



Handreiking voor
**Signalering, screening en
kortdurende interventie
van risicovol alcoholgebruik
bij jongeren**

Herziene versie, 2021

Handreiking voor
**Signalering, screening en
kortdurende interventie
van risicovol alcoholgebruik
bij jongeren**

Herziene versie, 2021

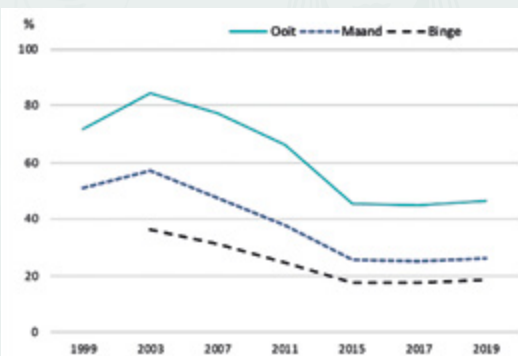
Inhoudsopgave

Voorwoord	7	Bijlage 4	Elementen voor een preventief contactmoment	37
1. Inleiding en afbakening	10		Probleemherkenning	38
1.1 Doelstelling	10		Kortdurende interventie: motiverende gespreksvoering	39
1.2 Doelgroep en setting	10	Bijlage 5	DSM-5 criteria voor stoornis in het alcoholgebruik	41
1.3 Van risicovol naar verantwoord alcoholgebruik	11		Keuze voor de doelgroep	42
2. De handreiking	12	Bijlage 6	Definities en onderbouwing bij het protocol uit 2010	42
2.1 Signaleren	12		Keuze voor settings	44
2.2 Bespreken en doorverwijzen	19		Keuze voor screeningsinstrumenten	45
2.3 Preventief contactmoment	25		Keuze voor interventies	47
2.4 Zorgtoeleiding en Zorg	27		Consultatie deskundigen	51
2.5 Privacy en het betrekken van ouders	28		Expertmeeting	51
3. Aandachtspunten bij implementatie van de handreiking	31	Bijlage 7	Methode van ontwikkeling van het protocol in 2010	51
Ondersteunende materialen	32		Belronde	52
Aansluiten bij bestaande overlegstructuren	32		Literatuuronderzoek	52
Agendasetting	32		Afstemming met de praktijk	53
Het Zorg en Adviesteam	33		Professionals	53
Bijlage 1			Jongeren	54
Zorgstructuur voortgezet onderwijs	33		Evaluaties van pilotprojecten	54
Bijlage 2		Literatuur	55	
Contactgegevens instellingen voor GGZ/ Verslavingszorg	35			
Bijlage 3				
Audit-C en Audit	36			

Voorwoord

Het drinken van alcohol is een maatschappelijk geaccepteerd verschijnsel en komt in alle lagen en leeftijden van de bevolking voor. Zeker bij jongeren tot ongeveer 24 jaar is voorzichtigheid in het gebruik van alcohol van belang. Doordat de hersenen en organen nog onvolgroeid zijn is er een aanzienlijk verhoogde kans op ontwikkelings- en gezondheidsproblemen. Ook op sociaal-maatschappelijk gebied, is het verstandig om geen tot zeer matig alcoholgebruik bij jongeren te bevorderen. Het verdoven van de sociale remmingen na enkele glazen alcohol wordt door jongeren over het algemeen als prettig ervaren, maar kan tot controleverlies leiden, wat agressie, ongelukken en ongewenst of onveilig seksueel contact in de hand kan werken¹.

Het alcoholgebruik van jongeren wordt in Nederland structureel gemonitord².



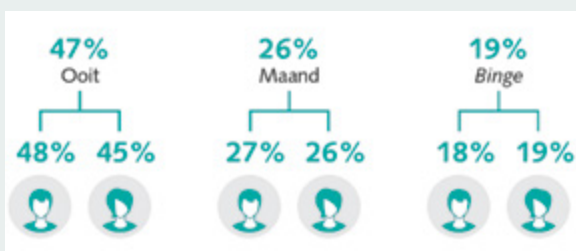
Drinken neemt niet verder af

De geleidelijke daling van het alcoholgebruik tussen 2003 en 2015 lijkt tot stilstand te zijn gekomen. De percentages alcoholgebruik ooit in het leven, in de afgelopen maand en binge drinken blijven tussen 2015 en 2019 vrijwel onveranderd.

Opvallend

Het binge drinken onder de scholieren die in de maand voor het onderzoek alcohol dronken blijft onverminderd hoog: 71 %

Bron: Jeugd en riskant gedrag 2019. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren, Trimbos-instituut 2020



Bijna de helft van de scholieren van 12 t/m 16 jaar heeft ooit alcohol gedronken, ruim een kwart deed dit in de afgelopen maand en een vijfde heeft in de afgelopen maand vijf glazen of meer bij één gelegenheid gedronken (binge drinken). Daarbij zijn er nauwelijks verschillen tussen jongens en meisjes.

Bron: Jeugd en riskant gedrag 2019. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren, Trimbos-instituut 2020

Alcoholgebruik stijgt snel met het toenemen van de leeftijd: 20% van de 12-jarigen heeft ooit in het leven alcohol gedronken. Op 16-jarige leeftijd heeft 71% van de scholieren dit wel eens gedaan. Bij studenten van 16 t/m 18 jaar op het MBO en HBO heeft 85% ooit alcohol gedronken en bijna driekwart heeft dit in de afgelopen maand gedaan³. Van de studenten

1 Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen, Boelema S., e.a., 2009, Trimbos-instituut, Utrecht, Universiteit Utrecht, Utrecht

2 In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is sinds 2012 de Leefstijlmonitor (LSM) ontwikkeld. verdiepende informatie op diverse kernthema's leveren (Kramers e.a., 2012). Het Peilstationsonderzoek Scholieren en het HBSC-onderzoek leveren voor de LSM de landelijke kerncijfers over middelengebruik en seksualiteit van jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar.

3 HBSC 2017 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland, Stevens e.a., 2018, Universiteit Utrecht

die alcohol drinken, heeft één op de vijf (21%) meer dan 10 glazen op een weekenddag gedronken: jongens (28%) twee keer zo vaak als meisjes (14%)⁴.

De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar de invloed van opvoeders c.q. ouders op het alcoholgebruik van jongeren. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de kans op alcoholproblemen bij jongeren kan verminderen als ouders op tijd duidelijke regels afspreken met hun kinderen over alcohol (niet drinken tot 18 jaar) en het alcoholgebruik van hun kind in de gaten houden⁵. Ook het voorbeeldgedrag van ouders zelf heeft invloed. Ouders die alcohol drinken, hebben vaker kinderen die vroeg beginnen met drinken, binge drinken of een alcoholverslaving ontwikkelen op latere leeftijd⁶. Volwassenen in de omgeving van jongeren hebben een belangrijke rol bij het verminderen van alcoholgebruik onder jongeren.

Conclusie

Alcoholgebruik onder adolescenten is flink teruggedrongen sinds 1999, maar de groep die eenmaal alcohol consumeert, drinkt nog steeds veel en de laatste paar jaar lijkt het alcoholgebruik zich te stabiliseren en niet verder af te nemen. Ouders c.q. opvoeders, maar ook professionals (volwassenen) in de omgeving van jongeren, hebben invloed op het alcoholgebruik van jongeren. Professionals door het tijdig signaleren van het alcoholgebruik bij een jongere en het op passende wijze jongeren informeren over de risico's van het alcoholgebruik en laagdrempelige kortdurende interventies aanbieden en indien mogelijk ouders c.q. opvoeders te betrekken en te informeren.

Het Nationaal Preventie Akkoord Problematisch Alcoholgebruik biedt nu kansen om de vroegsignalering en hiermee het terugdringen van alcoholproblemen bij jongeren een impuls te geven.⁷ In 2010 bracht het Partnership Vroegsignalering Alcohol het Protocol voor signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij jongeren uit. Er volgde in 2014 een herziene versie. Besloten is om voor alcohol niet opnieuw een protocol te schrijven omdat de hoofdlijnen van het voormalige protocol nog altijd volstaan. Daarom is de laatste versie nu geactualiseerd tot een handreiking en treft u deze in dit document aan.

Doel van de handreiking

De handreiking biedt medewerkers op scholen en intermediairs op andere plaatsen waar jongeren hun vrije tijd doorbrengen (buurthuizen, jongerencentra, uitgaanscircuit, sportverenigingen), handvatten bij de signalering van risicovol alcoholgebruik bij jongeren, het bespreekbaar maken van het signaal met de jongere en het kennen en gebruik kunnen maken van adequate doorverwijsmogelijkheden bij alcoholproblematiek. De handreiking beschrijft ook een kortdurende interventie voor risicovol alcoholgebruik en doorverwijsmogelijkheden tot zorg.

De handreiking vormt de basis om hulpmiddelen voor professionals te ontwikkelen bij vroegsignalering van risicovol alcoholgebruik door jongeren. De implementatie van

⁴ Factsheet Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017, M.Tuithof e.a., 2018, Trimbos-instituut

⁵ Koning, I.M., et al. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): Cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 2009. 104(10): p. 1669-1678. ⁴ Essau, C.A. & Hutchingson, D.E.L.Y.S.E. Alcohol use, abuse and dependence. *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment*, 2008. 61: p. 61-115

⁶ Duncan, S.C. & T.E.S. Duncan, L.A. Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006. 81: p. 71-81

⁷ Nationaal Preventie Akkoord, www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord

deze vroegsignalering gaat vanuit het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcohol gestalte krijgen.

Wat zijn de belangrijkste wijzigingen in deze handreiking ten opzichte van het protocol?

In de handreiking is de epidemiologische onderbouwing aangevuld met recente gegevens. Verder zijn een aantal nieuwe inzichten verwerkt, nieuw ontwikkelde interventies voor jongeren toegevoegd en de mogelijkheden van doorverwijzen aangepast aan de huidige praktijksituatie. Een aantal preventieprofessionals heeft commentaar geleverd dat gebruikt is om deze versie te verbeteren.

Leeswijzer

Dit document kent de volgende opbouw: na de inleiding (Hoofdstuk 1) komt de handreiking aan bod, waarin achtereenvolgens de werkwijze van signalering, kortdurende interventie en doorverwijzing van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek wordt besproken (Hoofdstuk 2). De verschillende onderdelen van de handreiking worden duidelijk van elkaar onderscheiden, zodat lezers zich eventueel kunnen beperken tot de voor hen relevante stukken (zoals school of vrije tijd, en signaleren, bespreken, preventief contactmoment of doorverwijzen). Hoofdstuk 3 biedt aandachtspunten waar bij de implementatie van de handreiking rekening mee gehouden kan worden. Een beschrijving van de totstandkoming van de eerste versie van het protocol en gehanteerde methoden is opgenomen in de bijlagen.



1. Inleiding en afbakening

In deze handreiking wordt de werkwijze beschreven voor signalering en kortdurende interventies voor jongeren van 12 tot 24 jaar met een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholproblemen.

Signalering vindt bij voorkeur al plaats wanneer er nog geen sprake is van ernstige problematiek en de jongere in veel gevallen nog een compleet en ondersteunend sociaal netwerk heeft. Vanuit het stepped-care principe wordt daarom in deze handreiking steeds naar de minst ingrijpende interventie gestreefd, die rekening houdt met de aard en ernst van de problematiek en met de hulpvraag van de jongere (indien aanwezig). Uitgangspunten hierbij zijn de aanwezige competenties van de jongere zelf.

1.1 Doelstelling

De handreiking biedt de professional/intermediair handvatten voor signalering van risicovol alcoholgebruik bij jongeren. Verder biedt het handvatten voor het bespreekbaar maken van signalen met de jongere en indien nodig adequate doorverwijsmogelijkheden. Hiermee worden jongeren met riskant alcoholgebruik in een vroeger stadium gesignaleerd en zo nodig gemotiveerd voor een (kortdurend) preventief of behandeltraject.

1.2 Doelgroep en setting

De handreiking richt zich op professionals en intermediairen die tijdens hun werkzaamheden in contact komen met hoog risico-jongeren. Hoog risico-jongeren worden in deze handreiking gedefinieerd als jongeren van 12 tot 24 jaar met een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholproblemen. Deze jongeren drinken meer dan verantwoord is, maar zijn nog niet afhankelijk c.q. verslaafd. Verder hebben ze kenmerken ('signalen') die kunnen duiden op het ontwikkelen van alcoholproblematiek.

We bevelen aan de signalering van risicovol of problematisch drinkgedrag bij jongeren te baseren op de situatie en kennis die signaleerders (samen) hebben van een jongere op de volgende gebieden:

- De hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt (drug / middel).
- De kwetsbaarheid van de jongere voor alcohol (set / persoon).
- De situatie waarin het gebruik plaatsvindt (setting / omgeving).
- Zichtbare gevolgen van alcoholgebruik (fysieke signalen & gedragsindicaties).

In hoofdstuk 2 vindt u een uitgebreide lijst van mogelijke signalen voor risicovol drinkgedrag, gebaseerd op de onderdelen middel, persoon, omgeving en fysieke signalen/gedragsindicaties.

De handreiking maakt onderscheid in school en vrije tijd, leeftijdsgroepen (onder en boven de 18) en ernst van het alcoholgebruik.

1.3 Van risicovol naar verantwoord alcoholgebruik

De handreiking richt zich op risicovol alcoholgebruik. Dat betekent dat een jongere te veel en te vaak drinkt én kwetsbaar is om problematisch drinkgedrag te ontwikkelen. Signalen die duiden op kwetsbaarheid zitten in de hoeveelheid gebruik, kenmerken van de jongere, context waarin gebruikt wordt, omgeving van de jongere en zichtbare gevolgen van gebruik.

In 2015 is het advies voor jongeren en jong volwassenen over alcoholgebruik aangepast door de Gezondheidsraad. Uit onderzoek blijkt dat te vroeg en/of te vaak alcohol drinken en/of geregeld binge-drinken tot gezondheidsrisico's leidt.

Het advies is om tot minstens 18 jaar geen alcohol te drinken. Voor jongeren van 18 jaar en ouder geldt dat hoe langer het eerste gebruik wordt uitgesteld hoe beter en bij voorkeur niet voor het 25ste levensjaar⁸. De meest gezonde en veilige keuze voor volwassenen is om geen alcohol te drinken of anders maximaal 1 standaardglas per dag.⁹

De verhoging van de leeftijdsgrens naar 18 jaar voor verkoop van alcohol in de Drank- en Horecawet¹⁰ versterkt het terugdringen van risico's van alcoholgebruik door jongeren.

8 www.alcoholinfo.nl

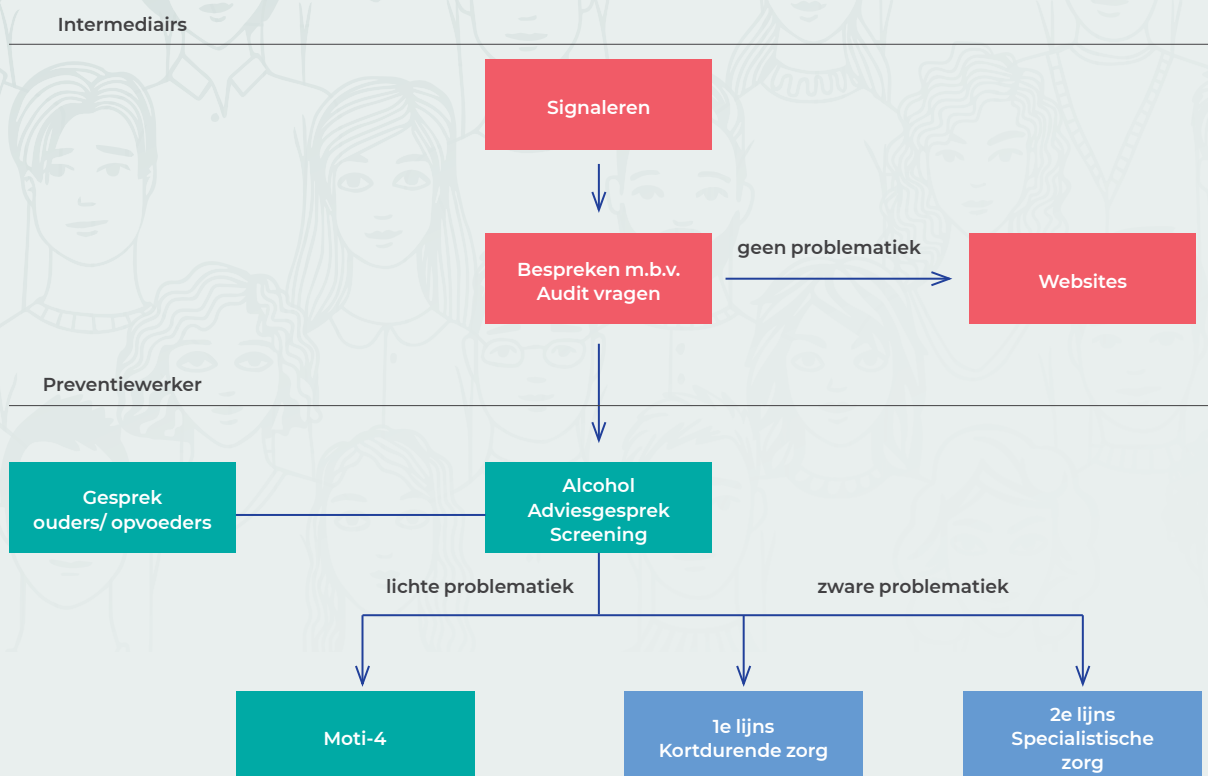
9 Bron: Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag Gezondheidsraad 24, 1-95 (2015)

10 Drank- en Horecawet 2013 en gewijzigde Drank- en Horecawet 2014, voor meer informatie zie Infosheet Extra wijzigingen Drank- en Horecawet, Centrum Veilig en Gezond Uitgaan, Utrecht (2013).

