

A blurred, motion-captured photograph of a crowd of people, likely at a public event or festival. The image is dominated by blue and white tones, with some yellow and red accents. The background is out of focus, showing the movement of people and possibly some structures.

Preventie van
schadelijk alcoholgebruik
en drugsgebruik
onder jongeren

Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren

Onder redactie van
Ninette van Hasselt

Utrecht, november 2010

 **Trimbos
instituut**

Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren

Projectleiding en eindredactie

Ninette van Hasselt

Eindredactie

Margriet van Laar

Simone Onrust

Jacqueline Verdurmen

Redactie

Hylkje Algra

Martha de Jonge

Evelien Vermeulen

Lotte Voorham

Sanne Woudstra

Met dank aan de experts en collega's die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport, genoemd in bijlage 2. In het bijzonder dank aan de referenten Ronald Knibbe (Universiteit Maastricht) en Roel Kerssemakers (Jellinek, Amsterdam) en aan Myranda van den Hoogen, Anke Wammes en Carola Schrijvers.

Deze publicatie is mogelijk gemaakt door financiering van ZonMw en het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Corna van Tol (ZonMw) en Christa Pronk (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties) begeleidden de totstandkoming.

Deze publicatie is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1012.



ZonMw



Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

Een aantal teksten uit deze publicatie komt overeen met het rapport Preventie van Schadelijk Alcoholgebruik en Drugsgebruik bij Volwassenen. Deze teksten zijn soms geschreven door bovenstaande medewerkers van het Trimbos-instituut, soms door de auteurs van het rapport 'Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen': Carola Schrijvers, Anke Snoek en Debby van den Ende.

© november 2010, Trimbos-instituut, Utrecht. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding	1
1.2	Opzet van dit rapport	1
1.3	Methoden	3
1.4	Leeswijzer bij dit rapport	5
2.	Aard en omvang schadelijk alcoholgebruik onder jongeren	7
2.1.	(Schadelijk) alcoholgebruik onder jongeren	7
2.1.1	<i>Hoeveel jongeren drinken alcohol?</i>	7
2.1.2	<i>Drinklocaties en situaties</i>	8
2.1.3	<i>Verschillen tussen jongeren</i>	9
2.1.4	<i>Alcoholintoxicaties, probleemdrinken en afhankelijkheid</i>	11
2.2	Welke effecten heeft het gebruik van alcohol op jongeren?	13
2.3	Individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van schadelijk alcoholgebruik	15
2.3.1	<i>Gevolgen van schadelijk alcoholgebruik</i>	15
2.3.2	<i>Omvang en kosten van alcoholgerelateerde problemen</i>	17
2.4	Wat is er bekend over de risicofactoren voor schadelijk alcoholgebruik onder jongeren?	20
2.4.1	<i>Persoonsgebonden risicofactoren</i>	20
2.4.2	<i>Omgevingsfactoren</i>	22
2.4.3	<i>Risicovolle settings</i>	23
3	Preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren	27
3.1	Hoe ziet het Nederlands beleid ter preventie van schadelijk alcoholgebruik eruit?	27
3.2	Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik?	30
3.3	Welke beleidsmaatregelen zijn effectief ter preventie van schadelijk alcoholgebruik?	36
3.3.1	<i>Maatregelen rondom aanbod en beschikbaarheid alcohol</i>	36
3.3.2	<i>Maatregelen gericht op alcoholprijs</i>	37
3.3.3	<i>Leeftijdsgrenzen</i>	38
3.3.4	<i>Maatregelen rondom rijden onder invloed</i>	39
3.3.5	<i>Maatregelen rondom de marketing van alcohol</i>	40
3.3.6	<i>Maatregelen gericht op handhaving</i>	41
3.4	Wat is er bekend over preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren?	43
3.4.1	<i>Massamediale interventies</i>	43
3.4.2	<i>Schoolinterventies</i>	44
3.4.3	<i>Ouder- en gezinsinterventies</i>	47
3.4.4	<i>Multi-componenteninterventies en communityinterventies</i>	52
3.4.5	<i>Interventies in de drinkomgeving</i>	53
3.4.6	<i>Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk</i>	55
3.4.7	<i>Online zelfhulp voor jongeren die overmatig drinken</i>	57
4.	Aard en omvang van drugsgebruik onder jongeren	63
4.1	Drugsgebruik onder jongeren	63
4.1.1	<i>Hoeveel jongeren gebruiken drugs?</i>	63
4.1.2	<i>Locaties waar jongeren drugs gebruiken</i>	65
4.1.3	<i>Verschillen tussen jongeren</i>	66
4.1.4	<i>Incidenten, problematisch gebruik en afhankelijkheid</i>	67
4.2	Welke effecten heeft het gebruik van drugs op jongeren?	70
4.3	Individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van drugsgebruik bij jongeren	73
4.4	Wat is er bekend over de risicofactoren van drugsgebruik bij jongeren?	76
4.4.1	<i>Persoonsgebonden risicofactoren</i>	76
4.4.2	<i>Omgevingsfactoren</i>	78
4.4.3	<i>Risicovolle settings</i>	79

5.	Preventie van drugsgebruik onder jongeren	83
5.1	Hoe ziet het Nederlands beleid ter preventie van drugsgebruik door jongeren eruit?	83
5.2	Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van drugsgebruik door jongeren?	86
5.3	Wat zijn effectieve beleidsmaatregelen ter preventie van drugsgebruik door jongeren?	91
5.3.1	<i>Bevindingen uit buitenlandse studies</i>	91
5.3.2	<i>Bevindingen uit Nederlandse studies</i>	92
5.4	Wat is bekend over preventie van drugsgebruik onder jongeren?	96
5.4.1	<i>Massamediale interventies</i>	96
5.4.2	<i>Schoolinterventies</i>	97
5.4.3	<i>Ouder- en gezinsinterventies</i>	99
5.4.4	<i>Multi-componenten- of community interventies</i>	100
5.4.5	Interventies in de omgeving waar drugs (en drank) worden gebruikt	102
5.4.6	<i>Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk</i>	103
5.4.7	<i>Online zelfhulp voor jongeren die overmatig drugs gebruiken</i>	105
6.	Lacunes, implementatievragen en aanbevelingen	109
6.1	Beleidsmaatregelen met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik	110
6.1.1	<i>Beleidsmaatregelen met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik</i>	110
6.1.2	<i>Beleidsmaatregelen ter preventie van drugsgebruik</i>	111
6.2	Interventies met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik	113
6.2.1	<i>Massamediale interventies</i>	113
6.2.2	<i>Schoolinterventies</i>	113
6.2.3	<i>Ouder- en Gezinsinterventies</i>	114
6.2.4	<i>Multi-componenten en community-interventies</i>	115
6.2.5	<i>Interventies in de drinkomgeving/ omgeving waar drugs worden gebruikt</i>	116
6.2.6	<i>Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk</i>	117
6.2.7	<i>Online zelfhulp voor jongeren die overmatig alcohol of drugs gebruiken</i>	118
6.2.8	<i>Overige vastgestelde lacunes en implementatievragen</i>	119
6.3	Prioriteiten gesteld door de experts	121
6.4	Aanbevelingen	122
Literatuur		125
Bijlage 1: Interventies		155
Bijlage 2: Experts		176

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Om effectief beleid te kunnen voeren ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik¹ en drugsgebruik, is kennis nodig over (a) de aard en omvang van middelengebruik onder jongeren en de daarmee samenhangend problemen en (b) de effectiviteit van bestaande maatregelen en interventies. Daarbij is het belangrijk om aan te geven welke kennis er nu (nog) ontbreekt als het gaat om (1) de effectiviteit van interventies en maatregelen en (2) de implementatie van effectieve dan wel veelbelovende interventies en maatregelen.

ZonMw heeft het Trimbos-instituut en het IVO gevraagd een zogenaamde kennissynthese uit te voeren over de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik. Deze kennissynthese bestaat uit twee delen: één deel over alcohol- en drugsgebruik bij volwassenen (uitgevoerd door het IVO) en één deel over alcohol- en drugsgebruik bij jongeren (uitgevoerd door het Trimbos-instituut). Dit rapport betreft de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik bij jongeren.

1.2 Opzet van dit rapport

Afbakening en consequenties daarvan voor de inhoud van het rapport

Definitie jongeren en volwassenen

In overleg met de opdrachtgever is besloten om 'jongeren' te definiëren als iedereen in de leeftijdsgroep tot en met 23 jaar. Het rapport van het IVO gaat over volwassenen, vanaf 18 jaar. Er is dus sprake van enige overlap in de leeftijdsgroep die in de rapporten centraal staat. Onderwerpen en studies die relevant zijn voor beide rapporten worden dan ook in beide rapporten besproken. Voorbeelden zijn 'alcohol in het verkeer' en 'middelengebruik in het uitgaanscircuit', waarbij juist de groep van 18 tot 24 jaar een kwetsbare groep is.

Preventie van het gebruik zelf en van de gevolgen van gebruik

In dit rapport geven we een overzicht van effectieve beleidsmaatregelen en interventies gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik. Dit betekent dat we maatregelen en interventies includeren die gericht zijn op het voorkomen en verminderen van alcoholgebruik. Daarnaast beschrijven we maatregelen en interventies die leiden tot vermindering van de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik.

¹ Schadelijk alcoholgebruik is een paraplu-begrip voor diverse vormen van alcoholgebruik, variërend van overmatig alcoholgebruik tot alcoholafhankelijkheid.

Een overzicht van de diverse vormen van schadelijk alcoholgebruik is te vinden op www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/alcoholgebruik/omvang.

Bij drugs gaat het om beleidsmaatregelen en interventies gericht op het voorkomen van drugsgebruik en maatregelen en interventies gericht op het beperken van de risico's, voor gebruikers zelf en hun omgeving. Daartoe behoren ook maatregelen en interventies gericht op het beperken van schade door drugsgebruik voor de drugsgebruiker en diens omgeving (harm reduction).

Kortdurende interventies gericht op jongeren die al drugs gebruiken zijn ook opgenomen in dit rapport. Deze worden soms ook als behandeling beschouwd. Langdurigere interventies en interventies waarbinnen geregeld rechtstreeks contact is met een een behandelaar beschouwen we als behandeling en zijn buiten beschouwing gelaten².

De studie richt zich op alcohol, cannabis en harddrugs

In deze studie richten we ons op de volgende middelen: alcohol, cannabis en harddrugs (ecstasy, amfetamine, GHB en cocaïne). Heroïne komt in dit rapport vrijwel niet aan de orde, aangezien dit middel amper wordt gebruikt door jongeren. Ook nieuwe middelen zoals mephedrone zijn niet opgenomen, het gebruik ervan is beperkt en de literatuur over deze middelen is nog veel beperkter. Wel opgenomen zijn studies gericht op combinaties van middelen. Studies naar effectieve preventieve interventies voor roken vallen buiten het bereik van deze kennissynthese.

Doelstellingen van de kennissynthese

Doelstellingen van deze kennissynthese zijn:

1. Het schetsen van de problematiek ten aanzien van alcoholgebruik en drugsgebruik: prevalentie³; risicofactoren; gevolgen voor het individu, de directe sociale omgeving en de maatschappij.
2. Het beschrijven van de belangrijkste partijen die betrokken zijn bij (1) de beleidsvorming rondom de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik en (2) de ontwikkeling en implementatie van interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.
3. Het geven van een overzicht van effectieve beleidsmaatregelen en interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik, op basis van resultaten van nationale en internationale studies (reviews en meta-analyses).
4. Aangeven welke lacunes er zijn in bewezen effectieve maatregelen en interventies welke implementatievragen er nog niet beantwoord zijn als het gaat om preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.
5. Het komen tot een prioritering van onderzoeksvragen en implementatiemogelijkheden van interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.

² Kortdurende interventies bevinden zich veelal op het snijvlak van geïndiceerde preventie en behandeling. *Geïndiceerde preventie* bestaat uit preventie van ernstiger alcoholproblematiek of alcoholverslaving,

³ Prevalentie: het aantal gevallen in een bevolkingsgroep of gebied, dat er op een bepaald ogenblik is.

1.3 Methoden

Om de doelstellingen van deze kennissynthese te bereiken zijn verschillende methoden ingezet. De basis van dit rapport bestaat uit een literatuurstudie (zie hieronder). Daarnaast zijn experts geraadpleegd met de vraag om aanvullende bronnen en informatie op specifieke deelgebieden. Twee experts voorzagen de conceptversie van het rapport van commentaar. Tot slot werden uitkomsten besproken in een expertmeeting, die hierna wordt beschreven.

Literatuurstudie

Gezien de scope en tijdsplanning van deze studie, is primair gebruik gemaakt van bestaande literatuuroverzichten en reviews. De studie is dan ook geen systematic review of meta-analyse. Binnen en buitenlandse wetenschappelijke literatuur is verzameld en bestudeerd om te komen tot een beschrijving van de problematiek ten aanzien van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik in Nederland (doelstelling 1); een overzicht van effectieve interventies en beleidsmaatregelen gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 2) is gemaakt, alsmede een overzicht van de partijen die betrokken zijn bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 3).

Er is literatuur gezocht via Pubmed, Psychlit en Google. Een combinatie van de volgende trefwoorden is gebruikt bij het zoeken naar literatuur: prevention, substance (abuse, misuse), alcohol, drugs, youth / preventie, middelengebruik, verslaving, alcohol, drugs, jongeren. Verder zijn recent verschenen handboeken over verslaving (Franken & Van den Brink, 2009; Rutten et al., 2009; Kerssemakers et al., 2008), en recente studies van het RIVM (Schrijvers & Schuit, 2010), het IVO (Snoek et al., 2010) en het Trimbos-instituut (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; Van Laar et al., 2010; Van der Poel et al., 2010) geraadpleegd. Ook is informatie gezocht via de websites van diverse (kennis-) instituten op het gebied van alcohol- en drugspreventie zoals het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA) en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). In Nederland waren dit het RIVM (met specifiek ook de databases van het Centrum Gezond Leven en het Nederlands Jeugd Instituut), het Trimbos-instituut, NISPA, AIAR, CVO, IVO, GGD'en en verslavingszorginstellingen.

Interventies werden geïnventariseerd via bovenstaande bronnen en een aantal interventiedatabases:

- Interventiedatabase van het loket gezond leven (RIVM): <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/>
- Best-practice database van het EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>
- NIDA, National Institute on Drug Abuse, Examples of Research-Based Drug Abuse Prevention Programs: <http://www.drugabuse.gov/prevention/examples.html>

Ter aanvulling is een aantal sleutelfiguren uit het veld benaderd, met de vraag of zij relevante literatuur of interventies konden aandragen.

Expertmeeting

In juni kwamen tien Nederlandse experts uit wetenschap, beleid en praktijk (zie bijlage 2) bij elkaar om te komen tot een verdere uitwerking van de overige doelstellingen van de kennissynthese. Deze overige doelstellingen zijn: aangeven welke lacunes er zijn in bewezen effectieve interventies en maatregelen en welke implementatievragen er nog niet beantwoord zijn als het gaat om preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 4) en het komen tot een prioritering van onderzoeksvragen en implementatie-mogelijkheden van interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 5).

Ter voorbereiding op de expertmeeting ontvingen de deelnemers een samenvatting van de bevindingen tot dan toe: een overzicht van effectieve of breed geïmplementeerde Nederlandse interventies en beleidsmaatregelen en een beschrijving van de door de onderzoekers geconstateerde lacunes. Tijdens de expertmeeting stonden de volgende vragen centraal:

- Is het overzicht van effectieve en/of breed geïmplementeerde Nederlandse interventies en beleidsmaatregelen, voor zover bekend bij experts, compleet? Zo nee, welke interventies en beleidsmaatregelen missen?
- Welke interventies en beleidsmaatregelen uit het buitenland worden door experts gezien als belangrijke aanvullingen op het aanbod van Nederlandse interventies?
- Voor welke belangrijke problemen bieden noch Nederlandse noch internationale interventies of beleidsmaatregelen een oplossing, terwijl experts in theorie wel mogelijkheden zien?
- Welke implementatievraagstukken spelen een rol bij de implementatie van bestaande en mogelijk te ontwikkelen Nederlandse interventies en bij beleidsmaatregelen?

Na het beantwoorden van bovenstaande vragen brachten de experts een prioritering aan in de openstaande onderzoeksvragen en implementatie mogelijkheden op het terrein van schadelijk alcoholgebruik en/of drugsgebruik. Van de expertmeeting is een verslag gemaakt; dit is voorgelegd aan de deelnemers. De resultaten van de expertmeeting zijn verwerkt in dit rapport.

1.4 Leeswijzer bij dit rapport

Na het inleidende eerste hoofdstuk volgen vijf hoofdstukken:

Hoofdstuk 2 betreft het aantal jongeren dat alcohol gebruikt (2.1), de effecten van alcoholgebruik op jongeren (2.2), de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik (2.3), en de risicofactoren van alcoholgebruik (2.4).

Hoofdstuk 3 gaat over de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren. Hierin geven we een beschrijving van het huidige Nederlandse alcoholbeleid (3.1), gevolgd door een beschrijving van de partijen die betrokken zijn bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik (3.2). Vervolgens komen de effectiviteit van beleidsmaatregelen (3.3) en interventies (3.4) gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik aan bod.

Hoofdstuk 4 schetst de problematiek ten aanzien van drugsgebruik onder jongeren. We beschrijven het aantal jongeren dat drugs gebruikt (4.1), de effecten van drugsgebruik op jongeren (4.2), de schadelijke gevolgen van drugsgebruik (4.3) en de risicofactoren van drugsgebruik (4.4).

Hoofdstuk 5 gaat over de preventie van drugsgebruik onder jongeren. Hierin geven we een beschrijving van het huidige Nederlandse drugsbeleid (5.1), gevolgd door een beschrijving van de partijen die betrokken zijn bij de preventie van drugsgebruik (5.2). Vervolgens geven we aan wat er bekend is over de effectiviteit van beleidsmaatregelen (5.3) en interventies (5.4) gericht op de preventie van drugsgebruik.

Hoofdstuk 6 betreft lacunes, implementatievragen en aanbevelingen. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de gevonden literatuur en op de resultaten van een expertmeeting. Besproken worden lacunes, implementatievragen en aanbevelingen met betrekking tot beleidsmaatregelen (6.1) en interventies (6.2). Tot slot geven we in dit hoofdstuk aan welke prioriteiten experts stellen (6.3) en sluiten af met aanbevelingen (6.4) op basis van de gevonden literatuur en de adviezen van de experts.

Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. Daarnaast zijn in de hoofdstukken met betrekking tot maatregelen en interventies kaders opgenomen, waarin de Nederlandse situatie wordt uitgelicht. Interventies die hierin worden beschreven, zijn tevens opgenomen in bijlage 1, die een overzicht biedt van Nederlandse interventies.

2. Aard en omvang schadelijk alcoholgebruik onder jongeren

In dit hoofdstuk wordt de aard en omvang van (schadelijk) alcoholgebruik onder jongeren beschreven. Paragraaf 2.1 gaat in op het (schadelijk) gebruik van alcohol onder jongeren. In Paragraaf 2.2 wordt beschreven welke effecten het gebruik van alcohol heeft op jongeren. Paragraaf 2.3 gaat in op individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van schadelijk alcoholgebruik en paragraaf 2.4 besteedt aandacht aan verschillende risicofactoren van alcoholgebruik onder jongeren.

2.1. (Schadelijk) alcoholgebruik onder jongeren

Deze paragraaf beschrijft het (schadelijk) gebruik van alcohol onder jongeren. Daarbij wordt duidelijk hoeveel jongeren drinken (2.1.1), op welke locaties zij dat doen (2.1.2), de verschillen tussen jongeren (2.1.3) en de mate waarin dat leidt tot alcoholintoxicaties, probleemdrinken of afhankelijkheid (2.1.4).

2.1.1 Hoeveel jongeren drinken alcohol?

De meeste Nederlandse jongeren drinken alcohol

Onder jongeren in Nederland is het gebruik van alcohol wijdverbreid. In groep 7 en 8 van het basisonderwijs heeft ruim een derde van de leerlingen (36%) al eens alcohol gedronken. In de daaropvolgende jaren, wanneer de kinderen naar de middelbare school gaan, stijgt dit aantal snel. Op 16-jarige leeftijd heeft 93% van de jongeren wel eens alcohol gedronken en 78% ook de afgelopen maand (Monshouwer et al., 2008).

Lichte afname alcoholgebruik bij jongeren tot 15 jaar

De afgelopen jaren is het alcoholgebruik bij kinderen tot 15 jaar wat gedaald. Zo is het percentage 12-jarige jongens dat ooit alcohol gedronken heeft gedaald van 73% in 2003 naar 63% in 2007. Het percentage 12-jarige meisjes daalde van 68% in 2003 naar 48% in 2007. Ook het percentage kinderen onder de 15 jaar dat de afgelopen maand 5 glazen of meer heeft gedronken bij één gelegenheid (binge drinken) is sinds 2003 verminderd (bijvoorbeeld van 17,5% naar 8,4 % onder 12 jarigen) (Monshouwer et al., 2008).

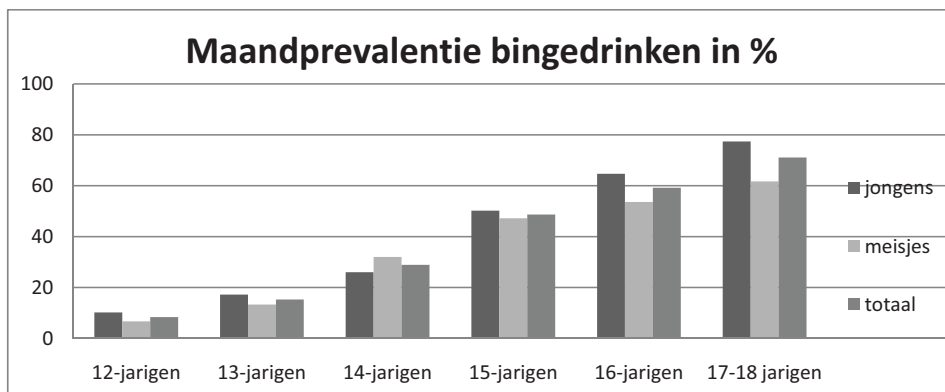
Hoewel in de jongste leeftijdsgroep minder wordt gedronken dan enkele jaren geleden, blijft er een aanzienlijke groep die wel drinkt en soms ook veel drinkt. Dit laatste blijkt bijvoorbeeld uit recente cijfers over jongeren die opgenomen zijn in het ziekenhuis vanwege een alcoholintoxicatie⁴ (zie paragraaf 2.1.4).

⁴ Het gaat in de meeste gevallen om jongeren die vanwege een verminderd bewustzijn als gevolg van overmatige alcoholconsumptie (doorgaans coma) in een ziekenhuis worden opgenomen. Het alcoholpromillage is gemiddeld 1,8‰.

Jongeren van 15 jaar en ouder drinken nog steeds vaak en veel

Het drinkpatroon van jongeren vanaf 15 jaar is stabiel gebleven de afgelopen jaren: de jongeren die alcohol drinken, drinken nog steeds vaak en veel. Een kwart van de 16-jarige jongens die de afgelopen maand hebben gedronken, drinkt gemiddeld 21 glazen of meer per week. Ook de prevalentie van binge drinken is de afgelopen jaren stabiel hoog gebleven onder jongeren vanaf 15 jaar. Ongeveer de helft van de 15-jarige jongeren geeft aan de maand voor het onderzoek wel eens 5 of meer glazen bij één gelegenheid te hebben gedronken (Monshouwer et al., 2008). Figuur 1 geeft een overzicht van de maandprevalentie van binge drinken in verschillende leeftijdscategorieën.

Figuur 1 Binge drinken onder Nederlandse scholieren 12 tot 18 jaar



Monshouwer et al., 2008

2.1.2 Drinklocaties en situaties

Jongeren vanaf 14 jaar drinken vaker in discotheek of club

De locaties waar jongeren alcohol drinken veranderen naarmate ze ouder worden. De 12- en 13-jarigen drinken voornamelijk thuis alcohol. Vanaf 14 jaar verschuift dit naar uitgaansgelegenheden zoals een discotheek of club. In totaal blijken discotheeken en clubs de populairste drinkgelegenheden te zijn. De meeste drinkende scholieren (42%) geven aan hier minstens eens in de maand alcohol te nuttigen gevolgd door 'bij iemand thuis' (37%) of in het café (36%). Het is dan ook niet verrassend dat er aanzienlijk meer in het weekend wordt gebruikt dan doordeweeks (Monshouwer et al., 2008). In paragraaf 2.4.3 gaan we uitgebreider in op alcoholgebruik in het uitgaanscircuit.

Hokken vooral populair bij jonge jongens

Hokken en keten zijn een relatief nieuwe plaats waar jongeren drinken. Keetbezoek komt vaker voor onder jonge jongeren (12-16 jaar), onder jongeren die wonen op het platteland en onder jongens. Van de mannelijke scholieren vanaf 12 jaar drinkt 18% minstens een keer per maand

alcohol in een hok of keet. Bij meiden ligt dat percentage op 11% (Van Dorsselaer et al., 2007; Monshouwer et al., 2008). In hokken en keten zijn de kosten van alcoholgebruik vaak lager dan in de reguliere horeca. Uit een inventarisatie van Intraval blijkt dat in een derde van de Nederlandse gemeenten hokken en keten aanwezig zijn (Intraval, 2009).

Indrinkers drinken meer en veroorzaken meer overlast

Veelal wordt aangenomen dat jongeren door de verhoogde prijzen in de horeca vaker 'indrinken' in hokken of keten of thuis. Op basis van bestaande onderzoeken is niet vast te stellen in hoeverre dat klopt. Wel blijkt uit onderzoek onder Engelse jongeren dat jongeren die indrinken evenveel in café's en discotheken drinken als jongeren die niet in hebben gedronken. Gevolg is dat 'indrinkers' aan het eind van de uitgaansavond gemiddeld veel meer hebben gedronken. Zij veroorzaken bovendien meer overlast tijdens het uitgaan (Hughes et al., 2007).

Jongeren die zonder ouders op vakantie zijn drinken veel en vaak

Jongeren die zonder ouders in Nederland op vakantie zijn drinken veel alcohol. Onderzoek op jongerencampings wijst uit dat ruim tachtig procent van de jongens en bijna de helft van de meisjes op elke dag van de vakantie alcohol drinkt (gemiddelde leeftijd 17,4 jaar). Jongens drinken gemiddeld zeventien glazen, wat meer is dan meisjes, die gemiddeld zeven glazen per dag drinken (De Graaf & Poort, 2004).

2.1.3 Verschillen tussen jongeren

Jongens drinken vaker en meer dan meiden, verschil neemt toe met leeftijd

Verschillen tussen jongens en meisjes manifesteren zich vooral in de hoeveelheid en frequentie van alcoholgebruik, niet zozeer in de aantallen gebruikers, zo blijkt uit het scholierenonderzoek van Monshouwer et al. (2008). Deze verschillen worden groter naarmate de leeftijd vordert. Zo hadden twee keer meer zestienjarige jongens dan meisjes in de maand voor de peiling in 2007 bij meer dan 10 gelegenheden alcohol gedronken (23% versus 12% van de actuele drinkers). Van de zestienjarige jongens dronk 20% gemiddeld 21 of meer glazen per week tegenover 5% van de meisjes van deze leeftijd. Ook de voorkeursdrank verschilt: meisjes houden meer van mixdrankjes en jongens meer van bier.

Scholieren met lager opleidingsniveau drinken meer alcohol

Scholieren op het VMBO-b beginnen gemiddeld op jongere leeftijd met alcohol. Schooltype is bovendien bepalend voor de hoeveelheid alcohol die wordt gedronken. Zo komt 'binge drinken' op het VMBO-b aanzienlijk vaker voor dan op het VWO⁵ (Monshouwer et al., 2008; Schrijvers & Schuit, 2010). Dit verschil zou volgens Schrijvers & Schuit (2010) verklaard kunnen worden doordat VMBO-b jongeren meer vrije tijd met vrienden doorbrengen, vaker uit een onvolledig

⁵ VMBO-b: 80% van de jongeren heeft afgelopen maand alcohol gedronken, 48% heeft ervaring met binge drinken. VWO: 51% van de jongeren dronk afgelopen maand, 25,2% heeft ervaring met binge drinken (Monshouwer et al., 2008).

gezin komen, weinig monitoring/toezicht door de moeder ervaren en vaker externaliserende gedragsproblemen hebben (Schrijvers & Schuit, 2010).

Scholieren binnen het speciaal onderwijs binge drinken vaker

Hoewel het speciaal onderwijs minder actuele drinkers kent in de leeftijd van 12-16 jaar dan het regulier onderwijs, is er wel vaker sprake van 'binge drinken' en dronkenschap (Kepper et al., 2009). Leerlingen van het speciaal onderwijs (REC-4, Pro, Lwoo) maken 16% uit van alle leerlingen van 12 tot 16 jaar van het voortgezet onderwijs (Van Laar et al., 2010).

Allochtone jongeren die drinken, drinken evenveel als autochtone jongeren

Scholieren met een Marokkaanse, Turkse en overige niet-westerse achtergrond hebben minder vaak ervaring met alcohol dan leeftijdgenoten met een Nederlandse achtergrond. Dit hangt waarschijnlijk samen met religieuze en culturele factoren. Maar als allochtone jongeren eenmaal drinken, binge drinken zij net zo vaak als autochtone jongeren (Van Dorselaer et al., 2007); Faber et al., 2010).

Plattelands jongeren drinken meer dan leeftijdsgenoten in grote steden

Schadelijk alcoholgebruik komt vaker voor bij jongens op het platteland dan bij jongens in de stad. Ook jongeren in de kleine en middelgrote steden drinken vaker overmatig dan hun leeftijdsgenoten in de grote steden (Junger-Tas et al. 2008). Doekhie et al. (2010) constateren dat drankgebruik een grotere rol speelt bij het uitgaan in rurale gebieden, maar tegelijk ook minder gebonden is aan het weekend en het uitgaan. Jongeren in rurale gebieden gebruiken vaker dagelijks dan wekelijks.

Studenten drinken meer dan leeftijdsgenoten

Bij onderzoek onder studenten bleek dat ze gemiddeld meer drinken dan hun leeftijdsgenoten die niet studeren (16 versus 10 glazen per week in 1999). Vooral studenten die lid zijn van een studentenvereniging drinken veel (23 glazen per week) (Maalsté, 2000). Recente cijfers over het alcoholgebruik ontbreken, maar er is geen reden om aan te nemen dat de alcoholconsumptie onder studenten substantieel is afgenomen.

Meeste alcoholgebruik bij 18-24 jarige mannen

In de leeftijdsgroep van 18 tot 24 jaar wordt (zowel door mannen als vrouwen) meer gedronken dan in enige andere leeftijdsgroep: in 2008 kwam zwaar drinken⁶ voor bij 24% van de 18 tot 24 jarigen (CBS, 2009). Daarbij ging het om 37% van de mannen en 12 % van de vrouwen.

⁶ Van zwaar drinken is sprake wanneer iemand op minstens één dag per week 6 glazen of meer drinkt.

2.1.4 Alcoholintoxicaties, probleemdrinken en afhankelijkheid

Steeds meer geregistreerde alcoholintoxicaties, met name bij jongeren tot 19 jaar

Er is een flinke toename van het aantal geregistreerde ziekenhuisopnames van jongeren met een alcoholintoxicatie⁷ (Valkenberg, 2010). In de periode 2004-2008 werden jaarlijks gemiddeld 1.800 jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 24 jaar behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis in verband met een alcoholvergiftiging.

Eén op de tien slachtoffers was jonger dan 15 jaar, ruim de helft was tussen de 15 en 20 jaar. In bijna een kwart van de vergiftigingen was sprake van een combinatie van alcohol en drugs. Bijna 40 procent van de slachtoffers werd na behandeling op de SEH-afdeling in het ziekenhuis opgenomen. De sterkste stijging van alle jeugdige slachtoffers van een alcoholvergiftiging is te zien in de leeftijdscategorie 15 tot 19 jaar: een stijging van 280 procent in de periode 2003-2008. Het aantal jongens met een alcoholvergiftiging is in die periode bijna verdrievoudigd, het aantal meisjes meer dan verviervoudigd (Valkenberg, 2010). Deze explosieve stijging kan waarschijnlijk deels worden verklaard door de toename van de hoeveelheid alcoholpoli's en door de verbetering van richtlijnen op dit vlak. Verdere verklaringen ontbreken voorsnog. Alcoholintoxicaties kunnen een indicatie zijn voor probleemdrinken⁸.

Probleemdrinken en verslaving met name onder 16 tot 24-jarige mannen

Probleemdrinken kwam in 2003 voor bij 10% van de Nederlandse bevolking van 16 tot en met 69 jaar. Het is niet duidelijk in welke mate problemen met alcoholgebruik voorkomen onder jongeren onder de 16 jaar. Probleemdrinken komt het meest voor in de leeftijdsgroep 16 tot 24 jaar, namelijk bij 34% van de mannen en bij 9% van de vrouwen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat 54% ruim een jaar later niet meer aan de criteria van probleemdrinken voldeed. De kans om wel probleemdrinker te blijven neemt toe naarmate mensen ernstigere problemen ondervinden van hun alcoholgebruik. Vooral onder jonge mensen en onder mannen blijkt de kans blijvend probleemdrinker te worden groter (Van Dijck & Knibbe, 2005).

Bij een studie onder de algemene bevolking uit 2009 bleek dat de diagnose alcoholafhankelijkheid⁹ kon worden gesteld voor 4,2% van de mannen en 2,4% van de vrouwen van 18 tot 24 jaar. Ook dat is meer dan in andere leeftijdsgroepen. Vertaald naar de bevolking zijn er in deze leeftijdsgroep 124.900 mensen met alcoholmisbruik en 46.500 met alcoholafhankelijkheid. Slechts een beperkt deel daarvan zoekt hulp bij de verslavingszorg: in 2008 zochten ongeveer 7.000 jongeren hulp bij de verslavingszorg, met name in verband met een alcohol- of cannabisverslaving (vaak is er sprake van problemen met meerdere middelen) (IVZ, 2009). De kosten die het gevolg zijn van probleemdrinken en alcoholverslaving bij jongeren, zijn onbekend.

⁷ Het gaat hier om jongeren die gemiddeld 10 tot 15 drankjes hebben geconsumeerd.

⁸ Van probleemdrinken is sprake wanneer iemand boven een bepaalde drempelwaarde drinkt én problemen ondervindt van zijn/haar alcoholgebruik (Van Dijck & Knibbe, 2005).

⁹ Er is sprake van *alcoholafhankelijkheid* wanneer iemand de controle over het middel is verloren of wanneer er sprake is van tolerantie of onthoudingsverschijnselen.

Samenvatting

Hoeveel jongeren drinken alcohol?

- De meeste Nederlandse jongeren beginnen met het drinken van alcohol voor hun 16e jaar. De afgelopen jaren is er sprake van een lichte afname van het alcoholgebruik tot 15 jaar.
- Jongeren vanaf 15 jaar drinken (nog steeds) vaak en veel. Een kwart van de 16-jarige jongens die de afgelopen maand heeft gedronken, drinkt gemiddeld 21 glazen of meer per week.

Drinklocaties

- De locaties waar alcohol wordt gedronken veranderen naarmate jongeren ouder worden. Tot hun 14^e jaar drinken jongeren met name thuis en jongens drinken ook vaak in hokken en keten. Als jongeren ouder worden verschuift het alcoholgebruik naar uitgaansgelegenheden zoals een discotheek of club.
- Jongeren die indrinken, drinken evenveel in cafés en discotheken als jongeren die niet in hebben gedronken. Aan het eind van de avond hebben 'indrinkers' gemiddeld veel meer gedronken dan andere jongeren. Ook veroorzaken zij meer overlast tijdens het uitgaan.
- Jongeren die zonder hun ouders op vakantie zijn, drinken veel en vrijwel dagelijks.

Verschillen tussen jongeren

- Verschillen tussen jongens en meisjes manifesteren zich vooral in de hoeveelheid en frequentie van alcoholgebruik, niet zozeer in de aantallen gebruikers. Jongens drinken vaker en meer dan meiden. Dit verschil neemt toe met leeftijd.
- Binge drinken komt aanzienlijk meer voor onder VMBO-b scholieren dan onder VWO-scholieren, maar na het 16e jaar verdwijnen deze verschillen tussen scholieren. Scholieren binnen het speciaal onderwijs binge drinken wel vaker.
- De prevalentie van alcoholgebruik is lager onder scholieren met een Marokkaanse, Turkse en andere niet-westerse achtergrond. Allochtone jongeren die drinken, drinken evenveel als autochtone jongeren.
- Studenten drinken meer dan hun leeftijdsgenoten die niet studeren.
- Plattelands jongeren drinken meer dan jongeren in grote steden.
- In de leeftijdsgroep van 18 tot 24 jaar wordt (zowel door mannen als door vrouwen) meer gedronken dan in enige andere leeftijdsgroep. Met name jongens van 18 tot 24 jaar zijn vaak zwaar- of probleemdrukker.

Alcoholintoxicaties, probleemdrukker en afhankelijkheid

- De afgelopen jaren was er sprake van een flinke toename van het aantal geregistreerde ziekenhuisopnames van jongeren met een alcoholintoxicatie. De sterkste stijging van alle jeugdige slachtoffers van een alcoholvergiftiging is te zien in de leeftijdscategorie 15-19 jaar.
- Probleemdrukker en verslaving komt (ook in vergelijking met de rest van de bevolking) vaker voor onder 16 tot 24-jarige mannen.

2.2 Welke effecten heeft het gebruik van alcohol op jongeren?

In deze paragraaf worden de belangrijkste effecten beschreven van alcoholgebruik, waarbij met name aandacht wordt besteed aan de specifieke effecten bij jongeren.

Effecten van alcoholgebruik afhankelijk van bloed alcohol concentratie

Het effect van alcohol op het lichaam hangt af van de BAC (bloed alcohol concentratie). Bij een lage alcoholbloedspiegel treedt een aangenaam, relaxed en vrolijk gevoel op. Een (te) hoge BAC kan leiden tot duizeligheid, braken, slaperigheid en bewustzijnsverlies. Tijdelijk geheugenverlies, slecht seksueel functioneren en hoofdpijn (een kater) zijn ook symptomen van een te hoge BAC. Bij zeer hoge bloedwaardes bestaat de kans in coma te raken. Waardes van 4-5 ‰ kunnen zelfs fataal zijn (Van Amsterdam et al., 2009).

Alcohol vermindert remmingen en verlaagt reactievermogen

Door alcoholgebruik verminderen remmingen en wordt het reactievermogen verlaagd. Hierdoor hangt (een hoge mate van) alcoholconsumptie samen met veel soorten risicogedrag (De Beer & van de Glind, 2009). Voor risico's zoals geweld is niet duidelijk bij welk alcoholpromillage dit risico toeneemt. Voor verkeersongevallen is dit wel onderzocht: bij 0,5 ‰ is de ongevalskans anderhalf keer zo groot, bij 1,8 ‰ 17 keer zo groot (Borkenstein et al., 1974).

Bloed alcohol concentratie stijgt sneller bij meisjes en jongeren

Hoe snel de BAC stijgt bij alcoholconsumptie heeft te maken met vele factoren, zoals gewicht en lichaamsbouw. Omdat meisjes vaak een lager lichaamsgewicht hebben en hun lichaam relatief minder water bevat dan jongens, stijgt hun BAC sneller bij het drinken van alcohol. Alcohol is namelijk beter oplosbaar in water. Vuistregel is dat bij mannen een promillage van 0,5 wordt bereikt na het drinken van 3 standaardglazen en bij vrouwen na twee standaardglazen (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2008). Voor jongeren hebben we een dergelijke vuistregel niet gevonden in de literatuur. Wel is bekend dat het alcoholpromillage ook bij jongeren sneller stijgt, omdat zij vaak kleiner zijn en een andere lichaamssamenstelling hebben dan volwassenen (Kerssemakers et al., 2008).

Adolescenten minder last van lichamelijke effecten van alcohol

Ondanks dat de BAC bij jongeren sneller stijgt dan bij volwassenen, hebben zij bij alcoholconsumptie minder last van de verstoring van coördinatie en motoriek die overmatig alcoholgebruik bij volwassenen kenmerkt. Hierdoor merken ze minder van de directe lichamelijke effecten van alcohol en zijn ze eerder geneigd om door te drinken (Verdurmen et al., 2006). Adolescenten zijn dus minder gevoelig dan volwassenen voor de directe negatieve gevolgen van middelen, maar aan middelen gerelateerd leergedrag is juist sterker bij adolescenten. Het ligt voor de hand dat deze combinatie van verschijnselen het experimenteren met middelen bevordert (Matthys et al., 2006)

Schadelijke effecten van alcohol op ontwikkeling hersenen

In de adolescentie periode zijn de hersenen nog volop in ontwikkeling. Bij adolescentie ratten worden na het toedienen van grote hoeveelheden alcohol schade in de gebieden waar de groei plaatsvindt. Ook zijn adolescentie ratten extra gevoelig voor de effecten van alcohol op het cognitieve functioneren. Deze effecten houden langdurig aan, zelfs nadat de alcoholinname is gestopt (Boelema et al., 2009; Hagemann, 2010). Op basis van deze onderzoeken wordt aangenomen dat alcohol ook bij adolescenten (mensen) schade kan veroorzaken. Dit beeld wordt bevestigd, doordat uit onderzoek onder adolescenten met een alcoholprobleem blijkt dat zij gemiddeld een kleinere linker hippocampus hebben dan adolescenten die geen alcohol misbruiken. Ook is er minder hersenactiviteit zichtbaar bij deze groep, zelfs nadat ze 30 dagen geen alcohol meer hebben gedronken. Tevens blijkt dat 'binge drinkers' slechter presteren in taken die te maken hebben met het geheugen, plannen en zelfcontrole (Hagemann, 2010).

Vroege startleeftijd is risicofactor voor verslaving

Bij jongeren die op jonge leeftijd beginnen met drinken, is het risico op verslaving groter. Hingson & Zha (2009) vonden dat hoe vroeger respondenten waren begonnen met drinken, des te groter de kans dat zij gedurende de onderzoeksperiode alcoholafhankelijk werden.

Samenvatting

- De effecten van alcoholgebruik zijn afhankelijk van bloed alcohol concentratie (BAC).
- Door alcoholgebruik verminderen remmingen en wordt het reactievermogen verlaagd. Hierdoor hangt (een hoge mate van) alcoholconsumptie samen met veel soorten risicogedrag.
- Omdat meisjes vaak een lager lichaamsgewicht hebben en hun lichaam relatief minder water bevat dan jongens, stijgt hun BAC sneller bij het drinken van alcohol. Dat geldt ook voor jongeren ten opzichte van volwassenen.
- Adolescenten hebben minder last van lichamelijke effecten van alcohol, waardoor ze zich minder snel dronken voelen en eerder doordrinken.
- Alcohol heeft schadelijke effecten op de ontwikkeling van hersenen, blijkt uit onderzoek bij adolescentie ratten. Ook is bij adolescenten met een alcoholprobleem minder hersenactiviteit zichtbaar.
- Hoe jonger de startleeftijd voor alcoholconsumptie, des te groter de kans om op latere leeftijd alcoholafhankelijk te worden.

2.3 Individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van schadelijk alcoholgebruik

In deze paragraaf worden de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik bij jongeren (2.3.1) en de omvang en kosten van alcoholgerelateerde problemen (2.3.2) beschreven.

2.3.1 Gevolgen van schadelijk alcoholgebruik

Overmatig alcoholgebruik is risicofactor voor schooluitval

Overmatig gebruik van alcohol door jongeren in het voortgezet onderwijs hangt samen met spijbelen, schoolprestaties en schoolmotivatie (Ter Bogt et al., 2009). Dit zijn de belangrijkste indicatoren voor latere schooluitval¹⁰. Hoewel deze relatie tussen alcoholgebruik en schooluitval geldt voor alle jongeren, is het verband sterker voor meisjes, jongere adolescenten en voor hoger opgeleide jongeren. Deze resultaten komen overeen met resultaten uit buitenlands onderzoek (Dewey, 1999; Townsend et al., 2007 & Bachman et al., 2008).

Jonge mannen vaker slachtoffers van alcoholgerelateerde verkeersincidenten

Rijden onder invloed verhoogt de kans op verkeersincidenten. Vooral bij jonge mannen en zware drinkers is dit risico groter. Van de ernstig gewonden en dodelijke slachtoffers van alcoholongevallen is 23% een man van 18 tot 24 jaar, terwijl het hier slechts gaat om 4% van de Nederlandse bevolking (SWOV, 2006). Deze cijfers komen overeen met resultaten uit internationaal onderzoek (Borkenstein et al., 1974; Kruger et al., 1995). Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat jongeren in de leeftijd van 16 tot 20 jaar, als gevolg van hun beperkte rijervaring en hun neiging om met grote hoeveelheden alcohol te experimenteren, een verhoogd risico hebben om betrokken te raken bij een alcohol gerelateerd verkeersongeval (Babor, 2003). Overtreders bij alcoholcontroles in het verkeer zijn vaker man, worden vaker aangehouden tussen 2.00 en 4.00 uur 's nachts en komen met name (58%) uit de horeca (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2008).

Alcoholgebruik vergroot kans op seksueel risicogedrag

Er is een verband tussen alcoholgebruik en bepaalde typen seksueel gedrag door jongeren (Corte & Sommers, 2005; Cooper, 2002). Alcoholgebruik verhoogt de kans op seks in bepaalde situaties (eerste afspraak) en is gerelateerd aan meer risicovol seksueel gedrag, zoals het hebben van meerdere partners en het minder ter sprake brengen van veilige seks. Bij jonge, seksueel

¹⁰ Na correctie voor andere leefstijlfactoren die van invloed zijn op schooluitval, zoals politiecontacten, gebrekkige monitoring door ouders, vaker op stap zijn met vrienden en middelengebruik door vrienden, had alcoholgebruik niet langer een voorspellende waarde voor de verschillende determinanten van schooluitval, vermoedelijk doordat alcoholgebruik verweven is met een leefstijl en sociale context die relatief ongunstig is voor goede schoolprestaties en het behalen van een startkwalificatie. De relatie tussen dronkenschap en determinanten van schooluitval bleef wel significant.

onervaren adolescenten is daarnaast aangetoond dat jongeren die alcohol drinken minder vaak een condoom gebruiken (Brown & Venable, 2007).

In een recente Nederlandse studie naar ongewenste seksuele ervaringen bij jongeren, bleek 22,2% van de vrouwelijke en 19% van de mannelijk respondenten ervaring te hebben met een situatie waarin een ander misbruik maakte van hun dronkenschap om seks te hebben (Kuyper et al., 2009). Alcoholgerelateerd seksueel geweld komt eerder voor in het uitgaansleven dan thuis (Young et al., 2008; Abbey et al., 1996).

Alcoholgebruik kan leiden tot agressie

Alcoholgebruik kan leiden tot agressieve gevoelens en het wegvallen van remmingen. Dit kan leiden tot agressief gedrag (Lemmers & Cuijpers, 2005). Alcohol heeft een negatieve invloed op cognitieve processen die agressieve gevoelens reguleren. Dit houdt in dat de natuurlijke rem om agressief gedrag te vermijden, weg kan vallen door het gebruik van alcohol (Lemmers & Cuijpers, 2005). Verschillende typen onderzoek tonen een overtuigend verband aan tussen alcoholgebruik en agressie (Hoaken & Stewart, 2003; Chermack & Giancola, 1997; Bushman & Cooper, 1990; NIGZ, 1998; Murdoch et al., 1990). Het gaat hierbij meestal om ongepland geweld dat voortkomt uit sociale interactie en conflict (Graham & Homel, 2008).

Een studie onder scholieren van 12 tot 16 jaar in Nederland toonde aan dat wekelijks alcoholgebruik samenhangt met agressief gedrag (Verdurmen et al., 2005). Ander Nederlands onderzoek onder jongeren van 16 tot 35 jaar toonde een verband aan tussen alcoholgebruik en agressie in het uitgaanscircuit (Van der Linden et al. 2004). Recent onderzoek in vier Europese landen laat zien dat er een sterk verband is tussen frequentie van dronkenschap en van betrokkenheid bij geweld. Mannen die in de laatste vier weken vijf keer of vaker dronken waren, waren twee keer zo vaak betrokken bij een gevecht, vrouwen vijf keer zo vaak (Schnitzer et al., 2010).

Niet iedereen wordt agressief door het gebruik van alcohol en niet iedereen die agressief gedrag vertoont onder invloed van alcohol, doet dat elke keer. Impulsieve jongeren vertonen bijvoorbeeld sneller agressief gedrag na het drinken van alcohol (Fulwiler et al., 2005). De verwachtingen die jongeren hebben met betrekking tot agressie na alcoholgebruik, zijn van invloed op de mate waarin ze uiteindelijke agressief gedrag vertonen. Jongeren die verwachten agressief te worden door het drinken van alcohol, vertonen dit gedrag ook vaker (Leonard et al., 2003).

Relatie tussen alcoholgebruik en voetbalvandalisme niet duidelijk

Onderzoek naar profielen van verdachten van voetbal gerelateerd geweld laat zien dat middelengebruik bij deze groep veel voorkomt: zeventig procent van de voetbalrelschoppers heeft voorafgaand aan de wedstrijd gedronken en 25 procent had (ook) andere middelen gebruikt. De alcoholconsumptie was overigens het hoogst onder voetbalrelschoppers ouder dan 31 jaar (Bogaerts et al., 2003).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de rol van alcoholgebruik bij voetbalvandalisme. Niet alle fans die drinken, gaan vechten en niet alle hooligans hebben gedronken (Dunning, 2000). Als er gekeken wordt naar het drinkgedrag van verschillende groepen fans in Europa, wordt geconcludeerd dat er geen sterke relatie is met voetbalvandalisme (Carnibella et al., 1996).

Alcoholgebruik hangt samen met vermogenscriminaliteit

Jongeren die frequent alcohol gebruiken lopen een verhoogd risico om crimineel gedrag te vertonen, zoals vermogensdelicten. Uit een studie onder jongeren van 12 tot 18 jaar in de VS is gebleken dat de mate van alcoholconsumptie een voorspellende waarde heeft voor wetsovertredingen. Jongens en jongere adolescenten die meer dan één glas alcohol per dag drinken lopen hierop meer risico (Barnes et al., 2002). Uit een cross-sectioneel epidemiologisch onderzoek onder jongeren van 15-21 jaar in Nieuw Zeeland is gebleken dat alcoholmisbruik is gerelateerd aan zowel geweld als aan vermogenscriminaliteit (Fergusson & Horwood, 2000). Het verband werd zwakker indien werd gecorrigeerd voor versturende factoren, maar bleef niettemin significant. Dit zou volgens de auteurs kunnen wijzen op een oorzakelijk verband. In een longitudinaal opgezet vervolgonderzoek werd ook een verband gevonden tussen drinken op 16-jarige leeftijd en het op latere leeftijd (tot 25 jaar) plegen van geweldsdelicten (Wells et al., 2004; Ferguson et al., 2007).

2.3.2 Omvang en kosten van alcoholgerelateerde problemen

Omvang en kosten verkeersongevallen niet gespecificeerd voor jongeren

Jaarlijks worden 290.000 verkeersslachtoffers medisch behandeld en overlijden er 830 mensen aan de gevolgen van een verkeersongeval. Vooral jongens van 15 tot 24 jaar zijn vaak verkeersslachtoffer, maar dat aantal is niet gespecificeerd (Lanting & Stam, 2010). De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) schatte in dat circa 25% van alle verkeersdoden in 2005 veroorzaakt werden door alcohol (Wegman & Aarts, 2005). SWOV maakte een schatting van de kosten als gevolg van verkeersongevallen in 2005. Die bedragen bijna 12,3 miljard euro. Daarvan is 14% alcoholgerelateerd. Op basis daarvan wordt door het Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2008) aangenomen dat de maatschappelijke kosten van alcoholongevallen in 2005 ongeveer 1,7 miljard bedroegen. Ook deze cijfers zijn niet gespecificeerd voor jongeren.

Weinig bekend over omvang alcoholgerelateerde overlast

Over de omvang van alcoholgerelateerde overlast¹¹ zijn geen landelijke cijfers bekend. In Zuid-Holland-Zuid bleek dat 74% van de daders van vandalisme (15 jaar en ouder) alcohol had gedronken voor of tijdens het plegen van het delict (Verhoeven, 2008). Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) voerde onlangs een literatuurverkenning uit, ondermeer naar de relatie tussen alcoholgebruik en veelvoorkomende criminaliteit, buurtproblemen en onveiligheid. De wetenschappelijke literatuur over alcoholgebruik bleek weinig inzichten te bieden in het hoe en waarom van alcoholgerelateerde criminaliteit, buurtproblemen en overlast. De enige vorm van overlast waar een directe relatie met alcohol is aan te wijzen, is geweld¹² (CCV, 2009; Graham et al., 2006; Bye, 2007; Leonard et al., 2003; Lemmers & Cuijpers, 2005). Uit de "Quickscan Uitgaansgeweld" (Van Hest, 2009) blijkt dat dronkenschap verreweg de meest voorkomende aanleiding voor het ontstaan en escaleren van uitgaansgeweld is.

