welke factoren wordt ingezet, afhankelijk van de lokale resultaten. Hieronder geven we voorbeelden van maatregelen die op lokaal niveau zijn ingevoerd.

Ouders

De ouders zijn een belangrijke groep binnen het IJslandse preventiemodel. Op diverse manieren worden ouders betrokken en aangespoord om te voorkomen dat hun kinderen middelen gebruiken.

Zo worden de resultaten van de vragenlijsten op lokaal niveau met de ouders gedeeld, bijvoorbeeld via een ouderavond op school. De resultaten zijn recent en geven een beeld op gemeentelijk of schoolniveau. Hierdoor kunnen lokale problemen niet worden ontkend, en zijn ouders vaak meer bereid om de problemen aan te pakken. Ook worden ouders voorgelicht over de mogelijke gevaren van middelengebruik. Vervolgens worden de ouders op diverse manieren gestimuleerd om meer tijd door te brengen met kinderen en om goed op de hoogte te zijn waar hun kinderen uithangen. Ook worden ouders aangemoedigd om ouders van de vrienden van hun kinderen beter te leren kennen en samen afspraken te maken over alcohol en toezicht op feestjes.

Daarnaast worden er ouderlijke wandelingen georganiseerd, waarbij groepjes ouders door de wijk lopen om kinderen aan te spreken die na de avondklok nog op straat zijn. De naleving van de avondklok wordt ook gestimuleerd door de overheid middels koelkastmagneetjes. Deze zijn verspreid onder alle ouders met jonge kinderen en geven duidelijk de avondklokuren aan. Deze tool kunnen ouders gebruiken om hun kinderen en zichzelf te herinneren aan deze uren.

Een ander belangrijk aspect in IJsland is dat ouders sterk verenigd en vertegenwoordigd zijn in een organisatie genaamd Heimili og skóli (Thuis en School). Deze organisatie is ook nauw betrokken bij de preventie van middelengebruik. Hun doel is om een veilige omgeving te creëren waarin kinderen kunnen opgroeien (<https://www.heimiliogskoli.is/>).

School

De school is het platform dat gebruikt wordt om allerlei activiteiten te verspreiden, omdat zowel ouders als jongeren hier bereikt kunnen worden. Soms worden op de school na lestijd activiteiten georganiseerd voor jongeren waar toezicht aanwezig is. Ook zijn er scholen die samenwerken met sportclubs of muziekscholen, zodat vrije tijd activiteiten aansluiten op de lestijden. In sommige gevallen wordt er zelfs vervoer geregeld van de school direct naar de activiteiten.

Tijdens de gehele schoolcarrière worden ouders van leerlingen op drie momenten uitgenodigd om op school een ouderlijke overeenkomst te tekenen. Hierin staan beloften van de ouders aan hun kind. De afspraken in deze overeenkomsten worden afgestemd op de leeftijd en ontwikkelfase van hun kind. De overeenkomst die ouders tekenen op het moment dat hun kind een tiener is, omvat beloften rondom de preventie van middelengebruik. Hierin beloven ouders bijvoorbeeld dat ze zoveel mogelijk tijd doorbrengen met hun kinderen, de avondklokuren naleven en afspraken maken met ouders van de vrienden van hun kinderen.

Vrije tijd

Youth in Iceland zet in op het creëren van mogelijkheden voor kinderen en jongeren om in hun vrije tijd deel te nemen aan georganiseerde activiteiten, zoals sport-, muziek- en kunstactiviteiten. De activiteiten worden professioneel begeleid, door personen die een goed rolmodel zijn voor de kinderen. De omgeving waarin de jongeren deelnemen aan activiteiten is een gezonde en veilige omgeving. Er wordt op sportclubs bijvoorbeeld geen alcohol geschonken.

Om ervoor te zorgen dat alle kinderen de mogelijkheid krijgen om deel te nemen aan activiteiten in hun vrije tijd, heeft de gemeente Reykjavik een vrijetijdskaart opgezet (<https://reykjavik.is/en/leisure-card>). Deze kaart is jaarlijks beschikbaar voor alle kinderen van 6-18 jaar, ongeacht het inkomen van de ouders. Op de kaart staat een tegoed van omgerekend circa €400,- per kind. Dit tegoed kan worden gebruikt om deel te nemen aan diverse activiteiten. Het beschikbaar stellen van een geldbedrag voor ieder kind om deel te laten nemen aan kwalitatief goede vrijetijdsactiviteiten ziet men in IJsland als een sterke boodschap richting de ouders over het belang van zinvolle en kwalitatief goede invulling van de vrije tijd van kinderen.

5.3 Conclusie

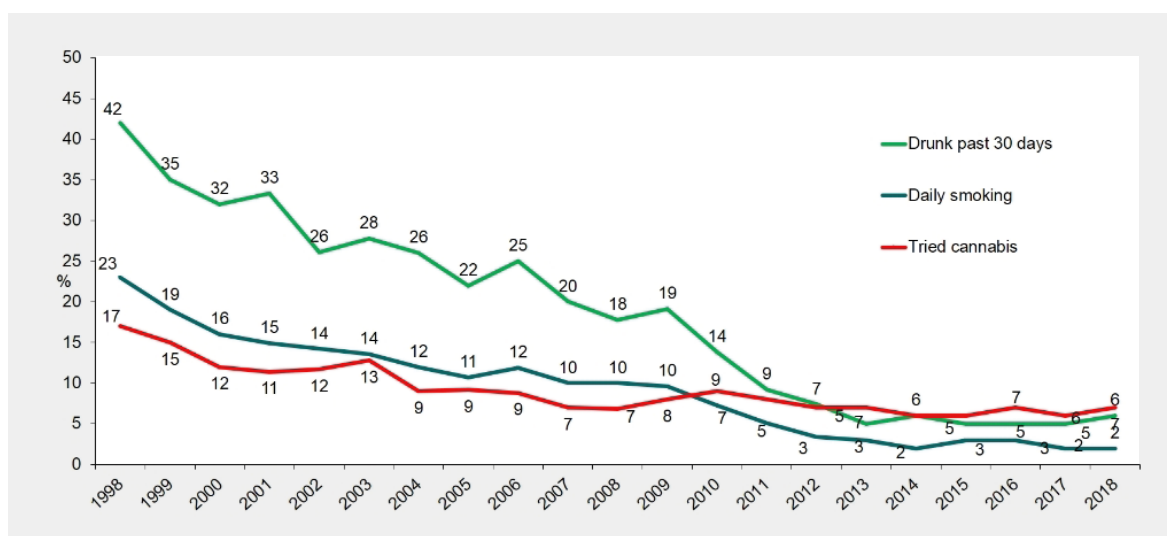
In IJsland worden zowel op landelijk als lokaal niveau maatregelen en interventies ingezet om middelengebruik onder jongeren te voorkomen. Op landelijk niveau geldt in IJsland een strenge wetgeving, waardoor de beschikbaarheid van middelen beperkt is voor jongeren. Ook zijn er een aantal landelijke campagnes die bijdragen aan het draagvlak voor preventie van middelengebruik. Aanvullend zetten gemeenten zich, in samenwerking met partners, in om op lokaal niveau de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren zoveel mogelijk te beperken. Dit doen ze door vooral in te zetten op preventie in de domeinen ouders, school en vrije tijd.