2. De handreiking

In dit hoofdstuk worden aan de hand van het onderstaand stroomdiagram de stappen in de handreiking beschreven: signaleren, bespreken en doorverwijzen, preventief contactmoment, zorgtoeleiding en zorg, privacy en betrekken van ouders.

Stroomdiagram Handreiking



2.1 Signaleren

Wat?

Het signaleren van risicovol en mogelijk problematisch alcoholgebruik bij hoog-risicjongeren in de leeftijd van 12 tot 24 jaar, op school of in hun vrije tijd.

Signalen

Tabel 1 geeft een overzicht van belangrijke en veel voorkomende signalen die kunnen wijzen op risicovol alcoholgebruik. Als hulpmiddel bij het signaleren van problematisch alcoholgebruik kan bekeken worden of er aanwijzingen zijn voor problematisch alcoholgebruik op één of meerdere van de volgende gebieden:

- De hoeveelheid en soort alcohol die een jongere drinkt (drug / middel).
- De kwetsbaarheid van de jongere voor alcohol (set / persoon).
- De situatie waarin het gebruik plaatsvindt (setting / omgeving).
- Zichtbare gevolgen van alcoholgebruik (fysieke signalen & gedragsindicaties).

Benadrukt moet worden dat de signalen in de tabel niet volledig zijn en ook kunnen voorkomen zonder dat er sprake is van risicovol alcoholgebruik¹¹.

Middel	<ul style="list-style-type: none"> - Welke soort alcohol gebruikt de jongere? Alleen alcohol of ook andere middelen, zoals tabak of cannabis? (meer middelen kan duiden op meer problemen) - Hoe vaak drinkt de jongere (frequentie)? - Hoeveel glazen drinkt de jongere (hoeveelheid)?
Persoon	<ul style="list-style-type: none"> - Geslacht (jongens drinken meer en vaker dan meisjes) - Leeftijd (alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd). Hoe jonger hoe kwetsbaarder - Opleidingsniveau (VMBO scholieren drinken meer, vaker en op jongere leeftijd dan HAVO/VWO scholieren). Hoe lager het opleidingsniveau, hoe kwetsbaarder voor problemen - SES, sociaal economische status (jongeren met een lage SES drinken meer, vaker en op jongere leeftijd dan jongeren met een hoge SES). Lagere SES ook kwetsbaarder voor problemen - Problemen met genotmiddelen of psychische problemen bij ouders, middelengebruik tijdens de zwangerschap door moeder - Agressie of ruzie, vertonen van antisociaal gedrag - Experimenterende persoonlijkheid, zoeken naar wat nieuw of spannend is - Jongere met een diagnose ADHD, ASS, depressie of hoogbegaafdheid hebben een grotere kwetsbaarheid
Omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Waar drinkt de jongere? Tijdens het uitgaan of ook op school? - Met wie? Is er druk vanuit de vriendengroep? Drinkt iemand ook wel eens alleen op zijn kamer? - Op welke tijdstippen? Alleen 's avonds, of ook 's ochtends? Indrinken? - Hoe komt de jongere aan alcohol? Zelf kopen (leeftijdsgrens!), via vrienden of ouders? - Drinken vrienden en ouders (te)veel alcohol? - Zijn de ouders gescheiden of spelen er relatieproblemen? - Hebben personen uit de omgeving van de jongere bezorgdheid geuit over de jongere (ouders, vrienden, leraren, collega's van werk/bijbaan)?
Fysieke signalen	<p>Bij langdurig zware drinkers worden de volgende tekenen van overmatig alcoholgebruik gezien, vooral na het weekend (let ook op regelmatig maandagochtend verzuim!)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicatie (aangeschoten/dronken) - Onthoudingsverschijnselen (bijv. zweten, trillen, zenuwachtigheid) - Verwijde pupillen - Alcoholgeur - Maag-darmklachten - Gewichtsverandering - Vermoeidheid/algehele malaise door slaapproblemen, met name problemen met doorslapen hoofdpijn
Gedragsindicaties	<ul style="list-style-type: none"> - Veelvuldig (verkeers) ongevallen met fiets of auto, regelmatig doktersbezoek - Dalende schoolresultaten, cognitieve problemen, concentratiestoornissen - Veelvuldig te laat komen (maandagochtend) - Spijnbelen (maandagochtend), schooluitval - Kater in het weekend of op maandagochtend - Veel over alcoholgebruik praten - Vrienden die ook veel drinken

Tabel 1: Signalen die kunnen wijzen op riskant alcoholgebruik bij jongeren

Door wie?

In de setting school, de setting vrije tijd en het sociale domein zijn verschillende personen/functies te onderscheiden die in aanraking komen met jongeren die mogelijk een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholproblematiek hebben. Dit zijn de aangewezen personen om (de eerste) signalen van overmatige alcoholconsumptie op te pikken, bij de jongere zelf of naar aanleiding van vragen/zorgen van ouders, vrienden of andere personen in de omgeving van de jongere.

Overkoepelend over deze settings zijn (outreaching) preventiewerkers van GGZ/Verslavingszorg en/of gezondheidsbevorderaars van de GGD. Zij zijn belangrijke actoren in het signaleren van problematisch alcoholgebruik bij jongeren. Zij vormen verbindingen tussen actoren en settings en staan hiermee centraal in het proces van vroegsignalering. Voor GGZ en Verslavingszorg wordt dan ook aanbevolen zoveel mogelijk outreachend te werken, om de samenwerking tussen settings en actoren op het gebied van vroegsignalering te stimuleren.

School

De belangrijkste signaleerders binnen de setting school zijn mentoren, vanwege hun regelmatige en intensieve contacten met leerlingen gedurende het lesjaar. Ook de jeugdverpleegkundige, de zorgcoördinator en het intern zorgoverleg beschikken over informatie van jongeren die aanleiding kan geven tot vermoedens van riskant drinkgedrag. Onderwijs ondersteunend personeel, zoals bijvoorbeeld conciërges zijn ook belangrijke signaleerders, zij zien leerlingen tijdens de pauzes, als ze om medicatie vragen als ze hoofdpijn hebben, enz. Zij signaleren vaak nog eerder dan een mentor.

Mentor

De mentor is de spil in de leerlingbegeleiding en fungeert als schakel tussen leerling en school, medeleerlingen en ouders. Vanuit deze centrale functie met betrekking tot de leerling heeft de mentor zicht op het gedrag van de leerling op school en krijgt informatie uit de thuis-situatie. Hiermee kan vroegsignalering van alcoholproblematiek efficiënt ingezet worden. Bij twijfel kan de mentor besluiten het vermoeden van alcoholproblematiek bij een leerling eerst met de zorgcoördinator en/of in een intern zorgoverleg te bespreken om een completer beeld over de situatie van de jongere te krijgen alvorens met hem/haar in gesprek te gaan.

Jeugdverpleegkundige

De jeugdverpleegkundige kan contact hebben met leerlingen in het voortgezet onderwijs. Naar aanleiding van de vragenlijsten van het periodiek gezondheidsonderzoek, verwijzing van een mentor, intern zorgoverleg van de school of inloopsprekkuur op een school. Zo'n

contactmoment biedt bij uitstek de mogelijkheid als standaard- onderdeel van de leefstijl-anamnese alcoholgebruik en drinkgedrag te inventariseren. Bij overschrijding van de richtlijn in combinatie met indicaties van problemen op andere gebieden als gevolg van of veroorzaakt door het alcoholgebruik, kan een doorverwijzing voor een preventief contactmoment overwogen worden.

Zorgcoördinator, intern zorgoverleg

In veel scholen voor voortgezet onderwijs is een zorgcoördinator aanwezig die het beleid en de uitvoering rondom leerlingen die extra zorg vragen overziet. De zorgcoördinator signaleert problematiek bij leerlingen en dient als aanspreekpunt voor mentoren of andere docenten bij vermoedens van alcoholproblematiek bij een jongere. Bij scholen met een intern zorgoverleg neemt de zorgcoördinator hier ook aan deel, om jongeren die problemen op meerdere gebieden hebben te bespreken (zie Bijlage 1 voor een voorbeeld van de zorgstructuur op VO-scholen). Het onderwerp problematisch alcoholgebruik kan in deze overleggen een vaste plaats krijgen.

Specifiek voor intern overleg binnen scholen wordt geadviseerd om GGZ- of Verslavingspreventie hier ook aan te laten deelnemen, of met vaste contactpersonen binnen het team bekend te zijn en op afroep bijeenkomsten bij te wonen. Dit stimuleert het contact rondom jongeren tussen de setting school en de setting vrije tijd. Ook kan alcoholproblematiek opgenomen worden in het standaard bespreekprotocol waar de scholen bij het intern zorgoverleg gebruik van maken. Op deze manier wordt het thema alcohol bespreekbaar gemaakt en gewaarborgd binnen de overlegstructuur. Daarnaast kunnen activiteiten tussen politie/preventiewerkers en het zorgoverleg binnen het overleg afgestemd worden, om te voorkomen dat er op twee sporen met leerlingen gewerkt wordt.

Vrije tijd

In de setting vrije tijd worden jongerenwerkers, straathoekwerkers, medewerkers van sportverenigingen (trainer, barpersoneel) en (outreaching) preventiewerker van GGZ of verslavingszorginstellingen gezien als belangrijke signaleerders. Zij komen op straat, in jongerencentra, op de sportvereniging, in het uitgaanscircuit en op andere momenten veelvuldig in aanraking met jongeren, zowel individuele jongeren als jongeren in groepsverband.

Jongerenwerk

In de setting vrije tijd worden jongerenwerk en straathoekwerk gezien als de belangrijkste actoren bij het signaleren van mogelijk riskant alcoholgebruik van jongeren. Zij kennen de lokale jeugd vaak goed en kunnen op basis hiervan veranderingen in gedrag van een jongere opmerken. Vervolgens kunnen zij de jongere doorverwijzen naar een preventief contactmoment op locatie van een preventiewerker van de regionale instelling voor GGZ/ Verslavingszorg. Voorwaarde voor een soepele doorverwijzing is een vaste contactpersoon

bij de instelling, die met naam en telefoonnummer bekend is bij de jongerenwerker en straathoekwerker en de onderlinge contacten regelmatig onderhoudt.

Sportverenigingen

Veel jongeren zijn lid van één of meerdere sportverenigingen. Medewerkers van deze verenigingen (voornamelijk vrijwilligers) zien jongeren bij trainingen, wedstrijden en sportevenementen. Jeugdtrainers en barpersoneel kennen de leden van de vereniging vaak goed en kunnen signalen van de jongere zelf of hun sociale omgeving (ouders, andere sportleden) opvangen over het gedrag van de jongere, dat reden kan geven voor een vermoeden van riskant alcoholgebruik.

Wij raden de volgende werkwijze aan:

- Leidinggevenden van sportkantine en bestuursleden die de jeugd- en jong volwassene activiteiten in hun takenpakket hebben, zijn bekend met de grote lijnen van deze handreiking. Tevens hebben zij de contactgegevens van preventiewerkers.
- Alle vrijwilligers en leidinggevenden kunnen getraind worden in het signaleren.
- Vrijwilligers (barpersoneel, trainers, coaches) bespreken signalen met de leidinggevende die contact kan zoeken met preventiewerk.
- Preventiewerkers zijn sowieso bereikbaar bij signalen, maar werken bij voorkeur ook outreachend op de vereniging.
- Het bespreken van het alcoholgebruik met een jongere wordt overgelaten aan preventiewerkers.

Sociale domein

In het sociaal domein zijn (sociale) wijkteams en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) samenwerkingsverbanden voor opvoedingsondersteuning en jeugdhulp waarin jongeren gesignaleerd kunnen worden waarbij vermoedens bestaan dat ze risicovol of overmatig alcohol gebruiken.

Dit zijn veelal multidisciplinaire teams met beroepskrachten uit verschillende instellingen. Deze teams houden zich bezig met preventie en ondersteuning en bieden daarnaast vaak ook lichte hulp en toegang tot gespecialiseerde hulp.

Overkoepelend voor school & vrije tijd & (sociale) wijkteams

Preventiewerker

Op scholen kunnen preventiewerkers vanuit de GGZ/Verslavingszorg, en/of GGD een grote rol spelen. Veel scholen maken gebruik van het onderwijspreventieproject Helder op School waarin preventie van alcoholgebruik één van de thema's is. De preventiewerker kan in het kader van dit project docenten ondersteunen bij het geven van lessen over alcoholgebruik en de docent stimuleren naar de ervaringen van leerlingen met alcohol te vragen. Ook het

organiseren van ouderavonden en het houden van informele gesprekken met leerlingen op het schoolplein tijdens outreachende activiteiten, behoort tot de mogelijkheden van preventiewerkers. Bij voorkeur krijgen scholen een vaste contactpersoon toegewezen, waarmee de continuïteit gewaarborgd is en leerlingen, leerkrachten en ouders een bekend gezicht te zien krijgen. Dit maakt het gemakkelijker de afdeling preventie in te schakelen.

Binnen de setting vrije tijd kan de GGZ of Verslavingszorg tijdens (outreachende) contacten informatie opdoen over jongeren op basis waarvan vermoedens van een problematische omgang met alcoholgebruik kunnen ontstaan. Daarnaast zijn preventiewerkers aanspreekpunt voor ouders, jongerenwerkers, politie, sportverenigingen, (sociale) wijkteams, CJG's en andere personen/instanties die met jongeren in contact komen en verontrustende signalen opvangen die mogelijk kunnen wijzen op problematisch alcoholgebruik.

Ouders

Ouders weten als geen ander hoe hun kind in elkaar zit, waardoor zij veranderingen in gedrag of lichamelijke en geestelijke gesteldheid kunnen opmerken. Bovendien blijkt uit onderzoek dat ouders invloed kunnen uitoefenen op het alcoholgebruik van hun kind¹². Hiermee spelen ouders een belangrijke rol in het signaleren, voorkomen en terugdringen van riskant alcoholgebruik bij kinderen. In de context van deze handreiking is het belangrijk om ouders in het proces te betrekken wanneer er vermoedens zijn van riskant drinkgedrag bij een jongere (zie ook paragraaf 2.6 over privacy). Wanneer de handreiking is ingebed in een lokaal alcoholmatigingsproject of samenwerkingsverband zijn er meerdere mogelijkheden om ouders voor te lichten op het gebied van verantwoord alcoholgebruik en signalen voor riskant gebruik. Binnen de handreiking hebben ouders geen formele signaleringsfunctie en doorverwijsfunctie. Wel is het van belang als ouders voorgelicht worden hen te informeren bij wie zij terecht kunnen als zij vermoeden dat hun kind te veel drinkt.

Hoe?

Deskundigheidsbevordering

Om riskant alcoholgebruik bij jongeren vroegtijdig te herkennen, is inzicht in de algemene signalen van alcoholgebruik bij jongeren noodzakelijk. Signaleerders dienen op de hoogte te zijn van de risico's en verwijsmogelijkheden bij alcoholgebruik door jongeren.