¹¹ Het gaat hierbij om dronken mensen op straat, lastig gevallen worden op straat, overlast door groepen jongeren in relatie met uitgaan, maar bijvoorbeeld ook vandalisme en overlast in het openbaar vervoer.

¹² Geweld valt officieel niet onder de noemer overlast.

Weinig gegevens over omvang alcoholgerelateerd geweld

Er zijn weinig concrete gegevens over de omvang van het aantal incidenten waar ook daadwerkelijk alcohol in het spel was, omdat deze gegevens nog niet worden geregistreerd door de politie. Een pilot-onderzoek uitgevoerd naar een nieuwe werkwijze van de politie, waarbij alcohol- en drugsgebruik van geweldplegers wel werden geregistreerd, liet zien dat er grote verschillen zijn tussen regio's en dat seizoensinvloeden een grote rol spelen. Hierbij bleek het aandeel geweldsincidenten dat 'alcoholgerelateerd' was in de regio IJsselland 26% bedroeg en in de gemeente Schouwen-Duiveland (politieregio Zeeland) 43%¹³. Bij interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met de beperkte representativiteit van de steekproeven en het feit dat er alleen gebruik werd gemaakt van observaties en niet van alcoholtests (Bruinsma et al., 2008).

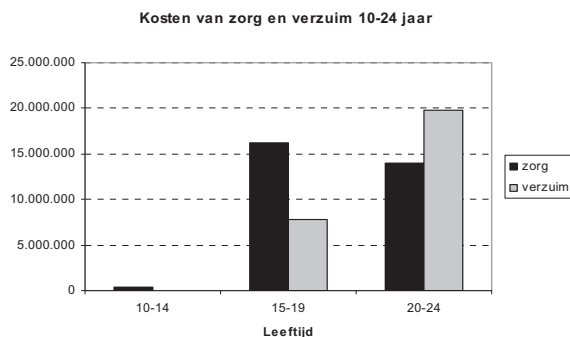
Kosten van alcoholgerelateerde ongevallen of alcoholvergiftigingen: 59 miljoen per jaar

Jaarlijks bezoeken 31.000 jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 24 jaar een Spoedeisende Eerste Hulp (SEH)-afdeling na een alcoholgerelateerd ongeval of -vergiftiging. Deels gaat het hier om verkeersongevallen.

De Stichting Consument en Veiligheid berekende ten behoeve van deze rapportage de kosten daarvan. In Figuur 2 staan medische kosten en verzuimkosten, uitgesplitst naar de drie leeftijdsgroepen 10 tot en met 14, 15 tot en met 19 en 20 tot en met 24 jaar. In de leeftijdsgroep 15 tot en met 19 jaar zijn de medische kosten hoger dan de verzuimkosten (resp. 16 miljoen en 7.8 miljoen euro), in de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar is dit omgekeerd (14 miljoen euro medische kosten en 20 miljoen euro verzuimkosten). De totale directe medische kosten voor jongeren van 10 tot 24 jaar worden geschat op 31 miljoen euro en de totale kosten van arbeidsverzuim worden geraamd op 28 miljoen euro per jaar (Panneman & Valkenberg, 2010).

¹³ Dit grote verschil zou verklaard kunnen worden uit een seizoenseffect omdat het aandeel uitgaansgerelateerde geweld in Renesse (uitgaansplaats van Schouwen-Duiveland) explosief stijgt in de zomermaanden. Buiten de zomermaanden is in Schouwen-Duiveland een vergelijkbaar percentage van de geweldsincidenten alcoholgerelateerd.

Figuur 2 Jaarlijkse medische kosten en verzuimkosten na een ongeval waarbij alcohol betrokken was of een alcoholvergiftiging, totaal per leeftijdsgroep



Bron: Letsel Informatie Systeem 2004-2008, Continu LIS Vervolgonderzoek 2003-2008, Consument en Veiligheid; Letsellastmodel 2008, Consument en Veiligheid i.s.m. Erasmus Medisch Centrum

Samenvatting

Gevolgen van schadelijk alcoholgebruik

- Overmatig gebruik van alcohol door jongeren in het voortgezet onderwijs is gerelateerd aan de belangrijkste indicatoren voor latere schooluitval: *spijbelen, schoolprestaties en schoolmotivatie*.
- Jonge mannen van 18 tot 24 jaar zijn aanzienlijk vaker betrokken bij een alcoholgerelateerd *ernstig verkeersongeval*. Verkeersincidenten onder invloed zijn veelal uitgaansgerelateerd.
- Alcoholgebruik verhoogt de kans op *seksueel risicogedrag* (seksueel geweld en onveilig vrijen).
- Alcoholgebruik kan leiden tot agressieve gevoelens en het wegvallen van remmingen. Dit kan leiden tot *agressief gedrag*. Impulsieve jongeren vertonen vaker agressief gedrag na het drinken van alcohol. Ook jongeren die verwachten agressief te worden door het drinken van alcohol, vertonen dit gedrag vaker.
- Hooligans drinken vaak voorafgaand aan een wedstrijd, maar het is onduidelijk welke rol alcohol speelt bij *voetbalgerelateerd geweld*.
- Jongeren die frequent alcohol gebruiken lopen een verhoogd risico om crimineel gedrag te vertonen, zoals *vermogensdelicten*.

Omvang en kosten van alcoholgerelateerde problemen

- Kosten voor *alcoholgerelateerde verkeersongevallen* zijn alleen voor volwassenen berekend en bedroegen in 2005 naar schatting circa 1,7 miljard euro.
- Er is weinig bekend over de *omvang van alcoholgerelateerde overlast en alcoholgerelateerd geweld*. Wel blijkt dronkenschap verreweg de meest voorkomende aanleiding voor het ontstaan en escaleren van uitgaansgeweld is.
- De kosten van *alcoholgerelateerde ongevallen of -vergiftigingen* bij jongeren van 10 tot 24 jaar bedragen naar schatting 59 miljoen euro per jaar.

2.4 Wat is er bekend over de risicofactoren voor schadelijk alcoholgebruik onder jongeren?

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan verschillende factoren die van invloed blijken op schadelijk alcoholgebruik onder jongeren. Risicofactoren¹⁴ voor alcoholgebruik zijn in te delen in persoonsgebonden factoren en omgevingsfactoren (Kuunders & Van Laar, 2009), die in deelparagraaf 2.4.1 en deelparagraaf 2.4.2 worden behandeld.

Geen van deze risicofactoren is allesbepalend. Vaak is sprake van een samenspel van meerdere factoren, waarbij persoonsgebonden kenmerken en de omgeving elkaar wederzijds beïnvloeden. Het is bovendien niet in alle situaties duidelijk of een bepaald risico voortkomt uit kenmerken van het individu of uit kenmerken van de omgeving, terwijl wel bekend is dat jongeren in deze situaties of settings een verhoogd risico lopen op (schadelijk) alcoholgebruik. Om toch recht te doen aan de beschikbare kennis over risicovolle settings, wordt deze paragraaf afgesloten met een deelparagraaf (2.4.3) over specifieke settings waarbinnen vaker en meer alcohol wordt gebruikt door jongeren.

2.4.1 Persoonsgebonden risicofactoren

Adolescentie een risicovolle leeftijdsfase

Zoals eerder genoemd ondervinden adolescenten minder directe negatieve gevolgen van middelen dan volwassenen en is aan middelen gerelateerd leergedrag bij adolescenten juist sterker dan bij volwassenen. Het beloningsgebied in de ontwikkelende adolescentie hersenen heeft als het ware een sterkere veto functie op gedrag dan in volledig ontwikkelde hersenen. De focus op korte termijn beloning die hieruit voortkomt, heeft als direct gevolg dat adolescenten relatief snel veel middelen gebruiken zonder motivatie om te reguleren. Hersenen in ontwikkeling zijn echter juist extra kwetsbaar voor invloed van middelen en raken sneller afhankelijk van een middel. Tegen de tijd dat jongeren problemen gaan ondervinden van hun middelengebruik en zodoende gemotiveerder raken om te minderen, is het verbreken van het gebruikspatroon veel moeilijker geworden (Snoek et al., 2010).

Jong beginnen met alcoholgebruik verhoogt risico op alcoholproblemen

Des te vroeger jongeren beginnen met het drinken van alcohol, des te groter het risico op alcoholproblemen op latere leeftijd. Ook wordt een verband gevonden met later agressief gedrag door alcohol (Boelema et al., 2009). Er is vooralsnog geen verklaring voor deze relatie. Mogelijk is er sprake van een oorzakelijk verband, maar ook kunnen genetische of omgevingsfactoren een rol spelen (Snoek et al., 2010).

¹⁴ Een risicofactor is een aspect van iemands persoonlijk gedrag of levensstijl, blootstelling aan een omgevingsvariabele of aangeboren of overgeërfd karakteristiek die, op basis van geldende epidemiologische inzichten, de gezondheidstoestand kan beïnvloeden.

Jongens drinken vaker en meer

Zoals blijkt uit paragraaf 2.1 drinken jongens over het algemeen vaker alcohol dan meisjes. En als ze drinken, drinken jongens meer (Monshouwer et al., 2008). Datzelfde geldt bij jongvolwassenen (CBS 2009). Daarnaast hebben jongens meer kans om alcoholgerelateerde problemen te ontwikkelen (Spooner, 1999).

Autochtone Nederlandse jongeren hebben vaker ervaring met alcohol

Meer autochtone Nederlandse jongeren dan Nederlands-Marokkaanse en Nederlands-Turkse jongeren drinken alcohol. Als deze laatste groep alcohol drinkt, drinken ze wel evenveel als Nederlandse jongeren (Monshouwer et al., 2008). Nederlands-Surinaamse en Nederlands-Antilliaanse jongeren drinken ook minder alcohol dan autochtone Nederlandse jongeren. Bij Nederlands-Surinaamse jongeren betreft dit voornamelijk de meisjes, terwijl bij Nederlands-Antilliaanse jongeren juist de jongens minder drinken in vergelijking tot autochtone Nederlandse jongeren (Monshouwer et al., 2008).

Jongeren met lager opleidingsniveau drinken meer alcohol

Zoals uitgebreider is beschreven in paragraaf 2.1 gebruiken drinkende jongeren met een lager opleidingsniveau (VMBO-b) grotere hoeveelheden alcohol dan jongeren met een hoger opleidingsniveau (VWO) (Monshouwer et al., 2008)¹⁵. Ditzelfde geldt voor jongeren binnen het speciaal onderwijs in vergelijking met jongeren binnen het reguliere onderwijs¹⁶ (Kepper et al., 2009). Ook zijn er aanwijzingen dat licht verstandelijk gehandicapten vaker alcohol gebruiken (Bransen et al., 2009).

Relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en alcoholgebruik

Er is een relatie tussen diverse persoonlijkheidskenmerken en alcoholgebruik. Snoek et al. (2010) onderscheidt op basis van de literatuur (Conrod et al., 2006; Matthys et al., 2006; Huurre et al., 2010; Creemers et al., 2009) de volgende persoonlijkheidskenmerken die als risicofactor worden beschouwd voor problematisch middelengebruik: angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken, sensatie zoeken, nieuwsgierigheid naar nieuwe dingen, vooral als dat samengaat met een lage score op 'vermijden van schade'; impulsiviteit; lage eigenwaarde (alleen voor jongens) en: hoge sensitiviteit voor genot. Verschillende persoonlijkheidstypen hebben verschillende motieven voor gebruik.

Verwachtingen en drinkmotieven van invloed

De verwachtingen (over de effecten van alcohol) die jongeren hebben met betrekking tot het gebruik van alcohol, kunnen in hoge mate bepalend zijn voor het gebruik van alcohol (Scheier, 2001; Ham & Hope, 2003). Ook verwachtingen over het eigen gedrag spelen een rol: jongeren die verwachten dat zij niet goed in staat zijn matig alcohol te gebruiken, drinken doorgaans meer dan jongeren die verwachten dat zij goed in staat zijn om matig te drinken¹⁷ (Norman et al., 1998).

¹⁵ Schooltype was niet gerelateerd aan de prevalentie van alcoholgebruik.

¹⁶ Het aantal actuele drinkers was in het speciaal onderwijs kleiner dan in het regulier onderwijs.

¹⁷ In vaktermen: er is gekeken naar de eigen effectiviteit met betrekking tot het realiseren van matig alcoholgebruik.

Daarnaast spelen drinkmotieven (waarom iemand alcohol drinkt) een belangrijke rol. Jongeren die drinken om meer zelfvertrouwen te krijgen en jongeren die drinken om problemen te vergeten, hebben meer kans op overmatig alcoholgebruik en alcoholmisbruik (Cox & Klinger, 2004; Kuntsche et al., 2008). Sensatiezoekers drinken vooral voor het plezier en zijn daardoor kwetsbaar voor binge drinken (Snoek et al., 2010).

Psychische problematiek en gedragsproblemen gerelateerd aan alcoholmisbruik

Overmatig alcoholgebruik komt aanzienlijk vaker voor bij personen met een psychische stoornis, vergeleken met de doorsnee bevolking. Dat verband geldt zowel voor jongeren als voor volwassenen. Psychische problemen die risicofactoren vormen zijn: delinquent gedrag,; angststoornissen; posttraumatische stress stoornis; depressie en bipolaire stoornissen; ADHD; oppositieel-opstandig gedrag; antisociale gedragsstoornis (Pumariega et al., 2004). Geschat wordt dat ongeveer de helft van jongeren met een antisociale gedragsstoornis (conduct disorder) ook een stoornis in het gebruik van middelen heeft (Hendren & Mullen, 2006). Gedragsproblemen lijken dus een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van een alcoholprobleem. Tussen andere psychische problematiek en alcoholmisbruik is wel degelijk een verband, maar over causaliteit is hier minder te zeggen.

Erfelijke factoren spelen belangrijke rol

Er zijn aanwijzingen dat jongeren die een bepaalde genetische aanleg hebben een groter risico lopen op alcoholmisbruik (Matthys et al., 2006). Anderson & Baumberg (2006) schatten in dat 50 á 60% van het risico op alcoholafhankelijkheid erfelijk is bepaald. Over het algemeen wordt aangenomen dat middelenafhankelijkheid en middelenmisbruik worden bepaald door interactie tussen diverse genen en omgeving van een persoon (Enoch & Goldman, 1999). Er lijken grote verschillen te bestaan per gedraging. Zo spelen genen een belangrijkere rol dan omgevingsfactoren bij het verklaren van vroege initiatie van alcoholgebruik. Frequentie van alcoholgebruik wordt grotendeels door omgevingsfactoren bepaald (Poelen, 2008).

2.4.2 Omgevingsfactoren

Het gezin speelt een belangrijke rol bij alcoholgebruik van het kind

Het gezin speelt een belangrijke rol bij het alcoholgebruik van een kind. De invloed kan negatief zijn (Spooner, 1999). Dat is het geval in gezinnen waar: de ouders of broers of zussen zelf veel drinken of psychische problemen hebben of waar veel conflict of geweld is, ouders weinig toezicht en betrokkenheid bieden of waar seksueel misbruik of verwaarlozing voorkomt (Huurte et al., 2010; Snoek et al., 2010; EMCDDA, 2008; Bergen et al., 2004).

Maar ouders kunnen ook een positieve invloed hebben. Een autoritatieve opvoedstijl, gekenmerkt door betrokkenheid, emotionele steun, liefdevolle binding en het stellen van duidelijke regels, goed voorbeeldgedrag en open communicatie over alcoholgebruik lijken een beschermende werking te

hebben op het alcoholgebruik van jongeren (Vermeulen-Smit et al., 2010; Van der Vorst et al., 2007; Wills & Yaeger, 2003). Een studie van CASA (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2007) liet een verband zien tussen het regelmatig (5 keer of meer per week) samen eten als gezin en verminderde kans op middelenmisbruik bij de kinderen. De onderzoekers vermoeden dat dit verband houdt met o.a. een verbeterde communicatie in het gezin.

Alcoholgebruik moeder tijdens de zwangerschap

Alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap kan ertoe leiden dat het kind gevoeliger is voor risicovol drinkgedrag in de tienertijd (Baer et al., 2003). In het rapport over riskant alcoholgebruik bij volwassenen (Schrijvers, Snoek & Van den Ende, 2010) wordt deze risicofactor uitgebreider beschreven.

Invloed van vrienden en groepsdruk

Zoals in paragraaf 2.1 bleek, wordt frequenter binge drinken onder VMBO-b scholieren door Schrijvers & Schuit (2010) onder andere verklaard door het feit dat zij meer vrije tijd met vrienden doorbrengen. Meer tijd met vrienden doorbrengen is ook gerelateerd aan ander risicogedrag van VMBO-b scholieren (cannabisgebruik, roken, seks op jonge leeftijd). Vooral de sociale norm met betrekking tot alcohol die in een groep heerst, is van invloed op de alcoholconsumptie en kan zowel beschermend zijn als aanzetten tot gebruik (Schrijvers & Schuit, 2010). Daarbij kan ook sociale druk een rol spelen (Borsari & Carey, 2001). Peters et al (2008) vonden geen consistent bewijs voor strenge normen van vrienden en het eigen drinkgedrag van jongeren. Bij het wegen van de invloed van vrienden op middelengebruik, moet rekening worden gehouden met het zogenaamde selectie-effect: jongeren kiezen vaak vrienden die op hen lijken (Selfhout, 2009).

Beschikbaarheid van alcohol en alcoholreclame voorspellen alcoholgebruik

De beschikbaarheid van alcohol heeft grote invloed op de alcoholconsumptie van jongeren. Deze beschikbaarheid wordt onder andere bepaald door de prijs (Meier et al., 2010), de wettelijke leeftijdsgrens en de naleving hiervan en de openingstijden van alkoholschenkende en verkopende gelegenheden (Wagenaar et al., 2007). Ook alcoholreclame hangt samen met alcoholgebruik. Alcoholreclame is gerelateerd aan de startleeftijd van alcoholgebruik en de hoeveelheid alcohol die wordt gedronken door jongeren. Er is hierbij sprake van een dosisrespons relatie. Hoe meer jongeren worden blootgesteld aan alcoholreclame, des te eerder en des te meer gaan ze drinken (Anderson et al., 2009b; Engels et al., 2009).

2.4.3 Risicovolle settings

Jongeren die ervaring hebben met institutionele zorg drinken meer alcohol

Snoek et al. (2010) stellen dat middelengebruik sterk positief is gecorreleerd met 'contact met institutionele zorg'. Daaronder verstaan zij: opgenomen geweest zijn in een pleeggezin, een kindertehuis, een voorziening voor zwerfjongeren of een andere vorm van maatschappelijke opvang of een justitiële jeugdinstelling. Persoonlijkheidsfactoren spelen hierbij een rol, maar mogelijk heeft ook de omgeving invloed op het alcoholgebruik.

Jongeren van 12 tot 16 jaar in de residentiële jeugdzorg, drinken in vergelijking met leeftijdsgenoten aanzienlijk vaker en meer alcohol. Onder deze groep is vooral de frequentie van dronkenschap en binge drinken verhoogd (Kepper et al., 2009). In de jeugdzorg zijn het voornamelijk jongeren met opvoedproblemen en dak- en thuisloze jongeren die frequenter drinken. Delinquente jongeren zijn minder vaak actuele drinkers (Nabben et al., 2007a). Ook jongeren in spijbelopvangprojecten zijn vaker actuele drinkers dan hun leeftijdgenoten die niet spijbelen (Van Zundert et al., 2004).

Jongeren die frequent uitgaan drinken meer alcohol

Onder jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven ligt het middelengebruik hoger dan in de algemene bevolking (Van Laar et al., 2010). Er is hier vermoedelijk sprake van een samenspel van omgevingsfactoren en persoonlijkheidsfactoren.

Enerzijds trekt het uitgaanscircuit jongeren die graag drinken. Anderzijds is de uitgaansomgeving uitnodigend voor alcoholgebruik. Er is sprake van een gevoel van 'time out' en een hoge mate van beschikbaarheid van alcohol (Graham & Homel, 2008). Drinkgedrag van mannen bleek bovenal te worden beïnvloed door onder andere groepsdruk om te drinken en de grootte van de groep waartoe iemand behoort (Knibbe et al., 1991).

Wanneer men kijkt naar overmatig alcoholgebruik en problemen die daarmee samenhangen (met name agressie), lijkt er een relatie te zijn tussen het (beperkt) aantal zitplaatsen, harde muziek, drukte en het aantal jonge gasten en het drinken van veel alcohol, geweld en criminaliteit. Daarnaast spelen slechte ventilatie, viezigheid, donkere ruimten en lawaai een rol in de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, geweld en overlast (BMA, 2008; Babor, 2003; Anderson et al., 2009). Ook Guégen et al. (2008) vonden dat muziek met een hoog volume alcoholconsumptie bevorderde. Niet alleen de baromgeving, maar de uitgaansomgeving in zijn geheel is van invloed. Des te hoger de concentratie van uitgaansgelegenheden, des te meer uitgaansgeweld (Livingston et al. 2007).

De uitgaansomgeving kan ook een beschermende factor zijn. Een verantwoord alcoholschenkbeleid, waarbij dronken of minderjarige gasten geen alcohol wordt verstrekt, dat actief wordt nageleefd door het barpersoneel, kan bijdragen aan vermindering van alcoholconsumptie (Lang et al., 1998).

Samenvatting

Persoonsgebonden factoren:

- *Adolescentie* is een risicovolle leeftijdsfase. Hoewel adolescenten minder snel merken dat zij dronken zijn, zijn hun hersenen extra kwetsbaar voor invloed van giftige stoffen zoals alcohol.
- *Jong beginnen met alcoholgebruik* verhoogt het risico op alcoholproblemen en op agressief gedrag door het gebruik van alcohol op latere leeftijd.
- Het aantal jongens dat drinkt, verschilt vrijwel niet van het aantal meisjes. Maar jongens drinken aanzienlijk vaker en meer dan meisjes. Dat geldt met name voor *autochtone jongens*.
- Jongeren op het *VMBO-b* en *het speciaal onderwijs* drinken doorgaans grotere hoeveelheden alcohol. Het gaat hierbij overwegend om autochtone leerlingen.
- Jongeren met bepaalde persoonlijkheidskenmerken – *sensatie zoeken, laag zelfvertrouwen, stressgevoelig* – drinken meer en hebben vaker alcoholproblemen.
- *Verwachtingen* van jongeren met betrekking tot alcoholgebruik kunnen in hoge mate bepalend zijn voor de hoeveelheid alcohol die wordt gebruikt. Ditzelfde geldt voor *drinkmotieven*.
- Bij *jongeren met gedragsproblemen* en in mindere mate ook andere *psychische problemen* zoals depressie of het meemaken van een *traumatische gebeurtenis* is vaker sprake van alcoholgerelateerde problemen en alcoholafhankelijkheid.
- *Erfelijke factoren* spelen een belangrijke rol en verklaren 40 tot 60% van het risico op alcoholafhankelijkheid.

Omgevingsfactoren:

- *Gezinsfactoren* spelen een grote rol in het drugsgebruik van jongeren. Beschermende factoren zijn een goede band tussen ouder en kind en een autoritatieve opvoedstijl. Een slechte ouder- kind relatie en psychische problematiek of middelengebruik van de ouders zijn risicofactoren.
- *Kinderen van alcoholafhankelijke ouders* en ouders met psychische problematiek lopen een verhoogd risico op alcoholgebruik, alcoholgerelateerde problemen en alcoholafhankelijkheid.
- Alcoholgebruik van de *moeder tijdens de zwangerschap* kan er toe leiden dat het kind gevoeliger is voor risicovol drinkgedrag in de tienertijd.
- Invloed van *vrienden en groepsdruk* kan zowel beschermend als risicobevorderend zijn. Meer tijd met vrienden doorbrengen is gerelateerd aan verschillende risicogedragingen (roken, drinken, onveilig vrijen).

- *Beschikbaarheid van alcohol en alcoholreclame* voorspellen alcoholgebruik, waarbij er sprake is van een dosisrespons relatie: hoe meer blootstelling des te lager de startleeftijd en hoger de alcoholconsumptie.

Risicovolle settings:

- Jongeren die *opgroeien in de residentiële jeugdzorg*, drinken meer alcohol. Ditzelfde geldt voor jongeren in *spijbelopvangprojecten*. Onduidelijk is welke rol de omgeving hierbij speelt, of dat er sprake is van een selectie-effect.
- *Jongeren die frequent uitgaan* drinken meer en vaker alcohol dan jongeren die niet uitgaan. Het uitgaanscircuit is niet alleen een vindplaats van mensen die middelen gebruiken, maar kan zelf ook een bevorderende invloed hebben op alcoholgebruik (zie omgevingsfactoren). Voor uitgaansgelegenheden geldt dat een beperkt aantal zitplaatsen, harde muziek, drukte, veel jonge gasten en een onverzorgde uitgaansomgeving samenhangen met hoge alcoholconsumptie en geweld. De uitgaansomgeving kan echter ook een beschermende factor zijn, bijvoorbeeld door een verantwoord alcoholschenkbeleid.

3 Preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren

Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, is alcoholgebruik onder jongeren gangbaar en komt schadelijk alcoholgebruik met name onder jongvolwassenen (18 tot 24 jaar) veel voor. Daarnaast bestaat er onder specifieke groepen jongeren een verhoogd risico op schadelijk alcoholgebruik.

In dit hoofdstuk wordt de preventie van alcoholgebruik onder jongeren besproken. Allereerst wordt geschetst (in paragraaf 3.1) welke partijen betrokken zijn bij de preventie van alcoholgebruik. Aansluitend wordt geschetst (in paragraaf 3.2) hoe het alcoholpreventiebeleid voor jongeren er uit ziet. Tot slot worden beleidsmaatregelen en interventies beschreven die kunnen worden ingezet ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren.

In dit hoofdstuk worden verschillende preventieve interventies gepresenteerd, gericht op alcoholmisbruik door jongeren. Interventies zijn ingedeeld naar de setting of context waarin de interventie plaatsvindt, zoals massamediale interventies, schoolinterventies, gezinsinterventies en interventies in de drinkomgeving. Daarnaast worden interventies beschreven waarbinnen meerdere componenten uit voorgaande interventies worden gecombineerd (multi-componenten interventies of community interventies).

3.1 Hoe ziet het Nederlands beleid ter preventie van schadelijk alcoholgebruik eruit?¹⁸

Nederlands beleid is gericht op het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik

Het doel van het alcoholbeleid is het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik door middel van preventie, hulpverlening en regelgeving over de productie en verkoop van alcohol. Deze regelgeving is vastgelegd in de Drank- en Horecawet (Kerssemakers et al., 2008).

De uitwerking van het beleid gericht op het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik is vastgelegd in de Hoofdlijnenbrief Alcohol (Tweede Kamer, 2008). Daarbij ligt een sterke focus op het alcoholgebruik door jongeren. Uiteindelijk is het doel van het alcoholbeleid dat jongeren niet voor hun 16^e jaar beginnen met drinken, jongeren minder gaan drinken, minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk worden vanwege overmatig alcoholgebruik en dat de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik in bijzondere situaties worden verminderd.

Voor 2011 heeft het kabinet Balkenende IV concrete streefcijfers geformuleerd voor het terugdringen van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar. Het percentage kinderen van 12 tot en met 15 jaar dat alcohol drinkt, moet in 2011 teruggebracht zijn tot 62% (in 2003: 82%).

¹⁸ Deze paragraaf beschrijft het beleid onder Balkenende IV. Deze publicatie kwam tot stand ten tijde van het kabinet Balkenende IV. Ten tijde van het ter perse gaan, werd het kabinet Rutte-Verhagen geformeerd.

Ook streeft het kabinet naar ontmoediging van het (overmatig) alcoholgebruik door jongeren ouder dan 16 jaar en (jong)volwassenen. Afhankelijkheid van alcohol moet voorkomen worden en schadelijke gevolgen van alcohol in bijzondere situaties, zoals bij uitgaan, werk, in het verkeer en in het gezin (bijvoorbeeld huiselijk geweld) moeten verminderd worden (Kerssemakers et al., 2008; Van Dijk et al., 1997).

Overheid zet zowel landelijk als lokaal in op integrale aanpak bij alcoholpreventie

Het uitgangspunt van de overheid is dat alleen een samenhangende integrale aanpak doeltreffend kan zijn in het tegengaan van alcoholmisbruik en -verslaving (Busch, Kuunders & Schoenmaker, 2010). Het kabinet verwacht dat het meeste effect wordt bereikt als verschillende beleidsinstrumenten samenhangend worden ingezet: voorlichting en preventie, wetgeving en zelfregulering (en handhaving daarvan), accijnsheffing, zorg- en hulpverlening, criminaliteitspreventie, beleid ten aanzien van rijden onder invloed en internationale beleidsontwikkeling (Tweede Kamer, 2009).

Op lokaal niveau worden gemeenten door het kabinet geadviseerd over alcoholpreventie aan de hand van de 'Handleiding lokaal alcoholbeleid' (VWA, 2007). In het najaar van 2010 verschijnt de handleiding 'Gezonde Gemeente' als opvolger van de huidige handleidingen lokaal gezondheidsbeleid. Deze nieuwe handleiding bestaat uit een algemeen deel en themaspecifieke verdiepingen, die ingaan op alcohol, roken, depressie, overgewicht en seksualiteit (Loketgezondleven.nl, 2010).

Alcoholbeleid ook gericht op terugdringen criminaliteit en overlast

Om de criminaliteit en overlast in Nederland terug te dringen heeft het kabinet het project 'Veiligheid begint bij Voorkomen' in het leven geroepen. De algemene doelstelling is het reduceren van de criminaliteit en overlast met 25 procent in 2011 ten opzichte van het peiljaar 2002. Dit wil zij bereiken door middel van een combinatie van preventie, bestuurlijke en strafrechtelijke handhaving en nazorg. Effectieve en efficiënte samenwerking tussen diverse partners in de integrale veiligheidsketen en actieve betrokkenheid van de burgers wordt hierbij gestimuleerd. De rol van het lokale bestuur wordt vergroot, net als de versterking van de persoonsgerichte aanpak en de inzet op de aanpak van recidive (Ministerie van Justitie & Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2007).

In de tweede voortgangsrapportage van het project (Tweede Kamer, 2010b) kondigt het kabinet maatregelen aan om het alcoholgebruik (voornamelijk onder jongeren) terug te dringen en verstoringen van de openbare orde als gevolg van alcoholgebruik zo veel mogelijk te voorkomen. Deze maatregelen hebben hun beslag gekregen in een voorstel van wet tot wijziging van de Drank- en Horecawet (DHW)¹⁹. Het voorstel werd controversieel verklaard en zal dus door een

¹⁹ In het wijzigingsvoorstel van de Drank- en Horecawet (Ministerie van VWS, 2009), is een aantal voornemens uit de Hoofdlijnenbrief Alcoholbeleid (Ministerie van VWS, 2007) verder uitgewerkt. Het merendeel van de voorgestelde maatregelen is gericht op het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren, maar een aantal wijzigingen heeft invloed op de totale drinkende populatie. Hieronder vallen de voorstellen om het toezicht op naleving van de DHW over te dragen naar gemeenten, gemeenten toe te staan om happy hours en prijsacties te beperken, de verordenende bevoegdheid voor gemeenten om de alcoholverstrekking in sportkantines te reguleren, en der vereenvoudiging van het vergunningstelsel rondom alcoholverkoop. Het doel van het wetsvoorstel is om met de voorgestelde maatregelen het alcoholgebruik van jongeren terug te dringen,

volgens kabinet worden behandeld. Tevens pleit het kabinet Balkenende IV voor gerichte registratie van alcoholgebruik bij geweldsdelicten. Naast rekening houden met de straftoemeting, tracht zij gerichte interventies in te zetten om alcoholgebruik bij geweldplegers te minimaliseren.

Alcohol en jeugd

De overheid heeft twee belangrijke motieven voor overheidsingrijpen: wat betreft jongeren geldt het paternalistische motief (de gezondheid en het welzijn van jongeren is in het geding). Wat betreft openbare orde problemen, agressie, geweld en ongevallen geldt het motief van het bestrijden van overlast en schade.

Het huidige alcoholbeleid kent een sterke nadruk op zowel het terugdringen van het alcoholgebruik onder jongeren als het aanpakken van alcoholgerelateerde overlast.

Hiervoor wordt een samenhangend pakket aan beleidsmaatregelen ingezet.

De beleidsmaatregelen gericht op jongeren richten zich op (school)voorlichting, beperken van de beschikbaarheid, ge- en verboden en reclamebeperking. Maatregelen worden ingevuld op het niveau waar dat het beste kan. Vaak is dat op het lokale niveau. Het alcoholbeleid is daarmee voor een deel maatwerk dat past bij de lokale wensen en plaatselijke gewoonten. Gemeenten hebben daarom bijvoorbeeld de regie bij de aanpak van hokken en keten, aangezien zij het beste zicht hebben op de lokale problematiek hieromtrent. De ministeries van BZK, VWS en het ministerie voor Jeugd en Gezin ontwikkelden ter ondersteuning een handleiding ketenbeleid (Ministerie van BZK, 2010). De handleiding helpt gemeenten bij het formuleren, implementeren en handhaven van hun beleid.

Het kabinet Balkenende IV legt de nadruk op het versterken van de handhaving om te voorkomen dat jongeren (onder de 16) alcohol in bezit krijgen. Daarnaast is het voornemen dat jongeren die in de openbare ruimte alcohol in bezit hebben, in de toekomst strafbaar worden gesteld. Deze landelijke strafbepaling heeft een tweeledig doel. Enerzijds is dit een ordemaatregel, waarmee overlastgevende jongeren op straat kunnen worden aangepakt. Anderzijds is het een beschermingsmaatregel, waarmee het alcoholmisbruik onder jongeren wordt tegengegaan.

Alcohol en verkeer

Maatregelen die worden genomen om rijden onder invloed van alcohol tegen te gaan, zijn onder andere het innen van een geldboete, inleveren van het rijbewijs, gedwongen een cursus volgen (EMA, zie bijlage 1) of een gevangenisstraf. Andere maatregelen zijn nog in ontwikkeling, zoals invoering van het alcoholslot (zie paragraaf 3.3.4). Er wordt naar gestreefd om deze maatregel in 2011 in te voeren (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2010).

alcoholgerelateerde verstoring van openbare orde te voorkomen, gezondheidsschade te voorkomen en administratieve lasten te verlichten. (Ministerie van VWS, 2009).

3.2 Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik?

Verschillende partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren, zowel op landelijk niveau als op lokaal niveau, zowel onafhankelijke organisaties als de alcoholbranche zelf. Onderstaand overzicht geeft een overzicht van betrokken partijen bij preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren.

Wetgeving en handhaving op landelijk niveau²⁰

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Verantwoordelijk voor het alcohol(matigings)beleid via wet- en regelgeving, voornamelijk beschreven in de Drank- en Horecawet (DHW). Het gaat hierbij vooral om verantwoorde distributie van alcohol. VWS stelt onderzoeksgelden beschikbaar voor onafhankelijk onderzoek via ZonMw en via Resultaten Scoren en heeft via het Centrum Gezond Leven (RIVM) een erkenningscommissie voor preventieve interventies ingesteld. Onderdeel van deze erkenningscommissie is het beoordelen van interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik.
Ministerie van Justitie	Draagt zorg voor de rechtstaat in Nederland. Mede verantwoordelijk voor het alcohol(matigings)beleid via wet- en regelgeving, voornamelijk beschreven in de Drank- en Horecawet. Het gaat hierbij vooral om verantwoorde distributie van alcohol. Ook dit ministerie heeft een erkenningcommissie van interventies ingesteld. Deze beoordeelt gedragsinterventies gericht op de vermindering of preventie van recidive op effectiviteit.
Ministerie van Binnenlandse zaken en koninkrijksrelaties (BZK)	Verantwoordelijk voor aangelegenheden op het gebied van lokaal bestuur en politie. Een van de hoofddoelstellingen van dit ministerie is het bevorderen van de openbare orde en de veiligheid. Mede verantwoordelijk voor het alcohol(matigings)beleid via wet- en regelgeving, voornamelijk beschreven in de Drank- en Horecawet.
Ministerie van Verkeer en Waterstaat	Verantwoordelijk voor beleid en wet- en regelgeving op het gebied van alcohol en verkeer. Het wettelijk kader daarvoor is de Wegenverkeerswet. Het ministerie beoogt in 2020 het aantal verkeersdoden hebben teruggebracht tot maximaal 500. Het ministerie wordt in het kabinet Rutten-verhagen onderdeel van het nieuwe ministerie van Infrastructuur en Milieu.
Ministerie van Financiën	Verantwoordelijk voor de accijnsheffing op alcoholhoudende dranken.

²⁰ Beschreven wordt de situatie onder het kabinet Balkenende IV. Ten tijde van het ter perse gaan van deze uitgave is duidelijk dat gedeeltes van BZK en Justitie onder het kabinet Rutten-Verhagen worden omgevormd tot het ministerie van Veiligheid en Justitie. Er komt geen nieuwe programmaminister voor Jeugd en Gezin. Het Ministerie van Verkeer en Waterstaat wordt omgevormd tot het ministerie van Infrastructuur en Milieu.

Voedsel en Warenautoriteit (VWA)	De VWA is belast met de toezichthouding op en handhaving van de Drank- en Horecawet. Zij kan bij overtreding door ondernemingen bestuurlijke boetes uitdelen. Begin 2010 zijn de resultaten beschikbaar gekomen van een proef waarbij de toezichthoudende en handhavende functie van de VWA is overgedragen aan gemeenten (Ministerie van VWS, 2010). Hieruit blijkt dat deelnemende gemeenten enthousiast zijn over de decentrale uitvoering van het toezicht op de Drank- en Horecawet. Deze gemeenten nemen in 2010 deel aan het vervolg van de pilot, waarbij het accent zal liggen op regionale samenwerking (Ministerie van VWS, 2010).
----------------------------------	---

Landelijke organisaties die zich bezig houden met preventie en kennisinstellingen

Trimbos-instituut	Wetenschappelijk kennisinstituut op het gebied van geestelijke gezondheid en verslaving. Ontwikkelt en implementeert kennis gericht op (preventie van) alcoholgebruik/verslaving. Onder meer verantwoordelijk voor de landelijke alcoholmatigingscampagnes (voor ouders en jongeren) en diverse andere preventieprojecten (zie bijlage 1). Werkt op lokaal niveau samen met diverse partijen voor de lokale implementatie van landelijke programma's en campagnes. Biedt ondersteuning aan lokale overheden bij het opstellen en implementeren van lokaal alcoholmatigingsbeleid en uitgaansbeleid. Dat laatste gebeurt in samenwerking met het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) via het Centrum Veilig en Gezond Uitgaan (CVGU).
Nederlands Jeugd Instituut (NJI)	Expertisecentrum over jeugd en opvoeding voor professionals in de jeugdsector. Heeft in samenwerking met het Centrum Gezond Leven (RIVM) een erkenningcommissie voor preventieve jeugdinterventies (waaronder preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik), die interventies op effectiviteit beoordeelt.
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	Landelijk kennisinstituut voor professionals in de JGZ. Beoogt kwaliteit van de inhoud en uitvoering van het Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar te verbeteren. Het Centrum Jeugdgezondheid is in 2006 gestart en is een onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
Nationaal instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) - programma jeugd	Het gezondheidsinstituut NIGZ ondersteunt professionals en organisaties bij de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering. Het programma jeugd richt zich op de jeugd en intermediairs, zoals GGD-medewerkers, docenten en jeugdzorgverleners. Het programma bereikt de jeugd via de settings school en wijk, via justitiële jeugdinrichtingen, jeugdzorg en virtuele ontmoetingsplekken.

Partnership Vroegsignalering Alcohol	Samenwerkingsverband tussen organisaties en beroepsverenigingen uit de preventie- en zorgsector. Het is gericht op het geven van hulp aan mensen met beginnende alcoholproblematiek. Het Ministerie van VWS is financier.
STAP, Nederlands instituut voor alcoholbeleid	STAP promoot effectief alcoholbeleid van de lokale en landelijke overheid en draagt bij aan maatschappelijke bewustwording van de risico's van het gebruik van alcohol, zeker voor jongeren. Zij doet dit door middel van het geven van informatie aan het algemene publiek, beleidsmakers en professionals via internet en projecten. Ook biedt STAP advisering, signalering en onderzoek.
Resultaten Scoren	Het nationale project Resultaten Scoren coördineert en ondersteunt activiteiten en deelprojecten op het gebied van verslavingszorg, zorgt dat de publicaties met nieuwe inzichten worden verspreid onder professionals in de zorg en organiseert periodiek cholingsbijeenkomsten als er nieuwe richtlijnen zijn. Resultaten scoren was ondergebracht bij GGZ Nederland en wordt per 1 januari een zelfstandige stichting, waarin instellingen voor verslavingszorg participeren.
Veilig Verkeer Nederland	VVN zet zich in voor de verkeersveiligheid. Daartoe ontwikkelt ze onder meer voorlichtingsmateriaal over alcohol en verkeer. Er wordt samengewerkt met politie, Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, ministeries en brancheorganisaties.
Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)	SWOV stelt zich ten doen om met kennis uit wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan de verbetering van de verkeersveiligheid. De SWOV houdt zich onder andere bezig met onderzoek naar rijden onder invloed van alcohol of drugs. Focus ligt op onderzoek dat oplossingen voor verkeersvraagstukken kan bieden op de lange of middellange termijn.
IVO	Het IVO is een landelijk opererend bureau met de hoofdvesting in Rotterdam. Het doel van het IVO is de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen.
Hogescholen	Relevante lectoraten m.b.t. middelengebruik onder jongeren: <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Rob Bovens, lector verslavingskunde, Windesheim. • Dr. Anne Goossensen; lector verslavingszorg, InHolland. • Dr. Anneke Menger; lector werken in het Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht.
Universiteiten	Relevante leerstoelen m.b.t. middelengebruik onder jongeren: <ul style="list-style-type: none"> • Prof. dr. Wim van den Brink: Hoogleraar Verslavingszorg bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam • Prof. dr. Pim Cuijpers: Hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. dr. Rutger Engels: Hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. • Prof. dr. Ingmar Franken: Hoogleraar klinische psychologie aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. • Prof. dr. Henk Garretsen: Hoogleraar gezondheidszorgbeleid aan de Universiteit van Tilburg • Prof. dr. Anja Huizink : Bijzonder hoogleraar biologisch-psychologisch onderzoek naar verslaving bij jeugdigen aan de Radboud Universiteit Nijmegen. • Prof. dr. Cor de Jong: Hoogleraar Verslavingszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen • Prof. dr. Dike van de Mheen: Bijzonder hoogleraar Verslavingsonderzoek bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg aan het Erasmus MC in Rotterdam. • Prof. dr. Ronald Knibbe : Hoogleraar sociale epidemiologie van alcohol- en drugsgebruik aan Universiteit Maastricht • Prof. dr. Gerard Schippers: Hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie aan de Universiteit van Amsterdam. • Prof. dr. Wilma Vollenbergh: Hoogleraar Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht.
--	---

Partijen die een rol hebben binnen het lokale alcoholbeleid

Gemeenten	Het alcoholbeleid wordt in de praktijk vormgegeven door gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor de verlening van vergunningen aan horecagelegenheden en slijterijen. Ook kunnen zij door middel van de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) lokaal extra regels opstellen. Gemeenten hebben de lokale regie bij de aanpak van hokken en keten en bij het lokale jeugdbeleid. De handleiding gezonde gemeenten faciliteert hen bij lokaal alcoholbeleid.
Zorgaanbieders in de eerste lijn	Bijvoorbeeld huisartsen, praktijkassistenten en verloskundigen. Zij zijn verantwoordelijk voor vroegsignalering en het geven van voorlichting over het gebruik van alcohol en schadelijke gevolgen hiervan. Door verloskundigen wordt standaard voorlichting over alcoholgebruik gegeven aan zwangere vrouwen.
Alcoholpoli's	Een aantal ziekenhuizen in Nederland heeft een polikliniek ingericht die zich volledig richt op jongeren die door overmatig alcoholgebruik in het ziekenhuis zijn beland.
Gemeentelijke/ Gewestelijke Gezondheids Dienst (GGD)	Uitvoerders van de gemeentelijke taak om de gezondheid van hun bewoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De Jeugdgezondheidszorg (0 tot 19 jaar) is een belangrijke taak van de GGD. Meestal werkt de GGD in opdracht van de gemeente, in

	samenwerking met lokale partners zoals jongerencentra, scholen en politie.
Consultatiebureaus	Het consultatiebureau is een instituut binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) dat medische basiszorg voor alle kinderen van 0 - 4 jaar verzorgt.
Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)	Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is een inlooppunt voor gezinnen. Ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals kunnen hier terecht met alle vragen over opvoeden en opgroeien. In 2011 is in iedere gemeenten minimaal één inlooppunt aanwezig. In de CJG's werken o.a. (verschillend per gemeente) jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. CJG's zijn sinds kort ook digitaal te bereiken voor vragen van ouders en kinderen. Bij zware problemen kan het CJG doorverwijzen naar het Bureau Jeugdzorg.
Bureaus Jeugdzorg	Vormen de toegangspoort voor de gehele jeugdzorg. Ze begeleiden kinderen, jongeren en ouders en verwijzen hen door naar andere hulpverleners. De wettelijke taken van bureau jeugdzorg zijn: indicatiestelling; uitvoering van de taken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling; uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen (voogdij, gezinsvoogdij) en jeugdreclassering.
Preventieafdelingen van regionale instellingen voor verslavingszorg (IVZ)	Regionale instellingen voor verslavingszorg zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van preventieve activiteiten om schadelijk alcoholgebruik (onder jongeren) tegen te gaan. Om risicojongeren te bereiken worden straathoekwerkers ingezet, daarnaast zijn er hulpverleners gericht op jongeren en wordt er voorlichting gegeven op school en in de buurt. Per regio verschilt de taakverdeling tussen GGD en IVZ wat betreft alcoholpreventie.
Zorg Advies Teams (ZAT)	Het Zorg Advies Team (ZAT) is een team op een basisschool of een school voor voortgezet onderwijs waar vertegenwoordigers van de school en vertegenwoordigers van externe instanties gezamenlijk zorgleerlingen bespreken. Deelnemers zijn over het algemeen: de zorgcoördinator, een leerplichtambtenaar, een jeugdarts vanuit de GGD, een contactpersoon van het bureau jeugdzorg en de politie.

Kwaliteitsverbetering en bewaking

RIVM Centrum Gezond Leven (CGL)	RIVM Centrum Gezond Leven is door het ministerie van VWS ingesteld om te werken aan meer samenhang in lokale gezondheidsbevordering. Dit gebeurt door het bevorderen van het gebruik van de best passende leefstijlinterventies, bijvoorbeeld door bestaande interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang. Deze worden aangeboden via www.loketgezondleven.nl . CGL werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.
---------------------------------	--

GGZ Nederland	GGZ Nederland is de vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Bevordert goede geestelijke gezondheid(szorg) en komt op voor alle randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om dit te bereiken. Beoogt met haar leden in de ggz-sector bewerkstelligen dat verandering en innovatie leiden tot het leveren van steeds betere zorg.
GGD Nederland	GGD Nederland is de koepelorganisatie van de GGD'en, waar kennis en informatie actief worden verzameld en uitgewisseld. Dat gebeurt ondermeer via GGDkennisnet.nl. Daarnaast zorgt GGD Nederland voor belangenbehartiging en draagt bij aan de kwaliteit van professionals binnen de GGD.
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Bewaakt de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Partijen vanuit de alcoholbranche

Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA)	Opggericht door de alcoholbranche om verantwoord gebruik van alcohol te bevorderen en schadelijk alcoholgebruik te reduceren. Zo ondersteunen zij wetenschappelijk onderzoek en bieden informatie over verantwoord gebruik van alcohol.
Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL)	Vereniging van supermarkten die actief betrokken is bij het informeren en instrueren van supermarktpersoneel om geen alcohol te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar.

3.3 Welke beleidsmaatregelen zijn effectief ter preventie van schadelijk alcoholgebruik?

Deze paragraaf beschrijft beleidsmaatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren. Dit betreft over het algemeen wetgeving vanuit de landelijke overheid, maar het kan ook gaan over lokale maatregelen die bijvoorbeeld in de APV (Algemene Plaatselijke Verordening) worden vastgelegd.

Achtereenvolgens worden maatregelen beschreven gericht op: aanbod en beschikbaarheid van alcohol (3.3.1), de prijs van alcohol (3.3.2), leeftijdsgrenzen (3.3.3), rijden onder invloed (3.3.4), de marketing van alcohol (3.3.5) en maatregelen gericht op handhaving (3.3.6).

3.3.1 Maatregelen rondom aanbod en beschikbaarheid alcohol

Positief effect beperken van verkooptijden en verkooppunten

Het inkorten van verkooptijden en -dagen leidt tot vermindering van alcoholconsumptie, evenals beperking van het aantal verkooppunten. De verschillende studies die naar deze maatregelen zijn uitgevoerd, vinden een gemiddeld tot consistent bewijs voor effect op consumptie van alcohol. Hoe beperkter het aanbod, hoe minder de consumptie (Garretsen & Rigter, 2008; Brand et al., 2007; Anderson et al., 2009a; Babor et al., 2003; WHO, 2009).

Bijkomende effecten van beperking verkooptijden en verkooppunten

Beperking van de verkooptijden, verkoopdagen en verkooppunten leidt tot vermindering van alcoholgerelateerde problemen en schade (Babor et al., 2003; WHO, 2009). Anderson et al. (2009a) lieten een sterk verband zien tussen het aantal verkooppunten en overmatig drinken (waaronder binge drinken) en drankproblemen onder studenten. Ook Garretsen & Rigter (2008) vonden dat een drastische vermindering van aantal openingsuren of verkooppunten alcoholgebruik en problematiek onder jongeren af doet nemen. Een hoge dichtheid van verkooppunten hangt samen met meer verkoop, dronkenschap, geweld en andere alcoholgerelateerde problemen (BMA, 2008; Anderson, 2008; Newton & Hirschfield, 2008).

Anderson et al., 2009a; Babor et al., 2003; WHO, 2009 suggereren dat een overheidsmonopoly op drankverkoop, waarbij de verkooptijden, verkooppunten en de prijzen van alcohol in handen van de overheid komen, een effectieve maatregel kan zijn bij preventie van overmatige alcoholconsumptiegebruik en daarmee samenhangende problemen.

Grenzen aan verkoop van alcohol in keten

Een bijzondere vorm van alcoholverkoop vindt plaats in semi-particuliere settings zoals commerciële keten en schuren, zoals beschreven in paragraaf 2.1.2. Het is de taak van het ministerie van VWS en de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) om richting gemeenten te communiceren dat het schenken van alcohol in commerciële keten onwettig is. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de handhaving van deze wetten (Van Dalen et al., 2009). Verkoop van alcohol in niet-commerciële keten (huiskamerketen of buurtketen) kan door gemeenten aan

banden worden gelegd door grenzen te stellen aan de verkoop, toezicht op de verkoop te houden en duidelijke consequenties te verbinden aan de overtreding van deze grenzen (Kuunders, 2006). De kern van een integraal ketenbeleid kan volgens de 'handleiding ketenbeleid' (Ministerie van VWS, 2010) worden samengevat in vier pijlers: creëren van draagvlak, toepassen van (bestaande) regelgeving, handhaven van (bestaande) regelgeving en actief signaleren van nieuwe problemen. Het effect van begrenzing van verkoop via keten is niet onderzocht. Echter, hokken en keten worden vooral bezocht door jongere jongeren van 12 tot 16 jaar (Monshouwer et al., 2008). Aangezien de beschikbaarheid van alcohol grote invloed heeft op de alcoholconsumptie van jongeren en deze voor een groot deel wordt bepaald door de naleving van de wettelijke leeftijdsgrens (Wagenaar & Toomey, 2002) wordt verwacht dat met deze maatregel de alcoholconsumptie van jongeren onder de 16 jaar kan worden teruggedrongen.

Enig bewijs voor effecten aanbod dranken met lager alcoholpercentage

Een andere mogelijkheid om het aanbod van alcohol te beperken, is het schenken van dranken met een lager alcoholpercentage. Er is bewijs dat het schenken van drank met een lager alcoholpercentage leidt tot minder absolute consumptie van alcohol en minder intoxicaties (Babor et al., 2003). Tijdens de Euro2000 in Eindhoven werd in de hele stad bier met minder alcohol geschonken. Pacula (2008) vermoedt dat er hierdoor veel minder alcoholgerelateerde incidenten waren dan verwacht.