6 Ontwikkelingen rond middelengebruik in IJsland en de mogelijke rol van het IJslandse preventiemodel

In dit hoofdstuk beschrijven we cijfers over de ontwikkelingen in het middelengebruik in IJsland, vergelijken we de trends in IJsland met trends in Nederland en andere Scandinavische landen. Daarnaast gaan we in op de mogelijke rol die de IJslandse aanpak hierin heeft gespeeld. Hiervoor gebruiken we trendgegevens zoals gepubliceerd door het ICSRA⁴⁴, cijfers uit internationaal ESPAD onderzoek⁶ en wetenschappelijke publicaties^{4,14,45}.

6.1 Trends in middelengebruik onder IJslandse jongeren

Sinds 1998 worden jaarlijkse cross-sectionele metingen uitgevoerd die zicht geven op trends in middelengebruik onder jongeren in de leeftijd van 10-20 jaar. Het IJslandse preventiemodel is in 1999 van start gegaan, zodat er sinds de start van het model trend gegevens beschikbaar zijn. In de literatuur hebben wij alleen gegevens kunnen vinden over de leeftijdsgroep 14-16 jaar. Dit betreft een publicatie van het ICSRA over 15- en 16-jarige scholieren (zie Fig. 3)⁴⁴. Daarnaast zijn op basis van de jaarlijkse metingen drie wetenschappelijke publicaties verschenen. Kristjansson en collega's (2010) onderzochten de trend in alcohol en roken in de periode 1997-2009 onder scholieren van 14-15 jaar. Recenter onderzoek van Kristjansson en collega's (2016) richtte zich eveneens op alcohol en roken, maar besloeg de periode 1997-2014 en betrof scholieren van 14-16 jaar. Tot slot onderzochten Arnarsson en collega's (2017) de ontwikkelingen in alcohol- en cannabisgebruik in de periode 1995-2015 onder leerlingen van 15-16 jaar (10th grade, gelijk aan de groep waarover in het ESPAD onderzoek⁶ wordt gerapporteerd).



Figuur 3. Middelengebruik in IJsland van 1998 tot 2018 onder 15- en 16-jarigen⁴⁴

Alcohol

Elk van de drie studies concludeert dat het gebruik van alcohol sterk is afgenomen in de onderzochte periode. Ter illustratie de studie van Kristjansson en collega's (2016) laat zien dat in 1997 39,5% van de 14-/16-jarigen in de afgelopen 30 dagen had gedronken, in 2014 was dit gedaald naar 7,1%, dronkenschap in de laatste 30 dagen nam in deze periode af van 29,6% naar 3,6%. Arnarsson en collega's (2017) vinden dat het percentage 15-/16-jarigen dat nooit alcohol heeft gedronken tussen 1995 en 2015 steeg van 20,8% naar 65,5%. Het percentage jongeren dat 40 keer of vaker had gedronken daalde in deze periode van 13,7% naar 2,8%^{6,45}. Resultaten van de studie waarin gemeente zonder en met de IJslandse aanpak zijn vergeleken laten zien dat in beide condities het alcoholgebruik is afgenomen. De daling van het alcoholgebruik in de experimentele conditie, waar de IJslandse aanpak is toegepast, bleek echter sterker dan de daling in de controle conditie¹⁴.

Tabak

De trend in roken is in twee studies onderzocht^{4,14}. De studie van Kristjansson en collega's (2016) laat zien dat in 1997 27% van de ondervraagde 14-16-jarige jongeren in de afgelopen 30 dagen had gerookt, in 2014 was dit afgenomen tot 3,6%. Dagelijks roken daalde van 17% naar 1,6%. Resultaten van de studie waarin gemeenten zonder en met de IJslandse aanpak zijn vergeleken laten in de periode 1997 en 2009 geen verschil tussen beide condities zien in de afname van het percentage dagelijks rokers¹⁴.

Cannabis

Over de trend in cannabisgebruik is alleen gerapporteerd door Arnarsson e.a. (2017). De resultaten laten zien dat het percentage 15-16-jarigen dat nooit cannabis heeft gebruikt heel licht toenam van 90,2% in 1995 naar 92,0% in 2015. Daarnaast was het percentage jongeren van 15-16 jaar dat 40 keer of vaker cannabis had gebruikt significant gestegen van 0,7% naar 2,3% in 2015.