Aanbevolen wordt om alle relevante partijen in de settings school en vrije tijd die vanuit hun beroep met jongeren in aanraking komen deskundigheidsbevordering aan te bieden. Prioriteit hierbij hebben de belangrijkste actoren van de twee settings, namelijk mentoren, zoroördinatoren, jeugdverpleegkundigen, leden van interne zorgteams, jongerenwerkers en leidinggevenden van sportkantine en/of bestuursleden die in de sportvereniging die

12 Van der Vorst, H., Engels, R. C., Meeus, W., & Deković, M. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of addictive behaviors, 20*(2), 107.

jeugd en jong volwassenen in hun takenpakket hebben. De overige actoren, zoals docenten, conciërges en leerlingbegeleiders, hebben vaak minder tijd beschikbaar om iets met een signaal te doen. Voor hen is het primair van belang dat zij basale kennis hebben over tekenen van riskant alcoholgebruik bij jongeren en weten wie ze hiervan op de hoogte moeten stellen zodat het signaal opgepakt wordt.

De training heeft verschillende doelen: (1) kennisvermeerdering bij de deelnemers, (2) het creëren van draagvlak voor het onderwerp en (3) het benadrukken van het belang van vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren. Aan de orde komen het huidige drinkgedrag van Nederlandse jongeren, risico's van overmatig alcoholgebruik voor het individu en de omgeving, landelijk geldende drinkadviezen voor jongeren, gespreksvaardigheden en concrete verwijismogelijkheden. De deskundigheidsbevordering wordt bij voorkeur verzorgd door de regionale instelling voor GGZ/Verslavingszorg. In Bijlage 2 is een lijst opgenomen met de contactgegevens van alle instellingen voor GGZ/Verslavingszorg.

Voor de setting school kan gebruik gemaakt worden van de deskundigheidsbevordering van het onderwijspreventieprogramma Helder op School. Voor sportverenigingen kan bekeken worden of men kan aansluiten bij de e-learning Verantwoord Alcohol Schenken voor barvrijwilligers/medewerkers van sportkantines. Ook kan aangesloten worden bij een Instructie verantwoord Alcoholgebruik die door de instelling voor GGZ/Verslavingszorg gegeven worden.

Eventueel kan overwogen worden één of meerdere van de belangrijkste actoren binnen een organisatie, instelling of vereniging een vervolgtraining aan te bieden, waardoor zij 'experts' worden op het onderwerp. Dit zijn bij voorkeur medewerkers die geïnteresseerd zijn in het onderwerp en bereid zijn en vanuit de organisatie de mogelijkheid hebben hier tijd en energie in te steken. De experts treden op als aanspreekpunt voor collega's en als vaste contactpersoon voor de Verslavingszorg/GGZ. Vroegsignalering en doorverwijzing worden gestimuleerd en geborgd in de organisatie wanneer er een duidelijk competentieprofiel beschikbaar is waar de experts aan moeten voldoen.

2.2 Bespreken en doorverwijzen

Wat?

Het bespreken van het signaal met de jongere en het uitvragen van het alcoholgebruik is een eerste stap om het vermoeden van problematisch alcoholgebruik te bevestigen of het trekken van verkeerde conclusies te voorkomen. Wanneer het vermoeden van overmatig alcoholgebruik op basis van het gesprek met de jongere blijft bestaan, is het zaak de jongere te motiveren voor een preventief contactmoment¹³ met een professional.

Vaak hebben jongeren weinig motivatie of zelfinzicht en (h)erkennen zij hun riskante drinkgedrag niet. Dit maakt dat zij niet open staan voor een gesprek hierover. Het is belangrijk om hier bewust mee om te gaan en jongeren te motiveren om in gesprek te gaan met een professionele hulpverlener in een vertrouwde, laagdrempelige setting op school of in de vrije tijd. Daarnaast is een preventief gesprek met de ouders, die op deze leeftijd nog een belangrijke invloed hebben, aan te raden.

Door wie?

Bij voorkeur de persoon die het signaal heeft opgemerkt. Het eerste contact met de jongere heeft het meeste effect wanneer dit een open en laagdrempelig karakter heeft. Jongeren zijn hierdoor eerder bereid in gesprek te gaan, waarna een preventiewerker indien nodig kan interveniëren via het preventief contactmoment.

Een andere mogelijkheid is het signaal op verzoek van de signaleerder door de (vaste) preventiewerker van de GGZ/Verslavingszorg met de jongere te laten bespreken. In eerste instantie kan dit heel laagdrempelig plaatsvinden: de preventiemedewerker interenieert in dit geval outreachend in de betreffende setting, bijvoorbeeld op het schoolplein, op sportverenigingen, of op vaste 'hangplekken' van jongeren op straat.

Hoe?

Professionals die met jongeren werken weten hoe zij deze doelgroep het beste kunnen bereiken namelijk vanuit een open, eerlijke en niet-veroordelende houding, om de kans op weerstand bij de jongere te verkleinen. Daarnaast is het van belang om op een niet-moraliserende toon en op informele manier met de jongere in gesprek te gaan over de opgemerkte signalen en de betekenis hiervan. Over het algemeen waarderen jongeren het wanneer er persoonlijke aandacht aan hen geschonken wordt en ze het gevoel hebben dat er iemand interesse toont en naar ze luistert. De uitdaging voor signaleerders ligt erin een goed evenwicht te vinden tussen hun professionele houding (als jeugdverpleegkundige, mentor/docent, jeugdtrainer, etc.) en een houding die aansluit bij de leefwereld van de jongere.

¹³ Wanneer in de handreiking gesproken wordt over een preventief contactmoment gaat het om een gesprekssetting met een professional van de GGZ of Verslavingszorg. Een contactmoment wordt bij voorkeur op locatie binnen de settings school en vrije tijd vormgegeven, om het laagdrempelig en toegankelijk voor jongeren te maken. Gedacht kan worden aan een (periodiek) spreekuur met een open karakter of een gesprek op afspraak, maar ook andere vormen zijn mogelijk.

Vraag naar het alcoholgebruik van de jongere. Geef aan dat de jongere zelf verantwoordelijk is voor zijn/haar gedrag, maar behoud tegelijkertijd een pro actieve houding. Jongeren hebben over het algemeen weinig tot geen probleembesef wanneer het om hun eigen alcoholgebruik gaat.

Een advies hierbij is om de termen alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid en verslaving te vermijden, dit kan weerstand oproepen bij jongeren. Bovendien zijn deze diagnoses alleen door een professional op basis van uitgebreide testen te stellen.

Alcoholgebruik uitvragen

Om het alcoholgebruik van de jongere op een gestructureerde manier uit te vragen, worden in onderstaand kader een aantal vragen genoemd. Ze vormen de zogenaamde AUDIT-C, een korte screener om riskant alcoholgebruik mee op te sporen én op ervaringen van professionals van GGZ- en verslavingszorginstellingen¹⁴. De vragen kunnen eenvoudig op een informele manier in een gesprek met de jongere verwerkt worden, en geven voldoende informatie om te bekijken of de jongere verantwoord omgaat met alcohol. Wees alert op jongeren die, bijvoorbeeld in groepsverband, hun alcoholgebruik overdrijven als een uiting van stoer gedrag. De open vragen sluiten aan bij de methodiek van motiverende gespreksvoering.

Preventiemedewerkers van instellingen voor GGZ/Verslavingszorg passen de Audit-C (of een uitgebreidere screener zoals de Audit) ook toe en berekenen daarmee een score die de indicatie geeft voor (beginnende) alcoholproblematiek. Zie hiervoor Bijlage 3. Hier lichten we naast de vragen ook de scoreberekening en daarmee gepaard gaande indicatie toe van risicovol alcoholgebruik.

Audit-C

Score	0	1	2	3	4
Vragen					
1. Hoe vaak drink je alcohol?	nooit	1 keer per maand of minder	2-4 keer per maand	2-3 keer per week	4 keer of vaker per week
2. Hoeveel drink je op een typische dag dat je alcohol drinkt?	1-2 glazen	3-4 glazen	5-6 glazen	7-9 glazen	10 glazen of meer
3. Hoe vaak drink je meer dan 6 glazen op één gelegenheid?	nooit	minder dan 1 keer per maand	2 – 3 keer per maand	2-3 keer per week	4 of meer keer per week
					Totaalscore

Voor vrouwen geldt dat bij 4 of meer punten er doorgevraagd kan worden op het alcoholgebruik. Voor mannen geldt dit bij meer dan 5 punten.

14 Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol and Alcoholism 37 (6), 591-596.

Risicant alcoholgebruik kan echter ook tot uiting komen in andere signalen, zoals bezorgdheid vanuit de omgeving (ouders, vrienden, school) of doordat de jongere zelf zich zorgen maakt over zijn gebruik. Het advies is om een vierde vraag te stellen aan de jongere:

4. Heeft iemand wel eens een opmerking gemaakt over je alcoholgebruik? Maken andere mensen zich zorgen om je alcoholgebruik en vinden ze dat je minder zou moeten drinken? (bijvoorbeeld ouders, familie, vrienden) of maak je jezelf wel eens zorgen?

Leg het alcoholgebruik van de jongere naast de landelijke drinkadviezen en laat de jongere zelf een conclusie trekken over de vergelijking. Dit geeft de jongere inzicht in het eigen gedrag. Focus niet alleen op het alcoholgebruik maar bespreek ook de signalen in het gedrag van de jongere en/of bezorgdheid die door de omgeving is geuit.

Het landelijk advies voor jongeren is om tot minstens 18 jaar geen alcohol te drinken. Voor jongeren van 18 jaar en ouder geldt dat hoe langer het eerste gebruik wordt uitgesteld hoe beter en bij voorkeur niet voor het 25ste levensjaar. De meest gezonde en veilige keuze voor volwassenen is om geen alcohol te drinken of anders maximaal 1 standaardglas per dag.

Jongeren die niet of matig drinken zonder risico's

Jongeren die niet op risicovolle manier alcohol drinken, kunnen voor algemene informatie over alcohol verwezen worden naar verschillende websites:

www.alcoholinfo.nl

www.alcoholenik.nl

www.maakjekeus.nl

www.jellinek.nl

www.jouwggd.nl

Voor (hoger opgeleide) studenten (18-24 jaar) is www.watdrinkjij.nl. Met behulp van een zelftest krijgt student persoonlijk advies en wordt gemotiveerd indien nodig om minder te drinken en biedt hier online ondersteuning bij.

Voor jongeren (16-24 jaar) is de Watdrinkjij app ontwikkeld (Play store en App store). Ook bij deze app wordt na een zelftest een jonger gemotiveerd om risicovol alcoholgebruik te verminderen en biedt hierin ondersteuning.

Voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking is www.bekijkhetnuchter.nl geschikt.

Jongeren die risicovol drinken

Jongeren waarbij vermoedens bestaan van riskant drinkgedrag kunnen doorverwezen worden voor een afspraak met een preventiewerker. Dit is relevant voor jongeren die voldoen aan de volgende twee punten:

1. Jongeren die onder de 18 jaar drinken en jongeren die regelmatig drinken (ook door de week drinken en/of binge drinken), en
2. Waarbij op andere gebieden (gedrag, bezorgdheid vanuit de omgeving, zie ook Tabel 1) signalen zijn van risicovol of problematisch alcoholgebruik.

Motiveren voor een preventief contactmoment

In de aanbevolen deskundigheidsbevordering voor signaleerders wordt aandacht besteed aan de benaderingswijze en gesprekstechnieken die ingezet kunnen worden bij het motiveren van jongeren tot een afspraak met een preventiewerker op locatie. Belangrijk is te beseffen dat hier in de meeste gevallen meer dan één gesprek voor nodig is. Wanneer een jongere niet open staat voor een gesprek, spreek dan met de jongere af om op een later moment nog eens over de mogelijkheid van een contactmoment te praten. Forceer niets, maar geef wel aan dat het op basis van signalen uit het gedrag en de omgeving van de jongere belangrijk is om extra aandacht aan het drinkgedrag te besteden.

Hieronder volgen een aantal algemene aandachtspunten om tijdens het gesprek te benoemen of rekening mee te houden:

- Wees concreet en transparant, verduidelijk wat er van de jongere wordt verwacht tijdens een contactmoment en wat zij zelf kunnen verwachten.
- Doel van een contactmoment is voorlichting, advies en indien nodig begeleiding bieden.
- Tijdens een contactmoment krijgt de jongere inzicht in het eigen gebruik en het effect ervan op het (school)functioneren.

Korte communicatielijnen tussen signaleerders en de uitvoerders van een contactmoment is een noodzakelijke randvoorwaarde om vroegsignalering te laten slagen. Vaste contactpersonen binnen de instellingen voor GGZ/Verslavingszorg, waarvan de naam en contactgegevens bekend zijn bij signaleerders, verkleinen de stap voor signaleerders om contact op te nemen en een situatie voor te dragen voor een contactmoment of advies in te winnen.

Daarnaast is een doorverwijzing naar een contactmoment het meest effectief wanneer er een zogenaamde 'warme overdracht' plaatsvindt: de signaleerder gaat samen met de jongere naar de preventiewerker om er zeker van te zijn dat de jongere zich aan de afspraak houdt. Als dit niet mogelijk is, kan de signaleerder ook telefonisch of per email checken of de jongere op het afgesproken tijdstip op het gesprek is verschenen. De valkuil hierbij is dat jongeren bang kunnen zijn voor gezichtsverlies of een afwijzing van de signaleerder als de

jongere zich niet aan de afspraken houdt. In dit soort gevallen is het belangrijk om hier soepel mee om te gaan, om te voorkomen dat de jongere de signaleerder tevreden probeert te houden in plaats van zelf te willen veranderen. Indien een jongere zich niet aan de gemaakte afspraken houdt, is het aan de signaleerder om de jongere hierop aan te spreken en het in overleg nogmaals te proberen.

School

De setting school vormt een afgebakend terrein waarbinnen jongeren goed in het zicht zijn. Een goed ingerichte zorgstructuur ondersteunt dit. In het schoolbeleid worden zaken vastgelegd die voor alle docenten, leerlingen en ouders bekend zijn. Aanbevolen wordt om een verwijzing naar een preventief contactmoment op te nemen in het schoolbeleid als standaard procedure bij vermoedens van problematisch alcoholgebruik. Meer informatie over het ontwikkelen van een schoolbeleid rondom alcohol is bij het preventieprogramma voor het onderwijs [Helder op School](#) te vinden.

Aanvullend kan overwogen worden deelname aan het preventieve contactmoment of deelname aan een preventieve activiteit te belonen door daarmee mogelijke schorsing of een andere maatregel te voorkomen. Wel is het nodig dat tijdens het preventieve contact de ernst van het gedrag en de relatie met het alcoholgebruik besproken wordt.

Parallel aan een verwijzing naar een contactmoment wordt aanbevolen om contact op te nemen met de zorgcoördinator en na te gaan of de jongere daar bekend is. Mogelijk spelen er problemen op andere gebieden waar de preventiewerker voorafgaand aan het contactmoment over geïnformeerd moet worden, zodat deze met een compleet beeld over de situatie van de jongere het gesprek kan voeren.

Vrije tijd

In de setting vrije tijd zijn jongeren vaak in groepsverband te vinden en rust er een belangrijke taak bij jongerenwerk, outreachende hulpverlening en ook politie.

Groepen jongeren kunnen actief benaderd worden door een samenwerkingsverband tussen o.a. gemeente, jongerenwerk, politie en de instelling voor GGZ/Verslavingszorg. De organisaties hebben hierbij verschillende rollen die op elkaar aansluiten: jongerenwerk en politie signaleren mogelijk problematisch alcoholgebruik van een individu of meerdere groepsleden en motiveren hen tot een afspraak met een professional, de gemeente schrijft de betreffende jongere(n) en hun ouders hierover aan, de GGZ/Verslavingszorg voert individuele gesprekken met de jongeren tijdens een contactmoment. Een groepsvoorlichting behoort ook tot de mogelijkheden, zowel voor de jongeren als ook een bijeenkomst voor ouders.

Uit ervaringen van instellingen blijkt dat deze werkwijze een aantal voordelen heeft. Jongerenwerkers en de politie kennen de jongeren vaak goed, wat het in contact brengen met de preventiewerkers makkelijker maakt. Wanneer jongeren tijdens een gesprek aangeven een voorlichting te willen krijgen, kan dit direct worden afgesproken.