3.3.2 Maatregelen gericht op alcoholprijs²¹

Prijsverhoging effectief in vermindering alcoholconsumptie

Naar het effect van het verhogen van alcoholprijzen en belastingen op alcoholgebruik zijn zeer veel studies uitgevoerd. Alle studies vonden dat verhoging van alcoholprijzen en belastingen significante en consistente effecten hadden op vermindering van consumptie en verkoop van alcohol (Purshouse et al., 2010; Wagenaar et al., 2009; Brand et al., 2007; Booth et al., 2008; RAND, 2008; BMA, 2008; BMA, 2009; Cnossen, 2007; Komro & Toomey, 2002). Dit effect is zichtbaar voor alle soorten alcohol (Brand et al., 2007; Wagenaar et al., 2009) en zowel voor normale als zware gebruikers van alcohol (Purshouse et al., 2010, Babor et al., 2003; Wagenaar et al., 2009). Vooral onder zware drinkers en onder jongeren zijn deze effecten gevonden, mogelijk omdat deze groepen een voorkeur hebben voor goedkopere dranken (Booth et al., 2008; WHO, 2009; Anderson, 2008; BMA, 2009; Cnossen, 2007; Komro & Toomey, 2002). Komro & Toomey (2002) vonden dat hogere belasting op drank verband houdt met vermindering van alcoholconsumptie onder jongeren van 16 tot 21 jaar en highschool studenten. De alcoholconsumptie onder jongeren in de leeftijd van 18 tot 24 jaar wordt met name beïnvloed door prijsverhogingen in café's (Purshouse et al., 2010).

²¹ Nederlandse situatie: De tarieven voor bier zijn in januari 2009 verhoogd en liggen tussen de 5 en 40 euro per hectoliter. De tarieven van wijn zijn in februari 2010 ook verhoogd en variëren van 35 tot 240 euro per hectoliter. De tarieven op sterke drank ($\geq 15\%$ alcohol) worden niet per hectoliter maar per procent alcohol berekend. Hoe sterker de drank, hoe hoger het accijnstarief. De tarieven op sterke drank zijn in maart 2006 verlaagd naar 15 euro per procent alcohol (Belastingdienst/Douane, 2010).

Prijsverhoging vermindert alcoholgerelateerde problemen

Het verhogen van de prijs van alcohol heeft significante effecten op het verminderen van alcoholgerelateerde problemen en schade, zoals auto-ongelukken, verwondingen, agressie en sterfgevallen (BMA, 2009; Babor et al., 2003; Anderson et al., 2009a; RAND, 2008; Booth et al., 2008; Anderson, 2008). Twee studies vonden een sterk verband tussen verhogen van de alcoholprijs en vermindering van het aantal (fatale) auto-ongelukken onder jonge bestuurders (Komro & Toomey, 2002; Anderson, 2008).

3.3.3 Leeftijdsgrenzen

Minder alcoholconsumptie en gerelateerde problemen door verhogen minimum leeftijd

Het instellen van een minimumleeftijd en het verhogen van de minimumleeftijd waarop jongeren alcohol kunnen kopen, is volgens meerdere studies een zeer effectieve methode om alcoholgebruik onder jongeren uit te stellen, de consumptie van alcohol onder jongeren omlaag te brengen en het aantal alcoholgerelateerde problemen onder jongeren te verminderen. Wanneer de leeftijdsgrenzen worden nageleefd, leidt dit tot minder consumptie van alcohol onder jongeren. (Brand et al., 2007; Anderson et al., 2009a; Babor et al., 2003; Anderson, 2008; BMA, 2008; Komro & Toomey, 2002; WHO, 2009). Het betreft veelal studies in de Verenigde Staten, waarbij de leeftijdsgrens werd verhoogd van 18 naar 21 jaar.

Het verhogen van de minimumleeftijd leidt niet alleen tot een lagere alcoholconsumptie. Er zijn ook effecten te zien zoals vermindering van (fatale) auto-ongelukken bij jongeren onder de 21 en afname van verwondingen en sterfgevallen onder jongeren die alcohol drinken (Garretsen & Rigter, 2008; Anderson, 2008; Komro & Toomey, 2002). Ook zijn er redenen om aan te nemen dat er op latere leeftijd nog positieve gevolgen te zien zijn, omdat er een verband lijkt te zijn tussen de leeftijd waarop het eerste drankje wordt gedronken en alcoholproblematiek op latere leeftijd (Pacula, 2008).

Strengere handhaving voorwaarde voor effectiviteit

Voorwaarde voor de effectiviteit van wetgeving met betrekking tot leeftijdsgrenzen, is strenge handhaving van de regels en een goede samenwerking met inspecteurs of politie (Pacula, 2008; Babor et al., 2003; WHO, 2009). Uit verschillende studies blijkt dat jongeren onder de minimumleeftijd in veel gevallen aan alcohol kunnen komen, zowel door het zelf te kopen als via ouders, vriendjes en via onbekenden (Anderson, 2008). Meijer et al. (2006) beschrijven een studie waaruit blijkt dat van de minderjarige jongeren die proberen alcohol te kopen, 94% slaagt. Hier lijkt anno 2010 nog weinig verandering in gekomen, vooral in het uitgaanscircuit wordt nog steeds veelvuldig alcohol verkocht aan minderjarigen. Wel lijkt inspectie van VWA een effect te hebben op verkoop aan minderjarigen (Van Hoof et al., 2010).

Spoth et al. (2008, 2009) wijzen op drie beperkingen van de bestaande studies naar het effect van verhoging van minimumleeftijden: 1) mogelijk verkrijgen jongeren op andere plaatsen alcohol; 2) het gaat om kleine cohorten; 3) het gaat vaak om hoger opgeleide jongeren die in de studie zijn opgenomen.

3.3.4 Maatregelen rondom rijden onder invloed

Jonge bestuurders verhoogd risico alcoholgerelateerde verkeersongelukken

Maatregelen rondom deelname aan het verkeer onder invloed van alcohol zijn over het algemeen effectief in het verminderen van het aantal alcoholgerelateerde auto-ongelukken (Babor et al., 2003; Garretsen & Rigter, 2008; Meijer et al., 2006). Hoewel Nederlandse jongeren vanaf 18 jaar mogen autorijden, blijft de groep jonge bestuurders (18-24 jaar) een risicogroep.

Naleving maximaal toegestaan alcoholpromillage blijkt effectief

Eén van de meest effectieve maatregelen gericht op het verminderen van rijden onder invloed is het vaststellen van een maximaal legaal toegestaan alcoholpromillage in het bloed, of het verlagen van het maximaal toegestane alcoholpromillage (BAC). Deze maatregel is effectief voor zowel jongeren als volwassenen (Brand et al., 2007; Anderson, 2008; Pacula, 2008; Babor et al., 2003; WHO, 2009). Omdat jongeren een risicogroep vormen is de wettelijk toegestane BAC voor beginnende bestuurders in 2006 verlaagd van 0,5 naar 0,2 promille (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2008).

Om ervoor te zorgen dat dergelijke maatregelen worden nageleefd, kan men gebruik maken van steekproefsgewijze blaastesten. Inzet van controlepunten waarbij bestuurders kunnen worden gecontroleerd op alcohol - ongeacht hun rijgedrag - is een zeer effectieve manier om zowel het aantal alcoholgerelateerde verkeersongelukken te verminderen, als het aantal gewonden en doden als gevolg van alcoholgerelateerde verkeersongevallen (Brand et al., 2007; Anderson et al., 2009a; Pacula, 2008; Babor et al., 2003; WHO, 2009; Meijer et al., 2006; BMA, 2008).

Puntenrijbewijs voor jonge bestuurders blijkt effectief

Voor jonge bestuurders is de invoering van een puntenrijbewijs effectief gebleken (Brand et al., 2007). Anderson et al. (2009a) vonden bewijs dat strenge maatregelen voor onervaren bestuurders in het algemeen effectief zijn bij het verminderen van het aantal fatale verkeersongelukken.

Verplichte behandeling en afnemen van rijbewijs effectief

Andere maatregelen die men kan aanwenden om het aantal alcoholgerelateerde verkeersongelukken en overtredingen effectief te verminderen zijn het aanbieden van een verplichte behandeling bij rijden onder invloed (Anderson et al., 2009a; Babor et al., 2003) of afnemen van het rijbewijs (Babor et al., 2003; WHO, 2009).

Nog geen bewijs voor BOB programma

Voor programma's die nadruk leggen op het meerijden met een bestuurder die geen alcohol drinkt, zoals het Nederlandse BOB programma, zijn nog geen effecten gevonden (Anderson et al., 2009a; WHO, 2009; Calafat et al., 2009). Wel is duidelijk dat de kans op verkeersincidenten toeneemt als jonge bestuurders veel passagiers in de auto hebben. Dit geldt alleen als de passagiers leeftijdgenoten zijn en in het bijzonder wanneer het mannelijke tieners zijn (SWOV, 2006).

Enig bewijs voor alcoholsloten

In de VS en Canada wordt gebruik gemaakt van alcoholsloten. Een alcoholslot blokkeert het startcircuit van de auto, totdat de bestuurder een geldige blaastest heeft afgegeven in een daarvoor bestemd apparaat. Voor de effectiviteit van alcoholsloten zoals deze in Canada en de VS worden gebruikt, lijkt enig bewijs te zijn (Anderson et al., 2009a; WHO, 2009; Babor et al., 2003). Buiten Canada en de VS zijn echter nog geen studies geweest die de effectiviteit konden aantonen (Babor et al., 2003). Wel zijn meerdere Europese landen aan het experimenteren met alcoholsloten en in maart 2009 heeft het kabinet besloten dat ook in Nederland een alcoholslotprogramma (ASP) wordt ingevoerd. Verwachting is dat dit medio 2011 van start gaat. Zware overtreders kunnen dan via de rechter verplicht worden een alcoholslot in hun auto te monteren. Het alcoholslotprogramma zal naast alcoholsloten voor overtreders ook zorgen voor controle op uitvoering, begeleiding van deelnemers en evaluatie.

3.3.5 Maatregelen rondom de marketing van alcohol

Alcoholreclames zijn van invloed op alcoholconsumptie

Alcoholreclames hebben een effect op de leeftijd waarop jongeren beginnen met drinken en op de hoeveelheid alcohol die ze drinken. Reclames vergroten de kans op alcoholgebruik en de intentie om binnenkort alcohol te drinken (RAND, 2008; Report Science Group, 2009; Booth et al., 2008; Anderson et al., 2009b; Smith & Foxcroft, 2009; BMA, 2009; WHO, 2009). Deze effecten zijn te zien bij reclame via verschillende media, zoals drukwerk, tv reclames, reclames in films, videoclips en tv programma's (Smith & Foxcroft, 2009; Booth et al., 2008). Er is consistent bewijs dat reclame bij verkooppunten effect heeft op de hoeveelheid geconsumeerde alcohol onder minderjarige drinkers, binge drinkers en regelmatige drinkers (RAND, 2008). Alcoholreclame heeft invloed op de ideeën en attitudes van jongeren t.a.v. alcohol, omdat jongeren hun verwachtingen van alcohol baseren op dergelijke alcoholreclames (Anderson et al., 2009b; BMA, 2008). Bovendien liet recent Nederlands onderzoek zien dat het tonen van alcohol in commercials onmiddellijk effect had op drinkgedrag (Engels et al., 2009).

Zelfregulering alcoholindustrie vermindert alcoholconsumptie niet

Zelfregulering door de alcoholindustrie voorkomt het negatieve effect van reclame op alcoholgebruik van jongeren niet (Anderson et al., 2009b; WHO, 2009; Meijer et al., 2006; BMA, 2008). Wanneer een alcoholfabrikant in zijn reclames een waarschuwing over het gebruik van alcohol geeft, heeft dit voornamelijk tot gevolg dat de houding van jongeren ten opzichte van de fabrikant positiever wordt, terwijl de intentie tot consumptie van alcohol niet verandert. Er zijn zelfs aanwijzingen dat jongeren meer gaan drinken als gevolg van dergelijke reclames (WHO, 2009).

Antireclame en overheidsvoorlichting op zichzelf niet effectief

Antireclame en overheidsvoorlichting is op zichzelf niet effectief bij het verminderen van alcoholconsumptie. Het heeft veel minder effect dan de reclame die de industrie zelf maakt²². Mogelijk hangt dit samen met de kwaliteit en de frequentie waarin de reclames worden getoond: voor alcoholreclames is over het algemeen veel meer geld beschikbaar dan voor antireclame en overheids campagnes tegen schadelijk gebruik (Babor et al., 2003). Ook al zijn dergelijke massamediale interventies op zichzelf niet kosteneffectief (Chisholm et al., 2004), ze kunnen wel bijdragen aan bewustwording en het creëren van draagvlak voor minder populaire maatregelen (Wallack et al., 1993). In paragraaf 3.4.1 gaan we hier uitgebreider op in. Waarschuwingslabels op verpakkingen hebben geen (blijvend) effect op drinkgedrag van jongeren (Babor et al., 2003; WHO, 2009).

Positief effect maatregelen alcoholreclame

Babor et al. (2003) vond dat er minder wordt gedronken in landen waar strenge of meer regels gelden rondom alcoholreclame. Ook waren er in deze landen minder alcoholgerelateerde problemen. Een causaal verband is hier echter niet aan te tonen. Mogelijk hangen alcoholconsumptie en alcoholreclame samen met een derde variabele, zoals de cultuur van een land of wetgeving t.a.v. alcoholverstrekking. Meijer et al. (2006) vond dat een totaal verbod op alcoholreclame effect kan hebben op de alcoholconsumptie in een land. Vermeerderen van het aantal restricties op alcoholreclames en vermindering van het aantal advertenties heeft een gunstig effect op de leeftijd waarop jongeren voor het eerst alcohol gebruiken en op de hoeveelheid alcohol die ze consumeren (Brand et al., 2007; Anderson et al., 2009b).

3.3.6 Maatregelen gericht op handhaving

Effect controle op indrinken middels blaastesten is onvoldoende onderzocht

Scholen en verenigingen hebben vaak huisregels om te voorkomen dat jongeren teveel drinken op hun feesten. Jongeren kunnen deze regels omzeilen door voorafgaand aan het feest alcohol te drinken, het zgn. indrinken. Steeds meer scholen die bezorgd zijn over leerlingen die 'indrinken' voor zij naar een schoolfeest komen, maken gebruik van blaastests (STAP, 2007). Aan de hand van de resultaten kunnen zij dronken leerlingen de toegang tot het feest weigeren en eventueel contact met ouders opnemen. Er is geen literatuur gevonden waaruit blijkt in hoeverre deze maatregel effectief is.

Interventies in de drinkomgeving effectiever door handhavingsmaatregelen

Het aanbieden van cursussen aan barkeepers, waarin zij leren om niet aan dronken klanten of minderjarigen te schenken, wordt nog beschreven in paragraaf 3.4.5. De effectiviteit van dergelijke interventies is groter wanneer men door middel van controles en boetesystemen gestimuleerd wordt zich aan regels te houden (WHO, 2009; Komro & Toomey, 2002).

²² Een belangrijke reden hiervoor is dat er vanuit de alcoholindustrie veel meer geld beschikbaar is dan vanuit de overheid om reclames te maken die jongeren aanspreken.

Samenvatting

Maatregelen rondom beschikbaarheid:

- Het inperken van verkooptijden en -dagen leidt tot vermindering van alcoholconsumptie, evenals beperking van het aantal verkooppunten. Het effect van begrenzing van verkoop van alcohol via hokken en keten is niet onderzocht.
- Het schenken van alcoholconsumpties met een lager alcoholpercentage leidt tot minder absolute consumptie van alcohol en minder alcoholintoxicaties.

Prijismaatregelen:

- Het verhogen van alcoholprijzen en accijnzen op alcohol heeft significante en consistente effecten op de consumptie en verkoop van alcohol. De maatregel leidt bovendien tot vermindering van alcoholgerelateerde problemen.

Leeftijdsgrenzen:

- Instellen of verhogen van een minimumleeftijd voor het kopen van alcohol is een effectieve maatregel om alcoholgebruik uit te stellen en alcoholgerelateerde problemen te verminderen. Randvoorwaarde is strenge wetgeving rondom verkoop van alcohol aan minderjarigen en handhaving van deze wetgeving.

Verkeersmaatregelen:

- Het vaststellen of verlagen van het legaal toegestane alcoholpromillage in het bloed van autobestuurders en het uitvoeren van steekproefsgewijze blaastests is een effectieve manier om zowel het aantal alcoholgerelateerde verkeersongelukken te verminderen, als het aantal gewonden en doden als gevolg daarvan.
- Voor jongeren en onervaren bestuurders zijn strenge maatregelen zoals het puntenrijbewijs effectief bij het verminderen van het aantal alcoholgerelateerde verkeersongevallen.
- Voor programma's gericht op het meerijden met beschonken bestuurder zijn nog geen effecten gevonden. Wel is er enig bewijs voor de effecten van alcoholsloten.

Maatregelen gericht op de marketing door de alcoholindustrie:

- Vermeerdering van het aantal restricties op alcoholreclames en vermindering van het aantal advertenties heeft een gunstig effect op het moment waarop jongeren voor het eerst alcohol gebruiken en op de hoeveelheid alcohol die ze gebruiken.
- Zelfregulatie van alcoholreclame door de industrie is niet effectief bij het verminderen van alcoholconsumptie en kan zelfs contraproductieve effecten hebben.

Maatregelen gericht op handhaving

- Effect van controle op indrinken (bijvoorbeeld bij schoolfeesten) middels blaastesten is onvoldoende onderzocht.
- Interventies in de drinkomgeving worden effectiever door handhavingsmaatregelen.

3.4 Wat is er bekend over preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren?

In deze paragraaf worden verschillende interventies beschreven gericht op preventie van (schadelijk) alcoholgebruik. Deze interventies zijn ingedeeld naar de setting of context waarbinnen de interventie wordt aangeboden. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan: massamediale interventies, schoolinterventies, ouder- en gezinsinterventies, multi-componenten en community interventies, interventies in de drinkomgeving, interventies via gezondheidszorg of welzijnswerk en online zelfhulp.

3.4.1 Massamediale interventies

Massamediale campagnes mogelijk klein tot redelijk effect

De effecten van massamediale campagnes op kennis, houding en gedrag ten aanzien van genotmiddelen zijn in diverse studies onderzocht. Hoewel campagne-effecten moeilijk vast te stellen zijn, aangezien er geen controlegroep kan worden gebruikt, stellen Cuijpers en collega's (2006) dat massamediale campagnes voornamelijk een effect hebben op de kennis en houding ten aanzien van alcoholgebruik (Cuijpers et al., 2006).

Elder et al. (2004) vonden bewijs dat massamediale campagnes, wanneer zij gecombineerd worden met andere preventieve interventies, zoals meer zichtbare handhaving, een afname van alcohol-gerelateerde auto ongelukken tot gevolg hebben. Noar (2006) komt in een studie over effecten van massamediale gezondheidscampagnes tot de conclusie dat die een beperkt tot redelijk effect kunnen hebben op kennis, houding en gedrag. Voorwaarde is wel dat een bewezen effectieve werkwijze wordt gehanteerd²³.

Massamediale campagnes mogelijk effectief in versterken schoolinterventies

Er zijn indicaties dat massamediale campagnes effectief zijn in het versterken van de effecten van projecten binnen andere settings (schoolprogramma in combinatie met massamediale campagne is effectiever dan schoolprogramma alleen) (Cuijpers, 2003).

Massamediale campagnes van belang voor bewustwording en draagvlak

Ondanks het feit dat effecten van massamediale campagnes op zichzelf staand in de meeste studies klein zijn, zijn massamediale campagnes van wezenlijk belang om bewustwording te creëren en om draagvlak te creëren voor invoering van (minder populaire) beleidsmaatregelen (Schrijvers & Schoenmaker, 2008); Gezondheidsraad, 2006; Anderson & Baumberg, 2006; Holder & Treno, 1997). Daarnaast kunnen massamediale activiteiten ook gebruikt worden om mensen te

²³ Noar wijst op het belang van: formatief onderzoek ter voorbereiding van de campagne; pretesten van campagneboodschappen; een goede theoretische onderbouwing; segmentatie van de doelgroep; een aansprekende campagneboodschap, die discussie entameert; aanbod van campagneboodschap via kanalen die veel door de doelgroep worden gebruikt; een proces evaluatie; een effect onderzoek dat duidelijke relatie tussen campagne en gewenste gedrag kan vaststellen (Noar, 2006).

attenderen op bewezen effectieve interventies en het informatie zoekgedrag te bevorderen (Gezondheidsraad, 2006). Ook kunnen campagnes worden ingezet om het publiek te leiden naar effectief gebleken interventies.

Nederlandse situatie

In Nederland worden leefstijlcampagnes ingezet om het publiek te stimuleren om over het eigen gedrag na te denken, alternatieven te overwegen en te zoeken naar informatie en ondersteuning die past bij de eigen situatie. In toenemende mate worden campagnes programmatisch ingezet, in combinatie met acties van overheid en maatschappelijke organisaties, op lokaal, regionaal en landelijk niveau (ZonMw, 2010). Campagnes met betrekking tot alcohol worden vanaf najaar 2010 geïntegreerd met andere leefstijlthema's: roken en drugs. Daarbij gaat het enerzijds om een campagne voor jongeren, gericht op het omgaan met groepsdruk, anderzijds om een campagne gericht op ouders. In bijlage 1 worden de campagne alcohol en jongeren en de oudercampagne beschreven, die in 2009 werden gevoerd.

3.4.2 Schoolinterventies

Relatief lage kosten voor groot bereik, maar (nog) niet kosteneffectief

Het aanbieden van universele interventieprogramma's via scholen maakt het mogelijk om veel jongeren tegelijk te bereiken, tegen relatief lage kosten (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Momenteel is er echter nog geen bewijs dat schoolprogramma's ook kosteneffectief zijn (WHO, 2009). De meeste universele schoolgerichte preventieprogramma's hebben op zichzelf staand geen effect op genotmiddelengebruik (Cuijpers et al., 2006) en zijn derhalve ook niet kosteneffectief. Voor zover bekend zijn programma's die wel effectief zijn in het verminderen van alcoholgebruik nog niet op kosteneffectiviteit onderzocht.

Het sociale invloedmodel lijkt beste basis voor effectieve schoolinterventies

Het sociale invloed model blijkt de beste basis voor effectieve schoolpreventieprogramma's (Monshouwer, 2006; Cuijpers, 2006; Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; Schrijvers & Schoenmaker, 2008; Buehler & Kroger, 2006; Faggiano et al., 2008; Hawks et al., 2002). Een meta-analyse van Tobler et al., (2000) laat zien dat de meeste effectieve interventies gebaseerd zijn op dit model. De effecten van interventies op basis van dit model blijken tevens langdurig te zijn, dat wil zeggen 1 jaar of langer aan te houden (Lemstra et al., 2010).

Een schoolpreventieprogramma gebaseerd op dit model bevat onderdelen om leerlingen te helpen zich op persoonlijk en sociaal gebied te ontwikkelen. Daardoor kunnen zij invloeden die aanzetten tot middelengebruik (zoals reclames en druk door leeftijdsgenoten) herkennen en ermee leren omgaan. In dat kader is de ontwikkeling van vaardigheden, zoals stressmanagement, doelen stellen, communiceren en assertiviteit ook onderdeel van een dergelijk programma (Komro & Toomey, 2002). Daarnaast richt het onderwijs zich op normen en op intenties ten aanzien van

alcohol. Ook leren kinderen een reële inschatting te maken van het middelengebruik van hun leeftijdsgenoten (Komro & Toomey, 2002).

Begeleiding van preventieprogramma is bepalend voor effect

Van Laar & Van Ooyen-Houben (2009) beschrijven dat programma's die in de klas worden begeleid door professionals vanuit de zorg, effectiever zijn dan programma's geleid door leeftijdsgenoten (peers). Deze zijn weer effectiever zijn dan programma's geleid door anderen, zoals de docent²⁴. Daarnaast werken interactieve methodieken (waarbij leerlingen een actieve rol hebben in de voorlichting, zoals rollenspellen en discussies) beter dan alleen voorlichting (Komro & Toomey, 2002; Cuijpers, 2006; Cuijpers, 2003).

Schoolinterventies meestal alleen effect op kennis, bewustwording en attitude

De meeste universele schoolgerichte preventieprogramma's hebben op zichzelf staand geen effect op genotmiddelengebruik (Cuijpers et al., 2006). Wel zijn schoolgerichte interventies effectief in het verhogen van kennis, bewustwording en verandering van attitude. Dit type interventie wordt relevant geacht ter aanvulling van beleidsmaatregelen en interventies om alcoholgebruik te voorkomen (BMA: Tackling the UK epidemic, 2008), en om draagvlak te creëren voor beleidsmaatregelen (Schrijvers & Schoenmaker, 2008).

Interactieve schoolinterventies wel klein effect op alcoholgebruik

Een combinatie van schoolinterventies met daarin een interactieve component heeft wel een (klein) effect op het daadwerkelijke alcoholgebruik. Binnen deze interventies worden, naast kennisoverdracht, ook levensvaardigheden geoefend zoals communicatie en weerbaarheid. Er is enig bewijs voor de effectiviteit van interactieve schoolinterventies in het uitstellen van alcoholgebruik, maar geen overtuigend bewijs voor de effectiviteit in het verminderen van alcoholgebruik (Spath et al., 2008)²⁵. De gevonden effecten van interactieve schoolinterventies zijn klein en met name op de kortere termijn onderzocht. Mogelijk hebben de effecten wel een behoorlijke impact, vanwege het brede bereik van schoolinterventies (Cuijpers et al., 2006, Elliot et al., 2009).

Interventies gericht op hele schoolomgeving effectiever

Interventies die zich richten op de gehele sociale schoolomgeving (bv. Gatehouse project²⁶, waarin men zich onder meer richt op veiligheid, communicatie vaardigheden en emotionele participatie) lijken effectiever dan voorlichtingsprogramma's gericht op alcoholgebruik alleen en dienen nader onderzocht te worden (Lubman et al., 2007).

²⁴ In het programma 'De gezonde school en genotmiddelen' is er voor gekozen de docent te trainen om de cursus aan de leerlingen te geven. De reden hiervoor is het mogelijk maken van signalering en ondersteuning van de leerlingen op een later moment.

²⁵ Life Skills Training (LST) liet bijvoorbeeld een vermindering zien van ooit gebruik van alcohol (en marihuana gebruik), minder dronken worden, maar geen effect op drinkfrequentie en kwantiteit. Zie verder voetnoot 24.

²⁶ **The Gatehouse Project (GHP)** is een Australische schoolinterventie die zich richt op het verbeteren van het emotionele welzijn van leerlingen en het voorkomen van problematiek zoals depressie en middelengebruik. Het project helpt scholen om in de schoolomgeving risicofactoren voor emotionele problemen te verminderen en beschermende factoren te versterken.

Schoolinterventies effectiever door betrekken van ouders

In Amerika wordt een aantal interventies uitgevoerd waarbij zowel de school als de ouders worden betrokken. Een dergelijke multi-componenten benadering is de beste manier om schoolpreventieprogramma's effectiever te maken (Cuijpers, 2006; Tobler et al., 2000), aangezien het belangrijk is dat de boodschap van een interventie ook thuis en in de omgeving wordt ondersteund (Monshouwer, 2006). Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld het gezamenlijk uitvoeren van een schoolprogramma (Life Skills Training, LST²⁷) en een gezinsinterventie (Strengthening Families Program, SFP²⁸). Deze programma's verminderden ieder op zich de initiatie van roken, alcohol en drugsgebruik, maar het effect is het sterkst bij de combinatie van beide programma's (Petrie et al., 2007). Zie ook paragraaf 3.4.5 over multi-componenten interventies.

Enig bewijs voor vaardigheidstraining gericht op kenmerken persoonlijkheid

Er is enig bewijs voor de effectiviteit van schoolgebaseerde vaardigheidstraining gericht op specifieke persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld sensation-seeking) die een risico vormen voor alcoholgebruik. Het gaat hierbij dus om selectieve preventie. Een voorbeeld hiervan is het Britse 'Preventure' programma (Conrod et al., 2006; Conrod et al., 2010). Onderzoek naar deze interventie liet niet alleen sterke effecten zien op uitstel van alcoholgebruik, maar ook op spijbelgedrag en depressieve gevoelens (Velleman, 2009).

Nederlandse situatie

In Nederland wordt het interactieve schoolpreventieprogramma *De gezonde school en genotmiddelen* (DGSG, zie bijlage 1) bij meer dan de helft van de scholen voor voortgezet onderwijs uitgevoerd en bij meer dan een derde van de basisscholen. Er wordt momenteel een DGSG voor het MBO ontwikkeld. DGSG bleek effectief in combinatie met een ouderavond (PAS, zie bijlage 1 en paragraaf 3.4.3) in het terugdringen van alcoholgebruik (Koning et al., 2009). Daarnaast zijn er diverse schoolprogramma's die op beperktere schaal worden ingezet, zoals *Op Tijd Voorbereid* (zie bijlage 1), waarvan de effecten beperkt of (nog) niet zijn vastgesteld. Veel elementen van het sociale invloedmodel (jongeren bewust maken van de invloed van anderen, ontwikkelen van vaardigheden om met deze invloeden om te gaan) worden daarbij ingezet. Tevens worden er op sommige scholen gastlessen gegeven door ervaringsdeskundigen. De effectiviteit hiervan is tot op heden niet aangetoond. Tot slot zijn er schoolprogramma's waarin middelengebruik niet centraal staat, die wel effect hebben op determinanten van middelengebruik, zoals *Leefstijl* en *Levensvaardigheden* (zie bijlage 1).

²⁷ **Life Skills Training (LST)**: training voor kinderen op het basisonderwijs en voortgezet onderwijs met als doel voorkomen van middelengebruik (alcohol, tabak, drugs). Het wordt aangeboden in een school setting, waar kinderen leren weerstand te bieden aan middelen, sociale vaardigheden en zelfmanagement aanleren.

²⁸ **Strengthening Families Program (SFP)**: 7-14 wekelijkse bijeenkomsten voor ouders en kinderen apart en samen om middelengebruik en ander probleemgedrag te verminderen middels verbeteren communicatie van ouders en sociale vaardigheden van het kind. Er zijn verschillende versies beschikbaar voor kinderen in de leeftijd van 3-16 jaar.

Er zijn geen schoolinterventies bekend die zich alleen richten op preventie van drugsgebruik bij kwetsbare jongeren of jongeren die al drugs gebruiken. Wel wordt binnen bestaande universele schoolprogramma's veelal aandacht besteed aan vroegsignalering van middelenproblemen. Tevens wordt momenteel onderzocht of *Preventure* in de Nederlandse setting effect heeft op alcohol, tabak- en drugsgebruik²⁹ (zie bijlage 1).

3.4.3 Ouder- en gezinsinterventies

De kerntaak van ouderinterventies is om opvoedvaardigheden van ouders te verbeteren. Ouders leren vertrouwen opbouwen, ontwikkelen communicatievaardigheden, verbeteren hun opvoedvaardigheden en krijgen algemeen begrip van het gedrag van adolescenten. Daarnaast leren zij veelal middelgerelateerde vaardigheden (zoals het stellen van regels over alcoholgebruik) en leren ze het goede voorbeeld aan hun kind te geven en hierover met hun kind te communiceren (Velleman, 2009).

Gezinsinterventies richten zich naast de ouders ook op de kinderen zelf. In de praktijk spreken we veelal van gezinsinterventies, omdat de kinderen vaak in min of meerdere mate betrokken worden bij de interventie.

Interventies beschikbaar voor verschillende leeftijdsfasen

Bestaande interventies richten zich op drie doelgroepen, namelijk op:

- 1) jonge leeftijd, wanneer ouders en leraren nog veel invloed hebben (bijvoorbeeld *Preparing for the Drug Free Years* (PDFY³⁰));
- 2) overgang naar middelbare school, wanneer de rol van peers toeneemt (bijvoorbeeld *Strengthening Families Program* (SFP³¹), *Preparing for the Drug Free Years* (PDFY), *Start Taking Alcohol Risks Seriously* (STARS for families³²);
- 3) oudere adolescenten, die groeien in onafhankelijkheid en eigen keuzes maken te midden van peer en omgevingsinvloeden (Petrie et al., 2007).

Ouder- en gezinsinterventies voor algemene bevolking blijken effectief

Gezinsgerichte preventie gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik is een jong veld met een beperkte traditie. De laatste jaren is goed opgezet onderzoek verricht naar de effectiviteit van gezinsinterventies in de algemene bevolking. Een recente meta-analyse van RCT's gericht op ouder- en gezinsinterventies laat zien dat er bewijs is dat dergelijke interventies effectief zijn in het uitstellen van alcoholgebruik en in het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik van adolescenten (Smit et al., 2008).

²⁹ *Preventure* wordt onderzocht door het Trimbos-instituut in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen. Resultaten worden eind 2011 verwacht.

³⁰ **Preparing for the Drug Free Years (PDFY)**, ook wel *Guiding Good Choices* genaamd): werd in de jaren '80 ontwikkeld om ouders handvaten te bieden om drugsgebruik door hun kinderen van 8 tot 14 jaar te voorkomen. Bestaat uit 5 interactieve wekelijkse bijeenkomsten gericht op opvoedvaardigheden, regels, hechting en vaardigheden van het kind om weerstand te bieden.

³¹ SFP: zie preventieve schoolinterventies alcohol.

³² **Starting Taking Alcohol Risks Seriously (STARS for families)**: Verpleegkundig consult omtrent weigervaardigheid, briefkaarten aan ouders over alcoholpreventie boodschap en huiswerklessen om ouder-kind interactie te verbeteren.

Interventies bij overgang naar middelbare school lijken meest effectief

De overgang naar het voortgezet onderwijs lijkt het meest geschikt voor deze interventies. De meeste effectief bevonden interventies zijn gericht op deze leeftijdsgroep (zoals eerder genoemde SFP, PDFY en STARS for families) (Smit et al., 2008). Er is enig bewijs dat vroege gezinsinterventies (van 0-10 jaar) effectief zijn in het verminderen van agressiviteit (een risicofactor voor risicovol alcoholgebruik). Mogelijk hebben vroege gezinsinterventies ook effect op later alcoholgebruik in de tienerjaren (Kumpfer & Alvarado, 2003; Elliot et al., 2009; Spoth et al., 2008). Er is weinig bekend over interventies gericht op jongeren die reeds drinken en al dan niet schoolgaande jongeren boven de 16.

Overeenkomsten effectieve gezinsinterventies

De meest effectieve gezinsinterventies benadrukken de ontwikkeling van sociale vaardigheden en de persoonlijke verantwoordelijkheid van adolescenten, het bespreken van middelen gerelateerde onderwerpen en actieve betrokkenheid van ouders (Velleman et al., 2005; Petrie et al., 2007).

Combinatie ouder- en kindactiviteiten het meest effectief

Gezinsinterventies blijken effectiever wanneer ze oudertraining, gezinsvaardigheidstraining (interventies gericht op zowel ouder als kind) en kindactiviteiten tegelijk bieden (Elliot et al., 2009). Effecten van gezinsinterventies zijn 2 tot 9 maal zo groot dan van interventies waarin alleen het kind benaderd wordt (Kumpfer et al., 2003b). Voorbeelden hiervan zijn 'Preparing for the Drug Free Years' (PDFY)³³ en het 'Strengthening Families Program' (SFP)³⁴. Deze programma's laten goede effecten zien op verminderen en uitstel van alcoholgebruik, ook op langere termijn (Cuijpers et al., 2006; Smit et al., 2008). SFP is de enige gezinsinterventie die herhaaldelijk effectief is gebleken binnen verschillende groeperingen en bij verschillende leeftijdsgroepen. Echter, SFP is tot nog toe alleen in de VS onderzocht en het is onduidelijk of deze interventie ook in Nederland uitvoerbaar en effectief is (Cuijpers et al., 2006)³⁵.

Weinig bekend over effectiviteit ouder- en gezinsinterventies voor risicogroepen

Er is weinig bekend over de effectiviteit van gezinsgerichte preventie voor risicogroepen, zoals jongeren met gedragsproblemen of kinderen van verslaafde ouders (Cuijpers, 2003). Onderzoek naar interventies gericht op verslaafde ouders geeft enige evidentie dat deze interventies middelengebruik en andere problemen bij de kinderen van deze ouders kunnen verminderen (Cuijpers et al., 2006; Bolier et al., 2008). Een interventie onder ouders die in methadonbehandeling waren, liet geen effect zien op het middelengebruik van het kind, wel op opvoedgedrag en middelengebruik van ouders (Focus on Families: 32 ouder-sessies, 12 kind-sessies) (Dusenbury, 2000).

³³ Preparing for the Drug Free Years wordt nu aangeboden onder de naam: **Guiding Good Choices**.

³⁴ SFP: zie preventieve schoolinterventies alcohol.

³⁵ Het Strengthening Families Program (SFP) is in het Nederlands vertaald (Gezin aan Bod). Dit betrof echter niet de variant voor de algemene populatie welke uitvoerig is onderzocht. Zie kadertekst bij deze paragraaf.

Interventies voor gezinnen in achterstandsposities lijken effect te hebben

In achterstandwijken (STARS for families³⁶ en Family Advocacy Network (FAN)³⁷) en lage SES gezinnen (Strengthening Families Program³⁸, Dare to be you (DTBY)³⁹, Perry Preschool program⁴⁰) zijn enkele gezinsgerichte programma's uitgevoerd. De meeste studies tonen een verbetering aan in opvoedvaardigheden. Enkele studies rapporteren een vermindering van middelengebruik van het kind (Dusenbury, 2000; Cuijpers & Bolier, 2001).

Adolescent Transitions Program: aangeboden via school en kosteneffectief

Het Adolescent Transitions Program (ATP) (Velleman, 2009) is een gezinsinterventie, die zowel aandacht besteedt aan het voorkomen van alcoholgebruik als het voorkomen van problemen bij jongeren die al alcohol gebruiken. De interventie wordt via school aangeboden aan ouders van kinderen die een verhoogd risico lopen op middelen gebruik. Ouders leren effectieve opvoedstrategieën aan en werken onder andere aan een verbeterde communicatie in de familie, probleemoplossend denken en stellen van grenzen. Het lange termijn doel van het programma is om de ontwikkeling van antisociaal gedrag en experimenteelgedrag met middelen te stoppen. Op korte termijn zijn de doelen: het verbeteren van de gezinsrelatie, de communicatie en de opvoedvaardigheden van de ouder. Uit onderzoek (Dishion et al., 2002) bleek dat ATP een kosteneffectieve interventie is, die effecten laat zien op uitstellen van eerste keer alcoholgebruik.

Positief effect Preventie Alcoholgebruik Scholieren (PAS)

De interventie Preventie Alcoholgebruik Scholieren betreft een Nederlandse ouderinterventie, die wordt aangeboden in combinatie met de e-learning module van *De gezonde school en genotmiddelen* (zie voor een uitgebreidere beschrijving bijlage 1). Deze combinatie (samen PAS) leidde tot minder alcoholgebruik onder middelbare scholieren (Koning et al., 2009). De ouderinterventie van PAS betreft een ouderavond en is daarmee een kortdurende ouderinterventie. Het is opmerkelijk dat een zeer korte interventie zoals PAS een effect laat zien op het gedrag van ouders. Vanuit een kosteneffectiviteits en implementatie perspectief is deze interventie daarom veel interessanter.

Positief effect combinatie ouder- en schoolinterventie agressieve kinderen

Er zijn weinig ouder- en gezinsinterventies bekend die zich richten op persoonsgebonden risicofactoren. Eén studie onder agressieve kinderen (Coping Power Program⁴¹) liet zien dat de

³⁶ STARS for Families: zie ouder- en gezinsinterventies alcohol.

³⁷ **Family Advocacy Network (FAN):** Oplossingsgerichte aanpak voor ouders met emotionele of psychische problemen van schoolgaande kinderen. Dit programma werkt ook samen met SFP.

³⁸ Beschrijving van SFP: zie paragraaf 3.4.2 en 3.4.3.

³⁹ **Dare To Be You (DTBY):** programma om positieve ontwikkeling van jeugd te stimuleren door middel van empowerment. In het programma wordt samengewerkt met ouders, docenten, peers en de gemeenschap. Er zijn verschillende modules voor kinderen in de leeftijd van 3 tot 14 jaar. Niet te verwarren met DARE, een bewezen niet-effectief schoolprogramma.

⁴⁰ **Perry Preschool program:** programma voor kinderen van 3 en 4 jaar oud, oorspronkelijk bedoeld om leerproblemen op school te voorkomen, maar ook effectief gebleken bij het voorkomen van o.a. criminaliteit en tienerzwangerschappen.

⁴¹ **Het Coping Power Program (CPP)** is een preventieve interventie voor kinderen (eind basisonderwijs begin voortgezet onderwijs). Gedurende 11 tot 18 maanden ontvangen de kinderen cognitieve gedragstherapie en de

combinatie van een groepstraining voor ouders en een schoolinterventie effectief was in het verminderen van alcohol en drugsgebruik bij de kinderen. De schoolinterventie alleen bleek niet effectief (Petrie et al., 2007). In bijlage 1 wordt de Nederlandse variant van het Coping Power Project beschreven.

Bereik en behoud risicogroepen verloopt moeizaam

Een belangrijk nadeel van een aparte ouder- of gezinsinterventie is selectieve bias van deelname (Dusenbury, 2000). De werving en het behoud van risicogroepen verloopt moeizaam. Dat wil zeggen dat de kans groot is dat hoog risicogezinnen niet deelnemen of uitvallen bij aparte ouder- of gezinsinterventies. Dit terwijl deze ouders de interventies juist het meest nodig hebben. Specifieke aandacht is dan ook vereist voor het bereiken van risicogroepen. Wanneer gezins- of ouderinterventies gekoppeld zijn aan een schoolprogramma, is de uitval van risicogroepen aanzienlijk minder groot. Niet altijd is een dergelijke koppeling mogelijk. Daarom adviseert Dusenbury (2000) onderzoek naar strategieën voor werving en behoud van deelname in ouder- of gezinsinterventies. Velleman (2009) suggereert specifieke interventies gericht op risicogroepen te ontwikkelen.

ouders opvoedondersteuning. CPP richt zich op risicofactoren van crimineel gedrag en middelengebruik door stimulering van sociale competenties, zelf-regulatie en positieve betrokkenheid van ouders.

Nederlandse situatie

Er is in Nederland geen aanbod van bewezen effectieve ouder- of gezinsgerichte interventies gericht op middelenpreventie (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Er is geen gestandaardiseerd aanbod van intensieve gezinsinterventies gericht op middelengebruik zoals in de Verenigde Staten. Voor ouders met kinderen in het basisonderwijs komt er wel een minder intensieve interventie beschikbaar 'Hou vol geen alcohol', in het kader van de campagne 'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiend kind' (zie bijlage 1 onder Oudercampagne). De effectiviteit van 'Hou vol geen alcohol' is nog niet aangetoond, maar wordt onderzocht door het Trimbos-instituut in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen.

Voor hoog risicogroepen bestaan in Nederland nog altijd geen bewezen effectieve gezinsinterventies, die specifiek gericht zijn op middelenpreventie. Wel zijn er twee interventies voor ouders met psychosociale problemen beschikbaar die beide zijn gebaseerd op in de VS effectieve interventies:

In *Gezin aan Bod* krijgen verslaafde ouders kennis bijgebracht. Ze ontvangen steun en training in vaardigheden. Hun kinderen ondergaan eenzelfde programma, maar dan op hen toegesneden. Onderzoek naar een *Strengthening Families* programma voor verslaafde ouders (*Gezin aan Bod*, zie bijlage 1) werd onlangs stopgezet gezien de moeizame werving van hoog risicogezinnen. Het programma is nog wel beschikbaar.

Het Amerikaanse Nurse Family Partnership Program wordt in Nederland via de jeugdgezondheidszorg geïmplementeerd onder de naam 'VoorZorg' (zie bijlage 1). VoorZorg is bestemd voor vrouwen die jonger zijn dan 25 jaar, maximaal 28 weken zwanger, laagopgeleid met diverse psychosociale problemen. De interventie richt zich op risicogedrag tijdens de zwangerschap, waaronder alcohol- en middelengebruik. Onderzoekers van het VUmc onderzoeken de effectiviteit van VoorZorg.

Binnen het opvoedprogramma Triple-P (positief opvoeden) wordt momenteel door het Trimbos-instituut een pilotstudie gedaan naar het *Triple P voor ouders van jongeren met gedragsproblemen* (zie bijlage 1), waarbij onderzocht wordt of er ook effecten zijn op alcoholgebruik hoewel het programma daar niet primair op is gericht.

Tot slot worden in Nederland enkele 'models of good practice' toegepast. De *Homeparty* richt zich bijvoorbeeld op preventie van alcohol, drugs en gokken. Deze interventie leent zich goed om moeilijk bereikbare groepen zoals allochtone ouders te bereiken. *Kop op Ouders* is gericht op ouders met een verslaving of psychische problematiek (zie bijlage 1) (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

3.4.4 Multi-componenteninterventies en communityinterventies

Multi-componenten interventies zijn programma's die zich richten op 2 of meer domeinen zoals het individu, het gezin, de school, de wijk/omgeving, de werkplek, of massamediale campagnes. Wanneer een dergelijke interventie zich specifiek richt op een wijk of gemeenschap, spreken we van een wijkgerichte of community-interventie.

Family Check up effectieve multi-componenten interventie

De 'Family Check up' is een voorbeeld van een effectieve multi-componenten interventie. Deze interventie bestaat niet alleen uit verschillende componenten, maar richt zich ook op verschillende vormen van preventie (universeel, selectief en geïndiceerde preventie). De interventie bestaat uit 1) een universeel lesprogramma op school, 2) een (selectieve) family check up en 3) een (geïndiceerde) gezinsbehandeling. In vergelijking met een controlegroep bleek de toename in alcoholgebruik lager bij de interventiegroep (Velleman, 2009).

Meestal onduidelijk welke component meeste effect heeft

Het is meestal onduidelijk welke component van de interventie het (meeste) effect veroorzaakt. Een uitzondering hierop is Project Northland⁴², een veel onderzochte multi-componenten interventie in Australië. Uit onderzoek naar dit uitvoerige programma bleek de oudercomponent het meest effectieve onderdeel te zijn in het verminderen van alcoholmisbruik (Spath et al., 2008).

Community-interventies lijken effectief in verminderen alcoholgebruik

Over de effectiviteit van wijkgerichte of community-interventies was lange tijd vrijwel niets bekend (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Recent is er enig bewijs dat wijkgerichte interventies effectief zijn in het verminderen van alcoholgebruik van jongeren⁴³ (Spath et al., 2008). Met name de interventies met een gezinscomponent blijken effectief. De effecten van dit type interventies zijn moeilijk te meten, omdat bij het vergelijken van de gemeenschappen waarin de interventie is uitgevoerd met een controlegroep ook andere zaken een rol kunnen hebben gespeeld die gevonden verschillen kunnen verklaren, zoals bijvoorbeeld de invloed van media (Velleman, 2009).

⁴² **Project Northland** is een Australische schoolinterventie die zich richt op het uitstellen van alcoholgebruik onder jongeren die nog niet drinken en het verminderen van alcoholgebruik onder jongeren die wel drinken. De interventie bestaat uit lesmateriaal voor kinderen van 11 tot 15 jaar en betreft docenten, ouders, peers en de gemeenschap.

⁴³ Uitkomstmaten waarop in de verschillende studies effecten werden gevonden waren wekelijks, maandelijks drinken, binge drinken en dronken worden.

Nederlandse situatie

In Nederland is geen multi-componenten interventie beschikbaar zoals de succesvolle Amerikaanse combinatie van de Family Check Up & Life Skills Training. Wel is sinds kort de interventie Preventie Alcoholgebruik Scholieren beschikbaar (PAS, zie bijlage 1). Onlangs bleek dat deze interventie - een combinatie van een ouderavond en een schoolprogramma - leidde tot minder alcoholgebruik (Koning et al., 2009). Een vergelijkbaar gecombineerd aanbod dat ook geschikt is voor (ouders van) kinderen die al middelen gebruiken, is in Nederland niet beschikbaar.

Er worden in veel regio's community-projecten rond alcoholpreventie opgezet. Effectonderzoek naar deze projecten is over het algemeen beperkt. De meeste van deze projecten zijn (nog) niet beschreven in de literatuur of opgenomen in de databank van het Centrum voor Gezondleven, met uitzondering van het *Alcoholmatigingsproject in de Achterhoek* (zie bijlage 1).

Voorbeelden van best practice community-interventies voor kwetsbare jongeren zijn de *Theater2daagse* (Beekers et al., 2003) en *Big Deal?* (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; i-databank RIVM). De *Theater2daagse* (zie bijlage 1) is een community-interventie, die in het kader van Resultaten Scoren werd ontwikkeld en sinds 2002 door verschillende verslavingszorginstellingen wordt aangeboden aan allochtone jongeren. De jongeren maken een theaterstuk en voeren het uit voor ouders en betrokkenen in de wijk. *Big Deal?* is een peer-project van Novidic-Kentron en kan ook worden gezien als een community-interventie. *Big Deal?* maakt gebruik van het peereducatiemodel, waarbij activiteiten worden ingezet om jongeren zelf een voorlichtingsboodschap te laten brengen. Daarnaast beoogt de interventie de lokale beleidsontwikkeling op het gebied van preventie te stimuleren.

3.4.5 Interventies in de drinkomgeving

Interventies in de drinkomgeving betreffen met name de uitgaanssetting. De meeste interventies zijn niet gericht op een specifieke doelgroep maar op de omgeving.

Interventies barpersoneel effectief in combinatie met handhavingactiviteiten

De vraag in hoeverre trainingen voor barpersoneel effect hebben, kan niet eenduidig worden beantwoord. Babor et al., (2003) stellen dat cursussen voor (bar) personeel over agressie en schenkgedrag effect hebben op consumptie en op risicogebruik van alcohol. Daarnaast zouden deze cursussen agressie en geweld in cafés verminderen. Andere studies stellen dat cursussen voor barkeepers geen effect hebben op de mate van alcoholconsumptie en het alcoholgerelateerde probleemgedrag (WHO, 2009). Ker & Chinnock (2008) vonden bijvoorbeeld dat cursussen voor barkeepers niet werken, omdat men zich niet aan het geleerde houdt (zoals niet schenken aan dronken klanten en niet schenken aan minderjarigen). Room et al. (2005) en Van de Luitgaarden & Knibbe (2000) vonden daarentegen dat trainingen van barpersoneel effectief waren in het terugdringen van alcoholgebruik door jongeren van 16- en; Wallin et al. (2003) en Graham et al. (2004) in het terugdringen van agressie en Holder & Wagenaar (1994) in het terugdringen van verkeersongevallen.

Handhaving en motivatie management essentieel voor slagen training barpersoneel

Essentieel lijkt de motivatie van het management (Lang et al., 1998). Graham et al. (2004) wijzen tevens op de afname van effecten als er een hoog verloop van personeel en/of management is. Anderson et al. (2009a) veronderstellen dat bartrainingen alleen effect hebben op de alcoholconsumptie als de barkeepers door hun management worden ondersteund in de uitvoering van wat ze geleerd hebben. Daarnaast is handhaving door bijvoorbeeld politie essentieel (Anderson et al., 2009a).

Multi-componenten interventies in drinkomgeving: kosten-effectief in Zweden

Er is bewijs dat multi-componenten programma's die zowel de gemeenschap en de barkeepers als de politie binnen een community betrekken, kunnen leiden tot vermindering van alcoholgebruik, agressie en alcoholgerelateerde verkeersongelukken. De effecten op lange termijn zijn nog onduidelijk (WHO, 2009).

Een voorbeeld van een zeer geslaagde multi-componenten programma is de 'restaurant intervention'⁴⁴, Deze interventie (waarbij met 'restaurant' wordt bedoeld op alle horeca) is een onderdeel van het grotere STAD- project (Stockholm prevents Alcohol And Drugs problems). De interventie leidde tot een reductie van 29% in geweld (lastig vallen, bedreigen, aanvallen, binnen en buiten de kroeg) en was daarmee buitengewoon kosten-effectief: de kosten-opbrengsten ratio was 1:39. Kostenbesparing werd vooral gerealiseerd binnen politie en justitie (Mansdotter et al., 2007).

Betrekken van de buurt positieve effecten op agressie

Het betrekken van de buurtbewoners bij bepaalde maatregelen, bijvoorbeeld bij het verstrekken van licenties, lijkt effectief te zijn (BMA, 2008). Op korte termijn heeft dit in elk geval positieve effecten op het verminderen van agressie en andere problemen als gevolg van drinken in bars (Babor et al., 2003).

⁴⁴ **De restaurant (ofwel horeca) interventie van STAD** bestaat uit drie hoofdonderdelen: 1. Het bewustmaken van de samenleving van alcohol gerelateerde problemen; 2. een tweedaagse verantwoord alcoholschenk training (deze behandelt onder andere alcohol wetgeving, medische gevolgen en conflict hantering) voor tappers, portiers en restauranteigenaren; 3. Versterkte naleving van alcoholwetgeving.