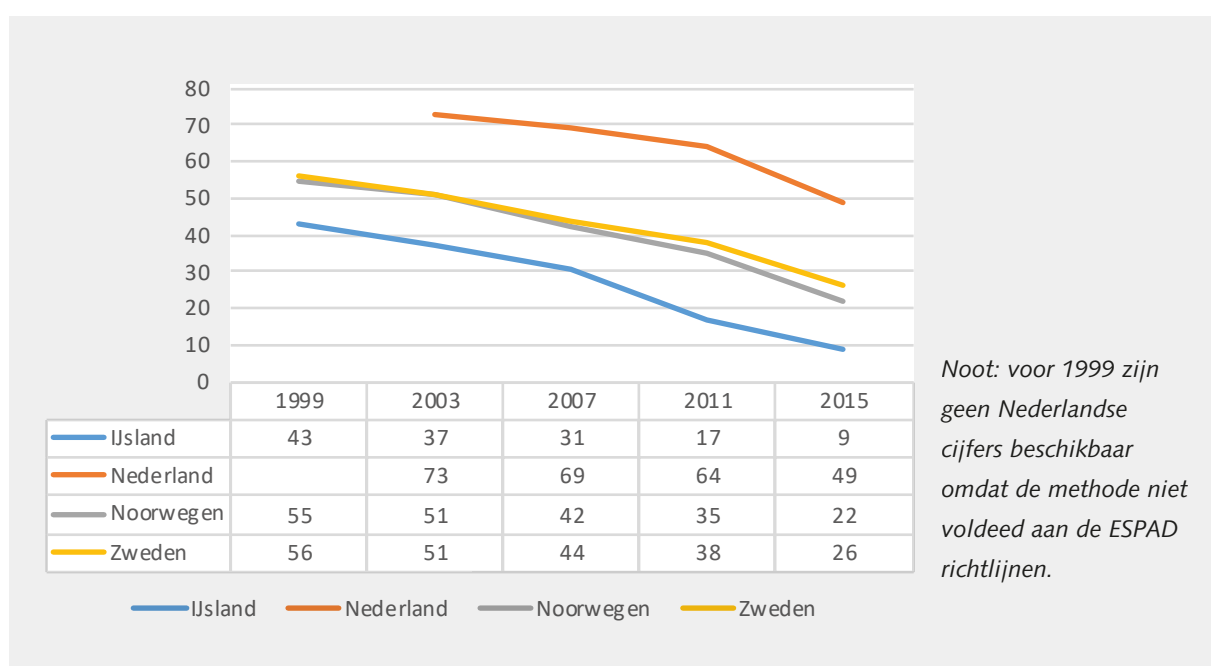
Beschermende en risicofactoren

Kristjansson en collega's (2010; 2016) onderzochten eveneens de trend in een aantal factoren die in het IJslandse model zijn geïdentificeerd als belangrijke risico- en beschermende factoren. Het gaat daarbij om factoren in het domein gezin en vrije tijd. De resultaten laten zien dat er een duidelijke stijging is in het percentage jongeren dat zegt dat hun ouders weten waar en met wie jongeren in de avond zijn^{4,45}. Kristjansson en collega's (2010) constateren dat deze ouderlijke kennis sterker is toegenomen in de gemeenten waar het IJslandse model is ingevoerd vergeleken met de controle gemeenten. In de periode 1997-2014 nam ook de deelname aan georganiseerde sport toe en het percentage jongeren dat zegt wekelijks naar een feest te gaan nam af⁴. Deze ontwikkeling was in de periode 1997-2009 sterker in de gemeenten waar het IJslandse model was ingevoerd¹⁴. De studie van Arnarsson en collega's (2017) onderzocht daarnaast de trend in (veronderstelde) verkrijgbaarheid en schadelijkheid van alcohol en cannabis. Dit zijn geen factoren waarop het IJslandse model zich specifiek richt, maar deze factoren kunnen wel een indicatie geven van effecten van landelijke campagnes en beleidsmaatregelen. Voor alcohol bleek de (veronderstelde) verkrijgbaarheid te zijn afgenomen en voor cannabis was er geen verandering. Wat betreft veronderstelde schadelijkheid werd geen duidelijke trend gevonden⁴⁵.

6.2 Vergelijking met Nederland en andere Scandinavische landen

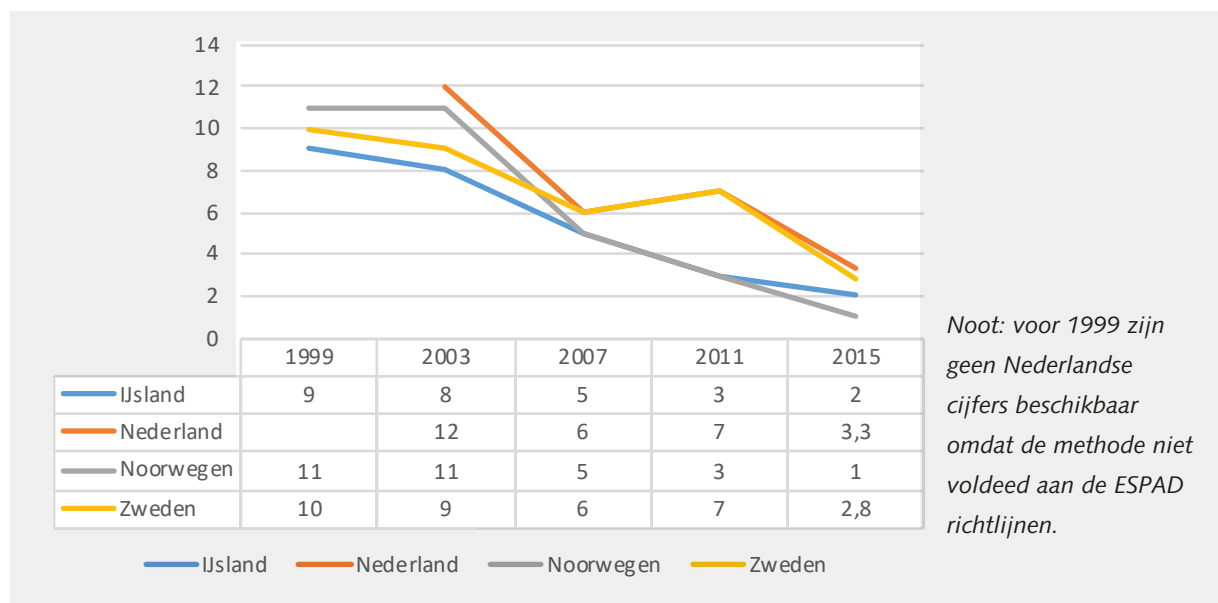
In het kader van de European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) verzamelt een groot aantal Europese landen middels een zelfde methodiek en vragenlijst cijfers over middelengebruik onder 15-/16-jarige scholieren. Sinds 2003 levert de Youth in Iceland survey de IJslandse data voor ESPAD4. Door de trends in IJsland te vergelijken met andere landen, kunnen de IJslandse ontwikkelingen beter in perspectief worden geplaatst. Hiertoe vergelijken we de IJslandse cijfers met Nederland en met Noorwegen en Zweden, beide zijn landen met een enigszins vergelijkbare cultuur als IJsland.

In figuur 4 zijn de trends in alcoholgebruik in de afgelopen maand onder 15- en 16-jarige scholieren te zien. Vergelijking van de trends in IJsland met die in Nederland en Zweden en Noorwegen laat zien dat alle landen een dalende trend volgen, maar dat het percentage op alle meetmomenten in IJsland veruit het laagst is. In 2015 heeft 9% van IJslandse 15- en 16-jarigen in de afgelopen maand alcohol gedronken. In Nederland is dit 49% van de 15- en 16-jarigen.