Er kan ook gebruik gemaakt worden van een gezamenlijke activiteit van jongerenwerk en preventiewerker van GGZ/Verslavingszorg, waarbij jongeren een creatieve opdracht moeten uitvoeren over een alcoholgerelateerd thema (graffity spuiten, film bekijken). Tijdens de activiteit worden individuele gesprekken met de jongeren gevoerd, die eventueel later een vervolg krijgen tijdens een preventief contactmoment.

Bij signalering van een jongere op straat of in een andere situatie, kan overwogen worden contact op te nemen met de school van de jongere of het wijkteam. Wanneer de signalen herkend worden door de school of wijkteam, kan de jongere wellicht via deze weg naar een contactmoment doorverwezen worden.

Op sportverenigingen wordt een actieve rol van preventiewerk aangeraden, waarbij preventiewerkers outreachend aanwezig zijn en zelf signalen kunnen oppikken of doorkrijgen van vrijwilligers. In diverse gemeenten zijn initiatieven genomen met sportverenigingen om het alcoholgebruik terug te dringen. Voor preventiewerk bieden dit soort initiatieven een mogelijkheid om vroegsignalering bij sportverenigingen te realiseren.

Wanneer signalering en bemensing van een contactmoment door dezelfde preventiewerker van de verslavingszorg/GGZ gedaan kan worden, heeft dit als bijkomend voordeel dat de continuïteit richting de jongere gewaarborgd wordt: de jongere heeft steeds dezelfde persoon voor zich. Dit kan een belangrijke stimulerende factor zijn in het motiveren van de jongere tot een afspraak met een professional.

Desondanks kan het met name in de setting vrije tijd enige tijd kosten om een vertrouwensband met de jongere op te bouwen. Wanneer de jongere niet wil meewerken aan een doorverwijzing naar een contactmoment, is het van belang de situatie te blijven monitoren en op een later moment nogmaals met de jongere in gesprek te gaan. Hier ligt een taak voor de belangrijkste actoren in het proces van vroegsignalering: mentor, jongerenwerk, politie en preventiewerkers.

2.3 Preventief contactmoment

Wat?

Een preventief contactmoment (bijvoorbeeld in de vorm van een spreekuur) is er in de eerste plaats op gericht om vermoedens van riskant alcoholgebruik geuit door signaleerders in een gesprek met de jongere te verifiëren. Wanneer de vermoedens terecht zijn, is het zaak de functie van het alcoholgebruik voor de jongere te inventariseren om meer inzicht te krijgen in het probleem. De ouders worden bij voorkeur in het proces betrokken wanneer het probleem in kaart is gebracht, dus na een eerste inventariserend gesprek met de jongere. Met behulp van motiverende gesprekstechnieken wordt in één of meerdere volgende sessie(s) het probleembesef bij de jongere gestimuleerd. Dit kan door inzet van het [Adviesgesprek Alcohol en Jongeren](#) en [Moti-4](#). Indien nodig kan verdere hulp geïndiceerd worden. Wanneer de vermoedens van riskant alcoholgebruik onterecht zijn, kan verwezen worden naar de websites zoals genoemd in Figuur 1. Het contactmoment kan verder als consultatie functie dienen voor mentoren, leerkrachten, jongerenwerkers, politie, sportverenigingen, ouders en andere intermediairen.

Door wie?

Professionals uit de GGZ of verslavingszorg met kennis van problematisch alcoholgebruik en scholing in motiverende gespreksvoering.

Waar/wanneer?

Een preventief contactmoment kan bij voorkeur op een vindplek plaatsvinden. Dit is een locatie waar jongeren mee bekend zijn en waar zij zich op hun gemak voelen. Dit kan bijvoorbeeld een school of een jongerencentrum / buurthuis zijn. Randvoorwaarde is dat een contactmoment geïmplementeerd is in de setting, zodat de school of het jongerencentrum hier verantwoordelijkheid voor neemt. Sommige instellingen kennen de mogelijkheid om huisbezoeken bij jongeren af te leggen, om in hun eigen omgeving met de jongere te kunnen praten. Als er geen andere mogelijkheid is, kan een gesprek ook binnen de instelling zelf plaatsvinden. Voor veel jongeren is dit laatste echter een (te) hoge drempel.

In het belang van de zorg voor de jongere is zoveel mogelijk helderheid geboden wanneer er sprake is van riskant alcoholgebruik. Een verwijzing naar het preventief contactmoment kan opgenomen worden in het schoolbeleid als standaard procedure bij vermoedens van riskant alcoholgebruik.

Maak bij de inrichting van een contactmoment gebruik van een geschikte ruimte om het gesprek te voeren. Wanneer het gesprek op afspraak plaats vindt is het aan te bevelen dit niet al te lange tijd na de signalering te plannen, bijvoorbeeld 7-10 dagen. Stel een maxi-

mum aantal gesprekken in alvorens doorverwijzing naar de reguliere verslavingszorg noodzakelijk wordt.

Het is belangrijk bewust stil te staan bij de locatie van het gesprek in een pand. Een contactmoment is laagdrempelig wanneer de ruimte 'in de loop' ligt. Tegelijkertijd kan vertrouwelijkheid gewaarborgd worden bij een ruimte die voor meerdere doeleinden wordt gebruikt. Zo zorg je dat het niet direct duidelijk is dat er gesprekken over alcoholgebruik gevoerd worden wanneer een jongere er binnenstapt. In de setting school kunnen gesprekken bijvoorbeeld plaatsvinden in de spreekkamer van het schoolmaatschappelijk werk of de school-/jeugdverpleegkundige. Andere ruimtes in school die niet fulltime gebruikt worden, zoals decanen kamers, komen ook in aanmerking.

Het Adviesgesprek Alcohol en jongeren en Moti-4

Het Adviesgesprek Alcohol en jongeren

Dit adviesgesprek is een eenmalig gesprek gericht op bewustwording bij de jongere zelf en vergroten van het bezorgd zijn over het eigen alcoholgebruik. In het gesprek wordt gebruik gemaakt van een screeningsformulier met de jongere. Bovendien wordt aandacht besteed aan hoe het alcoholgebruik teruggebracht kan worden en vindt een beoordeling plaats of verwijzing naar hulpverlening nodig is. Vaak dient het Adviesgesprek ook als doorleiding naar Moti-4.

Naast het gesprek met de jongere vindt ook een gesprek met de ouders plaats. Ouders krijgen informatie over de effecten van alcohol en tips hoe ze in de opvoeding aandacht kunnen besteden aan het onderwerp.

Moti-4

Moti-4 bestaat uit maximaal 4 individuele bijeenkomsten van 1 uur, waarin de jongere met een preventiewerker zijn gebruik kritisch onderzoekt. In de gesprekken wordt een inventarisatie van de problematiek en het alcoholgebruik gemaakt. Vervolgens zijn de gesprekken gericht op kennisoverdracht, bewustwording en het versterken van weerbaarheid van de jongere door middel van motiverende gespreksvoering. Het traject is op maat. De jongere bepaalt zelf hoe en waaraan hij/zij wil werken. Hij/zij wordt gesteund door de preventiewerker bij het opstellen van een plan van aanpak. Via een 'follow-up' gedurende een paar maanden wordt bekeken of de doelen uit het plan van aanpak behaald zijn. Ook kan er met het netwerk van de jongere gecheckt worden of de doelen behaald zijn. Er wordt naar gestreefd om met ouders/opvoeders een apart consultatiegesprek te hebben, omdat opvoeding een grote rol speelt. Echter, niet alle jongeren stellen dit op prijs. Daarom kan Moti-4 ook ingezet worden zonder dat ouders erbij betrokken worden. Wanneer er ander

begeleiders zijn, worden deze gedurende het traject op de hoogte gehouden van de voortgang en betrokken bij het ondersteunen van de jongere.

Beide interventies die ingezet kunnen worden als preventief contactmoment bevatten belangrijke elementen die bij de eerste ontwikkeling van de handreiking in 2010 zijn vastgelegd. Zie hiervoor Bijlage 3.

2.4 Zorgtoeleiding en Zorg

Jongeren die bereid zijn tot gedragsverandering maar waarbij na enkele gesprekken met een professional geen verbetering in het drinkgedrag is te zien, of jongeren waarbij het vermoeden bestaat dat ze voldoen aan de DSM5 diagnose van alcoholverslaving (zie Bijlage 4), kunnen het beste worden doorverwezen naar de gespecialiseerde hulpverlening. Hier wordt aanvullende diagnostische screening gedaan en worden zij intensief begeleid bij het veranderen van hun drinkgedrag. Bij jongeren waarbij geen sprake is van comorbiditeit of complexe problematiek kunnen zelfhulp of behandeling via internet besproken worden.

Jongeren waarbij blijkt dat er meer speelt dan alleen alcoholgebruik, of waarbij alcohol niet het belangrijkste probleem lijkt te zijn, kunnen doorverwezen worden naar collega hulpverleningsinstanties. Afhankelijk van de problematiek kan gedacht worden aan Bureau Jeugdzorg, GGZ, algemeen maatschappelijk werk, MEE (voor jongeren met een beperking of chronische ziekte) en andere welzijnsinstellingen. Met de jongere kan afgesproken worden dat er eerst aan het andere probleem gewerkt wordt en er daarna indien nodig alsnog naar het alcoholgebruik gekeken wordt. Ook is het mogelijk gelijktijdig met de andere instelling een traject te starten. Wanneer er wachtlijsten zijn bij collega instanties, is het te overwegen om vanuit de GGZ of verslavingszorg alvast met de jongere aan de slag gaan om hem/haar niet uit het oog te verliezen en de motivatie voor gedragsverandering hoog te houden.

Een doorverwijzing is het meest effectief wanneer er een zogenaamde 'warme overdracht' plaatsvindt. Dit houdt in dat de preventiewerker de jongere naar een afspraak bij verdere hulpverlening begeleidt, afspraken maakt in het bijzijn van de jongere of samen met de jongere de mogelijkheden van zelfhulp of internetbehandeling uitzoekt. Bij voorkeur neemt de preventiewerker op een later moment telefonisch of per e-mail contact op met de jongere, om na te gaan of de doorverwijzing succesvol en naar tevredenheid van de jongere is verlopen (follow-up).

Gespecialiseerde hulpverlening

Wanneer er vermoedens bestaan van alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, psychiatrische

comorbiditeit of complexe problematiek is een verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening noodzakelijk. Belangrijk hierbij is deze beslissing goed uit te leggen aan de jongere, om niet de indruk te wekken dat hij/zij wordt 'afgeschreven'. De meeste instellingen voor GGZ Verslavingszorg hebben speciale jeugdafdelingen, meestal voor jongeren van 12 tot 24 jaar (zie Bijlage 2 voor een overzicht).

Zelfhulp

Op de website van de [Anonieme Alcoholisten \(AA\)](#) is een overzicht te vinden van zelfhulpgroepen en locaties.

Behandeling via internet

E-health mogelijkheden voor jongeren zijn:

- Voor jongeren (16-24 jaar) op vmbo/mbo niveau de app Watdrinkjij (App store en Play store).
- www.moti4.nl. Op deze site staan onder andere ook zelftests voor jongeren.
- Voor (hoger opgeleide) studenten (18-24 jaar) is www.watdrinkjij.nl beschikbaar.

Daarnaast zijn er een aantal e-health programma's die niet specifiek voor jongeren ontwikkeld zijn:

- www.alcoholenik.nl
- www.zelfhulpalcohol.nl
- www.maxx-app.nl
- www.minderdrinken.nl

2.5 Privacy en het betrekken van ouders

In principe is het altijd wenselijk om ouders te betrekken, bij jongeren van alle leeftijden. Neem in elk geval de volgende richtlijnen in acht:

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) geeft de volgende richtlijnen:

- 12 en 13 jaar: ouders zijn leidend.
- 14 en 15 jaar: de jongere is leidend.
- Vanaf 16 jaar toestemming nodig van jongere om ouders in te lichten.

Op basis van deze richtlijnen wordt het volgende aanbevolen (zie ook het schema op p. 30):

- 12 en 13 jarigen:
Een informeel gesprek tussen de jongere en een signaleerder hoeft niet aan de ouders gemeld te worden. Zodra het echter een formeler karakter krijgt (wanneer gesprekken met een preventiewerker volgen) dienen de ouders te worden ingelicht:

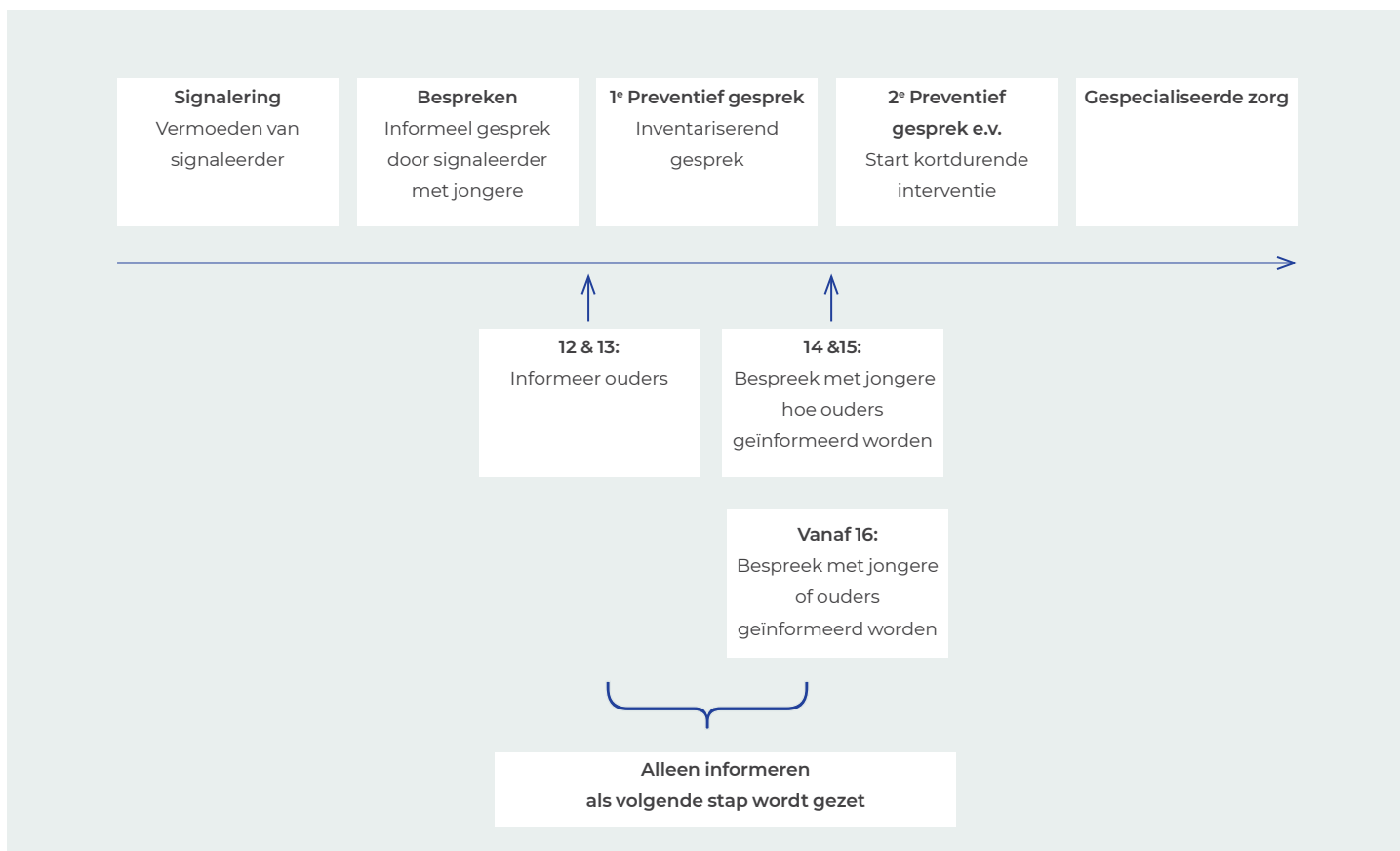
- Uiterlijk inlichten na signalering door een intermediair (bijv. medewerker van school, jongerenwerk, politie) wanneer de jongere door de signaleerder verwezen gaat worden naar een preventiewerker.
 - Uiterlijk inlichten na signalering door een outreachend preventiewerker waarna deze verdere gesprekken aangaat met de jongere. Dit betreft de situatie dat een preventiewerker zelf een signaleerdersrol aanneemt door zijn outreachende werk. Bijvoorbeeld op een schoolplein, in het jongerenaccomodaties of tijdens een regulier spreekuur van preventiewerkers op school of in andere settings waar jongeren komen.
- 14 & 15 jarigen:
- Uiterlijk inlichten na een eerste preventief gesprek zonder behandelovereenkomst.
 - Aangeraden wordt om ouders van jongeren van 14 en 15 jaar niet direct bij het eerste preventief contact met de jongere te informeren, maar eerst een inventariserend gesprek te voeren om het vermoeden van riskant alcoholgebruik te verifiëren. Mogelijk is er niets aan de hand, of wil de jongere in eerste instantie de ouders niet inlichten over de situatie. Wanneer dit namelijk te snel gebeurt is er een risico om de jongere of zijn/haar vertrouwen te verliezen. Vervolgens overlegt de preventiewerker met de jongere hoe precies de ouders ingelicht en betrokken worden.
- 16 jaar en ouder:
- Ouders hoeven wettelijk gezien niet ingelicht te worden. Maar het kan zeker wenselijk zijn, zeker bij minderjarigen die nog thuis wonen. Echter, de jongere moet hier wel toestemming voor geven.