Nederlandse situatie

In Nederland zijn diverse interventies in de drinkomgeving beschikbaar, waarvan er geen is onderzocht op effectiviteit. Het project *Unity* (zie bijlage 1) richt zich rechtstreeks op uitgaanders via peervoorlichting. Dit project gaat over alcohol en uitgaansdrugs, wordt in de meeste regio's ingezet en heeft een groot bereik onder jongeren die grootschalige dance-evenementen bezoeken. Twee andere interventies richten zich op het barpersoneel. *Bar Veilig* (zie bijlage 1) beoogt agressie te voorkomen en besteedt beperkt aandacht aan alcoholgebruik. De interventie maakt gebruik van dezelfde elementen als de effectief bewezen Canadese interventie Safer Bars (Graham & Homel, 2008). *Barcode* (zie bijlage 1) is gericht op alcohol-en/of drugspreventie in de horeca. Het effect van deze interventie, in combinatie met handhaving, zal komende jaren worden onderzocht door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht. Tot slot is er een versie van de *Homeparty* voor ouders over hokken en keten (zie bijlage 1).

Boete of kanskaart is een vroeginterventie voor jongeren van 12 tot 18 jaar die overmatig alcohol gebruiken in de openbare ruimte met ongewenste neveneffecten voor de maatschappij tot gevolg. De interventie bestaat uit een HALT-traject en een leeropdrachtdeel met als doel het schadelijk alcoholgebruik terug te dringen. In dit traject werken verschillende partijen samen (zoals de gemeente, politie, verslavingszorg, het OM) en worden ook de ouders van de betreffende jongere intensief betrokken.

3.4.6 Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk

De meeste interventies via de gezondheidszorg en welzijnswerk gericht op jongeren die schadelijk alcohol gebruiken, berusten op twee pijlers. De een is het signaleren van de alcoholproblemen van deze jongeren, de ander het vergroten van hun motivatie om iets te doen aan dit schadelijk alcoholgebruik middels een kortdurende interventie (motiverende gespreksvoering). Dergelijke interventies bestaan uit feedback over het alcoholgebruik, het bespreken van de keuze om minder te drinken, van de mogelijkheden tot verandering van het alcoholgebruik en van hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven. Indien nodig betreft de interventie tevens het motiveren voor een doorverwijzing naar de hulpverlening.

De aanpak is vooral geschikt voor jongeren die te veel drinken, maar nog niet afhankelijk (verslaafd) zijn. Hun probleembesef is vaak gering en ze zijn weinig gemotiveerd tot het zoeken van hulp. Deze jongeren kunnen opgespoord worden door actieve screening en signalering via gezondheidszorg en welzijnswerk, maar bijvoorbeeld ook via scholen.

Screening en kortdurende interventie via huisartsen effectief bij volwassenen

Solberg et al. (2008) komen op basis van een review van de literatuur van 1992 tot 2004 tot de conclusie dat het screenen en aanbieden van een kortdurende interventie via de huisartsenpraktijk een van de meest effectieve interventies is, maar nog erg weinig wordt ingezet. Ook de WHO (2009) constateert dat alcoholgebruik binnen de spreekkamer van huisartsen niet vaak wordt

besproken. Dit in tegenstelling tot ander gedrag dat invloed heeft op de gezondheid, zoals roken en sporten. Enerzijds zou dit komen omdat alcohol een moeilijk te bespreken onderwerp is, huisartsen beginnen er pas over wanneer iemand problemen heeft die duidelijk samenhangen met overmatig alcoholgebruik. Anderzijds blijkt dat er voor veel huisartsen nog onduidelijkheid is over de voor- en nadelen van alcoholgebruik.

Weerstand bij huisartsen en praktijkondersteuners kan worden weggenomen door een training en ondersteuningsprogramma (Risselada et al., 2010). Een combinatie van een leerprogramma en een programma gericht op ondersteuning op het werk, leidde tot een toename van screening en advisering door huisartsen aan (oudere) patiënten over risicovol en schadelijk alcoholgebruik; van 32% naar 45% (Anderson et al., 2004).

Op basis van de bestaande literatuur is niet vast te stellen in hoeverre de huisartsenpraktijk ook een geschikte setting is om jongeren te bereiken.

Positieve resultaten kortdurende interventies via spoedeisende hulpafdeling (SEH)

Gezondheidsboodschappen zijn overtuigender en effectiever als die worden aangeboden na een alcohol- of drugsincident (Gentilello et al., 1988). Er worden overwegend positieve resultaten gevonden met betrekking tot de effectiviteit van kortdurende interventies gericht op patiënten die in verband met een alcoholgerelateerd incident op de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis zijn beland. Er is echter niet altijd sprake van een afname van alcoholgebruik, wel van alcoholgerelateerde problemen. De effecten zijn het sterkst bij adolescenten die voorafgaand aan de behandeling een relatief lage motivatie hadden om te veranderen (Smit et al., 2008). Kortdurende interventies, soms in combinatie met een booster sessie⁴⁵, bleken effectief in het verminderen van alcoholgebruik en gerelateerde problemen in studies van Monti et al. (2007), Havard et al. (2008), Crawford et al. (2004) en Longabaugh et al. (2001). In de Verenigde Staten bleek een motiverende interventie (eerder beschreven door Monti et al.) gericht op jongeren die in verband met alcoholgebruik op de eerste hulp kwamen bovendien kosten-effectief (Neighbours et al., 2009).

Effectieve elementen kortdurende interventies jongeren

De meeste onderzoeken die in deze subparagraaf worden genoemd, betreffen volwassenen. Het onderzoek naar effecten van kortdurende interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk op alcoholgebruik van jongeren is echter veel beperkter. Op basis van studies van Deas, 2008; Carey et al., 2007; Monti et al., 2005; Tait & Hulse, 2003 stellen we vast dat in de gezondheidszorg het sterkste effect op alcoholgebruik bij jongeren wordt gezien als: er een boostersessie wordt gebruikt; de interventie wordt ingezet bij individuele jongeren zonder veel andere problemen; motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke feedback over het alcoholgebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met alcoholgebruik van andere jongeren (normatieve feedback).

⁴⁵ Booster sessie: extra sessie, tijd na de interventie, bedoeld om eerder geleerde kennis of vaardigheden op te frissen.

Nederlandse situatie

Op dit moment worden diverse pilots voor het bevorderen van het vroegsignaleren van problematisch alcoholgebruik voor cliënten en patiënten in de nulde⁴⁶ en eerstelijnszorg uitgevoerd (Partnership Vroegsignalering Alcohol, 2009). Via het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) wordt getracht om de screening en kortdurende interventies in veel meer velden van de gezondheidszorg in te voeren, zoals de ziekenhuiszorg, spoedeisende hulp, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Omdat de vindplaats van jongeren met riskant alcoholgebruik eerder buiten de nulde en eerstelijnszorg is, heeft het PVA onderzocht waar 'good practices' zijn in de settings waar jongeren zich bevinden zoals 'op school', 'vrije tijd' en 'jeugdzorg'. Verschillende 'good practices' werden gevonden, zoals bij Bouman GGZ, Jellinek Mentrum, Brijder Verslavingszorg, de Mondriaan Zorggroep, Iriszorg en Tactus Verslavingszorg. Vervolgens is in opdracht van het Partnership Vroegsignalering Alcohol door het IVO een *protocol voor signalering, screening en kortdurende interventies voor jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblemen* ontwikkeld (zie bijlage 1) (Risselada & Schoenmakers, 2010).

Het Reinier de Graaf Gasthuis (RdGG) in Delft biedt voor jongeren een polikliniek Jeugd & Alcohol. Beoogd wordt gedragsverandering te realiseren bij jongeren tussen de 10 en 17 jaar met een alcoholintoxicatie en hun ouders. Risicofactoren als een depressie, of een ouder die veel drinkt, worden betrokken bij het opstellen van een behandelplan. Indien nodig wordt doorverwezen naar Bureau Jeugdzorg, de GGZ of de verslavingszorg (Teeuwen et al., 2010). Inmiddels zijn er diverse vergelijkbare alcoholpoliklinieken opgericht.

De enige goed beschreven interventie in het welzijnswerk, betreft *Moti-4* (zie bijlage 1). Het betreft een 4-gesprekken-traject voor jongeren die nog niet verslaafd zijn, maar wel overmatig gebruiken. Moti-4 wordt uitgevoerd door verslavingspreventiewerkers.

3.4.7 Online zelfhulp voor jongeren die overmatig drinken

Internetinterventies bestrijken de totale zorgketen van psycho-educatie, test, zelfhulp en behandeling. Ze worden als veelbelovend gezien als het gaat om het terugdringen van alcoholgebruik onder mensen die al overmatig alcohol drinken, maar (nog) geen ernstige afhankelijkheidsproblemen hebben (Van den Berg & Schoenmakers, 2010). We gaan hier met name in op online zelfhulp, waarbij geen structureel contact is met een behandelaar⁴⁷.

⁴⁶ Met nulde lijn wordt vanuit het PVA bedoeld fysiotherapeuten, algemeen maatschappelijk werk, verloskundigen, GGD'en etc.

⁴⁷ Dit rapport beperkt zich namelijk tot preventie. Het onderscheid tussen geïndiceerde preventie en behandeling is vrijwel niet te maken bij dergelijke interventies. Waar structureel contact is met een behandelaar kan echter duidelijk niet meer gesproken worden van geïndiceerde preventie.

Voor- en nadelen van online zelfhulp

Het EMCDDA inventariseerde de mogelijkheden en beperkingen van online zelfhulp (Tossman & Leuschner, 2009). Niet alle beperkingen die gelden voor online hulp, zijn van toepassing op Nederlandse jongeren. (Zo hebben de meeste van hen ervaring met en toegang tot internet, hetgeen voor veel andere groepen en nationaliteiten geldt.) We noemen daarom uit de verkenning van het EMCDDA alleen die punten waarvan we vermoeden dat die voor jongeren relevant zijn. Anonimiteit en geheimhouding wordt door veel internetgebruikers die hulp zoeken via het internet beschouwd als een belangrijk voordeel en veelal als voorwaarde voor deelname (Tossman & Leuschner, 2009). Griffiths & Christensen (2007) zien als grote voordelen van e-interventies dat die elk uur van de dag beschikbaar zijn, waar de gebruiker maar wil. De kosten zijn bovendien laag en cliënten die afgelegen wonen krijgen gemakkelijker toegang tot informatie en hulp. Online zelfhulpinterventies hebben als nadeel dat ze veelal maar op één probleem, namelijk het middelenprobleem, zijn gericht. Jongeren met middelenproblemen hebben echter ook vaak psychische problemen die door een 'real life' behandelaar zouden worden opgemerkt. Het EMCDDA beschouwt dit als het belangrijkste nadeel van online zelfhulp. Een andere beperking is dat voor cliënten de kwaliteit van een e-interventie lastig te bepalen is. Ook de vrijblijvendheid van online zelfhulp is een beperking: ruim 90% van de personen die aan de interventie begint, rondt die niet af. Een laatste beperking is dat zelfhulp-interventies vereisen dat de cliënt regelmatig en privé gebruik kan maken van internet (Tossman & Leuschner, 2009).

Effectiviteit online zelfhulp: vrijwel alleen bij studenten onderzocht

Hoewel het aanbod van online zelfhulp gericht op jongeren die overmatig alcohol gebruiken groeit, is weinig bekend over het effect van deze interventies⁴⁸. Het beperkte beschikbare onderzoek betreft vrijwel alleen studenten. In een onderzoek onder studenten gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik, bleek een motiverende internetinterventie te leiden tot vermindering van schadelijk alcoholgebruik (Kyprie, 2008). Online zelfhulp gebaseerd op persoonlijke normatieve feedback zijn veelbelovend in het verminderen van alcoholgebruik onder studenten (Walters et al., 2007; White, 2006; Riper et al., 2009).

Ook interventies voor volwassenen zijn beperkt onderzocht. De internetinterventies waarvan de effecten zijn onderzocht zijn effectief, maar de effecten zijn beperkt en alleen zichtbaar op de korte termijn (Riper et al., 2009). Effecten zijn groter wanneer er (ook) e-mail contact is met een behandelaar (Spek et al., 2006).

⁴⁸ Verwachting is dat komende jaren meer inzicht zal komen in de effecten van online zelfhulp, aangezien er op dit moment diverse interventies worden onderzocht. De kwaliteit van deze onderzoeken verschilt. Een goed overzicht van lopend onderzoek op dit terrein ontbreekt.

Nederlandse situatie

In Nederland is het aanbod van online zelfhulp interventies afgelopen jaren snel toegenomen en lijkt thans te stabiliseren. Slechts een beperkt aantal van deze interventies is onderzocht op effectiviteit. Waar het gaat over interventies zonder structureel contact met een behandelaar, geldt dat voornamelijk alleen voor *drinktest.nl* en *minderdrinken.nl* (zie bijlage 1). Beide interventies zijn gericht op personen van 18 jaar en ouder.

Voor zowel 'drinktest.nl' als 'minderdrinken.nl' waren korte termijn effecten zichtbaar (uitkomstmaten waren: het percentage overmatig alcoholgebruik bij drinktest.nl en wekelijkse alcoholinname bij minderdrinken.nl), maar na twaalf maanden waren de effecten niet meer statistisch significant (Huiberts & Boon, 2003; Riper et al., 2008; 2009). Desalniettemin bleek de interventie kosteneffectief. Riper et al. (2008) suggereren dat booster-sessies nodig zijn om ook op de lange termijn effecten te realiseren. De effecten van een drinktest voor jongeren worden momenteel onderzocht door de Radboud Universiteit Nijmegen.

Een interventie die al wel is onderzocht via een pilotstudie (Riper & Conijn, 2009), maar niet op effect is onderzocht is *drankjewel.nl* (zie bijlage 1). Deze interventie biedt kinderen van ouders met alcoholproblemen informatie, een gebruikersforum en de mogelijkheid om via e-mail vragen te stellen aan een deskundige. Ook wordt inzichtelijk waar zij terecht kunnen voor meer hulp of informatie.

Samenvatting

Massamediale campagnes

- Massamediale interventies kunnen een bescheiden effect hebben op kennis, bewustwording en daadwerkelijk gebruik van alcohol. Massamediale campagnes zijn met name van belang zijn voor agendasetting en bewustwording, als onderdeel van een bredere strategie.

Schoolinterventies

- Schoolinterventies bereiken veel jongeren tegen relatief lage kosten en kunnen bijdragen aan kennis en bewustwording. Schoolinterventies die enkel gericht zijn op kennis toename zijn niet effectief in het uitstellen of verminderen van daadwerkelijk alcoholgebruik. Vermoedelijk zijn programma's effectiever als ze: interactieve methoden gebruiken; zich richten op normen, afspraken en intenties om niet te gaan gebruiken; ingebed zijn in een breder programma waarbij ook ouders worden betrokken; door professionals geleid worden; levensvaardigheidstraining omvatten; de schoolomgeving proberen te beïnvloeden; werken met cognitief-gedragstherapeutische methoden.

- Schoolinterventies zijn mogelijk geschikt om jongeren die op basis van hun persoonskenmerken een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van (problematisch) alcoholgebruik vroegtijdig op te sporen en hen vaardigheden te helpen ontwikkelen om initiatie van (problematisch) alcoholgebruik te voorkomen. Het programma Preventure liet in Groot Brittannië sterke effecten zien op uitstel van alcoholgebruik. Het effect van dit programma wordt momenteel onderzocht binnen de Nederlandse context.

Ouder en -gezinsinterventies

- Er is bewijs dat ouder- en gezinsinterventies in de algemene bevolking effectief zijn in het uitstellen van alcoholgebruik en in het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik van adolescenten. Een Nederlands voorbeeld dat hiervan getuigt is de PAS interventie.
- Werving is een centraal probleem bij de meeste gezinsgerichte interventies, zeker als die niet gekoppeld zijn aan een schoolinterventie. Het is met name de vraag of hoog risicogezinnen aan gezinsgerichte interventies deelnemen.
- Er is minder bekend over de effecten van ouder- en gezinsinterventies voor risicogroepen. Vooral nog is er enig bewijs dat gezinsgerichte interventies gericht op kinderen van verslaafde ouders en op ouders met agressieve kinderen druggebruik bij de kinderen kunnen verminderen. In Nederland bestaan nog geen bewezen effectieve gezinsinterventies gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik bij risicogroepen. Wel worden er enkele interventies uitgevoerd en onderzocht, waarbij de hoge uitval en moeizame werving een belangrijk knelpunt is.
- Onderzoek ontbreekt naar het effect van specifieke gezinsgerichte interventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren die al overmatig alcohol gebruiken. Wel laten 2 multi-componenten programma's, de Family Check-up en de Adolescent Transitions Program (ATP) veelbelovende resultaten zien.

Multi-componenteninterventies

- Multi-componenteninterventies combineren verschillende preventieve interventies (bijvoorbeeld in een community). Hierdoor wordt het effect van de losse componenten versterkt. Hoewel er op lokaal niveau vaak wordt ingezet op een combinatie van interventies, worden dergelijke programma's vrijwel niet gestandaardiseerd aangeboden. Een uitzondering hierop is het project Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek (zie bijlage 1).
- Multi-componenteninterventies lijken ook bij selectieve interventies het effect van de losse componenten te versterken. Zo bleek een training voor ouders van agressieve kinderen (Coping Power Program) in combinatie met een schoolinterventie effectief in het verminderen van alcohol- en drugsgebruik. Welke componenten het (meeste) effect veroorzaken is meestal onbekend.

Interventies in de drinkomgeving

- Interventies in de drinkomgeving zijn veelal gericht op training van het barpersoneel in schenkgedrag en voorkomen van agressie. De bevindingen ten aanzien van de effectiviteit

van deze cursussen zijn niet eenduidig; er worden wisselende effecten gevonden op zowel alcoholgebruik als alcoholgerelateerde overlast. Effecten nemen toe als handhavingsmaatregelen worden getroffen en het management betrokken is. Effecten nemen af bij een hoog verloop van personeel.

- Het betrekken van de buurtbewoners bij bepaalde maatregelen, bijvoorbeeld bij het verstrekken van licenties, heeft positieve effecten op het verminderen van agressie en andere problemen als gevolg van drinken in bars.
- Er is bewijs dat multi-componenten interventies in het uitgaanscircuit, waarbij zowel de barkeepers, de gemeenschap als de politie worden betrokken, effectief kunnen zijn. Een voorbeeld hiervan is de Zweedse Restaurant (horeca) Intervention (STAD) dat zeer kosteneffectief bleek (een investering van een euro leverde een besparing van 39 euro op).

Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk

- Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk maken meestal gebruik van een combinatie van een signaleringsinstrument en motiverende gespreksvoering.
- Positieve resultaten voor jongeren worden beschreven voor de spoedeisende eerste hulp (SEH).
- Het sterkste effect op alcoholgebruik wordt gezien als: er een boostersessie wordt gebruikt; de interventie wordt ingezet bij individuele jongeren zonder veel andere problemen; motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke feedback over het alcoholgebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met alcoholgebruik van andere jongeren (normatieve feedback).

Online zelfhulp

- Online zelfhulp (zonder structureel contact met een behandelaar) stelt jongeren die overmatig alcohol gebruiken in staat om anoniem en laagdrempelig hulp te vinden. Online zelfhulp voor jongeren is echter minimaal (en veelal alleen onder studenten) onderzocht op effectiviteit.
- Online zelfhulpinterventies (zonder structureel contact met een behandelaar) zijn niet geschikt voor jongeren die een ernstig middelenprobleem, of ook psychische problemen hebben.
- De vrijblijvendheid van online zelfhulp is een beperking: ruim 90% van de personen die aan de interventie begint, rondt die niet af.

4. Aard en omvang van drugsgebruik onder jongeren

In dit hoofdstuk wordt de aard en omvang van drugsgebruik onder jongeren beschreven. De eerste paragraaf gaat in op de prevalentie van drugsgebruik. De tweede paragraaf beschrijft de effecten van het gebruik van drugs op jongeren. In de derde paragraaf worden de individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van drugsgebruik onder jongeren beschreven. De laatste paragraaf gaat in op risicofactoren van drugsgebruik bij jongeren. Het gaat dan om zowel persoonsgebonden risicofactoren als omgevingsfactoren.

4.1 Drugsgebruik onder jongeren

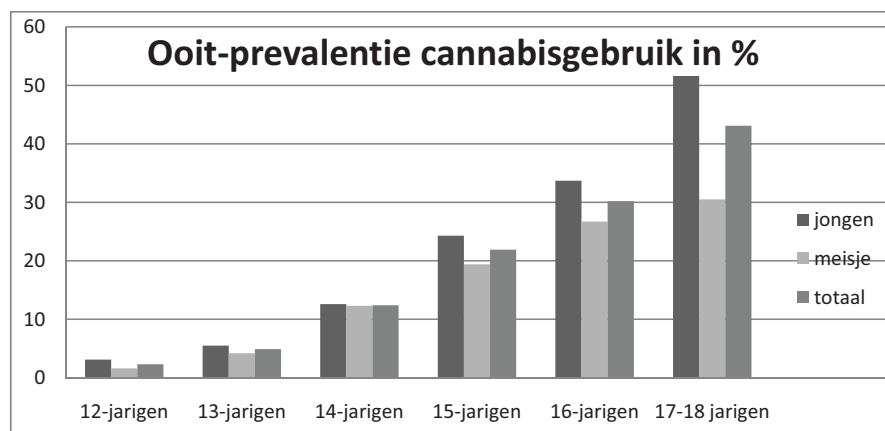
Deze paragraaf beschrijft de prevalentie van drugsgebruik onder jongeren. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen het gebruik van cannabis en het gebruik van harddrugs.

4.1.1 Hoeveel jongeren gebruiken drugs?

Cannabisgebruik stijgt snel na de basisschoolleeftijd

Als jongeren naar de middelbare school gaan, neemt de kans jaarlijks toe dat zij ervaring opdoen met cannabis. Van de 12-jarigen heeft 2,3% ervaring met cannabis, terwijl op 17-18 jarige leeftijd meer dan de helft van de jongens wel eens cannabis heeft gebruikt (51,6%) en bijna een derde van de meisjes (30,5%) (zie figuur 3). Ook de maandprevalentie stijgt met het toenemen van de leeftijd (Monshouwer et al., 2008).

Figuur 3 Cannabisgebruik onder scholieren



Monshouwer et al., 2008

Verschillen tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik ontstaan rond 16^e jaar

Vanaf 16 jaar ontstaat er een significant verschil in maandprevalentie tussen jongens (15,3%) en meisjes (11,6%). Op 17-18 jarige leeftijd heeft 28,2% van de jongens de afgelopen maand cannabis gebruikt en 11,6% van de meisjes. Ruim de helft van de actuele cannabisgebruikers gebruikt hooguit twee keer per maand. Veertien procent blowde meer dan tien keer in de afgelopen maand (18% van de jongens en 7% van de meisjes) (Monshouwer et al., 2008).

Lichte daling cannabisgebruik sinds 1996

Sinds 1996 is er sprake van een lichte daling in het aantal jonge cannabisgebruikers. De ooit-prevalentie daalde van 22% in 1996 naar 17% in 2007. Ook de maandprevalentie ligt in 2007 lager dan in 1996, respectievelijk 8% en 11% (Monshouwer et al., 2008). Deze daling kwam voornamelijk op conto van de jongens. Onder meisjes was er geen significant verschil tussen 1996 en 2007.

Scholieren die (vaak) cannabis gebruiken, gebruiken vaker harddrugs

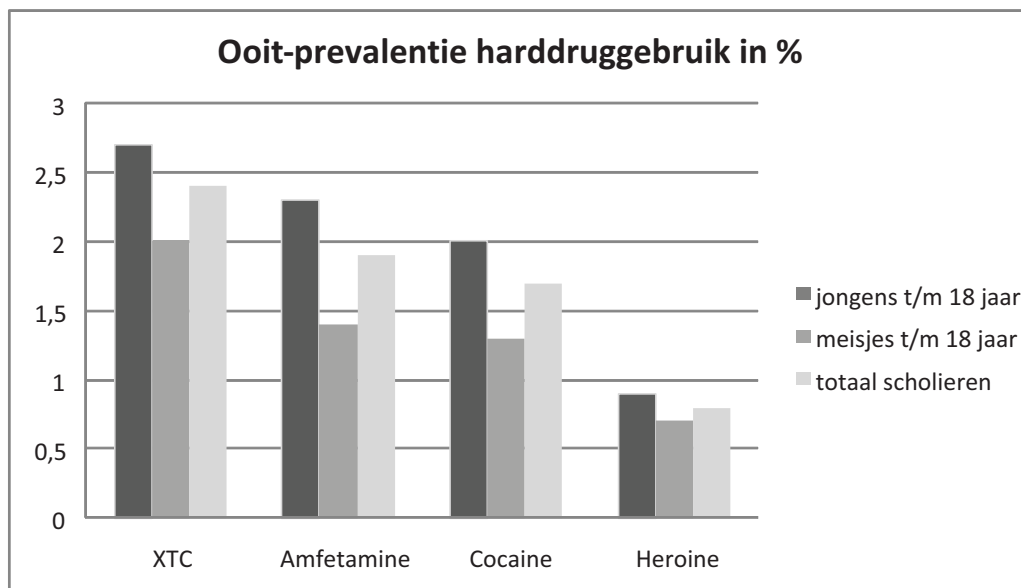
Scholieren die vaak cannabis gebruiken, gebruiken vaker harddrugs dan andere scholieren. Zo was in 2007 de maandprevalentie van harddrugsgebruik onder alle scholieren van 16 en 17 jaar 3 procent. Onder degenen die in de laatste maand cannabis hadden gebruikt, was dit 13% en onder degenen die in de laatste maand 10 keer of meer cannabis hadden gebruikt, was de maandprevalentie van harddrugsgebruik 33%. Van Laar et al., (2010) verklaren polygebruik, onder andere, door:

- de makkelijkere beschikbaarheid van andere drugs, al dan niet via de vriendenkring
- culturele factoren en 'normalisering van drugsgebruik' in bepaalde settings
- farmacologische effecten waardoor middelen elkaar kunnen versterken of verzwakken.

Harddrugsgebruik komt minder vaak voor dan cannabisgebruik

In vergelijking met cannabis gebruiken veel minder jongeren harddrugs. Als scholieren 17-18 jaar zijn, geeft 8,6% aan wel eens een van de onderzochte harddrugs (ecstasy, cocaïne, amfetamine of heroïne) te hebben gebruikt en 3,5% geeft aan dat ook de afgelopen maand te hebben gedaan (Monshouwer et al., 2008). Van de verschillende harddrugs is ecstasy het meest populair onder scholieren, 2,4% heeft wel eens ecstasy gebruikt (zie figuur 4). De maandprevalenties van de verschillende harddrugs blijven allen onder de 1%. Het gebruik van ecstasy, amfetamine en cocaïne in de laatste maand is iets hoger onder jongens dan onder meisjes. GHB wordt onder jongeren (12 tot 18 jaar) nauwelijks gebruikt. Slechts 0,6% geeft in 2007 aan ooit GHB te hebben gebruikt. Onder de algemene bevolking ligt dit percentage nog lager (Van Laar et al., 2010).

Figuur 4 Prevalentie harddruggebruik onder Nederlandse scholieren



Monshouwer et al., 2008

Harddruggebruik piek in 1996, sindsdien afname

Bij vrijwel alle harddrugs was er een piek in gebruik in 1996, waarna het gebruik onder scholieren weer daalde. Uitzondering hierop is heroïne. De ooit-prevalentie van deze drug schommelt al lange tijd rond de 1% (Monshouwer et al., 2008). Het percentage scholieren dat tenminste één van de harddrugs ooit in het leven heeft gebruikt ligt in 2007 (3,8%) iets lager dan in 2003 (4,5%), maar het verschil is niet significant. Het percentage jongeren op het VMBO-b dat weleens met ecstasy heeft geëxperimenteerd is significant hoger dan op het VWO. Ook ooit-gebruik van enige harddrug lijkt hoger op het VMBO-b, al is dit verschil niet significant (Monshouwer et al., 2008).

4.1.2 Locaties waar jongeren drugs gebruiken

Drugsgebruik relatief hoog in uitgaanscircuit

Jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven gebruiken aanzienlijk meer harddrugs dan de algemene bevolking (Van der Poel et al., 2010). Het gaat daarbij vooral om ecstasy, cocaïne en in iets mindere mate amfetamine.

De meest gebruikte drug onder jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven is cannabis, maar tijdens de uitgaansavond gebruikten partygangers net iets vaker ecstasy dan cannabis; respectievelijk 18 en 17% (Van der Poel et al., 2010). In paragraaf 4.4.3 gaan we uitgebreider in op drugsgebruik in het uitgaanscircuit.

4.1.3 Verschillen tussen jongeren

Jongeren met lager opleidingsniveau gebruiken meer cannabis

Scholieren op het VMBO-b beginnen vaak eerder met cannabis dan scholieren op andere schooltypen: cannabisgebruik stijgt op het VMBO-b van 2% op 12-jarige leeftijd naar 11% op 14-jarige leeftijd. Van de scholieren op het VMBO, de HAVO en het VWO gebruikt 3 tot 5% op 14-jarige cannabis. Op 16-jarige leeftijd zijn deze verschillen alleen nog zichtbaar tussen VWO-ers en VMBO-b-ers. HAVO-leerlingen vertonen dan een vergelijkbaar cannabisgebruik als VMBO-leerlingen (Schrijvers & Schuit, 2010).

Schoolniveau blijkt niet in alle studies samen te hangen met prevalentie, maar wel met de frequentie en hoeveelheid die wordt geblowd (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Scholieren op het VMBO die wel eens blowen, blijken vaker en meer te blowen dan VWO-scholieren die wel eens blowen (Monshouwer et al., 2008).

Schrijvers & Schuit (2010) verklaren de verschillen tussen vroegtijdig cannabisgebruik onder VMBO-b en overige scholieren doordat die eerste groep meer vrije tijd met vrienden doorbrengt, vaker gedragsproblemen heeft en minder moederlijke monitoring ervaart. Ook blijken deze jongeren vaker in een eenoudergezin te wonen.

Cannabisgebruik opvallend hoog op REC-4 scholen

Slechts 1% van alle scholieren van het voortgezet onderwijs gaat naar een REC-4 school (scholen voor jongeren met ernstige gedrags- of psychiatrische stoornissen). Toch noemen we deze populatie hier, want cannabisgebruik is hoog op REC-4 scholen; 41% van de jongeren op deze scholen heeft in de afgelopen maand cannabis gebruikt vergeleken met 13% van de jongeren van het reguliere onderwijs (leeftijd: 12-16 jaar). De prevalenties onder leerlingen van andere schooltypen van het speciaal onderwijs⁴⁹ verschillen niet veel van die onder leerlingen van het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009).

Jongeren op het speciaal onderwijs gebruiken vaker harddrugs

Ook de prevalentie van harddrugsgebruik is op bepaalde schooltypen van het speciaal onderwijs hoger dan op het reguliere onderwijs. Van de 16-jarigen op REC-4 scholen heeft bijvoorbeeld 18% ooit ecstasy gebruikt, vergeleken met 3% van de 16-jarigen in het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009).

Cannabisgebruik komt veel voor bij uiteenlopende groepen probleemjongeren

Relatief hoge percentages actuele cannabisgebruikers (tussen circa 30% en 80%) worden daarnaast gevonden onder uiteenlopende groepen probleemjongeren, zoals zwerfjongeren, gedetineerde jongeren en jongeren in de jeugdzorg en in spijbelprojecten (Van Laar et al., 2010).

⁴⁹ Andere typen speciaal onderwijs zijn Praktijkonderwijs (Pro) en Leerwegondersteunend onderwijs (Lwoo).

Harddruggebruik is relatief hoog onder 20-25 jarigen

Het laatste Nationaal Prevalentie Onderzoek in 2005 laat geen nauwkeurige uitsplitsing van harddruggebruik toe naar specifieke leeftijdsgroepen. Het wat oudere bevolkingsonderzoek uit 2001 suggereert dat het gebruik van harddrugs het hoogst is in de leeftijdsgroep 20 tot 24 jaar (Abraham et al., 2002).

Druggebruik in de stad omvangrijker dan op het platteland

Hoewel verschillen tussen stad en platteland kleiner beginnen te worden, is druggebruik in de grote stad omvangrijker dan in dorpen en kleine steden. Nabben et al. (2007b) vermoeden dat het feit dat in steden meer jonge hoogopgeleiden wonen hierbij een rol speelt. Aanbod van drugs is in de stad gedifferentieerder, maar gebruikers komen op het platteland even gemakkelijk aan middelen als hun leeftijdsgenoten in de stad. Ook is er geen verschil te onderscheiden in kwaliteit van aangeboden drugs tussen stad en platteland (Nabben et al., 2007b).

4.1.4 Incidenten, problematisch gebruik en afhankelijkheid

Drugserelateerde verkeersongevallen

Het druggebruik onder automobilisten in Europa is de afgelopen decennia toegenomen (Raes et al., 2008). Ook in Nederland lijkt er sprake te zijn van een stijging, gezien de toename van verkeersongevallen waarbij de bestuurder drugs heeft gebruikt. Midden jaren tachtig wees onderzoek in Rotterdamse ziekenhuizen uit dat 5% van de gewonde bestuurders drugs had gebruikt (Vis, 1989). Bij onderzoek onder ernstig gewonde verkeersslachtoffers uit Tilburg en omgeving in 2005 bleek dat bijna 20% van de gewonde autobestuurders drugs had gebruikt (Mathijssen & Houwing, 2005). De onderzoekers vonden bij 3,4% van de gewonde autobestuurders sporen van cannabis in het lichaam aan. Ruim 10% had alcohol en drugs gebruikt en ruim 7% had een combinatie van verschillende drugs gebruikt (SWOV, 2009).

Hulpvraag door cannabisgebruikers neemt toe

Volgens het NEMESIS onderzoek in 2007-2009⁵⁰ komt cannabisafhankelijkheid het meest voor onder jonge mannen van 18 tot 24 jaar⁵¹. Voor cannabismisbruik zijn de prevalenties in de leeftijdsgroepen 18 tot 24 jaar 1,1% voor mannen en 0,5% voor vrouwen⁵². Omgerekend naar de bevolking voldoen 11.300 mensen van 18 tot 24 jaar aan de diagnose cannabismisbruik en 15.600 aan de diagnose cannabisafhankelijkheid.

In 2008 stonden er 859 jongeren van 15 tot 18 jaar en 2.201 jongeren van 19 tot 24 jaar ingeschreven bij instellingen voor verslavingszorg met een primair cannabisprobleem. De verslavingszorg registreerde in het afgelopen decennium een toename van het aantal jonge cannabisgebruikers. Onder jongeren (15 tot 19 jaar) is het aantal hulpvragers meer dan verdubbeld (IVZ, 2009; IVZ, 2010).

⁵⁰ Onderzoek in de algemene bevolking van 18-64 jaar.

⁵¹ DSM IV, 12-maansprevalentie 1,8% versus 0,4% onder jonge vrouwen van 18-24 jaar.

⁵² Het betreft hier echter kleine aantallen en de betrouwbaarheidsintervallen zijn groot.

Het is de vraag of deze trend (alleen) een stijging in het probleemgebruik reflecteert. Mogelijk wordt er ook sneller doorverwezen, zoeken gebruikers vaker hulp en/of is het hulpaanbod verbeterd. Instellingen bieden steeds vaker specifieke interventies voor jongeren, zoals internetbehandeling en jongerenklinieken (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; Smit et al. 2007).

GHB: toename incidenten eerste hulp en afhankelijkheid

Van gemelde drugsgerelateerde incidenten in 2009 in vier regio's van Nederland en op grootschalige evenementen is 20% toegeschreven aan GHB. Een hoog aantal gezien het relatief geringe gebruik (een vergelijkbaar percentage werd in verband gebracht met ecstasygebruik, een middel met een aanzienlijk hogere prevalentie van gebruik). Daarnaast is de mate van intoxicatie bij GHB-incidenten vaker ernstig⁵³ dan incidenten gerelateerd aan andere drugs (Vogels, 2010). De Stichting Consument en Veiligheid rapporteerde een forse stijging van het aantal behandelingen bij Spoedeisende Hulp afdelingen van ongevallen na GHB gebruik in de periode 2003 tot 2009. De behandelingen hadden voor 65% plaats in het weekend (Valkenberg, 2009; Consument & Veiligheid, 2010).

De laatste jaren lijkt het gebruik van GHB zich te hebben verlegd van uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de Randstad naar een grotere groep jongeren uit de provincie, hoewel prevalentie cijfers in deze groepen ontbreken. Deze jongeren gebruiken het middel ook buiten het uitgaansleven (Van Laar et al., 2010). Incidenten komen voor op grote dance-evenementen en in de horeca, maar ook thuis of op straat (Vogels, 2010)

Het aantal GHB gebruikers dat hulp zoekt bij de verslavingszorg vanwege GHB verslaving is afgelopen jaren toegenomen. Cijfers van Verslavingszorg Noord Nederland laten zien dat iets meer dan de helft van de cliënten man is met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar (Quo Fadis, 2009). In de regio Gelderland wordt voornamelijk gesproken over verslaving bij jongeren in de leeftijd tussen 16 en 24 jaar (De Jong et al., 2009).

Ecstasy, amfetamine weinig verslavingsproblematiek

De verslavende werking van ecstasy is vermoedelijk gering. Amfetamine en ecstasy kunnen wel leiden tot afhankelijkheid bij frequent gebruik, zeker indien sprake is van methamfetamine⁵⁴ (Nabben et al., 2008). Dit laatste middel wordt in Nederland echter (gelukkig) weinig/zelden gebruikt.

⁵³ Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateuze toestand, wild/agressief, gestoorde 'vital parameters' (temperatuur, pols en bloeddruk).

⁵⁴ Methamfetamine wordt in Nederland vrijwel niet gebruikt, maar is in landen als Australië en de Verenigde Staten wel populair. Dit middel is zeer verslavend. Incidenteel bevatten pillen die in Nederland als amfetamine zijn verkocht ook methamfetamine.

Samenvatting

Hoeveel jongeren gebruiken drugs?

- De meeste Nederlandse jongeren die beginnen met het gebruik van cannabis doen dat in de middelbare schoolleeftijd, waarbij het gebruik toeneemt naarmate jongeren ouder worden. Dat geldt sterker bij jongens dan bij meisjes.
- De afgelopen jaren is sprake van een lichte daling van het cannabisgebruik onder Nederlandse jongens. Bij meisjes was dit niet het geval.
- Middelengebruik gaat vaak samen. Scholieren die cannabis gebruiken, gebruiken vaker harddrugs dan scholieren die dit niet doen.
- Harddrugsgebruik komt veel minder vaak voor dan cannabisgebruik. Bovendien lijkt het gebruik van harddrugs onder jongeren tot 18 jaar de afgelopen jaren te zijn afgenomen.

Verschillen tussen jongeren

- Het gebruik van harddrugs komt bij jongens iets vaker voor dan bij meisjes.
- Het gebruik van harddrugs komt het meest voor bij jongeren in de leeftijd van 20-25 jaar.
- Scholieren op het VMBO-b beginnen eerder met het gebruik van cannabis dan VWO-scholieren. Bovendien gebruiken scholieren op het VMBO, als zij eenmaal blowen, meer cannabis dan blowende scholieren op het VWO.
- Scholieren van REC-4 scholen gebruiken relatief vaak harddrugs in vergelijking met scholieren van het reguliere onderwijs.
- Cannabisgebruik komt veel voor op REC-4 scholen. Cannabisgebruik op andere vormen van speciaal onderwijs verschilt niet significant met gebruik op het reguliere onderwijs.
- Cannabisgebruik komt relatief veel voor bij uiteenlopende groepen probleemjongeren, waaronder jongeren in spijbelprojecten, jongeren in de jeugdzorg, gedetineerde jongeren en zwerfjongeren.

Locaties waar jongeren drugs gebruiken

- Jongeren en jongvolwassenen in het uitgaanscircuit gebruiken bovendien aanzienlijk meer harddrugs dan de algemene bevolking. Cocaine, amfetamine en ecstasy zijn de meest populaire harddrugs. Cannabis is echter de meest gebruikte drug onder uitgaanders.

Incidenten, problematisch gebruik en afhankelijkheid

- Drugsgelerateerde verkeersongevallen lijken toe te nemen. Daarbij gaat het veelal om gecombineerd gebruik van verschillende drugs of drugs en alcohol.
- Er zijn signalen dat het aantal jongeren dat hulp zoekt voor cannabismisbruik of afhankelijkheid toeneemt. Niet duidelijk is of er een daadwerkelijke stijging in problematisch gebruik is, of dat betere verwijzing en een beter hulpverleningsaanbod een rol spelen.
- Het gebruik van GHB resulteerde afgelopen jaren in een sterke stijging van het aantal behandelingen op de spoedeisende hulp. Ook het aantal aanmeldingen bij de verslavingszorg vanwege GHB-gebruik is toegenomen.

4.2 Welke effecten heeft het gebruik van drugs op jongeren?

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug onder Nederlandse jongeren. Daarom wordt in deze paragraaf met name op de effecten van cannabisgebruik ingegaan. Voor meer informatie over de effecten van andere drugs: zie www.trimbos.nl of www.rivm.nl.

Gewenste effecten van cannabisgebruik: ontspanning en creativiteit

Cannabis heeft zowel verdovende als bewustzijnsveranderende effecten. Door gebruik van cannabis treedt relaxatie van de spieren op waardoor gebruikers zich loom of 'stoned' kunnen voelen, en de waarneming verandert. Ook kan de zintuiglijke waarneming veranderen. Muziek kan intenser klinken, de tijd lijkt langzamer te gaan en de creativiteit kan worden bevorderd, zo melden gebruikers (Kerssemakers et al., 2008).

Cannabisgebruik vermindert o.a. het reactie- en concentratievermogen

Cannabisgebruik vermindert het reactievermogen, het concentratievermogen en het korte termijn geheugen. Na langdurig en intensief gebruik herstelt het cognitief functioneren zich doorgaans binnen een aantal dagen tot weken na stopzetting van het cannabisgebruik (Van Laar, 2006).

Hoog THC-gehalte: effect op motoriek en geheugen

Er is een dosering-response relatie tussen de hoeveelheid THC en de beïnvloeding van cognitieve en psychomotorische functies. Roken van cannabis met een hoge dosis THC⁵⁵ wordt geassocieerd met een lagere reactiesnelheid en een verzwakking van de motoriek. Ook de verzwakkende effecten van THC op het korte termijngeheugen worden sterker naarmate de dosis THC toeneemt (Hunault et al., 2009). Een toename van de hartslag heeft eveneens een lineair verband met de verhoging van de dosis THC in cannabis. Jonge, gezonde gebruikers kunnen de genoemde effecten van sterke cannabis vaak zonder complicaties verdragen (Van Laar et al., 2010). Voor specifieke risicogroepen, zoals individuen met hartproblemen, een sterk verzwakt immuunsysteem of een kritisch lage spermaproductie kan blootstelling aan THC een mogelijk additionele risicofactor vormen (CAM, 2008).

Effecten cannabisgebruik op de hersenen van adolescenten

De hersenen van adolescenten zijn nog volop in ontwikkeling. Uit proeven met adolescente dieren blijkt dat de proefdieren die blootgesteld werden aan een zeer hoge dosis cannabis langdurig verminderd cognitief functioneerden (Schneider, 2008; Schweinsburg et al., 2008). Omdat in het betreffende onderzoek veel hogere doseringen zijn gebruikt dan cannabisgebruikers ooit zullen consumeren, is het onduidelijk welke betekenis de resultaten hebben voor mensen. Aanwijzingen voor veranderingen in de hersenfunctie bij mensen zijn alleen gevonden voor extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik (CAM, 2008). Het is niet duidelijk wat deze functionele verandering in de hersenen betekent en wat de gevolgen van zwaar cannabisgebruik

⁵⁵ De belangrijkste werkzame (psychoactieve) stof in cannabis is THC. Het THC gehalte in nederwiet, de meest gebruikte cannabissoort in Nederland, is tussen eind jaren negentig tot 2004 sterk toegenomen (en sindsdien iets gedaald/gestabiliseerd, Niesink et al., 2009).

zijn op de lange termijn. Aangenomen wordt dat de meeste gevonden effecten omkeerbaar zijn na een periode van niet-gebruik (CAM, 2008).

Onervaren cannabisgebruikers ervaren meer negatieve effecten

Relatief onervaren cannabisgebruikers hebben meer kans op acute negatieve effecten, zoals een paniecreactie, gevoelens van buiten de werkelijkheid staan, duizeligheid, misselijkheid, braken diarree, buikkrampen en een droge mond (CAM, 2008; Van Amsterdam et al., 2009).

Cannabis en alcohol: vertraging reactiesnelheid

Het gebruik van cannabis in combinatie met alcohol kan een effect geven dat door gebruikers als prettig wordt ervaren. De combinatie vermindert de negatieve subjectieve effecten van de middelen afzonderlijk (Nabben & Korf, 2000). Het risico van het combinatiegebruik ligt vooral in directe lichamelijke effecten, zoals plotseling opkomende misselijkheid, braken en hoofdpijn. Dit kan, zeker bij onervaren gebruikers, een beangstigend gevoel geven (Nabben & Korf, 2000). Het combinatiegebruik van cannabis en alcohol heeft een negatief effect op de reactiesnelheid, die door beide middelen wordt vertraagd (Kerssemakers et al., 2008; Van Amsterdam et al., 2009).

Ecstasy-gebruik kan leiden tot verstoring van de hersenfuncties

Ecstasygebruik (of gebruik in het verleden) kan mogelijk leiden tot (langdurige) verstoring van de hersenfuncties (vooral geheugen, concentratievermogen en stemming). Het is niet bekend of herstel hiervan op kan treden (Pennings et al., 2004). Hersenschade kan waarschijnlijk optreden door oververhitting na gebruik van grotere hoeveelheden MDMA in een warme omgeving (> 18-20 °C). Gecombineerd gebruik van ecstasy en andere middelen kan risico's met zich meebrengen als toename van de hartslag en het langer duren van de verhoging van de lichaamstemperatuur.

Cocaïne verhoogt risico op hartproblemen

De effecten van cocaïne hangen af van de manier waarop het wordt gebruikt. Wanneer het wordt gesnoven komt het relatief langzaam in het bloed. Wanneer het wordt gerookt gebeurt dat al binnen enkele seconden. Bij hoge doses kan de hartfrequentie en de bloeddruk verhogen. Gevolgen van zijn onder andere ontstekingen aan de slijmvliezen wegens het samentrekken van de bloedvaten en oververmoeidheid. Cocaïne onderdrukt slaap. Daarnaast betekent het vernauwen van de bloedvaten een extra belasting voor het hart dat kan resulteren in hartritmestoornissen, een hoge bloeddruk, een hartinfarct en hersenbloeding (Kerssemakers et al., 2008).

GHB kan comateuze toestand veroorzaken

Mogelijke effecten van regulier recreatief gebruik van GHB zijn: vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuiptrekkingen. Bij overdosering kan de gebruiker in comateuze toestand raken (Benschop et al., 2009). Dosering van dit middel is vaak lastig omdat het verschil tussen 'recreatieve' dosering en overdosering vaak klein is (Moser & Pursell, 2000). Bij ontwakking uit de coma voelt de persoon zich vaak wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. Bij langdurig en intensief gebruik kan afhankelijkheid optreden. Tolerantie na frequent gebruik kan resulteren in steeds meer consumptie om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan

vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken, agressie, duizeligheid, bradycardie (vertraagde werking van het hart) en hypothermie (onderkoeling van het lichaam) (Van Sassenbroeck et al., 2007). Abrupt stoppen met GHB leidt tot een onthoudingssyndroom met symptomen als overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en hartkloppingen (Van Noorden et al., 2009).

Samenvatting

- In dit hoofdstuk worden primair de effecten beschreven van de meest populaire drug: cannabis. Voor effecten van andere drugs wordt verwezen naar www.trimbos.nl en www.rivm.nl.
- Cannabisgebruik vermindert het reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen. Bij langdurig en intensief gebruik gaat tevens het cognitief functioneren achteruit.
- Cannabis- (en THC) gebruik veroorzaakt een dosisgerelateerde afname van de reactiesnelheid en verslechtering van de motoriek en korte termijn geheugen.
- Er is weinig bekend over de effecten van cannabis gebruik op de ontwikkeling van de hersenen van adolescenten. Er zijn enige aanwijzingen uit proefdieronderzoek dat zwaar gebruik van cannabis het cognitief functioneren langdurig kan verminderen. Bij mensen met extreem zwaar en langdurig gebruik zijn bovendien aanwijzingen gevonden voor veranderingen in hersenfunctie.
- Relatief onervaren cannabisgebruikers hebben meer kans op acute negatieve effecten waaronder paniek, duizeligheid, misselijkheid en buikkrampen.
- Cannabis wordt regelmatig gebruikt in combinatie met alcohol. Het risico op acute negatieve gevolgen wordt door deze combinatie versterkt. Tevens heeft deze combinatie een negatief effect op de reactiesnelheid.
- Ecstasygebruik kan mogelijk leiden tot (langdurige) verstoring van de hersenfuncties. Het is niet bekend of herstel hiervan op kan treden.
- De effecten van cocaïne hangen af van de manier waarop het wordt gebruikt. Gebruik verhoogt het risico op hartproblemen.
- Door overdosering van GHB kan de gebruiker in comateuze toestand raken. Bij langdurig en intensief gebruik kan afhankelijkheid optreden. Tolerantie na frequent gebruik kan resulteren in steeds meer consumptie om hetzelfde effect te bereiken.

4.3 Individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van drugsgebruik bij jongeren

Ook in deze paragraaf wordt vooral ingegaan op de gevolgen van cannabisgebruik. Gevolgen van andere drugs die vooral betrekking hebben op jongeren worden tevens benoemd.

Cannabisgebruik kan negatieve invloed hebben op schoolprestaties

In paragraaf 2.3 is beschreven dat er een relatie is tussen alcoholgebruik door jongeren en schooluitval. Ditzelfde geldt voor het gebruik van cannabis (Ter Bogt et al., 2009). Jongeren die frequent cannabis gebruiken, spijbelen meer en zijn minder gemotiveerd, ook na correctie voor andere leefstijlfactoren. Dit effect is het grootst voor de jongste groep cannabisgebruikers en voor hoger opgeleiden.

Deze resultaten komen overeen met internationale onderzoeken. Ook daar blijkt dat het gebruik van cannabis door jongeren een negatief 'effect' heeft op schoolprestaties (Dewey, 1999; Bachman et al., 2008; Van Ours & Williams, 2009; Fergusson et al., 2007). Hoewel cannabisgebruik een directe (negatieve) invloed heeft op het leervermogen, kunnen ook andere factoren het verband tussen cannabisgebruik en schooluitval verklaren. Jongeren die cannabis gebruiken bevinden zich in een sociale context die een negatieve invloed heeft op schoolprestaties. Zij zoeken wellicht vaker aansluiting bij andere jongeren met 'anticonventioneel' gedrag, waar leren en presteren niet de norm is.

Toenemend bewijs dat cannabis risico op psychische stoornissen vergroot

Cannabisgebruik kan in hoge doses leiden tot angst, paniek en psychotische symptomen. Er is ook toenemend bewijs dat cannabisgebruik bij jongeren het risico op een latere psychotische stoornis vergroot (Schubart et al., 2010; Henquet et al., 2005; Smit et al., 2004; Van Os et al., 2002). Gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte lijkt daarbij een hoger risico te vormen dan cannabis met een lage THC-concentratie. Nog belangrijker lijkt echter de verhouding THC/CBD⁵⁶ te zijn. Des te lager het CBD-gehalte, des te hoger het risico op psychotische problemen (Morgan et al., 2010). Dit risico is hoger bij mensen die een voorgeschiedenis van psychotische symptomen hebben en mensen met een genetische aanleg voor psychotische stoornissen. Het risico op het ontstaan van psychotische stoornissen neemt toe naarmate er meer cannabis wordt gebruikt (CAM, 2008). Chronisch en zwaar gebruik wordt ook in verband gebracht met andere gezondheidsrisico's.

Relatie drugs, agressie en geweld is complex

De relatie tussen het gebruik van drugs en agressie en geweld is minder duidelijk, dan de relatie tussen alcohol en geweld. Drugsgerelateerd geweld komt in Nederland onder jongeren minder vaak voor dan alcoholgerelateerd geweld. Uit een wat oudere studie onder uitgaande jongeren is gebleken dat bijna driekwart van de ouders op het moment van agressief gedrag onder invloed is.

⁵⁶ CBD = cannabidiol, een niet-psycho-actieve stof in cannabis.

Hierbij gaat het in 84% van de gevallen om alcohol en in 14% om een combinatie tussen alcohol en drugs (Bieleman et al., 1998)⁵⁷.

De relatie met geweld verschilt per drug. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor jongeren. Voor cannabis en hallucinogenen is het bewijs voor een causaal verband inconsistent (Boles & Miotto, 2003) en het gebruik van ecstasy zou juist voor minder geweld zorgen (Graham & Homel, 2008). Het gebruik van een stimulerend middel zoals cocaïne of amfetamine kan tot agressief gedrag leiden. Gebruik van deze middelen kan leiden tot onder andere irritatie, motorische onrust, een geweldsuitbarsting of een delier (waarbij een persoon gedesoriënteerd, in de war en angstig kan zijn) (Bieleman et al., 1998). Recent onderzoek in vier Europese landen laat zien dat mannelijke gebruikers van cocaïne twee keer zo vaak betrokken zijn bij geweldsincidenten in vergelijking met niet-cocaïnegebruikers (Schnitzer et al., 2010). Er zijn ook aanwijzingen dat drugs soms bewust worden gebruikt ter voorbereiding op geweldsincidenten of om een excuus te hebben voor betrokkenheid bij dergelijke incidenten (Aldridge et al., 2008; Van Leiden et al., 2009).