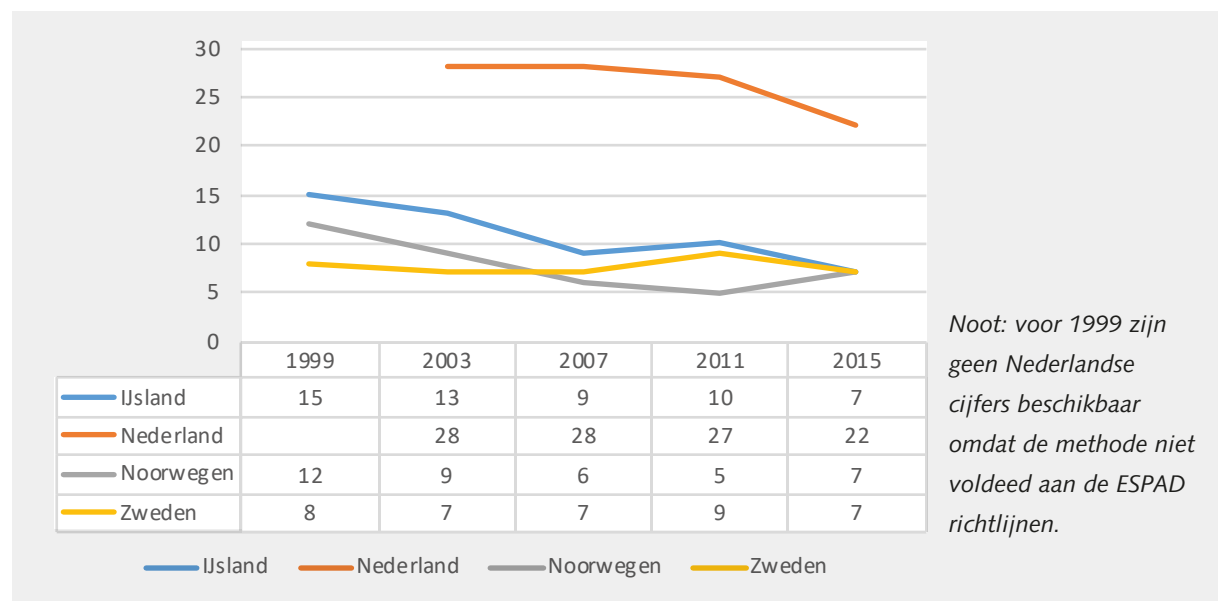
Figuur 4. Alcoholgebruik in de afgelopen maand onder 15- en 16-jarige scholieren (%)
(www.espad.org)

Figuur 5 laat zien dat IJsland en Noorwegen vrijwel dezelfde, dalende trend volgen wat betreft dagelijks roken onder 15- en 16-jarige scholieren. Ook in Nederland en Zweden is het dagelijks roken tussen 2003 en 2015 fors afgenomen. Wel was in Nederland en Zweden tussen 2007 en 2011 een lichte stijging te zien, daarna daalt het weer verder. In 2015 liggen de percentages van de 4 landen dicht bij elkaar, variërend van 1% in Noorwegen tot 3,3% in Nederland.



Figuur 5. Dagelijks roken onder 15- en 16-jarige scholieren (%)(www.espad.org)

Het percentage jongeren dat tenminste éénmaal in het leven cannabis heeft gebruikt is in IJsland relatief gezien het sterkst afgenomen (zie Fig. 6). In Zweden schommelde het percentage rond de 7% en in Noorwegen nam het percentage tussen 1999 en 2011 af en steeg weer licht in 2015 naar 7%. In Nederland is het percentage veruit het hoogst, wel was tussen 2011 en 2015 een daling te zien van 27% naar 22%.



Figuur 6. Gebruik van cannabis ooit in het leven onder 15- en 16-jarige scholieren (%)
(www.espad.org)

Een opvallende bevinding rond cannabisgebruik in IJsland is dat het percentage gebruikers weliswaar laag is, maar dat onder 15- en 16-jarigen het frequent gebruik van cannabis is toegenomen. In 1995 had 0,7% van de jongeren 40 keer of vaker cannabis gebruikt. In 2015 is dit percentage verdrievoudigd naar 2,3%⁴⁵. Vergelijking met andere Europese landen laat zien dat IJsland ook het hoogst scoort van alle 35 landen als het gaat om de frequentie van cannabisgebruik onder gebruikers (14 keer in het afgelopen jaar, versus 11 keer in Nederland, 8 keer in Noorwegen en Zweden)⁶. Het percentage jongeren dat cannabis gebruik is in IJsland dus afgenomen, maar onder de cannabisgebruikers is de groep zware gebruikers relatief groot en toegenomen sinds 1995.

6.3 Onderzoek naar de effecten van het IJslandse preventiemodel

Een definitief antwoord op de vraag of het IJslandse model effectief is kan op basis van huidig onderzoek niet worden gegeven. Dat is niet zozeer te wijten aan de kwaliteit van de studies maar is inherent aan onderzoek naar 'real-life' interventies en effecten van beleidsmaatregelen en campagnes. Vaak worden meerdere maatregelen tegelijkertijd ingevoerd en kan beperkt worden gecontroleerd voor versturende variabelen die (ook) van invloed kunnen zijn op de uitkomstmaten. Zoals beschreven in hoofdstuk 5 zijn er in IJsland de afgelopen jaren preventieve campagnes uitgevoerd en zijn wetten ingevoerd om de beschikbaarheid van alcohol en tabak verder te beperken. Deze landelijk ingevoerde beleidsmaatregelen en campagnes hebben waarschijnlijk ook bijgedragen aan de daling van het alcohol- en tabaksgebruik. Wat en in welke mate precies heeft bijgedragen aan de trends kan niet met zekerheid worden vastgesteld.

Idealiter zou een gerandomiseerd gecontroleerd experiment moeten worden uitgevoerd, waarbij een willekeurig deel van de bevolking wordt blootgesteld aan de interventie en een vergelijkbare controle groep niet. Dat is echter meestal niet haalbaar. Een van de IJslandse studies¹⁴ gebruikt wel controlegemeenten, hetgeen iets sterkere conclusies toelaat met betrekking tot de vraag in hoeverre effecten kunnen worden toegeschreven aan het IJslandse preventiemodel. Echter, ook op basis van deze studie kan niet worden vastgesteld welke invloed het IJslandse model precies heeft gehad op de trends in het middelengebruik. De gemeenten zijn bijvoorbeeld niet willekeurig toegewezen aan de controle of experimentele conditie. Mogelijk zijn de gemeenten die met de interventie aan de slag wilden ook op andere vlakken al actief of gemotiveerder om iets aan het middelengebruik te doen. Voor het IJslands model geldt daarnaast dat het model meerdere componenten heeft en de uiteindelijke aanpak per gemeente verschilt. Er wordt namelijk lokaal gekeken waar de problemen liggen en daarvoor wordt vervolgens, in overleg met de lokale stakeholders, een specifieke aanpak ingezet. Dit maakt het lastig om vast te stellen welke (combinaties van) elementen uit de aanpak effectief zijn.