Toelichting

Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO) hebben ouders recht op informatie wanneer zij toestemming moeten geven voor een behandeling van hun kind (in dit geval een preventief gesprek). Deze op informatie gebaseerde toestemming wordt informed consent genoemd. Bij kinderen in de leeftijd 12 tot 16 jaar geven de ouders toestemming, maar ook de jongeren zelf. Dit betekent dat zij beiden geïnformeerd dienen te worden. Het verstrekken van informatie aan de ouders kan alleen geweigerd worden wanneer dit in het belang is van het kind. Vanaf 16 jaar wordt een jongere handlingsbekwaam geacht en kan hij/zij zelfstandig toestemming geven voor een behandeling, zonder dat de ouders ingelicht moeten worden (Boudewijnse et al. 2005).

Volgens de WGBO is er officieel geen sprake van een behandelovereenkomst wanneer een jongere één of meerdere gesprekken met een preventiewerker heeft zonder officieel aangemeld te zijn bij de GGZ/verslavingszorg. Hoewel in deze gevallen de WGBO dus nog niet van kracht is, wordt aangeraden wel de richtlijn van deze wet aan te houden bij het informeren van de ouders.

Schema over het informeren van ouders bij verschillende stappen van de handreiking





3. Aandachtspunten bij implementatie van de handreiking

Voor de implementatie van de handreiking zijn op basis van ervaringen met het eerdere protocol een aantal tips:

Wie neemt het initiatief bij de implementatie van de handreiking?

Het initiatief om de handreiking te implementeren kan bij de gemeente liggen, bij een gemeentelijke instantie, zoals de GGD of bij een instelling voor GGZ/Verslavingszorg. Op gemeentelijk niveau kan in het sociale domein en de jeugdgezondheidszorg de handreiking een meerwaarde hebben om vroegtijdig alcoholproblemen bij jongeren te voorkomen of te signaleren. Implementatie van de handreiking kan ook lokaal of regionaal een gezamenlijk initiatief van verschillende partijen zijn die een samenwerkingsverband vormen rondom alcoholmatiging, preventie jeugd etc. Bij een gezamenlijk initiatief is het belangrijk dat de initiërende partijen een duidelijke rol- en taakverdeling hebben.

Keuze voor intermediaire doelgroep

De handreiking richt zich op professionals (de 'signaleerders') die tijdens hun werkzaamheden in contact komen met (risico) jongeren. In het protocol worden daarbij twee settings onderscheiden: school en vrijetijd.

Een eerste keuze die gemaakt moet worden is welke professionals gaan signaleren. Richt men zich alleen op de schoolsetting, alleen op de vrijetijdsetting of op beide? De keuze hierin zal mede afhankelijk zijn van beschikbare middelen in tijd en geld en de lokale situatie.

Creëer draagvlak

Besteed aandacht aan het creëren van draagvlak. Professionals zien het vaak als een extra taak erbij terwijl in contact met een jongere de alcoholvragen heel weinig tijd in beslag nemen. Het draagvlak vergroot als professionals deskundigheidsbevordering gevolgd hebben en concreet weten naar welke websites en/of welke contactpersoon van instelling voor GGZ/Verslavingszorg ze kunnen verwijzen en ook weten waar de grens ligt van hun interventie en hun verantwoordelijkheid kan ophouden.

Deskundigheidsbevordering

De deskundigheidsbevordering vergt een goede voorbereiding, met aandacht voor de doelen die worden nagestreefd en met afstemming van de training op de deelnemers. Belangrijke doelen zijn:

- a. Kennisvermeerdering bij de deelnemers, zowel wat betreft het signaleren, de risico's van alcoholgebruik bij jongeren als verwijsmogelijkheden.

b. Creëren van draagvlak voor het onderwerp.

Om vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren meer onder de aandacht van signaleerders te krijgen, is het belangrijk de relevantie ervan duidelijk te krijgen.

De relevantie van vroegsignalering alcohol is eenvoudig aan te tonen met prevalentie-cijfers voor alcohol en drugs, bijvoorbeeld uit de regionale Jeugdmonitor van de GGD.

c. Samenwerkingsverbanden verstevigen.

Ondersteunende materialen

Zorg voor goede ondersteunende materialen voor signaleerders, zoals teasers met verwijzing naar relevante websites, een zakkaart met een goede ketenbeschrijving. De ondersteunende materialen maken het gebruik van de handreiking in de praktijk eenvoudiger, en herinneren signaleerders daarnaast regelmatig aan de vroegsignalering.

Aansluiten bij bestaande overlegstructuren

Er kan voor gekozen worden aan te sluiten bij bestaande overlegstructuren, maar zorg dan wel voor aparte agendasetting, zodat het onderwerp vroegsignalering goed aan bod komt en unieke aandacht krijgt.

Agendasetting

Agendeer het onderwerp bij relevante vergaderingen van beleidsambtenaren, bijvoorbeeld van jeugd, onderwijs en volksgezondheid.



Bijlage 1

Zorgstructuur voortgezet onderwijs

Scholen zijn vrij om hun eigen zorgstructuur in te richten.

Het Zorg en Adviesteam

De meeste scholen beschikken over een Zorg en Advies Team (ZAT). De naam voor dit zorgteam kan in de praktijk verschillen. Als er complexe problemen bij leerlingen en/of gezinnen waaruit zij afkomstig zijn (of vermoedens hiervan), bied dit overleg ondersteuning en hulp. In het overleg zitten professionals uit het (speciaal) onderwijs, jeugdgezondheidszorg, (school)maatschappelijk werk, jeugdzorg, leerplicht en zo nodig politie. Als er sprake is van problematisch middelengebruik van een leerling, kan de instelling voor verslavingszorg uit de regio op afroep aanschuiven.

Leerlingen boven de 16 jaar moeten toestemming geven om besproken te worden.

Onderstaand is een beschrijving opgenomen van de zorgstructuur op VO-scholen, afkomstig uit het 'Referentiemodel Kwaliteit van het Zorg en Advies Team in het Voortgezet Onderwijs' (NJI 2008). Het signaleren van problematisch alcoholgebruik kan elk van de verschillende stappen aan de orde komen.

Schoolinterne leerlingenzorg

Alvorens een leerling bij het interne zorgoverleg wordt aangemeld zijn er binnen de schoolinterne zorgstructuur meestal een aantal stappen genomen:

De leerkracht signaleert iets ('vroegsignalering'), maar kan dit zelf of samen met de mentor oplossen of aanpakken.

Indien niet:

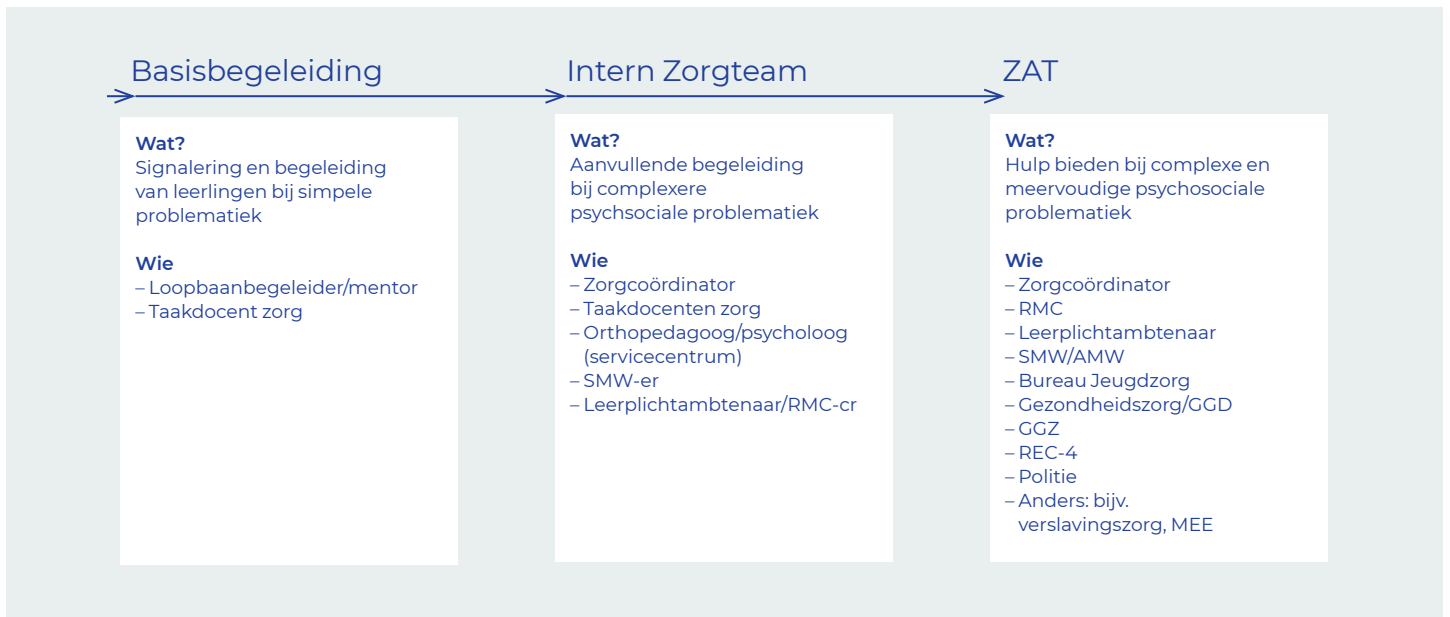
De leerkracht of mentor betreft de zorgcoördinator erbij; de leerling wordt besproken in een collegiaal consult, en de leerkracht of mentor kan met de leerling verder.

Indien niet:

De leerling wordt besproken in een periodiek overleg, vaak omschreven als zorgoverleg of intern zorgteam waarin leerlingen worden besproken waarover meerdere betrokkenen zich zorgen maken. In dat overleg, onder leiding van de zorgcoördinator of van de leidinggevende, bespreekt men door de mentoren aangemelde leerlingen, stelt gezamenlijk een aanpak vast, en spreekt men af wie welke acties onderneemt. Het gaat hierbij om de georganiseerde bespreking van problemen waarbij in gezamenlijk overleg, ook met de ouders, hulp en begeleiding ingezet kan worden, aanvullend op het handelen van de mentor. Ten behoeve van dat intern zorgoverleg zijn meestal enkele van de volgende functionarissen beschikbaar: zorgcoördinator, leerlingbegeleiders, schoolmaatschappelijk werker, een intern beschikbare orthopedagoog of psycholoog. Ook worden de ouders bij het overleg betrokken. Zo nodig wordt de leerling besproken in een bilateraal consult met een externe zorgpartner.

Bij meer complexe vragen en vermoedens van complexe problemen wordt de leerling vanuit het interne zorgoverleg aangemeld en besproken.

Zorgstructuur in het algemeen



Bijlage 2

Contactgegevens instellingen voor GGZ/ Verslavingszorg

Jellinek

(provincie FL,GD,NH,UT,ZH,)

088 505 1220

www.jellinek.nl

Tactus Verslavingzorg

(provincie FL,GD,OV)

088 382 2887

www.tactus.nl

Novadic-Kentron

(provincie NB)

073 689 9090

www.novadic-kentron.nl

Brijder

(provincie NH,ZH)

088 358 2260

www.brijder.nl

Verslavingszorg Noord Nederland

(provincie DR,FR,GR)

088 2343434

www.vnn.nl

Mondriaan

(provincie LB)

088 5067200 (preventie)

www.mondriaan.eu

Vincent van Gogh

(provincie GD,LB,NB)

06 538 740 35

preventie@vvgi.nl

Iriszorg

(provincie GD,OV)

088 606 1600

www.iriszorg.nl

Antes/Youz

(provincie GD,LB,NB,NH,OV,UT,ZH)

088 358 50 50

www.anteszorg.nl

&

088 358 8888

www.youz.nl

Terwille

(provincie FL,GR,NH,OV)

050 3116226

www.terwille.nl

De Hoop

(provincie UT,ZH,ZL)

078 6111 111

www.dehoop.org

Bijlage 3

Audit-C en Audit

Wat zijn de items van AUDIT-C en AUDIT?

Audit-C (vraag 1 t/m 3)

Audit (vraag 1 t/m 10)

Vragen	Score				
	1	2	3	4	5
1. Hoe vaak drinkt u alcohol?	Nooit	1 keer per maand of minder	2 tot 4 keer per maand	2 tot 3 keer per week	4 of meer keer per week
2. Op een dag waarop u alcohol drinkt, hoeveel standaardglazen* drinkt u dan gewoonlijk?	1 of 2 glazen	3 of 4 glazen	5 of 6 glazen	7 tot 9 glazen	10 of meer glazen
3. Hoe vaak zijn er gelegenheden waarop u 6 of meer standaardglazen* alcohol drinkt?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
4. Hoe vaak heeft u het afgelopen Jaar gemerkt dat u niet kon stoppen ,met drinkenals u eenmaal begonnen was?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
5. Hoe vaak was u in het afgelopen jaarvanwege drankgebruik niet in staat om de dingen te doen die normaal vanu verwacht worden?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
6. Hoe vaak had u het afgelopen jaar 's ochtends alcohol nodig gehad om weer op gang te komen nadat u veel had gedronken?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
7. Hoe vaak heeft u zich het afgelopen jaar schuldig gevoeld of spijt gehad nadat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
8. Hoe vaak kon u zich het afgelopen jaar niet herinneren wat de vorige avond gebeurd was doordat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
9. Bent uzelf, of is iemand anders ooit gewond geraakt doordat u gedronken had?	Nooit		Ja maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar
10. Heeft een familielid, een vriend, een dokter of een andere hulpverlener zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik of u aangeraden om minder te drinken?	Nooit		Ja maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar

* Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol (een pijpje bier is 1,2 standaardglas), 100 ml wijn met 12% alcohol (een hele fles wijn is 8 standaardglazen), 40 ml likeur (bv. jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bv. cognac) met 40% alcohol.

Figuur 2: Items van de screeningsinstrumenten Audit-C en Audit met bijbehorende scoringsmogelijkheden



Bijlage 4

Elementen voor een preventief contactmoment

Probleeminventarisatie

Een goed uitgevoerde probleeminventarisatie van het alcoholgebruik en de omliggende problematiek van de jongere fungeert als handvat om te bepalen of er verder onderzoek nodig is om tot een diagnose te komen, of een kortdurende interventie volstaat of dat een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening nodig is.

Als hulpmiddel bij het maken van een functieanalyse van het alcoholgebruik bij de jongere, worden in het kader een aantal vragen aangereikt afkomstig uit het Cannabisprotocol (Ivens 2008). De vragen zijn aangepast aan het onderwerp alcohol.

- Hoe oud was je toen je voor het eerst alcohol dronk? Hoe ging dat?
- Wanneer ben je begonnen met regelmatig drinken? (leeftijd, met wie, waar, reden, effect)
- Hoe vaak drink je per week?
- Op welke dagen drink je meestal? (weekend, doordeweeks)
- Op welke tijdstippen drink je meestal? (overdag, 's avonds)
- Wat vind je leuk of lekker aan alcohol?
- Wat is voor jou meestal de reden of aanleiding om alcohol te drinken? (situatie, personen, gebeurtenissen, gevoel voorafgaand aan het drinken)
- Met wie drink je meestal? (alleen, met vrienden)
- Waar drink je meestal? (thuis, bij anderen, op straat, op feestjes)
- Welke effecten heeft alcohol op jou? (alleen positieve effecten of noemt de jongere ook minder prettige gevolgen van alcohol)
- Weten je ouders dat je alcohol drinkt?
- Wat vinden je ouders van alcoholgebruik?
- Drinken je vrienden? (aantal)
- Hoeveel euro per week geef je ongeveer uit aan alcohol?
- Leen je wel eens geld om alcohol te kunnen kopen?
- Kom je wel eens op een oneerlijke manier aan geld om alcohol te kunnen kopen?
- Behalve de leuke kanten, kun je ook vervelende kanten van het drinken van alcohol noemen?
- Vraag naar de leefgebieden school, thuis, vrienden, werk, etc. Welke gevolgen heeft het alcoholgebruik op het eigen gedrag, stemming en op de relatie met ouders, leerkrachten, vrienden, etc. voelt en gedraagt hij zich anders door het drinken?