Relatie combinatie van alcohol en cocaïne en extreem geweld: bewijs ontbreekt

Vaak wordt gesteld dat alcohol en cocaïne elkaar versterken en dat de combinatie kan leiden tot excessief agressief gedrag. Het wetenschappelijk bewijs voor deze veronderstelling ontbreekt voorsnog. Wel blijkt uit onderzoek dat de combinatie van alcohol en cocaïne kan leiden tot meer agressieve gedachten (Pennings et al., 2002). Ook valt op dat in door lokale partijen wel regelmatig wordt gesuggereerd dat geweldplegers een combinatie van stimulantia en alcohol hadden gebruikt (Van Hest, 2009). Ervaring van de politie is dat gecombineerd middelengebruik regelmatig een rol speelt bij excessief geweld (Muller et al., 2010).

Hoog drugsgebruik onder voetbalrelschoppers

Onderzoek naar profielen van verdachten van voetbalgerelateerd geweld laat zien dat middelengebruik bij deze groep veel voorkomt: 25 procent had drugs gebruikt voor de wedstrijd (Bogaerts et al., 2003). Drugsgebruik onder voetbalrelschoppers die verdacht worden van een geweldsmisdrijf is hoog: zestig procent gebruikt (ook buiten het voetbal) drugs. Daarbij gaat het vooral om cannabis, cocaïne of ecstasy. Uit interviews met voetbalcoördinatoren komt naar voren dat bij wedstrijden cocaïne bewust door supporters, vooral onder de zogenaamde harde kern, wordt gebruikt om zich op te peppen voor een rel (Van Leiden et al., 2009).

Relatie drugsgebruik en criminaliteit nog niet verklaard

De relatie tussen drugsgebruik door jongeren en criminaliteit is niet eenduidig. Drugsgebruik gaat samen met criminaliteit, maar de causaliteit is niet duidelijk. Er is vooral een sterke samenhang tussen gebruik van speed en cocaïne en criminaliteit (Kuhns & Clodfelter, 2009).

Uit onderzoek in Zweden is gebleken dat jongeren die voor hun 18e levensjaar drugs (cannabis of harddrugs) gebruiken, meer kans hebben op het plegen van een delict op latere leeftijd dan jongeren die geen drugs gebruiken. In deze studie is gecorrigeerd voor andere risicofactoren (Stenbacka & Stattin, 2007). Een mogelijke verklaring hiervoor zou zijn dat drugsgebruikers in een

⁵⁷ Deze studie is relatief oud. Recentere gegevens ontbreken.

subcultuur terecht komen waarin ook criminaliteit normaal is. Een andere verklaring is dat criminaliteit en drugsgebruik een gemeenschappelijke oorzaak hebben zoals impulsief gedrag.

Vooraf combinatie van middelen beïnvloedt rijvaardigheid

Onder jonge 'mannelijke' bestuurders van 18 tot 24 jaar is alcohol het meest gebruikte middel in het verkeer, gevolgd door cannabis, cocaïne en amfetamine. Cannabis beïnvloedt de rijvaardigheid en is een potentieel gevaarlijke drug in het verkeer (Ramaekers et al., 2004). Zoals beschreven in paragraaf 4.2 heeft cannabis, zeker in combinatie met alcohol, effect op de reactiesnelheid. Vooral de combinatie van verschillende drugs of de combinatie van alcohol en drugs is dan ook gevaarlijk in het verkeer. Dit komt voor onder 3% van de mannelijke bestuurders van 18-24 jaar (Brunt et al., 2006).

Samenvatting

- Jongeren die frequent cannabis gebruiken *spijbelen* vaker en zijn minder gemotiveerd op school. Verschillende studies laten een verband zien tussen cannabisgebruik en verminderde *schoolprestaties*.
- Er is toenemend bewijs dat het gebruik van cannabis het risico op het *ontstaan van psychische problemen en stoornissen* vergroot. Jongeren, vooral degenen met een bepaalde genetische predispositie, lopen een verhoogd risico op het ontstaan van psychosen en psychotische stoornissen. Ook kan cannabisgebruik in hoge doses leiden tot angst en paniek (acute effecten).
- De relatie tussen drugs en *agressie en geweld* is minder dan duidelijk dan de relatie tussen alcohol en agressie en geweld. De relatie met agressie en geweld lijkt per drug te verschillen, waarbij cocaïne en amfetamine het meest met agressie in verband worden gebracht.
- Er is op dit moment geen wetenschappelijk bewijs voorhanden waaruit blijkt dat de combinatie van alcohol en cocaïne kan leiden tot *excessief agressief gedrag*. Agressieve gedachten lijken echter wel toe te nemen. Door lokale partijen wordt bovendien regelmatig gesuggereerd dat geweldplegers een combinatie van stimulantia en alcohol hadden gebruikt.
- Middelengebruik komt relatief veel voor onder verdachten van voetbal gerelateerd geweld, die dat veelal bewust doen ter *voorbereiding op geweld*.
- Drugsgebruik, vooral cocaïne en amfetamine, hangt samen met *criminaliteit*. Onduidelijk is echter of er sprake is van een causaal verband of drugsgebruik en criminaliteit een gemeenschappelijke oorzaak hebben zoals impulsiviteit.
- Cannabis beïnvloedt de *rijvaardigheid* en is een potentieel gevaarlijke drug in het verkeer. Vooral de combinatie van verschillende drugs of de combinatie van alcohol en drugs is gevaarlijk in het verkeer.

4.4 Wat is er bekend over de risicofactoren van drugsgebruik bij jongeren?

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan verschillende factoren die van invloed blijken op drugsgebruik onder jongeren. In de eerste twee paragrafen worden achtereenvolgens persoonsgebonden factoren en omgevingsfactoren beschreven. In de laatste paragraaf wordt aandacht besteed aan risicovolle settings waarbinnen vaker en meer drugs wordt gebruikt door jongeren.

4.4.1 Persoonsgebonden risicofactoren

Adolescentie een risicovolle leeftijdsfase

De kwetsbaarheid van adolescenten voor het ontwikkelen van afhankelijkheid zoals beschreven in paragraaf (2.4.1) geldt niet alleen voor alcohol. Ook voor problemen met andere middelen zijn adolescenten gevoeliger dan volwassenen (Snoek et al., 2010). Overigens wordt er voornamelijk onderzoek gedaan naar de invloed van alcohol, aangezien dit het middel is dat het vaakst op vroege leeftijd wordt gebruikt (Monshouwer et al., 2008).

Vroeg middelengebruik is indicator voor later (problematisch) drugsgebruik

Vroeg beginnen met roken of alcohol is een belangrijke voorspeller voor later misbruik en afhankelijkheid van drugs (Korhonen et al., 2010; 2005, Duwe et al., 2001). Palmer et al. (2009) vonden daarnaast dat het gebruik van een bepaalde drug in de adolescentie een sterke voorspeller is voor later problematisch drugsgebruik. Ook wanneer mensen in adolescentie het ene middel gebruikten (voornamelijk alcohol) is de kans op ontwikkeling van een probleem met een ander middel op latere leeftijd groter (Palmer et al., 2009).

Jongens gebruiken vaker drugs

Zoals blijkt uit paragraaf 4.1, gebruiken jongens over het algemeen vaker cannabis en andere drugs (Monshouwer et al., 2008). Ook drugsgerelateerde problemen komen vaker voor onder jongens (Spooner, 1999).

Autochtone jongeren hebben vaker ervaring met drugs

Net als bij alcohol, speelt ook bij drugsgebruik etniciteit een rol, maar het verband verschilt sterk tussen etnische groepen. Nederlands-Marokkaanse jongeren gebruiken significant minder vaak cannabis dan andere etnische groepen (Nederlands, Nederlands-Surinaams en overig van westerse afkomst). Zo heeft slechts 2% van de Nederlands-Marokkaanse meisjes ooit cannabis gebruikt. Verder is opmerkelijk dat Nederlands-Antilliaans en Nederlands-Arubaanse meisjes vaker ervaring hebben met cannabisgebruik dan jongens uit deze groepen (Monshouwer et al., 2008).

Homoseksuele en biseksuele jongeren gebruiken vaker drugs

Net als bij alcohol, gebruiken homoseksuele en biseksuele jongeren vaker drugs (Matthys et al., 2006). Uit de Schorer monitor blijkt dat mannen die seks hebben met mannen vaker drugs gebruiken en onbeschermd seks hebben (Hilhorst et al., 2009).

Jongeren met lager opleidingsniveau gebruiken vaker drugs

Scholieren op het VMBO-b beginnen vaak eerder met cannabis dan scholieren op andere schooltypen. Deze verschillen nemen af naarmate de leeftijd toeneemt. Op 16-jarige leeftijd is uitsluitend nog sprake van een significant verschil met scholieren van het VWO (Schrijvers & Schuit, 2010). Schoolniveau blijkt niet in alle studies samen te hangen met prevalentie, maar wel met hoe vaak en hoe veel er wordt geblowd (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Leerlingen van het VMBO-b blowen frequenter en nemen meer joints per gelegenheid vergeleken met leerlingen van het VWO (Monshouwer et al., 2008).

LVG-jongeren kwetsbaarder voor gevolgen van drugsgebruik

Ooit-gebruik van de verschillende drugs lijkt bij LVG (licht verstandelijk gehandicapte) jongeren niet veel hoger te liggen dan in de algemene bevolking. Ook de beginleeftijd verschilt weinig van jongeren in het algemeen. Bransen et al. adviseren om desalniettemin extra aandacht aan deze groep te besteden gezien de grotere kwetsbaarheid van LVG-jongeren voor het ontwikkelen van drugsgerelateerde problemen. Bij deze groep vaker risicofactoren aanwezig, zoals erfelijke aanleg, beschikbaarheid van het middel en sociaaleconomische achterstand (Bransen et al., 2008).

Relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en drugsgebruik

Ook de persoonlijkheid van jongeren speelt een rol in drugsgebruik. Snoek et al. (2009) onderscheidt op basis van de literatuur (Conrod et al., 2006; Matthys et al., 2006; Huurre et al., 2010; Creemers et al., 2009) de volgende persoonlijkheidskenmerken die als een risicofactor worden beschouwd voor problematisch middelengebruik: angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken, sensatie zoeken, nieuwsgierigheid naar nieuwe dingen, vooral als dat samengaat met een lage score op 'vermijden van schade', impulsiviteit, lage eigenwaarde (alleen voor jongens) en: hoge sensitiviteit voor genot. Daarnaast bleek uit een recente studie dat er een directe relatie bestaat tussen sensatiezoekendheid van jongeren en beginleeftijd van cannabisgebruik (Creemers, et al., 2009). Verschillende persoonlijkheidstypen hebben verschillende motieven voor gebruik.

Verwachtingen beïnvloeden middelengebruik

De verwachtingen met betrekking tot (het effect van) een middel hebben impact op het gebruik ervan. Zo verhoogt een positieve uitkomstverwachting met betrekking tot het gebruik van ecstasy, de kans op het gebruik van ecstasy. Gebruikers hadden voor zij gebruikten al hogere verwachtingen met betrekking tot het versterken van het gevoel, het verkrijgen van meer zelfinzicht en euforie door het gebruik van ecstasy (Engels & Ter Bogt, 2004). Ook verwachtingen ten aanzien van het eigen gedrag zijn van invloed: Uit studies onder jongeren blijkt dat er een verband is tussen een lage eigen effectiviteitsverwachting⁵⁸ en drugsgebruik. Jongeren met een lage eigen effectiviteitsverwachting hebben meer kans drugs te gebruiken (Armitage et al., 1999; Barkin et al., 2002; Conner & McMillan, 1999). Het ervaren van meer persoonlijke controle over het gedrag, leidt tot minder drugsgebruik onder jongeren (Adalbjarnardottir & Rafnsson, 2001).

⁵⁸ Eigen effectiviteit = de waargenomen controle over het eigen gedrag (Ajzen, 1988).

Psychische problematiek en gedragsproblemen

Psychische stoornissen, en vooral gedragsstoornissen, zijn een belangrijke risicofactor voor gebruik en misbruik van drugs (Matthys et al., 2006; Monshouwer et al., 2006). Geschat wordt dat ongeveer de helft van de jongeren met CD (antisociale gedragsstoornis) ook een stoornis in het gebruik van middelen heeft (Hendren & Mullen, 2006). Merikangas & Avenevoli (2000) vonden bij veel psychiatrische stoornissen een verband met misbruik en afhankelijkheid (dus niet specifiek voor drugs). Bij de oppositioeneel-opstandige (ODD) en de antisociale gedragsstoornis was er ook een duidelijk verhoogde kans op gebruik. De kans op misbruik en afhankelijkheid bleek het hoogst voor de antisociale gedragsstoornis, daarna voor de oppositioeneel-opstandige gedragsstoornis, vervolgens kwamen de angststoornissen en de aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis en tenslotte de stemmingsstoornissen (Merikangas & Avenevoli, 2000). Ook depressie hangt samen met het ontstaan van drugsmisbruik. Depressie lijkt vaak eerder te ontstaan dan het drugsmisbruik (Merikangas et al., 1998).

Daarnaast zien we dat bij jongeren op REC-4 scholen (scholen voor jongeren met een ernstige gedrags- of psychische stoornis) het drugsgebruik relatief hoog ligt: van de 16-jarigen op REC-4 scholen heeft 18% ooit ecstasy gebruikt, vergeleken met 3% van de 16-jarigen in het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009). Het verband tussen internaliserende stoornissen en later drugsgebruik is minder duidelijk.

Genen hebben invloed op drugsgebruik

Net als bij alcohol, spelen genetische factoren een rol bij het gaan gebruiken van drugs en het ontwikkelen van stoornissen in drugsgebruik (Agrawal & Lynskey, 2009; Spooner, 1999). Over het algemeen wordt aangenomen dat middelenaafhankelijkheid en middelenuitgebruik worden bepaald door interactie tussen diverse genen en omgeving van een persoon (Enoch & Goldman, 1999). Er lijken grote verschillen te bestaan per gedraging. Zo spelen genen een belangrijker rol dan omgevingsfactoren bij het verklaren van vroege initiatie van alcoholgebruik. Frequentie van alcoholgebruik wordt grotendeels door omgevingsfactoren bepaald (Poelen, 2008). Niet duidelijk is in hoeverre dit ook geldt ten aanzien van drugs.

Verwachting is dat komende jaren meer inzicht zal komen in de rol van de diverse genen, die bijvoorbeeld samenhangen met persoonlijkheidskenmerken als 'novelty seeking' en stressregulatie (Evenblij, 2009).

4.4.2 Omgevingsfactoren

Gezin speelt een belangrijke rol bij drugsgebruik van kind

Het gezin speelt een belangrijke rol bij het alcoholgebruik van een kind. De invloed kan negatief zijn (Spooner, 1999). Dat is het geval in gezinnen waar de ouders of broers of zussen zelf veel drinken of psychische problemen hebben, waar veel conflict of geweld is, ouders weinig toezicht en betrokkenheid bieden of seksueel misbruik of verwaarlozing voorkomt (Huurte et al., 2010; Snoek et al., 2010; EMCDDA, 2008; Bergen et al., 2004).

Maar ouders kunnen ook een positieve invloed hebben. Een autoritatieve opvoedstijl, gekenmerkt door betrokkenheid, emotionele steun, liefdevolle binding en het stellen van duidelijke regels

(Stephenson & Helme, 2006; Spooner, 1999, Swadi 1999) lijkt een beschermende werking te hebben op drugsgebruik van jongeren.

Vrienden spelen een rol bij cannabisgebruik, maar vrijwel niet bij problematisch gebruik

De rol van vrienden wordt belangrijker rond het 14e levensjaar (Crone, 2010). Goedkeuring van vrienden is voor adolescenten belangrijker dan voor jonge kinderen (Huizink, 2010). Vooral tijdens de adolescentie zijn vrienden van invloed op het gebruik van cannabis door jongeren (Coffey et al., 2000). Jongeren zoeken vrienden uit die ook interesse hebben in drugs, maar daarnaast worden jongeren direct beïnvloed door hun vrienden (Bauman & Ennett, 1996). De rol van vrienden bij problematisch gebruik is kleiner dan bij gebruik (Höfler et al., 1999). Behalve directe druk van vrienden om te gebruiken, speelt de ervaren norm een rol (wat vinden volgens de jongere zijn/haar vrienden van cannabis?) (Conner & McMillan, 1999; Laflin et al., 1994).

4.4.3 Risicovolle settings

Jongeren in instituties, spijbelprojecten en detentie gebruiken vaak drugs

Snoeks et al., (2010) stellen dat middelengebruik sterk positief is gecorreleerd met 'contact met institutionele zorg'. Daaronder verstaan zij: opgenomen geweest zijn in een pleeggezin, een kindertehuis, een voorziening voor zwerfjongeren of een andere vorm van maatschappelijke opvang of een justitiële jeugdinstelling.

Jongeren die opgroeien in instituties (tehuizen, justitiële jeugdinstellingen) hebben meer kans om drugs te gebruiken dan jongeren die thuis zijn opgegroeid. Ook gebruiken deze jongeren vaak meerdere soorten drugs (EMCDDA, 2008). Onder jongeren in spijbelprojecten, gemarginaliseerde en gedetineerde jongeren en zwerfjongeren is het drugsgebruik relatief hoog (Van Laar et al., 2010). Ook onder jongeren in de residentiële jeugdzorg is de prevalentie van harddrugsgebruik hoger: van de 16-jarigen in de jeugdzorg heeft bijvoorbeeld 25% ooit ecstasy gebruikt, vergeleken met 3% van de 16-jarigen in het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009).

Uitgaanssetting en middelengebruik: duidelijke relatie

Typische partydrugs zoals ecstasy, amfetamine en cocaïne worden relatief vaak in het uitgaanscircuit gebruikt. Gebruik van 'oppeppende' drugs, zoals ecstasy, amfetamine en cocaïne worden vaker onder bezoekers van grootschalige party's dan bezoekers van clubs en discotheken gebruikt (Van der Poel et al., 2010). Net als voor alcohol geldt ook voor drugs dat de beschikbaarheid van invloed is op het gebruik door jongeren. Partydrugs zijn relatief makkelijk te verkrijgen in discotheken en nachtclubs (Buelga et al., 2006).

Ecstasygebruik komt het meest voor onder 20 tot 30 jarigen (Van der Poel et al., 2010). De gemiddelde leeftijd van actuele gebruikers van ecstasy ligt bij onderzochte uitgaanders op 26 jaar voor de partybezoekers en 23,5 jaar voor de clubbezoekers. Van recente ecstasygebruikers op party's bleek 11,3% probleemgebruiker te zijn in clubs en discotheken was dit 12,8% (Van der Poel et al., 2010).

Cocaïnegebruik komt met name voor onder uitgaanders die iets ouder zijn dan de meeste uitgaanders. Gebruikers van cocaïne zijn gemiddeld 26 jaar (party's) en 24 jaar (clubs). Van de

clubbezoekers heeft 4,8% de afgelopen maand cocaïne gebruikt en 10% het afgelopen jaar (Van der Poel et al., 2010). Van de partybezoekers gebruikte 11,8% in de afgelopen maand en afgelopen jaar 18,7%. Cocaïne wordt vaak gebruikt in combinatie met alcohol om een minder dronken gevoel te hebben (Pennings et al., 2002). Van recente cocaïnegebruikers op party's bleek 13,0% probleemgebruiker te zijn in clubs en discotheken was dit 12,8% (Van der Poel et al., 2010).

GHB is een middel dat in vergelijking met de algemene bevolking veel wordt gebruikt door bezoekers van party's en festivals. Van deze groep heeft 14% het middel ooit gebruikt en 5% deed dit nog in de afgelopen maand. Gemiddeld 3% heeft *GHB* gebruikt op de avond zelf, maar dit aandeel varieert sterk tussen gelegenheden. Gebruikers van *GHB* zijn gemiddeld 26 jaar (party's) en 22 jaar (clubs) (Van der Poel et al., 2010).

Cannabis is de meest gebruikte drug onder jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven, maar tijdens de uitgaansavond gebruikten partygangers net iets vaker ecstasy dan cannabis (respectievelijk 18 en 17%). Gebruikers van cannabis zijn gemiddeld 25 jaar (party's) en 21 jaar (clubs) (Van der Poel et al., 2010). In Amsterdam bleek bij onderzoek onder bezoekers van clubs 8% een riskante cannabisgebruiker (Benschop, 2008).

Onduidelijk of coffeeshops in omgeving van scholen zorgen voor meer gebruik

Het is niet bekend of coffeeshops in de buurt van scholen van invloed zijn op het gebruik van cannabis door jongeren (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Wel bekend is het percentage scholieren (recent gebruikers) dat in 2007 aangaf cannabis in een coffeeshop te kopen. De meerderheid van de scholieren boven de 18 haalt cannabis bij de coffeeshop (73%) maar ook van de jongere scholieren (12-17), die wettelijk niet eens naar binnen mogen in een coffeeshop, gaf 27% aan de coffeeshop te gebruiken voor het verkrijgen van cannabis (Monshouwer et al., 2008).

Samenvatting

Persoonsgebonden factoren:

- *Adolescentie* is een risicovolle leeftijdsfase, doordat adolescenten minder directe negatieve gevolgen van middelen ervaren. Hersenen in ontwikkeling zijn daarnaast extra kwetsbaar voor invloed van middelen en raken sneller afhankelijk van een middel.
- *Middelengebruik op jonge leeftijd* is een indicator voor problematisch gebruik op latere leeftijd.
- Het gebruik van drugs lijkt samen te hangen met *seksuele voorkeur*. Homoseksuele en biseksuele jongeren gebruiken vaker drugs.
- *Jongens* gebruiken vaker drugs en hebben vaker drugsgerelateerde problemen dan meisjes.
- *Jongeren op het VMBO-b* beginnen vaak op jongere leeftijd met het gebruik van cannabis. Actuele gebruikers gebruiken frequenter cannabis dan jongeren op het VWO. Het

drugsgebruik op REC-4 scholen is aanzienlijk hoger dan het drugsgebruik in het reguliere onderwijs.

- *Gedragstoornissen* vergroten het risico op het gebruik en misbruik van drugs. Ook de *persoonlijkheid* van jongeren speelt een rol in drugsgebruik. Jongeren die impulsief of sensatiezoekend van aard lopen meer risico om drugs te gaan gebruiken.
- De *verwachtingen die jongeren hebben van (de effecten van)* het gebruik van drugs en hun vermogen weerstand te bieden aan de verleiding zijn van invloed op het daadwerkelijke gebruik van drugs.
- Er wordt aangenomen dat bij jongeren met een bepaalde *genetische aanleg* het risico groter is dat zij drugs gaan gebruiken.

Omgevingsfactoren:

- *Gezinsfactoren* spelen een grote rol in het drugsgebruik van jongeren. Beschermende factoren zijn een goede band tussen ouder en kind en een autoritatieve opvoedstijl. Een slechte ouder - kind relatie en psychische problematiek of middelengebruik van de ouders zijn risicofactoren.
- Jongeren zijn sneller geneigd drugs te gebruiken als hun *vrienden* dit ook doen. De rol van vrienden bij problematisch gebruik is echter kleiner dan bij gebruik.
- *Beschikbaarheid van drugs* is van invloed op het gebruik van drugs. Het is onduidelijk welke rol de aanwezigheid van coffeeshops in de omgeving van scholen heeft op het cannabisgebruik van scholieren.

Risicovolle settings:

- Jongeren die *opgroeien in instituties*, zoals de jeugdzorg of een justitiële jeugdinrichting gebruiken relatief vaker drugs. Ditzelfde geldt voor jongeren in spijbeltrajecten en zwerfjongeren.
- Jongeren die *veelvuldig uitgaan* gebruiken relatief vaak partydrugs, waarbij bezoekers van grootschalige party's vaker drugs gebruiken dan bezoekers van clubs en discotheken.
- Het is niet duidelijk in hoeverre *coffeeshops in de omgeving van scholen* zorgen voor meer gebruik onder scholieren.

5. Preventie van drugsgebruik onder jongeren

Dit hoofdstuk betreft de preventie van drugsgebruik onder jongeren (inclusief jongvolwassenen). Allereerst wordt in paragraaf 5.1 het Nederlands drugspreventiebeleid voor jongeren geschetst. Paragraaf 5.2 beschrijft de partijen die betrokken zijn bij de preventie van drugsgebruik. Aansluitend schetst paragraaf 5.3 de beleidsmaatregelen en paragraaf 5.4 de interventies die effectief zijn ter preventie van drugsgebruik onder jongeren.

Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, is cannabis de meest gebruikte drug onder jongeren en jongvolwassenen (18 tot 24 jaar). Derhalve besteden we in dit hoofdstuk de meeste aandacht aan deze drug.

5.1 Hoe ziet het Nederlands beleid ter preventie van drugsgebruik door jongeren eruit?⁵⁹

In deze paragraaf wordt het Nederlandse beleid ter preventie van drugsgebruik uiteengezet. Allereerst de context van het beleid en de doelstellingen, gevolgd door het beleid toegespitst op specifieke middelen en daarna op de doelgroep die in dit rapport centraal staat, namelijk jongeren.

Nederlands preventiebeleid gericht op voorkomen van drugsgebruik en beperken risico's van drugsgebruik

De context waarin het Nederlandse drugsbeleid zich vanaf medio jaren negentig ontwikkeld heeft, is een toename van overlast door problematisch drugsgebruik, snelle verspreiding van hiv onder drugsgebruikers en een snel toenemende populariteit van partydrugs zoals ecstasy, en in het algemeen de snelle stijging van alcohol- en drugsgebruik onder jongeren vanaf eind jaren tachtig. Begin deze eeuw werd ook de potentiële schadelijkheid van cannabisgebruik onderkend als gevolg van het toenemend aantal cannabisgebruikers in de hulpverlening, de stijging van het THC-gehalte in cannabis en aanwijzingen voor een relatie tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen (Croes & Van Gageldonk, 2009).

Van oudsher staan drie doelstellingen centraal in het drugsbeleid:

- Het ontmoedigen van de vraag naar drugs door middel van goede preventie, hulpverlening en 'harm reduction'.
- Bestrijding van drugscriminaliteit door middel van de aanpak van productie van drugs en handel in drugs.
- Aanpak van drugsgebruik waar dit leidt tot verstoring van de openbare orde of zorgt voor andere overlast (bijvoorbeeld parkeer-, verkeer- en geluidsoverlast bij coffeeshops en overlast van hangjongeren bij coffeeshops) (Kerssemakers et al., 2008).

⁵⁹ Deze paragraaf beschrijft het beleid onder Balkenende IV. Deze publicatie kwam tot stand ten tijde van het kabinet Balkenende IV. Ten tijde van het ter perse gaan, werd het kabinet Rutte-Verhagen geformeerd.

In de Hoofdlijnenbrief Drugsbeleid (Tweede Kamer, 2010a) formuleert het kabinet Balkenende IV de nieuwe hoofdlijnen voor het drugsbeleid. De algemene doelstelling van het drugsbeleid wordt als volgt geformuleerd: "Het Nederlandse drugsbeleid richt zich op het tegengaan en reduceren van drugsgebruik, zeker voor zover leidend tot gezondheids- en sociale schade, en eveneens op het voorkomen en verminderen van de schade die aan het gebruik van, de productie van en de handel in drugs is verbonden."

In de Hoofdlijnenbrief Drugsbeleid staan de kernpunten van de kabinetsvisie (Balkenende IV) op het drugsbeleid beschreven. De Hoofdlijnenbrief gaat in op de aanbevelingen in het rapport "Geen deuren maar daden" van de Adviescommissie Drugsbeleid (2009). Het kabinet Balkenende IV nam op hoofdlijnen het advies van de commissie over, om een aantal onderwerpen met voorrang aan te pakken: aandacht voor jongeren; versterking en verbreding van de strijd tegen de georganiseerde drugsmisdaad en; permanente monitoring en systematischer handhaving en evaluatie. Hiernaast blijven de voor het Nederlandse drugsbeleid kenmerkende onderwerpen als behandeling, harm reduction en de internationale dimensie permanente politieke en bestuurlijke aandacht krijgen. Wat betreft coffeeshop stelde het kabinet zich ten doel om de overlast en criminaliteit rondom coffeeshops te verminderen, en coffeeshops voor de gedoogde verkoop van hasj en wiet kleinschalig te maken door verkoop alleen voor lokale gebruikers toe te staan (Ministerie van VWS, 2009).

Nederlands drugsbeleid vanaf 1995: algemeen en toegespitst op specifieke middelen

In de drugsnota 1995 en latere beleidsnotities zijn de volgende voornemens vastgelegd (Croes & Van Gageldonk, 2009):

- Algemeen: breed pakket activiteiten, zoals voorlichtingscampagnes, telefonische informatielijn, voorlichting in het onderwijs, voorlichting in uitgaansgelegenheden en coffeeshops.
- Met betrekking tot ecstasy: voorlichting gericht op koeriers, intensivering voorlichting voor gebruikers, intensivering van het monitoren van de gebruikersmarkt, verbeteren monitoren marktaanbod, preventie van ongelukken door voorlichting, toename van de verspreiding van het gebruik van producten uit het project Uitgaan, Alcohol en Drugs, peerpreventie, toename gebruik internet voor voorlichting, kwantitatief onderzoek naar gebruikersmarkt, monitoring gezondheidsincidenten.
- Met betrekking tot cannabis: continuering van voorlichtingscampagnes, intensivering preventie voor risicogroepen, minder vrijblijvende voorlichting in coffeeshops.
- Realisatie van een Landelijke Steunfunctie Preventie.
- Andere onderdelen van preventie: coffeeshopbeleid, bestuurlijke en justitiële maatregelen, monitoractiviteiten, onderzoek.

Drugs en jeugd: aandacht voor kwetsbare jongeren

De lijnen voor het toekomstige drugsbeleid zijn uitgezet in de Hoofdlijnenbrief Drugbeleid (Tweede Kamer, 2010a). In deze brief wordt een aantal prioriteiten benoemd. Aandacht voor jongeren is daar één van. Het tegengaan van het gebruik van drugs en alcohol door minderjarigen moet volgens het kabinet meer aandacht krijgen. Ook is het van belang dat met name kwetsbare

jongeren beschermd worden tegen gebruik van deze middelen samenhangend probleemgedrag en tegen sociale marginalisering. Naast de mogelijke (directe) gezondheidsschade vindt de overheid schade aan persoonlijke groei en schade in brede zin (psychosociale en gedragsstoornissen, schoolverzuim, plegen van delicten) argumenten om voor minderjarigen een strengere en meer beschermende koers te gaan varen. Naast voorlichting, vroegsignalering en het versterken van de coördinatie van zorg, wordt ook ingezet op het beperken van riskant middelengebruik in het uitgaansleven. Hierbij worden naast preventie en hulp ook meer handhavende instrumenten ingezet. In 2010 en 2011 zullen in een aantal gemeenten pilots worden uitgevoerd gericht op het tegengaan van overlast veroorzaakt door of vanwege coffeeshops.

Drugs en verkeer: handhaving moet gemakkelijk worden met nieuwe wet

Deelname aan het verkeer onder invloed van stoffen die invloed hebben op de rijvaardigheid is verboden, zo stelt de Wegenverkeerswet. Handhaving van de wet met betrekking tot drugs in het verkeer is een knelpunt, aangezien niet duidelijk is vastgelegd wanneer sprake is van 'invloed van drugs op het rijgedrag' en gebruik van speekseltesters om drugsgebruik aan te tonen niet gangbaar was. Bovendien zijn niet alle drugs aantoonbaar met behulp van de beschikbare speekseltesters.

In 2008 is een pilot gestart om drugsgebruik bij bestuurders snel aan te kunnen tonen met behulp van speekseltesters. De Ministeries van Verkeer en Waterstaat en Justitie wilden met de pilot nagaan of met de inzet van speekseltesters een bijdrage kan worden geleverd aan het terugdringen van het aantal verkeersdeelnemers dat onder invloed is van drugs en daarmee aan het verbeteren van de verkeersveiligheid (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2010). De pilot resulteerde in een positieve aanbeveling over het gebruik van speekseltesters (Kuijten, 2009) en het kabinet werkt aan een aanpassing van wetgeving voor het gebruik van speekseltesters bij het bestrijden van drugs in het verkeer.

De herziening van de Wegenverkeerswet⁶⁰ moet de belangrijkste knelpunten wegnemen. Er zijn, op basis van advies van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI), grenzen voorgesteld waarbij wordt aangenomen dat het middelengebruik het rijgedrag beïnvloedt: amfetamine en cocaïne in het bloed van de bestuurder mag niet hoger zijn dan 50 microgram per liter bloed. Voor cannabis is een grens voorgesteld van 3,0 microgram tetrahydrocannabinol per liter bloed (Rijksoverheid, 2010a). Definitieve grenzen worden nog vastgesteld.

Speekseltesters worden ingezet als voorselectie, maar hebben geen juridische status. Daarvoor is een bloedtest nodig. Medewerking aan speekseltesters wordt wel verplicht. Omdat met speekseltesters nog niet het gebruik van alle drugs (bijvoorbeeld GHB) kan worden vastgesteld, zal ook de huidige wijze waarop wordt bepaald of een bestuurder onder invloed is, in de Wegenverkeerswet 1994 worden vastgelegd. Het gaat hier om de verplichting om mee te werken aan een aantal coördinatietesten (Rijksoverheid, 2010b).

⁶⁰ Ten tijde van de afronding van dit rapport moet de herziening van de Wegenverkeerswet nog bij Koninklijk besluit worden vastgesteld.

5.2 Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van drugsgebruik door jongeren?

Verschillende partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk drugsgebruik onder jongeren, zowel op landelijk niveau als op lokaal niveau, zowel onafhankelijke organisaties als de alcoholbranche zelf. Onderstaand overzicht, geeft een overzicht van betrokken partijen bij preventie van drugsgebruik onder jongeren.

Wetgeving en handhaving op landelijk niveau⁶¹

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de algehele coördinatie van het drugsbeleid. Drugsgerelateerde problematiek in Nederland wordt namelijk vooral gezien als een gezondheidsrisico. Het ministerie van VWS stelt onderzoeksgelden beschikbaar voor onafhankelijk onderzoek via ZonMw en via Resultaten Scoren en heeft via het Centrum Gezond Leven (RIVM) een erkenningscommissie voor preventieve interventies ingesteld. Onderdeel van deze erkenningscommissie is het beoordelen van interventies gericht op de preventie van drugsgebruik.
Ministerie van Justitie	Verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving van het beleid op basis van de opiumwet. Ook de douane valt onder verantwoordelijkheid van dit ministerie. Daarnaast doet dit ministerie via het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) onderzoek naar coffeeshops, drugswetcriminaliteit en criminaliteit gepleegd door drugsgebruikers. Heeft een erkenningcommissie voor gedragsinterventies in verband met vermindering of preventie van recidive, welke interventies op effectiviteit beoordeelt.
Ministerie van Verkeer en Waterstaat	Het ministerie van Verkeer en Waterstaat is verantwoordelijk voor de verkeersveiligheid. Belangrijkste wet in het kader van middelenbeleid is de Wegenverkeerswet uit 1994, het wettelijk kader om middelengebruik in het verkeer terug te dringen. Het ministerie beoogt in 2020 het aantal verkeersdoden hebben teruggebracht tot maximaal 500. Het ministerie wordt in het kabinet Rutten-verhagen onderdeel van het nieuwe ministerie van Infrastructuur en Milieu.
Ministerie van Binnenlandse zaken en koninkrijksrelaties (BZK)	Verantwoordelijk voor aangelegenheden op het gebied van lokaal bestuur en politie. Een van de hoofddoelstellingen van dit ministerie is het bevorderen van de openbare orde en de veiligheid. Mede verantwoordelijk voor het drugsbeleid, dat door het ministerie van VWS wordt gecoördineerd.

⁶¹ Deze tekst beschrijft de situatie onder het kabinet Balkenende IV. Ten tijde van het ter perse gaan van deze uitgave is duidelijk dat gedeeltes van BZK en Justitie onder het kabinet Rutten-Verhagen worden omgevormd tot het ministerie van Veiligheid en Justitie. Er komt geen nieuwe programmaminister voor Jeugd en Gezin. Het Ministerie van Verkeer en Waterstaat wordt omgevormd tot het ministerie van Infrastructuur en Milieu.

Landelijke organisaties die zich bezig houden met preventie en kennisinstellingen

Trimbos-instituut	Wetenschappelijk kennisinstituut op het gebied van geestelijke gezondheid en verslaving. Ontwikkelt en implementeert kennis gericht op (preventie van) middelengebruik/verslaving. Verantwoordelijk voor diverse monitor-onderzoeken naar middelengebruik onder jongeren. Coördineert diverse preventieactiviteiten, waaronder massamediale campagnes en ondersteunen van professionals, beheer van een telefonische informatielijn en een website waar mensen voor informatie terecht kunnen: <i>drugsinfo.nl</i> . Biedt ondersteuning aan lokale overheden bij uitgaansbeleid, in samenwerking met het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) via het Centrum Veilig en Gezond Uitgaan (CVGU).
Nederlands Jeugd Instituut (NJI)	Expertisecentrum over jeugd en opvoeding voor professionals in de jeugdsector. Heeft in samenwerking met het Centrum Gezond Leven (RIVM) een erkenningcommissie voor preventieve jeugdinterventies (waaronder preventie van middelengebruik), die interventies op effectiviteit beoordeelt.
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	Het Centrum Jeugdgezondheid heeft als doel het verbeteren van de kwaliteit van de inhoud en de uitvoering van het Basistakenpakket JGZ 0 tot 19 jaar. Tevens voert het beheerstaken uit op het gebied van de informatisering in de jeugdgezondheidszorg. Het Centrum Jeugdgezondheid is in 2006 gestart en is een onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
Nationaal instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) - programma jeugd	Het gezondheidsinstituut NIGZ ondersteunt professionals en organisaties bij de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering. Het programma jeugd richt zich op de jeugd en intermediairs, zoals GGD-medewerkers, docenten en jeugdzorgverleners. Het programma bereikt de jeugd via school en wijk, via justitiële jeugdinrichtingen, jeugdzorg en virtuele ontmoetingsplekken.
Resultaten Scoren	Het nationale project Resultaten Scoren coördineert en ondersteunt activiteiten en deelprojecten op het gebied van verslavingszorg, zorgt dat de publicaties met nieuwe inzichten worden verspreid onder professionals in de zorg en organiseert periodiek cholingsbijeenkomsten als er nieuwe richtlijnen zijn. Resultaten scoren was ondergebracht bij GGZ Nederland en wordt vanaf 2011 een zelfstandige stichting..
IVO	Het IVO is een landelijk opererend bureau met de hoofdvestiging in Rotterdam. Het doel van het IVO is de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen.
Stichting Wetenschappelijk Onderzoek	De SWOV is het nationale wetenschappelijke instituut voor verkeersveiligheidsonderzoek. Het is de taak van de SWOV om met kennis uit wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan de verbetering

Verkeerveiligheid (SWOV)	van de verkeersveiligheid. De SWOV houdt zich onder andere bezig met onderzoek naar rijden onder invloed van alcohol of drugs.
IVO	Het IVO is een landelijk opererend bureau met de hoofdvesting in Rotterdam. Het doel van het IVO is de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen.
Stichting Mainline	Stichting Mainline zet zich in om de gezondheid en de kwaliteit van leven van druggebruikers te verbeteren. Dit doet Mainline zowel nationaal als internationaal door harm reduction initiatieven te initiëren, te ontwikkelen en te ondersteunen. Harm reduction activiteiten gericht op jongeren vinden bijvoorbeeld plaats in de gevangenis en via instellingen voor beschermd wonen.
Hogescholen	Relevante lectoraten m.b.t. middelengebruik onder jongeren: <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Rob Bovens, lector verslavingskunde, Windesheim. • Dr. Anne Goossensen; lector verslavingszorg, InHolland. • Dr. Anneke Menger; lector werken in het Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht.
Universiteiten	Relevante leerstoelen m.b.t. middelenpreventie bij jongeren. <ul style="list-style-type: none"> • Prof. dr. Wim van den Brink: Hoogleraar Verslavingszorg bij het Academisch Medisch Centrum • Prof. dr. Pim Cuijpers: Hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. • Prof. dr. Rutger Engels: Hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. • Prof. dr. Ingmar Franken: Hoogleraar klinische psychologie aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. • Prof. dr. Henk Garretsen: Hoogleraar gezondheidszorgbeleid aan de Universiteit van Tilburg • Prof. dr. Anja C. Huizink : Bijzonder hoogleraar Biologisch-psychologisch onderzoek naar verslaving bij jeugdigen aan de Radboud Universiteit Nijmegen. • Prof. dr. Cor de Jong: Hoogleraar Verslavingszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen • Prof. dr. Dike van de Mheen: Bijzonder hoogleraar Verslavingsonderzoek bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg aan het Erasmus MC in Rotterdam. • Prof. dr. Ronald Knibbe : Hoogleraar sociale epidemiologie van alcohol- en drugsgebruik aan Universiteit Maastricht • Prof. dr. Gerard Schippers: Hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie aan de Universiteit van Amsterdam. • Prof.dr. Wilma Vollenbergh: Hoogleraar Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht.

Lokale partijen die zich bezighouden met drugspreventie

Gemeenten	Gemeenten hebben mogelijkheden om het drugsbeleid vorm te geven via het vergunningenstelsel. Zij kunnen op deze manier invloed uitoefenen op de beschikbaarheid van drugs (bijvoorbeeld via lokaal coffeeshopbeleid en tal van andere bestuursrechtelijke maatregelen). Ook kunnen zij in hun nota lokaal gezondheidsbeleid aangeven welke acties zij ondernemen voor preventie van drugsgebruik onder hun inwoners. Via de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) kunnen gemeenten een blowverbod instellen.
Zorgaanbieders in de eerste lijn	Bijvoorbeeld huisartsen, praktijkassistenten en verloskundigen. Zij zijn verantwoordelijk voor vroegsignalering en het geven van voorlichting over het gebruik van drugs en schadelijke gevolgen hiervan.
Regionale instellingen voor verslavingszorg (IVZ)	Regionale instellingen voor verslavingszorg zijn verantwoordelijk voor het al dan niet gezamenlijk uitvoeren van preventieve activiteiten om drugsgebruik (vooral onder jongeren) tegen te gaan. Meestal gebeurt dit in opdracht van de gemeente, in samenwerking met jongerencentra, scholen en politie. Per regio verschilt de taakverdeling tussen GGD en IVZ wat betreft drugspreventie.
Gemeentelijke/ gewestelijke Gezondheids Dienst (GGD)	Uitvoerders van het gemeentelijke beleid om de gezondheid van hun bewoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De Jeugdgezondheidszorg (0 tot 19 jaar) is een belangrijke taak van de GGD. Meestal werkt de GGD in opdracht van de gemeente, in samenwerking met jongerencentra, scholen en politie.
Consultatiebureau's	Het consultatiebureau is een instituut binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) dat medische basiszorg voor alle kinderen van 0 tot 4 jaar verzorgt.
Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)	Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is een inlooppunt voor gezinnen. Ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals kunnen hier terecht met alle vragen over opvoeden en opgroeien. In 2011 is in iedere gemeenten minimaal één inlooppunt aanwezig. In de CJG's werken o.a. (verschillend per gemeente) jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. CJG's zijn sinds kort ook digitaal te bereiken voor vragen van ouders en kinderen. Bij zware problemen kan het CJG doorverwijzen naar het Bureau Jeugdzorg.
Bureau Jeugdzorg	Vormen de toegangspoort voor de gehele jeugdzorg. Begeleiden kinderen, jongeren en ouders en verwijzen hen door naar andere hulpverleners. De wettelijke taken van Bureau Jeugdzorg zijn: indicatiestelling; uitvoering van de taken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling; uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen (voogdij, gezinsvoogdij) en jeugdreclassering.

Zorg Advies Teams (ZAT)	Het Zorg Advies Team (ZAT) is een team op een basisschool of een school voor voortgezet onderwijs waar vertegenwoordigers van de school en vertegenwoordigers van externe instanties in een gezamenlijk overleg zorgleerlingen bespreken. Deelnemers zijn over het algemeen: de zorgcoördinator van de school, een leerplichtambtenaar, een jeugdarts vanuit de GGD, een contactpersoon van het bureau jeugdzorg en de politie.
-------------------------	---

Kwaliteitsverbetering en bewaking

RIVM Centrum Gezond Leven (CGL)	RIVM Centrum Gezond Leven is door het ministerie van VWS ingesteld om te werken aan meer samenhang in lokale gezondheidsbevordering. Dit gebeurt door het bevorderen van het gebruik van de best passende leefstijlinterventies, bijvoorbeeld door bestaande interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang. Deze worden aangeboden via www.loketgezondleven.nl . CGL werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.
GGZ Nederland	GGZ Nederland is de vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Bevordert goede geestelijke gezondheid (szorg) en komt op voor alle randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om dit te bereiken. Beoogt met haar leden in de ggz-sector bewerkstelligen dat verandering en innovatie leiden tot het leveren van steeds betere zorg.
GGD Nederland	GGD Nederland is de koepelorganisatie van de GGD'en, waar kennis en informatie actief worden verzameld en uitgewisseld. Dat gebeurt ondermeer via GGDkennisnet.nl . Daarnaast zorgt GGD Nederland voor belangenbehartiging en draagt bij aan de kwaliteit van professionals binnen de GGD.
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Bewaakt de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

5.3 Wat zijn effectieve beleidsmaatregelen ter preventie van drugsgebruik door jongeren?

In deze paragraaf worden effectieve beleidsmaatregelen ter preventie van drugsgebruik besproken. Er is geen review gevonden over effectieve beleidsmaatregelen gericht op het voorkomen van drugsgebruik en/of het beperken van de risico's ervan bij jongeren. Als een dergelijke review zou bestaan, zou de vraag zijn in hoeverre die relevant is voor de Nederlandse context. Wel is er in 2008 een analyse uitgevoerd naar het huidige Amerikaanse drugsbeleid, waaruit blijkt dat er bij het bepalen van dat beleid onvoldoende rekening is gehouden met onderzoek naar kosteneffectiviteit van maatregelen (Pacula, 2008). Buitenlands drugsbeleid is over het algemeen vrijwel alleen gericht op naleving van het verbod op gebruik, bezit, productie en handel in drugs, hetgeen subtielere maatregelen zoals leeftijdsbeleid onmogelijk maakt. In Nederland zijn de mogelijkheden daartoe wat uitgebreider.

In deze paragraaf maken we daarom onderscheid tussen resultaten uit internationale studies (in paragraaf 5.3.1) en bevindingen omtrent het Nederlandse drugsbeleid (paragraaf 5.3.2). De belangrijkste uitkomsten van een recente evaluatie van het Nederlands drugsbeleid staan daarin centraal (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

5.3.1 Bevindingen uit buitenlandse studies

Effectiviteit van straffen op verkoop of bezit drugs niet aangetoond

Internationaal zijn er enkele voorbeelden van beperkende maatregelen betreffende het aanbod van drugs bekend. Het uitdelen van hoge straffen op de verkoop van drugs op plaatsen waar veel jongeren komen is zo'n maatregel. Ook het bestraffen van verkoop van vluchtige stoffen aan jongeren onder de 18 jaar, wanneer er een kans bestaat dat deze worden gekocht met het doel te inhaleren, is een voorbeeld (EMCDDA, 2007). Over de effectiviteit van deze maatregelen is niets bekend.

Maatregelen gericht op jongeren; meest bekend over maatregelen voor uitgaande jongeren

Er is ook een aantal maatregelen in het uitgaanscircuit die drugsgebruik kunnen beïnvloeden. Zo kan het voeren van een bepaald muziekbeleid invloed hebben op het alcohol- en drugsgebruik van de bezoekers (Calafat et al., 2009). Om de kans op drugsgerelateerde problemen in het uitgaanscircuit te verkleinen, wordt aangeraden om gratis water beschikbaar te stellen voor bezoekers van nachtclubs (Bellis et al., 2002).

Testservice voor pillen is internationaal een omstreden maatregel

Enkele landen, waaronder Zwitserland en Oostenrijk, bieden een testservice op grootschalige dance evenementen waarmee drugs kunnen worden getest op de inhoud van ongewenste/gevaarlijke stoffen. Uit onderzoek van Korf et al. (2003) en Benschop et al. (2002) blijkt dat de meeste gebruikers hun slikgedrag aanpassen aan de informatie die ze krijgen over de

samenstelling van de tablet. Ook constateerden de onderzoekers dat testen niet aanzet tot gebruik. Ondanks dat het Europese Parlement in 2003 een motie aannam om het testen van pillen op dance-evenementen te bevorderen, is er internationaal veel discussie over het testen van pillen. Sommigen zijn van mening dat het wellicht een dubbele boodschap afgeeft over de risico's die kleven aan het gebruik. Ook de harm reductie boodschap die ten grondslag ligt aan de testservice, wordt in veel landen niet ondersteund. Een meer praktisch bezwaar is dat alleen zeer geavanceerde apparatuur alle relevante stoffen kan detecteren (Calafat et al., 2009), hetgeen testen op lokatie bemoeilijkt. (Zie ook paragraaf 5.3.2 over de Nederlandse testservice.)

Combinatie van maatregelen, interventies en handhaving

De meeste effecten op het terugdringen van drugsgebruik en de daarmee samenhangende problemen worden verwacht van een combinatie van maatregelen, interventies en handhaving. Strenge handhaving van de regels en een goede samenwerking met inspecteurs en de politie is een voorwaarde voor effectiviteit van wetgeving (Pacula, 2008). In dit rapport beschrijven we een gecombineerde aanpak van maatregelen en interventies gericht op uitgaanders (het STAD project).

Drugs en verkeer: onderzoek naar controle door middel van speekseltesters

De effectiviteit van inzet van speekseltests om verkeersdeelname onder invloed van drugs te voorkomen is (nog) niet aangetoond. Sinds 2006 loopt een Europees project, getiteld DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines), dat inzicht moet geven in de tolerantiegrenzen voor drugs en psychoactieve geneesmiddelen en de effecten van middelengebruik op de verkeersveiligheid. De evaluatie van speekseltesters maakt deel uit van dit project; vanuit Nederland zijn de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) en de Universiteit Groningen deelnemers (Druid, 2010). Resultaten worden eind 2010 verwacht.

5.3.2 Bevindingen uit Nederlandse studies

Scheiding markten hard en softdrugs

In Nederland zijn de markten van softdrugs en harddrugs sinds midden jaren '70 gescheiden. Het is niet bekend of Nederlandse jongeren die cannabis gebruiken, daardoor minder harddrugs gebruiken dan in landen waar verkoop van cannabis niet worden gedoogd (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). Uit de ESPAD studie 2007 blijkt dat 28% van de Nederlandse jongeren ten minste één keer cannabis heeft gebruikt. Dit percentage is iets hoger dan in bijvoorbeeld België (24%) en Duitsland (20%) en iets lager dan in Engeland (29%) en Frankrijk (31%). Gemiddeld gebruikt 19% van de Europese jongeren ten minste één maal in zijn leven cannabis.

Strengere maatregelen voor coffeeshops

De landelijke maatregelen ten aanzien van coffeeshops zijn vastgelegd in de Opiumwet. Belangrijkste maatregel zijn de zogenaamde AHOJ-G criteria⁶². Hiermee geldt sinds 1996 voor het

⁶² AHOJ-G staat voor regels ten aanzien van Affichering, Harddrugs, Overlast, verkoop aan Jeugdigen, en verkoop van Grote hoeveelheden.

bezoek aan coffeeshops de leeftijdsgrens van 18 jaar. Dit was voorheen 16 jaar. Verhoging van de leeftijdsgrens leidde tot een afname van het aantal jongeren dat cannabis koopt in de coffeeshop en een toename van jongeren die via vrienden of kennissen aan cannabis komen (Korf et al., 2001). Onbekend is of deze maatregel ook drempelverhogend heeft gewerkt op het *gebruik* van cannabis.

Gemeenten kunnen coffeeshops daarnaast aanvullende eisen stellen met behulp van de Algemeen Plaatselijke Verordening (APV). Een recentere APV-maatregel om de beschikbaarheid van cannabis voor scholieren te beperken, is het sluiten van coffeeshops binnen een straal van 250 meter rond middelbare scholen (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Ook kunnen eisen worden gesteld aan de inrichting, openingstijden, opleiding van het personeel en voorlichting aan bezoekers (CCV, 2010). In paragraaf 5.4.5 wordt een interventie beschreven gericht op dit laatste punt.

