

Advies preventieaanpak Experiment Gesloten Coffeeshopketen

28 mei 2020



Advies preventieaanpak Experiment Gesloten Coffeeshopketen

28 mei 2020

Colofon

Auteurs

drs. Marjan Möhle

dr. Desirée Spronk

dr. Lonneke van Leeuwen

Met dank aan

De preventiewerkers die de online vragenlijst hebben ingevuld en de medewerkers van gemeenten die hebben deelgenomen aan de interviews.

Tevens dank aan Margriet van Laar, Ferry Goossens en Ninette van Hasselt (Trimbos-instituut) voor hun commentaar op een eerdere versie van dit rapport.

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.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer **AF1776**.

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Aanpak en opzet	6
1.3 Leeswijzer	7
2 Onderzoeksmethoden	9
2.1 Literatuuronderzoek	9
2.2 Telefonische interviews medewerkers gemeenten	9
2.3 Online vragenlijst preventiewerkers	10
Respons en achtergrondinformatie van respondenten	10
2.4 Werksessie preventie op bijeenkomst experimentgemeenten	11
3 Doelgroepen	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Aanpak	13
3.2.1 Literatuuronderzoek	13
3.2.2 Interviews beleidsmedewerkers experimentgemeenten	15
3.2.3 Online vragenlijst preventiewerkers	15
3.2.4 Werksessie preventie	15
3.3 Resultaten	15
4 Interventies	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Aanpak	21
4.2.1 Databank inventarisatie	21
4.2.2 Interviews met beleidsmedewerkers	22
4.2.3 Online vragenlijst	22
4.3 Resultaten	22
4.3.1 Databank inventarisatie	22
4.3.2 Resultaten online vragenlijst	28
4.3.2 Resultaten interviews met beleidsmedewerkers	28
5 Voorwaarden voor een preventieaanpak	29
5.1 Inleiding	29
5.2 Aanpak	29
5.3 Resultaten	30
5.3.1 Resultaten interviews medewerkers gemeenten	30
5.3.2 Knelpunten uit werksessie preventie	32
5.3.3 Resultaten online vragenlijst preventiewerkers	33

6 Conclusie en aanbevelingen	35
6.1 Beantwoording onderzoeksvragen	35
6.2 Aanbevelingen	39
Inzet en opschaling interventies	39
Afstemming met deelnemende gemeenten	40
Afstemming met instellingen voor verslavingszorg (IVZ) en GGD	42
Communicatie naar media, preventiestakeholders en ouders	42
Monitoring	43
 Literatuur	 45
 Bijlage 1 Topiclist interviews gemeenten	 49
 Bijlage 2 Online vragenlijst preventiewerkers	 51
 Bijlage 3 Opmerkingen mbt houding en haalbaarheid interventies	 57

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) (hierna: 'de ministeries') werken samen aan het vormgeven van het in het regeerakkoord 2017-2021 afgesproken Experiment Gesloten Coffeeshopketen (hierna kortweg 'het experiment' genoemd). In dit regeerakkoord is aangekondigd dat er wet- en regelgeving komt ten behoeve van "uniforme experimenten met het gedoogd telen van wiet voor recreatief gebruik. (...) Doel van de experimenten is om te bezien of en hoe op kwaliteit gecontroleerde wiet gedecriminaliseerd aan de coffeeshops toegeleverd kan worden (gesloten coffeeshopketen) en wat de effecten hiervan zijn" (Rutte, van Haersma Buma, Pechtold & Segers, 2017). Hierbij wil het kabinet bekijken wat de effecten daarvan zijn op de openbare orde, criminaliteit, overlast en volksgezondheid.

Bij de voorbereiding van het experiment heeft de Adviescommissie Experiment Gesloten Coffeeshopketen (de commissie Knottnerus) een belangrijke rol gespeeld in het adviseren van de overheid ten aanzien van o.a. regelgeving, randvoorwaarden en evaluatie van het experiment (Adviescommissie Experiment Gesloten Coffeeshopketen, 2018). Ook heeft de commissie geadviseerd over de selectie van 10 gemeenten die deelnemen aan het experiment (Almere, Arnhem, Breda, Groningen, Heerlen, Hellevoetsluis, Maastricht, Nijmegen, Tilburg en Zaanstad) en de 7 gemeenten (Helmond, Hoorn, Lelystad, Midden-Groningen, Roermond, Tiel en Zutphen) die als controlegemeente dienen. Het advies over de deelnemende gemeenten is overgenomen, het advies ten aanzien van de controlegemeenten is door de bewindspersonen doorgeleid naar de onderzoekers die het experiment zullen evalueren.

In haar advies stelde de commissie vast dat regulering bijdraagt aan "de overtuiging dat er een goed gecontroleerd product legaal beschikbaar is, waardoor consumenten afzien van het kopen van een ongecontroleerd product op de illegale markt". Volgens de commissie kan regulering "... er tegelijkertijd toe leiden dat het beeld ontstaat dat cannabis veilig en dus niet schadelijk is voor de gezondheid, omdat de overheid toeziet op de kenmerken en de kwaliteit van het product. Daardoor kan het gebruik in theorie toenemen. Dat kan ook gebeuren wanneer wordt gestuurd op voor de gezondheid minder schadelijke manieren van gebruik dan roken." In het advies wordt deze aanname niet nader onderbouwd. De commissie concludeert: "Om deze redenen is het van belang dat de 'interventie' gepaard gaat met preventieve aandacht voor de gezondheidsschade die zowel cannabisgebruik als roken kan veroorzaken." (Adviescommissie Experiment Gesloten Coffeeshopketen, 2018).

In lijn met dit advies van de commissie willen de betrokken ministeries dat er een plan opgesteld wordt voor de genoemde preventieve aandacht gedurende het experiment. Hiermee willen de ministeries inzetten op het voorkomen c.q. verminderen van het gebruik van cannabis en problemen gerelateerd aan het gebruik van cannabis.

De ministeries hebben het Trimbos-instituut gevraagd om te adviseren over een preventieaanpak die bijdraagt aan het voorkomen van (een eventuele stijging van) cannabisgebruik ten tijde van het experiment. Dit advies dient gebaseerd te zijn op wat er uit de literatuur bekend is over het voorkomen en verminderen van (problemen gerelateerd aan) cannabisgebruik en dient aan te sluiten bij bestaande programma's en interventies. De ontwikkeling van nieuwe interventies valt daarmee buiten beschouwing.

De volgende vragen werden hierbij door de ministeries gesteld:

1. Welke risicogroepen dienen benaderd te worden binnen een preventieve aanpak (wat is er bekend op basis van literatuur- en prevalentieonderzoek)?
2. Welke instrumenten/interventies kunnen ingezet worden om deze groepen te bereiken?
3. Hoe sluit dit aan bij de reguliere, bestaande aanpak?
4. Op welke manier en door welke partijen kunnen die interventies worden uitgevoerd?
5. Welke kosten zijn daarmee gemoeid?

1.2 Aanpak en opzet

In de beginfase is vastgesteld dat de te ontwikkelen preventieaanpak zich niet alleen zou moeten richten op de experimentgemeenten (en eventueel de controlegemeenten), maar dat er ook landelijk extra op preventie ingezet moet worden. Dit omdat het experiment mogelijk ook de percepties over cannabis beïnvloedt buiten de experimentele gemeenten.

Het onderzoeken van de veronderstelling óf het experiment ook daadwerkelijk kan bijdragen aan een toename in cannabisgebruik was geen onderdeel van het advies.

In de oorspronkelijke onderzoeksopzet was een stappenplan geformuleerd om de onderzoeksvragen mee te beantwoorden. Deze stappen gingen uit van de situatie dat er na een inventarisatie van de relevante doelgroepen en beschikbare interventies, één of meer concrete preventiemaatregelen geadviseerd zouden kunnen worden. Echter, een advies op dit niveau bleek niet mogelijk. Er was onvoldoende informatie over de interventies beschikbaar en veel gemeenten waren zich nog aan het oriënteren op de doelgroepen en mogelijkheden voor preventie (in hoofdstuk 6 wordt hier nader op ingegaan). Er heeft daarom een wijziging in de oorspronkelijke onderzoeksopzet plaats gevonden om te komen tot een advies op een globaler niveau.

Voor het beantwoorden van de vijf onderzoeksvragen is er gebruik gemaakt van drie onderzoeksmethoden: 1) literatuuronderzoek, 2) telefonische interviews met beleidsmedewerkers van gemeenten en 3) online vragenlijst onder preventiewerkers. Tevens is er gebruik gemaakt van gespreksverslagen uit de werksessie Preventie op de door VWS en J&V georganiseerde bijeenkomst voor experimentgemeenten op donderdag 13 februari 2020. Zie hoofdstuk 2 voor een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksmethoden.

1.3 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgedeeld. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte onderzoeksmethoden toegelicht. In hoofdstuk 3 worden de doelgroepen waarop cannabispreventie zich zou kunnen richten in kaart gebracht (**onderzoeksvraag 1**). Hoofdstuk 4 beschrijft de verschillende soorten interventies en maatregelen voor preventie die in Nederland beschikbaar zijn en bekend zijn bij gemeenten en preventiewerkers. Tevens wordt hier een totaaloverzicht gegeven van interventies en maatregelen voor preventie met de bijbehorende setting en eventuele classificatie met betrekking tot effectiviteit (**onderzoeksvragen 2 en 3**). Hoofdstuk 5 gaat nader in op de bestaande aanpak en mogelijkheden met betrekking tot de uitvoering van deze interventies (**onderzoeksvraag 4**). Omdat er tijdens het onderzoek diverse belemmerende en bevorderende factoren aan de orde kwamen is de informatie hierover gebundeld in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 bevat de conclusie met de beantwoording van de onderzoeksvragen. Ook wordt hier nader ingegaan op de mogelijkheden om de kosten van de interventies in kaart te brengen (**onderzoeksvraag 5**). Ten slotte worden de onderzoeksresultaten vertaald naar meer concrete aanbevelingen.

2 Onderzoeksmethoden

Voor dit onderzoek zijn verschillende bronnen gebruikt, namelijk bestaande literatuur, telefonische interviews met medewerkers van gemeenten, het verslag van een werksessie op een bijeenkomst met experimentgemeenten en een online vragenlijst onder preventiewerkers. Hieronder wordt de onderzoeksmethode per bron verantwoord.

2.1 Literatuuronderzoek

Voor het in kaart brengen van doelgroepen (hoofdstuk 3) is er gebruik gemaakt van prevalentiecijfers uit de Nationale Drug Monitor (2019) en het overzicht van risicofactoren uit de Strategische Verkenning Cannabispreventie (2018). Deze bronnen zijn, waar relevant, aangevuld met meer specifieke literatuur over gezondheidsrisico's en prevalentie.

Voor het in kaart brengen van interventies is er gebruik gemaakt van bestaande interventiedatabanken: Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het Nederlands Jeugdinstituut; de interventiedatabase Loket Gezond Leven (LGL) van het RIVM; de Databank Sociale interventies (DSI) van Movisie; databank Justitiële Interventies (JI) van de Erkeningscommissie Justitiële Interventies. De Europese Xchange prevention registry van het EMCDDA is aanvullend geraadpleegd. Hieruit zijn alleen interventies opgenomen waarvan duidelijk is dat deze ook in Nederland toegepast worden.

Uit de literatuur is informatie verzameld over mogelijke doelgroepen (onderzoeksvraag 1, hoofdstuk 3), interventies en bestaande aanpak (onderzoeksvragen 2 en 3, hoofdstuk 4) en mogelijkheden voor uitvoering en bijkomende randvoorwaarden (onderzoeksvraag 4, hoofdstuk 5).

2.2 Telefonische interviews medewerkers gemeenten

Om het gemeentelijk perspectief in kaart te brengen zijn er interviews afgenomen met beleidsmedewerkers/beleidsadviseurs werkzaam bij de gemeenten die voornemens zijn mee te doen aan het Experiment Gesloten Coffeeshopketen: Almere, Arnhem, Breda, Groningen, Heerlen, Nijmegen, Zaandam, Hellevoetsluis, Maastricht en Tilburg.

Alle gesprekken zijn telefonisch afgenomen en er is gebruik gemaakt van een topiclijst met 12 vragen (bijlage 1). De beleidsmedewerkers hebben allen de vragen van tevoren toegestuurd gekregen. De interviews zijn tijdens het gesprek zoveel mogelijk woordelijk uitgetypt en daarna anoniem verwerkt. De interviews duurden 30 tot 40 minuten en hebben plaatsgevonden in de periode van 20 februari 2020 t/m 19 maart 2020. Eén keer betrof het een dubbelinterview omdat twee medewerkers van één gemeente met aanvullende expertise zich aanmeldde voor het gesprek. In totaal is er dus met 11 personen uit de 10 experimentgemeenten gesproken.

Van de 11 geïnterviewden zijn er 8 werkzaam als beleidsmedewerkers/adviseur op het domein maatschappelijke opvang/volksgezondheid/preventie en 3 werken voor het domein veiligheid. De beleidsmedewerkers vanuit het domein veiligheid zijn betrokken op het onderwerp middelenpreventie vanwege hun rol als portefeuillehouder van het experiment. In sommige gevallen gaf de geïnterviewde aan vooraf overleg gehad te hebben met een preventiewerker die werkzaam is in de gemeente.

De geïnterviewden zijn gevraagd naar het huidige aanbod van activiteiten in het kader van cannabispreventie binnen hun gemeente, welke doelgroepen extra aandacht behoeven tijdens het experiment en wat de verwachtingen van de gemeenten zijn ten aanzien van het experiment. Tevens is er gevraagd naar faciliterende en beperkende factoren wanneer er vanuit landelijk beleid het verzoek komt om extra in te zetten op cannabispreventie.

De informatie uit de interviews is gebruikt voor het beantwoorden van de vragen over mogelijke doelgroepen (onderzoeksvraag 1, hoofdstuk 3), interventies en bestaande aanpak (onderzoeksvragen 2 en 3, hoofdstuk 4) en mogelijkheden voor uitvoering en bijkomende randvoorwaarden (onderzoeksvraag 4, hoofdstuk 5).

2.3 Online vragenlijst preventiewerkers

Om informatie te verzamelen t.b.v. dit advies is er een online vragenlijst uitgezet onder professionals die in de afgelopen 5 jaar aan cannabispreventie hebben gewerkt.

Respondenten zijn geworven via een bericht in de Trimbos Update (een nieuwsbrief voor preventiewerkers die werken aan middelenpreventie), via een mailing vanuit de programmalijn Preventie en vroegsignalering van Verslavingskunde Nederland en via de LinkedIn-netwerken van de onderzoekers.

Respons en achtergrondinformatie van respondenten

In totaal is de vragenlijst 13 keer ingevuld. Van de respondenten identificeerden er 12 zich als preventiewerker bij één van de 12 Nederlandse instellingen voor verslavingszorg (IVZ) die verslavingspreventie uitvoeren. Zij waren afkomstig uit 6 verschillende IVZ.

Eén respondent identificeerde zich als trainer voor coffeeshoppersoneel. Voor het leesgemak worden deze respondenten hier allen verder aangeduid als preventiewerkers.

Negen respondenten gaven aan dat de organisatie waar zij werkzaam zijn (ook) werkt voor een gemeente die meedoet aan het Experiment Gesloten Coffeeshopketen.

Via de online vragenlijst is informatie verzameld over mogelijke doelgroepen (onderzoeksvraag 1, hoofdstuk 3), interventies en bestaande aanpak (onderzoeksvragen 2 en 3, hoofdstuk 4) en mogelijkheden voor uitvoering en bijkomende randvoorwaarden (onderzoeksvragen 3 en 4, hoofdstuk 5).

2.4 Werksessie preventie op bijeenkomst experimentgemeenten

Op donderdag 13 februari 2020 is er in Utrecht door de ministeries VWS en J&V een bijeenkomst gehouden voor de gemeenten die voornemens zijn deel te nemen aan het Experiment Gesloten Coffeeshopketen. Onderdeel van deze bijeenkomst was een werksessie over preventie. Hier waren verschillende beleidsmedewerkers uit de 10 'experimentgemeenten' bij aanwezig. Alhoewel de ministeries de gemeenten hadden gevraagd om ook medewerkers op het gebied van preventie te laten deelnemen aan deze sessie, waren de aanwezige beleidsmedewerkers, met uitzondering van 2 personen, voornamelijk werkzaam bij de afdelingen communicatie en veiligheid.

Na een introductie over cannabispreventie, zijn in werkgroepen drie verschillende thema's besproken: 1) preventie in en rond de coffeeshop, 2) aanzuigende werking experiment, 3) kwetsbare groepen. Daar waar de bevindingen uit de werkgroepen bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen, zijn er passages uit het verslag opgenomen in dit rapport.

Uit de werksessie is informatie gebruikt over mogelijke doelgroepen (onderzoeksvraag 1, hoofdstuk 3), bestaande aanpak (onderzoeksvraag 3), en mogelijkheden voor uitvoering en bijkomende randvoorwaarden voor een preventieaanpak (onderzoeksvraag 4, hoofdstuk 5).

3 Doelgroepen

3.1 Inleiding

De eerste vraag vanuit de ministeries betrof welke doelgroepen benaderd dienen te worden binnen de preventieaanpak Experiment Gesloten Coffeeshopketen. Hierbij kan gedacht worden aan doelgroepen waarbinnen de prevalentie van (problematisch) cannabisgebruik relatief hoog ligt vergeleken met de algehele populatie, doelgroepen die vanwege bepaalde (gezondheids-) risico's extra beschermd dienen te worden en doelgroepen waarbinnen risicofactoren voor problematisch cannabisgebruik cumuleren.

3.2 Aanpak

De vraag over mogelijke doelgroepen wordt in dit hoofdstuk beantwoord aan de hand van vier onderzoeksmethoden.

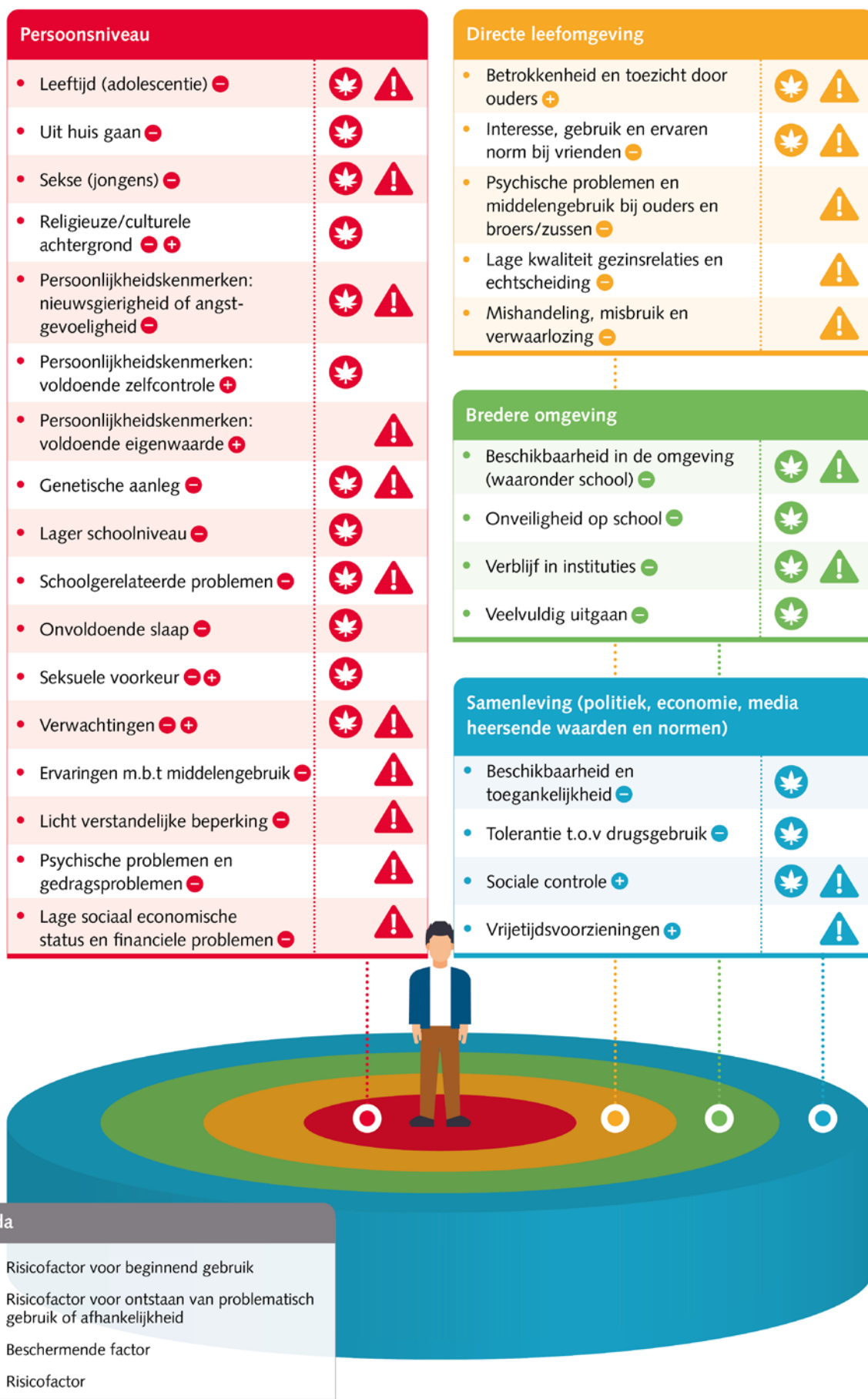
3.2.1 Literatuuronderzoek

Het belangrijkste kader voor het literatuuronderzoek naar relevante doelgroepen voor cannabispreventie wordt gevormd door de risico- en beschermende factoren uit het cumulatief risicomodel (Hermanns, 2009). Dit model is ook gebruikt in de Strategische Verkenning Cannabispreventie van het Trimbos-instituut (2018).

