Marjan Möhle, Peggy van der Pol, Marloes van Goor, Ferry Goossens

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Strategische Verkenning Cannabispreventie

Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik door jongeren te voorkomen

Marjan Möhle, Peggy van der Pol, Marloes van Goor, Ferry Goossens

Strategische Verkenning Cannabispreventie

Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik door jongeren te voorkomen

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2018

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Auteurs
Marjan Möhle
Peggy van der Pol
Marloes van Goor
Ferry Goossens

Met dank aan:
prof. dr. H. van de Mheen, Tranzo, Tilburg University

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
www.istockphoto.com

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1607**.

© 2018 Trimbos-instituut, Utrecht. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Samenvatting **5**

1 Inleiding **19**
1.1 Aanleiding 19
1.2 Doel 21
1.3 Onderzoeksvragen 22
1.4 Onderzoeksmethode 23

2 Actuele cannabiskennis **25**
2.1 Prevalentie van cannabisgebruik 25
2.2 Risico's ten gevolge van (problematisch) cannabisgebruik 33
2.3 Risico- en beschermende factoren 36

3 Actuele maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van cannabisgebruik **45**
3.1 Ontwikkelingen ten aanzien van het beginnen met gebruik 45
3.2 Ontwikkelingen ten aanzien van het ontstaan van problematisch gebruik 50
3.3 Samenvatting actuele maatschappelijke ontwikkelingen 54

4 Huidige stand van zaken t.a.v. cannabispreventie **55**
4.1 Cannabispreventie in Nederland 55
4.2 Preventie in de directe leefomgeving 58
4.3 Preventie in de bredere leefomgeving 64
4.4 Preventie in de samenleving als geheel 96
4.5 Samenvatting stand van zaken cannabispreventie 100

5 Denkrichtingen preventie **101**
5.1 Hoofddoelgroepen cannabispreventie 103
5.2 Monitoring 104
5.3 Universele preventie 104
5.4 Selectieve en geïndiceerde preventie 108
5.5 Ten slotte 110

Colofon **113**

Noten **115**

Samenvatting

Voor de meerderheid van de mensen die wel eens cannabis hebben gebruikt, is dit van tijdelijke aard. Vaak beperkt het zich tot de adolescentie of jongvolwassenheid en doen zich tijdens het gebruik geen grote problemen voor. Voor sommigen escaleert het gebruik echter tot langdurig frequent gebruik en/of verslaving. Juist frequente en verslaafde gebruikers hebben meer risico op psychische problematiek (angst, psychose) en verminderd functioneren.
In opdracht van het ministerie van VWS geeft het Trimbos-instituut in deze strategische verkenning een samenvatting van de stand van zaken met betrekking tot cannabispreventie en worden er aanbevelingen gedaan voor de toekomst. De verkenning is gebaseerd op bestaande reviews en gesprekken met experts, jongeren en ouders. Hieronder worden de uitkomsten samengevat weergegeven.

Prevalentie, risico's en risico- en beschermende factoren bij (problematisch) cannabisgebruik

De eerste onderzoeksvraag had betrekking op de prevalentie, risico's en risico- en beschermende factoren voor (problematisch) cannabisgebruik.

Prevalentie

- Sinds het begin van deze eeuw daalt het cannabisgebruik onder scholieren geleidelijk. Het laatste-jaar gebruik onder 12-16-jarigen was 13,1% in 2003 en 8,2% (jongens 9,7% en meisjes 6,7%) in 2015.
- Internationaal vergelijkbare cijfers zijn beschikbaar voor de oudere groep scholieren (15-16 jaar): in Nederland ligt het laatste-jaar gebruik met 21% boven het gemiddelde van Europa (13%). Van deze Nederlandse scholieren die in het laatste jaar blowden kan 22,6% als een riskante gebruiker worden aangemerkt (vastgesteld met de CAST screeningvragenlijst).
- Het gebruik is beduidend hoger op bijvoorbeeld het voortgezet speciaal onderwijs (REC-4 scholen), in de jeugdzorg, in Justitiële Jeugdinrichtingen en onder (jonge) daklozen, blijkt uit onderzoek in deze hoog-risico settings.
- In de volwassen bevolking raakt naar schatting één op de tien ooit-gebruikers van cannabis verslaafd; 180.000 Nederlanders (1,4%) gebruiken riskant (CAST).
- Slechts een deel van de problematisch cannabisgebruikers klopt aan bij verslavingszorg, vaak na jarenlang (problematisch) blowen. Er zijn ongeveer 11.000 cannabiscliënten in de verslavingszorg, dit zijn relatief vaak jongeren (38% jonger dan 25 jaar).

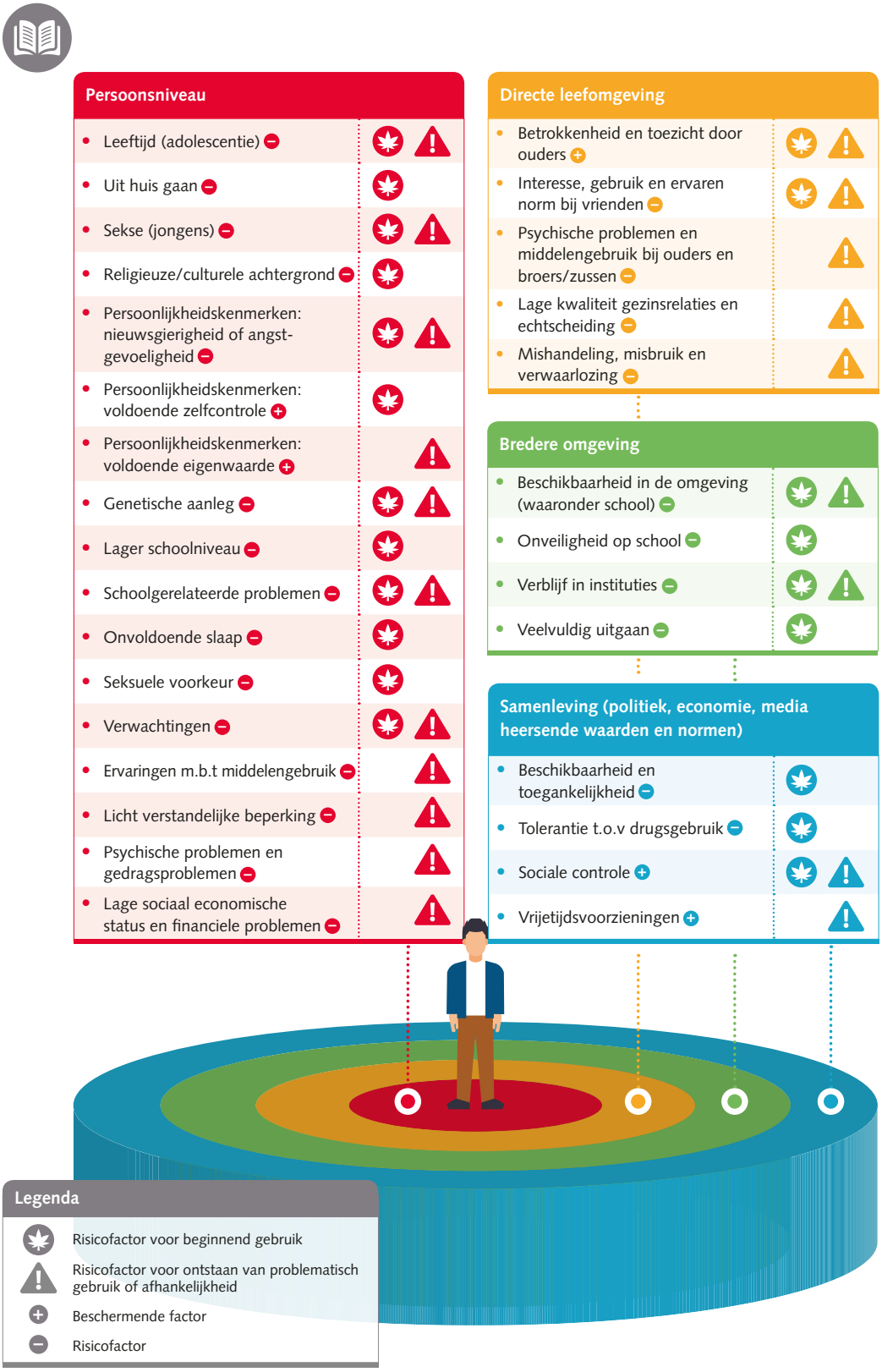
Risico's cannabisgebruik

- Frequent cannabisgebruik tijdens de adolescentie is een risicofactor voor verslaving. Ook zijn er aanwijzingen voor cognitieve problemen van meer blijvende aard in vergelijking met frequent gebruik tijdens de volwassenheid. De causaliteit van deze verbanden is echter nog een onderwerp van discussie.
- Naast verslaving wordt een aantal gezondheidseffecten op de langere termijn gelinkt aan frequent cannabisgebruik: kanker, luchtwegaandoeningen, hart- en vaatziekten, verminderde cognitieve vermogens en psychische stoornissen.
- Angst- en stemmingsstoornissen komen vaker voor bij frequente cannabisgebruikers, maar causaliteit is niet vastgesteld. De evidentie is sterker voor het krijgen van psychoses, waarbij het risico het hoogst is voor mensen met een genetische aanleg.
- Cannabis heeft negatieve invloed op concentratie, reactievermogen en het korte termijngeheugen. Dit kan prestaties op school of werk verslechteren en vergroot het risico op ongelukken.
- Gebruik kan in zeldzame gevallen leiden tot een acute psychose of ernstige cardiovasculaire complicaties. Het risico op een fatale overdosering is verwaarloosbaar.

Risico- en beschermende factoren cannabisgebruik

Bij het ontstaan van (problematisch) cannabisgebruik spelen verschillende factoren een rol. Volgens het cumulatief risicomodel ontstaan er problemen wanneer er meerdere risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn en er onvoldoende tegenwicht is vanuit de beschermende factoren. Onderstaand figuur benoemt de in drie overzichtspublicaties[1] genoemde risicofactoren voor het beginnen met cannabisgebruik en het ontstaan van problematisch cannabisgebruik.

1 Van Hasselt, N. e.a. (2010) Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut; Snoek, A., Wits, E. & van der Stel, J. (2010). Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix. Rotterdam: IVO; WHO (2016) The health and social impact of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO.

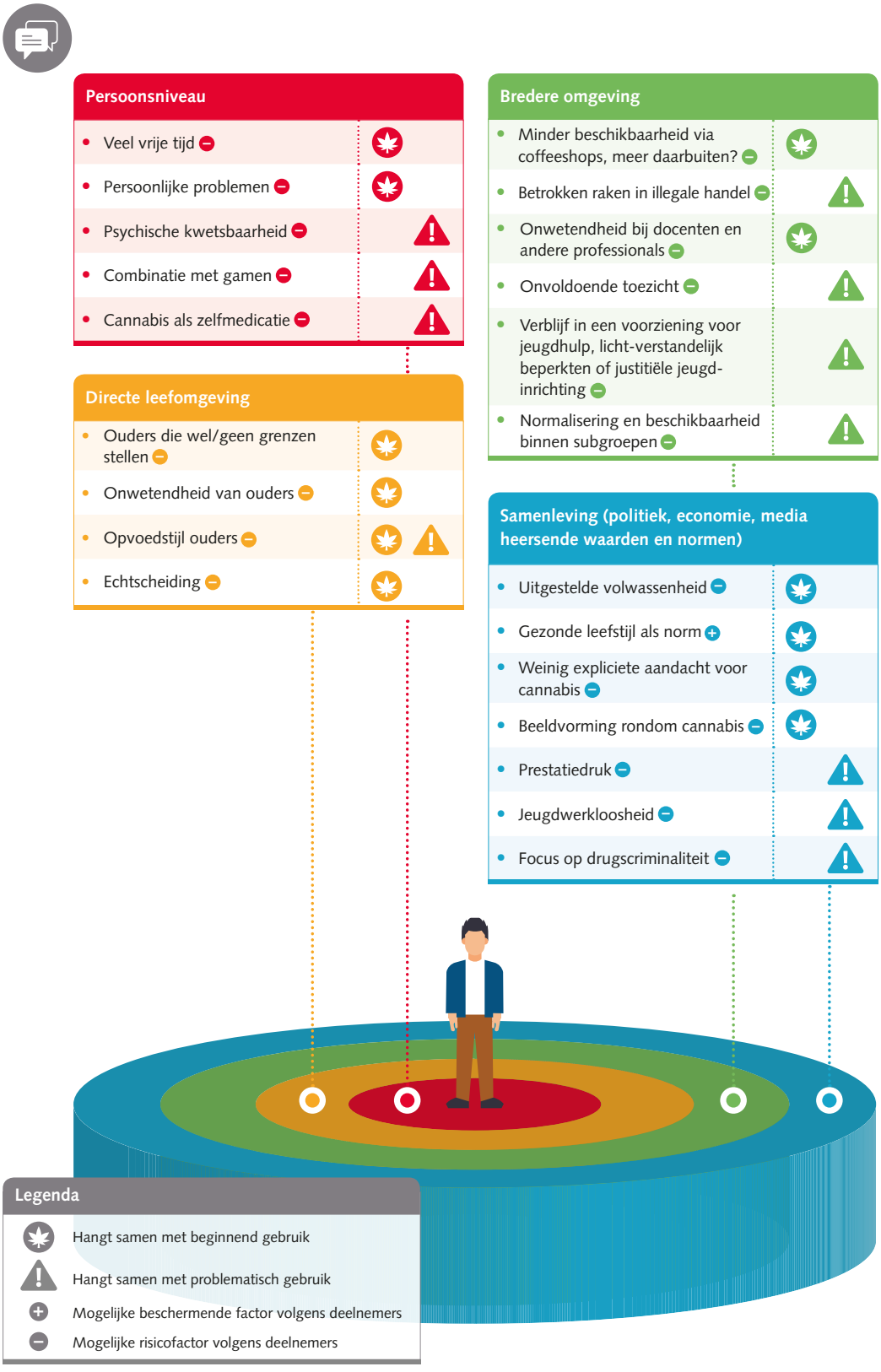


Figuur 1: Samenvatting risico- en beschermende factoren in relatie tot cannabisgebruik

Zoals in de figuur te zien is bevinden veel risico- en beschermende factoren zich op persoonsniveau. Deze zijn moeilijk te beïnvloeden. Wel zijn deze factoren van belang om risicogroepen voor (problematisch) cannabisgebruik te signaleren.
Daarnaast zijn er ook veel factoren in de directe omgeving (het gezin) en de bredere omgeving (school, vrije tijd). Hier liggen dan ook de meeste aanknopingspunten voor preventie.
De figuur maakt ook duidelijk dat de factoren die een rol spelen bij het beginnen met gebruik, niet dezelfde factoren als die een rol spelen bij het ontstaan van problematisch gebruik. Om problematisch gebruik te voorkomen is het dus belangrijk juist te kijken naar de factoren die hierbij een rol spelen zoals bijvoorbeeld het hebben van een licht-verstandelijke beperking of psychische problemen, een instabiele thuissituatie of verblijf in instituties. Dit is relevant voor selectieve preventie.