6.4 Conclusie

De trends in alcohol-, roken en enkele beschermende en risicofactoren waarop het IJslandse model zich richt hebben zich de afgelopen 15-20 jaar in een gunstige richting ontwikkeld.

Mogelijk heeft de implementatie van het IJslandse preventiemodel hieraan bijgedragen. Ook beleidsmaatregelen en campagnes hebben waarschijnlijk een rol gespeeld. Een aanwijzing hiervoor wordt bijvoorbeeld gevonden in de afname van de ervaren verkrijgbaarheid van alcohol⁴⁵. Daarnaast lijkt de dalende trend zich al in 1998, één jaar voor de introductie van het IJslandse model, te hebben ingezet. Zo was in 1998 42 % van de jongeren dronken geweest in de afgelopen 30 dagen, een jaar later was dit gedaald naar 35 % (zie Fig. 3).

Wat betreft de trend in alcoholgebruik laat vergelijking met Nederland, Noorwegen en Zweden zien dat in alle landen sprake is van een dalende trend maar dat het percentage gebruikers in IJsland in beduidend lager ligt. Wat betreft de dalende trend in tabak- en cannabisgebruik is IJsland niet uniek, in Noorwegen en Zweden is een vergelijkbare trend te zien. Ook is het percentage dagelijks rokers in 2015 vergelijkbaar met de andere landen en dit geldt ook voor het ooit gebruik van cannabis (met uitzondering van Nederland). Deze overeenkomstige trend wijst er mogelijk op dat andere landen ook effectieve maatregelen hebben genomen om het middelengebruik terug te dringen. Net als in IJsland hebben veel landen, waaronder Nederland, een reeks van maatregelen genomen en campagnes opgezet om het roken en alcoholgebruik onder jongeren verder terug te dringen. Dit betreft in Nederland bijvoorbeeld een verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak en alcohol van 16 naar 18 jaar in 2014, campagnes zoals NIX18, het stimuleren van het geheel rookvrij maken van scholen en een rookverbod in de horeca. Nederland springt er echter nog wel uit in vergelijking met de andere drie landen, het percentage jongeren dat alcohol drinkt of ooit cannabis heeft gebruikt is in de periode 2003-2015 in Nederland veruit het hoogst.

Tot slot laat de bevinding over de stijging van het aantal frequente cannabisgebruikers in IJsland zien dat het aantal gebruikers overall weliswaar afneemt maar dat er ook aandacht moet zijn voor de kleinere groep gebruikers die overblijft en mogelijk een risicogroep is voor problematisch gebruik. Ook in Nederland zien we bijvoorbeeld dat het aantal jongeren dat drinkt afneemt, maar als jongeren drinken dan drinken ze gemiddeld genomen nog altijd veel⁴⁶.

Hoewel de effectiviteit van het model moeilijk is vast te stellen aan de hand van onderzoek, is het aannemelijk dat het beïnvloeden van de wetenschappelijk onderbouwde beschermende en risicofactoren, aangevuld met landelijke maatregelen, een bijdrage heeft geleverd aan de daling in het middelengebruik. Een aanwijzing hiervoor is dat in de periode dat het gebruik van alcohol, tabak en cannabis daalde in IJsland, enkele beschermende factoren een stijging lieten zien en enkele risicofactoren een daling.

7 Wat is van belang bij de vertaling naar de Nederlandse situatie?

In het beleidsvormend leertraject onderzoeken het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) samen met zes Nederlandse gemeenten in hoeverre het IJslandse preventiemodel in Nederland kan worden geïmplementeerd. Dit vraagt om een culturele vertaling van een aantal verschillen tussen IJsland en Nederland. Hieronder beschrijven we de belangrijkste verschillen.

7.1 Verschillen tussen IJsland en Nederland

Geografische en culturele verschillen

IJsland heeft een kleine, homogene populatie van bijna 360.000 inwoners. Migranten komen voornamelijk uit andere Scandinavische landen of uit Polen of Litouwen⁴⁷. Nederland heeft een veel grotere populatie, van ongeveer 17,3 miljoen inwoners⁴⁸. Verder heeft Nederland een heterogene populatie, met mensen afkomstig uit veel verschillende landen en culturen. Verkend zal moeten worden of deze demografische verschillen van belang zijn bij de culturele vertaling en implementatie van het IJslandse model in Nederland.

Alcohol en sport

In het IJslandse preventiemodel worden jongeren gestimuleerd om deel te nemen aan vrije tijd activiteiten, waaronder sportactiviteiten. Studies naar Youth in Iceland zien een samenhang tussen deelname aan sportactiviteiten en minder middelengebruik onder jongeren. In Nederland is het echter niet duidelijk of dezelfde relatie bestaat. Op sportclubs wordt vaak in de kantine alcohol gedronken en is de naleving van de alcoholleeftijdsgrens laag^{49,50}. Sportclubs zijn dus mogelijk een omgeving waar jongeren juist meer in aanraking komen met middelen, voornamelijk alcohol.

Het is belangrijk om er voor te zorgen dat kinderen en jongeren kunnen sporten in een gezonde omgeving, liefst zonder aanwezigheid van alcohol of tabak. Veel sportverenigingen in Nederland zijn al (op weg naar) een rookvrij terrein. Ook maken steeds meer verenigingen en gemeenten afspraken over de tijden waarop alcohol mag worden geschonken. Op momenten dat er kinderen trainen of wedstrijden hebben, wordt dan bijvoorbeeld geen alcohol geschonken. Dit zijn manieren om jongeren de mogelijkheid te bieden om in een gezonde omgeving te sporten. Naast het stimuleren van jongeren om te sporten zou er dus ook voor gezorgd moeten worden dat de omgeving waarin dit plaats vindt zoveel mogelijk 'middelenvrij' is.

Verder benadrukt het ICSRA het belang van goede begeleiding van activiteiten voor jongeren. Sportactiviteiten in IJsland worden begeleid door professionals, die een rolmodel zijn voor de jongeren. In Nederland wordt veelal gebruik gemaakt van vrijwilligers. Professionalisering

van de begeleiding van activiteiten kan mogelijk bijdragen aan het versterken van het beschermende effect.