Volgens dit model ontstaan problemen vooral wanneer er meerdere risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn en er onvoldoende tegenwicht is vanuit de beschermende factoren. In figuur 1 is een overzicht opgenomen van de risico- en beschermende factoren die samenhangen met het beginnen met cannabisgebruik en/of met problematisch cannabisgebruik (bronnen: Van Hasselt e.a., 2010; Wits e.a., 2012; en WHO, 2016). De factoren bestaan op verschillende niveaus: persoon, directe omgeving, bredere omgeving en de samenleving.

Figuur 1: Overzicht risico- en beschermende factoren (problematisch) cannabisgebruik.

Dit is een bewerkte versie van figuur 1 uit de Strategische Verkenning Cannabispreventie uit 2018.



De op de vorige pagina genoemde risicofactoren zijn afkomstig uit internationale studies. Ten behoeve van dit advies is aanvullend per factor nader bekeken of er ook in Nederland evidentie is voor samenhang tussen de betreffende factor en (problematisch) cannabisgebruik.

3.2.2 Interviews beleidsmedewerkers experimentgemeenten

Aan de geïnterviewde beleidsmedewerkers is gevraagd of er volgens hen bepaalde groepen zijn die extra aandacht behoeven tijdens het experiment en zo ja, welke doelgroepen dat zijn en waarom juist zij extra aandacht behoeven. De antwoorden van de gemeenten zijn door middel van G1 t/m G10 gecodeerd weergegeven.

3.2.3 Online vragenlijst preventiewerkers

Aan de preventiewerkers is via de online vragenlijst gevraagd voor welke groepen er een (beter) aanbod zou moeten zijn om (problemen door) cannabisgebruik te voorkomen of te verminderen. Hierbij werd ook gevraagd om welke redenen zij deze groep(en) noemen. Ze konden kiezen uit één of meer van volgende opties:

- De kans dat mensen beginnen met cannabis is relatief hoog in deze groep;
- Het gebruik van cannabis is relatief hoog in deze groep;
- Problemen door het gebruik van cannabis komen relatief vaak voor in deze groep;
- Problemen door het gebruik van cannabis zijn ernstiger voor deze groep;
- Deze groep wordt (nog) niet bereikt of het preventieve aanbod is niet passend;
- Deze groep loopt een verhoogde kans op nadelige gevolgen van het Experiment Gesloten Coffeshopketen;
- Anders, namelijk <tekstveld> ...

3.2.4 Werksessie Preventie

Eén van de drie werkgroepen op de werksessie Preventie had als onderwerp 'kwetsbare groepen'. Hier werd besproken welke groepen mogelijk meer aandacht behoeven.

3.3 Resultaten

Om relevante doelgroepen voor cannabispreventie te identificeren is de informatie uit de literatuur over risicofactoren en prevalentie in Nederland gekoppeld aan de uitkomsten van de interviews, de online vragenlijst en de werksessie. Vervolgens zijn er doelgroepen vastgesteld met als criterium dat deze in twee of meer van de gebruikte bronnen genoemd werden.

1. (Mannelijke) jongeren tot 18 jaar

Het HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) is een breed, internationaal onderzoek naar de gezondheid en het welzijn van scholieren. De HBSC-studie uit 2017 onder middelbare scholieren laat zien dat in het betreffende jaar één op de tien (9,2%) 12-16-jarige scholieren van het voortgezet onderwijs ooit cannabis gebruikte. Het percentage laatste-jaar-gebruik was 7,9% en 4,7% van de scholieren gebruikte in de laatste maand (Stevens e.a., 2018). Vergelijkingen tussen jongens en meisjes laten zien dat vooral de jongens meer ervaring hebben met cannabis (11,5% vs. 6,8%). Dit wordt ook ondersteund door cijfers die gaan over het laatste-jaar-gebruik (respectievelijk 10,1% en 5,7%) en het laatste-maand-gebruik (respectievelijk 6,4% en 3,0%) (Stevens e.a., 2018). Van alle 15- en 16-jarige scholieren was

er bij 4,3% sprake van riskant gebruik volgens de Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Dat komt neer op 23% van de laatste-jaar-gebruikers; jongens (24,4%) vaker dan meisjes (20,5%) (Monshouwer, van Dorsselaer en van der Pol, 2018).

Het volgen van onderwijs om kennis en vaardigheden op te doen om later een beroep te kunnen uitoefenen en een keuze maken ten aanzien van werk behoort tot de ontwikkelingstaken van jongeren (Spanjaard en Slot, 2015). Schoolgerelateerde problemen zijn een risicofactor voor (problematisch) cannabisgebruik en andersom kan cannabisgebruik ook leiden tot schoolgerelateerde problemen. Ook uit Nederlands onderzoek blijkt dat cannabisgebruik een risicofactor is voor spijbelen, slechtere schoolmotivatie en verminderde schoolprestaties (Ter Bogt e.a., 2009). In de interviews wordt jeugd/jongeren vaak door de beleidsmedewerkers als doelgroep gezien, in totaal 8 keer. Sommige gemeenten onderscheiden hierbij 'kwetsbare jeugd', waar bijvoorbeeld al veel problematiek speelt [G1], of jeugd op speciaal onderwijs [G1]. Een gemeente geeft aan dat er momenteel zorgen zijn rond 13/14-jarigen. Deze gemeente signaleert dat er op steeds jongere leeftijd gebruikt wordt [G2]. Een beleidsmedewerker veiligheid uit een andere gemeente geeft aan dat er, los van middelengebruik, veel problematiek is rond jeugd in deze gemeente. Hierdoor is er al veel extra inzet nodig vanuit het domein veiligheid [G7].

Verder worden 'jongeren 12-18/middelbare scholen' door preventiewerkers 3 keer genoemd als potentiële doelgroep. De meest gerapporteerde redenen voor de keuze voor deze doelgroep waren een ingeschatte verhoogde kans op gebruik (2x), gebruik is hoog (2x), verhoogde kans op problemen (2x) en een verhoogde ernst van problemen (2x). Indirect vallen jongeren ook in de categorie 'ouders (van cannabisgebruikende jongeren)' die 3 keer door de preventiewerkers werden genoemd als potentiële (intermediaire) doelgroep. De meest genoemde reden hiervoor is dat ouders een cruciale rol spelen bij het (voorkomen van) cannabisgebruik door hun kinderen (2x). Met betrekking tot het laatste wordt de volgende toelichting gegeven: *'Ouders van cannabisgebruikende jongeren mogen een beter aanbod krijgen. Verslaving en misbruik wordt vaak onderkend.'* en *'Ouders staan het dichtste bij hun kinderen. Probleemgebruik onder jongeren zoveel als mogelijk systemisch aanpakken. Ouders zijn de basis!.'*

De deelnemers in de werksessie Preventie noemen eveneens scholieren in het voortgezet onderwijs en 'vroege' (ofwel: voortijdige) schoolverlaters als kwetsbare groepen.

2. (Mannelijke) jongvolwassenen

Cannabisgebruik komt het meest voor in de groep jongvolwassenen. Zo blijkt dat meer dan een vijfde van de 18-19-jarigen en 20-24-jarigen in het peiljaar 2018 cannabis gebruikt heeft. Evenals bij jongeren is ook onder jongvolwassenen de prevalentie van het gebruik onder mannen hoger dan onder vrouwen. Wanneer het gaat om 'ooit-gebruik' blijken mannen 1,5 keer zo vaak te gebruiken, bij laatste-jaargebruik gebruiken mannen 2,1 keer zo vaak, bij laatste-maand-gebruik 2,3 keer zo vaak en het (bijna) dagelijks cannabis gebruik is onder mannen 5,4 keer zo hoog als onder vrouwen.

Studenten zijn een specifieke groep jongvolwassenen waaronder ook gericht onderzoek naar middelengebruik wordt uitgevoerd. Het blijkt dat van de studenten in het MBO en het HBO

één op de zeven studenten in de afgelopen maand cannabis gebruikte. Ook hier zien we dat mannen vaker gebruiker zijn dan vrouwen (19% vs. 11%; Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018).

In de interviews met de beleidsmedewerkers worden jongvolwassenen in het algemeen niet specifiek genoemd als risicogroep. Mogelijk vallen jongvolwassenen vanuit het perspectief van de beleidsmedewerkers onder de doelgroep jongeren in het algemeen. Ook komt deze groep op zichzelf niet specifiek naar voren uit de online vragenlijst onder preventiewerkers. In de werksessie Preventie worden MBO, HBO en WO studenten wel als doelgroepen genoemd.

3. Volwassenen en jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond

Onder volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond is het laatste-jaar en het laatste-maand-gebruik hoger dan bij volwassenen met een Nederlandse achtergrond (laatste jaar 12,2% vs. 6,6%; laatste maand 8,4% vs. 3,9%). Omdat het om relatief kleine groepen gaat is het belangrijk om wel enig voorbehoud in acht te nemen bij de interpretatie van deze verschillen. In de HBSC-cijfers over Nederlandse scholieren van 12 tot 16 jaar in het voortgezet onderwijs lijkt er geen duidelijke associatie tussen migratieachtergrond en cannabisgebruik te zijn.

In de online vragenlijst onder preventiewerkers worden jongeren/mensen met een migratieachtergrond van alle genoemde groepen het vaakst genoemd (5 keer). De belangrijkste redenen voor het noemen van de doelgroep jongeren/mensen met een migratieachtergrond zijn: de groep wordt (nog) niet bereikt (5 keer) en de groep loopt een verhoogde kans op problemen (3 keer). Geen van de beleidsmedewerkers noemt deze doelgroep in de interviews. Ook in de werksessie Preventie worden mensen met een niet-westerse migratie achtergrond niet genoemd als doelgroep. Wel wordt er genoemd dat er zorgen zijn over het cannabisgebruik onder MOE-landers.

4. Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Het hebben van een lichte verstandelijke beperking (LVB) is een risicofactor voor problematisch gebruik. Er zijn echter weinig exacte cijfers over cannabisgebruik onder mensen met een LVB. Volgens zelfrapportage van volwassen cliënten in de LVB-zorg in 2015 had 59,8% ooit cannabis gebruikt, 14,3% in de laatste maand, en 13,4% had recent gebruikt (in de laatste twee weken; Van der Nagel, 2016). Ter vergelijking, volgens de Nationale Drugs Monitor lag het ooit-gebruik onder de algemene populatie 15-64 jaar in het zelfde jaar op 24,3% en het laatste-maand gebruik op 4,6%. Dit laat zien dat het cannabisgebruik onder volwassenen met een LVB fors hoger ligt dan onder volwassenen in de algemene populatie.

Door de preventiewerkers worden jongeren/mensen met een licht verstandelijk beperking 4 keer genoemd. De belangrijkste redenen voor het noemen van de doelgroep jongeren/mensen met LVB zijn verhoogde kans gebruik (4 keer) en verhoogde kans problemen (4 keer). In de interviews met de beleidsmedewerkers is deze groep ook een aantal keer naar voren gekomen als doelgroep [G3, G5, G6]. Hierbij is niet expliciet gemaakt of volwassenen met LVB en jongeren met LVB als aparte doelgroepen gezien worden. Ook tijdens de werksessie Preventie worden jongeren met LVB (tezamen met jongeren met multiproblematiek) als kwetsbare doelgroep aangemerkt.

5. Jongeren in instituties

Onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars komt het laatste-maand-gebruik van cannabis relatief vaak voor: het betreft 3 tot 6 op de 10 jongeren (Kepper e.a., 2009; Van Laar e.a., 2016)¹. Onder dak- en thuislozen blijkt dat de helft (51%) wel eens drugs (vrijwel uitsluitend cannabis) had gebruikt, waarvan het merendeel nog in het afgelopen jaar (Van Laar e.a., 2020).

In de online vragenlijst onder preventiewerkers werden hangjongeren/drop-outs en jongeren in residentiële voorzieningen genoemd (allebei 1 keer). Als belangrijkste redenen voor het benoemen van deze groep als doelgroep werd aangegeven dat gebruik in deze groepen hoog is (2 keer) en dat deze groep (nog) niet wordt bereikt (2 keer). Twee gemeenten die bij de werksessie Preventie aanwezig benoemden jongeren die blowen en jongeren met multiproblematiek die blowen en refereerden hierbij naar de presentatie die tijdens deze sessie werd gehouden [G5, G6]². Ook al noemden zij niet expliciet jongeren in instituties, een deel van de jongeren met multiproblematiek bevindt zich ook, al dan niet tijdelijk, onder de jongeren in instituties.

De doelgroep jongeren in jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen en dak- en thuislozen werden ook tijdens de werksessie Preventie genoemd als kwetsbare groep.

6. Mensen met psychische problemen en gedragsproblemen (inclusief ADHD)

Psychische klachten en cannabisgebruik worden vaak samen gezien en kunnen zowel een risicofactor als een gevolg van cannabisgebruik zijn (Vorspan e.a., 2015). Met name de aanwezigheid van externaliserende problemen blijkt voorspellend te zijn voor (problemen) met cannabisgebruik op latere leeftijd (Farmer e.a., 2015; King e.a. 2004). Bij externaliserende problemen moet er gedacht worden aan agressie, overactief gedrag en ongehoorzaamheid. Voor zover we weten zijn er geen Nederlandse prevalentiecijfers bekend over hoeveel mensen met psychische problemen en gedragsproblemen cannabis gebruiken³.

Door preventiewerkers werden mensen met ADHD eenmaal genoemd als potentiële doelgroep. De reden die voor deze keuze werd gegeven is dat (de kans op) gebruik in deze groep relatief hoog is.

Mensen met psychische problemen zijn als kwetsbare doelgroep genoemd op de werksessie Preventie.

1 In 2021 verschijnen de resultaten van het onderzoek EXPLORE II met nieuwe cijfers over middelengebruik bij jongeren in het speciaal onderwijs, de jeugdhulp en JJI's.

2 Dit betrof de drie doelgroepen en bijbehorende preventiedoelstellingen uit de Strategische Verkenning Cannabispreventie; 1) jeugd algemeen en kwetsbare jeugd in het bijzonder (doel: cannabisgebruik voorkomen), 2) jongeren die blowen (doel: problematisch cannabisgebruik voorkomen), 3) jongeren die blowen met bijkomende multiproblematiek (doel: problematisch cannabisgebruik voorkomen in samenhang met aanpak problemen andere levensgebieden).

3 De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2) is een longitudinale studie naar psychische aandoeningen in de volwassen bevolking in Nederland en biedt afzonderlijke prevalentiecijfers op psychische problemen en cannabisgebruik. Een nieuwe analyse zou mogelijk inzicht kunnen bieden tussen beiden.

7. Jongeren in gezinnen in scheiding

Uit het voornoemde HBSC onderzoek onder scholieren blijkt dat het laatste-maand cannabisgebruik door scholieren in onvolledige gezinnen hoger ligt dan in volledige gezinnen (7,8% vs. 3,8%).

Door de preventiewerkers worden gescheiden gezinnen één keer genoemd als potentiële doelgroep. Genoemde redenen hiervoor zijn dat er sprake is van een verhoogde ernst van problemen (1 keer) en dat deze groep (nog) niet wordt bereikt (1 keer). Deze doelgroep werd niet genoemd tijdens werksessie Preventie.

8. Overige doelgroepen

Uit de inventarisatie van Strategische Verkenning Cannabispreventie, de interviews met beleidsmedewerkers gemeenten en de online vragenlijst onder preventiewerkers kwamen ook nog andere potentiële doelgroepen naar voren. Voor deze doelgroepen geldt dat er geen (eenduidige) cijfers zijn, dat zij niet door meerdere bronnen in dit onderzoek genoemd worden of dat het niet uit cijfers naar voren komt dat de groep ook daadwerkelijk meer (problemen met) cannabisgebruik ervaart.

In de interviews geven gemeenten aan ook nog in te willen zetten op de doelgroep overlastgevende volwassenen met verschillende problematiek waaronder cannabisproblematiek [G7] en Poolse migranten omdat er in de desbetreffende gemeente veel Poolse gebruikers zijn [G8].

In lijn met de lage sociaal-economische status (SES) als risicofactor is de lage SES-groep wel 1 keer genoemd als potentiële doelgroep door de preventiewerkers. Genoemde redenen hiervoor zijn dat er sprake is van een verhoogde kans gebruik (1 keer), verhoogde kans problemen (1 keer), verhoogde ernst van problemen (1 keer) en dat deze groep (nog) niet bereikt wordt (1 keer). Omdat de Nederlandse cijfers over cannabisgebruik en SES in het HBSC over de jaren heen tegengestelde verbanden laten zien, is besloten om deze groep niet als een hoofddoelgroep aan te merken in het huidige advies.

Andere kwetsbare groepen die nog tijdens de werksessie Preventie genoemd werden zijn toeristen en buitenlandse studenten. Deze doelgroepen zijn niet uit de andere bronnen gekomen en er zijn geen Nederlandse prevalentiecijfers over deze groepen. Wel blijkt uit de Monitor Drugs Incidenten (MDI) dat van de acht regio's die aan deze monitor deelnemen de bijdrage van incidenten met alleen cannabis het grootst is in Amsterdam waarbij het toerisme een belangrijke factor lijkt te zijn. In de periode 2009-2018 ging het bij een derde tot de helft van het totaal aan incidenten om cannabisincidenten. (Schürmann e.a., 2019). Opmerkelijk is verder nog dat 'vrouwen' één keer als doelgroep wordt genoemd door de preventiewerkers met als reden dat zij nu nog niet bereikt worden.

Opvallend is verder dat in de interviews met beleidsmedewerkers gemeenten, de online vragenlijst onder preventiewerkers en de werksessie Preventie vooral de risicofactoren op persoonsniveau werden genoemd. Dit valt op omdat er volgens het cumulatief risicomodel ook veel factoren binnen het omgevings- en samenlevingsniveau vallen.

4 Interventies

4.1 Inleiding

Cannabispreventie valt onder drugspreventie waarbij het doel is om het gebruik van drugs te voorkomen en te verminderen, het eerste gebruik uit te stellen en problematisch gebruik en daarmee samenhangende risico's voor de gebruiker en de omgeving te voorkomen en te verminderen. Dit laatste wordt ook wel harm-reduction genoemd (Volksgezondheidszorg.info, 2020). Het uitstellen van het eerste gebruik is van belang omdat juist bij jongeren drugsgebruik extra risico's met zich meebrengt. Preventie betreft dan het inzetten van activiteiten en maatregelen die interveniëren op de in het vorige hoofdstuk genoemde risico- en beschermende factoren van (problematisch) gebruik.