Actuele maatschappelijke ontwikkelingen

De tweede onderzoeksvraag betrof de actuele maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot (problematisch) cannabisgebruik. Op expertmeetings is gesproken met onderzoekers, beleidsmedewerkers, professionals, jongeren en ouders over de ontwikkelingen die zij zagen. Hierbij werden bovengenoemde risico- en beschermende factoren als achtergrondinformatie gebruikt. Onderstaand figuur geeft de ontwikkelingen die genoemd werden weer.



Figuur 2: Samenvatting maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot cannabisgebruik volgens deelnemers expertmeetings

Uit de figuur blijkt dat er overlap is tussen de risico- en beschermende factoren uit de reviews en de ontwikkelingen in relatie tot cannabisgebruik die de deelnemers aan de expertmeetings zien. Er vallen een aantal actuele ontwikkelingen op. Op persoonsniveau is dit het signaal dat er een samenhang lijkt te zijn tussen gamen en problematisch blowen. Ook was er volgens de deelnemers tegelijkertijd sprake van normalisering en beschikbaarheid van cannabis binnen subgroepen en van een toenemende aandacht voor een gezonde leefstijl binnen de samenleving als geheel. Tenslotte was er bij de deelnemers aan de expertmeetings meer aandacht voor ontwikkelingen op maatschappelijk niveau zoals prestatiedruk en jeugdwerkloosheid die volgens hen juist samenhangen met problematisch gebruik.

Huidige stand van zaken t.a.v. cannabispreventie

De derde onderzoeksvraag betrof de huidige stand van zaken t.a.v. cannabispreventie. Deze wordt hieronder weergegeven waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen de directe leefomgeving, de bredere omgeving en de samenleving als geheel.

Preventie in de directe leefomgeving

Het gezin

Omdat veel risicofactoren voor (problematisch) cannabisgebruik zich in het gezin bevinden richt de preventie zich doorgaans op de ouders. Het versterken van opvoedvaardigheden (met name toezicht houden en ouderlijke betrokkenheid) draagt bij aan het voorkomen van problematisch cannabisgebruik. Websites zoals uwkindenblowen.nl, drugsinfo.nl en de digitale ouderavond bieden informatie voor ouders en bijbehorende opvoedtips. Daarnaast bieden de Drugs Infolijn, instellingen voor verslavingszorg en huisartsen ondersteuning aan ouders die hier om vragen. In het algemene aanbod aan opvoedingsondersteuning is middelengebruik één van de thema's. Knelpunt voor al deze vormen van ondersteuning is het bereiken van ouders. Uit de internationale literatuur komen ook gezinsinterventies (gericht op ouders én jongeren) als effectief naar voren. Deze interventies worden in Nederland echter niet uitgevoerd omdat zij als relatief zwaar en dus duur worden gezien.

Preventie in de bredere leefomgeving

De school

Basisonderwijs

Bredere universele en selectieve interventies gericht op levensvaardigheden zijn het meest effectief bij cannabispreventie en worden ook gebruikt in het basisonderwijs. Toch hebben scholen en ouders soms behoefte aan specifieke preventie rondom middelengebruik. Voorlichting aan leerlingen blijkt echter averechts te kunnen werken omdat de kennis en daarbij de positieve houding en intentie over middelen dan onbedoeld wordt vergroot.

Voortgezet onderwijs

In het voorgezet onderwijs is van oudsher aandacht voor middelengebruik, maar ook daar komt steeds meer aandacht voor levensvaardigheden. Hierbij zijn leeftijd en schoolomstandigheden doorgaans leidend. Er is beperkte kennis over het bereik en het effect van de afzonderlijke interventies. Knelpunten zitten vooral in het tijdig signaleren en interveniëren (niet te vroeg en niet te laat) en in de aandacht voor onderliggende risicofactoren (vrije tijd, stress).

Speciaal voortgezet onderwijs

In het speciaal voortgezet onderwijs (REC-4 scholen, praktijkonderwijs) worden verschillende interventies ingezet waarbij qua niveau, vorm en inhoud rekening gehouden wordt met de doelgroep. Helaas is er nog weinig bekend over wat effectief is bij deze doelgroep. Ook op deze scholen is het tijdig signaleren en interveniëren een knelpunt. Daarnaast is er vaak sprake van bijkomende problematiek.

MBO

Ook bij interventies op het MBO is nog relatief weinig bekend over het bereik en het effect. Ook lijken er in de praktijk knelpunten te liggen bij het stellen van grenzen aan bijvoorbeeld het blowen onder schooltijd.

Hoger onderwijs

In Nederland wordt voornamelijk ingezet op alcoholpreventie in het hoger onderwijs, al is er ook aandacht voor drugs. Het aanbod is echter nog weinig systematisch en er zijn nog geen specifieke interventies voor HBO en WO. Uit internationaal onderzoek blijkt dat relatief korte interventies al impact hebben.

Algemene voorzieningen voor jeugdigen

Een goede pedagogische infrastructuur is een beschermende factor, deze kan gerealiseerd worden met algemene voorzieningen voor jeugdigen zoals sportclubs en jongerenwerk. Een knelpunt is dat deze voorzieningen niet overal aanwezig zijn. Niet elke gemeente heeft jongerenwerk en er is vaak een gebrek aan ontmoetingsplekken voor jongeren, waardoor zij soms uitwijken naar plekken waar veel geblowd wordt. Ook vinden jongerenwerkers het vaak lastig om met jongeren in gesprek te gaan over cannabis.

Speciale voorzieningen voor kwetsbare jongeren

Het cannabisgebruik onder jongeren in bijvoorbeeld voorzieningen voor jeugdhulp, licht-verstandelijk beperkten en Justitiële Jeugdinrichtingen is relatief hoog. Er is een preventieaanbod, hoewel de implementatiegraad vaak nog laag is en de kennis over de effectiviteit beperkt. Ook hier speelt dat professionals het lastig vinden om het cannabisgebruik bespreekbaar te maken. Daarnaast krijgen door de opeenstapeling van problematiek andere problemen ‘voorrang’.

Coffeeshops

Er zijn trainingen voor eigenaren en medewerkers van coffeeshops over risico's van cannabisgebruik, het signaleren van problematisch cannabisgebruik en de samenwerking met verslavingszorg. Ook zijn er flyers die meegegeven kunnen worden aan bezoekers. De implementatie van de trainingen en de flyers blijft echter beperkt en het effect is niet bekend. Knelpunt hierbij is dat het voor coffeeshops nu vrijblijvend is om hieraan mee te doen en ze er geen belang bij hebben.

Toeleiding naar hulp

Preventie gericht op hoog-risicogroepen of personen met beginnende klachten blijkt meer effectief dan massamediale campagnes. Via interventies als Moti-4 en Wietcheck (die ook zijn opgenomen in het basisaanbod van de verslavingszorg) wordt waar nodig doorverwezen naar zorg. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat online interventies om te minderen met blowen laagdrempelig en kosteneffectief zijn. In Nederland zijn verschillende online cannabisinterventies beschikbaar, deze zijn echter nog niet onderzocht op effectiviteit. Er zijn ook verschillende informerende websites over werking, dosering en risico's. Deze hebben minder aandacht voor doorverwijzen, het vinden van hulp en veelvoorkomende problemen rond cannabis.

Preventie in de samenleving als geheel

Samenwerking ten behoeve van een landelijk preventieaanbod

Binnen Verslavingskunde Nederland zetten instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra en brancheorganisatie GGZ Nederland steeds meer in op preventie, onder meer in de programmalijn Preventie en vroegsignalering. Deze programmalijn richt zich op het vergroten van het bereik en de kwaliteit van verslavingspreventie en het ontwikkelen van een landelijk basisaanbod.

Landelijke wet- en regelgeving

Van de AHOJ-GI-criteria uit de Aanwijzing Opiumwet zetten gemeenten vooral in op het harddrugs- en het jeugdcriterium en het lokaal vestigingscriterium (minimale afstand tussen een coffeeshop en een onderwijsinstelling). Het beleid is vooral gericht op het voorkomen van overlast en het scheiden van de markten voor soft- en harddrugs. In 2017 is het experiment gesloten coffeeshopketen aangekondigd.

Informatievoorziening

Op dit moment wordt er met name via internet informatie gegeven over de risico's van cannabisgebruik. Er zijn de afgelopen tien jaar geen massamediale campagnes geweest. Van dergelijke campagnes kunnen ook geen directe gezondheidseffecten verwacht worden, wel kan het een onderdeel zijn van een multicomponentenaanpak.
Bij het algemeen publiek lijkt de aandacht voor de risico's van cannabisgebruik nu gering, zeker wanneer dit vergeleken wordt met alcohol en tabak.

Samenvatting stand van zaken cannabispreventie

Preventie in de directe leefomgeving

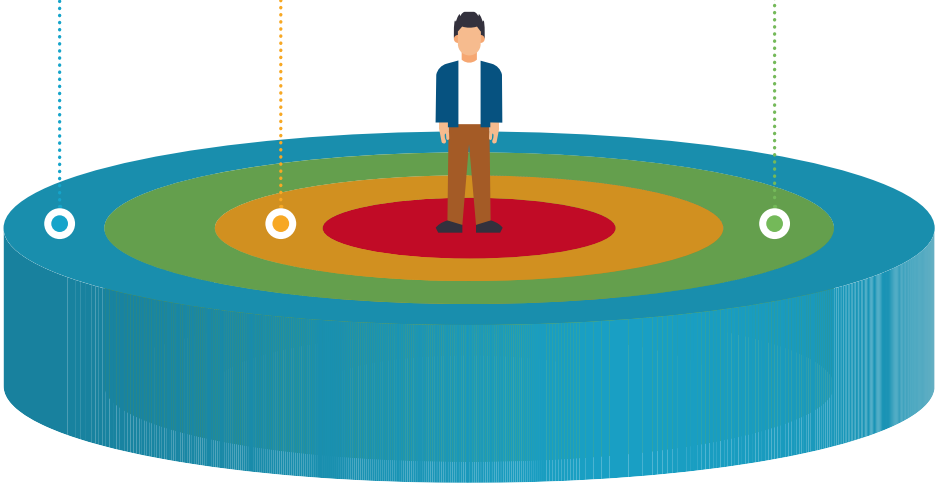
- Ruim aanbod informatie en opvoedings-ondersteuning
- Niet alle ouders worden bereikt
- Behoefte aan concrete handelingsperspectieven

Preventie in de samenleving

- Ontwikkeling landelijk basisaanbod preventie vanuit Verslavingskunde Nederland
- Publieksinformatie over cannabis wel beschikbaar maar weinig actief verspreid

Preventie in de bredere omgeving

- Interventies in onderwijs gericht op levensvaardigheden meest effectief
- Voorlichting over middelengebruik aan leerlingen werkt averechts
- Belang van tijdig signaleren en interveniëren (niet te vroeg én niet te laat)
- Aanpak in hoger onderwijs nog weinig systematisch
- Interventies beschikbaar voor in speciaal onderwijs en speciale voorzieningen (JJI, jeugdhulp, LVB) maar deze worden beperkt ingezet en de kennis over effectiviteit hiervan is eveneens beperkt
- Positieve effecten te verwachten van multi-componentenaanpak gericht op vrije tijd en toezicht
- Vrijetijdsvoorzieningen niet overal in gelijke mate beschikbaar
- Preventie in coffeeshops vrijblijvend
- Selectieve preventie voor hoogrisicogroepen effectief maar vindt nog beperkt plaats



In bovenstaande figuur is te zien dat er met name in de bredere omgeving veel gebeurt aan preventie. Hierbij gaat het zowel om het voorkomen van gebruik als het voorkomen van problematisch gebruik. Juist in de bredere omgeving zijn meerdere partijen betrokken waarbij vooral de afstemming tussen deze partijen aandacht vergt. Dit wordt nader uitgewerkt bij de denkrichtingen hieronder.