Leg vervolgens onderstaande stellingen aan de jongere voor om de functie van het gebruik te inventariseren:

- | | |
|--|----------|
| 1 Ik drink alcohol omdat het me meer zelfvertrouwen geeft | ja / nee |
| 2 Ik drink alcohol omdat ik het lekker vind | ja / nee |
| 3 Ik drink alcohol om te kunnen relaxen | ja / nee |
| 4 Ik drink alcohol om mezelf op te vrolijken als ik in een slechte bui ben | ja / nee |
| 5 Ik drink alcohol omdat het leuk is om aangeschoten te zijn | ja / nee |
| 6 Ik drink alcohol uit verveling | ja / nee |
| 7 Ik drink alcohol omdat mijn vrienden het ook doen | ja / nee |
| 8 Ik drink alcohol om mijn problemen en zorgen te vergeten | ja / nee |

Ook kan gebruik gemaakt worden van websites om samen met de jongere het alcoholgebruik in kaart te brengen. Voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking www.bekijkhetnuchter.nl, voor (hoger opgeleide) studenten (18-24 jaar) www.watdrinkjij.nl, testen staat ook op ww.alcoholenik.nl, www.maakjekeus.nl, www.alcoholinfo.nl en www.jellinek.nl. Op deze sites kan het eigen alcoholgebruik getest worden, gevolgd door (persoonlijke) feedback.

Probleemherkenning

Wanneer de professional inzicht heeft in de problematiek van de jongere, is herkenning en erkenning van het probleem door de jongere zelf de volgende stap. Veel jongeren ervaren echter weinig tot geen problemen als gevolg van hun alcoholgebruik.

Om het probleembesef van de jongere te stimuleren, kunnen de volgende stellingen met de jongere besproken worden (Ivens 2008):

- | | |
|---|----------|
| 1 Ik heb wel eens geprobeerd te stoppen of te minderen met het drinken van alcohol | ja / nee |
| 2 Ik drink vaker dan ik eigenlijk wil | ja / nee |
| 3 Ik heb wel eens gedacht 'was ik maar nooit begonnen met drinken' | ja / nee |
| 4 Vrienden of ouders hebben wel eens tegen me gezegd dat ik zou moeten stoppen met drinken of minder zou moeten drinken | ja / nee |
| 5 Ik besteed veel tijd aan het drinken van alcohol | ja / nee |
| 6 Door het drinken van alcohol kom ik wel eens in de problemen (thuis, op school, werk, etc) | ja / nee |
| 7 Ik geef meer geld uit aan alcohol dan ik eigenlijk heb | ja / nee |

Aanvullend kunnen extra vragen gesteld worden om de probleemherkenning te bevorderen. Deze vragen zijn gebaseerd op ervaringen van professionals van GGZ- en verslavingszorginstellingen:

- Hoe komt het dat je hier toch zit als er geen probleem is?
- Welke problemen ervaren je ouders, school, werk of anderen met jou?
- Waar heeft je omgeving denk je last van?
- Hoe zou jij kunnen zorgen dat jij ook minder last heb van je omgeving (dat ze je 'met rust laten')?

Kortdurende interventie: motiverende gespreksvoering

Bespreek het vermoeden en de probleeminventarisatie met de jongere. Motiveer de jongere tot gecontroleerd gebruik, minderen of stoppen van alcoholgebruik, afhankelijk van de situatie (advies op maat).

In deze stap wordt motiverende gespreksvoering aangeraden als centrale interventie. Motiverende gespreksvoering is een gesprekstijl die wordt gebruikt om mensen bewust te maken van hun drinkgedrag en aan te zetten tot vermindering van de alcoholconsumptie (Miller & Rollnick 2002). De techniek kan goed worden toegepast bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover iets. Het verdient aanbeveling dat iedere professional die tijdens een preventief contactmoment met deze handreiking werkt, een deskundigheidsbevordering in motiverende gespreksvoering heeft gevolgd.

Hieronder worden kort de belangrijkste uitgangspunten van motiverende gespreksvoering genoemd. Voor een uitgebreide beschrijving van motiverende gesprekstechnieken wordt verwezen naar Miller en Rollnick (2002).

- Inventariseer de intrinsieke motivatie van de jongere om gedragsverandering te stimuleren, maar leg hem/haar hierbij geen normen of waarden vanuit het referentiekader van de professional op.
- Help de jongere bij het herkennen en erkennen van het probleem, zoek de ambivalentie op;
- Bespreek de ambivalentie door voor- en nadelen van alcohol drinken en minderen/stoppen voor de jongere te inventariseren.
- Geef positieve feedback als de jongere spreekt over de voordelen van gedragsverandering.
- Vermijd discussie.
- Wanneer de jongere weerstand biedt of het probleem ontkent, pas dan de benaderingswijze en/of strategie aan.
- Benadruk de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de jongere als het gaat om het besluit tot minderen/stoppen, maar blijf de centrale lijn in het gesprek bewaken. Bij jongeren kan er geen volledig beroep op de eigen verantwoordelijkheid gedaan worden omdat zij de consequenties van hun keuzes nog niet voldoende kunnen overzien.

Bespreek bij iedere sessie op een directe, maar niet veroordelende manier het alcoholgebruik (frequentie, hoeveelheid). Probeer daarnaast met een motiverende vraagstelling de bezorgdheid en twijfels bij de jongere te verhogen, zodat er vragen ontstaan naar advies. Stimuleer de jongere om uitspraken te doen die een zelfmotiverend effect hebben door open, uitlokkende vragen te stellen: "Welke zaken in verband met je alcoholgebruik zou jij, of je familie, kunnen zien als een reden van bezorgdheid?", "Welke voordelen zou het opleveren als je stopt met of minder alcohol gaat drinken?"

Let op een juiste timing en dosering van de gegeven informatie. Ongevraagd advies kan de weerstand vergroten. Tot slot is het tonen van empathie een essentieel element van motiverende gespreksvoering. Een warme, reflectieve en niet-veroordelende houding is veel effectiever dan een agressieve, confronterende en dwingende benadering.

Bijlage 5

DSM-5 criteria voor stoornis in het alcoholgebruik

De vijfde editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is een Amerikaans handboek voor het diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. Het handboek werkt volgens een classificatiesysteem. Hieronder wordt de classificatie van 'alcohol use disorder' ofwel alcoholverslaving zoals beschreven in het handboek weergegeven. De Nederlandse vertaling van het handboek verschijnt in 2014.

Alcohol use disorder

A problematic pattern of alcohol use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by at least two of the following, occurring within a 12-month period:

1. Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.
2. There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use.
3. A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects.
4. Craving, or a strong desire or urge to use alcohol.
5. Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home.
6. Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of alcohol.
7. Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use.
8. Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous.
9. Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by alcohol.
10. Tolerance, as defined by either of the following:
 - a. A need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desired effect.
 - b. A markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol.
11. Withdrawal, as manifested by either of the following:
 - a. The characteristic withdrawal syndrome for alcohol.
 - b. Alcohol (or a closely related substance, such as a benzodiazepine) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.

Mild disorder: Presence of 2-3 symptoms.

Moderate disorder: Presence of 4-5 symptoms.

Severe disorder: Presence of 6 or more symptoms

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2013). Arlington, VA, American Psychiatric Association.



Bijlage 6

Definities en onderbouwing bij het protocol uit 2010

Keuze voor de doelgroep

Wat is een verhoogd risico?

Voor een definitie van de doelgroep 'jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek' wordt gebruik gemaakt van de definitie van hoogrisico groepen voor problematisch alcoholgebruik, zoals deze wordt toegepast in Preventie van problematisch Alcoholgebruik van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ; Duine & Bos 2009). In deze rapportage wordt het volgende onder hoogrisico groep verstaan: 'personen die meer drinken dan verantwoord voor de gezondheid is (ondergrens), maar daarbij nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM-5 voor alcoholverslaving (bovengrens)' (zie Bijlage 5).

Voor het bepalen van de ondergrens van de definitie wordt aangesloten bij de keuze van het CVZ om gebruik gemaakt van de AUDIT-C. Dit in plaats van de gangbare richtlijn voor aanvaardbaar alcoholgebruik, die gebaseerd is op volwassenen en derhalve te hoog ligt voor jongeren. De AUDIT-C is een korte test bestaande uit drie vragen die goed bij jongeren kan worden afgenomen. In de test wordt gekeken naar de hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt, hoe vaak de jongere alcohol drinkt en de frequentie van binge drinken. Een hoge score op de vragen geeft een indicatie van een verhoogd risico op riskant alcoholgebruik. De vragen van de AUDIT-C zijn opgenomen in het protocol (zie ook sectie 3.3).

Wat is 'problematisch' alcoholgebruik?

De definitie van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek waar het protocol voor zal gelden, is 'jongeren van 12 tot 24 jaar die meer drinken dan aanvaardbaar is, maar daarbij nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM5 voor alcoholverslaving'.

De signalering van problematisch alcoholgebruik wordt gebaseerd op de individuele situatie van de jongere op de volgende gebieden:

1. De hoeveelheid alcohol die een jongere drinkt (drug).
2. De kwetsbaarheid van de jongere voor alcohol (set).
3. De situatie waarin het gebruik plaatsvindt (setting).
4. Zichtbare gevolgen van alcoholgebruik (fysieke signalen & gedragsindicaties).

Toelichting

In dit protocol ligt de focus op signalering, waarbij er nog geen sprake is van een gediagnosticeerde stoornis maar er wel tekens, klachten en symptomen bij de jongere en/of zijn omgeving zijn die wijzen op mogelijk problematisch alcoholgebruik. Deze tekens, klachten of symptomen zijn echter (1) minder in aantal dan vereist bij een diagnose, (2) gedurende

een kortere periode aanwezig en (3) minder intens en verstorend dan bij een diagnosticeerbare stoornis het geval is (Verstuyf 2007).

De verschillende fasen van alcoholgebruik (kennismaking, experimenteren, gewoontevorming, gebruik op de voorgrond, niet meer zonder kunnen) zijn niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden omdat zij subtiel in elkaar overlopen. De grens tussen aanvaardbaar drinken, alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid is daarom lastig aan te geven. Wel zijn er aangrijpingspunten om de ernst van het drinkgedrag mee in te schatten, namelijk de hoeveelheid die de jongere drinkt (zie ad. 1), de componenten uit de driehoek van Zinberg (zie ad. 2), en zichtbare fysieke kenmerken of gevolgen van overmatig alcoholgebruik (Matthys et al. 2006, Schrijvers & Schoemaker 2008, Verstuyf 2007). Benadrukt moet worden dat deze aangrijpingspunten geen volledige beschrijving van riskant alcoholgebruik geven en dat de afwezigheid van één van de punten geen reden is om riskant alcoholgebruik uit te sluiten.

1. Hoeveelheid

De hoeveelheid alcohol die jongeren drinken kan gelden als één van de signalen bij het vaststellen van mogelijk problematisch gebruik. Deze wijze van signaleren wordt echter bemoeilijkt doordat jongeren minder gevoelig zijn voor de verdovende effecten van alcohol dan volwassenen. Doordat zij minder last hebben van verstoring in hun coördinatie en motoriek, kunnen zij meer alcohol drinken voordat ze er zelf iets van merken en voordat het een buitenstaander opvalt (White et al. 2002). Desondanks is het effect van alcohol op de bloedspiegel bij jongeren sneller en heviger, omdat ze nog in de groei zijn, een lager gewicht en een kleinere lengte hebben. Dit alles verhoogt het risico op schade aan de gezondheid en andere levensgebieden, zoals leerwerkprestaties, relaties/de omgang met anderen en overlast/geweldpleging. Daarnaast veroorzaakt (een teveel aan) alcohol schade aan het zich ontwikkelende adolescentie brein (Boelema et al. 2009). Verder blijkt uit onderzoek dat wanneer jongeren eenmaal beginnen met drinken, hun alcoholgebruik alleen maar toeneemt (Koning et al. 2009; Van der Vorst 2007).

2. Driehoek van Zinberg

Zinberg (1984) verklaart middelengebruik vanuit de interactie tussen drie componenten (Tabel 3): het middel zelf (drug), de persoon die het gebruikt (set), en de omgeving (setting). Op basis van die drie componenten kan ingeschat worden hoe riskant het gebruik is.

Tabel 3: Driehoek van Zinberg

Drug (middel)	<ul style="list-style-type: none">– Welke middelen (alleen alcohol of ook andere drugs)– Frequentie van gebruik– Hoeveelheid van gebruik
Set (persoon)	<ul style="list-style-type: none">– Geslacht– Leeftijd– Psychische problemen– Sociale problemen– Genetische aanleg voor verslaving
Setting (omgeving)	<ul style="list-style-type: none">– Waar? Tijdens het uitgaan of ook op school?– Met wie? Is er druk vanuit de vriendengroep? Drinkt iemand ook wel eens alleen op zijn kamer?– Op welke tijdstippen? Alleen 's avonds, of ook 's ochtends?

Voor welke leeftijden geldt het protocol?

De leeftijdsgroep wordt afgebakend op 12 tot 24 jaar. Met de ondergrens van 12 jaar worden kinderen in de basisschool leeftijd uitgesloten. De bovengrens is afgeleid van de bevinding dat de hersenen van jongeren doorgroeien tot ongeveer 24-jarige leeftijd en fors drinken of binge drinken schadelijk kan zijn voor de hersenontwikkeling (Boelema et al. 2009).

Keuze voor settings

In de oorspronkelijke opzet voor de ontwikkeling van dit protocol is opgenomen dat het protocol geschikt dient te zijn voor de settings school, vrije tijd en jeugdhulpverlening. Echter, tijdens de expertmeeting en het literatuuronderzoek bleek dat er in de jeugdhulpverlening in 2010 nauwelijks geschikte interventies of werkwijzen voorhanden zijn die, eventueel in gewijzigde vorm, voor opname in het protocol in aanmerking konden komen. Hier zou derhalve een compleet nieuw protocol voor ontwikkeld moeten worden. Omdat de opdrachtverstrekking voor dit protocol de nadruk legt op het gebruik maken van reeds bestaande producten en interventies, valt dit buiten het bereik van het huidige project. In overleg met de werkgroep Jongeren van het PVA is ervoor gekozen om dit protocol uitsluitend te richten op de settings school en vrije tijd.

Keuze voor screeningsinstrumenten

In het protocol wordt de AUDIT-C beschreven als screener om in te zetten bij de (vroeg) signalering van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek. De informatie over de hoeveelheid van het alcoholgebruik uit de AUDIT-C wordt aangevuld met één extra vraag over de reactie van de omgeving van de jongere op het drinkgedrag (AUDIT-4). Aangezien (vroeg)signalering over het algemeen wordt gedaan door mentoren, politie en andere personen zonder specifieke expertise op het gebied van alcoholgebruik en -misbruik, worden de vragen uit de AUDIT-C en de extra vraag uit de AUDIT-4 aangeboden als handreiking, zonder de screeners als zodanig te benoemen en zonder de bijbehorende afkappunten. De vragen geven structuur aan het gesprek met de jongere en leveren de benodigde informatie op om het alcoholgebruik van de jongere te inventariseren, zodat een weloverwogen beslissing kan worden gemaakt voor een eventuele doorverwijzing van de jongere naar een preventief contactmoment.

Tijdens een dergelijk contactmoment wordt het alcoholgebruik van de jongere gestructureerd uitgevraagd, om te bekijken of het vermoeden van problematisch gebruik terecht is. Als hulpmiddel hierbij wordt de AUDIT opgenomen in het protocol. De professional kan gebruik maken van de aanbevolen afkappunten voor jongeren tot 18 jaar en jongeren van 18 jaar en ouder. Belangrijk hierbij is te realiseren dat signalering van mogelijk problematisch alcoholgebruik niet alleen gebaseerd dient te worden op de score van de jongere op één of meerdere screeningsinstrumenten. Zoals eerder aangegeven zijn andere signalen uit de omgeving of persoonlijke omstandigheden van de jongere van evenveel belang.