De interventies en maatregelen kunnen worden uitgevoerd ten behoeve van verschillende doelgroepen in een diversiteit aan settingen. Hierbij kan er voor gekozen worden om de interventie te richten op alle leden van een groep onafhankelijk van gebruik (universele preventie), bepaalde kwetsbare groepen (selectieve preventie) en individuen waar al sprake is van (problematisch) gebruik (geïndiceerde preventie)⁴. Voor selectieve en geïndiceerde preventie is de identificatie van sub- en risicogroepen erg belangrijk.

4.2 Aanpak

4.2.1 Databank inventarisatie

In dit onderdeel van het onderzoek is een inventarisatie uitgevoerd naar beschikbare interventies op het gebied van middelenpreventie, die al dan niet specifiek gericht zijn op cannabis. Hiervoor zijn de volgende Nederlandse databanken geraadpleegd:

- 1) Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (DEJ);
- 2) Interventiedatabase Loket Gezond Leven van het RIVM (LGL);
- 3) Databank Sociale Interventies van Movisie (DSI);
- 4) Justitiële Interventies (JI).

Tevens is de Xchange prevention registry (XPR) van het EMCDDA geraadpleegd.

Daarnaast zijn de Strategische Verkenning Cannabispreventie (2018) en het Basisaanbod Jeugdpreventie Verslavingszorg (2013) geraadpleegd op eventueel aanvullend aanbod. Interventies die werden gevonden werden alleen in het overzicht meegenomen wanneer bekend was dat de interventie ook daadwerkelijk nog in Nederland uitgevoerd wordt.

De gevonden interventies werden gescreeend op de vraag of ze gingen over cannabispreventie of middelenpreventie in het algemeen. Alle interventies werden apart ingedeeld op basis van het niveau van de risicofactoren waarop de interventie/maatregel zich richt. Overeenkomstig

4 Zie voor een overzicht van verschillende indelingen voor preventie <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie>.

met de Strategische Verkenning Cannabispreventie (2018) zijn hierbij de volgende niveaus gekarakteriseerd: persoonsniveau, directe omgeving, brede leefomgeving en samenleving. Vervolgens is er voor elke interventie de setting (de plek waar de interventie wordt uitgevoerd) en het preventietype: universeel selectief, geïndiceerde preventie, of harm-reduction vastgesteld. Ten slotte werd er van elke interventie in het overzicht een classificatie van de effectiviteit gegeven zoals vastgesteld door de desbetreffende databank waar de interventie in gevonden is. Daarnaast werden er nog een aantal bronnen geraadpleegd voor aanvullende interventies en maatregelen op samenlevingsniveau. Omdat het hier vaak grotere community-based interventies of (beleids)maatregelen betreft, staan deze vaak niet in de interventiebanken vermeld. Onder deze bronnen vallen onder andere websites van de rijksoverheid en aanvullingen van collega's die binnen het Trimbos-instituut op het onderwerp preventie werkzaam zijn.

4.2.2 Interviews met beleidsmedewerkers

In de interviews met beleidsmedewerkers was de volgende vraag bedoeld om de interventies en preventiemaatregelen die momenteel in de gemeente worden uitgevoerd in kaart te brengen:

Welke preventieactiviteiten voert uw gemeente **momenteel** uit op cannabispreventie (of middelenpreventie in het algemeen waar cannabis onder valt, onder preventie verstaan wij zowel interventies als preventieactiviteiten die meer beleidsmatig zijn)?

4.2.3 Online vragenlijst

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 zijn aan de preventiewerkers de interventies voorgelegd die uit de inventarisatie kwamen en die de respondent mogelijk kent vanuit zijn/haar praktijk. Per interventie hebben respondenten een score gegeven in hoeverre zij al dan niet positief/negatief staan tegenover de interventie en in hoeverre zij het haalbaar achten dat de interventie binnen een jaar op grotere schaal geïmplementeerd kan worden. Hierin is ook gevraagd om beide scores toe te lichten (zie bijlage 3).

4.3 Resultaten

4.3.1 Databank inventarisatie

Zie tabel 1 voor een totaaloverzicht van alle interventies en maatregelen gevonden in de databanken en geraadpleegde literatuur per preventietype (universeel, selectief, gendiceerd en harm-reduction), de setting waar deze uitgevoerd wordt, de bron en de eventuele classificatie op effectiviteit. Er is een separaat excel-document beschikbaar met daarin ook meer inhoudelijke informatie over de interventies, beschrijving van de doelgroep, indeling op preventie-niveau (persoons, directe omgeving, brede omgeving en samenleving) en de toelichting van preventiewerkers op deze interventies. In totaal gaat het om 61 interventies of maatregelen. Hiervan gaan er 4 specifiek over cannabis (WietCheck, Coffeeshopcursus, Versterken naleving AHOJGI-criteria en 'Aanvullende lokale criteria coffeeshops', zie ook tabel) en 57 gaan over middelenpreventie in het algemeen. Het valt op dat de meeste interventies zich op het persoonsniveau bevinden. Ook hebben deze interventies in het algemeen het vaakst een goede effectiviteitsbeoordeling. Hier moet de kanttekening bij gemaakt worden dat persoonsgerichte interventies vanwege hun aard ook het makkelijkst te evalueren zijn. De

beperkte haalbaarheid van evaluatieonderzoek bij preventieactiviteiten op samenlevingsniveau is vaak ook de reden dat er geen effectiviteitsbeoordelingen van deze maatregelen beschikbaar zijn.

De volgende afkortingen worden gebruikt voor de bronnen:

- LGL=Databank Loket Gezond Leven
<https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken>
- DEJ=Databank Effectieve Jeugdinterventies
<https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>
- JI=Justitiele Interventies
<https://www.justitieleinterventies.nl/>
- DSI=Databank Sociale Interventies
https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies?gclid=EAlaIQobChMIhJDx8cfR6QIVg-J3Ch0t1QuKEAAYASAAEgLDWvD_BwE
- BA=Basisaanbod instellingen voor verslavingszorg
- XR=Exchange Registry EMCDDA
<https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>
- OV= Overige, maatregelen en interventies afkomstig uit wetgeving (Aanwijzing Opiumwet) en aanvullend genoemd door experts en preventiewerkers in online survey

De classificaties van de databanken komen tot stand door onafhankelijke beoordeling van wetenschappelijke experts die de interventies beoordelen 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 onderstaand schema komen ook in 1 of meerdere van deze drie 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. Sommige interventies zijn in aanvraag voor een erkenning. Andere zijn (tijdelijk) verwijderd uit de databank omdat het erkenningstraject is verlopen. Omdat deze interventies soms nog wel worden toegepast zijn deze in het overzicht meegenomen.

De classificaties van XR is anders tot stand gekomen dan de classificaties van de Nederlandse databanken. Omdat het slechts om 1 interventie gaat, gaan we hier verder niet op in.

Tabel 1: Overzicht interventies per setting, bron en eventuele classificatie

Universele preventie			
No	Naam	Setting	Bron: eventuele classificatie met betrekking tot de effectiviteit
1	Helder op School (HoS) voorheen De Gezonde School en Genotmiddelen	PO, V(S)O, MBO, HBO, WO	BA, OV, LGL, DEJ: in aanvraag
2	InCharge (onderdeel HoS)	VO	LGL, DEJ: in aanvraag
3	Be wise think twice (onderdeel HoS)	VO	LGL: goed onderbouwd
4	Frisse Start (onderdeel HoS)	VO	LGL, DEJ: in aanvraag
5	Samen Fris (onderdeel HoS)	VO	LGL, DEJ: in aanvraag
6	BeAware	VO	LGL: Goed beschreven
7	Taakspel	PO	DEJ: Goede aanwijzingen voor effectiviteit
8	Legspedition	VO	LGL: Goed beschreven
9	Weerbaar zijn doe je zo	PO	LGL: Goed beschreven
10	Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)	PO	LGL, DEJ: Sterke aanwijzingen voor effectiviteit
11	Hotspot	VO	BA, LGL: Goed beschreven
12	Take it personal	VSO/ambulante en residentiële zorg	LGL, DEJ: Goed onderbouwd
13	Ouderavond	Gezin/VO	BA, OV: geen classificatie
14	Mama Cares	Gezin	BA: geen classificatie
15	Bordspel Trip	VSO/ambulante en residentiële zorg	BA, OV: geen classificatie
16	IJslands preventiemodel	Gezin/School/Ambulante zorg/Jongerenwerk/Openbare ruimte	OV: geen classificatie
17	Communicatiecampagne gemeente	Internet/Openbare ruimte	OV: geen classificatie
18	Versterken van naleving AHOJGI-criteria	Openbare ruimte/coffeeshops	OV: geen classificatie
19	Aanvullende lokale criteria o.a. afstandscriteria of horecabestemmingsplan	Openbare ruimte/coffeeshops	OV: geen classificatie
20	Overige lokale criteria voor coffeeshops o.a. omgevings-, beheer, personeel, preventie en voorlichting, bedrijfsvoering en openings- en sluitingstijden	Openbare ruimte/coffeeshops	OV: geen classificatie
21	Triple P (positief pedagogisch programma niveau 4 en 5)	Gezin	BA, LGL, DEJ: eerste aanwijzingen voor effectiviteit
22	In control- preventie en handhavingplan	Openbare ruimte	OV: geen classificatie

	universeel en selectief
	universeel, selectief en geïndiceerd

Selectieve preventie			
No	Naam	Setting	Classificatie
1	Kopopouders.nl	Internet	LGL, DEJ: goed onderbouwd
2	Kop op ouders	Gezin	BA: geen classificatie
3	Psycho-educatie KOPP	Gezin	BA: geen classificatie
4	Voorzorg	Gezin	LGL, DEJ: in aanvraag
5	Family check-up	Gezin	OV: geen classificatie
6	Communities that Care	Gezin/Ambulant/ Jongerenwerk	OV: geen classificatie
7	Stay-a-way	Ambulante/residentiële zorg	BA, DEJ: verwijderd uit databank
8	Piep zei de muis	Ambulante zorg	BA, DEJ: in voorbereiding
9	Buurtteam	Ambulante zorg/ Jongerenwerk	OV: geen classificatie
10	Motiverende gespreksvoering IVZ	Ambulante zorg	BA, DSI: geen classificatie
11	WietCheck	Jongerenwerk/Ambulante zorg/residentiële zorg	BA, LGL,DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen
12	Moti-4	Ambulante zorg	BA, LGL,DEJ: effectief volgens goede aanwijzingen
13	Leren signaleren	VO/Jongerenwerk/ Ambulante/Openbare ruimte	BA, LGL: Goed beschreven
14	Gezonde wijk en leefomgeving	Ambulante zorg/ Jongerenwerk	OV: geen classificatie
15	Deskundigheidsbevordering professionals	Ambulante zorg	BA, OV: geen classificatie
16	Open en Alert	Residentiële zorg	BA, LGL,DEJ: goed onderbouwd
17	ROC aanvalsplan	MBO	LGL,DEJ: goed onderbouwd
18	Samen slagen	VSO	LGL,DEJ: goed onderbouwd
19	ABCD wijkaanpak	Openbare ruimte/coffeeshop	DSI: geen classificatie
20	Goed Gastheerschap in de coffeeshop (coffeeshop-cursus)	Coffeeshop	BA/OV: geen classificatie

Selectief en geïndiceerd

Geïndiceerde preventie			
No	Naam	Setting	Classificatie
1	Jellinek online zelfhulp	Internet	LGL: goede aanwijzingen voor effectiviteit
2	Online zelf-hulp/e-health/apps anders dan beschreven interventie Jellinek online zelfhulp	Internet	OV: geen classificatie
3	Brains4use	Residentiële zorg	DEJ,JI: goed onderbouwd
4	Make up your mind	Ambulante/Residentiële zorg	LGL, DEJ: goed onderbouwd
5	Preventief adviesgesprek IVZ	Ambulante zorg	BA, LGL,OV: goed onderbouwd
6	Leefstijl 24/7	Ambulante zorg (verslavings-reclassering)	JI: goed onderbouwd
7	Opvoedondersteuning	Gezin	BA, survey: geen classificatie
8	Multidimensionale familie-therapie (MDFT)	Ambulante/residentiële zorg	DEJ, JI: effectief volgens sterke aanwijzingen
9	Multisysteem therapie (MST)	Ambulante/Residentiële zorg	DEJ, JI, DSI: effectief volgens sterke aanwijzingen
10	Help, mijn kind kan niet zonder	Gezin	LGL: goed beschreven
11	Utrecht coping power	Gezin	XR: werkzaam (beneficial)
12	Community Reinforcement Approach (CRA)/Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	Ambulante zorg/Gezin	OV: geen classificatie

Harm-reduction			
No	Naam	Setting	Classificatie
1	Unity	Uitgaansleven	BA, LGL: goed onderbouwd
2	Pink-Unity/Connect/Los	Uitgaansleven	BA: geen classificatie
3	Drugsenuitgaan.nl	Internet	BA, LGL: goed beschreven
4	Barcode	Uitgaansleven	BA, DEJ: verwijderd uit databank
5	EHBDu-V	Uitgaansleven	BA,OV: geen classificatie
6	Drugsinfoteam	Internet	BA, OV: geen classificatie
7	Medisch Spreekuur Party-drugs	Ambulante zorg	OV: geen classificatie

4.3.2 Resultaten online vragenlijst

Via de vragenlijst is van een groot deel van de gevonden interventies (tabel 1) informatie verzameld over de positieve danwel negatieve houding van preventiewerker t.o.v. de interventie en de ingeschatte haalbaarheid van implementatie of opschaling van de betreffende interventie. Helaas was het aantal antwoorden per interventie te laag om algemene uitspraken te kunnen doen over de positieve danwel negatieve houding t.o.v. de interventie en de ingeschatte haalbaarheid van implementatie. Desalniettemin kan uit de toelichting van de respondenten een aantal bevorderende en belemmerende factoren gedestilleerd worden die in algemene zin de haalbaarheid van een (landelijke) implementatie van een interventie of maatregel positief danwel negatief beïnvloeden. Deze factoren worden beschreven in hoofdstuk 5.

4.3.2 Resultaten interviews met beleidsmedewerkers

Aan de beleidsmedewerker is gevraagd welke preventieve activiteiten omtrent cannabisgebruik, of middelengebruik in het algemeen, momenteel worden uitgevoerd. De meeste van hen geven namens de gemeente opdracht aan de lokale instelling voor verslavingszorg (IVZ) en/of GGD voor de uitvoering van preventieactiviteiten rond middelengebruik. Een enkele keer wordt daarbij ook nog samengewerkt met een lokale partner [G4, G6]. De volgende categorieën preventie-activiteiten en -categorieën zijn naar boven gekomen, waarbij de kanttekening moet worden gemaakt dat verschillende geïnterviewden aangegeven hebben geen volledig overzicht te hebben van alle preventieactiviteiten.

- Preventieactiviteiten door IVZ in het onderwijs zoals voorlichting en monitorgesprekken op het VO en monitorgesprekken op het MBO [G1, G3, G4, G6, G7, G8, G9]. Sommige gemeenten noemen hierbij specifiek het aanbod van 'Helder op School' (voorheen De Gezonde School en Genotmiddelen/DGSG) van het Trimbos-instituut [G3]. Sommige gemeenten noemen specifiek activiteiten voor praktijkscholen en speciaal onderwijs [G1].
- Voorlichting aan ouders [G3] en trainingen aan docenten [G1]. Zo is er aanbod voor kinderen van ouders met psychische problemen of een verslaving (KOPP-KOV en opvoedingsondersteuning voor ouders [G1]). 'Happy Ouders' wordt genoemd als een specifiek programma dat door de GGD wordt uitgevoerd [G3].
- Preventieactiviteiten in samenwerking met de sociale wijkteams, jongerenwerk of welzijnswerk [G2, G4, G9].
- Kennisbevordering van hulpverleners ten behoeve van vroegsignalering van problematisch gebruik [G5].
- Preventie in samenwerking met de coffeeshops [G1, G5, G7, G10]. Voor coffeeshops wordt de training 'goed gastheerschap' genoemd [G1, G5]. Ook wordt voorlichting in de coffeeshop door het in gesprek gaan met klanten en zicht hebben op de klanten die komen genoemd [G7].

Waar de meeste gemeenten een gemêleerd preventieaanbod faciliteren bestaande uit een combinatie van universele, selectieve en geïndiceerde preventie geven twee gemeenten aan een specifieke beleidsstrategie te hebben. Eén gemeente richt zich niet op specifieke risicogroepen, maar op jeugd in het VO in het algemeen [G4]. Een andere gemeente daarentegen geeft aan zich meer te gaan richten op bepaalde risicogroepen in plaats van preventie voor iedereen [G5]. Moti-4 werd genoemd als interventie voor problematische gebruikers.

5 Voorwaarden voor een preventieaanpak

5.1 Inleiding

Door de gesprekken die met de beleidsmedewerkers tijdens de telefonische interviews en de werksessie Preventie zijn gevoerd, is er veel gehoord over waar de gemeenten nu staan en waar hun knelpunten en behoeftes liggen. Ook de preventiewerkers hebben ons middels de online vragenlijst inzichten gegeven over hun positieve danwel negatieve houding ten opzichte van specifieke interventies en de haalbaarheid met betrekking tot implementatie danwel opschaling. Deze informatie heeft belangrijke inzichten opgeleverd met betrekking tot mogelijkheden voor uitvoering (onderzoeksvraag 4). Omdat de gesprekken ook aanvullende informatie boden over de voorwaarden waaronder een preventieaanpak plaats kan vinden zal dit verder in het huidige hoofdstuk uiteengezet worden.

5.2 Aanpak

In de telefonische interviews is deze informatie hoofdzakelijk middels het stellen van de volgende vragen naar boven gekomen:

- Welke preventieactiviteiten voert uw gemeente momenteel uit op cannabispreventie, of middelenpreventie in het algemeen waar cannabis onder valt? Onder preventie verstaan wij zowel interventies als preventieactiviteiten die meer beleidsmatig zijn.
- Zijn er plannen om in de aanloop van het experiment veranderingen m.b.t. de inzet van preventieactiviteiten door te voeren?
- Stel dat er landelijk advies komt om meer op cannabispreventie in te zetten: op welke manier zou de gemeente hieraan invulling aan kunnen geven? Wat zijn de faciliterende en belemmerende factoren binnen uw gemeente? (bijv. capaciteiten, kosten, etc.)
- Zijn er nog andere dingen waarvan u het belangrijk vindt dat deze worden meegenomen in het advies?

Op basis van de interviews zijn er verschillende thema's geïdentificeerd. In de resultatensectie worden per kopje de thema's die uit de interviews naar boven zijn gekomen kwalitatief beschreven. De verschillende gemeenten worden geïdentificeerd met G1 t/m G10. Op de bijeenkomst van experimentgemeenten zijn in de werksessie Preventie verschillende thema's besproken. Wanneer informatie over knelpunten en behoeftes naar voren kwam is dit in een kwalitatieve beschrijving verwerkt.

In de online vragenlijst onder preventiewerkers zijn interventies voorgelegd die uit de inventarisatie kwamen en die de respondent mogelijk kent vanuit zijn/haar praktijk. Per interventie hebben respondenten aangegeven in hoeverre ze al dan niet positief/negatief staan tegenover de interventie en in hoeverre zij het haalbaar achten dat de interventie binnen een jaar op grotere schaal geïmplementeerd kan worden. De respondenten is ook gevraagd om de scores met betrekking tot haalbaarheid en implementatie toe te lichten (zie bijlage 3). Voor dit

hoofdstuk zijn uit deze toelichtingen factoren gedestilleerd die mogelijk de haalbaarheid van een (landelijke) implementatie van een preventieaanpak bevorderen.