Het strengere beleid ten aanzien van coffeeshops heeft ertoe geleid dat de laatste 10 jaar een groot aantal coffeeshops is gesloten (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). Trends in cannabisgebruik door jongeren lijken parallel te lopen met ontwikkelingen in beleid dat gevolgen heeft voor het aanbod van cannabis voor deze groep. Er is echter niet causaal vast te stellen of de stabilisering van het gebruik van cannabis door jongeren te wijten is aan genoemde maatregelen (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

Terugdringen problemen via blowverboden en regels voor coffeeshops

Overlast van coffeeshops verschilt per gemeente, maar betreft overwegend parkeer- en verkeersoverlast. Om overlast door coffeeshops terug te dringen, kunnen gemeenten lokale criteria instellen ten aanzien van sluitingstijden en terrassen (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

Om overlast op straat van rondhangende jongeren te beperken kunnen gemeenten via een APV (lokale) blowverboden opleggen. In juni 2008 waren er achttien gemeenten die hier gebruik van maakten. Projecten gericht op het terugdringen van overlast door coffeeshopbezoekers leiden soms wel en soms niet tot vermindering van overlast (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

Nederlandse testservices: focus op monitoring drugsmarkt

In Nederland werden tot 1999 drugs op grootschalige dance-evenementen getest. In 2001 wilde het Trimbos-instituut een onderzoek uitvoeren naar de voor- en nadelen van het testen op dance evenementen. Een motie van de Tweede Kamer maakte uitvoering van dit onderzoek onmogelijk (Tweede Kamer, 2002). Die was aanleiding voor herziening van het testsysteem. Nederland kent sinds 1992 het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS), dat is gericht op het monitoren van de Nederlandse drugsmarkt (Vogels et al., 2009). Als er drugsmonsters worden aangetroffen met een extra gevaar voor de volksgezondheid, kan direct alarm geslagen worden en kunnen door het DIMS-netwerk waarschuwingscampagnes gestart worden. Hiervoor bestaat een Protocol Red Alert (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). Ten behoeve van de monitor kunnen gebruikers anoniem hun drugs laten testen bij verschillende testpunten, die dit moment aangrijpen om voor te lichten over de risico's van middelengebruik. Zoals beschreven in paragraaf 5.3.1 blijkt uit onderzoek dat testen het gebruik van ecstasy niet aanmoedigt (Benschop et al., 2002; Korf et al.,

2003). Op basis van dit onderzoek bleek tevens dat een testservice mogelijkheden oplevert voor een adequate reactie bij calamiteiten op de drugsmarkt (Korf et al., 2003).

Nederlands drugsbeleid in zijn geheel

Van Laar & Van Ooyen-Houben (2009) stellen bij de evaluatie van het Nederlands drugsbeleid vast dat over het geheel genomen het beleid, zoals beschreven in paragraaf 5.1 redelijk geslaagd is: de meeste beoogde maatregelen zijn ook daadwerkelijk geïmplementeerd. Over het effect van het beleid kunnen de onderzoekers geen uitspraken doen. Binnen deze evaluatie zijn maatregelen gericht op drugs in het verkeer overigens niet opgenomen.

Drugs in verkeer

De uitkomsten van het in paragraaf 5.3.1 beschreven DRUID-onderzoek kwamen te laat voor het Ministerie van Verkeer en Waterstaat om gebruikt te worden in de discussie over de mogelijke invoering van speekseltesters als selectiemiddel voor drugs en geneesmiddelen in het verkeer (zie paragraaf 5.1). Om die reden werd op verzoek van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat tussen oktober 2008 en januari 2009 een Nederlandse proef uitgevoerd om de kwaliteit van een kleine selectie van speekseltesters te testen. Er werden 49 speekseltesters afgenomen bij bestuurders waarvan de verdenking bestond dat zij drugs (of rijgevaarlijke middelen) hadden gebruikt. Op basis van deze proef concludeert het Korps Landelijke Politiediensten (Kuijten, 2009) dat "de voorspelbaarheid van bepaald druggebruik door bestuurders van voertuigen op basis van de indicaties verkregen met de gebruikte speekseltesters een acceptabel politieel niveau heeft" en dat deze speekseltesters als voorselectiemiddel kunnen worden gebruikt (SWOV, 2009). Het is niet duidelijk of het effect van deze maatregel zal worden onderzocht.

Samenvatting

Bevindingen uit buitenlandse studies:

- Er is weinig bekend over effectieve beleidsmaatregelen gericht op het voorkomen van drugsgebruik.
- De effectiviteit van straffen voor verkoop of bezit van drugs op het voorkomen of verminderen van drugsgebruik is niet aangetoond.
- Maatregelen in het uitgaanscircuit zijn veelal gericht op het beperken van schade door drugs. Aangeraden worden maatregelen zoals het aanbieden van (gratis) water, rustruimten en eerste hulp bij drugsincidenten. Het effect van deze maatregelen is niet aangetoond.
- Een testservice voor drugs is internationaal een omstreden maatregel, gezien de dubbele boodschap die ervan uitgaan, maar draagt bij aan beperking van gezondheidsschade. Testen op locatie wordt alleen mogelijk geacht met zeer geavanceerde apparatuur die alle relevante stoffen kan detecteren.
- De meeste effecten op het terugdringen van (problemen door) drugsgebruik worden verwacht van een combinatie van maatregelen, interventies en handhaving.

- De effectiviteit van inzet van speekseltests om verkeersdeelname onder invloed van drugs te voorkomen is (nog) niet aangetoond. Europees onderzoek moet meer inzicht geven in de tolerantiegrenzen voor drugs en psychoactieve geneesmiddelen en de effecten van middelengebruik op de verkeersveiligheid.

Bevindingen uit Nederlandse studies:

- Verhoging van de leeftijdsgrens in coffeeshop leidde tot een afname van jonge kopers van cannabis in de coffeeshop en een toename van jongeren die via vrienden en kennissen hun cannabis kopen. Hoewel de invoering van deze maatregel parallel loopt aan een daling in het gebruik van cannabis, is niet bekend of er een causaal verband is.
- De laatste jaren zijn veel coffeeshops gesloten. Trends in cannabisgebruik door jongeren lopen parallel aan ontwikkelingen in (gedoogd) aanbod van cannabis aan deze groep, maar een causaal verband is niet vast te stellen.
- Een maatregel die gemeenten kunnen invoeren is het verbieden van coffeeshops binnen een straal van 250 meter afstand van een school. De effectiviteit van deze maatregel is niet onderzocht.
- Maatregelen gericht op het voorkomen van overlast door jongeren die blowen op straat of een coffeeshop bezoeken worden door veel gemeenten ingezet. Het effect ervan is wisselend.
- In Nederland worden testservices ingezet om de drugsmarkt te monitoren en in geval van acuut gevaar waarschuwingsactiviteiten in te zetten. Over de effecten van testservice en drugsmonitor op het terugdringen van drugsincidenten is niets bekend.
- Het Ministerie van Verkeer en Waterstaat beoogt speekseltesters in te zetten als voorselectiemiddel om drugsgebruik in het verkeer aan te pakken. Het effect van deze maatregel is nog niet onderzocht.

5.4 Wat is bekend over preventie van drugsgebruik onder jongeren?

In deze paragraaf worden verschillende interventies beschreven die ingezet kunnen worden ter preventie van drugsgebruik onder jongeren en/of jongvolwassenen. Deze interventies zijn ingedeeld naar de setting of context waarin de interventie wordt aangeboden. Achtereenvolgens zullen massamediale interventies (5.4.1), schoolinterventies (5.4.2), ouder- en gezinsinterventies (5.4.3), multi-componenten of community interventies (5.4.4), interventies in de omgeving waar drugs (en drank) worden gebruikt (5.4.5), interventies via gezondheidszorg of welzijnswerk (5.4.6) en online zelfhulp interventies (5.4.7) worden besproken.

Een groot deel van de beschikbare interventies richt zich naast preventie van drugsgebruik ook op preventie van (schadelijk) alcoholgebruik. In de beschrijving van deze interventies wordt in dit hoofdstuk volstaan met de informatie die zich specifiek richt op de preventie van drugsgebruik. Voor aanvullende informatie verwijzen wij u naar paragraaf 3.4 over de preventie van schadelijk alcoholgebruik.

5.4.1 Massamediale interventies

Massamediale campagnes worden van belang geacht voor het creëren van bewustwording en draagvlak (Anderson & Baumberg, 2006). Zoals uitvoeriger is beschreven in paragraaf 3.4.1 zijn de effecten van massamediale campagnes op middelengebruik doorgaans beperkt. Op basis van het bestaande onderzoek kunnen we stellen dat het mogelijk is dat 'traditionele' massamediale campagnes een klein effect hebben op het gebruik van genotmiddelen, kennis en attitudes (Cuijpers et al., 2006). De effecten van de campagne Roes (zie bijlage) zijn daarom opmerkelijk en duiden erop dat innovatieve vormen van campagnevoering wellicht meer effect hebben.

Nederlandse situatie

In Nederland worden leefstijlcampagnes ingezet om het publiek te stimuleren om over het eigen gedrag na te denken, alternatieven te overwegen en te zoeken naar informatie en ondersteuning die past bij de eigen situatie. In toenemende mate worden campagnes programmatisch ingezet, in combinatie met acties van overheid en maatschappelijke organisaties, op lokaal, regionaal en landelijk niveau (ZonMw, 2010). Campagnes met betrekking tot drugs worden vanaf najaar 2010 geïntegreerd met andere leefstijlthema's: roken en alcohol. Daarbij gaat het enerzijds om een campagne voor jongeren, gericht op het omgaan met groepsdruk, anderzijds om een campagne gericht op ouders. In bijlage 1 is een voorbeeld opgenomen van een eerdere drugscampagne, *Roes*, een 11-delige tv-dramaserie die het Trimbos-instituut in samenwerking met de VPRO maakte en uitzond. De serie wordt nog steeds ingezet als lesmateriaal.

5.4.2 Schoolinterventies

Interactiviteit en begeleiding door professionals uit de zorg draagt bij aan effectiviteit van schoolinterventies

Zoals uitvoeriger is beschreven in paragraaf 3.4.2, leiden schoolprogramma's die zich uitsluitend richten op het overbrengen van kennis niet tot gedragsverandering (Lemstra et al., 2010; Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; Cuijpers, 2006; Komro & Toomey, 2002). Interactieve methodieken waarbij leerlingen een actieve rol hebben, zoals rollenspellen en discussies, werken beter dan alleen maar voorlichting geven (Komro & Toomey, 2002; Cuijpers, 2006; Cuijpers, 2003). De beste basis voor een effectief schoolprogramma is het sociale invloed model, zoals beschreven in paragraaf 3.4.2. Onderzoek wijst uit dat programma's die worden begeleid door professionals vanuit de zorg (uitleg van professionals voor de klas) effectiever zijn dan programma's geleid door leeftijdsgenoten, welke weer effectiever zijn dan programma's geleid door anderen, zoals de docent (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009)⁶³.

Weinig studies over effect schoolinterventies op cannabisgebruik

Over het algemeen wordt aangenomen dat de meeste schoolpreventieprogramma's vooral leiden tot uitstel, maar niet tot afstel van genotmiddelengebruik (Rigter, 2006; Monshouwer, 2006; Cuijpers, 2006). Volgens Lemstra et al. (2010) zijn er niet voldoende studies naar schoolpreventieprogramma's die kijken naar het effect op cannabisgebruik, om hier uitspraken over te kunnen doen.

Life Skills Training effectief, zeker in combinatie met gezinsinterventie

Een Amerikaans schoolpreventieprogramma dat door meerdere studies als effectief wordt beschouwd, zowel op lange als op korte termijn, is het Life Skills Program, ook wel Life Skills Training (LST)⁶⁴ genoemd. Life Skills Training zorgt voor verbetering van kennis, attitude en verwachtingen met betrekking tot drugs (Coggans, 2006) en sorteert lange termijn effecten op cannabisgebruik (Komro & Toomey, 2002) en alcoholgebruik (Spath et al., 2008). Life Skills Training wordt ook aangeboden in combinatie met het Strengthening Families Program (SFP)⁶⁵. Beide programma's verminderen initiatie van drugsgebruik, alcoholgebruik en roken, maar werken het best wanneer ze met elkaar gecombineerd worden (Van Laar & van Ooyen-Houben, 2009; Coggans, 2006; Petrie et al., 2007)⁶⁶.

Enig bewijs voor vaardigheidstraining gericht op kenmerken persoonlijkheid

Er is enig bewijs voor de effectiviteit van schoolgebaseerde vaardigheidstraining gericht op specifieke persoonlijkheidskenmerken (bv. sensation-seeking) die een risico vormen voor alcohol- en drugsgebruik. Het Britse 'Preventure' programma (Conrod et al., 2006; Conrod et al., 2010) dat

⁶³ Nadeel hiervan is dat signalering en ondersteuning van de leerlingen op een later moment hiermee niet mogelijk is. Daarom wordt veelal toch gekozen voor inzet van de docent.

⁶⁴ LST: zie ook voetnoot 24.

⁶⁵ SFP: zie ook voetnoot 25.

⁶⁶ Naast verminderde initiatie van drugsgebruik was er ook sprake van verminderde initiatie alcoholgebruik en roken.

werd genoemd in paragraaf 3.4.2, liet sterke effecten zien op uitstel van alcoholgebruik, maar effect op drugsgebruik is nog niet onderzocht (Velleman, 2009).

Nederlandse situatie

In Nederland wordt het interactieve schoolpreventieprogramma *De gezonde school en genotmiddelen* (DGSG, zie bijlage 1) bij meer dan de helft van de scholen voor voortgezet onderwijs uitgevoerd en bij ruim een derde van de basisscholen. DGSG is een op het sociale invloedmodel gebaseerde schoolinterventie voor het basisonderwijs, het voortgezet onderwijs en binnenkort ook voor het middelbaar beroepsonderwijs (MBO). DGSG bleek effectief in combinatie met een specifieke ouderavond (PAS, zie bijlage 1 en paragraaf 3.4.5.) wat betreft alcoholgebruik. Het effect voor drugsgebruik werd niet onderzocht.

Daarnaast zijn er diverse schoolprogramma's die op beperktere schaal worden ingezet, zoals *Op Tijd Voorbereid* (zie bijlage 1) waarvan de effecten beperkt of (nog) niet zijn vastgesteld. Veel elementen van het sociale invloedmodel (jongeren bewust maken van de invloed van anderen, ontwikkelen van vaardigheden om met deze invloeden om te gaan) worden daarbij ingezet. Tot slot zijn er schoolprogramma's zoals *Leefstijl* en *Levensvaardigheden* (zie bijlage 1), die niet specifiek middelengebruik betreffen, maar wel de vaardigheden die nodig zijn om problemen op het gebied van middelengebruik te voorkomen.

Er zijn geen schoolinterventies bekend die zich alleen richten op preventie van drugsgebruik bij kwetsbare jongeren of jongeren die al drugs gebruiken. Wel wordt binnen genoemde universele schoolprogramma's aandacht besteed aan vroegsignalering van middelenproblemen. Tevens wordt momenteel onderzocht of *Preventure* (zie 3.5.2) in de Nederlandse setting effect heeft op alcohol en drugsgebruik¹.

Een jeugdgezondheidsprogramma van GGD'en op middelbare scholen, bestaande uit een aantal preventieve gezondheidsonderzoeken, gevolgd door een persoonlijk advies, wordt inmiddels niet meer ingezet. Onderzoek toonde dat een toename van het aantal preventieve gezondheidsonderzoeken, evenals de aanwezigheid van een open consultatiespreekuur gepaard ging met *meer* in plaats van *minder* cannabisgebruik (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

5.4.3 Ouder- en gezinsinterventies

Combinatie van ouder en kind activiteiten meest effectief

Zoals uitvoerig wordt beschreven in paragraaf 3.4.4, richten ouderinterventies zich op het verbeteren van opvoedvaardigheden, communicatievaardigheden en het geven van het goede voorbeeld (Velleman, 2009). Gezinsinterventies richten zich naast de ouders ook op de kinderen zelf. Deze combinatie van ouder en kind activiteiten blijkt het meest effectief te zijn (Kumpfer et al., 2003). De meest effectieve gezinsinterventies benadrukken de ontwikkeling van sociale vaardigheden en persoonlijke verantwoordelijkheid van adolescenten, het bespreken van middelen gerelateerde onderwerpen en actieve betrokkenheid van ouders (Petrie et al., 2007). Het grootste probleem bij de meeste gezinsinterventies betreft de werving. Het is de vraag of hoogrisico groepen met dergelijke interventies voldoende worden bereikt (Cuijpers, 2006).

Positief effect van interventie voor agressieve kinderen

Er werd een positief effect⁶⁷ gevonden van een interventie voor zeer agressieve kinderen⁶⁸, het Coping Power Program (CPP). Dit programma bestaat uit een schooltraining en een groepstraining voor hun ouders (Petrie et al., 2007). Meer informatie over CPP is ook te vinden in paragraaf 3.4.4 en de Nederlandse toepassing van dit programma is opgenomen in bijlage 1.

Enig bewijs voor effect interventies kinderen verslaafde ouders op drugsgebruik

Onderzoek naar interventies gericht op verslaafde ouders geeft tevens enig bewijs dat deze interventies het gebruik van drugs en andere problemen bij de kinderen van deze ouders kunnen verminderen (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; Cuijpers, 2006).

Succesvolle voorbeelden vooral uit de Verenigde Staten

Onderzoeken naar gezinsinterventies in de VS laten goede effecten zien bij preventie van cannabisgebruik, ook op de langere termijn. Dit geldt met name voor de programma's 'Preparing for the Drug Free Years (PDFY)⁶⁹', 'Focus on Families'⁷⁰ en het 'Strengthening Families Program' (SFP)⁷¹ (Gates et al., 2006). Het Strengthening Families Program is de enige gezinsinterventie die herhaaldelijk effectief is gebleken binnen verschillende groeperingen en verschillende leeftijdsgroepen en bij het uitstellen van de eerste keer drugsgebruik.

⁶⁷ Positief effect was: afname van roken, alcohol- en cannabisgebruik.

⁶⁸ Het betreft kinderen met een disruptieve gedragsstoornis

⁶⁹ PDFY: zie paragraaf 3.4.3 over preventieve ouder- en gezinsinterventies alcohol.

⁷⁰ Focus on Families: een programma voor families waarvan de ouders drugs gebruiken.

⁷¹ SFP: zie paragraaf 3.4.2 schoolinterventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik.

Nederlandse situatie

In Nederland worden geen universele gezinsinterventies aangeboden die specifiek gericht zijn op preventie van drugsgebruik. Wel zijn er diverse gezinsinterventies beschikbaar, zoals *Triple P* (zie bijlage 1), die algemene opvoedvaardigheden ondersteunen. In Nederland is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van deze universele gezinsprogramma's op drugsgebruik. De enige bewezen effectieve ouderinterventie gericht op middelengebruik die landelijk beschikbaar is, is de ouderavond bij het schoolprogramma *De gezonde school en genotmiddelen*. Het effect van deze ouderavond op drugsgebruik is echter niet onderzocht.

In Nederland bestaan geen bewezen effectieve gezinsinterventies voor hoogrisicogroepen die specifiek gericht zijn op middelenpreventie. Onderzoek naar een Strengthening Families programma voor verslaafde ouders (*Gezin aan Bod*, zie bijlage 1) werd onlangs stopgezet gezien de moeizame werving van hoogrisico gezinnen. Het programma is nog wel beschikbaar.

Het enige voorbeeld van een selectieve gezinsinterventie waarvan de effectiviteit op drugsgebruik is onderzocht, is het *Utrechtse Coping Power Program* (zie bijlage 1). De Utrechtse variant van het Coping Power Program, werd aangeboden aan jongeren van 8-13 jaar met diagnose 'disruptieve gedragsstoornis' en hun ouders.

Tot slot worden in Nederland enkele 'models of good practice' toegepast. De *Homeparty* (zie bijlage 1) richt zich bijvoorbeeld op preventie van alcohol, drugs en gokken bij moeilijk bereikbare gezinnen. *Kop op Ouders* is gericht op ouders met een verslaving of psychische problematiek (zie bijlage 1) (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

5.4.4 Multi-componenten- of community interventies

Zoals uitvoerig beschreven in paragraaf 3.4.4 richten multi-componenten interventies zich op meerdere domeinen en wordt aangenomen dat multi-componenten interventies doorgaans effectiever zijn dan een enkelvoudige aanpak. Welke component het (meeste) effect veroorzaakt is meestal niet duidelijk. Community-interventies vormen een aparte categorie multi-componenten interventies; in dit geval richt het interventiepakket zich specifiek op een bepaalde wijk of gemeenschap.

Community brede aanpak van drugsproblemen: effect lastig vast te stellen

Wijkgerichte preventie maakt het gemakkelijker om jongeren die niet naar school gaan te bereiken. Daarnaast biedt het de verschillende organisaties die zich bezighouden met preventie van drugs de mogelijkheid om samen te werken. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat zij gemeenschappelijke doelstellingen weten te vinden (Schrijvers & Schoenmaker, 2008).

Nagenoeg al het onderzoek naar 'community' interventies is uitgevoerd in de Verenigde Staten. De resultaten hiervan zijn wisselend (Cuijpers, 2006). Community interventies gericht op drugsgebruik zijn slecht onderzocht (Schrijvers & Schoenmaker, 2008; Cuijpers, 2003; Buehler & Kroger, 2006; Gates et al., 2006, Hawks et al., 2002).

Het Midwestern Prevention Project is een van de weinige community-interventie die bewezen effectief is. Het project bestaat uit een schoolprogramma, een ouderprogramma, een programma waarin gemeenschapsleiders les krijgen in het organiseren van preventieteams tegen drugmisbruik én massamediale componenten. Het project liet na drie jaar effecten zien op het gebruik van cannabis (Komro & Toomey, 2002)⁷².

Een voorbeeld van een bewezen effectieve multi-componenten interventie, is de combinatie van een schoolprogramma (Life Skills Training, LST⁷³) en een gezinsinterventie (Strengthening Families Program, SFP⁷⁴). Deze multi-componenten interventie laat zien dat door interventies te combineren, effecten kunnen toenemen. De gecombineerde interventie bleek van grotere invloed te zijn op de initiatie van roken, alcohol en drugsgebruik, dan wanneer de twee interventies onafhankelijk van elkaar werden aangeboden (Petrie et al., 2007).

Nederlandse situatie

Er zijn geen voorbeelden gevonden van bewezen effectieve Nederlandse interventies of programma's die door een wijkgerichte aanpak drugsgebruik terugdringen. Wel is preventie van drugsgebruik vaak onderdeel van wijkaanpakken die primair gericht zijn op alcoholpreventie. Dergelijke lokale aanpakken hebben niet geleid tot een gestandaardiseerde aanpak die landelijk kan worden geïmplementeerd. Voor het uitgaanscircuit is wel een modulair gestandaardiseerde community interventie beschikbaar, die gemeenten en regio's in kunnen zetten: *Uitgaan, Alcohol en Drugs*. Het project *Uitgaan, Alcohol en Drugs* biedt instrumenten ('tools') om gemeenten, instellingen voor verslavingszorg en GGD-en die werken aan een gezond en veilig uitgaanscircuit te ondersteunen. Een van de doelstellingen is het terugdringen van (riskant) middelengebruik en de problemen die daarmee samenhangen. De effectiviteit van een van de modules uit dit pakket, *Barcode* (ook los beschreven in bijlage 1), zal komende jaren worden onderzocht door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht.

Voorbeelden van best practice community-interventies voor kwetsbare jongeren, die nog niet op effectiviteit zijn onderzocht, zijn de *Theater2daagse* en *Big Deal?* (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; i-databank RIVM). Beide worden beschreven in bijlage 1. De *Theater2daagse* is een community-interventie, die in het kader van Resultaten Scoren werd ontwikkeld en sinds 2002 door verschillende verslavingszorginstellingen wordt aangeboden aan allochtone jongeren. Zij

⁷² Volgens Cuijpers (2006) zijn deze effecten echter weinig overtuigend, aangezien slechts een deel van de onderzoeksresultaten in het onderzoek werd vermeld, wat deed vermoeden dat de overige resultaten negatief of niet significant waren.

⁷³ Life Skills Training (LST): zie ook schoolinterventies alcohol.

⁷⁴ Strengthening Families Program (SFP): zie ook schoolinterventies alcohol.

maken een theaterstuk en voeren het uit voor ouders en betrokkenen in de wijk. *Big Deal?* is een peer-project van Novadic-Kentron dat ook gezien kan worden als een community-interventie. *Big Deal?* maakt gebruik van het peereducatiemodel waarbij activiteiten worden ingezet om jongeren zelf een voorlichtingsboodschap uit te laten brengen.

5.4.5 Interventies in de omgeving waar drugs (en drank) worden gebruikt

Het aanbod van interventies gericht op de omgeving waarin drugs worden gebruikt (waarbij het met name gaat om het uitgaanscircuit) is zeer beperkt. Er zijn twee interventies gevonden die bewezen effectief zijn ten aanzien van preventie van drugsgebruik en de daarmee samenhangende problemen.

Peereducatie effectief bij harm reductie advies

Peerprojecten voor uitgaanders vinden plaats in de uitgaansomgeving (bijvoorbeeld op dance-evenementen). Resultaten van peereducatieprojecten zijn wisselend. Meestal worden alleen effecten gevonden op kennis en gedragsintentie. Een recente Australische studie toonde echter aan dat het verspreiden van een nieuw harmreductie advies (namelijk water drinken om uitdroging en serotoninesyndroom te voorkomen) bij bijna de helft van de respondenten leidde tot het toepassen van dit advies en bij een kleiner deel leidde tot minder gebruik van ecstasy (Bleeker et al., 2009).

Effecten op portiers binnen STAD-project

Het STAD-project is een community interventie gericht op alcoholpreventie (zie paragraaf 3.4.5), waarbinnen een specifieke drugsmodule werd ontwikkeld⁷⁵. Het effect van de drugsmodule op gedrag van portiers ten opzichte van gasten onder invloed van drugs is onderzocht. Er blijkt effect te zijn op het gedrag van portiers, die minder pseudoklanten doorlieten die onder invloed leken te zijn (Gripenberg et al., 2007).

Nederlandse situatie

In Nederland zijn diverse interventies in de omgeving waar drugs worden gebruikt beschikbaar, waarvan er geen is onderzocht op effectiviteit⁷⁶. Het project *Unity* (zie bijlage 1) richt zich rechtstreeks op uitgaanders via peervoorlichting. Dit project wordt in de meeste regio's ingezet en heeft een groot bereik onder jongeren die grootschalige dance evenementen bezoeken. *Barcode* (zie bijlage 1) is gericht op alcohol- en/of drugspreventie in de horeca. Het effect van deze interventie (in combinatie met handhaving) op alcoholgebruik, zal komende jaren worden

⁷⁵ Deze module bestond uit een combinatie van: aanpassingen in de fysieke omgeving, beleidsmaatregelen, training van personeel, handhaving en media-aandacht.

⁷⁶ Dat wil zeggen: er zijn nog geen publicaties beschikbaar.

onderzocht door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht. Resultaten worden verwacht in 2013.

Eerste Hulp Bij Drank en drugs incidenten (EHBD) bestaat enerzijds uit het aanbieden van medische hulp aan jongeren die op grootschalige dance-evenementen problemen door drank of drugs hebben. Deze wordt hulp wordt geboden door EMS en Educare Groningen. Die laatste organisatie verzorgt daarnaast voor instellingen voor verslavingszorg de train-de-trainer *Eerste hulp bij drank en drugs incidenten in het uitgaanscircuit* (EHBD-u). Hiermee kunnen zij security personeel, politie en barpersoneel trainen in het herkennen van en adequaat reageren op gezondheidsverstoringen door drugsgebruik in het uitgaanscircuit (zie bijlage 1)

Gemeenten die eisen stellen aan coffeeshopperspersoneel, kunnen het project '*Goed gastheerschap coffeeshop-personeel*' (zie bijlage 1) inzetten, dat in opdracht van het Ministerie van VWS werd ontwikkeld. Het aanbod bestaat uit foldermateriaal enerzijds en een train-de-trainer voor instellingen voor verslavingszorg anderzijds. Deze instellingen kunnen met behulp daarvan coffeeshopperspersoneel trainen. Diverse instellingen voor verslavingszorg bieden de training aan. Naar het effect van deze interventies is (nog) geen onderzoek gedaan.

5.4.6 Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk

De meeste interventies via de gezondheidszorg en welzijnswerk gericht op jongeren die (overmatig) drugs gebruiken, berusten op twee pijlers. De een is het signaleren van drugsproblemen van deze jongeren, de ander het vergroten van hun motivatie om iets te doen aan dit drugsgebruik middels een kortdurende interventie (motiverende gespreksvoering). Dergelijke interventies bestaan uit feedback over het drugsgebruik, het bespreken van de keuze om te minderen of stoppen met drugsgebruik, de mogelijkheden tot verandering van het drugsgebruik, het bespreken van hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven en indien nodig motiveren voor een doorverwijzing naar de hulpverlening.

De aanpak is vooral geschikt voor jongeren die te veel drugs gebruiken maar nog niet afhankelijk (verslaafd) zijn. Hun probleembesef is vaak gering en ze zijn weinig gemotiveerd tot het zoeken van hulp. Deze jongeren kunnen opgespoord worden door actieve screening en signalering via gezondheidszorg en welzijnswerk, maar bijvoorbeeld ook via scholen. Daarnaast kunnen ouders worden getraind in motiverende gespreksvoering om het drugsgebruik van hun kinderen (uit hoogrisicogroep) te verminderen.

Positieve resultaten interventie via spoedeisende hulpafdeling (SEH)

Tait et al. (2005) lieten zien dat een korte interventie met follow-up voor jongeren die in verband met middelengebruik op de SEH belanden, ertoe leidde dat zij gemakkelijker de weg naar de verslavingszorg vonden. Onder diegenen die nadien in behandeling kwamen, nam drugsgebruik en daarmee samenhangend risicogedrag af.

Twee bewezen effectieve interventies lijken geschikt voor welzijnswerk

In Australië en het Verenigd Koninkrijk zijn bewezen effectieve interventies ontwikkeld, die kunnen worden ingezet via welzijnswerk.

De Adolescent Cannabis Check-Up (ACCU) is een kortdurende interventie gebaseerd op motiverende gespreksvoering, bedoeld voor jongeren die al regelmatig cannabis gebruiken. Er wordt gebruik gemaakt van persoonlijke feedback en motiverende gespreksvoering. Een kleinschalige RCT (n =40) in Australië liet positieve effecten zien op cannabisgebruik (Martin & Copeland, 2008). De ontwikkelaars (National Drug and Alcohol Research Centre, NDARC) geven aan dat de interventie idealiter wordt gebruikt door straatwerkers, maar ook door andere professionals die werken met jongeren die cannabisproblemen hebben. De interventie is echter niet getoetst op toepassing door deze groepen (www.ncpic.org.au, 2010). De ACCU wordt in 2011 in Nederland ingevoerd (zie kader en bijlage 1).

Een ander voorbeeld betreft een kortdurende interventie, beschreven door Cambridge & Strang (2004) met betrekking tot alcohol, cannabis en roken voor jongeren. Effecten waren het grootst onder jongeren die overmatig gebruiken of als kwetsbaar werden beschouwd. Ook deze 1-uur durende interventie leent zich voor toepassing in het welzijnswerk, maar werd daar niet getoetst.

Instrumentarium voor vroegsignalering cannabisproblematiek

Voor het vaststellen van potentieel problematisch cannabisgebruik bestaat sinds kort een betrouwbaar screeningsinstrument: de cannabis use problems identification test (CUPIT). Dit instrument is zowel onder jongeren als volwassenen onderzocht op betrouwbaarheid. Het blijkt in staat huidige en potentieel problematisch cannabisgebruik te signaleren, met behulp van een zelf-test. Veel van de jongeren die de test gebruikten waren zich er niet van bewust dat zij hulp nodig hadden. CUPIT kan worden ingezet om problemen met cannabisgebruik tijdig te signaleren en jongeren bewust te maken van hun (kans op) overmatig cannabisgebruik. De auteurs suggereren dat dit instrument met name via welzijnswerk zou kunnen worden ingezet. (Bashford et al., 2010).

Nederlandse situatie

Het aanbod van interventies via de gezondheidszorg gericht op preventie van (problematisch) drugsgebruik is onbekend. Er is wel een tweetal interventies bekend, die worden ingezet via het welzijnswerk. Daarbij gaat het om het eerder beschreven project *Moti-4* (zie paragraaf 3.4.6 en bijlage 1) en *Wiet Wijs* (zie bijlage 1). *Wiet Wijs* is een lespakket dat groepsgewijs wordt aangeboden aan jongeren, via jeugdhulpverlening en spijbelprojecten.

Open en Alert is een aanpak die binnen welzijnswerk, jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen kan worden ingezet. Deze aanpak is met name gericht op het beleid ten aanzien van middelengebruik, zodat huisregels duidelijk worden gecommuniceerd en nageleefd.

Duidelijk is dat er op dit moment geen bewezen effectieve interventies worden ingezet binnen deze settings, waarin professionals regelmatig worden geconfronteerd met overmatig drugsgebruik. Wel zal de ACCU in combinatie met de CUPIT vanaf januari 2011 worden uitgevoerd als pilot door medewerkers van de preventieafdelingen en jeugdafdelingen van de verslavingszorginstellingen (zie bijlage 1).

5.4.7 Online zelfhulp voor jongeren die overmatig drugs gebruiken

Internetinterventies bestrijken de totale zorgketen van psycho-educatie, test, zelfhulp en behandeling. Het potentieel van internet-interventies voor jonge drugsgebruikers gericht op preventie (incl harm reduction) lijkt groot, maar dergelijke interventies worden minder vaak aangeboden dan alcoholinterventies en zijn niet onderzocht, zo stellen Tosman & Leuschner (2009). We gaan hier met name in op online zelfhulp, waarbij geen structureel contact is met een behandelaar⁷⁷.

Voor- en nadelen van online zelfhulp

Zoals ook genoemd in paragraaf 3.4.7 inventariseerde het EMCDDA inventariseerde de mogelijkheden en beperkingen van online zelfhulp (Tosman & Leuschner, 2009). Niet alle beperkingen die gelden voor online hulp, zijn van toepassing op Nederlandse jongeren. Zo hebben vrijwel alle Nederlandse jongeren ervaring met en toegang tot internet, hetgeen voor veel andere nationaliteiten niet geldt. We noemen daarom uit de verkenning van het EMCDDA alleen die punten waarvan we vermoeden dat die voor Nederlandse jongeren relevant zijn. Anonimiteit en geheimhouding wordt door veel internetgebruikers die hulp zoeken via het internet beschouwd als een belangrijk voordeel en veelal als voorwaarde voor deelname (Tosman & Leuschner, 2009). Griffiths & Christensen (2007) zien als grote voordelen van e-interventies dat deze elk uur van de dag beschikbaar zijn, waar de gebruiker maar wil. De kosten zijn bovendien laag en ook cliënten die afgelegen wonen kunnen gemakkelijk toegang tot informatie en hulp krijgen.

Online zelfhulpinterventies hebben als nadeel dat ze veelal maar op één probleem, namelijk het middelenprobleem, zijn gericht. Jongeren met middelenproblemen hebben echter ook vaak psychische problemen die door een 'real life' behandelaar zouden worden opgemerkt. Het EMCDDA beschouwt dit als het belangrijkste nadeel van online zelfhulp. Een andere beperking is dat voor cliënten de kwaliteit van een e-interventie lastig te bepalen is. Ook de vrijblijvendheid van online zelfhulp is een beperking: ruim 90% van de personen die aan de interventie begint, rondt die niet af. Een laatste beperking is dat zelfhulp-interventies vereisen dat de cliënt regelmatig en privé gebruik kan maken van internet (Tosman & Leuschner, 2009).

Aanbod e-health gericht op drugsgebruik: slechts één bewezen effectieve interventie

Copeland en Martin (2004) onderzochten de literatuur naar bewezen effectieve internet-interventies en vonden alleen interventies voor alcohol en roken. Ook het EMCDDA (2009) stelt dat er gebrek is aan bewezen effectieve e-interventies op het gebied van drugs. Hoewel het aanbod van e-interventies is toegenomen, vond het EMCDDA slechts een interventie die goed is onderzocht en voorlopig effectief is gebleken: Quit the Shit. Voorlopige resultaten van de 'Quit the shit' interventie voor cannabisgebruikers in Duitsland tonen dat 32% van de deelnemers niet meer gebruikte na afronding van het programma en dat veel mensen werden bereikt die niet eerder

⁷⁷ Dit rapport beperkt zich namelijk tot preventie. Het onderscheid tussen geïndiceerde preventie en behandeling is soms niet helder als het gaat om online zelfhulp. Waar structureel contact is met een behandelaar kan echter duidelijk niet meer gesproken worden van geïndiceerde preventie.

hulp hadden gezocht (Tossman & Leuschner, 2009). Binnen Quit the Shit is overigens wel sprake van structureel contact met een hulpverlener.

Nederlandse situatie

In Nederland is er wel aanbod van online zelfhulp, met en zonder structureel contact met een behandelaar. Verschillende instellingen voor verslavingszorg ontwikkelden afgelopen jaren hiervoor hun eigen aanbod. Een goed overzicht hiervan is te vinden in Schalken et al (2010). Het ontbreekt echter aan een overzicht van lopende onderzoeken naar de effecten van deze interventies, waardoor onvoldoende duidelijk is in hoeverre komende jaren meer inzicht kan worden geboden wat betreft het effect van deze interventies.

Een voorbeeld van een geëvalueerde interventie zonder structureel therapeutcontact is het Nederlands/Engelse Know Cannabis, ontwikkeld door Arkin en het Engelse HIT). Arkin biedt ook varianten gericht op cocaïne, alcohol, gokken en roken. De interventie maakt gebruik van de volgende onderdelen: doelen stellen, dagboek bijhouden (met aandacht voor craving momenten, persoonlijke feedback, noodplan ter voorkomen van terugval (aandacht voor lastige situaties), informatie. De interventie is gebaseerd op cognitieve-gedrag principes⁷⁸, het doel is het controleren van of stoppen met cannabisgebruik. De interventie is specifiek bedoeld voor cannabisgebruikers die niet vanzelf hulp zoeken. Bij evaluatie bleek dat slechts 5 % van de cliënten de interventie afmaakt (Tossman & Leuschner, 2009).

⁷⁸ Dat wil zeggen, methoden die ook worden gebruikt binnen de cognitieve gedragstherapie.

Samenvatting

Massamediale interventies

- Massamediale interventies kunnen een bescheiden effect hebben op kennis, bewustwording en daadwerkelijk middelengebruik. Massamediale campagnes zijn met name van belang zijn voor agendasetting en bewustwording, als onderdeel van een bredere strategie (b.v. binnen een multi-componenten of community aanpak).

Schoolinterventies

- Schoolinterventies bereiken veel jongeren tegen lage kosten en dragen bij aan kennis en bewustwording. Schoolinterventies die enkel gericht zijn op kennistoename zijn niet effectief in het uitstellen of verminderen van daadwerkelijk middelengebruik. Toevoeging van elementen zoals interactieve methoden, inbedding in een breder programma waarin ook ouders worden betrokken, verhoogt mogelijk de effectiviteit van dit type interventie (zie ook alcohol).
- De meeste studies naar schoolinterventies richten zich op effecten op alcoholgebruik. Er zijn te weinig studies uitgevoerd waarin effecten van schoolinterventies op cannabisgebruik zijn onderzocht, om hier uitspraken over te kunnen doen.

Ouder- en gezinsinterventies

- Onderzoeken naar universele gezinsinterventies uit de Verenigde Staten laten goede effecten zien op preventie van cannabisgebruik. Dit geldt met name voor de programma's Preparing for the Drug Free Years en het Strengthening Families Program. Gezinsinterventies zijn effectiever wanneer ze activiteiten voor zowel ouder als kind bieden.
- Werving is een centraal probleem bij de meeste gezinsgerichte interventies, zeker als deze niet gekoppeld zijn aan een schoolinterventie. Het is vooral de vraag of hoog risico-gezinnen aan gezinsgerichte interventies deelnemen.
- In Nederland is nog geen onderzoek gedaan naar universele gezinsinterventies gericht op preventie van drugsgebruik.
- Gezinsinterventies gericht op bijvoorbeeld verslaafde ouders lijken met name geschikt om opvoedvaardigheden te verbeteren. Vooralsnog is er slechts enig bewijs dat deze interventies ook effectief zijn in het uitstellen of verminderen van drugsgebruik van adolescenten. Het Coping Power programma gericht op gezinnen met agressieve kinderen is in Nederland onderzocht en effectief bevonden.

Multi-componenteninterventies of community-interventies

- Onderzoek naar community interventies uit de VS laat positieve effecten zien op alcoholgebruik, maar de effecten van community interventies op drugsgebruik zijn slecht onderzocht en vrijwel onbekend.

Interventies in de omgeving waar drugs worden gebruikt

- Interventies in de uitgaansomgeving (zie ook 3.4.5) richten zich met name op de omgeving van de uitgaander. Het effect van de meeste van deze interventies op gedrag is (nog) niet aangetoond. Uitzonderingen zijn een peerproject in Australië en een Zweeds communityproject, waarbij portiers effectiever werden in het signaleren van drugsgebruik.

Interventies via gezondheidszorg of welzijnswerk

- Interventies via spoedeisende hulpafdeling (SEH) kunnen effectief zijn, zowel in het terugdringen van drugsgebruik als daarmee samenhangend risicogedrag.
- Twee bewezen effectieve interventies uit Australië en het Verenigd Koninkrijk, gebaseerd op motiverende gespreksvoering, lenen zich om te worden aangeboden via welzijnswerk, maar zijn niet onderzocht in deze setting.
- Voor het vaststellen van potentieel problematisch cannabisgebruik bestaat sinds kort een betrouwbaar screeningsinstrument: de cannabis use problems identification test (CUPIT).

Online zelfhulp

- Online interventies (zonder structureel contact met een hulpverlener) gebaseerd op persoonlijke normatieve feedback zijn veelbelovend in het voorkomen van alcoholproblematiek. Voor drugsgebruik is er slechts een interventie die goed is onderzocht en voorlopig effectief is gebleken, het Duitse programma Quit the Shit (dat echter ook kan worden gezien als een behandelinterventie).

6. Lacunes, implementatievragen en aanbevelingen

In dit hoofdstuk inventariseren we welke lacunes er zijn ten aanzien van bewezen effectieve maatregelen en interventies, gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Daarnaast bespreken we welke implementatievragen er nog beantwoord moeten worden als het gaat om de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik. Achtereenvolgens komen beleidsmaatregelen (paragraaf 6.1) en interventies (6.2) aan bod.

De beschreven lacunes en implementatievragen zijn enerzijds naar voren gekomen uit onze analyse van de literatuur over (de implementatie van) bewezen effectieve maatregelen en interventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik, beschreven in hoofdstuk 3 en 5. Anderzijds zijn ze naar voren gekomen tijdens een expertmeeting, waarin tien experts⁷⁹ op basis van een beknopte presentatie van deze bevindingen aangaven welke lacunes en implementatievragen zij relevant vonden. Op basis van de door hen benoemde prioriteiten (6.3) komen we (in paragraaf 6.4) tot aanbevelingen.

⁷⁹ De betreffende experts zijn werkzaam zijn op de terreinen onderzoek, beleid en praktijk op het terrein van de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik in Nederland. Zie bijlage 2.

6.1 Beleidsmaatregelen met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik

We beschrijven hier beleidsmaatregelen met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik (6.1.1) en drugsgebruik (6.1.2). Telkens wordt kort samengevat wat we op basis van de literatuur weten over de effectiviteit van de interventie. Aansluitend worden lacunes en implementatievragen in beeld gebracht.

6.1.1 Beleidsmaatregelen met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik

Wat is er bekend over de effectiviteit?

Zoals eerder beschreven in paragraaf 3.3 zijn de volgende beleidsmaatregelen effectief ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren:

Maatregelen rondom beschikbaarheid

- Het inperken van verkooptijden en dagen
- Het schenken van alcoholconsumpties met een lager alcoholpercentage

Prijismaatregelen

- Het verhogen van alcoholprijzen en accijnzen op alcohol

Leeftijdsgrenzen

- Instellen of verhogen van een minimumleeftijd

Verkeersmaatregelen

- Het vaststellen of verlagen van het legaal toegestane alcoholpromillage in het bloed van autobestuurders
- Het uitvoeren van steekproefsgewijze blaastests
- Het invoeren van strengere maatregelen (zoals het puntenrijbewijs) voor jongeren en onervaren bestuurders
- Het invoeren van alcoholsloten is mogelijk effectief

Maatregelen gericht op marketing door de alcoholindustrie

- Vermeerdering van het aantal beperkingen op alcoholreclames en vermindering van het aantal advertenties

Maatregelen gericht op handhaving

- Interventies in de drinkomgeving worden effectiever door combinatie met handhavingsmaatregelen
- Effect van controle op indrinken middels blaastesten is onvoldoende onderzocht

Lacunes

1. De effectiviteit van beleidsmaatregelen is op het gebied van preventie van alcohol is vrijwel niet onderzocht.
2. Onderzoek is nodig om vast te stellen of een maatregel met betrekking tot het verlagen van het alcoholpercentage in drank leidt tot minder alcoholgebruik en minder problemen.

Implementatievragen en adviezen

1. Kan de effectiviteit van beleidsmaatregelen worden verhoogd wanneer er meer aandacht wordt besteed aan de communicatie rond de handhaving van deze maatregelen?
2. Wat zijn de ongewenste (neven)effecten van nieuwe maatregelen gericht op alcoholgebruik onder jongeren?
3. Moet de preventiesector investeren in public relations en lobby-trainingen, om preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik te agenderen?
4. Er valt nog winst te behalen door het aanscherpen en gericht inzetten van maatregelen gericht op de beschikbaarheid, verkrijgbaarheid en betaalbaarheid van alcohol. Dat geldt bijvoorbeeld voor accijnsmaatregelen, het verminderen van alcohol-verkooppunten en de regelgeving gericht op marketing door alcoholproducenten.
5. Experts adviseren: implementeer de volgende maatregelen nationaal:
 - bezit van alcohol strafbaar voor jongeren tot 16 jaar
 - de Halt-afdoening Alcohol (bekend als Boete of Kanskaart)
 - het verbieden van happy hours
 - verplichting voor studentenverenigingen en scholen om een alcoholbeleid op te stellen
 - meer aandacht voor handhaving van maatregelen.

6.1.2 Beleidsmaatregelen ter preventie van drugsgebruik

Wat is er bekend over de effectiviteit?

Zoals beschreven in paragraaf 5.3, is er weinig bekend over effectieve beleidsmaatregelen gericht op het voorkomen van drugsgebruik (of de schadelijk gevolgen ervan) bij jongeren. Uit de literatuur blijkt het volgende:

Bevindingen uit buitenlandse studies

- De effectiviteit van straffen op verkoop of bezit van drugs is niet aangetoond.
- In het uitgaanscircuit worden maatregelen zoals het aanbieden van (gratis) water, rustruimten en eerste hulp bij drugsincidenten aanbevolen. Het effect van deze maatregelen is niet aangetoond.
- Een testservice voor drugs is internationaal een omstreden maatregel, gezien de dubbele boodschap die ervan uitgaan, maar draagt bij aan beperking van gezondheidsschade. Testen op locatie wordt alleen mogelijk geacht met zeer geavanceerde apparatuur die alle relevante stoffen kan detecteren.
- De meeste effectiviteit wordt verwacht van een combinatie van maatregelen, interventies en handhaving.
- Handhaving van verbod rijden onder invloed is lastig waar het gaat over drugsgebruik. Middelen zoals GHB kunnen niet worden aangetoond.

Bevindingen uit Nederlandse studies:

- Verhoging van de leeftijdsgrens in coffeeshops leidde tot afname van jonge kopers van cannabis in de coffeeshop. Trends in cannabisgebruik door jongeren lopen parallel aan ontwikkelingen in (gedoogd) aanbod van cannabis aan deze groep, maar een causaal verband is niet vast te stellen.
- De effectiviteit van de maatregel om coffeeshops te verbieden binnen een straal van 250 meter afstand van een school is niet onderzocht.
- Maatregelen gericht op het voorkomen van overlast door jongeren die blowen op straat of een coffeeshop bezoeken hebben wisselende effecten.
- In Nederland worden testservices in het kader van het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) ingezet om de drugsmarkt te monitoren en in geval van acuut gevaar waarschuwingsactiviteiten in te zetten. De effectiviteit van testservice en drugsmonitor is niets bekend.

Lacunae

- Onderzoek naar de effectiviteit van beleidsmaatregelen op het gebied van de preventie van drugsgebruik ontbreekt. Dat geldt bijvoorbeeld voor de effectiviteit van de maatregel met betrekking tot de minimale afstand tussen scholen en coffeeshops.
- Er is meer onderzoek nodig naar de ongewenste (neven)effecten van nieuwe maatregelen gericht op drugsgebruik onder jongeren.
- Experts adviseren: implementeer (en evalueer) de volgende maatregel nationaal: verplichte training coffeeshoppersoneel.

Implementatievragen en adviezen

- Kan een actievere informatievoorziening over (effectieve preventie van) alcohol en drugs richting leden van de Tweede Kamer bijdragen tot een 'wetenschappelijkere' besluitvorming? Dezelfde vraag geldt op lokaal niveau ten aanzien van de Gemeenteraad.
- Hoe kan ervoor worden gezorgd dat kennis met betrekking tot alcohol- en drugspreventie meer samenhangend wordt aangeboden en vergaard?
- In hoeverre draagt de zichtbaarheid van handhavingsactiviteiten bij aan het effect van een maatregel?
- Welke beleidsmaatregelen ter preventie van drugsgebruik zijn kosteneffectief?
- Hoe kan voorkomen worden dat effectieve maatregelen niet worden ingezet omdat de partij die de maatregel inzet geen profijt heeft van de kosten die hierdoor worden bespaard?

6.2 Interventies met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik

We gaan hier in op de massamediale campagnes (6.2.1), schoolinterventies (6.2.2), ouder- en gezinsinterventies (6.2.3), multi-componenten of community interventies (6.2.4), interventies in de gebruiksomgeving (6.2.5), interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk (6.2.6) en online zelfhulp (6.2.7). De paragraaf wordt afgesloten met overige vastgestelde lacunes en implementatievragen (6.2.8).

6.2.1 Massamediale interventies

Wat is er bekend over de effectiviteit van massamediale interventies?

- Massamediale interventies kunnen een bescheiden effect hebben op kennis, bewustwording en daadwerkelijk middelengebruik. Massamediale campagnes zijn met name van belang zijn voor agendasetting, als onderdeel van een bredere strategie. Ook kunnen campagnes worden ingezet om publiek te leiden naar bewezen effectieve interventies.

Lacunes

- Onbekend is in hoeverre campagnes jongeren en/of hun ouders naar (effectieve) e-health interventies leiden.

Implementatievragen

- Hoe kan de samenhang tussen landelijke campagnes en lokale en regionale activiteiten worden verstevigd?

6.2.2 Schoolinterventies

Wat is er bekend over de effectiviteiten van schoolinterventies?

- Schoolinterventies bereiken veel jongeren tegen lage kosten en dragen bij aan kennis en bewustwording.
- Schoolinterventies zijn effectiever als ze: interactieve methoden gebruiken, zich richten op normen, afspraken en intenties om niet te gaan gebruiken, ingebed zijn in een breder programma waarbij ook ouders worden betrokken, door professionals geleid worden, levensvaardigheidstraining omvatten, de schoolomgeving proberen te beïnvloeden en/of werken met cognitief-gedragstherapeutische methoden.
- Schoolinterventies zijn mogelijk geschikt om jongeren die op basis van hun persoonskenmerken een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van (problematisch) alcoholgebruik, vroegtijdig op te sporen en hen vaardigheden te helpen ontwikkelen om initiatie van (problematisch) alcoholgebruik te voorkomen. Dit bleek uit onderzoek naar het Britse Preventure programma.

Lacunnes

- Voor het speciaal onderwijs is het aanbod beperkt. Indien Preventure in Nederland effectief blijkt, dient te worden onderzocht of dit aanbod ook voor jongeren binnen het speciaal onderwijs toepasbaar is.
- Een interventie zoals PAS⁸⁰ gericht op drugsgebruik ontbreekt vooralsnog. Idealiter wordt een gecombineerd PAS-aanbod (gericht op alcohol en drugs) ontwikkeld. Ook verdient het aanbeveling de lange termijn effecten van PAS te onderzoeken.
- Onbekend is of de bestaande schoolprogramma's kosteneffectief zijn.
- Onduidelijk is in hoeverre integrale leefstijl-schoolprogramma's, waarbinnen meerdere public health thema's aan bod komen (naast alcohol en drugs ook thema's zoals voeding, roken, veilig vrijen) effectief zijn ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren.

Implementatievragen

- In hoeverre is er draagvlak bij scholen om schoolinterventies te combineren met gezinsinterventies en in hoeverre moeten scholen daarvoor verantwoordelijk worden gesteld?
- Hoe wordt voorkomen dat scholen slechts een beperkt deel van een (in zijn geheel) bewezen effectieve interventie inzetten?