AUDIT-C

Voor het bepalen van een afkappunt voor de ondergrens 'meer drinken dan verantwoord/aanvaardbaar', is de AUDIT-C in het protocol opgenomen (Tabel 4). Dit is een verkorte versie van de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, zie Bijlage 5) (Saunders & Aasland 1987; Saunders et al. 1993). De AUDIT wordt in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (in het vervolg 'Multidisciplinaire Richtlijn'; Geurtsen & Van de Glind 2009) aanbevolen als eerste keus voor het opsporen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn kan vanuit praktische overwegingen ook gekozen worden voor de verkorte vorm van de AUDIT, namelijk de AUDIT-C (Bush et al. 1998).

Tabel 4: AUDIT-C (met aangepaste afkappunten voor binge drinken)

Vragen	Score	0	1	2	3	4
Hoe vaak drink je alcohol?		nooit	Maandelijks of minder	2-4 keer per maand	2-3 keer per week	4 keer of vaker per week
Hoeveel drink je op een typische dag dat je alcohol drinkt?		1-2 glazen	3-4 glazen	5-6 glazen	7-9 glazen	10 of meer glazen
Hoe vaak drink je 3 of meer (meisjes 18-), 5 of meer (jongens 18-), of 6 of meer (jongeren 18+) glazen bij één gelegenheid?		Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	(bijna) dagelijks

Bij jongeren moet gelet worden op het antwoord op de derde vraag, over binge drinken (Geurtsen & Van de Glind 2009). Binge drinken (veel alcohol in korte tijd drinken) wordt met de eerste 2 vragen van de AUDIT-C niet altijd opgemerkt. Uit de literatuur blijkt echter dat er een relatie is tussen binge drinken en hersenbeschadiging of achterstanden in cognitieve functies bij jongeren (Boelema et al. 2009).

Kwaliteit van de AUDIT-C

De sensitiviteit¹⁵ en specificiteit¹⁶ van de AUDIT-C is onderzocht bij studenten en volwassenen, maar voor zover bekend niet onder jongeren. Reinert en Allen (2007) rapporteren in hun review voor studies uitgevoerd onder volwassen mannen en vrouwen in de algemene populatie percentages van 56-99% voor sensitiviteit en 58-97% voor specificiteit. Voor populaties in de gezondheidszorg (eerste- en tweedelijnszorg exclusief psychische/psychiatrische stoornissen) schommelt de sensitiviteit van 38% tot 100%. De specificiteit varieert tussen 49% en 98%.

De test-hertest betrouwbaarheid van de AUDIT-C is goed, uiteenlopend van 0.65 tot 0.85 over een periode van 3 maanden en 0.98 over een periode van 3-4 weken (Reinert & Allen 2007).

AUDIT-4 en volledige AUDIT

Omdat het drinkgedrag van jongeren ook hun sociale omgeving beïnvloedt en vice versa, wordt in aanvulling op de AUDIT-C ook vraag 10 van de AUDIT in het protocol opgenomen (Tabel 5). Deze vraag geeft meer zicht op de ernst van het alcoholgebruik en op kansen en belemmeringen uit de omgeving van de jongere. In combinatie met de drie eerder gestelde vragen wordt dit gezien als de AUDIT-4 (Gual et al. 2002). Wanneer de jongere bevestigend antwoord op deze vraag, is dit een extra indicatie voor problematisch alcoholgebruik.

¹⁵ De sensitiviteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen met een bepaald probleem, in dit geval alcoholproblematiek, terecht door de test als 'problematisch drinker' geïdentificeerd wordt. Wanneer alle problematische drinkers door de test als zodanig worden aangeduid, is de sensitiviteit 100%.

¹⁶ De specificiteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen zonder alcoholproblematiek terecht als 'niet-problematisch drinker' geïdentificeerd wordt. Wanneer uitsluitend verantwoorde drinkers als zodanig worden aangemerkt, is de specificiteit 100%.

Tabel 5: vraag 10 AUDIT

Score	0	2	4
Vragen			
Heeft een familielid, vriend of een dokter of andere hulpverlener in de gezondheidszorg zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik en u aangeraden minder te drinken?	Nee	Ja, maar niet in het afgelopen jaar	Ja, in het afgelopen jaar

Om het beeld van het drinkgedrag van de jongere compleet te maken, kan de volledige AUDIT bestaande uit 10 items afgenomen worden (zie Bijlage 5). In het protocol wordt aanbevolen dit door een professional te laten doen, om met behulp van afkappunten het vermoeden van problematisch alcoholgebruik te verifiëren. Voor jongeren tot 18 jaar is een totaalscore van 4 of hoger een indicatie voor problematisch alcoholgebruik. Bij jongens van 18 jaar en ouder geldt een totaalscore van 8 als aanwijzing dat de jongere riskant met alcohol omgaat, bij meisjes van 18+ ligt dit op een totaalscore van 5 (Reinert & Allen 2007; Geurtsen & Van de Glind 2009).

Keuze voor interventies

Preventief contactmoment

De methode van een preventief contactmoment wordt in het protocol opgenomen omdat dit laagdrempelig en toegankelijk kan worden opgezet. Het gaat hierbij om een gesprekssetting die op verschillende manieren kan worden vormgegeven, bijvoorbeeld als (periodiek) spreekuur met een open karakter of op afspraak.

Randvoorwaarde voor gebruikers van het protocol is de aanwezigheid van een contactmoment op bijvoorbeeld scholen en/of jongerencentra, of de mogelijkheid om dit op te zetten. De gesprekken worden vormgegeven aan de hand van de bewezen effectieve principes van motiverende gespreksvoering. Waar mogelijk wordt de nadruk gelegd op zelfhulp. Voor de setting school kunnen contactmomenten op scholen worden gehouden. Voor de setting vrije tijd kunnen contactmomenten worden opgezet bij een jongerencentrum, buurthuis of andere plaats waar jongeren verzamelen. Dit is laagdrempelig en toegankelijk, maar heeft als nadeel dat jongeren zich in deze setting voornamelijk in groepen verzamelen met de bijbehorende groepsdruk. Dit kan het lastig maken om een jongere 'uit de groep' te halen en een individueel gesprek te voeren. Er is ook niet altijd een geschikte ruimte aanwezig waar het gesprek kan plaatsvinden, zonder (zicht op) vrienden/leeftijdsgenoten in het pand die de jongere kunnen afleiden. Een preventief contactmoment binnen de regionale instelling voor GGZ/Verslavingszorg is een alternatief, maar dit kent over het algemeen een hogere drempel voor de jongere.

Toelichting

Uit de inventarisatie bij verslavingzorg- en GGZ instellingen naar gebruikte methoden voor vroegsignalering en doorverwijzing blijkt dat een aantal instellingen gebruik maakt van een preventief contactmoment voor jongeren, meestal in de vorm van een spreekuur (onder andere Bouman GGZ, Brijder Verslavingszorg, Jellinek, Tactus Verslavingszorg, VNN Drenthe). Er zijn bij de instellingen geen gegevens bekend over de effectiviteit van de spreekuren. Over het algemeen is een dergelijk contactmoment bedoeld om jongeren met riskant middelengebruik te signaleren, vermoedens van problematisch drinkgedrag te bevestigen of ontkrachten, een kortdurende interventie uit te voeren en indien nodig door te verwijzen naar een behandeltraject. Tijdens een preventief contactmoment is er ruimte voor enkele motiverende gesprekken van een preventiewerker met de jongere. De gesprekken richten zich op minderen of stoppen met middelengebruik, of bij ernstig gebruik op het stimuleren van de motivatie van de jongere tot aanmelding voor behandeling bij de instelling.

Bij sommige instellingen heeft het spreekuur ook een inloopmogelijkheid, waar jongeren en andere belangstellenden (bijvoorbeeld ouders) zonder afspraak binnen kunnen lopen voor vragen of advies. Andere organisaties ontvangen bezoekers alleen op afspraak. Om contactmomenten laagdrempelig en toegankelijkheid te maken, worden ze doorgaans op locatie gehouden, bijvoorbeeld op scholen of in jongerencentra. Jongeren komen bij de gesprekken terecht via ouders, vrienden, docenten of na observatie van de preventiewerker zelf. De preventiewerker die de gesprekken uitvoert, is getraind in kennis over middelengebruik en motiverende gesprekstechnieken. Daarnaast wordt in de setting school de docenten ook vaak een training aangeboden in het herkennen van riskant middelengebruik.

Een aantal instellingen sluit convenanten af met scholen, waarin wordt vastgelegd welk beleid de school voert op genotmiddelengebruik. Dit structureert de samenwerking tussen school en instelling en legitimeert het handelen van beide partijen, wat met name van belang is richting ouders. Uit ervaringen van verschillende instellingen blijkt dat een contactmoment meerwaarde heeft wanneer het geïmplementeerd is in het beleid van de school en uitgevoerd wordt door een vaste preventiewerker. Dit geeft de aanwezigheid van de verslavingszorg een gezicht binnen de school, zowel voor leerkrachten, leerlingen en ouders. Een vast aanspreekpunt bevordert de continuïteit, wekt vertrouwen en neemt de lading weg die de termen 'GGZ' en 'verslavingszorg' oproepen.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering wordt in het protocol als gesprekstechniek aanbevolen tijdens preventieve contactmomenten, vanwege de bewezen effectiviteit en de aanbeveling in de Multidisciplinaire Richtlijn om deze interventie in te zetten bij problematisch alcoholgebruik (Geurtsen & Van de Glind 2009).

Toelichting

Jongeren die gesignaleerd worden als mogelijk problematische alcoholgebruikers zullen vaak niet direct gemotiveerd zijn om hier met een professional over in gesprek te gaan en hun gedrag te veranderen. Door middel van motiverende gesprekstechnieken kan deze motivatie versterkt worden.

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivatie tot gedragsverandering. De gespreksstijl wordt toegepast om mensen bewust te maken van hun drinkgedrag en aan te zetten tot vermindering van de alcoholconsumptie. De techniek wordt met name aangeraden bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering. Het is een cliëntgerichte en directieve methode, waarbij de zorgen en belangen van de cliënt centraal staan en er op een doelbewuste manier aangestuurd wordt op het oplossen van ambivalentie. Uitgangspunt bij de gesprekken zijn de aanwezige competenties van de jongere (Miller & Rollnick 2002).

Naast de toepassing als gespreksstijl wordt motiverende gespreksvoering ook toegepast als basis voor (kortdurende) interventies. Deze interventies bevatten daarnaast vaak ook andere cognitief-therapeutische of psycho-educatieve elementen (Geurtsen & Van de Glind 2009).

Motiverende gespreksvoering is effectief gebleken in het reduceren van het alcoholgebruik van (jonge) probleemdrinkers (Burke et al. 2003; Miller & Willbourne 2002; Moyer et al. 2002; Rubak et al. 2005; Schaus et al. 2009; Vasilaki et al. 2006). Ook geldt dat motiverende gespreksvoering effectiever is dan geen interventie en even effectief als een intensievere behandeling. Dit is aangetoond in verschillende meta-analyses (Burke et al. 2002; Miller & Willbourne 2002; Moyer et al. 2002; Rubak et al. 2005; Vasilaki et al. 2006). De onderzoeken uit de meta-analyses werden met name uitgevoerd in de verslavingszorg en daarnaast ook in algemene ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. Naast alcoholgebruik zijn de effecten van motiverende gespreksvoering bekeken voor diabetes, astma, stoppen met roken en gewichtsbeheersing.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat motiverende gespreksvoering voorafgaand aan een klinische behandeling bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling (Bien et al. 1993; Brown & Miller 1993). Een review in opdracht van het programma Resultaten Scoren concludeert dat motiverende gespreksvoering aanbevolen kan worden als eerste screening bij hoogrisico groepen, om hen te bewegen in behandeling te komen en therapietrouw te stimuleren (Smit et al. 2007).

De methode kan ongeacht de ernst van de afhankelijkheid toegepast worden bij alle vormen van problematisch alcoholgebruik, aangezien de mate van afhankelijkheid geen

invloed heeft op de grootte van het effect (Burke et al. 2003). De resultaten lijken beter te zijn wanneer de gesprekken worden gevoerd door hoger opgeleide professionals (Rubak et al. 2005), maar het succes van de interventie wordt mede bepaald door de mate van oefening en ervaring in het toepassen van de methode. Uit onderzoek naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering op de alcoholconsumptie van mensen die op de eerste hulp van een ziekenhuis belanden, blijkt dat er meer succes bereikt wordt wanneer de contacten volgens de algemene principes van motiverende gespreksvoering verlopen en de preventiewerker hier consistent in is, dan wanneer in een gesprek regelmatig specifieke gesprekstechnieken toegepast worden (Gaume et al. 2009). Daarnaast wordt aanbevolen om de gesprekken te laten voeren door personen die over een 'natuurlijke competentie' beschikken om de principes van motiverende gespreksvoering te kunnen aanwenden tijdens contacten met mensen die onverantwoord alcohol drinken. Ook ervaringen van verslavingszorginstellingen met jongeren bevestigen het beeld dat het vermogen om een band met de jongere op te kunnen bouwen even belangrijk is als het kennen en kunnen toepassen van de specifieke gesprekstechnieken. Hiervoor zijn andere competenties belangrijk dan alleen het scholingsniveau van de preventiewerker.

De effectiviteit van kortdurende interventies in het minderen of stoppen van alcoholgebruik is bewezen voor personen die uit eigen initiatief behandeling zoeken, maar ook voor degenen die op hun alcoholgebruik worden aangesproken zonder dat dit de reden was voor het contact (Moyer et al. 2002). De Multidisciplinaire Richtlijn beveelt dan ook aan om iedere persoon met alcoholproblematiek ten minste een kortdurende interventie aan te bieden.



Bijlage 7

Methode van ontwikkeling van het protocol in 2010

Als leidraad bij de ontwikkeling van dit protocol is gebruik gemaakt van het Masterprotocol Resultaten Scoren (Jansen & Snoek 2007). Deze methode voor het ontwikkelen van protocollen en interventies probeert een brug te slaan tussen theorie en praktijk, door bij het ontwikkelen van het protocol zowel oog te hebben voor evidentie uit de wetenschappelijke literatuur, als best practices en voorkeuren van de intermediaire doelgroep (professionals) en de uiteindelijke doelgroep (jongeren). Hierbij worden ook al belangrijke stappen voor implementatie gezet.

De protocolontwikkeling in 2010 werd opgebouwd uit de inbreng van deskundigen, een beknopt literatuuronderzoek, individuele interviews met professionals, en groepsdiscussies met professionals en jongeren. In 2013 is het protocol herzien op basis van evaluaties van 5 pilotprojecten in gemeenten waar het protocol is toegepast. Tevens is in 2013 het protocol aangepast aan de herziende adviezen voor alcoholgebruik door jongeren van het Trimbos instituut. De onderdelen worden hieronder kort toegelicht.

Consultatie deskundigen

Voor een inventarisatie van reeds succesvol toegepaste screeningsinstrumenten, best practicemethoden en richtlijnen voor vroegsignalering en interventies zijn verschillende deskundigen uit de verslavingszorg en GGZ geraadpleegd. Er is een expertmeeting georganiseerd en een belronde gehouden, waarbij deskundigen van verschillende relevante instellingen zijn gesproken.

Expertmeeting

Als eerste aanzet voor de inventarisatie heeft de werkgroep Jongeren van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) een expertmeeting opgezet. Doel van deze expertmeeting was het verkrijgen van inzicht in interventies die geschikt zijn voor toepassing en opname in het protocol, en in bevorderende en belemmerende factoren bij reeds bestaande interventies.

Voor deze bijeenkomst zijn experts uitgenodigd om een presentatie te geven over succesvolle initiatieven ('good practices') die zij vanuit hun instelling op het gebied van vroegsignalering en behandeling van alcoholproblematiek bij jongeren hebben ontwikkeld.