5.3 Resultaten

5.3.1 Resultaten interviews medewerkers gemeenten

Verwachte gevolgen van het experiment op gebruik

Vier gemeenten geven aan dat ze niet kunnen voorspellen wat er gaat gebeuren met betrekking tot het gebruik. Er wordt gesteld dat het twee kanten kan op kan gaan. Het kan aan de ene kant nieuwe cannabisgebruikers aantrekken. Hierbij wordt genoemd dat mensen mogelijk denken dat het gezonde, goedgekeurde wiet is, wat drempelverlagend kan werken [G1, G6, G9]. Tegelijkertijd wordt er gespeculeerd dat door de overheid goedgekeurde wiet mogelijk ook als 'saai' gezien wordt. De kwaliteit en de prijs van de wiet worden als factoren genoemd die hier mogelijk van invloed op kunnen zijn [G5, G7]. Als de kwaliteit of de sterkte van de cannabis tegenvalt dan zullen mensen wegtrekken of mogelijke de overstap naar de illegale verkoop maken [G5, G7]. Eén gemeente noemt dat "er aan de voorkant niets verandert en dat het experiment mede bedoeld is om te kijken wat er gaat gebeuren met betrekking tot gebruik" [G6] en hier dus nog geen uitgesproken verwachtingen bij heeft. Twee gemeenten noemen expliciet dat ze niet verwachten dat er door deelname iets gaat veranderen [G2, G8]: "als je het gebruikt, dan gebruik je het" [G2].

Daarnaast geven 3 gemeenten aan dat ze wel degelijk veranderingen voor bepaalde doelgroepen verwachten. Eén gemeente noemt dat er straks geen toeristen meer toegelaten mogen worden in de coffeeshops [G5]. In een andere gemeente wordt er verwacht dat mensen die om medicinale redenen wiet gebruiken een voordeel zullen ervaren, omdat ze precies zullen weten wat erin zit [G5]. Aansluitend bij het belang van de 'kwaliteit' van de wiet noemt een andere gemeente dat, als er veranderingen gaan plaatsvinden, deze dan met name de 'veelgebruikers' zullen betreffen, omdat die bepaalde kwaliteitseisen aan de wiet zullen stellen [G4].

Verder verwachten 2 gemeenten verschuivingen in het verkrijgen en gebruiken van cannabis door het rookverbod en niet zozeer door het experiment zelf [G7, G10]. Doordat gebruikers niet meer in de coffeeshop gaan gebruiken, is er minder toezicht door het coffeeshoppersoneel waardoor er ergens anders overlast zou kunnen ontstaan [G7]. Het verminderde toezicht door de coffeeshophouder geeft ook minder mogelijkheden voor voorlichting [G10]. Een ander mogelijk scenario dat wordt geschetst is dat verbeterde kwaliteit van de wiet zorgt voor een afname in de behoefte om wiet met tabak te combineren.

Plannen gemeenten vooraf en tijdens experiment

Geen enkele gemeente heeft concrete plannen om in de aanloop of tijdens het experiment veranderingen met betrekking tot cannabispreventie (of middelenpreventie in het algemeen) door te voeren. Velen geven aan dat er eerst afgewacht moet worden wat er gaat gebeuren en dat het nog te vroeg is [G1, G3, G4, G6]. "We kunnen van tevoren heel veel dingen aannemen, maar 'het experiment' is er ook om te kijken wat de realiteit gaat zijn". Bij een

aantal gemeenten waar een beleidsmedewerker op het domein veiligheid is geïnterviewd bleek dat er al wel verschillende voorbereidingen in gang gezet waren [G1, G4, G8] (hier niet verder gespecificeerd).

Verwachte belemmeringen cannabispreventie bij verzoek landelijk meer inzet op preventie

De eerste beperkende factor is het gebrek aan financiële middelen om extra te gaan inzetten op preventieactiviteiten [G1 t/m G8]. Eén gemeente noemt dat “als we extra gaan inzetten op cannabispreventie dat dan ten koste zal gaan van andere preventieactiviteiten die anders zouden kunnen worden uitgevoerd” [G1].

Een tweede beperkende factor is het gebrek aan kennis over of het experiment daadwerkelijk een extra preventie-inzet behoeft. Hieruit zou opgemaakt kunnen worden dat er bij gemeenten momenteel mogelijk geen urgentie gevoeld wordt om extra op preventie in te zetten waardoor het lastig is om mensen en middelen te mobiliseren. Uit sommige gesprekken werd ook duidelijk dat gemeenten het niet logisch vinden om specifiek op cannabispreventie in te gaan zetten alvorens te weten of het experiment iets op gebruik gaat doen [G1, G3, G6]. Liever wordt er eerst afgewacht wat er daadwerkelijk gebeurt, in plaats van te anticiperen op iets wat misschien helemaal niet gaat gebeuren.

Ten derde speelt onduidelijkheid over samenwerking met andere partijen mogelijk een belemmerende rol. Verschillende gemeenten geven aan dat het experiment tot nu toe overwegend bij het domein veiligheid heeft gelegen. Vaak is de afdeling volksgezondheid/zorg er pas recentelijk of nog niet bij betrokken [G6, G8, G10]. In een enkel geval werd er expliciet genoemd dat het vanuit veiligheid nog niet goed gelukt is om de afdeling volksgezondheid/zorg er ook bij betrokken te krijgen [G10]. Verder zijn er vragen over de samenwerking met andere partijen zoals scholen [G8] en coffeshops. Hierdoor ontstaat het algemene beeld dat met betrekking tot preventie er nog veel onduidelijk is over wie er op welke manier bij betrokken gaat worden.

Ten vierde bleek dat gemeenten soms bewust een bepaalde beleidskoers uitzetten met betrekking tot welke manier ze op preventie willen inzetten. Dit betekent dat er soms specifiek voor een universele dan wel selectieve preventiestrategie gekozen wordt. In onze optiek zou dit ook een belemmering kunnen vormen wanneer op landelijk niveau gevraagd wordt om meer op preventie in te zetten. In dat geval zal er niet altijd aansluiting zijn met het lokale beleid.

Ten slotte komen politieke knelpunten naar voren. Eén gemeente geeft aan dat er door de ministeries momenteel te veel wordt gewacht op de algemene maatregelen van bestuur (AMvB) en ministeriële beleidsregels, terwijl ook nu al initiatieven gestart kunnen worden, bijvoorbeeld een preventiewerkgroep [G10]. Een andere gemeente geeft aan dat er politieke gevoeligheden rondom het huidige beleid omtrent coffeshops liggen [G9]. Het experiment wordt gezien als een kans om dit te veranderen.

Huidige bevorderende factoren cannabispreventie

Als bevorderende factor wordt genoemd dat er veel preventieactiviteiten beschikbaar zijn en dat gemeenten veel kennis, netwerken en lijntjes hebben [G4]. Op de vervolgvraag of daar ook capaciteit voor is, wordt dit soms positief ingeschat [G5], maar dit kan ook niet altijd

goed ingeschat worden [G7]. Ook wordt genoemd dat er door het Trimbos-instituut veel kennis omtrent cannabisgebruik is verzameld in factsheets en in de Strategische Verkenning Cannabispreventie [G10]. Deze informatie kan gebruikt worden om aan de slag te gaan met een preventieaanpak [G10].

Verwachtingen en behoeften van gemeenten

Bijna alle gemeenten geven aan dat er behoefte is aan financiële middelen vanuit het rijk wanneer er om extra inzet op preventie gevraagd gaat worden [G1 t/m G8, G10].

Daarnaast is er behoefte om handvatten te krijgen vanuit het rijk met betrekking tot de manier waarop er op veranderingen geanticipeerd kan worden en er op cannabispreventie ingezet kan worden [G1, G2, G4, G7, G8, G10]. In dit kader zijn er verschillende suggesties gedaan zoals: een stappenplan, 'een handreiking van het Trimbos' [G4, G7, G10], of meer regie vanuit het rijk [G7, G10]. Verder werd het belang benadrukt om te luisteren naar signalen uit de praktijk [G5, G6] en goed met politie en coffeeshophouders in gesprek te blijven [G7]. Tevens wordt herhaaldelijk de wens genoemd om gezamenlijk met andere gemeenten op te trekken met betrekking tot de preventieaanpak [G1, G9]. Eén manier waarop hier invulling aan gegeven kan worden, is door een preventiewerkgroep waarin kennisuitwisseling plaatsvindt [G1, G10]. Er wordt genoemd dat met deze preventiewerkgroep de huidige kennis beter benut zou kunnen worden. "De factsheet Strategische Verkenning Cannabispreventie zou je in een preventiewerkgroep handen en voeten kunnen geven" [G10]. Een ander had de suggestie een plan klaar te hebben liggen met daarin een beschrijving van preventieactiviteiten bij verschillende scenario's [G1].

In aansluiting hierop geven verscheidene gemeenten aan dat ze behoefte hebben aan een versteviging van de verbinding tussen de afdeling volksgezondheid/zorg en het domein veiligheid op landelijk en lokaal niveau [G4, G10]. "Meer landelijke betrokkenheid vanuit zorg zorgt dat het binnen het zorgdomein in de gemeente ook breder opgepakt wordt" [G4].

Daarnaast hebben verschillende gemeenten de wens om zoveel mogelijk aansluiting bij het bestaande aanbod te zoeken [G2, G3, G5, G6]. Eén gemeente noemt dat het hun beleid is om niet in te spelen op een hype, maar zoveel mogelijk aan te sluiten bij het basisaanbod [G3]. Ten slotte is er de behoefte om duidelijk en zorgvuldig te zijn in de communicatiestrategie [G1, G6, G8]. Eén gemeente noemt dat in beginsel de focus was "dat er door het experiment kwalitatief betere cannabis zal komen, maar dat dat straks anders gecommuniceerd moet worden." Een ander zegt dat er goed over de communicatie nagedacht moet worden: "Er zijn niet altijd goede ervaringen met het laten zien van drugs of voorlichting door een ervaringsdeskundige" [G1]. Weer een andere gemeente gaf aan dat ondanks dat er niets in zou veranderen, het goed kan zijn om de regels voor jongeren m.b.t. cannabisgebruik scherp te houden, en deze ook weer duidelijk te schetsen aan de ouders [G6]. Dit om te voorkomen dat ten onrechte het beeld ontstaat dat cannabis "wel oké is om te gebruiken."

5.3.2 Knelpunten uit werksessie Preventie

Tijdens de werksessie Preventie werden in drie werkgroepen verschillende thema's besproken. In de werkgroep 'in en rond de coffeeshops' werd als knelpunt voor preventie genoemd dat het personeel van de coffeeshops mogelijk een commercieel belang heeft dat tegengesteld

is aan het doel van preventie. Ook werd de zorg geuit dat wanneer coffeeshops zich door het rookverbod in de toekomst meer zullen ontwikkelen tot afhaalpunt er minder tijd voor preventie zal zijn.

Verder werden suggesties gedaan zoals het meer bekendheid geven aan de regels voor 18+ en het geschikt maken van informatie voor laaggeletterden. Ook zou informatie via social media, instagram etc. verspreid kunnen worden om een betere aansluiting met bepaalde doelgroepen vinden.

5.3.3 Resultaten online vragenlijst preventiewerkers

Uit de toelichtingen van preventiewerkers kunnen bevorderende en belemmerende factoren gedestilleerd worden die de haalbaarheid van een (landelijke) implementatie van een preventieaanpak positief dan wel negatief beïnvloeden. De getallen achter de factoren (bijv. [#5]) verwijzen naar de bron van de genoemde factor. Dit zijn de genummerde toelichtingen, die te vinden zijn in bijlage 3.

Bevorderende factoren

- Bij lokale implementatie: samenwerking met bij de interventie betrokken partijen, zoals gemeente, coffeeshops, toezicht, instelling voor verslavingszorg, politie, Voedsel- en Waren Autoriteit [#5]
- Keurmerk voor organisaties die interventies aanbieden/ontvangen [#5]
- Verplicht stellen van aanbieden van interventie [#9, #10, #20]
- Goede kwaliteit van relatie tussen de aanbieder van de interventie en intermediaire professionele doelgroep [#24, #25, #27]
- Draagvlak voor/prioriteit geven aan de interventie door intermediaire professionele doelgroepen, zoals docenten en coffeeshoppersoneel [#24, #25, #27, #61, #66, #69, #70, #71, #78, #120, #128]
- Behoeftte aan de interventie bij de einddoelgroep [#96, #104 t/m #106, #109, #110]
- Druk vanuit landelijke en lokale politiek om interventies te implementeren [#65]
- Laagdrempeligheid van de interventie, bijvoorbeeld online en websites, zelfhulp [#149, #150, #152, #157] en bereik/promotiegemak [#154]
- De implementatie van de interventie vraagt weinig extra investering [#37] of er zijn voldoende middelen vrijgemaakt voor de implementatie, zoals tijd en geld voor o.a. opleiding van trainers en eventueel vrijmaken van professionals bij deskundigheidsbevordering [#39, #92, #127, #145]
- De interventie is al op grote schaal geïmplementeerd en/of preventiewerkers zijn bekend met de interventie [#58, #65, #70, #90, #108, #129, #132]
- De interventie is onderdeel van beleid en/of wordt in samenhang met andere interventies aangeboden met communicatie (bijv. campagne) op verschillende niveaus [#38, #135]

Belemmerende factoren

- Er is weinig financiering of er wordt bezuinigd op preventie [#128, #148]
- Als er veel praktische zaken geregeld moeten worden/het veel tijd kost (bijv. ouderavonden op scholen [#118], unity [#148] of is duur [#169])
- Bereik van sommige interventies is beperkt [#147]
- Voor ouders is mogelijk de drempel te hoog om hulp te vragen [#109]
- Drempel voor jongeren als registratie vereist is, bijv. bij zelfhulp [#160]

- Als gemeenten het belang niet inzien van de interventie [#5, #8]
- Conservatief beleid van een gemeente t.a.v. drugspreventie [#128]
- Als de inhoud van de interventie niet goed aansluit bij de behoefte van de intermediaire professionele doelgroep [#18, #23]
- Suboptimale kwaliteit van de relatie/wantrouwen tussen de aanbieder van de interventie aanbieder en ontvanger [#20, #23]
- Verplichtstelling van het volgen van de interventie [#23].
- Onvoldoende beschikbare middelen (opgeleide trainers, middelen) om te kunnen voldoen aan de behoefte aan de interventie [#24, #25].
- Concurrentie tussen aanbieders van de interventie [#24, #169]
- Eisen om trainer/docent te mogen zijn liggen mogelijk te hoog [#57]
- Weinig ruimte om op scholen interventies (volledig) te implementeren [#64, #67]
- Horeca moet deskundigheidsbevordering zelf bekostigen [#14]
- Intermediaire doelgroepen willen mogelijk niet met cannabis geassocieerd worden en zijn mogelijk daardoor minder bereid om interventie te implementeren [#111]

Ten slotte werd een aantal keer de opmerking gemaakt dat er via verschillende kanalen (o.a. websites) al betrouwbare informatie te vinden is over cannabis zoals de websites drugsinfo.nl (met o.a. het filmpje '7 dingen die je moet weten over cannabis') en drugsinfoteam.nl, waar al veel gebruik van wordt gemaakt of waar naar wordt verwezen [#40 t/m #51]. Dit is geen expliciete bevorderende of belemmerende factor maar kan wel een overweging zijn bij het implementeren of opschalen van (nieuwe) interventies.

6 Conclusie en aanbevelingen

Alhoewel er op basis van de cijfers een redelijk helder beeld is te schetsen van het huidige cannabisgebruik in Nederland is het lastig om te voorspellen of en in welke groepen er ten tijde van het experiment een mogelijke toename in gebruik gezien gaat worden. Er kan uiteraard gekeken worden naar voorbeelden met betrekking tot legalisering in de VS en in Canada, maar een belangrijk verschil is dat daar wel iets veranderde in de beschikbaarheid terwijl dit in Nederland niet het geval gaat zijn. Op dit moment, in de voorbereidingsfase (mei 2020), is het daarom niet mogelijk om definitief vast te stellen op welke groepen de eventuele extra preventie-inzet zich zou moeten richten.

Rekening houdend met deze onzekerheden en het advies van de commissie Knottnerus om extra op cannabispreventie in te zetten (bovenop de reeds bestaande inzet), zijn we tot de volgende algemene uitgangspunten gekomen: 1) de extra preventie-inzet moet zowel universeel als selectief zijn, omdat het niet duidelijk is welke groepen beïnvloed worden door het experiment; 2) de preventie-activiteiten moeten zich richten op leeftijdsgroepen waarvan binnen de doorlooptijd van het experiment een mogelijke toename in gebruik gezien zou kunnen worden. Dit betekent dat interventies die zich richten op gezinnen met jonge kinderen onder de leeftijd van 12 jaar buiten dit advies vallen; 3) de extra preventie-activiteiten beperken zich tot interventies of maatregelen die al bestaan, in de praktijk toegepast worden en de huidige bestaande verantwoordingsstructuur van preventie. Het is niet haalbaar om binnen de doorlooptijd van het experiment nieuwe of nog te implementeren interventies in te zetten.

Deze uitgangspunten tezamen met de uitkomsten van dit onderzoek leiden tot een advies welke hieronder nader uiteengezet wordt. In 6.1 worden de afzonderlijke onderzoeksvragen beantwoord in 6.2 zullen er een aantal meer concrete aanbevelingen met betrekking tot interventies, afstemming, communicatie en monitoring worden gepresenteerd.

6.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Risicogroepen die benaderd dienen te worden binnen een preventieve aanpak (onderzoeksvraag 1)

De eerste onderzoeksvraag betrof de risicogroepen die benaderd dienen te worden binnen een preventieve aanpak. Hierbij is gekeken naar wat hierover bekend is op basis van literatuur- en prevalentieonderzoek.

Hierbij kwamen zeven groepen in beeld: 1) (mannelijke) jongeren, 2) (mannelijke) jongvolwassenen, 3) volwassenen en jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond, 4) mensen met een licht verstandelijke beperking, 5) mensen/jongeren in instituties, 6) mensen met psychische problemen en gedragsproblemen (inclusief ADHD) en 7) jongeren in gezinnen in echtscheiding.

Deze zeven doelgroepen kunnen vervolgens geclusterd worden tot drie hoofddoelgroepen. De reden om het aantal terug te brengen tot een aantal hoofddoelgroepen is overwegend pragmatisch. Niet voor al deze doelgroepen zijn er specifieke interventies. Voor één doelgroep die genoemd werd (niet-westerse migranten) zijn de prevalentiecijfers niet eenduidig te interpreteren en zijn er bovendien geen doelgroepspecifieke interventies beschikbaar. In het algemeen geldt dat generieke interventies ook positieve effecten kunnen hebben bij deze doelgroepen. Om deze reden wordt deze doelgroep hier verder niet meer apart genoemd. Daarnaast is er vaak sprake van overlap tussen de verschillende groepen. Door ze terug te brengen naar drie hoofddoelgroepen kan er een betere aansluiting met het beschikbare preventieaanbod worden gemaakt.

1. Jongeren tot 18 jaar in het algemeen;
2. Jongvolwassenen vanaf 18 tot ongeveer 23 jaar;
3. Jongeren en jongvolwassenen met multiproblematiek.

In de volgende sectie gaan we nader in op deze doelgroepen en bijpassende interventies en maatregelen (onderzoeksvraag 2), aansluiting bij de reguliere, bestaande aanpak (onderzoeksvraag 3) en geschikte partijen voor uitvoering van deze interventies (onderzoeksvraag 4).

Instrumenten en interventies, aansluiting en geschikte partijen voor uitvoering (onderzoeksvragen 2, 3, en 4)

1. Jongeren tot 18 jaar in het algemeen

De eerste groep wordt gevormd door jongeren tot 18 jaar in het algemeen. Het voortgezet onderwijs is de setting waarin een brede groep jongeren én hun ouders bereikt kunnen worden. Helder op School (voorheen De Gezonde School en Genotmiddelen) is landelijk het meest gebruikte universele programma in het onderwijs voor middelenpreventie bij jongeren. Het wordt momenteel op scholen uitgevoerd vanuit 45 locaties van de GGD en IVZ. Helder Op School omvat meerdere interventies zoals Frisse Start, Samen Fris en In Charge. Welke interventie uitgevoerd wordt is afhankelijk van de leeftijdsfase van de jongere. Deze interventies zijn op dit moment niet in de databanken opgenomen, omdat er vanwege doorontwikkeling opnieuw erkenning moest worden aangevraagd.