Denkrichtingen preventie

De reviews en expertmeetings hebben geleid tot het vaststellen van de hoofddoelgroepen van cannabispreventie en denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik te voorkomen.

De belangrijkste hoofddoelgroepen zijn:

1. **Jongeren die nog niet blowen.**
   Voor deze algemene doelgroep is het preventief beleid gericht op het voorkomen van cannabisgebruik. Specifieke aandacht is hierbij nodig voor jongeren die extra kwetsbaar zijn omdat zij psychische problemen hebben

2. **Jongeren die al wel blowen en geen bijkomende multi-problematiek hebben.**
   Voor deze doelgroep is het preventief beleid erop gericht om te voorkomen dat het gebruik problematisch wordt en op het toeleiden naar hulp zodra het gebruik problematisch wordt.

3. **Jongeren die al wel blowen en bijkomende multi-problematiek hebben.**
   Voor deze doelgroep is het preventief beleid gericht op het voorkomen dat het gebruik problematisch wordt en dat dit in samenhang gebeurt met de aanpak van de problemen op andere levensgebieden zoals de thuissituatie, school en/of werk.
   Het beleid richt zich hierbij vooral op het sociale en professionele netwerk rondom deze jongeren, het is belangrijk dat zij het cannabisgebruik niet los zien van de bijkomende multi-problematiek en voor een passende aanpak zorgen.

Om (problematisch) cannabisgebruik bij deze doelgroepen te voorkomen is er beleid nodig op het gebied van monitoring, universele preventie, selectieve en geïndiceerde preventie en harm reduction.

1. Monitoring

- Actuele informatie over de prevalentie, risicoperceptie en gedragsdeterminanten van problematisch cannabisgebruik in risicogroepen is van belang. Zo kan ook gemonitord worden in hoeverre het aangekondigde experiment gesloten coffeeshopketen hier invloed op heeft. Ook kan het bijdragen aan agendasetting en meer gerichte preventieve activiteiten bij de doelgroepen en in de settings waar dit het meest nodig is zoals speciaal voortgezet onderwijs, jeugdzorg, LVB-instellingen, Justitiële Jeugdinrichtingen en ondersteuning aan (jonge) daklozen.

2. Universele preventie

- Algemene beschermende factoren zoals betrokkenheid en toezicht door ouders en een pedagogische infrastructuur met goede vrijetijdsvoorzieningen bieden aanknopingspunten voor cannabispreventie. Ook tijdige aandacht voor risicofactoren op persoonsniveau zoals schoolgerelateerde of psychische problemen kunnen hieraan bijdragen. Cannabispreventie betekent daarom dus ook investeren in goed onderwijs en jeugdbeleid.
- In de communicatie over cannabis moet niet de nadruk gelegd worden op de risico's van het gebruik maar op de normstelling dat (mogelijk problematisch) cannabisgebruik bespreekbaar wordt gemaakt. Hierbij kan ook stilgestaan worden bij de relatie tussen cannabisgebruik en functionele problemen op school, op het werk en in sociale relaties. De communicatie richt zich hierbij niet alleen op de gebruikers maar ook op hun sociale omgeving. Dit kan agendasettend werken en het gesprek prikkelen tussen ouders en hun kinderen, professionals en hun pupillen én tussen jongeren onderling. Objectieve en praktische informatie over cannabis alsmede concrete handvatten voor ouders, professionals en andere betrokkenen met betrekking tot gespreksvoering moeten hierbij centraal staan.
- Omdat specifieke cannabisvoorlichting aan jongeren een averechts effect kan hebben op het gebruik van cannabis is alertheid geboden bij universele vormen van voorlichting en communicatie over cannabis. De aanpak moet zich juist richten op vroegsignalering, vroeginterventie en hulp zoeken bij problematisch gebruik. Omdat jongeren soms blowen om problemen te ontvluchten kan juist de reden waarom iemand blowt aanleiding zijn voor een gesprek.
- Ouders zijn een belangrijke factor in de sociale omgeving van jongeren, ook als hun kind volwassen wordt. Goed monitoren waar je kind mee bezig is en de juiste kennis over de werking, prevalentie en risico's van cannabisgebruik zijn hierbij belangrijk. Omdat er al een goede (digitale) infrastructuur voor de informatievoorziening aan ouders bestaat is er vooral winst te behalen in het (door)ontwikkelen van concrete

handelingsperspectieven voor ouders en het vergroten van het bereik. Hoe dit laatste precies vorm moet krijgen verdient nog nader onderzoek, omdat een massamediale campagne hierbij niet effectief zal zijn. Kansen liggen vooral in de samenwerking met partners op het gebied van opvoedingsondersteuning en onderwijs en bij de overgangsmomenten tussen basisonderwijs, voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en hoger onderwijs.

- In de afgelopen jaren is in de onderwijssetting de aandacht verschoven van middelenspecifieke informatie naar de ontwikkeling van universele gezondheidsvaardigheden. In aanvulling hierop is in de toekomst ook nog winst te behalen bij selectieve en geïndiceerde preventie bij leerlingen met een verhoogd risico op (problematisch) gebruik. Ook met het convenant 'middelenvrije school' (waarbij scholen de norm stellen en uitdragen dat roken, drinken en drugsgebruik niet thuishoren op school) biedt het onderwijs een concrete vorm van preventie.

3. Selectieve en geïndiceerde preventie

- Het is belangrijk om te investeren in vroegsignalering en –interventie door een goede samenwerking tussen bijvoorbeeld het onderwijs, jeugdprofessionals en de verslavingszorg. Preventieafdelingen moeten hun netwerken goed kunnen opbouwen en onderhouden. Het basisaanbod vanuit Verslavingskunde Nederland biedt goede mogelijkheden om de interventies verder te ontwikkelen en dissemineren.
- Een lichte interventie is vaak voldoende om (problematisch) gebruik te reduceren. Moti-4 is een voorbeeld van een dergelijke interventie die bewezen effectief is en waarin al veel professionals geschoold zijn. Zij kunnen deze interventie echter niet overal uitvoeren omdat er grote lokale verschillen zijn in het beschikbare budget en het netwerk voor signalering en toeleiding. Zie ook het punt hierboven met betrekking tot het basisaanbod. Ook kan er geïnvesteerd worden in de ontwikkeling van interventies voor mensen in de omgeving van problematische blowers zodat zij steun kunnen bieden bij het minderen of stoppen met cannabis.
- Bij risicogroepen in speciale voorzieningen (speciaal onderwijs, jeugdhulp, LVB, JJI's) komt problematisch cannabisgebruik veel voor, maar de beschikbare interventies worden weinig uitgevoerd en het onderwerp cannabis lijkt geen hoge prioriteit te krijgen in de ondersteuning en behandeling. Een nadere verkenning van de belemmerende en bevorderende factoren van de (implementatie van de) interventies voor cannabispreventie voor deze doelgroep kan houvast bieden bij het doorontwikkelen en verder implementeren.
- Het experiment gesloten coffeeshopketen kan gebruikt worden als momentum om de mogelijkheden te onderzoeken ten aanzien van de rol van coffeeshops bij cannabispreventie. Lokale overheden kunnen coffeeshopeigenaren hierbij aanspreken op hun maatschappelijk verantwoord ondernemerschap. Het laten opleiden van personeel in productkennis alsmede signalering en doorverwijzing van problematische gebruikers kan dan onderdeel worden van de vergunningverlening. Ook kan er gedacht worden aan mogelijkheden om teksten op zakjes te zetten met een tele-

foonnummer en/of website waar nadere informatie over stoppen en/of minderen kan worden gevonden.

4. Harm reduction

- Er valt mogelijk winst te behalen bij het terugdringen van cannabisgerelateerde gezondheidsproblemen door ook te kijken naar veranderingen in de mate en wijze van cannabisgebruik. Het verdient aanbeveling de mogelijkheden en de effectiviteit hiervan nader te onderzoeken.

Ten slotte

Bovenstaande denkrichtingen zijn bedoeld om koers te bieden aan toekomstige investeringen voor cannabispreventie en geven aan waar de accenten moeten liggen wat betreft doelgroepen en vormen van preventie. De denkrichtingen zijn gebaseerd op de gesignaleerde ontwikkelingen of op wat al bekend was, maar nog onvoldoende toegepast werd. De kans van slagen hangt mede af van investering (in tijd en geld) in de randvoorwaarden voor cannabispreventie.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Nederlandse overheid stelt zich ten doel om de gezondheid van Nederlandse burgers te bevorderen en ziekten te voorkomen, zo ook ten aanzien van cannabisgebruik. Het regelmatig tegen het licht houden van het preventiebeleid is daarbij van belang om succesvol te blijven in het voorkomen van (problematisch) cannabisgebruik. In deze verkenning bekijkt het Trimbos-instituut in opdracht van het ministerie van VWS welke verbeteringen ten aanzien van het cannabispreventiebeleid mogelijk en wenselijk zijn.

Hierbij wordt onder meer gekeken naar de prevalentie van (problematisch) cannabisgebruik in Nederland, actuele kennis over cannabisgebruik (gezondheidsrisico's, risicofactoren voor (problematisch) gebruik, effectiviteit van beleid en interventies) en maatschappelijke ontwikkelingen die hiermee in verband staan zoals bijvoorbeeld het aangekondigde experiment met de gesloten coffeeshopketen. Ook wordt er gekeken naar wat wij hierbij kunnen leren uit internationale ontwikkelingen (zie kader). De internationale voorbeelden laten zien dat cannabisgebruik geen statisch gegeven is. Al kunnen we niet in de Nederlandse toekomst kijken, we kunnen de actuele ontwikkelingen die we zien gebruiken bij de ontwikkeling van Nederlands beleid. Deze zijn in kaart gebracht door middel van gesprekken met onderzoekers, beleidsmakers, professionals, jongeren en ouders. Samen geven zij een actueel beeld van ervaringen, verwachtingen, knelpunten en oplossingen die bijdragen aan nieuwe denkrichtingen voor cannabispreventie.

Internationaal zien we verschuivingen in de sociale attitudes en culturele norm rond cannabis en beleidsveranderingen die in rap tempo doorgevoerd worden, met complexe en onvoorspelbare gevolgen. Zonder te impliceren dat ontwikkelingen in het buitenland ook voor Nederland (zullen) gelden, signaleren we hier kort enkele internationale ontwikkelingen rond cannabisgebruik in de VS, waarover de meeste literatuur beschikbaar is.

Cannabisontwikkelingen in de VS

In de VS is recreatief gebruik van cannabis in een aantal staten gereguleerd en de meeste staten kennen regulering van medicinale cannabis[1,2,3,4].

Reviews over mogelijke gevolgen voor publieke en/of individuele gezondheid van veranderingen in het beleid[5] voorzien een bredere beschikbaarheid en lagere prijs van cannabis. Daarmee kan cannabisgebruik onder bestaande gebruikers en mogelijk ook onder nieuwe (jonge) gebruikers toenemen. Zo kunnen ook gerelateerde problemen toenemen zoals verkeersongelukken, acute intoxicaties, verslaving en psychische problemen. Het is nog prematuur om harde conclusies te trekken.

Beschikbare studies suggereren dat onder volwassenen het gebruik (en misbruik) is toegenomen in samenhang met een toename van de beschikbaarheid van commerciële medicinale verkooppunten in de VS[6]. Dit is onder jongeren niet gevonden. Het aantal acute incidenten waarbij kinderen per ongeluk (eetbare) cannabisproducten hebben ingenomen is toegenomen, maar over cannabisgerelateerde spoedeisende hulpbezoeken is dit nog niet bekend. Ook het effect op het aantal verkeersongevallen is nog onbekend.

De THC concentratie in cannabis is met regulering toegenomen[7,8]. Deze was in de VS lager dan in Nederland, maar is bijvoorbeeld in Washington nu gemiddeld hoger. Een risico van sterkere cannabis is dat ook gerelateerde gezondheidsproblemen toenemen.

Ook is er een toename alternatieve gebruiksvormen (zie paragraaf 2.1.5), zoals 'edibles' (eet- en drinkwaar met cannabis), dampen via vaporizers ('vapen'), het roken van cannabisconcentraten ('dabbing'), en synthetische cannabidoïden. In sommige van deze producten is de THC dosis vele malen hoger dan in natuurlijke cannabis. In Washington steeg het marktaandeel van cannabisextracten voor inhalatie met 145,8% tussen oktober 2014 en september 2016, met een gemiddelde THC-concentratie van gemiddeld 68,7% vergeleken met 20,6% in 'natuurlijke' cannabis[8]. Over de risico's van deze producten is nog weinig bekend, maar onderzoekers suggereren dat de populariteit voor deze alternatieven waarschijnlijk zal toenemen[9].

Cannabisontwikkelingen in Israël

Een andere ontwikkeling in het buitenland is de decriminalisatie wetgeving in Israël. Na aankondiging van decriminalisatie van recreatief cannabisgebruik is in Israël een intens publiek debat opgelaaid over legalisering en medicinaal cannabisgebruik. In korte tijd steeg het gebruik van cannabis onder jeugd en volwassenen aanzienlijk. Vooral onder jongens steeg het ooitgebruik: van 8,0% in 2011 naar 15,4% in 2014. Onder 18-40 jarigen steeg het laatste maandgebruik van 5,5% in 2009 naar 27.3% in 2016[10]. Onderzoekers suggereren dat goede informatievoorziening essentieel is bij het inzetten van nieuw beleid.