De volgende personen en instellingen hebben deelgenomen aan de expertmeeting:

- Koen Burgerhout, Bouman GGZ
- Leo Clarijs, Brijder Verslavingszorg
- Hans Dupont, Mondriaan
- Anita Oliemans, JellinekMentrum
- Mireille Visser, Reinier de Graaf Groep

Belronde

Instellingen die niet bij de expertmeeting aanwezig waren, is tijdens een kort telefonisch gesprek gevraagd hoe zij omgaan met vroegsignaleren en eventueel behandelen van alcoholproblematiek bij jongeren, en van welke screeners (korte vragenlijsten t.b.v. vroegsignalering) en/of interventies zij hierbij gebruik maken. Hiermee is een verdere terreinverkenning en knelpuntenanalyse uitgevoerd naar de screeners en interventies die binnen de betreffende organisaties worden toegepast. Er is gesproken met medewerkers die over de meest relevante kennis en ervaring beschikken en zicht hebben op, of een rol hebben in de uiteindelijke toepassing van het protocol.

Tijdens deze belronde is met de volgende instellingen en organisaties contact gelegd:

- IrisZorg
- Tactus Verslavingszorg
- GGZ Noord- en Midden Limburg
- Jellinek Gooi en Vechtstreek
- Centrum Maliebaan
- Parnassia Bavo Groep
- Indigo Zeeland
- Verslavingszorg Noord Nederland
- Stichting Jong Rotterdam

Er is tevens geïnventariseerd of het protocol naast de settings school en vrije tijd kon aansluiten bij de setting jeugdhulpverlening. Hiervoor zijn Bureau Jeugdzorg en het Centrum voor Jeugd en Gezin benaderd. Beide organisaties bleken echter niet te beschikken over bestaande best practices op het gebied van vroegsignalering en behandeling van alcoholproblematiek bij jongeren. Om deze reden is besloten het protocol niet op deze setting toe te spitsen.

Literatuuronderzoek

Naast de, deels practice based, informatie uit de expertmeeting is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur voor de onderbouwing van het protocol. Op basis van beknopt literatuuronderzoek is nagegaan welk screeningsinstrument het meest geschikt is voor vroegsignalering van alcoholproblematiek bij jongeren, en welke korte interventies beschikbaar zijn. Hierbij is voornamelijk gekeken naar de mogelijkheden van motiverende gespreksvoering.

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd met een praktijkgerichte focus en is geen volledige update van screeningsinstrumenten en interventies. Er is gezocht naar literatuur over

screeners die nu al worden gebruikt in de praktijk en er is gebruik gemaakt van bestaande overzichtsstudies, met name de recent verschenen Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (Geurtsen & Van de Glind 2009).

Afstemming met de praktijk

Na de inventarisatie bij experts en in de literatuur is het perspectief van de intermediaire doelgroep (de professionals) belicht en extra aandacht besteed aan de benaderingswijze richting de uiteindelijke doelgroep (de jongeren) die in het protocol wordt gehanteerd.

Professionals

Professionals die via school of in de vrije tijd van jongeren met hen in contact komen, vormen de intermediaire doelgroep van het protocol. Per setting zijn twee instellingen uitgenodigd om mee te denken over de inhoud en werkwijze van het protocol. In iedere setting is één instelling intensief betrokken, wiens werkwijze de basis voor het protocol vormt. Daarnaast leest per setting één instelling op basis van eigen ervaringen en expertise mee en becommentarieert de protocolontwikkeling. De instellingen zijn gekozen op basis van de inventarisatie van screeningsinstrumenten en initiatieven die reeds in de praktijk worden toegepast.

De betreffende instellingen is gevraagd een contactpersoon aan te wijzen. De contactpersonen hebben gedurende de projectperiode deelgenomen aan de projectgroep, waarin ook de onderzoeker en projectleider van het IVO plaats hebben.

Bij alle instellingen hebben verschillende sleutelfiguren (bij voorkeur één leidinggevende en twee uitvoerenden) de conceptversies van het protocol gelezen, becommentarieerd en aangevuld. Met de intensief betrokken instellingen is de feedback tijdens een overleg met de sleutelfiguren besproken. De instellingen die meelezen, hebben hun opmerkingen per email doorgegeven. Waar nodig is aan medewerkers van alle instellingen telefonisch om extra toelichting gevraagd. Tijdens de overleggen met instellingen is gesproken over de werkbaarheid van het protocol in de praktijk. Ook is het bespreekbaar maken van vroegsignalering van probleemdrinken binnen de settings school en vrije tijd aan bod gekomen. Zo kunnen bijvoorbeeld scholen terughoudend zijn in het voeren van een alcoholbeleid omdat dit hen een slechte naam kan geven.

Na de feedbackrondes hebben de contactpersonen van de deelnemende instellingen een vergadering van de projectgroep bijgewoond, waarin de geldigheid van het aangepaste protocol in een gezamenlijk overleg met de toekomstige uitvoerders is besproken.

Jongeren

In een groepsinterview met zogenoemde 'peer educators' van Jellinek verslavingszorg zijn de benaderingswijze en wijze van motiveren van jongeren zoals deze in het protocol zijn opgenomen, besproken. Op basis van de suggesties en ervaringen van de peer educators is het protocol verder aangescherpt.

De peer educators zijn onderdeel van het CIA project (Cannabis Intelligence Amsterdam), waarin jongeren getraind worden om in hun eigen taal aan andere jongeren voorlichting te geven. Er is gekozen voor een groepsinterview met CIA peers omdat de doelen, doelgroep, werkzaamheden en settings van het CIA project grotendeels overeenkomen met die van het onderhavige protocol. De einddoelgroep van CIA bestaat uit (allochtone) jongeren van 12 tot 23 jaar die op recreatieve of riskante wijze alcohol en/of softdrugs gebruiken. Doelstellingen van het CIA project zijn de jongeren kritisch laten kijken naar hun eigen gebruik, het bevorderen van verantwoord gebruik, vroegherkenning van problematisch gebruik en het verlagen van de toegang tot (zelf)hulp. De settings waarin de peers van CIA werken lopen uiteen van onderwijsopvang en speciaal onderwijs naar jongerenwerk, jeugdhulpverlening en jeugddetentie. Onder de vlag van De Gezonde School en Genotmiddelen geven de peers ook voorlichting aan jongeren op het voortgezet onderwijs.

De peers hebben zelf ervaring met alcohol en/of softdrugs of gebruiken niet (meer) en kunnen vanwege hun leeftijd en achtergrond goed contact maken met de doelgroep. Gezien de Amsterdamse doelpopulatie heeft het merendeel van de peergroep een niet-Nederlandse afkomst. Tijdens hun werkzaamheden worden de peers begeleidt door een coach.

Het groepsinterview is bijgewoond door acht peers in de leeftijd van 20 t/m 27 jaar, inclusief drie vrouwelijke peers en drie peer coaches. De peers zijn van verschillende afkomst, namelijk Surinaams, Turks, Antilliaans en Afrikaans. Naast hun werkzaamheden voor CIA zijn de peers bezig met een opleiding of actief in een betaalde baan, waarbij een aantal peers ook via hun werk met jongeren in contact komt.

Evaluaties van pilotprojecten

Tussen 2010 en 2014 is het protocol in een aantal regio's geïmplementeerd als pilot (Zuid-Holland Zuid, Hardenberg, Noord-Oost Brabant, Noord- en midden Limburg, Zeeuws-Vlaanderen). Op basis van onafhankelijke procesevaluaties en interviews met alle projectleiders van de pilots zijn er aanpassingen gemaakt in het protocol die in de tweede versie van het protocol doorgevoerd zijn. De aanpassingen zitten door het hele protocol heen. Daarnaast is hoofdstuk 3 met praktische aanbevelingen bij implementatie naar aanleiding van de pilotprojecten bijgevoegd.

Literatuur

- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS (1993).** Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 00 (6), 742-750.
- 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 en Universiteit Utrecht.
- Boudewijnse HB, Van Lokven E, Oskam E (kernredactie) (2005).** Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, deel A. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Bovens R (2009).** Checklist Haltafdoening Alcohol. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Brown JM, Miller WR (1993).** Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviours* 7 (4), 211-218.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003).** The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (5), 843-861.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA (1998).** The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.
- Duine TJ, Bos GJ (2009).** Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Frank D, DeBenedetti A, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan, DR, Bradley KA (2008).** Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *Journal of General Internal Medicine* 23 (6), 781-787.
- Gaume G, Gmel G, Faouzi M (2009).** Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, 151-159.
- Geurtsen M, Van de Glind G (2009).** Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Utrecht: CBO en Trimbos Instituut.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J (2002).** AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism* 37 (6), 591-596.
- Ivens Y (2008).** Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Jansen H, Snoek A (2007).** Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Bukstein OG, Cornelius JR (2009).** Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-item scale. *Addictive Behaviors* 34, 668-674.
- Koning IM, Vollebergh WAM, Smit F, Verdurmen JEE, Van den Eijnden RJJM, Ter Bogt TFM, Stattin H, Engels RCME (2009).** Preventing Heavy Alcohol Use in Adolescents (PAS): Cluster Randomized Trial of a Parent and Student Intervention offered Separately and Simultaneously. *Addiction* 104, 1669-1678.
- Matthys W, Vanderschuren LJM, Nordquist, RE, Zonneville-Bender MJS (2006).** Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen. Den Haag: ZonMw Programma Verslaving.
- Miller WR, Rollnick S (2002).** Motivational interviewing: preparing people for change (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Miller RM, Willbourne PL (2002).** Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 97, 265-277.
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P (2002).** Brief interventions for alcohol problems. *Addiction* 97, 279-292.
- Mulder J, Bovens R, Franken F, Sannen A (2013).** Proces in uitvoering. Een zoektocht naar de operationalisatie van cruciale procesfactoren in de uitvoering van regionale alcoholprojecten. Utrecht: STAP, Trimbos instituut.
- NJi (2008).** Referentiemodel Kwaliteit van het Zorg- en Advies Team in het Voortgezet Onderwijs. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut, Onderwijs & Jeugdzorg / LCOJ.
- Reinert DF, Allen JP (2007).** The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31 (2), 185-199.
- Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen B (2005).** Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55, 305-312.
- Saunders JB, Aasland OG (1987).** WHO Collaborative Project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on phase I: development of a screening instrument. Geneva: World Health Organization.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor FT, De La Fuente JR, Grant M (1993).** The development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 88 (6), 791-804.

Schaus JF, Sole ML, McCoy TP, Mullett N, O'Brien MC (2009). Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: A randomized controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Suppl* 16, 131-141.

Schrijvers CTM, Schoemaker CG (2008). Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM.

Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Bolier L (2007). Jongeren en verslaving. De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Utrecht: Trimbos Instituut.

Snoek A, Wits E, Van de Mheen D (2010). Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren. Rotterdam: IVO; Amersfoort/Resultaten Scoren.

Valkenberg H, Van der Lely N, Brugmans M (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. Medisch Contact Online, 17 augustus 2007.

Van der Lely N, De Visser MDC (2009). Protocol 'project ter voorkoming van alcohol schade'. Delft: Reinier de Graaf Groep.

Van der Vorst H (2007). The key to the cellar door. The role of the family in adolescents' alcohol use [Thesis]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Van Dijck D, Knibbe RA (2005). De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Van Laar MW, Cruts AAN., Van Ooyen-Houben MMJ, Meijer RF, Croes EA, & Ketelaars APM (2012). Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking. A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 41 (3), 328-335.

Verdurmen J, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Lokman S, Vermeulen-Smit E, & Vollebergh W (2012). Jeugd en riskant gedrag 2011. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos - instituut.

Verstuyf, G (2007). Dossier Vroeginterventie. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

White AM, Truesdale MC, Bae JG, Ahmad S, Wilson W, Best P et al. (2002). Differential effects of ethanol on motor coordination in adolescent and adult rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 73, 673-677.

Zinberg NE (1984). Drug, Set, and Setting. The basis for controlled intoxicant use. New Haven/London: Yale University Press.

Colofon

Deze publicatie is een uitgave binnen het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek, landelijke Werkgroep Jeugd, op basis van een eerdere versie die het onderzoeksbureau IVO in opdracht van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) heeft ontwikkeld.

Auteurs herziene versie

Drs. Liesbeth Naaborgh, Trimbos- instituut
Dr. Hans Dupont, Verslavingskunde Nederland

Met dank aan

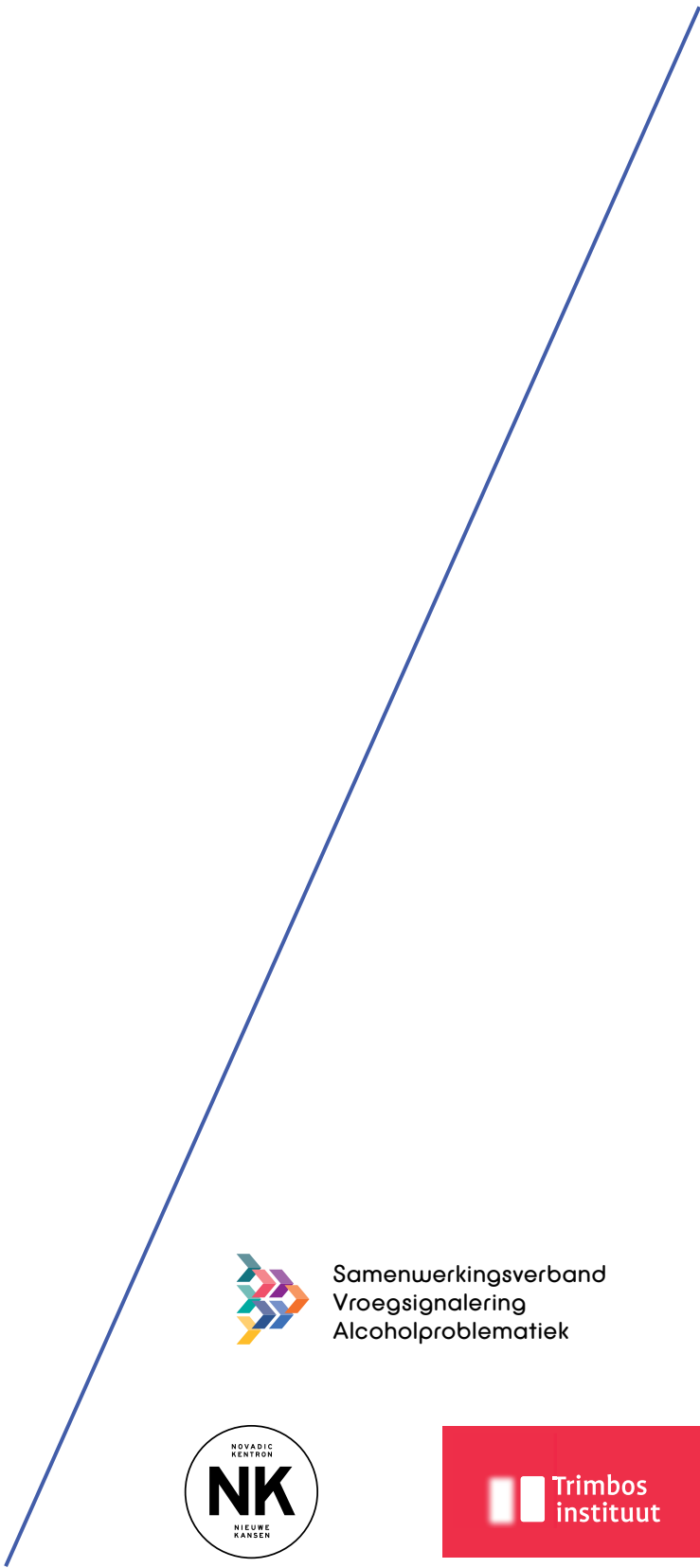
Het IVO (oorspronkelijke auteurs eerste versie Dr. Tim M. Schoenmakers Drs. Anneke Risselada, Dr. Gerda Rodenburg) en de andere partners in het PVA en de medewerkers van verslavingszorg, GGZ en andere instellingen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de eerste versie van deze handreiking. Tevens dank aan de regio's en gemeenten die hun ervaringen met de eerste versie van de handreiking hebben gedeeld. Voor deze versie gaat onze dank daarnaast uit naar Sandy Swieringa, Marijke Bouts en Gerald Adriana van de Mondriaan, Bernard van 't Klooster van Novadic-Kentron en Aafke van Rhijn van GGD Hollands Midden voor het kritische meelesen.

Uitgave

Deze handreiking is een uitgave van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA). Het SVA is een platform wat is opgericht vanuit het Nationaal Preventieakkoord onder het thema problematisch alcoholgebruik. Deze uitgave is mogelijk gemaakt door financiering vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Meer informatie

Kijk voor meer informatie over het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek op www.herkenalcoholproblematiek.nl.



Samenwerkingsverband
Vroegsignalering
Alcoholproblematiek