6.2.3. Ouder- en Gezinsinterventies

Wat is er bekend over de effectiviteit van ouder- en gezinsinterventies?

- Er is bewijs dat gezinsinterventies in de algemene bevolking effectief zijn in het uitstellen van alcoholgebruik en in het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik van adolescenten.
- Mogelijk hebben ook bestaande ouder- en gezinsinterventies die zich richten op algemene opvoedvaardigheden effect op alcohol- en drugsgebruik.
- Interventies zijn effectiever wanneer ze activiteiten voor zowel ouder als kind bieden.
- De Family Check-up, Strengthening Families en ATP (Adolescent Transitions Program) laten veelbelovende resultaten zien ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik. De programma's Preparing for the Drug Free Years en het Strengthening Families Program laten goede effecten zien op preventie van cannabisgebruik. Genoemde programma's worden aangeboden en zijn onderzocht in de Verenigde Staten.
- Wat betreft gezinsinterventies voor risicojongeren is er enig bewijs dat gezinsgerichte interventies gericht op kinderen van verslaafde ouders en op ouders met agressieve kinderen drugsgebruik bij de kinderen kunnen verminderen. Het Coping Power programma, gericht op gezinnen met agressieve kinderen, is in Nederland onderzocht en bleek effectief.

⁸⁰ Zie ook paragraaf 3.4.4.

- Bij de uitvoering van en het onderzoek naar interventies voor risicojongeren/gezinnen is de hoge uitval en moeizame werving een belangrijk knelpunt. Dat geldt zeker als deze interventies niet gekoppeld zijn aan een schoolinterventie.

Lacunnes

- In Nederland is nog geen onderzoek gedaan naar gezinsinterventies voor jongeren, gericht op (universele) preventie van middelengebruik.
- Onderzoek ontbreekt naar het effect van specifieke gezinsgerichte interventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren die al overmatig alcohol gebruiken.
- Onduidelijk is wat de lange termijn effecten zijn van algemene opvoedprogramma's op middelengebruik.

Implementatievragen en adviezen

- Kunnen interventies uit de VS gemakkelijk in Nederland worden toegepast en is dat nodig? De experts suggereren dat beter gebruik gemaakt kan worden van de kennis uit deze programma's om bestaande Nederlandse interventies te verbeteren en te onderzoeken.
- Het is de vraag of hoog risicogezinnen aan gezinsgerichte interventies deelnemen.
- Is koppeling van een gezinsinterventie aan een schoolinterventie een goede manier om de uitval bij gezinsinterventies te beperken?
- Zijn er mogelijkheden om deelname aan gezinsinterventies verplicht te stellen onder ouders?
- Leent het Coping Power programma zich voor implementatie in andere (niet klinische) settings?
- Opmerkelijk is dat de geraadpleegde experts, ondanks de positieve resultaten over de effectiviteit van gezinsinterventies, dit type interventies ontraden. Ze achten de tijdinvestering te groot. Onderzocht zou moeten worden of er ook minder intensieve gezinsinterventies beschikbaar zijn en wat het effect ervan is.

6.2.4 Multi-componenten en community-interventies

Wat is er bekend over de effectiviteit van multi-componenten en community interventies?

- Multi-componenteninterventies combineren verschillende preventieve interventies (bijvoorbeeld in een community). Hierdoor kan het effect van de losse componenten worden versterkt. Het meest overtuigend is het effect van combinatie van een schoolprogramma (Life Skills Training, LST) en een gezinsinterventie (Strengthening Families Program, SFP) op de initiatie van alcohol- en drugsgebruik.
- Multi-componenteninterventies lijken ook bij interventies voor risicojongeren het effect van losse componenten te versterken.

- Hoewel er in Nederland op lokaal niveau vaak wordt ingezet op een combinatie van interventies, worden dergelijke programma's vrijwel niet gestandaardiseerd aangeboden. Een uitzondering hierop is Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek (zie bijlage 1).
- Effecten van community interventies blijken lastig te onderzoeken. Hierdoor is de evidentie van de effectiviteit van deze interventies beperkt. Vraag is of andere typen onderzoek dan Randomized Controlled Trials (RCT) kunnen worden ingezet om het effect van community interventies aan te tonen.

Implementatievragen

- Er zijn geen specifieke implementatievragen met betrekking tot multi-componenteninterventies vastgesteld.

6.2.5 Interventies in de drinkomgeving/ omgeving waar drugs worden gebruikt

Wat is er bekend over de effectiviteit?

- Interventies in de drinkomgeving zijn veelal gericht op training van het barpersoneel in schenkgedrag en voorkomen van agressie. Positieve effecten nemen toe als handhavingsmaatregelen worden getroffen en betrokkenheid van het management groot is. Ze nemen af bij een hoog verloop van personeel.
- Het betrekken van de buurtbewoners bij bepaalde maatregelen, bijvoorbeeld bij het verstrekken van licenties, heeft positieve effecten op het verminderen van agressie en andere problemen die samenhangen met alcoholgebruik in café's.
- Er is bewijs dat multi-componenten interventies in het uitgaanscircuit, waarbij zowel de barkeepers, de gemeenschap als de politie worden betrokken, kosteneffectief kunnen zijn. Een voorbeeld hiervan is de Zweedse Restaurant (horeca) Intervention (STAD): een investering van een euro leverde een besparing van 39 euro op.
- Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van uitgaansinterventies op drugsgebruik, met uitzondering van een peerproject in Australië en een Zweeds communityproject, dat onder meer gericht was op portiers.

Lacunes

- Veel toegepaste interventies op het gebied van uitgaansomgeving, zoals het verstrekken van water, zijn onvoldoende onderzocht.
- Er zijn geen kortdurende motiverende interventies en online zelf hulp interventies beschikbaar met betrekking tot andere drugs dan cannabis. Dergelijke interventies zouden zeer geschikt zijn voor uitgaanders, gezien het hoge gebruik van drugs binnen deze groep.
- Er is onvoldoende bekend welke alternatieve vrije tijdsbestedingen gemeenten zouden kunnen bieden om de toeloop naar hokken en keten te reduceren.

Implementatievragen

- Samenwerking tussen horeca en professionals die zich bezighouden met gezondheid en veiligheid in het uitgaanscircuit wordt door veel professionals als moeizaam ervaren. Hoe kan deze worden versterkt?

6.2.6 Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk

Wat is er bekend over de effectiviteit?

- Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk maken meestal gebruik van een combinatie van een signaleringsinstrument en motiverende gespreksvoering. Het gaat hierbij meestal om kortdurende interventies.
- Het sterkste effect van kortdurende interventies wordt gezien als: de interventie wordt ingezet bij jongeren zonder veel andere problemen; motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke en normatieve feedback over alcoholgebruik; er een boostersessie wordt gebruikt.
- Positieve resultaten voor preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (en samenhangend risicogedrag) onder jongeren worden beschreven voor de spoedeisende eerste hulp (SEH).
- Twee bewezen effectieve interventies uit Australië (gericht op cannabisgebruik) en het Verenigd Koninkrijk (gericht op alcohol, cannabis en roken), gebaseerd op motiverende gespreksvoering, lenen zich om te worden aangeboden via welzijnswerk, maar zijn niet onderzocht in deze setting.
- Voor het vaststellen van potentieel problematisch cannabisgebruik bestaat sinds kort een betrouwbaar screeningsinstrument: de cannabis use problems identification test (CUPIT).

Lacunes

- Het aanbod van interventies gericht op alcoholgebruik bij jongeren is de laatste jaren snel toegenomen, onder meer door de inspanningen van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA). Effectonderzoek naar de ontwikkelde interventies is gewenst.
- Het aanbod van alcohol-interventies binnen welzijnswerk is nog altijd beperkt. Het is raadzaam om te onderzoeken in hoeverre Preventure (zie paragraaf 3.4.2 en bijlage 1) bewerkt kan worden voor het welzijnswerk.
- Er zijn geen effectieve interventies die via welzijnswerk en gezondheidszorg worden aangeboden die gericht zijn op andere drugs dan cannabis.
- Er is behoefte aan betere manieren van signalering van drugsproblematiek door alle professionals die met jongeren werken, zoals straatwerkers, jongerenwerkers, politie, leerplichtambtenaren, jeugdartsen en ZAT-teams, medewerkers van veiligheidshuizen en Centra voor Jeugd en Gezin, eerste hulp posten, etc. Zij hebben:
 1. instrumenten nodig
 2. training nodig om deze instrumenten te kunnen gebruiken
 3. informatie nodig om na signalering te kunnen handelen of doorverwijzen.

Implementatievragen en adviezen

- Vroegsignalering kan alleen breder worden ingezet dan nu het geval is, als hiervoor genoemde professionals daarvoor de juiste instrumenten hebben en kunnen gebruiken. Dat vereist een laagdrempelig scholingsaanbod. Onderzocht kan worden of het bestaande scholingsaanbod efficiënter kan worden aangeboden, wanneer dit wordt ondersteund via een elektronische leeromgeving. (Waarbij dient te worden opgemerkt dat experts stellen dat een dergelijk aanbod alleen ondersteunend kan zijn aan een intensieve face-to-face training.)
- Vroegsignalering en motivationele gespreksvoering bij jongeren vraagt een andere aanpak dan bij volwassenen. Er is bij jongeren bijvoorbeeld vaker sprake van alcohol en drugsgebruik. Verkend zou moeten worden in hoeverre een specifiek partnership 'vroegsignalering alcohol en drugs bij jongeren' een bruikbaar vehicel kan zijn om de implementatie van vroegsignalering en motivationele gespreksvoering binnen diverse beroepsgroepen te vergroten.

6.2.7 Online zelfhulp voor jongeren die overmatig alcohol of drugs gebruiken

Wat is er bekend over de effectiviteit?

- Online zelfhulp (zonder structureel contact met een behandelaar) stelt jongeren die overmatig middelen gebruiken in staat om anoniem en laagdrempelig hulp te vinden. Online zelfhulp voor jongeren is echter minimaal (en veelal alleen onder studenten) onderzocht op effectiviteit. Daarbij bleek dat interventies gebaseerd op persoonlijke normatieve feedback, veelbelovend zijn in het voorkomen van alcoholproblematiek onder studenten.
- Online zelfhulpinterventies (zonder structureel contact met een behandelaar) zijn niet geschikt voor jongeren die een ernstig middelenprobleem, of ook psychische problemen hebben.
- De vrijblijvendheid van online zelfhulp is een beperking: ruim 90% van de personen die aan de interventie begint, rondt die niet af.
- Voor drugsgebruik is er slechts een interventie die goed is onderzocht en voorlopig effectief is gebleken, het Duitse programma Quit the Shit (dat echter ook kan worden gezien als een behandelinterventie).

Lacunes

- Het aanbod van online zelfhulp is groot, maar de meeste interventies zijn nog niet getoetst op hun effectiviteit. Wel wordt een aantal interventies momenteel onderzocht, maar een goed overzicht van lopend onderzoek (in binnen- en buitenland) ontbreekt.

Implementatievragen

- In hoeverre worden risicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik bereikt via online zelfhulp?

- Wat is het effect van een interventie als die niet wordt afgerond? Is er bijvoorbeeld een minimaal deel van de interventie vast te stellen, dat effectief is?
- Hoe kan de hoge uitval worden voorkomen?

6.2.8 Overige vastgestelde lacunes en implementatievragen

Overige lacunes

- Het aanbod van bewezen effectieve interventies voor jongeren met een hoger risico op middelengebruik (zie paragraaf 2.4 en 4.4) is beperkt, zeker als het gaat over preventie van drugsgebruik.
- Er wordt onvoldoende onderzoek gedaan naar de effectieve elementen van interventies. Wanneer er meer inzicht komt in het werkend mechanisme van interventies, kan deze informatie bijvoorbeeld worden ingezet bij de ontwikkeling van nieuwe interventies.
- Het is onvoldoende inzichtelijk welke onderzoeken gaande zijn naar interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.
- Er is momenteel bij beleidsmakers onvoldoende kennis over de omvang van de maatschappelijke gevolgen van drugsgebruik, waardoor de financiering van preventie van drugsgebruik in veel gemeenten onder druk staat.
- Het is onvoldoende inzichtelijk welke belemmeringen gemeenten ervaren bij de implementatie van beleidsmaatregelen en preventieve interventies gericht op alcohol- en drugsgebruik.

Overige implementatievragen en adviezen

- De experts pleiten voor een betere landelijke aansturing met betrekking tot uitvoering van interventies, zodat meer wordt gewerkt met bewezen effectieve interventies. Zo zou de landelijke overheid de uitvoering van een aantal effectieve preventieprogramma's/ best practices verplicht kunnen stellen.
- Het bereik van risicogroepen vraagt om andere strategieën. Het beschikbare aanbod lijkt zich vooral te beperken tot traditionele methodieken, met een sterk cognitieve basis. Het verdient aanbeveling te exploreren op welke wijze jongeren met een beperkt werkgeheugen en een korte aandachtsboog kunnen worden bereikt/beïnvloed. Te denken valt aan innovatieve methoden zoals het werken via impliciete cognities⁸¹ en entertainment education⁸².

⁸¹ **Impliciete cognities:** gedachten waar jongeren zich niet bewust van zijn, maar die wel van invloed zijn op hun gedrag. Een voorbeeld is een positieve associatie bij een glas bier. Door deze gedachten te beïnvloeden, dus bijvoorbeeld door het verbinden van een negatieve associatie aan het glas bier, kan het gedrag van de jongere worden beïnvloed.

⁸² **Entertainment education:** doelbewust gebruik van een mediavorm waardoor jongeren geamuseerd worden en tegelijk gemotiveerd tot nadenken en discussiëren over een bepaald onderwerp. Hierdoor worden gedragsveranderingen mogelijk gemaakt.

- Het moeizame bereik van kwetsbare jongeren geldt niet alleen voor de preventie van alcohol- en drugsgebruik, maar ook voor andere leefstijlthema's. Er is behoefte aan een (leefstijlbrede) inventarisatie van methoden die goed werken om deze groepen te bereiken.
- Meer samenhang is nodig in het aanbod van interventies, zodat deze elkaar versterken. Goede samenwerking tussen verschillende partijen (zoals politie, gemeente, GGD en verslavingszorg) is daarbij een belangrijke randvoorwaarde. Inzichtelijk moet worden welke financiële en culturele schotten deze samenwerking in de weg staan en op welke wijze deze schotten kunnen worden weggenomen.
- Hoe kan de professionalisering van professionals die een rol spelen bij alcohol- en drugspreventie worden versterkt? Daarbij dient aandacht te worden besteed aan de vraag hoe wordt voorkomen dat professionals ongewenste (persoonlijke) normen overdragen.
- Kan de ontwikkeling van halffabricaten zorgen voor een makkelijkere en bredere implementatie van interventies en voorkomen dat iedere instelling zijn eigen interventies ontwikkelt?
- Hoe kunnen gemeenten ondersteund worden bij de invoering van landelijke en regionale maatregelen en interventies?
- Het is niet altijd reëel om een RCT uit te voeren naar een interventie, in verband met kosten, tijd, werving respondenten, etc. Vraag is hoe vooral lokale instellingen met beperkte middelen kunnen bewijzen dat hun interventie effectief is.
- Integreer interventies gericht op alcohol- en drugspreventie zo veel mogelijk. Er is veel overlap in gebruik, problematiek, risicogroepen en geschikte interventies. Om efficiënt aan beide problemen te werken verdient een geïntegreerde aanpak meestal de voorkeur. Het mag duidelijk zijn dat de inhoudelijke boodschap daarbij wel vaak verschilt, gezien het verschil in legaliteit. Hierdoor geldt deze aanbeveling niet voor alle maatregelen.

6.3 Prioriteiten gesteld door de experts

Tijdens de eerder beschreven expertmeeting, werden de experts gevraagd welke onderwerpen komende jaren prioriteit zouden moeten krijgen, om de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik bij jongeren een impuls te geven. De volgende prioriteiten werden genoemd:

- Terughoudendheid betrachten met betrekking tot het treffen van nieuwe maatregelen en ontwikkelen van interventies direct gericht op jongeren. Inspanningen primair richten op de omgeving van de jongeren, zoals de ouders, straatwerkers en de uitgaansomgeving.
- Meer aandacht besteden aan de neveneffecten van interventies en beleidsmaatregelen (bijvoorbeeld invloed op risicogroepen).
- Maatschappelijke kosten van alcohol- en drugsgebruik bij risicojongeren beter inzichtelijk maken (ook met betrekking tot veiligheid), zodat kosteneffectiviteitsstudies mogelijk worden.
- Verbeteren, onderzoeken en intensiveren van de implementatie van het aanbod voor risicojongeren, onder meer op het gebied van motiverende gespreksvoering.
- Opleiden van diverse professionals die in contact komen met kwetsbare jongeren (gezondheidszorg, welzijn, politie, justitie, ZAT-teams) zodat zij goed in staat zijn om problemen en risico's vroegtijdig te signaleren en vervolgens te handelen of door te verwijzen.
- Minder campagnes in de wijk, alleen campagnes inzetten als die ondersteunend zijn aan andere activiteiten. Campagnes vooral richten op ouders, niet te veel op jongeren zelf.
- De lokale overheid zou vaker moeten investeren in onderzoek naar de effecten van interventies die zij (laten) implementeren.
- Kennis over preventie vergroten bij lokale en landelijke politici. Dat kan enerzijds door succesvolle voorbeelden onder de aandacht te brengen. Anderzijds door kennis over te dragen over bewezen effectieve en bewezen ineffectieve interventies.

6.4 Aanbevelingen

Op basis van de voorgaande paragrafen, zien we de volgende vijf punten als de belangrijkste aanbevelingen ter verbetering van preventie van schadelijk alcohol en drugsgebruik onder jongeren.

1. Niet meer maar beter

Hoewel er diverse lacunes in het aanbod bestaan, kan waarschijnlijk de grootste gezondheidswinst worden gerealiseerd door het bestaande aanbod van interventies/maatregelen en de implementatie/naleving ervan te verbeteren. Daarvoor is nodig dat:

- Meer wordt geïnvesteerd in handhaving van beleidsmaatregelen.
- Meer onderzoek wordt gedaan naar (mogelijkheden ter verbetering van) bestaande interventies, zodat aanwezige expertise en infrastructuur goed worden benut.
- Meer samenhang wordt aangebracht in het aanbod van interventies, zodat deze elkaar versterken. Goede samenwerking tussen verschillende partijen is daarbij een belangrijke randvoorwaarde. Hiervoor moeten financiële en culturele schotten die deze samenwerking in de weg staan worden weggenomen.
- Meer aandacht wordt besteed aan de professionalisering van professionals die een rol kunnen spelen bij alcohol- en drugspreventie (zie punt 4).

2. Versterk aanbod voor en bereik van kwetsbare jongeren

- Er zijn vrijwel geen bewezen effectieve interventies voor jongeren die meer risico lopen op riskant alcoholgebruik en drugsgebruik en daarmee samenhangende problemen. (Op basis van paragraaf 2.4 en 4.4 stellen we vast dat het daarbij gaat om jongeren voor wie meerdere van de volgende risicofactoren gelden: lage SES, gedrags- of psychische problemen, ouders met psychische of verslavingsproblemen, frequent uitgaan, licht verstandelijke handicap (LVG), weinig ouderlijk toezicht.)
- Zowel als het gaat om het vroeg herkennen van kwetsbare jongeren, als om vroegsignalering van middelengebruik onder deze jongeren, moet het aanbod worden versterkt. Daarbij gaat het met name om aanbod op het gebied van interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk. Vooral het aanbod binnen welzijnswerk van effectieve interventies ter preventie van (problemen die samenhangen met) schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik, is nog erg beperkt.
- Het bereiken van kwetsbare jongeren is niet eenvoudig. Dat geldt niet alleen wat betreft de preventie van alcohol- en drugsgebruik, maar ook voor andere leefstijlthema's. Er is behoefte aan een (leefstijlbrede) inventarisatie van methoden die goed werken om deze groepen te bereiken.

3. Versterk aanbod gericht op de omgeving van jongeren (ouders)

- Hoewel schoolprogramma's als een belangrijk instrument voor de overdracht van noodzakelijke kennis over middelengebruik, hoeft alcohol- en drugspreventie zich niet altijd op hen te richten. Preventie zou zich vooral moeten richten op de omgeving van de jongere: de ouders, de fysieke omgeving, straatwerk, professionals in het uitgaansleven.

4. Professionalisering professionals

Er is een professionaliseringslag nodig om professionals die zich met alcohol en drugsproblematiek bij jongeren bezig (kunnen) houden, daartoe beter uit te rusten.

- Op straat en in de eerste lijn, bijvoorbeeld onder jeugdwerkers, jeugdartsen, politie, leerkrachten etc. moet men beter in staat zijn een verhoogd risico op problematisch gebruik te signaleren en er vervolgens naar te handelen, bijvoorbeeld door doorverwijzing.
- Toegankelijk kennis over effectiviteit van interventies en maatregelen moet worden gebundeld en verspreid onder praktijkwerkers en beleidsmakers, zodat beide partijen het belang en potentieel van bewezen effectieve interventies beter kennen.
- Kennis over alcohol en drugs is vaak beperkt bij lokale en nationale politici. Hierdoor worden maatregelen vaak op basis van persoonlijke normen en ervaringen en niet op basis van wetenschappelijke inzichten genomen. Lobbytrainingen voor lokale gezondheidsorganisaties en trainingen voor leden van de Tweede Kamer over alcohol en drugs zouden ertoe bij kunnen dragen dat 'evidence' meer invloed krijgt bij politieke besluitvorming.

5. Aandacht voor gewenste en ongewenste effecten

- Gewenste effecten: Er moet efficiënter (o.a. in termen van studie design) en meer consequent geëvalueerd worden (bijvoorbeeld door middel van Intervention Mapping), naast de planmatige ontwikkeling van interventies. Interventies worden te veel op goed geluk ontwikkeld en te weinig geëvalueerd. De mate waarin er lering kan worden getrokken uit bestaande en nieuwe initiatieven is daardoor veel te beperkt.
- Ongewenste effecten: Zowel bij de besluitvorming over nieuwe maatregelen en interventies, als bij de toetsing van het effect ervan, dient meer aandacht te zijn voor de mogelijke ongewenste neveneffecten ervan. Dat geldt bijvoorbeeld als het gaat om maatregelen om het middelengebruik op grootschalige dance-evenementen terug te gaan. Potentieel hebben dergelijke maatregelen een negatief effect, doordat bezoekers andere (illegale) feesten opzoeken, andere drugs gebruiken die minder gemakkelijk op te sporen zijn.

Literatuur

Abbey, A., Thomson, R., McDuffie, D. & McAuslan, P. (1996). Alcohol and dating risk factors for sexual assault among college women. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 147-169.

Abraham, M.D., Kaal, L. & Cohen, P.D.A. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Cedro/Mets & Schilt.

Adalbjarnardottir, S. & Rafnsson, F.D. (2001). Perceived control in adolescent substance use: concurrent and longitudinal analyses. *Psychology, Addiction & Behavior*, Vol. 15(1), 25-32.

Adviescommissie Drugsbeleid (2009). *Geen deuren maar daden: nieuwe accenten in het Nederlands drugsbeleid*. Den Haag: Ministeries van VWS, Justitie en BZK

Agrawal, A. & Lynskey, M.T. (2009). Candidate genes for cannabis use disorders: findings, challenges and directions. *Addiction*, 104 (4), 518-512.

Albano, E. (2008). New concepts in the pathogenesis of alcoholic liver disease. Expert review gastroenterology. *Hepatology*, 2(6), 749-759.

Aldridge, J., Medina, J. & Ralphs, R. (2008). Dangers and problems of doing 'gang' research in the UK. In: Van Gemert, F., Peterson, D. & Lien, I.-L. (Ed.), *Street gangs, migration and ethnicity*; pp. 31-46. Devon, United Kingdom: Willan Publishing.

Van Amsterdam, J.G.C., Opperhuizen, A., Koeter, M.W.J. & van Aerts, L.A.G.J.M. (2009). *Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. RIVM: Bilthoven.

Anderson, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2008). *Binge Drinking and Europe*. Hamm: DHS.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*. London: Institute of Alcohol Studies for the European Commission, London.
Available online at http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Wensing, M., & Grol, R. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption. Results of a meta-analysis. *J Stud Alcohol*, 65(2), 191-199.

Anderson, P., Chisholm, D. & Fuhr, D. (2009a). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, (2009), 373(9682):2234-2246.

Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. & Hastings, G. (2009b). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and alcoholism*, 44(3), 229-243.

Armitage, C.J., Conner, M., Loach, L. & Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: Applying an extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, Vol. 21 (4), 301 – 316.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N. & Graham, K. et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Freedman-Doan, P., & Messersmith, E.E. (2008). *The education-drug use connection: How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use and delinquency*. New York: Lawrence Erlbaum.

Baer, J. S., Sampson, P. D., Barr, H. M., Connor, P. D., & Streissguth, A. P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 377-385.

Barber, J.G. (1999). Intrapersonal versus peer group predictors of adolescent drug use. *Children and youth services review*, Vol. 21(7), 565-579.

Barkin, S.L., Smith, K.S. & DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health*. Vol. 30(6), 448-454.

Barnes, G.M., Welte, J.W. & Hoffman, J.H (2002). Relationship of alcohol use to delinquency and illicit drug use in adolescents: gender, age and racial/ethnic differences. *The journal of drug issues*, 153-178.

Bashford, J., Flett, R. & Copeland, J. (2010). The cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. *Addiction*, April 2010, Vol. 105 (4), pp. 615-625.

Bauman, K.E. & Ennett, S.T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, Vol. 91(2), 185-198.

Beekers, F., de Zeeuw, Z., Akkaya, A., Tegelaers, J., & van der Mey, M. (2003). *Protocol theater2daagse: uitvoering creatieve werkvorm*. Utrecht: GGZ Nederland.

De Beer, H. & van de Glind, G. (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Behrendt, S., Wittchen, H.U., Höfler, M., Lieb, R., Low, N.C., Rehm, J. & Beesdo, K. (2008). Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany. *Addiction*. 103(10), 1638-1647.

Belastingdienst/Douane (2010). *Tarievenlijst accijns en verbruiksbelastingen*. Retrieved 15 juli 2010, from http://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst_acc0552z51pl.pdf

Bellis, M.A., Hughes, K. & Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use from a harm minimisation to a healthy settings approach, *Addictive Behaviors*, 27: 1025-35.

Beman, D.S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, Vol. 30(117), 202-208.

Benschop, A., Nabben, T., and Korf, D. (2009). *Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers

Benschop, A., Rabes, M. & Korf, D.J. (2002). *Pill Testing – Ecstasy & Prevention*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Benschop, A., Nabben, T., & Korf, D. (2009). *Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Van den Berg, M. & Schoemaker, C.G. (red.) (2010). *Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter*. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.

Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2004). Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(1-2), 34-41.

Bieleman, B., Maarsingh, H., Meijer, G. & ten Den, C. (1998) *Aangeschoten wild: onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan*. Groningen: IntraVal.

Bieleman, B., Kruize, A. & Nienhuis, A. (2006). *Monitor alcoholverstreking jongeren 2005: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drink- en horecawet: metingen 1999, 2001, 2003 en 2005*. Groningen: IntraVal.

Bleeker, A., Silins, E., Dillon, P., Simpson, M., Copeland, J. & Hickey, K. (2009). *The feasibility of peer-led interventions to deliver health information to ecstasy and related drug (ERDs) users*.

NDARC Technical Report No. 299, Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

BMA Science and Education department & the Board of Science (2008). *Alcohol misuse: tackling the UK epidemic*. British Medical Association.

BMA Science and Education department & the Board of Science (2009). *Under the influence. The damaging effect of alcohol marketing on young people*. British Medical Association.

Boelema, S., ter Bogt, T., van den Eijnden, R. & Verdurmen, J. (2009). *Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bogaerts, S., Spapens, A.C. & Bruinsma, M.Y. (2003). *De bal of de man? Profielen van verdachten van voetbal gerelateerde geweldscriminaliteit*. Tilburg: IVA.

Ter Bogt, T., Engels, R., Hibbel, B., van Wel, F. & Verhagen, S. (2002). 'Dancestasy': Dance and MDMA Use in Dutch Youth Culture. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, Vol 29(1), 157-181.

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*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boles, S.M. & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 8, 155-174.

Bolier, L. & Riper, H. (2004). *Procesevaluatie homeparty's. Resultaten van het onderzoek naar het draaiboek homeparty's in de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bolier, L., Verdurmen, J., Smit, E., Monshouwer, K. & Lemmers, L. (2008). Behandeling van problematisch drinkende jongeren. *Verslaving*, 4 (3), 31-41.

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. & Patton, G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96 (10), 1485-1496.

Boel, M., Smit, F., Bohlmeijer, E. & van Sambeek, D. (2001). *Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet 2 preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Booth et al. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion*. UK: University of Sheffield.

- Borkenstein, R.F., Crowther, R.F., Shumate, R.P., Ziel, W.B. & Zylman, R. (1974). *The role of the drinking driver in traffic accidents; the grand rapids study. Final report of the European research project*. D2001-20. Leidenschendam: SWOV.
- Borsari, B. & Carey, K.B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *J Subst Abuse*. 2001 ; 13(4): 391-424.
- Brand, D.A., Saisana, M., Rynn, L.A., Pennoni, F., Lowenfels, A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med*. 4 (4):e151.
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M. & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren*. Utrecht: Trimbos-intituut.
- Bransen, E., Schipper, H. & Blekman, J. (2009). 'Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap: Een eerste verkenning van aard en omvang'. *Verslaving*. 4. 37-49.
- Brown, J.L. & Venable, P.A. (2007). Alcohol use, partner type, and risky sexual behavior among college students: Findings from an event-level study. *Addictive behaviors*, 32, 2940-2952.
- Bruinsma, M., Balogh, L. & van Muijnck, J. (2009). *Geweld onder invloed*. Tilburg: IVA.
- Brunt, T.M., Niesink, R.J.M. & Wammes, A. (2006) *Jongeren en drugs in het verkeer: Feiten over de invloed van drugs op de verkeersveiligheid en aanbevelingen voor een (massamediale) preventieve interventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Buehler, A. & Kroger, C. (2006). *Report on prevention of substance abuse*, Cologne: Federal Centre for Health Education Bzga.
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., & Lila, M.S. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. In: S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development*. UK: Psychology Press (pp. 337-369).
- Busch, M., & Kuunders, M. (2007). *Wie doet wat?* Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-gezondheidsdeterminanten/preventie-gericht-op-leefstijl/alcohol/wie-doet-wat/> Retrieved 24 juni, 2010.
- Busch, M., Kuunders, M., & Schoenmakers, C. G. (2010). *Wat wordt beoogd met preventie gericht op alcoholgebruik?* Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-gezondheidsdeterminanten/preventie-gericht-op-leefstijl/alcohol/doel/> Retrieved 19 juni, 2006.

- Bushell, H., Crome, I. & Williams, R. (2002). How can risk be related to interventions for young people who misuse substances? *Current opinion in psychiatry*, 15, 355-360.
- Bushman, B.J. & Cooper, H.M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. *Psychological bulletin*, 107, 341-354.
- Bye, E. (2007). Alcohol and violence: use of possible confounders in a time-series analysis. *Addiction*, 102,369-376.
- Calafat, A., Juan, M. & Duch, M.A. (2009). Preventive Interventions in nightlife: a review. *Adicciones* 2009; 21(4): 387-413.
- CAM (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs) (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: RIVM.
- McCambridge J, Strang J.(2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*.2004 Jan;99(1):39-52.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. & Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London: Health Development Agency.
- Carnibella, G., Fox, A., Fox, K., McCann, J., Marsh, J. & Marsh, P. (1996). *Football violence in Europe: A report to the Amsterdam group*. Oxford, UK: The social issues research centre.
- Carey, K.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Carey, M.P., DeMartini, K.S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 32:2469-2494.
- CASA (2007). *The importance of family dinners, IV*. New York, NY: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- CBS (2009). *Statline: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): zware drinker*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CCV (2009). *Trendanalyse Jeugd & Alcohol 2009*. Utrecht: CCV.
- CCV (2010) www.hetccv.nl/binaries/cintent/assets/ccv/dossiers/bestuurlijk-handhaven/drugsbeleid/infosheets.
- Chermack, S. & Giancola, P. (1997). The relationship between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial approach. *Clinical psychology review*, 6, 621-649.

- Chisholm, D., Rehm, J., Ommeren, M. van & Monteiro M. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies Alcohol*, 2004; 65: 782-793.
- Crossen S. (2007). Alcohol taxation and regulation in the European Union. *International Tax and Public Finance*, 2007, 14:699-732.
- Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R. & Patton, G.C. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 95, (11), 1679-90.
- Coggans, N., (2006). Drug education and prevention: has progress been made? *Drugs: education, prevention and policy*. 13(5). 417-422.
- Commissie Van der Donk (2009). *Geen deuren maar daden, nieuwe accenten in het Nederlands drugsbeleid*. Wetenschappelijke Regerings Raad. 2009
- Conijn, B. & Riper, H. (2009). Ondersteuning via internet voor kinderen van probleemdrinkers. Ervaren met de website Drankjewel. *Verslaving; Tijdschrift over Verslavingsproblematiek*, 5(2):42-56.
- Conner, M. & McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology*, Vol. 38, 195-222.
- Conrod, P.J., Steward, S.H., Comeau, N. & Maclean, A.M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(4), 490-504.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 67(1), 85-93.
- Consument & Veiligheid (2010). Retrieved 17 oktober 2010.
http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf/wwwVwContent/M_36EEF0C4F190BD14C125762600277FD7
- Cooper, M.L. (2002). Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of studies on alcohol*, 14, 101-117.
- Copeland, J., & Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 109-116.

Corte, C.M., & Sommers, M.S. (2005). Alcohol and risky behaviors. *Annual review of nursing research*, 23, 327-360.

Cox, W. & Klinger, E. (2004). A motivational model for alcohol use: Determinants of use and change. In: Cox WM and Klinger E. (eds.) *Handbook of motivational counseling: concepts approaches and assessment*. 2004. 121-138. Hoboken NJ. John Wiley & Sons.

Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., et al. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9442), 1334-1339.

Creemers, H., van Lier, P., Vollebergh, W., Ormel, J., Verhulst, F., & Huizink, A. (2009). Predicting onset of cannabis use in early adolescence: The interrelation between high-intensity pleasure and disruptive behavior. The TRAILS study. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*, 70, 850-858.

Croes, E., & van Gageldonk, A. (2009). Preventie en harm reduction. In M. van Laar & M. van Ooyen-Houben (Eds.), *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.

Crone, E. (2010). *Het puberende brein. Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Cuijpers, P. (2003) Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 10 (1), 7-20.

Cuijpers, P. (2006). *Prioriteiten voor verslavingspreventie in de praktijk*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Cuijpers, P. & Bolier, L. (2001). Gezinsgerichte verslavingspreventie: een overzicht van de literatuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, 427-433.

Cuijpers, P., Scholten, M. & Conijn, B. (2006). *Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie, deel 4*. Den Haag: ZonMw.

Daepfen, J. B., Gaume, J., Bady, P., Yersin, B., Calmes, J. M., Givel, J. C., et al. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction*, 102(8), 1224-1233.

Van Dalen, W., van Hoof, J., van der Lely, N. & Pereira, R.R. (2009). *Alcoholintoxicaties bij jongen in Nederland*. STAP: Utrecht.

Darke, S., Kave, S., McKetin, R. & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug alcohol reviews*, 27(3), 253-262.

Deas D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*; 121:S3348-S3354.

Dewey, J.D. (1999). Reviewing the relationship between school factors and substance use for elementary, middle and high school students. *The journal of primary prevention*, 19, 177-225.

Dijck, D., & Knibbe, R. A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

Van Dijk, T., Flight, S., Oppenhuis, E., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk Geweld. Aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Sdu Grafisch Bedrijf.

Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S. & Kaufman, N. (2002). 'Preventing early adolescent substance use: a familycentred strategy for the public middle school', *Prevention Science*, 3(3), 191-201.

Doekhie, J., Nabben, T. & Korf, D. (2010) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., van den Eeckhout, S., ter Bogt, T. & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Druid (2010). http://www.druid-project.eu/cIn_007/nn_107544/Druid/EN/work-packages/3-enforcement/enforcement-node.html?__nnn=true

Dunning, E. (2000). Towards a sociological understanding of football hooliganism as a world phenomenon. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 8, 141 – 162.

Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *Journal of Primary Prevention*, 2000; 20: 337-52.

Duwe, A., Schumann, J. & Küfner, H. (2001). Deviantes Verhalten und späterer Drogenkonsum. *Suchtmed*, 3, 73-82.

Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Thompson, R.S. & Rajab, W. (2004). Effectiveness of Mass Media Campaigns for Reducing Drinking and Driving and Alcohol-Involved Crashes A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1):57-65.

Elliot, Morleo & Cook. (2009). *Identifying effective interventions for preventing underage alcohol consumption*. Final report prepared for Wirral Drug and Alcohol Action Team.

EMCDDA (2001). *An inventory of on-site pill-testing interventions in the European Union*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2007). *Drugs use and related problems among very young people (under 15 years old)*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Annual report. Lisbon: Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2009). *Internet-based drug treatment interventions. Best practice and applications in EU Member States*. Prep. by Hans-Peter Tossmann and Fabian Leuschner, EMCDDA insights series, no.10. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Engels, R.C.M.E. & Ter Bogt, T. (2004). Outcome Expectancies and Ecstasy Use in Visitors of Rave parties in the Netherlands. *European Addiction Research*, Vol. 10, 156-162.

Engels, R.C., Hermans, R., van Baaren, R.B., Hollenstein, T. & Bot, S.M. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour, *Alcohol and alcoholism*, 44(3), 244-9.

Enoch, M.A. & Goldman, D. (1999) Genetics of alcoholism and substance abuse. *The Psychiatric Clinics Of North America*, 22 (2), 289-99.

Ester, T.J. & Driessen, F.M.H.M. (2009). *Drugsgelateerde criminaliteit in Nederland in vergelijking met enkele West-Europese landen en de VS*. Utrecht: Bureau Driessen, sociaal wetenschappelijk onderzoek.

Evenblij, M. (2009). *Oog(st) voor de toekomst: resultaten van onderzoek uit de ZonMw programma's Verslaving en Risicogedrag en Afhankelijkheid*. Den Haag: ZonMw.

Faber, L., Carlier, B., Schreurs, H., Roelofs, J., De Vet, E., and Van Ameijden, E. (2010). Alcoholgebruik onder Utrechtse jeugd: Aandachtsgroepen voor preventie. *Verslaving*, 6, (1), 3-19

Fahrenkrug, H., Müller, R. & Müller, S. (2001). Cannabis in der Schweiz: Eine Droge auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel. *Abhängigkeiten*, 1, 5-32.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. & Lemma, P. (2008). *School-based prevention for illicit drugs' use (Review)*. The Cochrane Collaboration.

- Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2000). Alcohol abuse and crime: a fixed-effects regression analysis. *Addiction*, 95 (10), 1525-1536.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*, 88 Suppl 1, S14-26.
- Fleming, M. F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A., & Barry, K.L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(1), 36-43.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe G. & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98 , 397-411.
- Franken, I., & van den Brink, W. (2009). *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Fulwiler, C., Eckstine, J. & Kalsy, S. (2005). Impulsive-aggressive traits, serotonin function, and alcohol-enhanced aggression. *Journal of clinical pharmacology*, 45, 94-100.
- Garretsen H.F.L., & Rigter, H. (2008). Jongeren en alcohol: beleid helpt. *Verslaving*, 4, 46-53.
- Gates S., McCambridge, J., Smith, L.A. & Foxcroft, D. (2006). *Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- Gentilello, L.M., Duggan, P., Drummond, D. & Tonnesen, A., et al. (1988). Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *American Journal of Surgery*, 156:558-561.
- Gezondheidsraad (2006). *Plan de campagne; Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting*. Den Haag: Gezondheidsraad 2006; publicatie nr 2006/16.
- Gonzalez, A. & Nutt, D.J. (2005). Gamma hydroxyl butyrate abuse and dependency. *Journal of Psychopharmacology*, 19(2), 195-204.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. & Daumann, J. (2006). Neurotoxicity of methylenedioxyamphetamines (MDMD; ecstasy) in humans: how strong is the evidence for persistent brain damage? *Addiction*, 101(3), 348-361.
- De Graaf, D. & Poort, E. (2004). *Evaluatie van de Zomercampagne 2003; 'Drank: de kater komt later'*. Haarlem: ResCon.
- Graham, K., Schmidt, G. & Gillis, K. (1996). Circumstances when drinking leads to aggression: an overview of research findings. *Contemporary drug problems*, 23, 493-557.

Graham K., Osgood, D.W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., Pernanen, K., Saltz, R.F. & Toomey, T.L. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug And Alcohol Review*, 23 (1), 31-41.

Graham, K., Bernards, S., Wayne, D. & Wells, S. (2006). Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs. *Addiction*, 101, 1569-1580.

Graham, K. & Homel, R. (2008.) *Raising the bar: Preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Cullompton: Willan Publishing.

McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Evidence briefing update. London: Health Development Agency.

Griffiths, K.M. & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: a powerful tool in the rural medicine kit. *Australian Journal of Rural Health*, vol.15, pp. 81-87.

Gripenberg, J., Wallin, E. & Andreasson, S., (2007). Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises. *Substance Use & Misuse*, 42, 12-13.

Guéguen, N., Jacob, C., Le Guellec, H., Morineau, T. & Lourel, M. (2008). Sound level of environmental music and drinking behavior: A field experiment with beer drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol 32(10), pp. 1795-1798.

Hagemann, T. (2010). *Alcohol en het adolescente brein*. Afstudeeropdracht Faculteit Natuurwetenschappen, Open Universiteit Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ham, L. & Hope, D. (2003). College students and problematic drinking: A review of literature. *Clinical psychological review*, 23, 719-759.

Harper, C. (2009). The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol alcohol*, 44 (2), 136-140.

Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103(3), 368-376.

Hawks, D., Scott, K. & McBride, M. (2002). *Prevention of psychoactive substance use : a selected review of what works in the area of prevention*. World Health Organization.

- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H.U., et al. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *Bmj*, 330(7481), 11.
- Hendren, R. L. & Mullen, D. J. (2006). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In: Dulcan, M. K., Wiener, J. M. & Arlington, V.A. *Essentials of child and adolescent psychiatry*. US: American Psychiatric Publishing, pp. 357-387.
- Van Hest, M. (2009). *Uitgaansgeweld: Lokaal beeld en aanpak*. Utrecht: Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid.
- Hilhorst, M., Dorfler, T. & Zuilhof, W. (2009). Schorer Monitor 2008: toename jonge MSM met hoogrisicogedrag. *SOA Aids Magazine*, 6(1), 16-18.
- Hingson, R., Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*. 2009 Jun;123(6):1477-84.
- Hoaken, P.N.S. & Stewart, S.H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*, 28, 1533-1554.
- Höfler, M., Lieb, R., Perkonigg, A., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94, 1679-1694.
- Holder, H. D. & Wagenaar, A. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 26, 89-97.
- Holder, H.D. & Treno, A.J. (1997). Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction* (Abingdon, England), 92 Suppl 2(): S189-99.
- Van Hoof, J.J., Van der Lely, N., Rodrigues Pereira, R. & Van Dalen, W.E. (2010). Adolescent alcohol intoxication in the Dutch hospital Departments of Pediatrics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 71 (3), pp. 366-372.
- Hughes, K., Anderson, Z., Morleo, M., & Bellis, M. (2007). Alcohol, nightlife and violence: the relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*, 103, 60-65.

Hughes, K., Anderson, Z., Morleo, M. & Bellis, M.A. (2008). Alcohol, nightlife and violence: the relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*.103(1):60-5.

Huiberts, A., & Boon, B. (2003). Wat u drinkt, test u zelf. Eén jaar alcoholadvies-op-maat via internet. *Vakblad voor Gezondheid en Maatschappij*, 6, 28-29.

Huizink, A. (2010). *Middelen om aan de druk te ontsnappen*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen Faculteit der Sociale Wetenschappen.

Hunault, C. C., Mensinga, T. T., Böcker, K. B. E., Schipper, C. M. A., Kruidenier, M. & Leenders, M. E. C., et al., (2009). Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and cannabis containing up to 69 mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Psychopharmacology*, 204, 85-94.

Huurte, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2010). Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(1), 125-134.

Institute of Alcohol Studies (2005). *Factsheet 2005*.

Intraval (2009). Inventarisatie Hokken en Keten in Nederland 2009. Groningen: Intraval.

IVZ (2009). *LADIS nieuwsflits kerncijfers 2008: hulpvraag in Nederland*. Houten: Stichting IVZ.

IVZ/Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (2010). *Jongeren in de ambulante verslavingszorg in Nederland (2004-2008)*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).

De Jong, M., Poelmans, I., Diemers, J., & Ernst, M. (2009). *Tendens 2009: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: IrisZorg.

De Jonge, M. & de Ruiter, M. (2010). Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2008. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en verslavingspreventie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Junger-Tas, J., Steketee, M., & Moll, M. (2008). *Achtergronden van jeugddelinquentie en middelengebruik*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Kepper, A., Monshouwer, K. & van Dorsselaer, S. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg*. Presentatie FADO.

Ker, K. & Chinnock, P. (2008) *Interventions in the alcohol server settings for preventing injuries*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Kerssemakers, R., van Meerten, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. (red.) (2008). *Drugs en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum.

Kessler, R.C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23 (6), 893-907.

Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). *Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren*. Weinheim: Juventa.

Knibbe, R. A., Oostveen, T. & van de Goor, I. (1991). Young people's alcohol consumption in public drinking places: Reasoned behaviour or related to the situation? *British Journal of Addiction*, Vol 86(11), pp. 1425-1433.

Knibbe, R.A., Joosten, J., Derickx, M., Choquet, M., Morin, D., Monshouwer, K. & Vollebergh, W. (2005). Perceived availability of substances, substance use and substance-related problems: a cross national study among French and Dutch adolescents. *Addiction*, 10 (2-3), 151-163

Komro, K.A. & Toomey, T.L. (2002). Strategies to Prevent Underage Drinking. *Alcohol Research & Health*, Vol. 26-1.

Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., van den Eijnden, R.J.J.M., ter Bogt, T., Stattin, H. & Engels, R.C.M.E. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104, 1669-1678.

Korf, D.J., van der Woude, M., Benschop, A. & Nabben, T. (2001). *Coffeeshops, jeugd en toerisme*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korf, D.J., Benschop, A. & Brunt, T. (2003). *Pillen Testen in Nederland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korhonen, T., Van Leeuwen, A.P., Reijneveld, S.A., Ormel, J., Verhulst, F.C., and Huizink, A.C. (2010). Externalizing Behavior Problems and Cigarette Smoking as Predictors of Cannabis Use: The TRAILS Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49, (1), 61-69

Kruger, H.P., Kazenwadel, J. & Vollrath, M. (1995). Grand rapids effects revisited: accidents, alcohol and risk. In: *Alcohol, drugs and traffic safety; Proceedings of the 13th ICADTS international conference on alcohol, drugs and traffic safety*, Aleide, 13-18 August 1995, 1, 222-230.

Kuhns, J.B. & Clodfelter, T.A. (2009). Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and violent behavior*, 14, 69-78.

Kuijten, C. (2009). *Evaluatie Pilot drugs en verkeer 24-10-2008 - 23-01-2009*.

Kumpfer K.L. & Alvarado R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am. Psychol.* 58:457-65.

Kumpfer K.L., Alvarado R. & Whiteside H.O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use & Misuse*; 38: 1759-87.

Kuntsche, E., von Fischer, M. & Gmel, G. (2008). Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 45(8). 796-800.

Kuunders, M.M.A.P. (2006). *Keetbeleid: het hokjesdenken voorbij. Visienota gemeentelijk keetbeleid*. Utrecht; Stichting Alcoholpreventie.

Kuunders, M., & van Laar, M. (2009). Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik? Bilthoven: RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/Gezondheidsdeterminanten/Leefstijl/Alcoholgebruik>. Retrieved 30 maart, 2009.

Kuyper, L., de Wit, J., Adam, P., Woertman, L. & van Berlo, W. (2009). *Laat je nu horen! Een onderzoek naar grensoverschrijdende seksuele ervaringen en gedragingen onder jongeren*. Utrecht: Universiteit Utrecht / Rutgers Nisso Groep.

Kyprie, K. et al., (2009). Randomized controlled trial of proactive web-based alcohol screening and brief intervention for university students. *Archives of Internal Medicine*, 2009, 169(16), 1508-1514.

Van Laar, M. W. (2006). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van druggebruik? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Van Laar, M., & van Ooyen-Houben, M. (red) (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.

Van Laar, M.W., Cruys, A.N.N., van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. & Brunt, T. (2010). *Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Laflin, M.T., Moore-Hirschl, S., Weis, D.L. & Hayes, B.E. (1994). Use of the theory of reasoned action to predict drug and alcohol use. *Substance use & misuse*, Vol. 29(7), 927-940.

- Lang, E., Stockwell, T., Rydon, P., & Beel, A. (1998). Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug & Alcohol Review*, 17, 39-50.
- Lanting, L.C. & Stam, C. (2010). *Verkeersongevallen samengevat. Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. www.nationaalkompas.nl. Retrieved: 15 januari 2010.
- Van Leeuwen, L. & Renes, R.J. (2009, 9 december). *Communicating health messages through Entertainment-Education: Testing the persuasive effects of a Dutch youth drama series*. Nijmegen: Thematic Meeting Kettil Bruun Society.
- Van Leiden, I., Arts, N. & Ferwerda, H. (2009). *Rellen om te rellen. Een studie naar grootschalige openbare-ordeverstoringen en notoire ordeverstoorders*. Apeldoorn/Arnhem: Politie en Wetenschap/Bureau Beke.
- Lemmers, L. & Cuijpers, P. (2005). Alcohol en uitgaansgeweld. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 395-410.
- Lemstra, M., Bennett, U.N., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15, *Addiction Research & Theory* 2010, Vol. 18, No. 1, Pages 84-96.
- Leonard, K.E., Quigley, B.M. & Collins, R.L. (2003). Drinking, personality and bar environmental characteristics as predictors of involvement in barroom aggression. *Addictive behaviors*, 28, 1681-1700.
- Van der Linden, J., Knibbe, R.A., Verdurmen, J.E.E. & van Dijk, A.P. (2004). *Geweld bij uitgaan op straat: algemeen bevolkingsonderzoek naar de invloed van alcohol- en drugsgebruik*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Livingston, M., Chikritzhs, T. & Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems, *Drug and Alcohol Review*, 26: 557-66.
- Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: education, prevention and policy*, 5 (3), 217-232.
- Loxley, W., Toumbourou, J.W. & Williams, J., et al. (2004) *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence*. The national drug research institute and centre for adolescent health.
- Lubman, D.I., Hides, L., Yücel, M. & Toumbourou, J.W. (2007). Intervening early to reduce developmentally harmful substance use among youth populations. *MJA*, 187 (7) S22-S25.

Van de Luitgaarden, J. & Knibbe, R.A. (2000). *Schenker-trainingen: Toepassingen en Effectiviteit*. Maastricht: Universiteit van Maastricht/NIGZ.

Maalsté, N. (2000). *Ad Fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: CVO.

Mansdotter, A.M., Rydberg, M.K., Wallin, E., Lindholm, L.A. & Andreasson, S. (2007). Alcohol Consumption: a cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 6, 618–623.

Marshal, M., Friedman, M., Stall, A. & Thompson, A. (2009). Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth. *Addiction*, 104, 974-981.

Martin, G. & Copeland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 407–414.

Matochik, J. A., Eldreth, D. A., Cadet, J. L., & Bolla, K. I. (2005). Altered brain tissue composition in heavy marijuana users. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 23-30.

Mathijssen, R. & Houwing, S. (2005). *The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control study in the Tilburg police district; research in the framework of the European research programme IMMORTAL*. SWOV, Leidschendam.

Matthews, S. & Richardson, A. (2005). *Findings from the 2003 offending, crime and justice survey: alcohol-related crime and disorder*. London: Home Office.

Matthys, W., Vanderschuren, L., Nordquist, R. & Zonneville-Bender, M. (2006). *Verslavingsfactoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen*. Den Haag: ZonMW, Programma verslaving.

Meier, P., Purshouse, R. C., & Brennan, A. (2010). Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction*, 105(3), 383-393.

Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Merikangas, K. R. & Avenevoli, S. (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors* 25, 807-820.

Merikangas, K.R. Mehta, R.L., Molnar, B.E., Walters, E.E., Swendsen, J.D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Kolody, B., Vega, W.A., Wittchen, H.U. &

Midford, R. (2002). Principles that underpin effective schoolbased drug education. *Journal of Drug Education*, 32, 363–386.

Ministerie van Justitie & Ministerie van BZK (2007). *Veiligheid begint bij voorkomen. Voortbouwen aan een veiliger samenleving*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Ministerie van VWS (2006). *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2007). *Hoofdlijnenbrief Alcoholbeleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2009), <http://www.rijksoverheid.nl/zoeken?search-keyword=alcoholslot>

Ministerie van VWS (2010). *Handleiding ketenbeleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2008). *Rijden onder Invloed in Nederland in 1999-2007*. Delft: Ministerie van Verkeer en waterstaat.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2010).