1.2 Doel

Deze strategische verkenning richt zich op mogelijke verbeteringen in het beleid ten aanzien van het voorkomen van (problematisch) cannabisgebruik[2] bij jongeren en jongvolwassenen[3] in de leeftijd van 16 tot 35 jaar. Hierbij is er extra aandacht voor kwetsbare groepen zoals jongeren in de jeugdhulp of het speciaal onderwijs.
Er wordt gekeken naar de (risico)groepen waar het beleid zich op zou moeten richten en er worden aanbevelingen gedaan voor universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Ook worden er eventuele kennishiaten gesignaleerd.

2 Deze verkenning is dus niet gericht op behandeling en ook niet gericht op handel, productie, etc.
3 Ten behoeve van de leesbaarheid worden in de rest van dit document met het woord jongeren ook jongvolwassenen bedoeld.

Wat is (problematisch) cannabisgebruik?
Deze strategische verkenning richt zich zowel op het voorkomen van cannabisgebruik als het voorkomen van problematisch cannabisgebruik. Dit is de reden waarom het woord problematisch ten behoeve van de leesbaarheid in veel zinnen tussen haakjes wordt gezet. Zoals we in hoofdstuk 2 kunnen lezen, zijn de factoren die een rol spelen bij het beginnen met cannabisgebruik niet per se dezelfde als de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van problematisch gebruik. Waar nodig zal er dus wel expliciet onderscheid gemaakt worden tussen het voorkomen van cannabisgebruik en het voorkomen van problematisch cannabisgebruik.

Problematisch cannabisgebruik is overigens niet éénduidig te definiëren. Problematisch gebruik kan betrekking hebben op de frequentie van het gebruik, de zichtbare gevolgen die het gebruik heeft op gezondheid en welzijn of op de mate van cannabisafhankelijkheid die is ontstaan. Een formele definitie is af te leiden uit de criteria voor een stoornis in het gebruik van cannabis uit de DSM-5 die worden benoemd in paragraaf 2.3. Regelmatig worden in onderzoeken ook nog de definities voor cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid uit de DSM-IV gebruikt.

In de expertmeetings, focusgroepen en interviews die voor deze verkenning zijn gehouden, is problematisch cannabisgebruik gedefinieerd als 'wanneer het cannabisgebruik leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren thuis, op school of op het werk'.

1.3 Onderzoeksvragen

In de verkenning staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Prevalentie, risico's en risicofactoren (hoofdstuk 2)
a) Wat is er bekend over de prevalentie van (problematisch) cannabisgebruik onder Nederlandse jongeren?
b) Welke gezondheids- en psychosociale problemen hangen samen met (problematisch) cannabisgebruik?
c) Wat zijn risico- en beschermende factoren voor cannabisgebruik bij jongeren als het gaat om beginnen met gebruik, blijven gebruiken en afhankelijkheid (onset, persistence and dependence)?

2. Maatschappelijke ontwikkelingen (hoofdstuk 3)
a) Welke actuele maatschappelijke ontwikkelingen in de directe en bredere omgeving van jongeren (gezin, school, werk, vrije tijd, maatschappelijke ondersteuning) zijn relevant als het gaat om het beginnen met gebruik, blijven gebruiken en afhankelijkheid (onset, persistence and dependence) van cannabis door jongeren?

3. Huidige stand van zaken tav preventie (problematisch) cannabisgebruik (hoofdstuk 4)

a) Wat gebeurt er momenteel om (problematisch) cannabisgebruik bij jongeren te voorkomen?
b) Wat is bekend over de effecten hiervan op het (problematisch) cannabisgebruik bij jongeren?
c) Welke knelpunten zijn er bij preventie van cannabisgebruik? (Worden doelgroepen onvoldoende bereikt, zijn er te weinig effectieve interventies, etc.?)

4. Denkrichtingen preventie (hoofdstuk 5)

a) Op welke doelgroepen moet de preventie van (problematisch) cannabisgebruik gericht zijn?
b) Welke aanpassingen in de preventieaanpak zijn nodig om (problematisch) cannabisgebruik te voorkomen dan wel terug te dringen?

1.4 Onderzoeksmethode

De eerste twee onderzoeksvragen zijn beantwoord op basis van bestaande literatuurreviews. Vervolgens is een kleine survey onder experts gehouden waarin zij de resultaten hebben aangevuld met hun actuele expertise vanuit wetenschap en praktijk. De uitkomsten uit de reviews en de survey zijn gebruikt om de expertmeetings en focusgroepen voor te bereiden.

Deelnemers aan de expertmeetings zijn geworven via het netwerk van Trimbos via de sneeuwbalmethode, aan de deelnemers is steeds gevraagd wie er volgens hen ook relevante inzichten heeft op actuele ontwikkelingen rondom cannabisgebruik onder jongeren. Hierbij is gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van onderzoekers, professionals en beleidsmedewerkers met expertise op dan wel professionele ervaring met jongeren in het algemeen en jongeren met multiproblematiek. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de deelnemers aan de expertmeetings.

Er zijn vijf expertmeetings georganiseerd met in totaal 26 deelnemers. Daarnaast waren er twee focusgroepen met jongeren met in totaal 11 deelnemers. Voor ouders is er ook een focusgroep georganiseerd. Hierbij bleek het erg lastig te zijn om meerdere ouders op één tijdstip bij elkaar te krijgen. Daarom zijn er 6 individuele interviews gehouden met ouders (2 face-to-face en 4 telefonisch) en hebben 2 ouders een schriftelijke vragenlijst ingevuld.

De jongeren zijn geworven via online oproepen alsmede via oproepen in besloten facebookgroepen. Hier is gezocht naar zowel jongeren die wel cannabis gebruiken als jongeren die geen cannabis gebruiken in de leeftijd tussen 16 tot 35 jaar.

De ouders zijn geworven via het netwerk van Trimbos, via deelnemers aan de expertmeetings, via de facebookgroep Opvoeding en uitgaan en via een ouderavond over middelengebruik. Hierbij is gezocht naar een vertegenwoordiging van ouders van jongeren in de leeftijdsgroep van 12 tot 25 jaar.

Op basis van de expertmeetings en focusgroepen is een eerste rapportage gemaakt die is voorgelegd aan experts binnen het Trimbos-instituut en aan de deelnemers aan de expertmeetings (onderzoekers, beleidsmedewerkers en professionals). Hun feedback is verwerkt in deze uiteindelijke versie.

2 Actuele cannabiskennis

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op wat er bekend is over cannabis en cannabisgebruik in Nederland. Uit bestaande literatuurreviews op basis van internationaal onderzoek vatten we vervolgens de risico's ten gevolge van (problematisch) cannabisgebruik en de risico- en beschermende factoren voor (problematisch) cannabisgebruik samen.

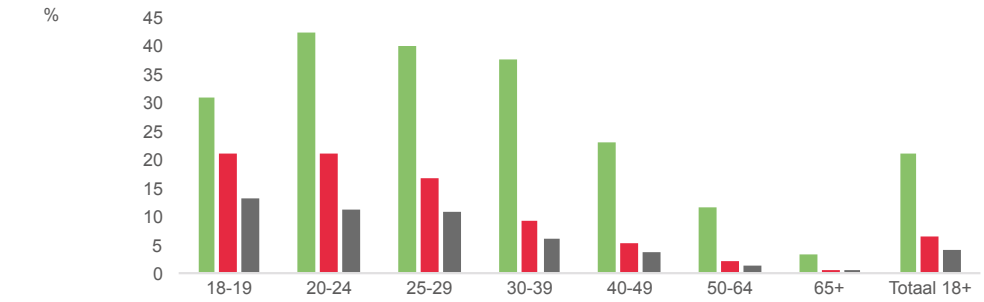
2.1 Prevalentie van cannabisgebruik

2.1.1 Cannabisgebruik in de volwassen bevolking

Cannabis is in Nederland de meest gebruikte illegale drug waarbij er een relatief grote groep ooitgebruikers is (20,9% van de volwassenen)[11], hetgeen rond het gemiddelde in de Europese Unie is. De meeste ooitgebruikers gaan niet door met gebruik: het laatste-jaargebruik (6,6%) en het laatste-maandgebruik (4,1%) liggen aanzienlijk lager. Onder 18-19-jarigen (13,2%) en 20-24-jarigen (11,1%) is het laatste-maandgebruik het hoogst[11]. Van de laatste-maandgebruikers gebruikt 28,2% (bijna) dagelijks, oftewel 1,2% van de volwassen bevolking.

Cannabis wordt doorgaans met tabak gerookt in joints. Bijna 6 van de 10 laatste-maand-gebruikers (58,5%) neemt niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag'; 12,2% gebruikt meer dan 3 joints. Bijna twee derde (65,6%) rookt meestal wiet, 19,5% meestal hasj en 14,9% geeft aan beiden even vaak te gebruiken.

Figuur 1 **Cannabisgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2016**



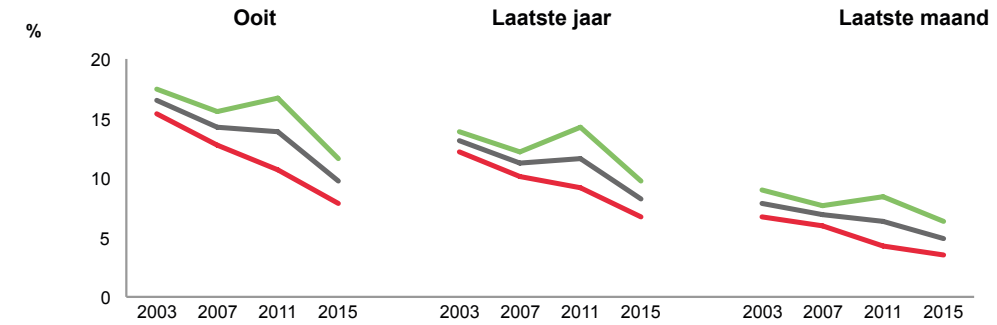
	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	Totaal 18+
Ooit (%)	30,8	42,4	39,7	37,4	23,0	11,5	3,2	20,9
Laatste jaar (%)	21,0	21,1	16,6	9,2	5,3	2,0	0,7	6,6
Laatste maand (%)	13,2	11,1	10,6	6,0	3,6	1,4	0,5	4,1

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

2.1.2 Cannabisgebruik onder jongeren

Sinds het begin van deze eeuw daalt het cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar heel geleidelijk van 16,5% in 2003 naar 9,7% (ooitgebruik jongens 11,6% en meisjes 7,8%)[12]. Deze daling was bij bijna alle schoolniveaus significant (bij HAVO niet significant). Het gebruik onder Nederlandse scholieren van 15-16 jaar ligt, ondanks de daling, boven het gemiddelde van leeftijdsgenoten in 34 Europese landen (ooitgebruik 22% in Nederland versus 16% in Europa)[13].

Figuur 2 **Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003**



	Ooit				Laatste jaar				Laatste maand			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	17,4	15,6	16,8	11,6	13,9	12,2	14,2	9,7	8,9	7,7	8,5	6,3
Meisjes	15,4	12,7	10,7	7,8	12,2	10,2	9,1	6,7	6,7	6,0	4,2	3,5
Totaal	16,5	14,2	13,8	9,7	13,1	11,2	11,7	8,2	7,8	6,9	6,4	4,9

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts).
Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het gebruik van cannabis, wel gebruiken jongens vaker cannabis dan meisjes.[12] Ook wordt door jongeren van 15 tot 35 jaar die uitgaan relatief meer cannabis gebruikt[14]. Blowen gebeurt voornamelijk thuis, na het werk of bijvoorbeeld op afterfeesten, festivals of op het strand[15].

Risicogroepen

Onder een aantal groepen is het cannabisgebruik hoger dan gemiddeld. Hieronder enkele cijfers uit onderzoek onder specifieke risicogroepen:

- 44% van de coffeeshopbezoekers blowt dagelijks of bijna dagelijks[15];
- in 2011 was het cannabisgebruik onder jongeren in REC-4 scholen beduidend hoger (54.1%) dan in het regulier onderwijs (30.0%)[16];
- 15% van de cliënten van instellingen voor mensen met een licht-verstandelijke beperking (LVB) had in 2011 in de afgelopen maand cannabis gebruikt[17];
- gemiddeld 1 op de 3 jeugdigen in de landelijke residentiële jeugdzorg was in 2008 actuele cannabisgebruiker (waarbij juist bij de meisjes het percentage hoger lag)[18];
- 29% van de jeugdigen in de Amsterdamse jeugdzorg was in 2012 actuele blower (in 2006 was dit nog 45%)[19];
- in de periode 2012-2015 varieerde de totale prevalentie van geregistreerd middelengebruik in de JeugdzorgPlus tussen de 40 en 50% bij instroom en tussen de 28% en 40% bij uitstroom, hierbij werd vooral cannabis gebruikt[20];
- bijna twee derde van de jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJi's) gebruikte vooraf (65%) of tijdens hun verblijf (64%) in de JJi cannabis[21];

- 63% van de jonge daklozen in de vier grote steden had in 2011 in de afgelopen maand cannabis gebruikt[22];
- 13 % van de jonge gewelddadige veelplegers in Amsterdam blowde in 2014 problematisch 2014[23].