Daarnaast is het belangrijk om selectieve interventies in te kunnen zetten voor jongeren waarbij risicofactoren aanwezig zijn, zoals schoolgerelateerde problemen. Hierbij gaat het om jongeren die net begonnen zijn met gebruik, willen minderen met gebruik of al problemen hebben door gebruik. WietCheck, Moti-4, en de online zelfhulp/eHealth Jellinek hebben eerste tot goede aanwijzingen voor effectiviteit. Wietcheck en Moti-4 zijn kortdurend (tot 4 sessies), en worden momenteel al door verschillende IVZ in het land aangeboden. Ze zijn daarom relatief makkelijk op te schalen en niet arbeidsintensief. Ook het preventief adviesgesprek IVZ kan hierbij ingezet worden en is erkend als goed onderbouwd. Vanwege de landelijke dekking en de korte duur, zijn deze kortdurende interventies makkelijk op te schalen.

Naast de online zelfhulp/eHealth van Jellinek zijn er tegenwoordig verschillende andere eHealth en online zelfhulp middelen beschikbaar voor jongeren en volwassenen die zich zorgen maken

om gebruik of willen minderen. Met uitzondering van de online zelfhulp van Jellinek, hebben de meeste hiervan nog geen effectiviteitsclassificatie volgens de Nederlandse databanken. Echter, het gemak waarmee gebruikers ze (vaak) anoniem en tegen lage kostprijs kunnen gebruiken maken ze zeer geschikt voor opschaling. Door de anonimiteit hebben ze ook de potentie om mensen te bereiken die via de traditionele kanalen niet bereikt zouden worden.

Al deze interventies worden op dit moment al uitgevoerd vanuit IVZ. Daarnaast bestaat er voor de WietCheck een online versie die als zelftest ingezet kan worden en landelijk beheerd wordt door het Trimbos-instituut.

Daarnaast zijn er voor jongeren tot 18 jaar met risicofactoren ook preventiemaatregelen beschikbaar die een bredere aanpak binnen de samenleving omvatten (de zogenaamde wijkgerichte interventies) zoals de buurtteams, ABCD wijkaanpak, Gezonde wijk en leefomgeving. Deze interventies hebben veelal (nog) geen classificatie en hun effectiviteit is onvoldoende bekend mede doordat ze lastig te evalueren zijn. Toch zijn ze interessant omdat ze vanuit de gemeente geïnitieerd en georganiseerd kunnen worden. Tevens worden ze door verschillende soorten hulpverleners uitgevoerd en kunnen ze deel uitmaken van een integrale preventie-aanpak. Doordat preventie vanuit de buurt/wijk georganiseerd wordt sluit deze aan bij de lokale behoeften en wordt er draagvlak in de wijk gecreëerd. Met name voor de lokale preventieaanpak is dit een interessante groep preventiemaatregelen.

2. Jongvolwassen vanaf 18 tot ongeveer 23 jaar

Voor deze doelgroep zijn er geen universele interventies beschikbaar met aanwijzingen voor effectiviteit of met een landelijke implementatiegraad. Voor jongvolwassen met risicofactoren komen overwegend dezelfde interventies als voor de jongeren tot 18 naar voren als zijnde meest geschikt: WietCheck, Moti-4, Online zelfhulp/eHealth (Jellinek) (aanwijzingen voor effectiviteit) en preventief adviesgesprek IVZ (goed onderbouwd). Daarbij volgt een deel van de 18 plus jongvolwassenen beroepsonderwijs. Binnen deze setting is het ROC Aanvalsplan erkend als goed onderbouwd, deze interventie wordt uitgevoerd door Youz in samenwerking met ROC-scholen. Ook voor al deze interventies geldt dus dat IVZ reeds betrokken zijn en een geschikte partij zijn voor uitvoering.

Omdat jongvolwassenen vanaf 18 jaar wettelijk toegang hebben tot de coffeeshop, is de coffeeshop zelf een belangrijke setting voor preventie van deze doelgroep. Naast de schriftelijke voorlichting die klanten in de deelnemende coffeeshops krijgen (de bijsluiter), is er ook een rol voor het coffeeshoppersoneel in het voorlichten en signaleren van problematisch gebruik. In Nederland zijn er verschillende coffeeshopcursussen beschikbaar waarin coffeeshop personeel o.a. getraind wordt op het vroegsignaleren van problematisch gebruik en het voorlichten van klanten. Voorbeelden zijn de Coffeeshopcursus (voorheen Goed Gastheerschap in de Coffeeshop) van het Trimbos-instituut en de training Goed Verkoperschap voor coffeeshopmedewerkers van de Stichting Vakbekwaamheid Cannabis Keten (SVCK). De Coffeeshopcursus wordt in 2020 ter erkenning ingediend voor de databank van het Loket Gezond Leven. Alhoewel het directe effect van deze trainingen op het gebruik van coffeeshopbezoekers nog niet is aangetoond lijkt het vanwege het grote bereik van jongvolwassen die cannabis (gaan) gebruiken en de sterke relatie tussen de coffeeshops en de context van het experiment, het

extra aanbieden van de coffeeshopcursussen aan coffeeshoppersoneel in de deelnemende gemeenten gewenst.

Ook voor deze doelgroep zouden de hierboven genoemde wijkgerichte interventies lokaal ingezet kunnen worden.

3. Jongeren en jongvolwassenen met multiproblematiek

De derde groep wordt gevormd door jongeren en jongvolwassenen met multiproblematiek, deze bevat de in hoofdstuk 3 genoemde groepen jongeren met een lichte verstandelijke beperking, jongeren in instituties, jongeren met psychische problemen of gedragsproblemen en jongeren in gezinnen in scheiding. Er is vaak overlap tussen deze groepen en voor al deze groepen geldt dat het behoren tot deze groep doorgaans niet een risico op zichzelf is, maar dat het de opeenstapeling van risicofactoren met onvoldoende tegenwicht van beschermende factoren is die hen kwetsbaar maakt voor (problematisch) cannabisgebruik.

Bij ernstige problematiek zijn er voor deze doelgroepen relatief intensieve interventies zoals Multi Systeem Therapie (MST) en Multi Dimensionele FamilieTherapie (MDFT) die sterke aanwijzingen hebben voor effectiviteit bij het voorkomen van (problematisch) middelengebruik (voor MDFT is dit ook cannabisspecifiek). Daarnaast zijn er theoretisch goed onderbouwde interventies die rekening houden met kenmerken van de doelgroep (Take it Personal en Open en Alert voor jongeren met LVB) of met de setting (Brains4Use, Make up your mind, Leefstijl 24/7 en Open en Alert voor jongeren in instituties). Voor jongeren en jongvolwassenen met psychische problemen en gedragsproblemen is er ook het preventief adviesgesprek IVZ (goed onderbouwd). Dit gesprek zou ook goed inzetbaar kunnen zijn bij jongeren die begonnen zijn met cannabisgebruik in gezinnen in echtscheiding.

Een aantal van deze interventies wordt uitgevoerd vanuit de IVZ waarbij sommigen een landelijk netwerk hebben (Open en Alert) en anderen vanuit één bepaalde IVZ wordt aangeboden (Make up your Mind vanuit VNN en Leefstijl 24/7 vanuit de Verslavingsreclassering). Daarnaast zijn er interventies die worden uitgevoerd vanuit zorginstellingen (Take it Personal) of Justitiële Jeugdinrichtingen (Brains4Use) waarbij vaak wel samengewerkt wordt met IVZ. Dit geldt ook voor de meer intensieve interventies MST en MDFT die doorgaans worden ingezet vanuit de jeugdhulp en GGZ.

Voor deze interventies geldt dat de uitvoerders en ontwikkelaars een rol kunnen spelen bij het opschalen van de interventies waarbij de IVZ een verbindende rol kunnen spelen.

Tenslotte geldt ook voor deze doelgroep dat de wijkgerichte interventies lokaal een interessante overweging kunnen zijn.

Welke kosten zijn daarmee gemoeid? (onderzoeksvraag 5)

Zoals eerder aangegeven is het in deze fase nog niet mogelijk om concrete interventies aan te wijzen en de kosten hiervan in kaart te brengen. Op het moment dat er een keuze gemaakt wordt voor het opschalen van specifieke interventies kan er per interventie een schatting van de kosten berekend worden. Hiervoor is het belangrijk om parameters vast te stellen. De

informatie uit de beschrijvingen van de interventies in de databanken kunnen hiervoor als startpunt dienen. Hierin staat doorgaans het volgende vermeld:

- De personele kosten: medewerkers binnen de eigen organisaties die uren kwijt zijn aan de implementatie, ondersteuning, uitvoering en kwaliteitszorg van de interventie
- De materiële kosten: benodigde materialen, zaalhuur, de kosten voor het inhuren van personeel van buiten, training, communicatie/PR, werving, eventuele kosten voor licentie of registratie.

Naast de personele en materiële kosten zijn er nog andere parameters waar rekening gehouden moet worden. Zo is het bepalend in welke mate de interventie opgeschaald moet worden, in hoeverre er al een bestaande infrastructuur is en of de doelgroep individueel of in een groep bereikt wordt. Wil men bijvoorbeeld het bereik van de interventie met een bepaald percentage vergroten, dan is er informatie nodig over het actuele bereik van de interventie en over de omvang van de te bereiken doelgroep. Mogelijk zitten de extra kosten dan ook niet alleen in de uitvoering, maar ook in het versterken van de werving. Zodra alle parameters zijn vastgesteld kan er met behulp van instrumenten voor economische evaluatie een kostenschatting gemaakt worden welke als uitgangspunt kunnen dienen voor extra investeringen op landelijk en lokaal niveau.

6.2 Aanbevelingen

In paragraaf 6.1 is antwoord gegeven op de onderzoeksvragen met betrekking tot de hoofddoelgroepen, passende instrumenten en interventies en uitvoering en kosten. In deze paragraaf vertalen wij deze antwoorden naar concrete aanbevelingen voor een preventieaanpak gedurende het Experiment Gesloten Coffeeshopketen. Hierbij beginnen we met landelijke adviezen voor de inzet en opschaling van de interventies en gaan we vervolgens nader in op wat er nodig is met betrekking tot afstemming, communicatie en monitoring. Deze adviezen richten zich in eerste instantie op de ministeries en de gemeenten die voornemens zijn mee te doen aan het experiment. Omdat het experiment ook een landelijke uitwerking kan hebben is het voor andere gemeenten ook aan te bevelen om binnen hun lokaal middelenbeleid expliciet aandacht te besteden aan cannabispreventie waarbij zij ook gebruik kunnen maken van de beschikbaar gestelde materialen. Dus daar waar de aanbevelingen de experimentgemeenten aangaan, zouden deze ook voor de andere gemeentes in Nederland van toepassing kunnen zijn.

Inzet en opschaling interventies

1. Zorg voor landelijke opschaling van de beschikbaarheid van en verwijzing naar kortdurende interventies voor jongeren en jongvolwassenen die (risico lopen om te gaan) gebruiken of al problematisch gebruiken. Interventies die hier met name voor in aanmerking komen zijn de WietCheck (effectief eerste aanwijzingen) en Moti-4 (effectief volgens goede aanwijzingen). Beiden hebben aanwijzingen voor effectiviteit en bestaan uit een beperkt aantal sessies (WietCheck: 2 sessies, Moti-4: 4 sessies). De haalbaarheid voor opschaling is daarmee groot. Tevens worden deze interventies al door een groot aantal instellingen voor verslavingszorg momenteel aangeboden. WietCheck Online is nu al gratis beschikbaar als zelftest en kan als toeleiding dienen

voor de instellingen voor verslavingszorg die cliënten dan verder kunnen helpen met WietCheck of Moti-4.

2. Zorg voor een versteviging van interventies die laagdrempelig zijn en geen tot lage kosten voor de gebruiker met zich meebrengen. Momenteel zijn er verschillende online zelfhulp/eHealth interventies voor verschillende niveaus van (probleem)gebruik beschikbaar. Ook al moet de effectiviteit van sommige van die interventies nog aangetoond worden, ze zijn wetenschappelijk onderbouwd en hebben de potentie tot een groot bereik van gebruikers en brengen geen grote kosten met zich mee.
3. Zorg dat de interventies voor jongeren met multiproblematiek die binnen zorgorganisaties worden uitgevoerd meer bekendheid krijgen onder de verschillende zorginstellingen en instellingen van verslavingszorg. De instellingen van verslavingszorg kunnen tevens een rol spelen bij het implementeren van deze interventies bij zorginstellingen in hun werkgebied.
4. Blijf investeren in landelijke universele preventie voor jongeren en jongvolwassenen, en hun ouders als intermediaire doelgroep. Het voortgezet onderwijs is de beste manier om deze doelgroep te bereiken, waarbij gebruik gemaakt kan worden van verschillende materialen zoals lespakketten, ouderavonden, websites, etc.
5. Zorg voor een verhoging van de deelname aan en het verdiepen van de bestaande coffeeshop cursussen. Dit kan o.a. door een tegemoetkoming in de kosten aan te bieden. Landelijk zijn er al gemeenten die deelname aan een cursus voor de coffeeshophouder en medewerkers opgenomen hebben in hun aanvullende vestigingscriteria voor coffeeshops en dit sluit ook aan bij het P(reventie)-criterium uit het advies van de commissie Krottnerus. Vanwege de mogelijke landelijke uitstraling van het experiment, zouden ook andere coffeeshops in de rest van het land aangemoedigd kunnen worden om de cursus te volgen. Eén van de punten waar binnen deze cursussen extra aandacht voor zou moeten zijn is de controle van ID en het weren van minderjarige bezoekers, zoals dat ook gebeurt in cursussen voor supermarkten en horeca met betrekking tot het verstrekken van alcohol. Uit de NDM (van Laar, 2020) blijkt namelijk dat een groot gedeelte van de minderjarige jongeren de cannabis in de coffeeshop verkregen hebben. Andere belangrijke thema's die aandacht behoeven binnen de cursussen zijn signalering van (tekenen van) probleemgebruik en psychosegevoeligheid.

Afstemming met deelnemende gemeenten

6. Start een gezamenlijk traject met de experimentgemeenten vóór en tijdens het experiment met als eindproduct een handreiking of stappenplan. Het model Preventie –en Handhavingsplan Alcohol⁵ kan hierbij als voorbeeld gebruikt worden, hierdoor is de handreiking in de toekomst ook makkelijk toepasbaar in andere gemeenten. Een preventiewerkgroep is een mogelijke vorm waarin er gezamenlijk aan de slag

5 Dit model is onder meer te vinden op <https://assets.expertisecentrumalcohol.trimbos.nl/docs/ad4cecaa-9c75-482f-9b2e-c4cbc545b58a.pdf>.

kan worden gaan. Dit traject kan ook al ingezet worden in afwachting van verdere bestuurlijke maatregelen en dit advies kan hiervoor een startpunt zijn. In dit traject kan de rolverdeling tussen de verschillende betrokken partijen vastgesteld worden. Hierbij gaat het zowel over de rolverdeling landelijk versus lokaal als ook tussen de verschillende domeinen binnen de gemeente. Ook kunnen plannen voor een lokale preventieaanpak samen aangepakt en uitgewerkt worden. Verder zorgt de preventiewerkgroep voor het op de agenda zetten van het thema middelenpreventie gekoppeld aan het experiment.

Ondanks dat het experiment een landelijke uitstraling kan hebben, is het raadzaam om in eerste instantie te beginnen met het ontwikkelen van de preventieaanpak met de experimentgemeenten. Uit de interviews blijkt dat het zorgdomein bij de experimentgemeenten nog niet of pas recentelijk betrokken is bij de voorbereidingen op het experiment. De verwachting is dat dit voor de andere, niet-deelnemende gemeenten, nog veel sterker zal gelden. Daarom is het niet haalbaar om een preventieaanpak gezamenlijk met alle gemeenten te ontwikkelen. In tweede instantie, mede afhankelijk van ontwikkelingen tijdens het experiment, kunnen de andere gemeenten betrokken worden. Dit kan bijvoorbeeld door de kennis en ervaringen van de experimentgemeenten te delen via een congres of door de ontwikkelde materialen beschikbaar te stellen.

De positie van de controlegemeenten achten wij gelijk aan die van de andere gemeenten. Echter, afhankelijk van de doelstellingen van het experiment en hoe het geëvalueerd gaat worden, kan ook de overweging gemaakt worden om de controlegemeenten vanaf het begin te betrekken bij de ontwikkeling van de lokale preventieaanpak.

7. Maak gebruik van de kennis en netwerken met betrekking tot (cannabis)preventie die gemeenten al hebben. Deze kunnen gebruikt worden om samen te komen tot een integraal preventiebeleid met daarin duidelijke verantwoordelijkheden voor alle betrokken partijen. Draagvlak bij de intermediaire en uitvoerende partijen en meer druk vanuit politiek en bestuur zijn hierbij belangrijke voorwaarden.
8. Voor de experimentgemeenten is het belangrijk dat er lokaal maatwerk kan plaatsvinden. Sommige gemeenten hebben bijvoorbeeld momenteel al zorgen om bepaalde doelgroepen met betrekking tot cannabisgebruik. Ondersteun deze gemeenten met het ontwikkelen van preventiebeleid voor doelgroepen die lokaal al in beeld zijn. Zorg voor een infrastructuur voor het delen van kennis en ervaring met betrekking tot signalen. In eerste instantie is het belangrijk dat de experiment gemeenten hiermee aan de slag kunnen, maar in een latere fase zouden de andere gemeenten hier ook bij betrokken moeten worden (zie ook aanbeveling 6).
9. Communiceer de achtergrond van het voornemen om extra in te zetten op cannabispreventie ten tijde van het experiment naar de deelnemende gemeenten. De meeste gemeenten geven aan dat ze niet verwachten dat er bepaalde doelgroepen zijn die extra aandacht behoeven tijdens het experiment omdat er aan de voorkant in principe niets verandert. Daarom ontbreekt er een 'cue to action' en het gevoel van een noodzaak om (meer) interventies te implementeren. Ook al is het nog niet helemaal

duidelijk hoe het experiment samenhangt met veranderingen in gebruik, het is voor alle stakeholders wel van belang om zich te verbinden aan de doelstellingen en werkwijzen voor preventie.

10. Zorg dat de deelnemers aan de preventiewerkgroep hun lokale netwerkpartners en andere gemeenten kunnen betrekken door nieuws over het experiment te delen, bijvoorbeeld via de reeds bestaande nieuwsbrief en website. Het is te adviseren om in deze nieuwsbrief zowel onderwerpen die bij veiligheid als bij volksgezondheid/zorg liggen te bespreken. Door een nieuwsbrief⁶ uit te brengen raken mensen geïnformeerd en betrokken en wordt er draagvlak voor eventuele veranderingen in beleid gecreëerd.
11. Stel financiële middelen beschikbaar voor gemeenten die lokaal extra op cannabispreventie willen gaan inzetten. Opschaling van preventie brengt kosten met zich mee en gemeenten hebben beperkt budget om, buiten de bestaande begroting voor zorg, extra in te zetten op cannabispreventie. Ook kan gedacht worden aan het minimaliseren van kosten door deskundigheidsbevordering en materialen landelijk beschikbaar te stellen.

Afstemming met instellingen voor verslavingszorg (IVZ) en GGD

12. Organiseer een eenmalige werksessie met Verslavingskunde Nederland (VKN) om de instellingen voor verslavingszorg bij de voorbereidingen van het experiment te betrekken. Zij hebben een beschreven basisaanbod (tegenwoordig ook basispakket genoemd) waarin staat welke interventies zij kunnen aanbieden. Dit basisaanbod kan als uitgangspunt gebruikt worden om te kijken wat er nodig is om de beschikbare interventies op te schalen. Ook kunnen zij in samenwerking met de zorginstellingen de implementatie van de interventies voor jongeren en jongvolwassen met multiproblematiek versterken.
13. Organiseer in samenwerking met VKN en GGD trainingdagen over hoe preventiewerkers in de eigen regio ervoor kunnen zorgen dat vroegsignalering op de agenda van scholen, jeugdhulp en jongerenwerk komt. Intermediairen zoals leraren en jongerenwerkers kunnen dan getraind worden over het signaleren en bespreekbaar maken van (problematisch) gebruik en welke stappen er uitgevoerd kunnen worden.