<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2008/10/25/speekseltesters-moeten-opsporing-drugsgebruik-in-verkeer-vergemakkelijken.html>

Monshouwer, K., Smit, F. & Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80 (3): 172-177.

Monshouwer K. (2006). *Effectieve ingrediënten van drugs preventieprogramma's op scholen, een review van de reviews*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., de Graaf, R. & Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. *British journal of psychiatry*, 188, 148-153.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A. & Vollenberg, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007: Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Monti, P.M., Tevyaw, T.O. & Borsari, B. (2005). Drinking among young adults: Screening, brief intervention, and outcome. *Alcohol Research & Health S2- Alcohol Health & Research World* 2005; 28:236-244.

Monti P.M., Barnett N.P., Colby S.M., Gwaltney C.J., Spirito A., Rohsenow D.J., Woolard R.(2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*. 2007 Aug;102(8):1234-43. Epub 2007 Jun 12.

Morgan, J. A., Schafer, G., Freeman, T.P., Curran, H.V. Impact of cannabidiol on the acute memory and psychotomimetic effects of smoked cannabis: naturalistic study. *The British Journal of Psychiatry* (2010) 197: 285-290.

Morrison, D.M., Golder, S., Keller, T.E. & Gillmore, M.R. (2002). The theory of reasoned action as a model of marijuana use: tests of implicit assumptions and applicability to high-risk young women. *Psychology of addictive behaviors*, Vol. 16(3), 212-224.

Moser, M. S., & Pursell, R. A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. *Cjem*, 2(3), 203-205.

Mulder, J., ter Bogt, T.F.M., Raaijmakers, Q.A.W., Gabhainn, S.N., Monshouwer, K. & Vollebergh, W.A.M. (2009). The Soundtrack of Substance Use: Music Preference and Adolescent Smoking and Drinking. *Substance Use and Misuse*, 44, 514-531.

Muller, E., Zannoni, K., Ammerlaan, K., Schaap, S., Uildriks, N., Van der Varst, L., Rosenthal, U., Ferwerda, H., Van Ham, T., Van Leiden, I., Adang, O. Ordeverstoringen en groepsgeweld bij evenementen en grootschalige gebeurtenissen – Scherp en Alert (in press).

Murdoch, D., Pihl, R.O. & Ross, D. (1990). Alcohol and crimes of violence: present issues. *International journal of the addictions*, 25, 1065-1081.

Nabben, T. & Korf, D.J. (2000). *De combi-roes: gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, ECSTASY en Amfetamine*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Benschop, A. & Korf, D.J. (2007a). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Koet, S. & Korf, D. (2007b). *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Koet, S. & Korf, D.J. (2008) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg Publishers

National Institute on Drug Abuse, NIDA (2003). *Preventing Drug use among children and adolescents. A research-based guideline for parents, educators and community leaders*. US department of health and human services.

Neighbours, C., Barnett, N., Rohsenow, D., Colby, S., Monti, P. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, May 2010, 384-394.

Nestler, E.J. (2005). The neurobiology of cocaine addiction. *Sci pract perspect*, 3(1), 4-10.

Newton, A. & Hirschfield, A. (2008). *Measuring 'alcohol-related' crime and disorder: Examining the impact of extended licensing hours in England*. Paper presented to 16th Annual GIS Research UK (GISRUK) Conference. Manchester, 2nd to 4th April 2008.

Niesink, R.J.M., Rigter, S., Hoek, J., & den Boer, N. (2009). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops: 2008-2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

NHS (2007): *Community based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and Young people*, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.

NIGZ (1998). *Feiten over alcohol*. Woerden: NIGZ.

Noar, S.M. (2006). A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go From Here? *Journal of Health Communication*, 11:21-42.

Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G., & Vergouwen, T. A. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *General hospital psychiatry*, 31(4), 394-396.

Norman, P., Bennett, P. & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*, 13, No. 2, 163-169.

Norman, P., Bennett, P. & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*. 13(2). 163-169.

Van Os, J.; Bak, M.; Hanssen, M.; Bijl, R.V.; de Graaf, R.; and Verdoux, H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*, 156(4):319-27, 2002.

Van Ours, J.C. & Williams, J. (2009). Why parents worry: Initiation into cannabis use by youth and their educational attainment. *Journal of health economics*, 28, 132-142.

Pacula, R.L. (2008). *What Research Tells Us About the Reasonableness of the Current Priorities of National Drug Control*. RAND Corporation.

Palmer, R.H.C., Young, S.E., Hopfer, C.J., Corley, R.P., Stallings, M.C., Crowley, T.J. & Hewitt, J.K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 78-87.

Panneman, M. & Valkenberg, H. (2010). *Medische kosten en verzuimkosten van ongevallen en vergiftigingen door alcohol bij 10-24-jarigen*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.

Pennings, E.J.M., Lecesse, A.P. & de Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773-783.

Pennings, E.J.M., Eilering, J.B.G. & de Wolff, F.A. (2004). *Langetermijneffecten van XTC*. Leiden: LUMC.

Peters, L.W..H., Wiefferink, C.H., Hoekstra, F., Buijs, G.J., ten Dam, G.T.M. & Paulussen, T.G.W.M. (2008). A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Education Research* 24 (2): 198-223.

Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177-191.

Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2010). *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en festivals*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Poelen, E. (2008). *The role of genes and environment in adolescents' and young adults' alcohol use*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Pos, S.E. & Hekkink C.F. (2004). *Determinanten van alcoholgebruik bij volwassenen*. Woerden: Nationaal instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Pumariega, A., Rodriguez, L. & Kilgus, M. (2004). Substance abuse among adolescents – current perspectives. *Addictive disorders and their treatment*, 3 (4), 145-155.

Purshouse, R.C., Meier, P.S., Brennan, A., Taylor, K.B. & Rafia, R. (2010). Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*, vol 375, p. 1355 - 1364.

Van den Putte, S.J.H.M. & Steevels, R.M.A. (2004). *Effectevaluatie cannabiscampagne*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (ASCoR).

Quo Fadis (2009). Stand van zaken genotmiddelengebruik in Fryslân samengesteld door Quo Fadis (Qua uitvoering Onderzoeksmatig Fries Alcohol en Drugs Informatie Systeem). *Feitenblad genotmiddelen*, 11, 1-4.

Rabinovich, L., Tiessen, J., Janta, B., Conklin, A., Krapels, J. & van Stolk, C. (2008). *Reducing alcohol harm. International benchmark*. UK National Audit Office.

Raes, E., et al. (2008). *Drug use, impaired driving and traffic accidents*. EMCDDA Insights Series nr. 8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Office for Official Publications of the European Communities Eur-OP, Luxembourg.

Ramaekers, J.G., Berghaus, G., van Laar, M. & Drummer O.H. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Dependence*, 73(2), 109-119.

Report Science Group (March, 2009). *Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? – a review of longitudinal studies*. Scientific opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum.

Ridner, S. L., Frost, K. & LaJoie, A. S. (2006). Health information and risk behaviors among lesbian, gay, and bisexual college students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(8), 374-378.

Rigter, H. (2006). *Cannabis, preventie en behandeling bij jongeren*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Rigter, H., van Laar, M., Rigter, S. & Kilmer, B. (2003). *Cannabis – feiten en cijfers 2003: achtergrondstudie nationale drugmonitor*. Bureau Nationale Drugmonitor, Utrecht: Trimbos-instituut. Utrecht.

Rijksoverheid (2010a). <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2010/09/23/strenger-optreden-tegen-drugs-in-verkeer.html>.

Rijksoverheid (2010b). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs. Memorie van toelichting. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/09/23/memorie-van-toelichting-drugs-in-het-verkeer.html>

Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). 'Drinking Less'. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103(2), 218-227.

Riper, H., van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *Am J Prev Med*, 36(3), 247-255.

Risselada, A., Kleinjan, M. & Jansen, H. (2009). *Veilig drinken op leeftijd. Screening en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk*. Rotterdam: IVO (te downloaden van www.ivo.nl).

Risselada, A. & Schoenmakers, T.M. (2010). *Protocolontwikkeling voor vroegsignalering en kortdurende interventies gericht op alcoholmisbruik van jongeren*. Partnership Vroegsignalering Alcohol / IVO.

Risselada, A., Kleinjan, M. & van de Mheen, D. (2010). 'Veilig drinken op leeftijd'. IVO. *Tijdschrift voor verslaving*, nr. 2/2010.

RIVM (2010). *Big Deal*. In: Loket Gezond Leven. Bilthoven: RIVM, <http://www.loketgezondleven.nl> Loketgezondleven.nl\ Interventies\ Interventies\ Alle interventies die met de letter B beginnen, 16 februari 2010. <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/b/10205/>

Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530.

Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). Verslaving. *Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Van Sassenbroeck, D. K., de Neve, N., de Paepe, P., Belpaire, F. M., Verstraete, A. G., Calle, P. A., et al. (2007). Abrupt awakening phenomenon associated with gamma-hydroxybutyrate use: a case series. *Clin Toxicol (Phila)*, 45(5), 533-538.

Schalken, F. & Stichting E-hulp.nl, et al. (2010). *Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Scheier, L. (2001). Etiologic studies of adolescent drug use: a compendium of data resources and their implications for prevention. *The journal of primary prevention*, 22 (2), 125-168.

Schneider, M. (2008). Puberty as highly vulnerable developmental period for the consequences of cannabis exposure. *Addiction Biology*, 13, 253-263. 59.

Schnitzer, S., Bellis, M., Anderson, Z., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. & Kokkevi, A. (2010). Nightlife Violence: A gender-specific view on risk factors for violence in nightlife settings: A cross-sectional study in nine European countries. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (6), 1094-112.

Schrijvers, C.T.M. & Schoenmaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.

Schrijvers, C.T.M. & Schuit, A.J. (2010) *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau*. Bilthoven: RIVM.

Schrijvers, C., Snoek, A. & van den Ende, D. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen*. Rotterdam: IVO.

Schubart CD, van Gastel WA, Breetvelt EJ, Beetz SL, Ophoff RA, Sommer IE, Kahn RS, Boks MP. *Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences*. *Psychological Medicine*. 2010 Oct 7:1-10

Schweinsburg, A. D., Nagel, B. J., Schweinsburg, B. C., Park, A., Theilmann, R. J., & Tapert, S. F. (2008). Abstinent adolescent marijuana users show altered fMRI response during spatial working memory. *Psychiatry Research*, 163, 40-51.

Selfhout, M. (2009). *Me, Myself, and You: Friendships in Adolescence*. Dissertation. Utrecht: Universiteit Utrecht. ISBN 978-90-9024416-7.

Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent Drug Use and Psychological Health, 1990. *American Psychologist*, 612-630.

Simon, R. (2004). *Regular and intensive use of cannabis and related problems: conceptual framework and data analysis in the EU member states*.

Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K. & Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use: meta-analysis of randomised controlled trials in general populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 195-206.

Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., Bolier, L. (2007). Jongeren en verslaving: de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren: een literatuurstudie en een inventarisatie van behandel aanbod in Nederland. Amersfoort: GGZ Nederland.

Smit, F.; Bolier, L.; and Cuijpers, P. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*, 99(4):425-30, 2004.

Smith, L.A. & Foxcroft D.R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 2009, 9:51.

Snoek, A., Wits, E. & van der Stel, J. (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Rotterdam: IVO.

Solberg LI, Maciosek MV & Edwards NM (2008). Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*. 2008 Feb;34(2):143-152.

Spek, V., Cuijpers, P., MykliDek, I., Riper, H., Keyser, J, Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 20, 1-10.

Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and alcohol review*, 18, 453-475.

Spoth, R., Greenberg, M. & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121:S311-S336.

Spoth, R., Greenberg, M. & Turrisi, R. (2009). Overview of Preventive Interventions Addressing Underage Drinking State of the Evidence and Steps Toward Public Health Impact. *Alcohol, research & health*, vol. 32, nr. 1, p. 53-66.

Springer, J.F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 25, 171-193.

STAP (2007). *Blaastesten om "indrinken" te voorkomen*. Utrecht: STAP.

Stenbacka, M. & Stattin, H. (2007). Adolescent use of illicit drugs and adult offending: a Swedish longitudinal study. *Drug and alcohol review*, 26, 397-403.

Stephenson, M.T. & Helme, D.W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *Journal for Drugs Education*, 36(3), 247-270.

Swadi, H. (1999) Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and alcohol dependence*, Vol. 55(3), 209-224.

SWOV (2006). *Factsheet Rijden onder invloed van alcohol en drugs*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. November 2006.

SWOV (2009). *Factsheet Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. September 2009.

Tait, R.J. & Hulse, G.K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*, 2003; 22:337-346.

Tait, R.J., Hulse, G.K. & Robertson, S.I., et al. (2005). Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 79(3):359-63.

Teeuwen, B., Eveleens, C., Crombach, M. & Nauta, F. (2010). *Alcoholpoli. Gedragsverandering bij jongeren na alcoholvergiftiging*. Arnhem/Nijmegen: Prima Praktijken, Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

The Gallup Organization (2008). *Young people and drugs. Among 15-24 year-olds. Flash Eurobarometer*. European Commission.

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P. Marshall, D.G., Streke, A.V. & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev*, 2000, 20, 275-336.

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev*, 2000;20(4):275-336.

Torres, A. & Gomes, M. C. (2002). *Drogas e prisões em Portugal*. Lisbon: IPDT.

Tossmann, H., & Leuschner, F., (2009) *EMCDDA insight: Internet-based treatment interventions. Best practice and applications in EU Member States*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2009.

Townsend, L., Flisher, A.J. & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical child and family psychology review*, 10, 295-317.

Tweede Kamer, (2002). *Kamerstukken, vergaderjaar 2001-2002*, 24 077, nr. 98.

Tweede Kamer, (2003-2004). *Convenanten uitgaansgeweld*. 29 661, nrs. 1-2.

Tweede Kamer (2008). *Kamerstukken, vergaderjaar 2007-2008*, 27 565, nr. 35.

Tweede Kamer (2009). *Kamerstukken, vergaderjaar 2008-2009*, 32 022, nr. 3.

Tweede Kamer (2010a). *Kamerstukken, vergaderjaar 2009-2010*, 24 077, nr. 239.

Tweede Kamer (2010b). *Kamerstukken, vergaderjaar 2009-2010*, 28 684, nr 253.

Valkenberg, H. (2009). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.

Valkenberg, H. (2010). *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol bij jongeren van 10 tot en met 24 jaar*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.

Velasquez, E.M., Anand, R.C., Newman, W.P., Richard, S.S. & Glancy, D.L. (2004). Cardiovascular complications associated with cocaine use. *J La State Med Soc*, 156 (6), 302-310.

Velleman, R., Templeton, L. & Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev*, (2005);24:93 – 109.

Velleman, R. (2009). *Alcohol prevention programmes*. A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., ter Bogt, T. & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender – findings from the Dutch 2001 Health behaviour in School-ages children survey. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 605-609.

Verdurmen, J. et al (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verhoeven, J. (2008). *Vandalisme 'The coming out of the hotshots'*. Master scriptie Criminologie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.

Vermeulen-Smit, E., van den Eijnden, R., Verdurmen, J., Spruijt, R. & Schulten, I. (2010). *Integrale aanpak opvoedingsadviezen ten aanzien van roken, drinken, drugsgebruik, seksueel risicogedrag en gehoorschade*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/ Universiteit Utrecht/Stivoro.

Vis, A.A. (1989). *Het gebruik van geneesmiddelen en drugs door verkeersdeelnemers en het effect op de verkeersveiligheid*. SWOV, Leidschendam.

Vogels, N. (2010). *Monitor drugsincidenten: factsheet 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut

Vogels, N., Brunt, T.M., Rigter, S., van Dijk, P., Vervaeke, H. & Niesink, R.J. (2009). Content of ecstasy in the Netherlands: 1993-2008. *Addiction*. 104(12):2057-66.

Van der Vorst, H., Engels, R., Dekovic, M., Meeus, W. & Vermulst, A. (2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescents' alcohol use: a longitudinal person-environment study. *Addiction*, 102, 1064-1075.

VWA (2007). *Handleiding lokaal alcoholbeleid*.

Wagenaar A.C. & Toomey, T.L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analysis of the literature from 1960 to 2000. *Journal of studies on alcohol*, s14, 207-225.

Wagenaar, A.C., Toomey, T.L. & Lenk, K.M. (2007). Environmental influences on young adult drinking. *Alcohol Research & Health*, 28 (4), 230-235.

Wagenaar, A.C., Salois, M.J. & Komro, K.A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, (2009), 104:179-190.

Wallace (2007). Religiosity and adolescent substance use: The role of individual and contextual influences. *Social problems*, 54(3), 395-397.

Wallack, L., Dorfman, L. & Themba, M. (1993). *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention*. Sage Publications, Inc.

Wallin, E., Norström, T., & Andreasson, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: A study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 270-277.

Walters, S. T., Vader, A. M., & Harris, T. R. (2007). A controlled trial of web-based feedback for heavy drinking college students. *Prevention Science*, 8, 83-88.

Wegman, F. & Aarts, L. (red.) (2005). Door met Duurzaam veilig; nationale verkeersveiligheidsverkenning voor de jaren 2005-2020. Leidschendam: SWOV.

Weinberg, N.Z. (2001). Risk factors for adolescent substance use. *Journal of learning disabilities*, 34(4), 343-351.

White, H. R. (2006). Reduction of alcohol-related harm on United States college campuses: The use of personal feedback interventions. *International Journal of Drug Policy*, 17, 310-319.

WHO (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. WHO Regional Office for Europe.

Wells J.E., Horwood L.J. & Fergusson D.M. (2004). *Addiction*. 2004 Dec;99(12):1529-41. *Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood*. Department of Public Health and General Practice, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, New Zealand.

Wills, T.A. & Yaeger, A.M. (2003). Family factors and adolescent substance use: models and mechanisms. *Current directions in psychological science*, 12 (6). 222-226.

Young, A., Grey, M., Abbey, A., Boyd, C. & McCabe, S. (2008). Alcohol-related sexual assault victimization among adolescents: prevalence, Characteristics, and correlates. *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, 69, 39-48.

ZonMw (2010). *Landelijke leefstijlcampagnes. Factsheet Opbrengsten programmatische aanpak; Factsheet Uitkomsten kwaliteitstraject; Factsheet Lessons learned 2003-2008*. Maart 2010. Den Haag: ZonMw.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. & Lochman, J.E. (2007). Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46[1], 33-39.

Zucker, R., Donovan, J., Masten, A., Mattson, M. & Moss, H. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 212s4.

Van Zundert, R.M.P., Engels, R.C.M.E. & Delsing, M.J.M.H. (2004). Alcoholgebruik van scholieren in het voortgezet speciaal onderwijs: de rol van ouderlijk alcoholgebruik en opvoeding. *Gedrag en gezondheid: tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 32(5): 326-343.

Bijlage 1: Interventies

In deze bijlage treft u onder meer de interventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik in Nederland die in de voorafgaande hoofdstukken werden vermeld onder 'de Nederlandse situatie'. De interventies die hier worden beschreven voldoen aan *een of meerdere* van de volgende criteria:

- De interventie is opgenomen in de databank van het Centrum voor Gezond leven en heeft daarin minimaal de kwalificatie 'goed beschreven'.
- De interventie wordt breed geïmplementeerd, hetgeen blijkt uit de aard en omvang studie van De Jonge & De Ruiter (2010). Minimaal 2 instelling gebruiken de interventie. De interventie is bovendien gestandaardiseerd en kan dus ook in andere gemeenten worden gebruikt.
- De interventie is onderzocht en goed beschreven.

In het overzicht zijn contactpersonen opgenomen (onder 'meer weten'). Indien er sprake is van een landelijk project worden contactpersonen genoemd van de landelijke instelling die de implementatie van het project ondersteunt of de interventie beheert. Zij kunnen desgewenst contactgegevens van lokale of regionale contactpersonen geven.

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
ACCU	Cannabisgebruik bij jongeren	Jongeren van 14 tot 21 jaar	Motiverende gespreksvoering (2 gesprekken)	Effectiviteit in Nederland momenteel onderzocht in RCT.		Trimbos-instituut Els Bransen
Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek	Jonge, vele en frequente alcoholgebruik van jongeren	Jongeren van 10 tot 19 jaar	Voorlichting / workshop / cursus Massamediale voorlichting Voor en door voorlichting / peer support Lezing / presentatie Spreekuur / consult	Effectstudie in 2008 via internet onder 2e en 4e-klassers van het voortgezet onderwijs. Een belangrijke bevinding is, dat het percentage jongeren dat alcohol gebruikt tussen 2003 en 2007 aanzienlijk is gedaald. Bovendien is dit percentage in de Achterhoek meer gedaald dan in de rest van de regio Gelre-IJssel en in de regio's van de drie Gelderse GGD'en. Dit geldt voor het ooit-gebruik, recent gebruik en het binge drinken.	CJG: Theoretisch goed onderbouwd	GGD Gelre-IJssel Elise van der Burgt www.ggdgelreijssel.nl
Barcode	Middelengebruik in het uitgaanscircuit	Barpersoneel	Interventie gericht op barpersoneel.		CJG: Theoretisch goed onderbouwd	Trimbos-instituut: Denise van Kesteren http://www.trimbo.spreventie.nl/?theMeID=240 Onderzoek: Ferry Goossens

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Bar Veilig – Voorkomen van agressie in de horeca	Agressie in het uitgaanscircuit (onder invloed van middelengebruik)	Barpersoneel en -managers	Interventie gericht op omgevingsfactoren van een horecagelegenheid. Door middel van een adviesgesprek met de horeca-ondernemer wordt nagegaan welke aanpassingen in de fysieke omgeving en in het beleid van een horecaonderneming kunnen bijdragen aan voorkoming van agressie. Daarnaast wordt het barpersoneel getraind in omgaan met agressie.	De interventie maakt gebruik van dezelfde elementen als de effectief bewezen Canadese interventie Safer Bars (Graham & Homel, 2008).		Trimbos-instituut Lotte Voorham www.barveilig.nl
Big Deal?	Communicatie over genotmiddelen		Big Deal? is een peer-project van en kan ook worden gezien als een community-interventie. <i>Big Deal?</i> maakt gebruik van het peereducatiemodel waarbij activiteiten als middel worden ingezet om jongeren zelf een voorlichtingsboodschap uit te laten brengen. Daarnaast beoogt het de lokale beleidsontwikkeling op het gebied van preventie te stimuleren.	In 2003 is een procesevaluatie met voor- en nameting uitgevoerd door de Stichting Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). Aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek is het draaiboek aangepast. <i>Big Deal?</i> wordt door Novadic-Kentron in Noord-Brabant aangeboden in samenwerking met het jongerenwerk. Een evaluatie van Big Deal? gaf aan dat vriendengroepen die het project moeten uitvoeren goed worden bereikt, maar dat de invloed op het lokale beleid gering is en dat het overbruggen van de afstand tussen school en vrije tijd niet altijd goed verloopt.	Opgenomen in I-database	preventie@novadic-kentron.nl

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Brains 4 Use	Recidive onder invloed van alcohol of drugs.	Jongeren die zijn opgenomen in een justitiële jeugdinrichting waarbij alcohol of drugs een rol hebben gespeeld bij de door de jongere gepleegde delicten. De jongeren zijn tussen de 12 en 23 jaar.	Het individuele programma bestaat uit 12 wekelijkse gesprekken. De interventie maakt gebruik van cognitief gedragstherapeutische principes en van het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente.	Effectstudie: Lodewijks, 2006. Afname van drugsgebruik in experimentele ten opzichte van controlegroep.	NJI-erkend. Deze interventie heeft tevens een voorlopige erkenning (maart 2008) van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie	Rentray Dhr H. Lodewijks http://www.wegwijzerjeugdenveiligheid.nl/criminele_jongeren/lokaal_beleid/brains_4_use
Campagne Alcohol en Jongeren	Het gevaar van alcohol (binge drinken)drinken op jonge leeftijd	Jongeren en hun directe omgeving	Media, internet. o.a. een interactieve drinktest voor jongeren	Onderzoek toont aan dat jongeren vaak in het gezin beginnen met drinken; tweederde van de leerlingen van het voortgezet onderwijs mag thuis alcohol drinken. Ook blijkt dat kinderen meer drinken als ouders hier positief of neutraal tegenover staan. Als ouders niet toestaan dat kinderen op jonge leeftijd alcohol drinken, dan beginnen kinderen later met drinken en gaan ze ook minder drinken op latere leeftijd.		Trimbos-instituut Lex Lemmers www.alcoholinfo.nl

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Cannabis Intelligence Amsterdam (CIA)	Jongeren leren kritisch te kijken naar hun eigen gebruik, en het laagdrempelig maken van de toegang tot (zelf)hulp	Jonge Amsterdammer met een multiculturele achtergrond (12-20 jaar) die softdrugs en/of alcohol op een recreatieve c.q. riskante manier consumeert.	CIA werkt volgens de peer educatie methode. Dit betekent dat jongeren getraind worden om in hun eigen taal aan andere jongeren voorlichting te geven.	JellinekMentrum voert jaarlijks marktonderzoek (Antenne) uit naar het gebruik van alcohol, tabak en andere drugs onder Amsterdamse jongeren (14-25 jaar).		JellinekMentrum Dennis de Rosa Spierings http://www.cia-info.nl/home
De Gezonde School en Genotmiddelen	Alcohol en drugsgebruik bij schoolgaande jongeren	Leerlingen van groep 7 en 8 in het basisonderwijs en de onder- en bovenbouw in het voortgezet onderwijs en hun ouders.	<ol style="list-style-type: none"> 1. beleid- en regelgeving 2. lessen over roken, drinken en drugs 3. ouderparticipatie (ouderavonden) 4. signaleren en begeleiden van problemen 5. een stuurgroep. <p>Er wordt gebruik gemaakt van interactieve e-learning modules en lesboekjes die zich richten op onder andere sociale invloed en normsetting. Daarnaast wordt ook de schoolomgeving beïnvloed.</p> <p>De e-learning module alcohol van DGSG wordt aangeboden in combinatie met een ouderinterventie (ouderavond). Deze gecombineerde interventie wordt PAS genoemd (zie deze bijlage).</p>	Effectevaluatie is uitgevoerd (ResCon, 1999) waarbij effecten werden gevonden op zowel gedragsniveau (minder gebruik van , alcohol en cannabis) als op kennis en houdingsniveau. De mate waarin deze effecten ook op langere termijn beklijven verschilt. De effecten die op werkelijk middelengebruik zijn gevonden zijn klein. Op dit moment loopt een RCT naar de effectiviteit van DGSG uitgevoerd door Radboud Universiteit Nijmegen .Daarin wordt tevens onderzocht wat de effectieve componenten zijn. Resultaten worden verwacht in 2011.	CJG en NJI: Theoretisch goed onderbouwd.	Trimbos-instituut Daniëlle Kriele – Boon http://www.dgsg.nl/

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
DIMS	Gezondheidsverstooring door vervuilde drugs in het uitgaanscircuit.	Gebruikers van pillen in het uitgaansleven	Een testservice om drugs te laten testen op verontreiniging. Tevens mondelinge en schriftelijke informatie over de risico's die er aan het gebruik van het middel en middelengebruik in het algemeen verbonden zijn.	Geen procesevaluatie. Wel onderzoek naar o.a. verschillende testmethoden en bereikbaarheid testers. (Korf e.a., 2003)		Trimbos-instituut Raymond Niesink
Drankjewel.nl	Problematisch alcoholgebruik door ouders	Kinderen van een ouder met alcoholproblemen	Een online interventie voor kinderen en volwassenen die een ouder hebben met alcoholverslaving	Procesevaluatie. Geen effectmeting.		Trimbos-instituut Annemarie Kok http://www.drankjewel.nl/
Drinktest.nl	Een advies-op-maat over alcoholgebruik via internet	Volwassenen	De website drinktest.nl biedt volwassenen de kans hun eigen alcoholgebruik te testen. Na het invullen van vragen krijgt iemand een advies-op-maat. Het advies bevat onder meer richtlijnen voor verantwoord alcoholgebruik en tips om minder te drinken in moeilijke situaties.	Resultaten laten zien dat bij de nameting significant meer mensen uit experimentele groep dan uit controle groep van plan zijn om hun alcoholconsumptie te minderen of daar al mee bezig zijn. Zowel de experimentele als de controle groep was tussen de voor- en nameting gemiddeld minder gaan drinken. De daling in alcoholconsumptie op doordeweekse dagen was echter iets groter bij mensen in de experimentele groep. Hoewel er geen verschil bestond tussen de experimentele en de controle groep in de waardering voor het ontvangen voorlichtingsmateriaal, bleken meer mensen in de experimentele groep het advies gelezen te hebben.	Opgenomen in I-database	Trimbos-instituut Rob Bovens www.drinktest.nl

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
EHBD-U	Eerste Hulp bij Drank- en drugsincidenten in het uitgaanscircuit	De training is bedoeld voor preventieprofessionals.	EHBDu is een train-de-trainer module voor preventieprofessionals. Zij worden getraind om voorlichting of een korte cursus te geven aan mensen die in het uitgaanscircuit werken. Bijv. horeca- of security-medewerkers, taxichauffeurs, EHBOvrijwilligers.	Procesevaluatie.	Opgenomen in I-database, regionale versies	Trimbos-instituut Aukje Sannen
Educatieve Maantregel Alcohol	Vermindering recidive frequentie en/of recidive snelheids-overtredingen	Algemeen publiek	Tweedaagse cursus, gericht op gedragsverandering	Niet bekend	Opgenomen in I-database, regionale versies	
Gezin aan Bod	Gezinnen waarin de ouder(s) een verslavingsprobleem heeft/hebben	Verslaafden Ouders / opvoeders Weduwen / weduwnaars Patiënten / cliënten (ook ex-psiatrie patiënten)	In Gezin aan Bod krijgen verslaafde ouders kennis bijgebracht. Ze ontvangen steun en training in vaardigheden. Hun kinderen ondergaan eenzelfde programma, maar dan op hen toegesneden.	Niet bekend	Opgenomen in I-database	Trimbos-instituut Simone Onrust

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Goed gastheerschap in de coffeeshop	Risicant drugsgebruik	<p>Einddoelgroep: Bezoekers en personeel van coffeeshops.</p> <p>De cursus wordt gegeven door een professional van de lokale verslavingszorginstelling of de GGD. Voor deze doelgroep biedt het Trimbos-instituut een train-de-trainer.</p>	<p>Interventie draagt bij aan ontwikkeling en naleving van coffeeshopbeleid, middels:</p> <p>(1) Een cursus voor personeel en exploitanten van coffeeshops over: herkennen van problematisch cannabisgebruik, het voorkomen van incidenten, communicatie over risicosituaties, de veiligheid verhogen en het bedrijfsimago verhogen;</p> <p>(2) Een informatiedrager (een folder of bijvoorbeeld een infocard en een bijbehorende site).</p>	Er is nog geen effectonderzoek uitgevoerd naar de voorlichting door coffeeshop personeel op het cannabisgebruik van coffeeshop bezoekers.	Opgenomen in I-database	<p>Trimbos-instituut biedt train-de-trainer. Meer informatie via www.trimbospreventie.nl. Diverse instellingen voor verslavingszorg bieden de interventie aan.</p>
Halt-afdoening Alcohol (Boete of Kanskaart)	Alcoholgebruik en overlast daarvan	Jongeren tussen de 12 en 18 jaar die zich schuldig maken aan overlast en vandalisme onder invloed van alcohol, openbare dronkenschap of alcoholgebruik op plekken in de gemeente waar dit verboden is.	Jongeren betrokken bij overlast onder invloed van alcohol krijgen een verwijzing naar HALT Nederland (leerstraf), mits het een delict betreft dat HALT-waardig is. De jongeren volgen een training en de ouders een bijeenkomst.	Procesevaluatie is uitgevoerd. Effectonderzoek start november 2010.	Opgenomen in I-database, regionale versies	Trimbos-instituut Rob Bovens

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Homeparty	Alcoholgebruik door jongeren.	Ouders en opvoeders voor wie het moeilijk is om deel te nemen aan reguliere activiteiten gericht op opvoedingsondersteuning.	Huiskamer bijeenkomsten georganiseerd door een gastouder met back-up vanuit preventiewerk. Preventiewerker geeft voorlichting geeft over middelengebruik en stemt die op de behoefte en vragen van de deelnemers. Er zijn homeparties voor (1) allochtone ouders, (2) ouders die te maken hebben met hokken en keten, (3),	Interventie voor allochtonen ouders is onderzocht in procesevaluatie (Bolier & Riper, 2004). Geen effectstudie. Uit de procesevaluatie van de interventie bleek dat Homeparty een geschikte interventie is voor oudergroepen die niet met de reguliere activiteiten van de verslavingszorgpreventie worden bereikt. Ouders, preventiewerkers en sleutelfiguren evalueren deelname aan de Homeparty positief.	CJG en NJI: Theoretisch goed onderbouwd.	Trimbos-instituut Liesbeth Naaborgh http://www.loketgezondleven.nl/i-database/bijlagen/Interventie12091/Document/draaiboek%20homeparties%20totaal.pdf
Instructie Verantwoord Alcoholgebruik	Risicant alcoholgebruik bij studentenverenigingen en sportkantines.	Barpersoneel van sportkantines en studentenverenigingen.	Cursus waarin wordt ingegaan op verantwoord alcoholgebruik	Geen effectstudie.	Opgenomen in I-database	Trimbos-instituut Susanne Weingart

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Interventie-programma LVG-jongeren en jongvolwassenen	Alcohol en drugs	LVG- jongeren en jongvolwassenen zelf en hun omgeving (managers en professionals in de LVG-zorg, ouders en opvoeders)	<ul style="list-style-type: none"> • Vergroten van kennis over de werking (effecten en risico's) van alcohol en drugs bij LVG-jongeren, redenen voor gebruik, motivatie voor gedragsverandering en mogelijkheden van de verslavingszorg. • Vergroten van vaardigheden voor het omgaan met alcohol en drugs • Opzetten van instellingsbeleid gericht op ontmoediging van middelengebruik • Opzetten en consolideren van structurele samenwerking tussen LVG-zorg en verslavingszorg. 	Het programma wordt in 2009 in een pilot getest door verschillende instellingen voor verslavingszorg.		Trimbos-instituut Els Bransen http://www.lsp-preventie.nl/?them eID=336
Leefstijl	Gebrek aan weerbaarheid en ongezonde leefstijl bij kinderen	kinderen en jongeren van 2 t/m 18 jaar	Leefstijl wil opbouwend gedrag en positieve betrokkenheid stimuleren door het oefenen van sociale vaardigheden bij kinderen en jongeren.	In de Verenigde Staten en Duitsland zijn diverse studies verricht naar de effecten van Skills for Adolescence, waarvan Leefstijl voor het voortgezet onderwijs een bewerking is. Er zijn positieve effecten gevonden op kennis, attitudes en gedrag van leerlingen ten aanzien van middelengebruik. Ook zijn er op schoolresultaten van de leerlingen positieve effecten gevonden.	CJG en NJI: Theoretisch goed onderbouwd	Leefstijl Pim Boswijk www.leefstijl.nl

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Levensvaardigheden	Gebrek aan sociale en emotionele vaardigheden in algemene en probleemspecifieke situaties	Jongeren van 14 tot 17 jaar	Levensvaardigheden is een sociaal-emotioneel vaardigheidsprogramma voor leerlingen van het voortgezet onderwijs dat wordt gegeven door docenten van de school.	Er is quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk met follow-up uitgevoerd naar de effecten van Levensvaardigheden. Zowel bij de nameting als zes maanden na afloop van de interventie zijn positieve effecten gevonden op geloof in persoonlijke effectiviteit, zelfwaardering, ervaren spanning bij het adequaat uiten van negatieve emoties, de intenties om sociale en emotionele vaardigheden te gebruiken en de relatie met klasgenoten. Op de korte termijn geven jongeren aan minder suïcidale gedachten te hebben na het volgen van de lessen. Er zijn geen effecten gevonden op de mate waarin leerlingen hun negatieve emoties adequaat uiten en de relatie tussen leerlingen en leerkrachten.	CGL en NJI: Theoretisch goed onderbouwd	Haagse Hogeschool Lectoraat Jeugd en Opvoeding Rene Diekstra http://www.ggdkennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/download_object.asp?atoom=42475&VolgNr=509

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Kop op ouders	Kinderen van ouders met psychiatrische stoornis lopen een aanzienlijk risico op het ontwikkelen van geestelijke gezondheidsproblemen zoals: depressie, angststoornissen of mogelijk schizofrenie	Kinderen van ouders met psychische problemen	Kopopouders is gebaseerd op vijf pijlers: 1. Versterken van een goede ouder-kind-interactie 2. Ondersteunen van de gezonde ouder 3. Versterken van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon 4. Versterken van de coping en sociale redzaamheid van het kind 5. Een heldere kijk van het kind op zichzelf en de ouderlijke problematiek.	Procesevaluatie.	Opgenomen in I-database, regionale versie	Trimbos-instituut Rianne van der Zanden www.kopstoring.nl
Minderdrinken.nl	Volwassenen vanaf 18 jaar ondersteunen bij het zelfstandig minderen van het alcoholgebruik	Volwassenen	Laagdrempelig zelfhulpprogramma voor volwassenen die zelfstandig het alcoholgebruik willen minderen. MinderDrinken bestaat uit drie stappen: Stap 1: Voorbereiden Stap 2: Beslissen Stap 3: Uitvoeren Er volgen oefeningen en informatie die kunnen helpen bij het volhouden van het minder drinken of stoppen. Daarnaast kan men leren omgaan met terugval en ervan leren. Zes weken na aanmelding bestaat de mogelijkheid de vorderingen te evalueren met als doel het zo nodig aanpassen van het plan van aanpak of het overgaan op intensievere hulp.	Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) wijst uit dat MinderDrinken effectief is. Een half jaar na de start houden deelnemers van het zelfhulpprogramma zich drie keer vaker aan de richtlijn voor verantwoord drinken en drinken gemiddeld 12 glazen minder per week dan mensen uit de controle groep, die toegang kregen tot een online informatiebrochure voor probleemdrinkers.	Waarschijnlijk effectief	Trimbos-instituut Jeannet Kramer www.minderdrinken.nl

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Moti-4	Het uiteindelijke doel is om het verder ontwikkelen van problematisch gebruik te voorkomen en waar mogelijk terug te dringen.	Jongeren van 12-24 jaar die nog niet verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs, maar waarbij het middelengebruik wel problematische vormen dreigt aan te nemen. De stap naar hulpverlening is voor deze jongeren vaak te groot, of er is (nog) geen sprake van problematisch gebruik/verslaving.	Moti-4 is een geïndiceerd preventieaanbod bestaande uit 4 gesprekken dat wordt uitgevoerd door een verslavingspreventiemedewerker met jongeren individueel. Het aanbod is ontwikkeld naar aanleiding van de behoefte aan een laagdrempelig vroegtijdig interventieaanbod bij middelengebruik door jongeren. In het vier gesprekken traject wordt de jongere bewogen om het eigen gebruik kritisch te onderzoeken. Het traject wordt op maat uitgestippeld. Het vier gesprekken traject is een preventief aanbod en geen hulpverleningsaanbod. Het kan wel dienen als 'voorportaal' voor de hulpverlening.	procesevaluatie	Goed beschreven	Miriam Kramer m.kramer@mondri aan.eu
Open en Alert	(Problematisch) alcohol- en drugsgebruik bij risicjongeren.	Jongeren in residentiële jeugdhulpverlening, jongerenwerk en justitiële jeugdinrichtingen.	Ontwikkeling van een alcohol- en drugsbeleid en deskundigheidsbevordering voor professionals die met risicjongeren werken.	Theoretisch onderbouwd, procesevaluatie. Geen effectstudie.	Opgenomen in I-database, ingediend voor theoretische goed onderbouwd	Trimbos-instituut Clary van der Veen

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Op Tijd Voorbereid	Voorkomen dat leerlingen uit groep 8 van het basisonderwijs gaan roken. Zo lang mogelijk uitstellen van het moment waarop leerlingen uit groep 8 alcohol gaan drinken	Kinderen tussen 11 en 13 jaar	Op Tijd Voorbereid is een e-learningmodule die is ontwikkeld door een instelling voor verslavingszorg, in samenwerking met politie, gemeente en vertegenwoordigers van scholen in de gemeente Borne. De module werd ontwikkeld als alternatief op dure en arbeidsintensieve gastlessen die Tactus verzorgde op middelbare scholen. Op Tijd Voorbereid is gebaseerd op 'De Gezonde School en Genotmiddelen' en bestaat uit een e-learning programma, groepsopdrachten en een ouderavond.	Uit een RCT onder 700 basisschoolleerlingen bleek de module door zowel leerlingen als docenten positief te worden beoordeeld en bleken de lessen te leiden tot meer kennis over roken en alcoholgebruik. Er werden geen effecten gevonden ten aanzien van gedrag en determinanten.	Opgenomen in I-database	Tactus Preventie en Consultancy M. Platenkamp http://www.optijdvoorbereid.nl/

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Oudercampagne roken, drinken, drugs opvoeding	Kwetsbare momenten, zoals de overgang van de basisschool naar de middelbare school en de feestdagen, waarop alcoholgebruik vaak start of toeneemt.	Deze campagne is gericht op ouders van kinderen onder de 16 jaar.	Het doel is om ouders op een samenhangende manier te gaan informeren en ondersteunen bij effectieve middelenopvoeding. Er wordt daarbij gebruik gemaakt van massamediale uitingen om aandacht te vragen voor het onderwerp en om bewustwording te creëren bij ouders. Daarnaast zijn er regionale activiteiten, zoals ouderavonden en cursussen. Deze activiteiten worden ondersteund door e-learning.	Er worden, naast campagneonderzoek, diverse onderzoeken (in samenwerking met de Universtieit Utrecht en de Radboud Universiteit Nijmegen) uitgevoerd: <ul style="list-style-type: none"> - relatie opvoeding middelengebruik wordt op basis van data HBSC geanalyseerd; - observatiestudie naar de relatie tussen kwaliteit van communicatie tussen ouder en kind en middelengebruik; - pilotstudie naar de interventies 'Hou vol geen alcohol' en e-learning 'Praten met uw kind'. 		Trimbos-instituut en Stivoro. Ingrid Schulten (Trimbos-instituut)

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Preventie Alcoholgebruik Scholieren (PAS)	Uitstellen van het alcoholgebruik onder jongeren door: 1) ouders te motiveren om regels te stellen en 2) door zelfcontrole en een gezonde attitude ten aanzien van alcoholgebruik bij jongeren te ontwikkelen.	Scholieren in klas 1,2,3 (Voortgezet Onderwijs) en hun ouders	De interventie bestaat uit een ouderinterventie en een leerlingeninterventie. De ouderinterventie omvat drie onderdelen: 1. Een korte presentatie (15-20 minuten) op de 1e ouderavond van leerjaar 1, 2 en 3 (VO) over de risico's van vroegtijdig alcoholgebruik en de rol van ouders hierin; 2. De mogelijkheid om samen met ouders afspraken te maken rondom het alcoholgebruik van hun kind. 3. Ouders ontvangen een folder en een brief met een samenvatting van de ouderavond en de gemaakte afspraken. De leerlingeninterventie bestaat uit: 1. 4 digitale lessen over alcohol uit De Gezonde School en Genotmiddelen (zie elders in deze bijlage) in leerjaar 1. In de digitale lessen kunnen leerlingen opdrachten maken, filmpjes en animaties bekijken en vragen beantwoorden. Ook kunnen zij meningen en ervaringen uitwisselen via 'Discuz' (forum). 2. 1 herhalingsles op papier in leerjaar 2.	De effectiviteit van PAS is recent aangetoond door middel van een Randomized Controlled Trial (Koning et al., 2009 PAS project).	CJG: Theoretisch goed onderbouwd (ovb)	Trimbos-instituut Daniëlle Kriele – Boon http://www.dgsg.n /

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Preventure	Binge drinken bij jongeren	Jongeren in klas 2 en 3 van het voortgezet onderwijs die een verhoogd risico hebben op binge drinken.	De interventie wordt uitgevoerd op scholen. Daar worden de leerlingen geselecteerd door middel van een vragenlijst. Leerlingen worden verdeeld in groepjes op basis van persoonskenmerken: sensatiezoekers, 'impulsievelingen', negatieve denkers en angstige jongeren. In deze groepjes krijgen de leerlingen twee workshops die worden gegeven door daarvoor opgeleide counselors. In de workshops worden technieken van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie gebruikt.	De effectiviteit van Preventure wordt op dit moment in Nederland onderzocht door het Trimbos-instituut in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen. Resultaten worden eind 2011 verwacht.		Trimbos-instituut Jeroen Lammers
Protocol vroegsignalering en kortdurende interventies voor jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblemen			Beoogd wordt jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblemen in verschillende settings vroegtijdig te herkennen, motiveren en zo nodig een kortdurende behandeling te bieden.			Rapport: Risselada & Schoenmakers, 2010.

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Roes, tv-serie	Alcohol en drugsgebruik jongeren	Jongeren vanaf 14 jaar	De interactieve, 11-delige dramaserie, is gericht op jongeren vanaf 14-15 jaar. In de dramaserie Roes worden heftige verhalen verteld over ervaringen van jongeren onder invloed van drank en drugs.	Uit onderzoek van Universiteit Wageningen en het Trimbos-instituut bleek dat Roes positieve effecten had op met name lager opgeleide jongeren en stevige drinkers: de alcoholconsumptie per gelegenheid was lager bij diegenen die Roes hadden gezien in vergelijking met niet-kijkers. Meisjes die Roes hadden gezien, dachten er vaker over om het alcoholgebruik te minderen in vergelijking met niet-kijkende meisjes (Van Leeuwen & Renes, 2010).		Trimbos-instituut http://www.lsp-preventie.nl/?themeID=189
Theater2daagse	Alcohol en drugsgebruik allochtone jongeren	Allochtone jongeren, hun ouders en betrokkenen in de wijk.	Community-interventie. De jongeren maken een theaterstuk en voeren het uit voor ouders en betrokkenen in de wijk. De interventie brengt middelengebruik en verslavingsrisico onder de aandacht en bevordert gesprekken tussen jongeren, ouders en wijkbewoners.	Procesevaluatie. Geen effectstudie.		Onbekend
Triple P: Training pubers & alcohol	Alcoholgebruik bij jongeren	Ouders van tieners met opvoedingsvragen t.a.v. alcohol.	4 individuele adviesgesprekken over opvoeding met speciale aandacht voor middelengebruik.	Het trimbos evalueert en implementeert dit programma i.h.k.v. de campagne Alcohol en Opvoeding	Theoretisch onderbouwd.	Trimbos-instituut Ireen de Graaf

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Uitgaan, Alcohol en Drugs	Riskant middelengebruik in het uitgaanscircuit en de gevolgen hiervan	Jongeren in het uitgaanscircuit (18-24 jaar) en personen in omgeving van uitgaande jongeren (b.v. barpersoneel)	<p>Het project <i>Uitgaan, Alcohol en Drugs</i> biedt instrumenten ('tools') om gemeenten, instellingen voor verslavingszorg en GGD-en die werken aan een gezond en veilig uitgaanscircuit te ondersteunen. Focus daarbij is het terugdringen van (riskant) middelengebruik en de problemen die daarmee samenhangen.</p> <p>Interventies zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barcode - training voor barpersoneel • EHBD-u – training voor Barpersoneel • Voorlichting via folders en een website drugsenuitgaan.nl • Factsheets voor professionals <p>Deze worden aangeboden via veiligengezonduitgaan.nl</p>	Procesevaluaties. Geen effectstudie.	Ingediend bij NJI als theoretisch goed onderbouwd.	Trimbos-instituut Denise van Kesteren www.uitgaanendrug.nl

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
Unity	Risicant middelengebruik door jongeren	Jongeren (18-35) in het uitgaanscircuit	Informatie en advies door en voor leeftijdgenoten over (risicoreductie bij) alcohol- en ander drugsgebruik. Dit gebeurt door middel van face to face contacten, ondersteund door schriftelijk voorlichtingsmateriaal zoals (zelfontworpen) folders, flyers, brochures via een drugs/alcohol quiz; via een creatieve/culturele verpakking van de boodschap in een eigen presentatie	Procesevaluatie en effectevaluatie.	Goed beschreven	Arkin (Jellinek) Judith Noijen www.unity.nl
Utrecht Coping Power Program	Middelengebruik bij jongeren met hoogrisico op (latere) middelenproblemen	Jongeren (8-13 jaar) met diagnose Disruptieve Gedragsstoornissen (en hun ouders)	combineert cognitieve gedragstherapie met een ouderprogramma. Aanbod binnen een klinische setting.	Vijf jaar na de start van het programma bleek oitgebruik van cannabis onder deelnemers 13%, terwijl in de controlegroep 35% ervaring met cannabisgebruik had (Zonneville-Bender et al, 2007) ⁸³ .		a.m.smeerdijk@amc.uva.nl
Voorlichting: Drugsinfo.nl Alcoholinfo.nl Drug Infolijn Alcohol Infolijn	Alcohol en drugs	Informatievoorziening over middelengebruik en de risico's aan jongeren.	Informatieverstrekking via de media	Geen effectstudie, wel evaluatie bij de doelgroep.	Opgenomen in I-database	Trimbos-instituut Annemarie Kok www.drugsinfo.nl www.alcoholinfo.nl

⁸³ Het Utrecht Coping Power Program is een interventie voor kinderen met een disruptieve gedragsstoornis en wordt binnen een klinische setting uitgevoerd. Gezien de institutionele setting, ontstaat snel de indruk dat het om een behandelingsinterventie gaat. De interventie is echter wat middelengebruik betreft een preventieve interventie.

Interventiernaam	Problematiek	Doelgroep	Methodiek	Onderzoek	CGL/NJI-status	Meer weten
VoorZorg	Verbeteren van zwangerschap en geboorteproces de verder ontwikkeling van het kind. Verbetering persoonlijke- en maatschappelijke ontwikkeling en van de moeder	VoorZorg is een preventieve interventie, gericht op zwangere hoogrisico-moeders	De aanstaande moeders ontvangen verpleegkundige ondersteuning gedurende hun zwangerschap en bij de verzorging en opvoeding van hun kind.	Bewezen effectief in de VS. De effectiviteit van dit programma wordt in Nederland onderzocht middels een randomised controlled trail, uitgevoerd door onderzoekers van het VUmc. In totaal doen elf JGZ-instellingen mee met twintig gemeenten.	Theoretisch goed onderbouwd	Nederlands Jeugdinstituut K. Kooijman www.voorzorg.info
Wietwijs	Signalering van riskant cannabisgebruik	Het lespakket wordt groepsgewijs door jeugdwerkers aangeboden aan jongeren.	Gericht op kennisoverdracht over cannabis en houding/attitude t.a.v. eigen gebruik. Wiet Wijs bestaat uit verschillende onderdelen: 1. Lesmateriaal voor de leerlingen 2. Signaleringsmodule (incl. blowcheck) 3. Begeleidingsmodule 4. Oudercurcus 5. Samenwerking met CIA 6. Samenwerking met Jeugdnet			Jellinek www.jellinek.nl

Bijlage 2: Experts

Experts betrokken bij tot standkoming van het rapport 'Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren'.

Deelnemers expertmeeting

Naam	Organisatie
Lars van Driel	Iriszorg
Henk Ferwerda	Advies- en onderzoeksgroep Beke
Cobi Izeboud	GGD Gelre Ijssel
Adam de Jong	Ministerie van VWS
Roel Kerssemakers	Arkin / Jellinek / PuntP
Irma Laméris	GGD Gooi- en Vechtstreek
Martijn Planken	GGD Nijmegen
Rob Ruiter	Universiteit Maastricht
Gert Varkevisser	Ministerie van BZK
Martine Veneman	Gemeente Enschede

Experts die (delen van) de tekst hebben becommentarieerd:

Rutger Engels, Radboud Universiteit Nijmegen

Ivoline van Erpecum, Ministerie van Justitie

Roel Kerssemakers, Arkin

Ronald Knibbe, Universiteit Maastricht

Anneke Risselada, IVO

Wilma Vollenberg, Universiteit Utrecht

Diverse collega's binnen het Trimbos-instituut: Rob Bovens, Barbara Conijn, Ferry Goossens, Jeanette Kramer, Jeroen Lammers, Lex Lemmers, Liesbeth Naaborgh, Ingrid Schulten.

'Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren' biedt een overzicht van de stand van de kennis op het gebied van:

- de aard en omvang van alcohol- en drugsgebruik onder jongeren van 10-24 jaar;
- de partijen die een rol spelen op het gebied van alcohol- en drugspreventie;
- de meest relevante (effectieve) beleidsmaatregelen en interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.

Op basis van een literatuurstudie en een expertmeeting geven de auteurs in deze publicatie aanbevelingen voor preventieve maatregelen en beleid ten aanzien van middelengebruik onder jongeren.



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
3521 VS Utrecht

Postbus 725
3500 AS Utrecht

T 030 - 297 11 00
F 030 - 297 11 11
E info@trimbos.nl
I www.trimbos.nl