Bovenstaande groepen worden hier expliciet genoemd omdat hier gericht onderzoek naar gedaan is, dit betekent niet dat er onder andere groepen geen (problematisch) cannabisgebruik is.

2.1.3 Prevalentie van problematisch cannabisgebruik

Problematisch cannabisgebruik kent geen uniforme definitie, maar is in het afgelopen decennium geoperationaliseerd volgens criteria voor afhankelijkheid en misbruik van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV. In de DSM-5 zijn afhankelijkheid en misbruik samengevoegd tot 'stoornis in het gebruik van cannabis' (zie kader). Er worden drie ernstniveaus onderscheiden: beperkte (≥2 criteria), matige (4-5 criteria) en ernstige (≥ 6 criteria) stoornis in het gebruik van cannabis.

Sinds 1 januari 2017 wordt de DSM-5 gehanteerd met 11 criteria voor 'stoornis in het gebruik van cannabis':

1. Het middel wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was
2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het middelgebruik te minderen of in de hand te houden
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen, te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan
4. Hunkering, sterke wens of drang tot gebruik van het middel
5. Recidiverend middelgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis
6. Aanhoudend middelgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd
8. Recidiverend middelgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert
9. Het middelgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door het middel
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
    a. Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid van het middel om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken
    b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken
    a. Het kenmerkende onthoudingssyndroom van het middel
    b. Het middel wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Er zijn geen recente schattingen beschikbaar over hoe vaak een stoornis in het gebruik van cannabis voorkomt onder Nederlandse jongeren en volwassenen. Volgens oudere schattingen (2007) voldeed 0,4% van de bevolking van 18-64 jaar aan criteria voor cannabismisbruik en 0,3% voor cannabisafhankelijkheid[24]. In absolute getallen ging het om respectievelijk 40.200 en 29.300 Nederlanders.

Er zijn wel recente (2016) gegevens over het voorkomen van riskant/problematisch cannabisgebruik op basis van de CAST screeningvragenlijst. Een positieve score (van 2 of hoger) op deze korte vragenlijst hangt samen met een stoornis in het gebruik van cannabis, maar vormt geen klinische diagnose. Daarom moeten deze gegevens voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- In 2016 had 1,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder een positieve CAST score. Dat komt neer op ongeveer 180 duizend Nederlanders en is 22,1% van de laatste-jaargebruikers.
- Volwassen gebruikers die positief scoren zijn vaker man, tussen 30-39 jaar, laag opgeleid, niet-Westerse allochtoon. Er werd geen verschil gevonden naar werkstatus en in ander middelengebruik (met uitzondering van dagelijks roken)[4].
- Onder 15-16 jarige scholieren scoorde 22,6% van de laatste-jaargebruikers positief op de CAST.
- Ook onder scholieren waren het iets vaker jongens dan meisjes en vaker 16- dan 15-jarigen die positief scoorden. Het percentage dat positief scoorde was veruit het hoogst op VMBO-k/b en met stijgend opleidingsniveau neemt het percentage af (tot 13,8% van het VWO).

Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair cannabisprobleem is in de periode tussen 2006 en 2011 bijna verdubbeld en is sindsdien gestabiliseerd rond de 11 duizend cannabiscliënten[25]. In de verslavingszorg komt cannabisproblematiek relatief vaak voor bij jongeren (38% jonger dan 25 jaar) en mannen (79%). 82% van de mensen met cannabisproblematiek heeft geen migratieachtergrond[5]. Een derde (31%) zocht voor het eerst hulp bij de verslavingszorg; dit is bij andere middelen 21%. Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cannabis lag in 2015 op 64/100.000 inwoners[25].

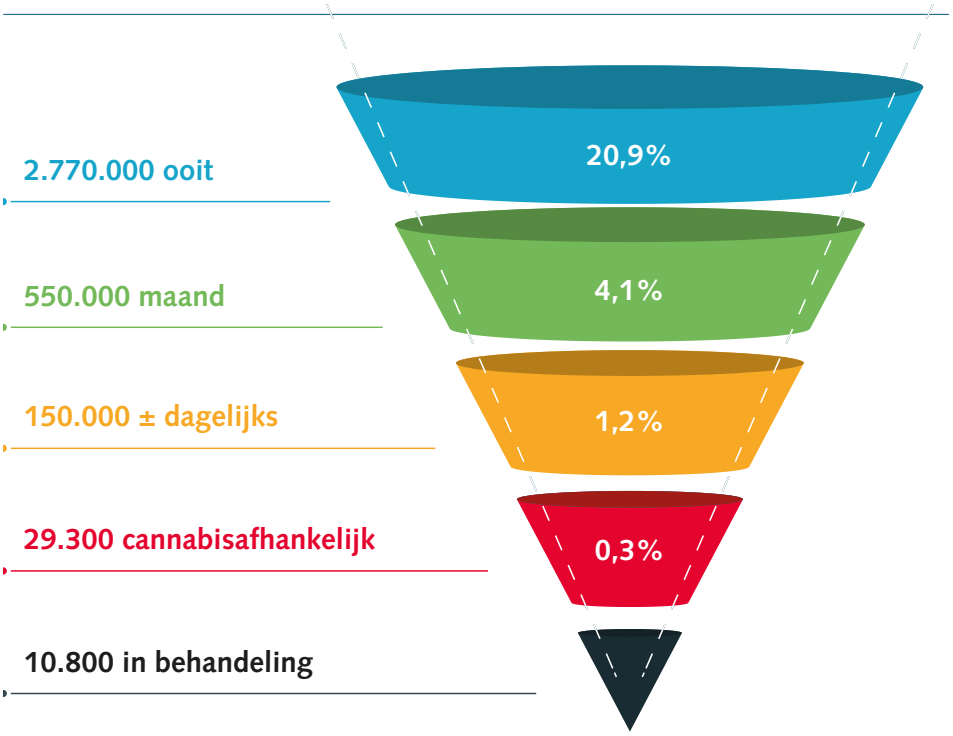
2.1.4 Beloop van gebruik

Voor de meerderheid van de mensen die wel eens cannabis hebben gebruikt, is dit een voorbijgaand fenomeen. Vaak beperkt het zich tot de adolescentie of jongvolwassenheid en doen zich tijdens het gebruik geen grote problemen voor. Voor sommigen escaleert het gebruik echter tot langdurig frequent gebruik en/of verslaving (zie figuur 3). Juist frequent en verslaafd gebruikers hebben ook meer risico op psychische problematiek (depressie, angst, psychose) en verminderd functioneren[30].

Naar schatting raakt één op de tien ooitgebruikers van cannabis verslaafd[26]. In een Nederlands onderzoek onder dagelijks en bijna dagelijks gebruikers raakte 37% afhankelijk gedurende het driejarige onderzoek[27]. Van degenen die bij de start afhankelijk waren, bleef 28% dat gedurende drie jaar. Bij het merendeel van de afhankelijke gebruikers in dit onderzoek ging de afhankelijkheid voorbij zonder professionele hulp. Slechts een deel van de problematische cannabisgebruikers klopt uiteindelijk aan bij de verslavingszorg, vaak na jarenlang (probleem)blowen. De afhankelijke gebruikers die geen hulp zochten in voornoemde studie functioneerden beter en hadden minder psychische problemen dan gebruikers die wel hulp zochten in de verslavingszorg.

4 Factsheet CAST, Monshouwer & van Dorsselaer, Trimbos-instituut, verschijnt in 2018.
5 In de LADIS wordt hiervoor nog de term autochtoon gebruikt.

Figuur 3 **Cannabisgebruik, afhankelijkheid en behandeling in Nederland**



Prevalentie cannabisgebruik in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (Gezondheidsenquête/ Leefstijl-monitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2016); cannabisafhankelijkheid in de algemene bevolking van 15-64 jaar (NEMESIS-2, 2007-2009); Aantal cliënten in verslavingszorg primair voor cannabis (LADIS, 2015).

2.1.5 Aanbod en markt

Cannabis wordt voornamelijk verkocht via gedoogde coffeeshops (55-70%)[28], daarnaast is cannabis beschikbaar via niet-gedoogde verkooppunten[29]. De gemiddelde consumptie per cannabisgebruiker per jaar wordt geschat op 69-93 gram, dit is voornamelijk nederwiet[30].

THC-concentratie

De THC-concentratie in nederwiet schommelt na een piek in 2004 (20,4%) de laatste 10 jaar tussen 15% en 17%. Sinds 2014 is er een lichte stijging en het percentage van de meest populaire nederwiet ligt nu op 16,9% en die van de sterkste variant op 18,9%[31]. Geïmporteerde wiet heeft een lagere concentratie (gemiddeld 6,9% in 2016) maar is slechts in een beperkt aantal coffeeshops verkrijgbaar[31]. Buitenlandse hasj bevatte gemiddeld 20,8% THC en hasj gemaakt van nederwiet 35,1%.

Een risico van sterkere cannabis is dat ook gerelateerde gezondheidsproblemen toenemen. Hoewel gebruikers mogelijk hun rookgedrag aanpassen bij sterkere cannabis, is hier nog weinig onderzoek naar gedaan. Een kleine studie onder regelmatig gebruikers suggereert dat gebruikers hun rookgedrag wel iets minderen, maar onvoldoende om de hogere dosis volledig te compenseren[26].
Uit onderzoek blijkt dat cannabidiol (CBD) mogelijk sommige negatieve effecten van THC tegengaat. Nederwiet bevat vrijwel geen CBD (gemiddeld 0,3%), maar geïmporteerde hasj bevat wel CBD (gemiddeld 8,4%). Bij onderzoek door het RIVM werden wel restanten van bestrijdingsmiddelen aangetroffen maar dit was door de kleine hoeveelheid geen risico voor de gezondheid[32]. De prijs van nederwiet is in de afgelopen jaren gestegen maar bleef het afgelopen jaar gelijk, de meest populaire nederwiet kost nu 10,11 euro per gram en geïmporteerde hasj ongeveer 9,93 euro[31].

Alternatieve gebruiksvormen

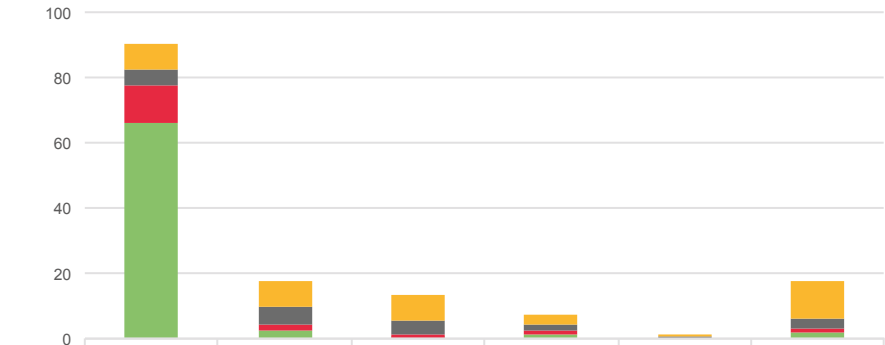
Hoewel de meeste gebruikers 'gewone' cannabis (puur, of in een joint) gebruiken, is er met name in de VS een breed scala aan alternatieve gebruikswijzen en producten op de markt gekomen. Voorbeelden zijn het verwerken van cannabis in eet- en drinkwaar ('edibles'), dampen via vaporizers ('vapen'), het roken of dampen van cannabisconcentraten ('dabbing'), en synthetische cannabidoïden.

Een risico van zogenaamde "edibles" (zoals THC-houdende drankjes, chocolade en lolly's) is overdosering; specifiek jonge kinderen kunnen het per ongeluk innemen. Daarnaast zou de bekende smaak of uiterlijk de psychologische barrière kunnen verlagen om te starten met cannabis of om veel te gebruiken. In Nederland bestaat een industrie van dergelijke omvang in eetbare producten niet, hoewel hier wel eens cannabis in drank of voedsel (zoals space-cake) wordt genuttigd. Van de volwassen cannabisgebruikers deed 11% dit zelden, en in totaal 6% vaker dan dat (zie figuur 4).

Ook 'vapen' van cannabis, waarbij cannabis niet verbrand maar verhit wordt waardoor geen verbrandingsproducten vrijkomen, komt weinig voor onder cannabisgebruikers in Nederland (3% doet dit zelden en in totaal 4.1% vaker dan dat).

Over 'dabbing' zijn geen Nederlandse cijfers beschikbaar, in het buitenland lijkt onder bepaalde gebruikers deze methode waarbij cannabisconcentraat wordt gerookt populairder te worden[33]. Er is weinig bekend over de risico's van deze gebruiksmethode. Een studie suggereert dat "dabs" niet meer problemen veroorzaakt dan 'natuurlijke' cannabis. Maar deelnemers zien het wel als meer risicovol en rapporteerden hogere tolerantie en onthoudingsverschijnselen, waarmee het risico op verslaving mogelijk groter is[34].

Figuur 4 **Cannabis gebruiksmethode in de afgelopen 12 maanden. Peiljaar 2016**



	joint	puur als sigaret	puur in een pijpje, chillum of bong	vaporizer	e-sigaret of shisha-pen	voedsel, drank of anders
zelden	8,1	8,2	7,4	3,0	0,9	11,4
soms	4,6	5,5	4,7	1,8	0,4	2,9
meestal	11,5	1,5	0,9	1,0	0,0	1,5
altijd	66,3	2,7	0,2	1,3	0,0	1,7

Percentage van de laatste-jaargebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van toepassing gebruiksmethode (in het afgelopen jaar). Bron: LSM-A/ Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS.