Communicatie naar media, preventiestakeholders en ouders

Bij velen zal het experiment vragen oproepen over wat dit gaat betekenen en wat er wel of niet gaat veranderen in wetgeving en beleid. Er is dus een belangrijke rol voor informatievoorziening weggelegd naar verschillende partijen.

14. Geef aandacht aan de landelijke communicatiestrategie over het experiment, omdat dit kan bijdragen aan de algemene beeldvorming. De kernboodschap zal hierbij moeten

⁶ De nieuwsbrief en informatie over het experiment zijn te vinden op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/experiment-gesloten-coffeeshopketen-wietexperiment>.

zijn dat het experiment bedoeld is om de toelevering van cannabis uit de criminaliteit te halen en dat er niets veranderd aan de risico's van cannabisgebruik⁷, noch aan de wetgeving met betrekking tot de toegang tot coffeeshops voor minderjarigen. Hierbij is het ook belangrijk dat deelnemende gemeenten handvatten krijgen voor de lokale communicatiestrategie. De 'werkgroep communicatie' waar de experimentgemeenten ook aan deelnemen is een goed platform om de communicatiestrategie verder uit te werken. Door dit samen met de deelnemende gemeenten te doen wordt er zorg gedragen voor een goede afstemming tussen de landelijke en lokale communicatiestrategie.

15. Zorg voor kennisdisseminatie over het experiment richting leraren, jongerenwerkers en preventiewerkers vanuit GGD'en en instellingen voor verslavingszorg. De kennisdisseminatie kan bestaan uit informatie over het experiment en wat er wel of niet verandert. Op deze manier worden zij in staat gesteld om eventuele vragen over het experiment goed te kunnen beantwoorden.
16. Faciliteer de platformen waarop ouders bereikt kunnen worden. Ten eerste kan dit georganiseerd worden via de ouderavonden op scholen. Ouderavonden zijn een onderdeel van Helder op School, maar kunnen ook daarbuiten georganiseerd worden. Het standaard inhoudelijke programma kan waar nodig aangevuld worden met informatie over het experiment. Extra aandacht kan gaan naar hoe ouders signalen van cannabisgebruik bij hun kinderen zouden kunnen herkennen en wat ze dan kunnen doen. Ten tweede kunnen ouders geïnformeerd worden via bestaande sociale media kanalen zoals die onderhouden worden door 'opvoeding en uitgaan' van het Trimbos-instituut.
17. Zorg dat de deelnemende coffeeshops bij eventuele vragen goede informatie kunnen bieden over het experiment. Dit kan onderdeel uitmaken van de hierboven genoemde lokale communicatiestrategie.
18. Zorg dat bestaande harm-reductie methoden zoals de websites 'Drugs en uitgaan', 'drugsinfo' en 'drugsinfoteam' aangevuld worden met een korte sectie over het experiment en wat dat betekent voor gebruikers.

Monitoring

19. Inventariseer mogelijkheden voor (lokale) monitoring van cannabisgebruik. Dit geeft mogelijkheden om ten tijde van het experiment snel op veranderingen in gebruik in te spelen en actie te ondernemen. Als bijvoorbeeld blijkt dat er met name bij jongeren onder de 18 jaar een toename in gebruik te zien is, dan betekent dat er specifiek op die doelgroep ingezet moet worden. Doe dit zoveel mogelijk centraal en uniform maar werk samen met lokale en regionale partijen zoals de GGD en coffeeshops.

7 In de gebruikersinformatie ('bijsluiter') voor de cannabis die gedurende het experiment wordt verkocht in de coffeeshops in de deelnemende gemeenten worden deze risico's expliciet benoemd.

20. Inventariseer mogelijkheden om onderzoek te doen naar gebruik onder jongeren met multiproblematiek in residentiële jeugdhulp en jeugdinrichtingen, maar ook vroegtijdige schoolverlaters, jongeren in de ambulante jeugdhulp en LVB-zorg. Deze jongeren komen doorgaans niet in de standaard monitoring onderzoeken terecht, terwijl zij wel extra gevoelig zijn voor nadelige effecten van cannabis. Het is hierbij raadzaam om de uitkomsten uit het landelijke EXPLORE onderzoek te volgen. EXPLORE is een landelijk onderzoek naar middelengebruik bij jongeren in het speciaal onderwijs, de residentiële jeugdhulp en justitiële jeugdinrichtingen. De resultaten hiervan worden in de loop van 2021 verwacht.
21. Inventariseer mogelijkheden waarop lokale en regionale stakeholders zoals scholen, jongerenwerkers en preventiewerkers signalen en observaties uit de praktijk kunnen rapporteren aan de gemeente. Zorg voor contactgegevens waarop signalen gemeld kunnen worden, een systeem waarin ze geregistreerd kunnen worden en een stappenplan met betrekking hoe en wanneer er vervolg aan gegeven kan worden.

Literatuur

Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen (2018). *Een experiment met een gesloten cannabisketen*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/20/een-experiment-met-een-gesloten-cannabisketen>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, 2 augustus). *Jongeren (0 tot 25 jaar); geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, regio's [StatLine Jeugdmonitor]*. Geraadpleegd van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/71009ned/table?ts=1585770955257>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, 31 oktober). *Jongeren met jeugdzorg en jeugdzorgtrajecten in natura; wijken, 2019 [StatLine Jeugdmonitor]*. Geraadpleegd van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20262NED/table?ts=1585663998465>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 6 november). *Nieuwsbericht: 1 op de 12 jongeren is psychisch ongezond*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/45/1-op-de-12-jongeren-is-psychisch-ongezond>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Jongeren in Nederland*. Geraadpleegd van <https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2019/jongeren-in-nederland/>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020) *Landelijke vsv cijfers*. Geraadpleegd van <https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen/onderwijs-algemeen/leerlingen-en-studenten/prestaties-voortijdig-schoolverlaten/landelijke-vsv-cijfers>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 1 mei). *Nieuwsbericht: 3 op 10 vijftienjarigen wonen niet met beide ouders*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/18/3-op-10-vijftienjarigen-wonen-niet-met-beide-ouders>.

EMCDDA (2019). *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*. Geraadpleegd van http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

Farmer, R.F, Seeley, J.R., Kosty, D.B., Gau, J.M., Duncan, S.C., Lynskey, M.T. & Lewinsohn, P.M. (2015). *Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 541-551.

Hermanns, J. M. A. (2009). *Het opvoeden verleerd*. (Oratiereeks). Vossiuspers: Amsterdam.

Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. & Vollebergh, W. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008* Trimbos-instituut: Utrecht.

Kepper, A., Monshouwer, K., Dorsselaer van, S. & Vollebergh, W. (2012). *Middelengebruik door jongeren. Middelengebruik in de residentiële jeugdzorg, Rec-4, praktijkonderwijs en leerwegondersteunend onderwijs*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 90(5), 287-294.

King, S.M., Iacono, W.G. & McGue, M. (2004). *Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use*. *Addiction*, 99, 1548–1559.

Monshouwer, K., van Dorsselaer, S. & van der Pol, P. (2018). *Factsheet riskant cannabisgebruik in Nederland*. *Trimbos-instituut*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1598-factsheet-riskant-cannabisgebruik-in-nederland>.

Möhle, M., van der Pol, P., van Goor, M., & Goossens, F. (2018). *Strategische Verkenning Cannabispreventie. Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik door jongeren te voorkomen*. *Trimbos-instituut*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1607-strategische-verkenning-cannabispreventie>.

Nederlands Jeugd instituut (2011). *Onderzoek Jeugd en Opgroeien*. Geraadpleegd van [https://www.nji.nl/pdf/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Onderzoek-Jeugd-en-Opgroeien-\(OJO\)](https://www.nji.nl/pdf/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Onderzoek-Jeugd-en-Opgroeien-(OJO)).

Nederlands Jeugd instituut (2017). *Cijfers over Jeugd en Opvoeding Justitiële jeugdinrichting (JJI)*. geraadpleegd van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Justitiële-jeugdinrichting-\(JJI\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Justitiële-jeugdinrichting-(JJI)).

Oudejans, S., Spits, M. (2013). *Investeren in verslavingspreventie – beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren*. Geraadpleegd van <https://www.resultatenscoren.nl/data/upload/files/rapport-basisaanbodjeugdpreventie.pdf>.

Van Rooijen-Mutsaers, K. van en D. Ince (2013). *Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders?* Utrecht: Nederlands Jeugd instituut.

Rutte, M. S. van Haersma Buma, A. Pechtold & G.J. Segers (2017). *Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord VVD – CDA-D66-ChristenUnie. 10 oktober 2017. Regeerakkoord voor de periode 2017 - 2021*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst>.

Schoemaker, C., Kleinjan, M., van der Borg, W., Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J. & Dedding, C. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. *RIVM, Trimbos-instituut, Amsterdam UMC*. Geraadpleegd van https://www.rivm.nl/sites/default/files/2019-05/011281_120429_RIVM%20Brochure%20Mentale%20Gezondheid_V7_TG.pdf.

Schürmann, L., Croes, E., Lameijer, M. & Valkenburg, H.E. (2019). *Monitoring drugsincidenten. Factsheet 2018*. *Trimbos-instituut*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1712-monitor-drugsincidenten>.

Stevens G., van Dorsselaer, S., Boer, M., de Roos, S., Duinhof, E., ter Bogt, T., van den Eijnden, R., Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W. & de Looze, M. (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht. Geraadpleegd van <https://hbsc-nederland.nl/rapport-hbsc-nederland-2017>.

Stoll, J., Bruinsma, W., Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg? Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn /NIZW. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/NieuweClientenVoorBureauJeugdzorg.pdf>.

Spanjaard, H. & Slot, W. (2015). *Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook. Een 'update' van het competentiemodel*. In: Kind en Adolescent Praktijk, 3, 14-21. DOI: 10.1007/s12454-015-0029-0.

Ter Bogt, T., van Lieshout, M., Doornwaard, S. & Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten. Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval*. Universiteit van Utrecht, Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.stap.nl/content/bestanden/ter-bogt-e.a.-middelengebruik-en-voortijdig-schoolverlaten.pdf>.

Tuithof, M., van Dorsselaer, S. & Monshouwer, K. (2018). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1639-middelengebruik-onder-studenten-van-16-18-jaar-op-het-mbo-en-hbo-2017>.

Van Beuningen, J. & de Witt, S. (2016). *Welzijn van jongeren: geluk en tevredenheid met het leven onder jongeren van 12 tot 25 jaar*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/32/welzijn-van-jongeren-geluk-en-tevredenheid-met-het-leven-onder-jongeren-van-12-tot-25-jaar>.

Van Hasselt, N. (red.) (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Laar, M. W., van Ooyen-Houben, M.M.J., Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. & van der Pol, P.M. (2016). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016*. Trimbos-instituut/WODC. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1486-jaarbericht-nationale-drug-monitor-2016>.

Van Laar, M. W., Cruts, G., van Miltenberg, C., Strada, L., Ketelaars, T., Cores, E., Beenakker, E. & Meijer, R. (2020). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2019*. Trimbos-instituut/WODC. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1706-jaarbericht-nationale-drug-monitor-2019>.

Van der Nagel, J. (2016). *Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in Intellectual Disability*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Volksgezondheidszorg.info (2020) *Aanbod van preventie van drugsgebruik*. Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/drugsgebruik/preventie-zorg/preventie-1#!node-aanbod-van-preventie-van-drugsgebruik>.

Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V. & Lépine J.P. (2015). *Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues*. Current Psychiatry Reports, 17(2), 4. doi: 10.1007/s11920-014-0544-y.

Wits, E., van de Mheen, D., Snoek, A. & van der Stel, J. (2012). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Verslaving, 8(3), 3-12.

WHO (2016). *The health and social impact of nonmedical cannabis use*. Geraadpleegd van https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf.

Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen*. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Bijlage 1 Topiclist interviews gemeenten

Gemeente: _____

Datum: _____

Professionele achtergrond geïnterviewde

Welke functie bekleed u binnen de gemeente waarin u werkzaam bent?

Op welke manier bent u op het onderwerp middelenpreventie werkzaam?

Hoeveel jaar bent u op dit onderwerp werkzaam?

Verwachtingen

Worden er binnen uw gemeente veranderingen met betrekking tot cannabisgebruik als gevolg van deelname aan het experiment verwacht? (bijv. verandering in gebruik, instroom andere gebruikers, veranderende zorgvraag etc.)

Zijn er doelgroepen die volgens u extra aandacht behoeven ten tijde van het experiment?

Preventieactiviteiten

Wordt er binnen uw gemeente op deze evt. veranderingen geanticipeerd, zo ja op welke manier? (zwaartepunt vraag gaat over zorg en preventie)

Welke preventieactiviteiten voert uw gemeente momenteel uit op cannabispreventie (of middelenpreventie in het algemeen waar cannabis onder valt, onder preventie verstaan wij zowel interventies als preventieactiviteiten die meer beleidsmatig zijn).

Zijn er plannen om in de aanloop van het experiment veranderingen m.b.t. de inzet van preventieactiviteiten door te voeren?

Zijn er plannen om binnen uw gemeente om tijdens het experiment extra op cannabis/middelenpreventie in te gaan zetten? Waarom wel/niet? Evt. belemmeringen?

Zo ja, hoe zien die plannen eruit?

Stel dat er landelijk advies komt om meer op cannabispreventie in te zetten: op welke manier zou de gemeente hier aan invulling aan kunnen geven? Wat zijn de faciliterende en belemmerende factoren binnen uw gemeente? (bijv. capaciteiten, kosten, etc.)

Zijn er nog andere dingen waarvan u het belangrijk vindt dat deze worden meegenomen in het advies?

Bijlage 2 Online vragenlijst preventiewerkers

Persoonlijke gegevens

Wat is uw naam en achternaam?

Bij welke organisatie werkt u?

Wat is uw functie? *

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Preventiewerker instelling voor verslavingszorg
- Preventiewerker GGD
- Gemeentelijk beleidsmedewerker/adviseur, domein gezondheid
- Gemeentelijk beleidsmedewerker/adviseur, sociaal domein
- Gemeentelijk beleidsmedewerker/adviseur, domein veiligheid/openbare orde
- Anders, namelijk:

Werkt uw organisatie binnen een gemeente die meedoet aan het Experiment Gesloten Coffeeshopketen?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Ervaring met doelgroepen en settings

Met welke (intermediaire) doelgroepen werkt u of heeft u in de afgelopen vijf jaar hieraan gewerkt?

Hebt u met meer dan 3 van onderstaande doelgroepen gewerkt? Kies dan de 3 groepen waar u het meeste mee heeft gewerkt.

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Jeugd algemeen 0-4 jaar
- Jeugd algemeen 4-12 jaar
- Jeugd algemeen 12-18 jaar
- Jongvolwassen algemeen 18-27 jaar
- Volwassenen 27 jaar en ouder
- Ouders
- Docenten
- Hulp-/zorgverleners
- Medewerkers horeca/festival/coffeeshop
- Beleidsmedewerkers/-adviseurs
- Beveiliging/handhaving/politie
- Mensen met psychische problemen en/of gedragsproblemen

- Kinderen van ouders met verslavings- of psychische problematiek
- Mensen met een lichte verstandelijke beperking

In welke context(en) vinden (vonden) de activiteiten plaats waar u bij betrokken bent (was)?
Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Gezin
- Wijk
- Basisonderwijs
- Voortgezet onderwijs
- MBO, HBO, universiteit
- Jongerenwerk/welzijnswerk
- Ambulante zorg
- Residentiële zorg
- Coffeeshop
- Uitgaansleven (horeca, festivals)
- Openbare ruimte
- Internet (bv via online interventies, chatfuncties)
- Overige:

Interventies

Zijn er gedocumenteerde interventies die u aanbiedt of aan heeft geboden aan deze doelgroep(en) t.b.v. de preventie van (problemen door) cannabisgebruik?

Zo ja, welke interventies zijn dat?

Hierna willen we u een aantal vragen stellen over interventie(s) en aanpakken (hierna: interventies) waarvan bekend is dat zij bij kunnen dragen aan cannabispreventie. De interventies die we aan u voorleggen, hebben we geselecteerd op basis van uw ervaring met specifieke doelgroepen en contexten. Als u betrokken bent geweest bij (het aanbieden van) de desbetreffende interventie, stellen we u een aantal vervolgvragen om erachter te komen hoe u over de interventie denkt.

Kent u deze interventie?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, ik ben bij (het aanbieden van) deze interventie betrokken geweest.
- Ja, ik heb van deze interventie gehoord, maar ik heb er geen goed zicht op wat deze interventie inhoudt.
- Nee, deze interventie ken ik niet

Kunt u met een score aangeven in hoeverre u positief of negatief staat tegenover deze interventie? (Hierbij geldt: 1 = zeer negatief en 5 = zeer positief)

Kunt u voor ons toelichten waarom u negatief dan wel positief tegenover deze interventie staat?

In hoeverre acht u het haalbaar dat deze interventie binnen 12 maanden (op grotere schaal) zal worden geïmplementeerd? Hierbij geldt: 1 = helemaal niet haalbaar en 5 = zeker wel haalbaar.

Kunt u voor ons toelichten waarom u de haalbaarheid op deze manier inschat? U kunt hierbij denken aan verschillende en meerdere factoren die de haalbaarheid van de implementatie van deze interventie volgens u beïnvloeden. Te denken valt, bijvoorbeeld, aan:

- De interventie sluit waarschijnlijk (niet) aan bij reeds aanwezige kennis en vaardigheden van de professionals.
- Professionals staan waarschijnlijk (niet) positief t.o.v. de interventie.
- De interventie sluit waarschijnlijk (niet) aan bij een behoefte.
- Bepaalde noodzakelijke randvoorwaarden voor de uitvoering zijn waarschijnlijk (niet) aanwezig, zoals financieel, wet- en regelgeving, samenwerkingen tussen organisaties, etc.
- Er is (geen) concurrentie met andere of betere interventies.
- [...]

Wanneer u dit niet kunt inschatten, dan kunt u dat bij de vraag hierna aangeven. Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

Ik kan de haalbaarheid niet inschatten.

Vorgelegde interventies en maatregelen:

- Handhaving regels coffeeshops (AHOJG-I)
- Versterken van naleving wettelijke AHOJG-I-criteria coffeeshops uit Aanwijzing Opiumwet
- Aanvullende vestigingscriteria
- Overige criteria coffeeshop
- Wijkaanpak ABCD
- Be Aware
- Brains4Use
- Buurtteams
- Coffeeshopcursus of Goed Gastheerschap in de coffeeshop
- Communicatiecampagne gemeente omtrent drugsbeleid
- Communities that care (CTC)
- Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP
- Deskundigheidsbevordering professionals (o.a. hulpverleners, docenten, zorgverleners etc.) met betrekking tot de effecten van en vroegsignalering van middelengebruik
- Drugsenuitgaan.nl en Drugsinfo.nl
- EHBDu-V cursus
- Family Check Up
- Frisse Start
- Gezonde wijk en regio-aanpak
- Helder op School
- Help, mijn kind kan niet zonder
- Hotspot
- Het IJslandse preventiemodel
- In Charge
- In Control - preventie en handavingsplan
- Kop op ouders
- Kopopouders.nl
- Leefstijl 24-7

- Legspedition
- Leren signaleren
- Make up your mind
- Mama cares
- Moti-4
- Multidimensional Family Therapy (MDFT)
- Multisysteem therapie (MST)
- Open en Alert
- Opvoedondersteuning
- Ouderavond over roken, alcohol, drugs, gokken of internet.
- PAD(Programma Alternatieve Denkstrategieën)/PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies)
- Piep zei de muis
- Voorlichting op evenementen door Pink Unity/Connect/LOS.
- Preventief adviesgesprek over psychiatrische problematiek en/of problematisch middelengebruik
- ROC aanvalsplan
- Samen Fris
- Samen Slagen
- Stay-away
- Taakspel (Good Behaviour Game)
- Take it personal (voorheen Preventure)
- Triple P
- Unity
- Utrecht Coping Power
- VoorZorg (nurse-family partnership).
- Weerbaar zijn doe je zo
- Begeleide zelfhulp, online hulp in combinatie met gesprekken (blended) of feedback van behandelaar via internet (Moti-4 app, Middelenmeter, Cannabis onder controle en Cannabis de baas)
- Signalering/zelftesten online (Signaleringstest Cannabis en Wiet-Check Online)
- Onbegeleide zelfhulp online, wel mogelijkheid tot mailen contactpersoon
- Begeleide zelfhulp, online hulp in combinatie met gesprekken (blended)

Doelgroepen

De voorgaande vragen gingen over doelgroepen en interventies waar u bekend mee bent. In de volgende vraag vragen we u om na te denken over doelgroepen waar een (beter) aanbod voor zou moeten zijn om (problematisch) cannabisgebruik te voorkomen of te minderen.