Ouderbetrokkenheid

Ouderbetrokkenheid is een belangrijke beschermende factor voor middelengebruik in IJsland. Uit de eerste verkenning in het beleidsvormend leertraject blijkt dat de ouderbetrokkenheid in Nederland op vergelijkbaar niveau is als in IJsland. Desondanks is het middelengebruik in Nederland hoger. Dit kan te maken hebben met de houding van de ouders ten aanzien van alcohol of met hun opvoedvaardigheden, onder andere in het stellen van grenzen.

Structuur van gemeenten en scholen

Gemeenten en scholen zijn belangrijke stakeholders in het IJslandse preventiemodel. In IJsland gaan kinderen naar school in de gemeente waar zij wonen, in Nederland is dit niet altijd het geval. Dit zorgt ervoor dat het bereiken van jongeren, zowel met de vragenlijsten als met preventieactiviteiten, een aandachtspunt is voor gemeenten in Nederland. Verkend kan worden of gemeenten waartussen veel uitwisseling van jongeren (woon-schoolverkeer) plaatsvindt, baat hebben bij een gezamenlijke aanpak.

Wetgeving

De wetten in IJsland zijn strenger dan in Nederland. De verkoopleeftijd voor alcohol is hoger en de beschikbaarheid van alcohol en sigaretten is beperkter. Het is lastig om de Nederlandse wetten te veranderen, zeker op korte termijn. In het kader van het nationaal preventieakkoord zijn afspraken gemaakt om de beschikbaarheid verder te beperken, maar zo streng als in IJsland zal het de komende periode in Nederland niet worden. Er zijn wel mogelijkheden om in Nederland de naleving van de huidige wetten te verbeteren. Zo is de naleving van de leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcohol en tabak onvoldoende. Juiste naleving van de leeftijdsgrens voor tabak, gemeten op diverse verkooppunten, was in Nederland 43,1% in 2016. De naleving van de leeftijdsgrens voor alcohol, gemeten op diverse verkooppunten, was in Nederland 37,7% in 2018⁵⁰. De naleving voor alcohol is voornamelijk laag in horecagelegenheden (17,5%), sportkantines (20,2%) en thuisbezorgkanalen (9,5%)⁵⁰. Het IJslandse preventiemodel kan een stimulans zijn voor gemeenten om de naleving van de leeftijdsgrens te verbeteren, zodat de beschikbaarheid van alcohol en tabak afneemt voor jongeren onder de 18 jaar.

Monitoring

Het middelengebruik onder jongeren wordt in Nederland op nationaal en lokaal niveau gemonitord. Op nationaal niveau wordt elke twee jaar het middelengebruik van kinderen en tieners in kaart gebracht via de Leefstijlmonitor (op basis van het Peilstationsonderzoek naar middelen onder scholieren en de internationale monitor Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Ook wordt elke vier jaar deelgenomen aan het Europese ESPAD-onderzoek onder 15-/16-jarige scholieren, ten behoeve van internationale vergelijking (www.espad.org). Op lokaal niveau voeren regionale GGD'en elke vier jaar de Jeugdmonitor uit, in leerjaar 2 en 4 van het voortgezet onderwijs (VO). In 2019 worden daarin door het merendeel van de GGD' en alle scholen voor VO in de regio meegenomen. Hierdoor zijn eens in de vier jaar op gemeentelijk niveau cijfers beschikbaar. Daarnaast neemt de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de meeste regio's in Nederland vragenlijsten af in leerjaar 2 en 4 van het voortgezet onderwijs in het kader van het contactmoment scholieren.

Bij een bredere implementatie van het IJslandse model is het waardevol om de IJslandse wijze van monitoren toepasbaar te maken voor of te integreren in bestaande monitoringssystemen in Nederland. Gedurende het leertraject (2018-2021) worden relevante monitoringspartners uitgenodigd om hierover mee te denken.

7.2 Conclusie

Tussen IJsland en Nederland zijn veel verschillen. Het IJslandse preventiemodel kan dus niet één op één worden overgenomen in Nederland. In het beleidsvormend leertraject én de landelijke verkenning wordt onderzocht op welke manier de vertaalslag van het IJslandse model kan worden gemaakt naar de Nederlandse situatie. Hierbij gaat het om alle onderdelen van het IJslandse model, dus de monitoring, de presentatie van resultaten, het voeren van een dialoog op lokaal niveau en het implementeren van maatregelen. We proberen hierbij vast te houden aan de kern van het IJslandse preventiemodel op een manier die aansluit bij de Nederlandse cultuur en situatie. Met deze informatie en kennis ontwikkelen we in de periode 2018-2021 een visie op de toegevoegde waarde van (elementen van) het IJslandse model en hoe deze kan worden geïmplementeerd in de Nederlandse situatie.

8 Conclusie

Het doel van dit literatuuronderzoek is het beschrijven van:

- (1) de ingrediënten waaruit de IJslandse aanpak bestaat,
- (2) de veronderstelde werkingsmechanismen en effecten en de huidige wetenschappelijke kennis hierover,
- (3) de effecten die in onderzoek naar het IJslandse model gevonden zijn en de sterkte van de evidentie hiervoor,
- (4) de aspecten die van belang zijn bij vertaling van de aanpak naar Nederland.

8.1 Ingrediënten IJslandse aanpak

De IJslandse aanpak bestaat uit een aantal belangrijke onderdelen. Ten eerste zijn drie kernelementen belangrijk in de aanpak:

- Theorie-gedreven. De aanpak is gebaseerd op diverse sociale theorieën.
- Evidence-based. De domeinen en bijbehorende factoren zijn geselecteerd op basis van wetenschappelijke literatuur. Op basis van jaarlijkse cijfers over deze factoren wordt een lokale aanpak ontwikkeld.
- Community-based. De samenwerking op lokaal niveau tussen onderzoek, beleid en praktijk. Gedurende het proces wordt een dialoog aangegaan met lokale stakeholders die samen werken aan de preventie van middelengebruik onder jongeren in hun community.

Naast de kernelementen is de werkwijze ook een belangrijk onderdeel van de IJslandse aanpak. Jaarlijks herhaalt zich de cyclus van het monitoren van factoren onder jongeren, terugkoppeling van de resultaten en het opgang brengen van een dialoog met lokale stakeholders, het gezamenlijk vormen van beleid en vervolgens het uitvoeren van het beleid. Vervolgens wordt de jaarlijkse monitor gebruikt om de uitkomsten van de maatregelen te evalueren.