Er wordt in sommige delen van Europa een toenemend gebruik gesignaleerd van synthetische cannabinoïden onder daklozen en in gevangenissen[35]. Synthetische cannabinoïden "spice" zijn stoffen die de werking van THC nabootsen en kunnen honderden keren zo sterk zijn (Van Amsterdam et al., 2015)[36]. In de Nederlandse algemene bevolking is het gebruik van deze stoffen marginaal: 0,1% van de volwassenen gebruikte het in het laatste jaar.

2.2 Risico's ten gevolge van (problematisch) cannabisgebruik

Bij de risico's die samenhangen met (problematisch) cannabisgebruik is er onderscheid te maken tussen de korte termijn gevolgen, ook wel effecten genoemd, en de lange termijn gevolgen voor de gezondheid en het psychosociaal welzijn. In deze paragraaf wordt er op basis van overzichtsstudies ingegaan op de korte en lange termijn gevolgen van cannabisgebruik. Overigens stellen recente reviews dat er nog onvoldoende kennis is over hoe de verschillende aspecten van cannabisblootstelling (zoals het risico naar aanvangsleeftijd, hoeveelheid, frequentie en duur van het gebruik, en de sterkte/ samenstelling van de gebruikte cannabis) precies samenhangen met gezondheidsrisico's.

2.2.1 Korte termijn risico's van cannabisgebruik

Cannabis wordt doorgaans gebruikt vanwege gewenste effecten zoals verdoving en bewustzijnsverandering. Spieren ontspannen zich waardoor mensen zich loom ('stoned') voelen en hun waarneming verandert (ze worden 'high'). Muziek kan intenser klinken, de tijd lijkt langzamer te gaan en de creativiteit kan worden bevorderd, zo melden gebruikers[37].
Wanneer gekeken wordt naar de fysieke effecten op de korte termijn benoemt de WHO (2016)[38] de volgende gevolgen: cannabis kan leiden tot een verhoogde hartslag, lage bloeddruk, ongecontroleerd trillen, spierzwakte en verwijding van de luchtwegen.
De acute en ongewenste psychische effecten zijn niet goed voorspelbaar en bestaan uit veranderingen in gevoel, perceptie, denkvermogen en psychomotorische functies. Cannabis heeft negatieve invloed op concentratie, reactievermogen en het korte termijngeheugen. Dit kan prestaties op school of werk verslechteren. Gebruik kan in zeldzame gevallen leiden tot een acute psychose.
Er is overtuigend bewijs dat cannabisgebruik een negatieve invloed heeft op het psychomotorisch functioneren van gebruikers, waardoor het risico op ongelukken in het algemeen en verkeersongevallen in het bijzonder toeneemt.
In uitzonderlijke gevallen kan cannabisgebruik leiden tot ernstige cardiovasculaire complicaties, waaronder een herseninfarct[41,39].

De acute toxiciteit van THC is laag. Er zijn geen gevalideerde rapportages van dodelijke overdoses van cannabis in de wetenschappelijke literatuur bekend. Voor cannabisgebruik is het risico op een fatale overdosering verwaarloosbaar[4,40,41].
In de Monitor DrugsIncidenten (MDI) worden in 2016 in verschillende Peilstationsregio's 1126 drugsincidenten (20% van alle incidenten) gemeld waarbij cannabis betrokken was. De mate van intoxicatie was overwegend licht of matig met symptomen variërend van misselijkheid tot (lichte) angstklachten. Met name bij de ambulances en de spoedeisende hulp in ziekenhuizen is de bijdrage van cannabis aan het geheel aan drugsgerelateerde incidenten groot; ongeveer een derde van het totaal. Deze bevinding hangt voor een belangrijk deel samen met de grote bijdrage van incidenten uit Amsterdam waarbij vaak toeristen betrokken zijn.

2.2.2 Lange termijn gevolgen cannabisgebruik

Bij cannabis is sprake van ontwenningsverschijnselen bij stoppen: onrust, zweten en slecht slapen. Het bewijs groeit dat regelmatig, hevig cannabisgebruik tijdens de adolescentie samenhangt met meer ernstige en blijvende negatieve 'afkickverschijnselen' in vergelijking met ditzelfde gebruik tijdens de volwassenheid[41].
Een aantal gezondheidseffecten op de langere termijn die worden gelinkt aan cannabisgebruik zijn: kanker (vooral door langdurig roken), luchtwegaandoeningen, hart- en vaatziekten, afhankelijkheid, verminderde cognitieve vermogens en psychische stoornissen (zie verderop). De hoeveelheid wetenschappelijk bewijs voor een causale

relatie tussen cannabisgebruik en deze aandoeningen. Opgemerkt dient te worden dat het bestaande onderzoek zich vooral uitspreekt over de gezondheidsrisico's van gerookte cannabis ('blowen').

Naar schatting zal één op de tien cannabisgebruikers ooit in het leven voldoen aan de DSM-IV criteria voor cannabisafhankelijkheid vergelijkbaar met de percentages voor alcohol (15%) en stimulantia (11%). Zie ook criteria voor 'stoornis in het gebruik van cannabis' volgens DSM-5 in paragraaf 2.1.3.
Voor hen die met cannabisgebruik beginnen tijdens de adolescentenleeftijd geldt dit voor één op de zes; van de dagelijkse gebruikers raakt zelfs één op de twee verslaafd[4,41].

Naast deze gezondheidsrisico's die voor iedereen gelden, is er een aantal groepen te onderscheiden die een verhoogd risico hebben op cannabisgerelateerde gezondheidseffecten als gevolg van (overmatig) cannabisgebruik. In het bijzonder betreft dit jongeren, zwangere vrouwen en mensen met een psychische stoornis.

Risico's cannabisgebruik jongeren

Er is steeds meer evidentie dat adolescenten gevoeliger zijn voor de effecten van cannabis dan volwassenen, met name bij langdurig regelmatig gebruik[41]. Adolescente dagelijks gebruikers hebben een grotere kans op verslaving dan niet-dagelijks gebruikers[42,43]. Vroeg beginnen met zwaar cannabisgebruik verstoort de normale ontwikkeling van de hersenen. Het gaat om vergelijkbare cognitieve problemen als bij volwassenen (denk aan problemen op het gebied van aandacht en leren), maar bij adolescenten lijken deze effecten meer blijvend van aard en is er pas herstel na een langere tijd van onthouding[44]. Ook in hersenonderzoek worden verandering in het brein gezien bij mensen die tijdens de adolescentie begonnen met cannabisgebruik[45]. De causaliteit van deze verbanden is echter nog een onderwerp van discussie.

Cannabis wordt door het dopamine-effect in het beloningssysteem van de hersenen ook wel beschreven als een "gateway drug", waarbij cannabisgebruik het risico op het gebruik van andere illegale drugs vergroot. Maar ook alternatieve verklaringen waarbij juist risicofactoren als persoonlijkheidskenmerken en de beschikbaarheid van cannabis kunnen later drugsgebruik verklaren[46].

Verder bestaat het risico dat jong beginnen met cannabisgebruik psychische stoornissen verergert[2]: hoe vroeger de initiatie, hoe vaker er geblowd wordt en hoe sterker de cannabis, des te groter de kans op een angstaanval of het ontwikkelen van schizofrenie. Tot slot is frequent cannabisgebruik een risicofactor voor spijbelen, een geringere schoolmotivatie, verminderde schoolprestaties en schooluitval[47].

Risico's cannabisgebruik zwangeren

Er is in toenemende mate bewijs dat cannabisgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap tot problemen in de neurologische ontwikkeling van het kind kan leiden met

hyperactiviteit en verminderd cognitief functioneren als gevolg[48]. Cannabis geeft mogelijk een verlaagd geboortegewicht bij de baby, al bestaat er geen consistent wetenschappelijk bewijs als er gecorrigeerd wordt voor tabaksgebruik en andere samenhangende factoren[49].

Risico's cannabisgebruik mensen met een psychische stoornis

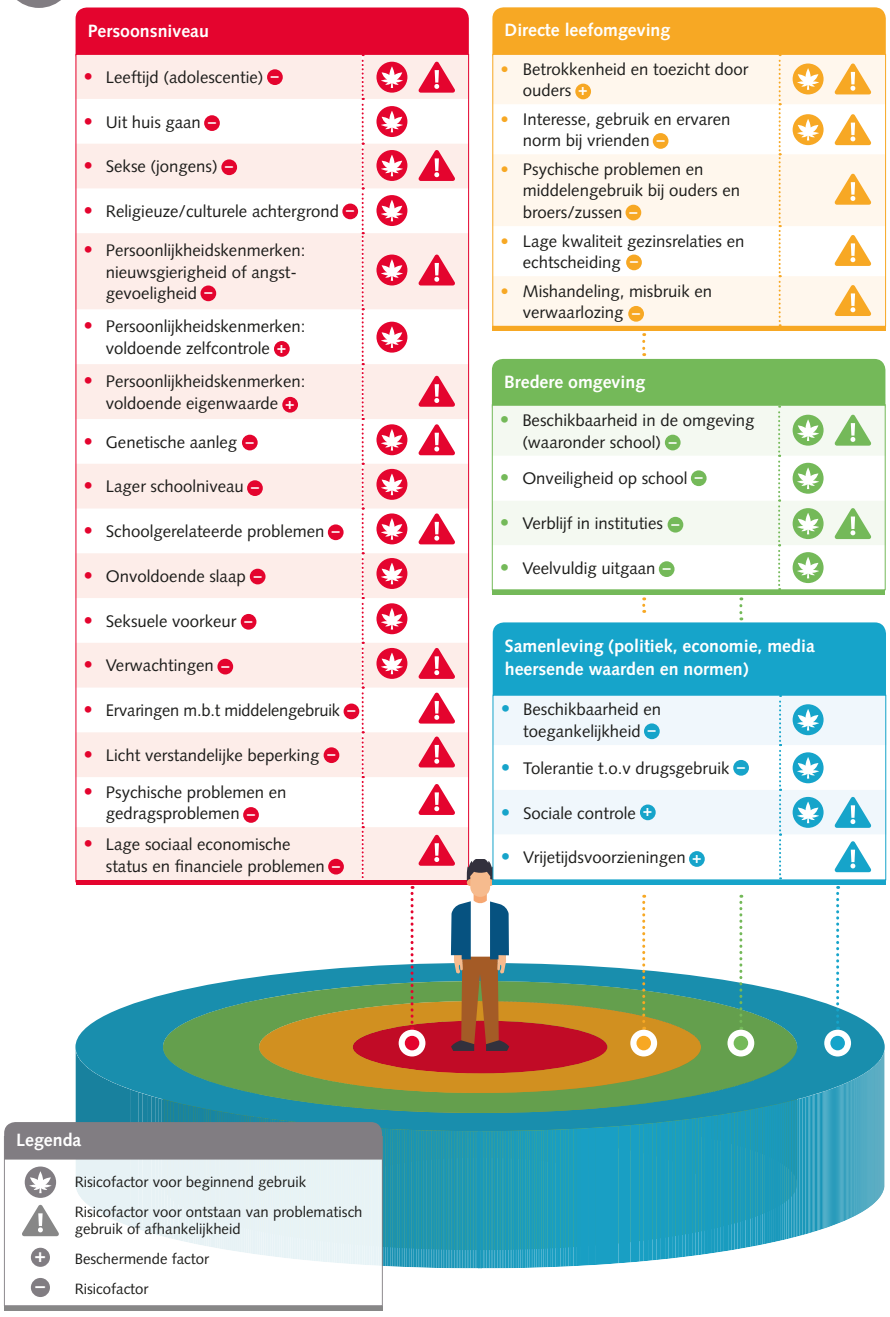
Voor mensen met een psychische stoornis is het gezondheidseffect van cannabisgebruik diffuus. Enerzijds zijn er duidelijke aanwijzingen dat frequent cannabisgebruik gerelateerd is aan een verhoogd risico op angst- en stemmingsstoornissen, hoewel causaliteit niet is vastgesteld. Ook is cannabisgebruik gelinkt aan het krijgen van psychoses, waarbij het risico het hoogst is voor mensen met een genetische aanleg[2].

2.3 Risico- en beschermende factoren

Voor het voorspellen van (problematisch) cannabisgebruik is het belangrijk om zicht te hebben op zowel de risico- als de beschermende factoren. Hermanns (2009)[50] gebruikt hiervoor de term cumulatief risicomodel, wat betekent dat problemen vooral ontstaan wanneer er meerdere risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn en er onvoldoende tegenwicht is vanuit de beschermende factoren.
Omdat in de literatuur doorgaans vooral risicofactoren voor (problematisch) cannabisgebruik genoemd worden en beschermende factoren vaak de tegenhanger hiervan zijn (zo is een veilige schoolomgeving een beschermende factor, waarbij onveiligheid op school als risicofactor wordt genoemd) worden in onderstaand overzicht alleen die beschermende factoren genoemd die nog niet elders als risicofactor genoemd zijn. Omdat de factoren die een rol spelen bij het beginnen met cannabisgebruik (onset) niet altijd dezelfde zijn als de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van problematisch cannabisgebruik of een cannabisverslaving wordt waar mogelijk dit onderscheid gemaakt.
Tenslotte realiseren wij ons dat (problematisch) cannabisgebruik op zichzelf ook weer een risicofactor is voor andere problemen, zoals schooluitval of jeugdcriminaliteit. In deze paragraaf stellen we echter het (problematisch) cannabisgebruik centraal en beschrijven we welke factoren het risico hierop kunnen voorspellen, ook al is niet altijd duidelijk hoe de causale relatie er precies uitziet.