Kunt u groepen noemen waar een (beter) aanbod voor zou moeten zijn? Omschrijf de groepen dan hieronder. (Een toelichting vindt u onderaan.)

U kunt de groepen omschrijven aan de hand van kenmerken, zoals leeftijd of andere persoonlijke kenmerken van leden van de groep, context waarin deze groep vindbaar is, context waarin een interventie zou moeten worden geïmplementeerd, etc.

Wat is uw reden of wat zijn uw redenen om deze groep(en) te noemen als groep(en) waarvoor er een (beter) aanbod zou moeten zijn om (problematisch) cannabisgebruik te voorkomen of te verminderen?

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- De kans dat mensen beginnen met cannabis is relatief hoog in deze groep.
- Het gebruik van cannabis is relatief hoog in deze groep.
- Problemen door het gebruik van cannabis komen relatief vaak voor in deze groep.
- Problemen door het gebruik van cannabis zijn ernstiger voor deze groep.
- Deze groep wordt (nog) niet bereikt of het preventieve aanbod is niet passend.
- Deze groep loopt een verhoogde kans op nadelige gevolgen van het experiment gesloten coffeeshopketen.
- Anders, namelijk:

Welke nadelige gevolgen verwacht u van het experiment gesloten coffeeshopketen? Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Vul uw antwoord hier in:

Verdieping beter aanbod voor groepen

Via welke kanalen of hoe zouden deze groepen bereikt kunnen worden met het (betere) aanbod? (zowel on- als offline contexten zijn mogelijk)

Bent u bekend met interventies/een preventief aanbod (dat geschikt zou zijn) voor de door u genoemde groep? (Zie hieronder voor een toelichting op preventie en interventies.)

Zoja, wat is de naam van dit aanbod? Heeft u voor ons een link naar meer informatie? Als u hier onbekend mee bent, dan kunt u het antwoord vak leeg laten.

Wij hanteren een brede definitie van preventieactiviteiten. Denkt u bijvoorbeeld aan interventies op het individuele, gezins- of schoolniveau. Maar ook preventiemaatregelen die zich meer op het beleidsmatige vlak afspelen vallen hieronder. De preventie-activiteiten hoeven niet specifiek over cannabis te gaan. Veel preventieactiviteiten gaan over middelengebruik in het algemeen, waar cannabis dan ook onder valt.

Heeft u nog opmerkingen die u niet kwijt kon in deze vragenlijst maar die u relevant acht voor ons advies over cannabispreventie ten tijde van het experiment gesloten coffeeshopketen?

Vul uw antwoord hier in:

Mogelijk hebben wij n.a.v. uw antwoorden vragen ter verduidelijking of verdieping. Die vragen willen we u graag per email stellen. Als u ervoor openstaat dat wij contact met u opnemen, wilt u dan hieronder uw emailadres invullen? Vul uw antwoord hier in:

We zouden u graag in het advies noemen als één van de geraadpleegde experts. Geeft u ons toestemming om uw voor- en achternaam, uw functie(s) en de organisatie(s) waar u werkt te noemen?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

Bijlage 3 Opmerkingen mbt houding en haalbaarheid interventies

In de online vragenlijst zijn aan de respondenten de interventies voorgelegd die uit de inventarisatie kwamen (zie hoofdstuk 4) en die de respondent mogelijk zou kennen vanuit zijn/haar praktijk. Aan respondenten die aangaven de desbetreffende interventie voldoende te kennen om vragen erover te kunnen beantwoorden, is allereerst gevraagd of ze op een 5-puntsschaal aan wilden geven in hoeverre ze al dan niet positief/negatief staan tegenover de interventie (houding, waarbij 1 = zeer negatief en 5 = zeer positief).

Daarna is hen gevraagd in hoeverre zij het haalbaar achten dat de interventie binnen een jaar op grotere schaal geïmplementeerd kan worden (haalbaarheid, waarbij 1 = zeker niet haalbaar, 5 = zeker wel haalbaar). Hen is ook gevraagd om beide scores toe te lichten.

Hieronder is in een overzicht weergegeven welke (onbewerkte) toelichting de respondenten gaven op de gegeven houding- en haalbaarheidsscores van verschillende interventies. De gegeven scores staan tussen haakjes achter de opmerkingen.

	#	
		Versterken van naleving wettelijke AHOJGI-criteria coffeeshops uit Aanwijzing Opiumwet
Houding	1	<i>Een goede interventie. Omdat de drugsmarkt vol op in beweging is vraagt dit een wat meer actuele update. (4)</i>
		Aanvullende lokale vestigingscriteria uit Aanwijzing Opiumwet zoals bijvoorbeeld afstandscriteria of een horecabestemmingsplan
Houding	2	<i>De reden waarvoor dit wordt ingezet is niet altijd gestoeld op wat werkt of nodig is in de praktijk. (2)</i>
Haalbaarheid	3	<i>Hangt er vanaf wat er precies mee wordt bedoeld en over welke gemeente(s) dit gaat. (3)</i>
		Overige lokale criteria voor coffeeshops, bijvoorbeeld over omgeving, beheer en personeel (incl opleidingen), preventie en voorlichting, bedrijfsvoering of openings- en sluitingstijden.
Houding	4	<i>Ik denk dat er wat te winnen valt door coffeeshop personeel goed op te leiden. (5)</i>

	5	<i>Bij de coffeeshops valt de grootste winst te halen bij de deskundigheid van het personeel en de lokale samenwerking. Wij hebben in Alkmaar een samenwerking met gemeente, shops, Toezicht, Brijder, Politie, VWA etc. En een zogenaamd keurmerk, door de gemeente verplicht gesteld in het lokaal beleid. Personeel moet ook allemaal getraind zijn + een herhaling iedere 2 jaar. Er is ook goede samenwerking in het periodieke Coffeeshopoverleg. (5)</i>
	6	<i>Een (verplichte) opleiding voor verkopend personeel in coffeeshops is een goede ontwikkeling met betrekking tot betere preventie en voorlichting aan consumenten. (4)</i>
Haalbaarheid	7	<i>Dit is haalbaar aangezien dit onderdeel is van het experiment gesloten coffeeshopketen. (5)</i>
	8	<i>Wij zijn in NH en ZH nieuwe preventiedeskundigen voor de Goed Gastheerschap aan het opleiden dus als er meer vraag komt is dat tot een zekere hoogte prima. De interventie sluit heel goed aan bij de doelgroep van coffeeshoppersoneel. Ik verbaas mij er ook wel over dat wij gemeenten hebben waar het heel goed gaat, en gemeenten waar niemand dit belangrijk vindt. (5)</i>
	9	<i>Met betrekking tot de opleidingen voor coffeeshoppersoneel: Er is nu een verplichting voor coffeeshoppersoneel binnen het experiment gesloten coffeeshopketen. Het is te verwachten dat het ministerie dit op termijn ook invoert voor de overige coffeeshops in niet deelnemende gemeenten. Deze uitspraak is gedaan door de minister tijdens een van de debatten in de Tweede Kamer. (4)</i>
	10	<i>Dit is haalbaar aangezien dit onderdeel is van het experiment gesloten coffeeshopketen. (5)</i>
		Barcode
Houding	11	<i>Ik heb deze interventie niet uitgevoerd trouwens en ben ook niet Barcode getraind. Maar ik ben wel voor meer deskundigheidsbevordering in de horeca. (4)</i>
	12	<i>Deze interventies wordt door mijn collega's gegeven. Ik zelf doe hem niet. Ik begrijp dat hij wel aan een update toe is..(4)</i>
	13	<i>Deze training is niet voldoende doorontwikkeld en sluit niet altijd goed aan bij de wensen van de aanvrager. (2)</i>

Haalbaarheid	14	<i>Dit kan als wij ook meer mensen voor Barcode gaan trainen. Barcode wordt in principe betaald door de horeca zelf, dus hier ligt misschien wel een drempel. Voor de coffeeshops is natuurlijk Goed Gastheerschap beter. (5)</i>
	15	<i>Er worden op het moment diverse andere training ontwikkeld of uitgevoerd rondom dit thema waardoor deze training meer op de achtergrond raakt naar mijn idee. (1)</i>
		Coffeeshopcursus / goed gastheerschap
Houding	16	<i>Ik heb hem zelf doorontwikkeld ;) (5)</i>
	17	<i>Heb ik al verteld. Dit moet gewoon verplicht worden vanuit iedere gemeente in Nederland. (5)</i>
	18	<i>Deze interventie behelst vanuit verslavingsperspectief de juiste lesstof voor coffeeshoppersoneel om beter om te gaan met problematiek bij cannabisgebruik en het geven van preventieve voorlichting. Deze interventie sluit echter niet volledig aan bij de behoefte in de coffeeshopsector. (4)</i>
	19	<i>Het maakt dat je makkelijker contact kan leggen met coffeeshop personeel en of eigenaren en ze jou ook weten te vinden en wéten waarop ze een beroep kunnen doen bij ons. (4)</i>
	20	<i>Het nut wordt door mij onderschreven maar ik heb grote twijfel over (vrijwillige) implementatie. Ik ben in de jaren 90 betrokken geweest bij de ontwikkeling van een coffeeshopcursus. In die jaren hadden we een goede relatie met de coffeeshopbranche. Door toenemend repressief overheidsbeleid is de relatie verslechterd. (4)</i>
Haalbaarheid	21	<i>Hopelijk wordt deze cursus de standaard voor het experiment gesloten coffeeshopketen. (5)</i>
	22	<i>Zie eerdere antwoorden. (5)</i>
	23	<i>De animo vanuit de branche is niet zo groot vanwege wantrouwen richting verslavingszorg. Dat de branche het nut van een dergelijke training wel ziet, moge blijken uit het feit dat ze zelf een coffeeshopcursus heeft ontwikkeld. Natuurlijk is het voor de verslavingszorg mogelijk om een voet tussen de deur te krijgen als gevolg van een dwangmaatregel van de gemeente. Maar dit vormt geen gunstige beginsituatie. (4)</i>

	24	<i>Met betrekking tot de opleidingen voor coffeeshopperspersoneel: Er is nu een verplichting voor coffeeshopperspersoneel binnen het experiment gesloten coffeshopketen. Het is te verwachten dat het ministerie dit op termijn ook invoert voor de overige coffeeshops in niet deelnemende gemeenten. De haalbaarheid van de huidige interventie is naar mijn mening niet groot. Binnen de verschillende regionale verslavingszorg instellingen is onvoldoende expertise, capaciteit of geld aanwezig om aan de behoefte te voldoen.</i> <i>Draagvlak en samenwerking met branche en gerelateerde organisaties is hierbij noodzakelijk. Er is ook concurrentie met andere of meer uitgebreide (vak)opleidingen die thans als uitvoerende factor werken volgens het basisprincipe van deze interventie. (3)</i>
	25	<i>Er zal eerst geïnvesteerd dienen te worden in personeel dat de cursus kan en mag geven. Ook moet je mensen hebben die aansluiten op de doelgroep. (2)</i>
		Communicatiecampagne gemeente
Houding	26	<i>Hierdoor is de samenwerking met de verschillende gemeenten verstevigd en verbeterd. Het geeft neer mogelijkheden om gemeenten bewust te maken van wat wel en niet preventief werkt om te communiceren. (4)</i>
Haalbaarheid	27	<i>Mits goed contact met gemeenten er is. Van de 16 gemeenten in onze regio werkt het nu bij ongeveer de helft goed. Maar gemeenten staan er zeker wel [v]oor open. Kleine gemeenten zijn wat terughoudend. (5)</i>
		De Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP
Houding	28	<i>Intensief aanbod dat veel ruimte geeft om echt iets te bereiken. Delicaat en passende zorg voor kinderen. (5)</i>
	29	<i>Mijn ervaring is dat kinderen twee belangrijke dingen leren bij de KoppKov interventies: 1) het is niet hun schuld en 2) ze zijn niet de enige. Daarnaast is de interventie bewezen effectief. (5)</i>
Haalbaarheid	30	<i>KOPP/KOV wordt al jaren expliciet ingekocht door gemeenten Bergen op Zoom en Roosendaal. Daarnaast is er goede samenwerking met GGZ-WNB. Aanmeldingen van kinderen komen vooral via de GGZ, nauwelijks via verslavingszorg. Professionals zijn zeer enthousiast en bevlogen over de interventie. (4)</i>

		Deskundigheidsbevordering professionals (groepen)
Houding	31	<i>Vergroten deskundigheid in brede zin is wenselijk. (5)</i>
	32	<i>Extra kennis bij netwerkpartners omtrent middelen en middelenmisbruik vergroot effectieve aanpak. Door basis-kennis te vergroten is wordt onderwerp makkelijk bespreekbaar. Gebruik is vaak een onderliggend probleem, hulpvraag over gebruik wordt zelden primair gesteld. (5)</i>
	33	<i>We voeren zelf een vergelijkbare training uit met goed succes. (4)</i>
	34	<i>Deskundigheidsbevordering zorgt voor draagvlak onder professionals. Intermediairen vinden iets van gebruik en vinden elkaar. Welke visie/houding is daarin professioneel. Het aantal verwijzingen neemt daarmee nog niet direct toe. Daarvoor is een direct kort lijntje met Zorgverleners noodzakelijk. (4)</i>
	35	<i>Netwerkpartners deskundiger maken in het vroeg signaleren is een goed awareness voor henzelf om te kijken naar hun doelgroep/pupillen. dit leidt vaak tot eerder en meer doorverwijzen van jongeren om hen meer bewust te laten worden van hun gebruik, keuzes en leefstijl. (4)</i>
	36	<i>Het geven van training aan deze doelgroep blijft nuttig, hoewel het me opvalt dat herhaling echt nodig is om goed resultaat te boeken. Het duurt even voordat hulpverleners nieuwe kennis goed weten te implementeren. (4)</i>
Haalbaarheid	37	<i>Interventie waar niet veel meer voor nodig is dan tijdsinvestering. (5)</i>
	38	<i>Als deze interventie onderdeel is van een groter geheel (beleid in de regio/instelling) wordt de visie beter gedragen. Zonder dat geheel lijkt persoonlijke (minder samenhangende) houding overhand te hebben. Campagne met heldere communicatie op alle niveaus zal toegankelijkheid en dus het effect vergroten. (NIX 18 is een prima voorbeeld, wet vertaald in campagne en handvat=haalbaarheid vergroten). (4)</i>

	39	<i>Dit is afhankelijk van de mogelijkheden om te scholen, zowel financieel, personeel technisch en in hoeverre de netwerkpartners ruimte krijgen tot het volgen van training. Daarnaast zal ook gekeken moeten worden of het vroegsignaleren bij jeugd is of ook bij volwassenen, een doelgroep die ook steeds vaker en meer gaat gebruiken (o.a. wietolie/cbdolie). Hier zullen huisartsen dus ook meer in geschoold moeten worden. (3)</i>
		Drugsenuitgaan.nl en drugsinfo.nl
Houding	40	<i>Neutraal, niet veroordelend, maar betrouwbare info op deze websites. (5)</i>
	41	<i>Objectieve info op gebruikersniveau. Toon goed aangepast aan gebruiker. (4)</i>
	42	<i>Voor het uitgaanspubliek en ouders zijn deze websites goed. De feitelijke info geven op een makkelijk te vinden manier is helpend binnen preventie. (4)</i>
	43	<i>Duidelijke informatie, goed dat er een platform is waar vragen gesteld kunnen worden. (4)</i>
	44	<i>Prima websites. (4)</i>
	45	<i>Goede betrouwbare informatie bron waar veel naar verwezen wordt. (4)</i>
	46	<i>Drugsinfo en drugsenuitgaan zijn prima websites om informatie te geven maar wij hebben zelf een betere online interventie met veel meer bezoek en interactie: www.drugsinfoteam.nl (3)</i>
Haalbaarheid	47	<i>Websites bestaan al, dus mij ontgaat nu even wat er dan nog geïmplementeerd moet worden? (5)</i>
	48	<i>Wordt al veel gebruikt en naar verwezen. (5)</i>
	49	<i>Wat mij betreft een aanvullende interventies. Vooral juiste info op juiste toon digitaal beschikbaar maken, ten alle tijde. Personele inzet tijdens uitgaansmomenten intensief met laag bereik. (4)</i>

	50	<i>Als er iets moet gebeuren met online interventies dan moet je vooral onze website niet vergeten: Drugsinfoteam.nl Met 3,1 miljoen bezoeken (2,2 miljoen unieke bezoekers) in 2019 hebben wij veruit het grootste bereik in Nederland. Wij zijn ook de voorportaal voor het Landelijk Medisch Spreekuur. Wij beantwoorden ook +/- 3000 persoonlijke vragen per jaar over gebruik van drugs. Hier komt ook cannabis vaak aan bod. Wij geven harm reduction informatie en tips, en helpen ook heel vaak mensen die klachten overhouden na de bad trip door cannabis. Er is een risico op toename van deze doelgroep mocht de drempel naar gebruik lager worden als gevolg van het experiment. Ik heb jullie stuk over de nieuwe generatie cannabisproducten ook gelezen en ik weet ook dat de shops niet kunnen wachten om edibles te mogen verkopen in de slipstream van een mogelijke nieuwe rookvrije coffeeshop in een gesloten keten. Rookvrije alternatieven bieden echter ook weer risico's waar wij ons grote zorgen over maken. (3)</i>
	51	<i>Ik kan niet bedenken waarom er ineens meer vraag zou zijn naar deze interventie. Daarnaast zijn er nog een hoop andere kanalen waar mensen hun informatie mbt middelen inwinnen. (2)</i>
		EHB Du-V cursus
Houding	52	<i>Ik was trainer, maar ben nu net verlopen. EHB Du is gewoon een goed product. In deskundigheidsbevordering richting coffeeshop personeel hoort ook een stukje EHB Du (hoe ga je om met de bad trip, acute psychose etc). (5)</i>
	53	<i>Ik voer hem zelf veel uit. Deze cursus biedt praktische informatie voor mensen die in de praktijk tegen problemen met middelengebruik aanlopen zonder al te ingewikkeld te zijn. (5)</i>
	54	OK (4)
	55	<i>Er is ruimte voor verbetering wat betreft de manier waarop deze interventie wordt aangeboden. Ik vind de vormgeving nogal droog. Er zou meer interactie in mogen zodat de inhoud beter beklijft. Inhoudelijk wordt er namelijk heel veel nuttige informatie aangeboden. (3)</i>

	56	<i>Eigenlijk heb je ehbo-ers niets nieuws te vertellen, als men gewoon doet waar men voor opgeleid is doen ze het al goed, het gaat meer om de onzekerheid/stigma's die rondom druggebruik hangen.. (1)</i>
Haalbaarheid	57	<i>Dan moeten een aantal mensen wel weer voldoen aan hun EHBDu criteria om docent te mogen zijn. De eisen om docent te mogen zijn/blijven vinden de professionals niet altijd even fijn. (5)</i>
	58	<i>In Amsterdam is deze training al op behoorlijk grote schaal uitgerold. De rest van Nederland kan ik moeilijker inschatten. (3)</i>
		Frisse Start
Houding	59	<i>Gezonde school en genotmiddelen nieuwe stijl (Helder op School). Goed dat er per leeftijdscategorie aanbod is, gekoppeld aan de betreffende ontwikkelingsfase van het kind. Ik ben er zelf inhoudelijk nog niet heel bekend mee. (5)</i>
	60	<i>Positief omdat de interventie de norm en attitude aanspreekt van de jongeren. Deze staan hier ook voor open. Negatief vind ik het omdat er te veel focus ligt op 1 onderwerp. De interesse zou kunnen gewekt worden en de interventie maakt alcohol, tabak en blowen wat speciaal hierdoor. Meer integreren in leefstijl en keuzes in de puberteit. (5)</i>
Haalbaarheid	61	<i>Zie hierboven en scholen of koepelorganisaties moeten het wel als prioriteit zien. Soms is dit niet het geval. (3)</i>
		Helder op school
Houding	62	<i>Zie vorige opmerking: gedegen (en langzaam geevolueerd) aanbod voor VO en hoger. (5)</i>
	63	<i>Positief omdat gedrag ook besproken wordt. Meer bewustzijn dat je keuzes maakt en zelfcontrole kan leren beheersen. Negatief is dat je wel heel duidelijk de link moet maken richting alcohol, blowen of gamen. Soms missen studenten dit. (4)</i>