In de komende periode gaan we in gesprek met diverse, landelijke stakeholders om te verkennen welke van de ingrediënten al in Nederland aanwezig zijn en welke ingrediënten mogelijk kunnen worden toegevoegd om bij te dragen aan een verbetering van het Nederlandse preventiebeleid op het gebied van middelengebruik onder jongeren.

8.2 Werkingsmechanismen

De werkingsmechanismen in het IJslandse preventiemodel richten zich op het creëren van een gezonde omgeving die is ingericht om middelengebruik door jongeren te voorkomen. Dit wordt gedaan door het beïnvloeden van beschermende en risicofactoren binnen vier domeinen: gezin, peergroep (vrienden en leeftijdsgenoten), school en vrije tijd.

In hoofdstuk 3 verkenden we of de beschermende en risicofactoren in het IJslandse model een relatie hebben met middelengebruik volgens de internationale literatuur, wat voor het merendeel van de factoren zo bleek te zijn. De relatie met middelengebruik verschilt wel bij een aantal factoren, zoals bij de relatie tussen alcoholgebruik en sportdeelname in meerdere landen. Of deze relaties ten positieve kunnen worden veranderd, bijvoorbeeld door middel van strenger alcoholbeleid bij sportverenigingen, zal moeten blijken in het leertraject.

De veronderstelde werkingsmechanismen zijn dus gebaseerd op het versterken van beschermende factoren en het verminderen of elimineren van risicofactoren in de omgeving van jongeren. Deze factoren zijn wetenschappelijk onderbouwd.

8.3 De effectiviteit van het IJslandse preventiemodel

Zoals beschreven in hoofdstuk 6, ontwikkelden de trends in alcoholgebruik, roken en enkele beschermende en risicofactoren van het IJslandse model zich in de afgelopen 15-20 jaar in een gunstige richting. In de periode dat het gebruik van alcohol, tabak en cannabis daalde in IJsland, was een stijging in enkele beschermende factoren en een daling in enkele risicofactoren zichtbaar. Hoewel de effectiviteit van het model moeilijk is vast te stellen aan de hand van onderzoek, is het aannemelijk dat het beïnvloeden van de weten-schappelijk onderbouwde beschermende en risico-factoren, aangevuld met landelijke maatregelen, een bijdrage heeft geleverd aan de daling in het middelengebruik.

8.4 Mogelijke vertaalbaarheid naar Nederland

In hoofdstuk 7 bespraken we een aantal aspecten die mogelijk van belang zijn bij de vertaling naar de Nederlandse situatie. IJsland en Nederland vertonen bijvoorbeeld geografische en culturele verschillen, hebben een verschil in sportcultuur, ouderbetrokkenheid, monitoring en de structuur van gemeenten. Het IJslandse preventiemodel kan dus niet één op één worden overgenomen in Nederland. In het beleidsvormend leertraject én de landelijke verkenning wordt onderzocht op welke manier de vertaalslag van het IJslandse model kan worden gemaakt naar een Nederlandse situatie. Met deze informatie en kennis ontwikkelen we een visie op de toegevoegde waarde van (onderdelen van) het IJslandse model en op welke manier het kan worden geïmplementeerd in de Nederlandse situatie.

Literatuur

1. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson ÁL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model. *Health Promot Int.* 2009;24(1):16-25. doi:10.1093/heapro/dan038.
2. Sigfusdottir ID, Kristjansson AL, Gudmundsdottir ML, Allegrante JP. Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Glob Health Promot.* 2011;18(3):23-26. doi:10.1177/1757975911412403.
3. Jón Sigfússon. Evidence based primary prevention: 20 years of success. *Work Planet Youth* - 30/31 maggio 2018. 2018.
4. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Thorlindsson T, Mann MJ, Sigfusson J, Allegrante JP. Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction.* 2016;111(4):645-652. doi:10.1111/add.13248.
5. Kraus L, Seitz NN, Piontek D, et al. "Are The Times A-Changin"? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction.* 2018. doi:10.1111/add.14201.
6. Kraus L, Guttormsson U, Leifman H, et al. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.; 2015. doi:10.2810/86718.
7. Sigfusdottir ID, Kristjansson AL, Gudmundsdottir ML, Allegrante JP. A collaborative community approach to adolescent substance misuse in Iceland. *Int Psychiatry - RC PSYCH.* 2010;721(4):86.
8. Sigfusdottir ID, Kristjansson AL, Thorlindsson T, Allegrante JP. Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995-2006. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008;3:12. doi:10.1186/1747-597X-3-12.
9. Sigfusdottir ID. Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents : The Youth in Europe Study Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents : The Youth in. 2013;83(SEPTEMBER). doi:10.1111/josh.12079.
10. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *Am J Sociol.* 1988;94:S95-S120. doi:10.1037/0012-1649.22.6.723.
11. Thorlindsson T, Bernburg JG. Peer groups and substance use: Examining the direct and interactive effect of leisure activity. *Adolescence.* 2006;41(162).
12. Thorlindsson T, Bjarnason T, Sigfusdottir ID. Individual and community processes of social closure: A study of Adolescent academic achievement and alcohol use. *Acta Sociol.* 2007;50(2):161-178. doi:10.1177/0001699307077657.
13. Ince D, van Yperen T, Valkestijn M. Top Tien Beschermende Factoren Voor Een Positieve Ontwikkeling van Jeugdigen. Utrecht; 2018.
14. Kristjansson AL, James JE, Allegrante JP, Sigfusdottir ID, Helgason AR. Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Prev Med (Baltim).* 2010;51(2):168-171. doi:10.1016/j.ypmed.2010.05.001.

15. Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI, Ryan M, Jorm F, Lubman I. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(9):774-783. doi:10.1080/00048674.2010.501759.
16. Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*. 2017;112(7):1142-1162. doi:10.1111/add.13785.
17. Sharmin S, Kypri K, Khanam M, et al. Effects of parental alcohol rules on risky drinking and related problems in adolescence: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2017;178(May):243-256. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.011.
18. Koning IM, Engels RCME, Verdurmen JEE, Vollebergh WAM. Alcohol-specific socialization practices and alcohol use in Dutch early adolescents. *J Adolesc*. 2010;33(1):93-100. doi:10.1016/j.adolescence.2009.05.003.
19. de Looze M, van den Eijnden R, Verdurmen J, et al. Parenting Practices and Adolescent Risk Behavior: Rules on Smoking and Drinking Also Predict Cannabis Use and Early Sexual Debut. *Prev Sci*. 2012;13(6):594-604. doi:10.1007/s11121-012-0286-1.
20. Harakeh Z, Scholte RHJ, De Vries H, Engels RCME. Parental rules and communication: Their association with adolescent smoking. *Addiction*. 2005;100(6):862-870. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01067.x.
21. Rossow I, Keating P, Felix L, Mccambridge J. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*. 2016;111(2):204-217. doi:10.1111/add.13097.
22. Smit K, Monshouwer K, Van Leeuwen L. *Zien Drinken Doet Drinken?* Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
23. Smit K, Otten R, Voogt C, Kleinjan M, Engels R, Kuntsche E. Exposure to drinking mediates the association between parental alcohol use and preteen alcohol use. *Addict Behav*. 2018;87(July):244-250. doi:10.1016/j.addbeh.2018.07.026.
24. Vermeulen-Smit E, Koning IM, Verdurmen JEE, Van der Vorst H, Engels RCME, Vollebergh WAM. The influence of paternal and maternal drinking patterns within two-partner families on the initiation and development of adolescent drinking. *Addict Behav*. 2012;37(11):1248-1256. doi:10.1016/j.addbeh.2012.06.005.
25. Bommel   J, van Laar M, Kleinjan M. *Zien Roken, Doet Roken?* Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
26. Hanewinkel R, Isensee B. Risk factors for e-cigarette, conventional cigarette, and dual use in German adolescents: A cohort study. *Prev Med (Baltim)*. 2015;74(October 2010):59-62. doi:10.1016/j.ypmed.2015.03.006.
27. Lee KTH, Vandell DL. Out-of-School-Time and Adolescent Substance Use. *J Adolesc Heal*. 2015;57(5):523-529.
28. Leung RK, Toumbourou JW, Hemphill SA, et al. The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *J Res Adolesc*. 2014;23(4):426-457. doi:10.1080/17437199.2011.587961.
29. Visser L, de Winter AF, Veenstra R, Verhulst FC, Reijneveld SA. Alcohol use and abuse in young adulthood: Do self-control and parents' perceptions of friends during adolescence modify peer influence? The TRAILS study. *Addict Behav*. 2013;38(12):2841-2846. doi:10.1016/j.addbeh.2013.08.013.
30. Thorlindsson T, Vilhj  lmsson R. Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence*. 1991;26(June 2014).

31. Kristjánsson AL, Sigfusdóttir ID, Allegrante JP, Helgason AR. Social correlates of cigarette smoking among Icelandic adolescents: A population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2008;8:1-8. doi:10.1186/1471-2458-8-86.
32. Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School Effects on Young People's Drug Use: A Systematic Review of Intervention and Observational Studies. *J Adolesc Heal*. 2008;42(3):209-220. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.09.020.
33. Jonsson RM. Prevention in Iceland – Success and Setting the scene - Presentation. 2018.
34. Kristjánsson ÁL, Sigfusdóttir ID, Allegrante JP. Adolescent substance use and peer use: a multilevel analysis of cross-sectional population data. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8(1):27. doi:10.1186/1747-597X-8-27.
35. Kwan M, Bobko S, Faulkner G, Donnelly P, Cairney J. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addict Behav*. 2014;39(3):497-506. doi:10.1016/j.addbeh.2013.11.006.
36. Audrain-McGovern J, Rodriguez D. All Physical Activity May Not Be Associated with a Lower Likelihood of Adolescent Smoking Uptake. *Addict Behav*. 2015;51:177-183.
37. Kristjánsson AL. Concepts and Measures in the 2006 and 2008 Youth in Europe Questionnaires. Reykjavik: Icelandic Centre for Social Research and Analysis; 2008.
38. Kristjánsson AL, Sigfusdóttir ID, Karlsson T, Allegrante JP. The Perceived Parental Support (PPS) Scale: Validity and reliability in the 2006 youth in Europe substance use prevention survey. *Child Indic Res*. 2011;4(3):515-528. doi:10.1007/s12187-010-9095-x.
39. Jónsson RM, Kristjánsson S. Alcohol policy and public opinion in Iceland, 1989-2012. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2013;30(6):539-549. doi:10.2478/nsad-2013-0050.
40. Law No. 96/1995 on alcohol and tobacco tax. Íslandse overheid. https://www.government.is/media/fjarmalaraduneyti-media/media/log-reglur/Act_no_96_1995.pdf. Published 2012. Accessed February 20, 2019.
41. Vínbúðin. Brief history of ÁTVR. ÁTVR. https://www.vinbudin.is/english/home/um_atvr/saga-atvr/history-of-atvr.aspx. Accessed February 20, 2019.
42. Iceland's First Report on the Application of the United Nations Convention on the Rights of the Child of 20th November 1989. Íslandse overheid. <https://www.government.is/publications/reports/report/1998/05/05/Iceland's-First-Report-on-the-Application-of-the-United-Nations-Convention-on-the-Rights-of-the-Child-of-20th-November-1989/>. Published 1998. Accessed May 8, 2019.
43. Child Protection Act, No. 80/2002. Íslandse overheid. <https://www.government.is/publications/legislation/lex/2003/01/24/Child-Protection-Act-No.-80-2002/>. Published 2002. Accessed May 8, 2019.
44. ICSRA. Substance use in Iceland 1997-2018. Planet Youth. <https://planetyouth.org/>. Published 2018. Accessed October 31, 2018.
45. Arnarsson A, Kristofersson GK, Bjarnason T. Adolescent alcohol and cannabis use in Iceland 1995-2015. *Drug Alcohol Rev*. 2017. doi:10.1111/dar.12587.
46. Stevens G, van Dorsselaer S, Boer M, et al. Gezondheid En Welzijn van Jongeren in Nederland. Vol Publicatie.; 2018. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/HBSC_2017.
47. Statistics Iceland. The population increased by 1, 420 in the 4th quarter of 2018. <https://www.statice.is/publications/news-archive/inhabitants/population-in-the-4th-quarter-2018/>. Published 2019. Accessed February 21, 2019.

48. Centraal Bureau voor Statistiek. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83474ned/table?ts=1550743516202>. Published 2019. Accessed February 21, 2019.
49. van Laar MW, van Gestel B, Cruts AAN, et al. Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2018. Utrecht; 2018.
50. Wolters T, van Amerongen G, Geerlings M, et al. Landelijk Onderzoek Naar de Naleving van de Leeftijdsgrens Bij Alcoholverkoop Aan Minderjarigen in 2018. Nijmegen; 2018.