Hieronder worden de in drie relevante overzichtspublicaties genoemde risicofactoren in kaart gebracht volgens het ecologisch systeemmodel[51] waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen persoonsniveau, de directe leefomgeving, de bredere omgeving en de samenleving als geheel.

2.3.1 Samenvatting risico- en beschermende factoren cannabisgebruik op basis van reviews



Figuur 3: Samenvatting risico- en beschermende factoren in relatie tot cannabisgebruik

2.3.2 Toelichting factoren die een rol spelen bij beginnend drugsgebruik

In de komende twee paragrafen worden de in bovenstaande figuur genoemde factoren nader toegelicht. Hierbij wordt op de volgende manier verwezen naar de reviews.
A: 'Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik' (Van Hasselt e.a., 2010)[52].
B: 'Kwetsbare groepen jongeren en middelengebruik' (Snoeks et al, 2010)[53].
C: 'The health and social effects of nonmedical cannabis use' (WHO, 2016)[38].

In de reviews worden overigens regelmatig risicofactoren voor middelengebruik in het algemeen (inclusief roken, alcohol en uitgaansdrugs) genoemd. Onderzoek naar de specifieke factoren die een rol spelen bij drugs dan wel cannabisgebruik is relatief beperkt, wanneer hier iets over bekend is wordt dit expliciet genoemd.

Persoonsniveau

Leeftijd (A,B)

De adolescentie is een levensfase waarin jongeren experimenteren en nieuwe ervaringen opdoen, dit maakt dat zij ook kunnen gaan experimenteren met middelengebruik, waaronder cannabis.

Uit huis gaan (C)

De WHO voegt hierbij een leeftijdsgebonden factor aan toe, namelijk het verlaten van het ouderlijk huis.

Sekse (A,B,C)

Jongens gebruiken vaker drugs dan meisjes, dit geldt ook specifiek voor cannabis.

Afkomst/culturele en religieuze achtergrond (A,B,C)

Alhoewel er in Nederland geen sterke samenhang is tussen etnische afkomst en cannabisgebruik (zie ook paragraaf 2.1.2) kunnen verschillen in waarden en normen rondom middelengebruik tussen culturen wel een rol spelen bij het wel/niet beginnen met drugs. De WHO verwijst naar onderzoek waarin religieuze betrokkenheid in de meeste landen samenhangt met minder cannabisgebruik.

Persoonlijkheidskenmerken (A,B,C)

Wat betreft het beginnen met cannabisgebruik is er een verband tussen de 'sensatiezoekende' persoonlijkheid en de beginleeftijd. Andere persoonlijkheidskenmerken die een rol kunnen spelen zijn angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken, nieuwsgierigheid naar nieuwe dingen (in combinatie met lage score op 'vermijden van schade'), impulsiviteit, lage eigenwaarde en hoge sensitiviteit voor genot. De genoemde persoonlijkheidskenmerken kunnen ook samenhangen met genetische aanleg.
Voldoende zelfcontrole is een beschermende factor en hangt samen met minder middelengebruik.

Genetische aanleg (A,B,C)

Genetische factoren met betrekking tot hersenstructuren en neurotransmittersystemen spelen een rol bij het gaan gebruiken van drugs. Bij genetische factoren gaat het overigens altijd om een wisselwerking tussen genen en de omgeving.

Psychische problemen en gedragsproblemen (A,B,C)

Psychische problemen en gedragsproblemen zijn een belangrijke factor voor het beginnen met drugsgebruik, met name bij een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis.

Lager schoolniveau (A,B)

Dit werd in 2010 als risicofactor benoemd met verwijzing naar de hogere prevalentie op de lagere schoolniveaus. In 2015 verschilden de schoolniveaus echter weinig wat betreft het percentage cannabisgebruikers. Wel waren er verschillen tussen VMBO-b en andere scholen wat betreft de beschermende factoren risicoperceptie en ondersteuning en toezicht door ouders, dit was lager in het VMBO. Ook blowen jongeren op het VWO áls ze cannabis gebruiken het minst frequent en minder joints per keer[54].

Schoolgerelateerde problemen (B)

Het hebben van schoolgerelateerde problemen zoals spijbelen, lage schoolmotivatie, slechte schoolprestaties en schooluitval zijn risicofactoren voor het beginnen met cannabisgebruik.

Onvoldoende slaap (C)

De WHO voegt hier onvoldoende slaap als risicofactor aan toe.

Seksuele voorkeur (A)

Homo- en biseksuele jongeren gebruiken vaker drugs dan heteroseksuele jongeren.

Verwachtingen (A,B)

Verwachtingen ten aanzien van het middel hebben impact op het gebruik ervan. Ook de persoonlijke verwachtingen ten aanzien van het eigen gedrag spelen hierbij een rol. Jongeren met een lage effectiviteitsverwachting (self-efficacy) hebben meer kans om drugs te gebruiken. Wanneer jongeren meer persoonlijke controle over hun gedrag ervaren leidt dit tot minder drugsgebruik. Ook een hoge risicoperceptie van af en toe blowen dan wel dagelijks blowen hangt samen met een vermindering in beginnen met cannabisgebruik.

Directe leefomgeving

Betrokkenheid en toezicht door ouders (A,B,C)

Betrokkenheid en toezicht door ouders, een autoritatieve opvoedingsstijl, een warme en sociale familieomgeving en positieve externe steunsystemen zijn belangrijke beschermende factoren voor het beginnen met gebruik. Wanneer deze ontbreken is dit een

risicofactor. Toezicht kan hierbij breed opgevat worden, het gaat er ook om dat ouders weten waar en met wie hun kind is en wat het aan het doen is.

Interesse, gebruik en ervaren norm door vrienden (A,B,C)

Vrienden spelen een belangrijke rol bij het beginnen bij cannabisgebruik. Voor adolescenten is goedkeuring van vrienden belangrijk. Jongeren kunnen beginnen met cannabisgebruik onder directe druk van vrienden of omdat zij dénken dat hun vrienden dit goedkeuren of normaal vinden. Hierbij zoeken jongeren met een interesse in drugs ook vrienden op die deze interesse delen.

Bredere omgeving

Beschikbaarheid in de omgeving (B,C)

De beschikbaarheid van drugs is een risicofactor voor drugsgebruik. Snoeks et al benoemen hierbij expliciet de prijs, de wettelijke leeftijdsgrens (en de naleving ervan), openingstijden van aanbieders en reclame (voor zover dit laatste van toepassing is bij drugs). Ook noemen Snoeks et al nog expliciet beschikbaarheid van middelen op school als factor.

Onveiligheid op school (B)

Naast de aan school verwante persoonlijke factoren zoals schoolniveau en aan schoolgerelateerde problemen zoals spijbelen e.d. speelt ook de veiligheid op school een rol. Onveiligheid op school kan leiden tot drugsgebruik bij leerlingen omdat:

- het een manier is om aansluiting te vinden bij een groep medeleerlingen (bijvoorbeeld voor leerlingen met een lagere status in de groep),
- leerlingen in een onveilige situatie steun zoeken bij elkaar en middelengebruik de mogelijkheid biedt om bij een groep te horen en
- middelengebruik op scholen met een slecht sociaal steunsysteem een strategie is om bijvoorbeeld te ontsnappen aan negatieve gevoelens.

Een veilige schoolomgeving en anti-middelenbeleid worden expliciet genoemd als beschermende factor bij het voorkomen van middelengebruik.

Vrijetijdsvoorzieningen (B)

Een goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur van instituties als onderwijs, zorg en welzijn met daarbij professioneel toezicht en goede vrijetijdsbesteding is een beschermende factor voor middelenproblematiek.

Verblijf in instituties (A,B)

Jongeren die in een institutie verblijven (spijbeltraject, jeugdhulp, pleeggezin, justitiële jeugdinrichting) hebben meer kans om drugs te gebruiken dan jongeren die thuis opgroeien.

Veelvuldig uitgaan (A,B,C)

Jongeren die regelmatig uitgaan gebruiken ook vaker drugs. Hierbij speelt de beschik-

baarheid van drugs in het uitgaansleven een rol. Ook de WHO noemt dat binnen bepaalde subgroepen en uitgaanssettings het gebruik van illegale drugs veel voorkomt.

Samenleving als geheel

Beschikbaarheid en toegankelijkheid (B,C)

Op maatschappelijk niveau spelen beschikbaarheid en toegankelijkheid een rol bij het beginnen met drugsgebruik. Het gaat hier om factoren als de prijs, de leeftijdsgrenzen (en naleving ervan) en eventuele reclame.

Tolerantie ten opzichte van drugsgebruik (C)

Ook een tolerante houding van de samenleving als geheel ten opzichte van drugsgebruik is een risicofactor voor het beginnen met drugsgebruik. De WHO noemt hierbij ook expliciet de rol van de media.

Sociale controle (B)

Sociale controle wordt genoemd als beschermende factor, hierbij wordt niet expliciet gemaakt of dit een rol speelt bij het beginnen met drugsgebruik of bij het ontstaan van problematisch drugsgebruik.

2.3.3 Toelichting factoren die een rol spelen bij het ontstaan van problematisch drugsgebruik

Persoonsniveau

Leeftijd (A,B)

De adolescentie is niet alleen een levensfase waarin jongeren experimenteren met middelengebruik, ook zijn adolescenten gevoeliger voor het ontwikkelen van problemen met middelengebruik.

Sekse (A,B,C)

Jongens gebruiken niet alleen vaker dan meisjes, ook drugsgerelateerde problemen komen vaker bij jongens voor.

Ervaringen en verwachtingen omtrent middelengebruik (A,B,C)

Wanneer jongeren vroeg beginnen met alcohol of roken is dit een voorspeller voor problematisch middelengebruik op latere leeftijd. Dit is niet gebonden aan het middel, vroeg beginnen met alcohol kan dus ook samenhangen met problematisch cannabisgebruik. Positieve ervaringen met cannabisgebruik op jonge leeftijd hangen samen met een vergrote kans op afhankelijkheid hiervan.

Ook de intensiteit van het gebruik, de patronen in het gebruik en de duur van het gebruik spelen een rol bij het ontstaan van problematisch cannabisgebruik. Daarnaast heeft iemand die eerder verslaafd is geweest een groter risico om ook aan een ander middel verslaafd te raken.

Schoolgerelateerde problemen (B)

Het hebben van schoolgerelateerde problemen zoals spijbelen, lage schoolmotivatie, slechte schoolprestaties en schooluitval zijn niet alleen risicofactoren voor het beginnen met cannabisgebruik, maar ook voor gewoontegebruik.
Goede schoolprestaties zijn een beschermende factor bij het voorkomen van middelenproblematiek.

Licht verstandelijke beperking (A,B)

Het hebben van een licht verstandelijke beperking is een risicofactor voor het ontstaan van drugsgerelateerde problemen. Bij deze doelgroep zijn bovendien vaker ook andere risicofactoren aanwezig zoals erfelijke aanleg, beschikbaarheid van het middel en sociaaleconomische achterstand.

Persoonlijkheidskenmerken (A,B,C)

Bij het ontstaan van problematisch middelengebruik spelen verschillende persoonlijkheidskenmerken een rol. Hierbij gaat het om angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken, sensatie zoekend, nieuwsgierigheid naar nieuwe dingen (in combinatie met lage score op 'vermijden van schade'), impulsiviteit, lage eigenwaarde en hoge sensitiviteit voor genot. Deze persoonlijkheidskenmerken kunnen ook een genetische grondslag hebben.
Voldoende eigenwaarde is een beschermende factor voor het ontwikkelen van middelenproblematiek.

Genetische aanleg (A,B)

Naast de persoonlijkheidskenmerken met een genetische grondslag kunnen genetische factoren met betrekking tot hersenstructuren en neurotransmittersystemen ook een rol spelen bij het ontstaan van problematisch gebruik. Bij genetische factoren gaat het overigens altijd om een wisselwerking tussen de genen en de omgeving.

Psychische problemen en gedragsproblemen (A,B,C)

Psychische problemen en gedragsproblemen zijn ook een belangrijke factor voor het ontstaan van misbruik en afhankelijkheid van drugs, waarbij vaak sprake is van een wisselwerking. De drugs worden dan ingezet als manier om met deze problemen om te gaan. Dit geldt met name voor een antisociale gedragsstoornis, een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, angststoornissen, aandachtstekort/hyperactiviteitstoornis (ADHD) en stemmingsstoornis.

Lage sociaaleconomische status en financiële problemen of armoede (B,C)

Er is volgens Snoeks et al een sterk verband tussen de mate van problemen met middelengebruik en de sociale en economische achterstand.
De WHO benoemt een lage sociaaleconomische status en financiële problemen als factoren die de ontwikkeling van cannabisafhankelijkheid kunnen versterken.