	64	<i>Vraag vanuit onderwijs meer gericht op gamen, lachgas en gebruik social media. Weinig ruimte in het onderwijs om DGSG/Helder op school compleet uit te voeren. Mijn praktijk is dat bij doelgroep ouders in theorie meeste te halen valt, dus werf ik actief voor ouderbijeenkomsten. Makkelijker binnen komen met onderwerpen als gamen, lachgas en social media. Alcohol (nix18) wordt meegenomen en cannabis eerder via individuele trajecten (ouders en kind via ZAT). (3)</i>
Haalbaarheid	65	<i>Kwestie van uitrollen! Met wat druk vanuit de landelijke en lokale politiek zou dat haalbaar moeten zijn. En ism GGD'en en IVZ-instellingen. (5)</i>
	66	<i>Maar scholen moeten [] het tot prioriteit maken. (4)</i>
	67	<i>In het onderwijs is weinig ruimte voor preventie. (3)</i>
		In Charge
Houding	68	<i>Zie eerder: sluitend onderdeel voor het VO (bovenbouw). Ik ken het inhoudelijk nog niet, maar heb er vertrouwen in (op basis van de pijlers en wat is beschreven). (5)</i>
	69	<i>Intermediaire benadering is positief. Studenten worden aan de slag gezet. Leren iets vanuit hun eigen gedrag. Negatief: docenten moeten wel gemotiveerd zijn om dit te geven. Soms is het nog wat van hoger opgelegd geworden. (4)</i>
Haalbaarheid	70	<i>Idem: kwestie van implementeren (met lichte dwang, haha... en scholen willen dit wel denk ik, tijd is rijp). (5)</i>
	71	<i>Mits scholen het als prioriteit zien. Daar ligt de moeilijkheid. Maar ik merk wel steeds meer bereidwilligheid. (4)</i>
		Kop op ouders
Houding	72	<i>Idem als vorige vraag over Kop. (4)</i>
		Kopopouders.nl
Houding	73	<i>KOPP KOV is wat wij aanbieden. Risicodoelgroep dus alle preventieve aandacht voor deze doelgroep is de moeite waard. (5)</i>
	74	<i>Nuttige informatie, maar de website is volgens mij toe aan vernieuwing. (3)</i>
Haalbaarheid	75	<i>Ik ben zelf niet direct betrokken bij KOPP KOV maar mijn collega's wel. (5)</i>

		Leren signaleren
Houding	76	<i>Mijn collega's geven deze interventie samen met de GGZ. Dit is wel 1 van de betere interventies voor professionals die met de doelgroep (POH, JW, docenten bijv.) te maken krijgt. (5)</i>
	77	<i>Ik geloof echt in de intermediaire benadering. (4)</i>
Haalbaarheid	78	<i>Goed beschreven interventie maar deze cursus moet misschien wel een update krijgen. (5)</i>
	79	<i>Mits prioriteit. (4)</i>
		Moti-4
Houding	80	<i>Moti-4 is de standaard laagdrempelige aanpak voor blowers die willen minderen/stoppen maar niet helemaal in behandeling willen!! Dus lichte problematiek de kop indrukken zodat diegene niet naar behandeling hoeft. Of dit is ter motivatie naar behandeling. (5)</i>
	81	<i>Laagdrempelig, geïndiceerd en een toegevoegde waarde binnen het onderwijs. Docenten kunnen een leerling oom echt direct verwijzen. Het maakt het duidelijker wat te doen bij middelenmisbruik voor docenten. (5)</i>
	82	<i>Op basis van Motiverende Gesprekvoering (en dus goed!). Goed aansluitend bij afdelingen preventie. Praktisch en kortdurend.</i>
	83	<i>Individueel en (dus)effectief. (5)</i>
	84	<i>Heel goed. (5)</i>
	85	<i>Ik gebruik moti4 veelvuldig en merk goede gedragsveranderingen bij de gebruikers. (5)</i>
	86	<i>Mooie manier om duidelijk afgekaderd gebruik te bespreken. (5)</i>
	87	<i>Goede manier om gebruik bij jongeren in beeld te krijgen en/of te veranderen. (5)</i>
	88	<i>Heel nuttig handvat om in gesprek te gaan en blijven met jongeren. Ik heb veel trajecten met jongeren doorlopen, met wisselend resultaat. Toch heb ik het idee dat de interventie ervoor zorgt dat het best haalbare van dat moment naar boven komt. Werkt alleen als er al een klein beetje motivatie zit! (4)</i>

	89	<i>Het is een laagdrempelige interventie waarbij je aansluit bij de belevingswereld van de gebruiker. (4)</i>
Haalbaarheid	90	<i>Zeer goed haalbaar omdat de meeste preventiedeskundigen in NL zijn bekend met Moti-4. (5)</i>
	91	<i>Zie hierboven. Negatief als het als een sanctie ingezet wordt. (5)</i>
	92	<i>Moti4 is vanuit VKN al landelijk aangeboden als één van de gestandaardiseerde methodes. velen zijn getraind. Daarnaast is deze niet alleen toepasbaar bij jongeren (initiële doelgroep) maar ook voor volwassenen. Het is wel een duurdere interventie omdat er meestal minimaal 4 gesprekken plaatsvinden, dus je moet rekening houden met de financiën, personele inzet en de gemeentelijk afspraken omtrent dit aanbod. (5)</i>
	93	<i>Getraind worden en uren maken, ... (5)</i>
	94	<i>Makkelijk te gebruiken. (5)</i>
	95	<i>Onder collega's van preventie van Novadic-Kentron wordt deze interventie breed aangeboden. Voor individuele gesprekken. (4)</i>
	96	<i>De vraag naar moti4 is vrij stabiel bij ons. (2)</i>
	97	<i>De vraag moet van de persoon zelf komen. Er wordt al actief gekeken of de interventie van toepassing kan zijn. (2)</i>
		Multidimensionale familietherapie (MDFT)
Houding	98	<i>Voor een systemische aanpak is dit heel belangrijk. (5)</i>
Haalbaarheid	99	<i>Je zou dit altijd moeten toepassen in een samenleving als nederland. (5)</i>
		Open & Alert
Houding	100	<i>Interventie pas effectief bij volledige implementatie. Kost veel tijd. (3)</i>
	101	<i>Positief, maar tegenwoordig bieden we altijd Signaleren & Begeleiden aan! Lijkt er op. (3)</i>
Haalbaarheid	102	<i>S&B heeft Open & Alert bij ons vervangen. (1)</i>
		Opvoedondersteuning
Houding	103	<i>Ouders worden bekrachtigd wat ze al goed doen en er valt een dosis angst af van de ouders binnen de opvoeding door kennis en patroonherkenning. (5)</i>

	104	<i>Ouders worstelen in praktijk met vele vragen rondom gebruik van middelen, waaronder cannabis, terwijl zij een belangrijke rol kunnen spelen bij het voorkomen van problematisch cannabisgebruik. (5)</i>
	105	<i>Sluit aan bij wens van ouders, individueel. (4)</i>
	106	<i>Veel ouders vragen om handvaten. Ze staan open om in gesprek te gaan en e.e.a. te leren over hun gedrag, gezinsdynamiek en gedrag van het kind. Bij lichte problematiek zie je ouders aan de slag gaan, bij complexere problematiek (komt vaak voor) kun je op deze wijze ook doorverwijzen naar wijkteam of huisarts of specialistische zorg. (4)</i>
Haalbaarheid	107	<i>Maar vergt nog wat opvoeding van verwijzers. Bij elke aanmelding van moti4 vraag ik standaard of ouders misschien ook info of gesprek willen. (5)</i>
	108	<i>Veel verslavingspreventie afdelingen werken al met opvoedingsondersteuning. (5)</i>
	109	<i>Er is grote behoefte bij ouders aan opvoedingsondersteuning. De drempel is echter voor vele ouders te hoog om deze ondersteuning te vragen. Ouderavonden en onze 'opvoedcursus' Help, mijn kind gebruikt worden matig bezocht. Wel krijgen we veel verzoeken voor individuele ondersteuning. Hieruit blijkt een grote behoefte. Door gerichte werving en verbeterd aanbod is hier verbetering mogelijk. (4)</i>
	110	<i>Ouders in theorie belangrijkste doelgroep. als ouders in grote groepen bereid zijn opvoedhandvatten op te halen mbt cannabis. Project Happy Ouders (Uit met ouders) is afgelopen jaren vraag om handvatten mbt cannabis en lachgas toegenomen en meegenomen. Opvoedondersteuning voor groepen ouders in een kroeg... (4)</i>
		Ouderavond over roken, alcohol, drugs, gokken of internet
Houding	111	<i>Ouderavonden zijn regelmatig goed bezocht. Ouders hebben vragen en krijgen naast onze feitelijke informatie ook van elkaar tips. Dit moet wel gestimuleerd worden in de ouderavond. Echte ris dit wel een eenmalige interventie waarbij info vak snel naar de achtergrond verdwijnt en sommige scholen en ouders willen nog altijd niet geassocieerd worden met het onderwerp, dus je mist vaak ook een cruciale doelgroep. naast probleemgezinnen, denk dan ook aan gezinnen die niet de nederlandse taal en route tot vinden van info weten. (5)</i>

	112	<i>Kennis vergroot doorbreken taboe sfeer. Kennis maakt het makkelijker om te bespreken. (5)</i>
	113	<i>Er is veel preventie-winst te boeken via/met ouders. Uiteraard icm goede regelgeving (oa NIX18). (5)</i>
	114	<i>Soms te algemeen maar bied goede info voor herkenning en handvaten kunnen de opvoeding. Eigenlijk zou het een vergt moeten hebben online. Direct na de voorlichting zou je al chatten jou specifieke vragen kwijt moeten kunnen. (4)</i>
	115	<i>Veel ouders van experimenterende kinderen vinden het moeilijk om een houding te bepalen. Door hun kennis over middelen te vergroten en door het aanreiken van opvoedingsadviezen worden hun opvoedvaardigheden vergroot. (4)</i>
	116	<i>Thema weerbaarheid onderliggend. Inzet is vooral gericht op laagdrempelig maken van individuele vragen en opvoedondersteuning. (4)</i>
Haalbaarheid	117	<i>Afhankelijk van scholen. (4)</i>
	118	<i>Ouderavonden zijn moeilijk in grote getalen in te plannen, vanwege het avondwerk, personele bezetting, (on)mogelijkheden op de scholen en de hoeveelheid scholen. (3)</i>
	119	<i>Ons aanbod in deze is vraaggericht. We honoreren in praktijk iedere aanvraag voor een ouderavond. (3)</i>
	120	<i>Ouders blijft grillige groep. Draagvlak onder professionals om deze groep te bereiken erg groot. Meer sprake van ludieke op-maat bijeenkomsten (met theater, in de kroeg, op de sportvereniging, met een quiz...). (3)</i>
	121	<i>Nog wat te algemeen. (2)</i>
		Piep zei de muis
Houding	122	<i>Intensief, nodig en effectief. (5)</i>
		Pink Unity/ Connect / LOS
Houding		<i>Peer-to-peereducatie is nuttig!!! En Unity is op dit moment een plek waar bezoekers van feestjes open en veilig over hun gebruik kunnen praten. En dus ook advies kunnen krijgen wat betreft harm-reduction. (5)</i>

	124	<i>Peer education werkt heel fijn in het uitgaansleven en is de beste manier om voorlichting te geven in die scene. Bovendien wordt de boodschap beter aangenomen als het van een deskundige peer komt. (5)</i>
	125	<i>Dit zijn interventies waarbij een goede combinatie is gezocht tussen evidence based, behoefte uit de praktijk en doelgroep participatie. (5)</i>
	126	<i>Inzet vrijwilligers op evenementen, exposure tijdens risicomomenten. Bijzonder ingewikkeld. (4)</i>
Haalbaarheid	127	<i>Het is tot op zekere hoogte haalbaar. Als je echter ineens veel meer wilt in gaan zetten op peer education moet je echter wel voorbereiden en je peer group uitbreiden, opleiden etc. Dit kost tijd. (4)</i>
	128	<i>Er is vanuit de festivalscene meer vraag! Maar vanuit de overheid verschilt het beleid per gemeente. Helaas zorgt een conservatief beleid er op sommige plekken in Nederland voor dat er gekort wordt op preventie. (3)</i>
	129	<i>Pink Unity en Connect zijn alleen in Amsterdam. LOS alleen in Utrecht. Unity is landelijk al op behoorlijk grote schaal uitgerold. (3)</i>
		Preventief adviesgesprek over psychiatrische problematiek en/of problematisch middelengebruik
Houding	130	<i>Dit soort gesprekken doen wij duizenden keren per jaar en is een soort basisaanbod van de afdeling voorlichting en preventie. (5)</i>
	131	<i>Laagdrempelig en heel nuttig! Perfecte manier om mensen van een passend advies te voorzien. (5)</i>
Haalbaarheid	132	<i>Alle professionals in de IVZ doen dit en is dus breed inzetbaar. (5)</i>
		ROC aanvalsplan
Houding	133	<i>Laagdrempelig (3)</i>
Haalbaarheid	134	<i>Ik heb geprobeerd een spreekuur en dergelijke op te zetten op het ROC, maar zonder resultaat. Ben wel nu bekend bij zorgstructuur maar studenten bereik je zo niet makkelijk. (2)</i>

		Samen Fris
Houding	135	<i>Boodschap is het handvat. NIX18 is hetzelfde en beter zichtbaar als campagne. (2)</i>
		Triple P
Houding	136	<i>Ouders dienen bekrachtigd te worden voor wat ze al goed doen. Zelfvertrouwen gaat omhoog wat de opvoeding ten goede komt. (4)</i>
Haalbaarheid	137	<i>Reeds ingevoerd bij opvoedingsondersteuning. (4)</i>
		Unity
Houding	138	<i>De beste harm reduction interventie in de dance scene is Unity. (5)</i>
	139	<i>Zie eerdere vraag over Unity en Los. (5)</i>
	140	<i>Zie pink unity, connect, los. (5)</i>
	141	<i>Unity is een laagdrempelige interventie voor de uitgaansdoelgroep. veel jongeren kennen unity, website geeft veel informatie. (5)</i>
	142	<i>Positief een peer to peer methodiek werkt in sommige gevallen het best. (5)</i>
	143	<i>peer2peer maakt dat de ontvanger makkelijker open staat voor de communicatie. (5)</i>
	144	<i>Tijdens uitgaans-en evenementen momenten. Intensief. Alleen mogelijk gemaakt door vrijwilligers. (4)</i>
Haalbaarheid	145	<i>Ook hier geldt weer dat peer education ook voorbereiden vergt omdat je werkt met vrijwilligers die opgeleid moet worden etc etc. (5)</i>
	146	<i>Bewezen effectief. (5)</i>
	147	<i>Unity geeft info over alle drugs, m.n. de actuele drugs behorende bij het feest waar ze aanwezig zijn. Dit zijn m.n. harddrugs. Om cannabis extra onder de aandacht te brengen zal unity gefaciliteerd moeten worden om actief aan de slag te kunnen met een thematische campagne, en dat kunnen ze goed. Ook hier is het bereik beperkt tot de festivalsgangers. Ook inzet van unity is soms lastig door financiën en gemeentelijke afspraken/wensen en de interesse (in welke feesten) van de peers zelf. (3)</i>

	148	<i>Kost veel tijd, wie gaat dat financieren. Dat is sowieso al een heikel punt. (2)</i>
		Signalering/zelftesten online (Signaleringstest Cannabis en Wiet-Check Online)
Houding	149	<i>Dit is een goede manier voor mensen om laagdrempelig hun gebruik te testen. Dit is een van de meest bezochte onderdelen van de Jellinek website. (5)</i>
	150	<i>Zelftesten geeft al een eerste laagdrempelige manier om inzicht te krijgen in eigen gebruik of dat van een naaste. zelf ben ik niet zo fan van de wietcheck omdat ik de vragenlijst erg omslachtig vindt voor 1 gesprek. De online versie heb ik nog niemand over gehoord, dus ik ben benieuwd hoeveel deze gebruikt wordt. het bied wel kansen, collega's werken wel met wietcheck. (4)</i>
	151	<i>Goed om mensen naar te verwijzen die nog twijfelen over hun eigen gebruik. (4)</i>
	152	<i>Lijkt laagdrempelig. Mijn praktijk is alleen face-to-face wiet-check. (4)</i>
	153	<i>Score zegt te weinig. (3)</i>
Haalbaarheid	154	<i>Online modules zijn snel implementeerbaar en via campagne onder breed publiek te promoten. Hier bereik je mogelijk ook de doelgroep nieuwe volwassen gebruikers mee. deze komen niet aan bod in meerdere van de voorgaande interventies. Voor deze doelgroep zou ook een eigen informatie website moeten worden ontwikkeld gericht op goed informatie over wietolie en cbdolie, zeker die zelf geproduceerd wordt. (5)</i>
	155	<i>Dit is makkelijk haalbaar omdat de materialen al bestaan en het makkelijk online om te zetten is. (4)</i>
	156	<i>Onbegeleide zelfhulp online, wel mogelijkheid tot mailen contactpersoon (Online Zelfhulp Cannabis, Cannabis en ik, Moti-4 app).</i>
Houding	157	<i>De Jellinek online zelfhulp biedt aan ruim 10.000 mensen per jaar laagdrempelig, gratis online hulp. Dit wordt hoog gewaardeerd door de deelnemers en kan de drempel verlagen voor behandeling bij mensen die meer hulp nodig hebben. (5)</i>

	158	<i>Positief, maar alleen voor mensen met lichte problematiek en zelfstandig vermogen en motivatie. Kan goed als opvolging na een preventief adviesgesprek. (5)</i>
	159	<i>Ik ken alleen de moti4app. Deze vind ik erg jong in beleving. Deze is niet geschikt voor een volwassener doelgroep. De andere interventies ken ik niet in detail maar je bereikt wel een doelgroep die mogelijk moeite heeft om op afspraak te komen. En toch is er voor hen een aanbod. wel is het belangrijk om hen te blijven verwijzen naar de regionale mogelijkheden tot persoonlijk advies. (3)</i>
	160	<i>Jongeren houden niet van registreren. Moet meer met push berichten anders vergeten ze het. (2)</i>
Haalbaarheid	161	<i>Online is gemakkelijk schaalbaar. (5)</i>
	162	<i>Dit is een ingewikkelde omdat meerdere instellingen hun eigen programma's hebben. Daarnaast zijn het dure programma's waardoor de drempel hoog is om ze te delen. Technisch is het iig wel mogelijk. (3)</i>
	163	<i>Online kan makkelijk te implementeren zijn. wel moet je kijken welke doelgroep bereiken we hiermee. en is dit de doelgroep die we willen bereiken met het project? Daarnaast moeten de applicaties goed werkend zijn en privacy gewaarborgd zijn. (3)</i>
	164	<i>Zie hierboven. (3)</i>
		Begeleide zelfhulp, online hulp in combinatie met gesprekken (blended) of feedback van behandelaar via internet (Moti-4 app, Middelenmeter, Cannabis onder controle en Cannabis de baas)
Houding	165	<i>Idem (5)</i>
	166	<i>Het idee is goed maar de praktijk wijst uit dat er matig gebruik van wordt gemaakt. (4)</i>
	167	<i>Ervaring met enkel gesprekken face-to-face. (4)</i>
Haalbaarheid	168	<i>Idem (5)</i>
	169	<i>Het is technische mogelijk maar het is vanwege de kosten en de concurrentie ingewikkeld. (2)</i>