Directe leefomgeving

Betrokkenheid en toezicht door ouders (A,B,C)

Betrokkenheid en toezicht door ouders, een autoritatieve opvoedingsstijl, een warme en sociale familieomgeving en positieve externe steunsystemen zijn ook belangrijke beschermende factoren voor het ontstaan van problematisch gebruik. Wanneer deze ontbreken is dit een risicofactor. Toezicht kan hierbij breed opgevat worden, het gaat er ook om dat ouders weten waar en met wie hun kind is en wat het aan het doen is.

Psychische problemen en middelengebruik bij ouders en broers/zussen (A,B,C)

De samenhang tussen middelengebruik bij een persoon en bij diens ouders en broers/zussen kan verklaard worden door opvoeding, sociale overdracht, sociale omstandigheden (het delen van dezelfde risico-omgeving) of een genetische component. Ook oudere broers/zussen die specifiek cannabis gebruiken zijn een risicofactor voor cannabisgebruik.

Lage kwaliteit gezinsrelaties en echtscheiding (A,B)

Ook hier is sprake van samenhangende factoren die bijvoorbeeld weer invloed hebben op de factor ondersteuning en toezicht door ouders.

Mishandeling, misbruik en verwaarlozing (A,B)

Mishandeling, misbruik en verwaarlozing zijn risicofactoren voor het ontstaan van problematisch middelengebruik. Bij kinderen die op jonge leeftijd zijn misbruikt, is de kans op problematisch middelengebruik vier keer zo groot als bij leeftijdgenoten die niet zijn misbruikt.

Gebruik en ervaren norm door vrienden (A,B)

Vrienden spelen ook een rol bij het ontstaan van problematisch cannabisgebruik, maar niet zo sterk als bij het beginnen met gebruik.

Bredere omgeving

Vrijetijdsvoorzieningen (B)

Een goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur van instituties als onderwijs, zorg en welzijn met daarbij professioneel toezicht en goede vrijetijdsbesteding is een beschermende factor voor middelenproblematiek.

Verblijf in instituties (A,B)

Jongeren die in een institutie verblijven (spijbeltraject, jeugdhulp, pleeggezin, justitiële jeugdinrichting) hebben meer kans op problematisch drugsgebruik dan jongeren die thuis opgroeien.

Samenleving als geheel

Sociale controle (B)

Sociale controle wordt genoemd als beschermende factor, hierbij wordt niet expliciet gemaakt of dit een rol speelt bij het beginnen met drugsgebruik of bij het ontstaan van problematisch drugsgebruik.

3 Actuele maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van cannabisgebruik

In de survey en de expertmeetings (onderzoekers en professionals) en in de focusgroepen (jongeren en ouders) is steeds gevraagd welke maatschappelijke ontwikkelingen deelnemers zien en verwachten in relatie tot het beginnen met cannabisgebruik c.q. het ontstaan van problematisch cannabisgebruik. Hierbij kon het gaan om ontwikkelingen rondom het gebruik van genotmiddelen en cannabis in het bijzonder, maar ook om andere ontwikkelingen op het gebied van school, werk en vrije tijd die mogelijk samenhangen met (problematisch) cannabisgebruik.

Ten behoeve van de leesbaarheid worden hieronder de door de experts genoemde ontwikkelingen beschreven, wanneer de inbreng afkomstig is van jongeren en ouders in de focusgroepen wordt dit expliciet benoemd. Net als in hoofdstuk 2 maken we onderscheid tussen ontwikkelingen bij de jongeren zelf (persoonsniveau), in hun directe leefomgeving, in de bredere omgeving en op het niveau van de samenleving als geheel.

3.1 Ontwikkelingen ten aanzien van het beginnen met gebruik

3.1.1 Persoonsniveau

Veel 'vrije' tijd

Vrijetijdsbesteding was een terugkerend thema in de survey en tijdens de expertmeetings. Verveling en geen hobby's hebben dragen bij aan het beginnen met cannabisgebruik volgens onderzoekers, preventiewerkers en jeugdprofessionals. Daarnaast noemden deelnemers specifiek dat bij jongeren op scholen met veel lesuitval en bij jongeren die zelf veel verzuimen van school cannabisgebruik een manier is om deze tijd op te vullen.

'Op het VMBO en praktijkonderwijs is een tekort aan leerkrachten. Alle tussenuren kan er cannabis, lachgas of chips worden gekocht. Er zitten gaten in het lesrooster en dealers weten dat ook' (beleidsmedewerker gemeente).

Een preventiewerker voegde hieraan toe dat sinds de opkomst van de smartphone en bijbehorende sociale media jongeren gewend raken aan positieve prikkels en dat het wegblijven van deze prikkels een onprettig gevoel geeft. Blowen kan dit gevoel dempen of wegnemen.

Een deelnemer benoemde dat een te hoog of juist te laag schoolniveau hieraan bijdraagt: door de moeite om mee te komen of verveling komen jongeren in de verleiding om cannabis te gebruiken ter ontspanning of om de tijd te doden. Overigens kan het beginnen met cannabis volgens één deelnemer ook juist goed samengaan met bepaalde hobby's zoals gamen of muziek.

'Virtual Reality (VR) is nu in opkomst. Omdat het spelen van VR games gepaard kan gaan met misselijkheid adviseren spelers elkaar om te blowen, dit zou deze misselijkheid voorkomen. Als VR booming wordt, gebeurt dat dan ook met blowen? Daar kunnen we nu al op voorsorteren" (preventiewerker).

Persoonlijke problemen

Bij de samenhang tussen persoonlijke problemen en beginnen met cannabisgebruik werden tijdens de expertmeetings pesten en eenzaamheid genoemd. Ook kan het gaan om psychische problemen, zoals bijvoorbeeld ADHD-problematiek, waarbij cannabis wordt gebruikt als vorm van zelfmedicatie. Ook jongeren en ouders bevestigden dit. Cannabis wordt door een aantal jongeren ook gebruikt als alternatief voor eerder voorgeschreven reguliere medicatie, in overleg met de behandelaar of op eigen initiatief.

Professionals die werken met jongeren in achterstandssituaties hadden bij de expertmeetings het idee dat steeds meer jongeren niet meekomen in de samenleving en zich ook steeds minder geaccepteerd voelen vanwege met name hun schoolniveau of afkomst. Cannabis is voor hen een middel om zich terug te trekken in hun eigen 'bubbel', hetgeen dit proces verder versterkt. De verwachting van professionals uit de jeugdhulp en JJI's is dat deze ontwikkeling zich bij jongeren uit hun doelgroep zal voortzetten.

3.1.2 Directe leefomgeving

Ouders die wel/geen grenzen stellen

Er zijn verschillende ontwikkelingen op gezinsniveau. Een aantal deelnemers zag steeds meer ouders die middelengebruik openlijk afkeuren en hier ook grenzen aan stellen tegenover hun kinderen. Andere deelnemers zagen juist een verwennende opvoedstijl van ouders waarbij in het algemeen weinig grenzen worden gesteld. Een factor die hierbij volgens een preventiewerker op een expertmeeting meetelt, is dat tegenwoordig meer ouders zelf wel eens drugs gebruikt hebben en het daarom lastiger vinden om juist hierin grenzen te stellen.

Onwetendheid bij ouders

Een ander signaal op één van de expertmeetings is dat ouders (zeker in vergelijking met hun kinderen) niet veel weten over cannabis. Ook weten zij weinig over hoe zij in hun opvoeding kunnen bijdragen aan het voorkomen van (problematisch) cannabisgebruik. Ouders gaven ook zelf aan niet veel te weten over de risico's van cannabisgebruik,

zeker in vergelijking met de informatie die zij hebben gekregen over de schadelijkheid van alcohol en tabak.

'Boodschap voor ouders moet ook zijn: je bent nog belangrijk, ze willen horen wat jij vindt, dat onderschatten we vaak.' (ouder)

3.1.3 Bredere omgeving

Onwetendheid docenten en andere professionals

Een professional wist uit ervaring met voorlichtingslessen op scholen dat docenten niet altijd op de hoogte zijn van het cannabisgebruik bij hun leerlingen. Zo denken docenten bijvoorbeeld dat hun leerlingen vooral XTC gebruiken, terwijl tijdens de voorlichtingsles dan blijkt dat de hele groep blowt.
Ook blijkt dat docenten en hulpverleners de gevolgen van cannabisgebruik niet altijd zien en soms ook openlijk bagatelliseren.

Onvoldoende toezicht

Een gebrek aan toezicht hangt volgens een aantal professionals samen met het feit dat steeds meer ouders werken en er dus weinig zicht is op jongeren wanneer zij vroeg uit school zijn of tussenuren hebben. Dit geldt overigens niet alleen voor jongeren in achterstandswijken. Volgens één professional experimenteren ook kinderen van rijke ouders met drugs in het park en gaan zij daarbij om met gemarginaliseerde groepen.

Scholen willen of kunnen niet altijd instaan voor een vorm van toezicht tijdens tussenuren waardoor jongeren juist in deze uren de gelegenheid nemen om te experimenteren met drugsgebruik. Een factor die hiermee samenhangt en ook benoemd wordt, is de beschikbaarheid van cannabis. Volgens één beleidsmedewerker draagt online toegankelijke informatie over schoolroosters en lesuitval eraan bij dat dealers leerlingen tijdens deze uren in de buurt van de school opzoeken.

Verblijf in een voorziening voor jeugdhulp, LVB of JJI

Jongeren in een voorziening voor jeugdhulp of in een JJI komen in een andere leefomgeving waarin zij een nieuwe daginvulling moeten vinden. Contact met andere jongeren die daar al verblijven en cannabis gebruiken en een gebrek aan alternatieven qua vrijetijdsbesteding maakt volgens de professionals die deelnamen aan de expertmeetings dat cannabisgebruik hier deel van uit gaat maken. Ook zagen zij dat cannabisgebruik erbij lijkt te horen volgens zowel de jongeren als hun collega-professionals en wordt het vaak (oogluikend) toegestaan.

'Ik leg nu eerst de focus op de teams op de groep. Hoe reageren zij op drugs? Iedereen is daar anders in en dat weerspiegelt zich op de groep. In intervisiegesprekken brengen we nu kennis over, bespreken we hoe ieder met situaties omgaat en welke attitude we hebben' (hulpverlener in jeugdzorg)

Minder beschikbaarheid via coffeeshops, meer daarbuiten?

Het aantal coffeeshops in Nederland neemt de afgelopen jaren gestaag af. Hierbij werd door deelnemers aan de expertmeetings een kanttekening geplaatst bij wat dit echt betekent voor de beschikbaarheid. Juist jongeren tot 18 jaar zijn al gewend hun cannabis niet via de coffeeshop te verkrijgen en het is dus de vraag in hoeverre deze beschikbaarheid ook echt minder wordt. Een preventiewerker gaf aan dat de handel in cannabis lucratief is en bovendien status oplevert bij leeftijdgenoten. Hierdoor is het aanbod groot en is het bovendien voor de handelaren zelf moeilijk om te minderen of te stoppen.

Een andere preventiewerker gaf aan dat het 'blowverbod' zoals dat in Rotterdam van kracht is waarschijnlijk navolging krijgt in andere gemeenten. Hierdoor komen jongeren in de toekomst mogelijk minder in contact met cannabis op straat.

Preventiewerkers en ouders benoemden ook dat jongeren via social media bijna voortdurend met elkaar in contact staan. Hierbij kunnen zij ook op elk moment van de dag benaderd worden met de vraag of zij nog even naar een ontmoetingsplek buiten komen. Ook kunnen zij op deze manier gemakkelijk drugs aangeboden krijgen of bestellen. Een ouder geeft aan het hierdoor lastig te vinden zicht te houden op waar haar kind mee in aanraking komt.

3.1.4 Samenleving als geheel

Uitgestelde volwassenheid

Op maatschappelijk niveau signaleerde een onderzoeker die deelnam aan de survey en de expertmeeting een samenhang tussen middelengebruik en het ontstaan van de fase van de 'uitgestelde volwassenheid'. Omdat de overgang van jongere naar volwassene tegenwoordig langer duurt en jongeren pas op hogere leeftijd als volwassene worden beschouwd, gaan zij op zoek naar alternatieven waarmee zij kunnen laten zien dat zij zelfstandig zijn en hun eigen keuzes kunnen maken. Cannabisgebruik is volgens hem een manier om dit te doen.

Gezonde leefstijl als norm

Net als in de directe leefomgeving ontstaat ook op maatschappelijk niveau een tweezijdig beeld. Sommige deelnemers aan de expertmeetings zagen dat cannabisgebruik steeds normaler wordt en dat de drempel steeds lager wordt. Aan de andere kant waren er ook deelnemers die zien dat er juist steeds meer aandacht is voor een gezonde leefstijl, met name door campagnes als NIX18 op het gebied van alcohol en tabak, waardoor het juist minder normaal wordt gevonden om te blowen. Jongeren die roken ongezond vinden zullen dan ook minder snel gaan blowen.

Weinig expliciete aandacht voor cannabis vergeleken met alcohol en tabak

Verschillende professionals merkten hierbij op dat er relatief weinig expliciete aandacht wordt besteed aan het voorkomen of uitstellen van cannabisgebruik waardoor dit mogelijk ook bij ouders en jongeren zelf minder prioriteit krijgt. Ook sommige ouders vertelden eigenlijk niet te weten hoe schadelijk blowen eigenlijk is.

Beeldvorming rondom cannabis

Een andere ontwikkeling op maatschappelijk niveau die door meerdere professionals werd genoemd, is de toenemende aandacht voor medicinale cannabis in de media waardoor de indruk gewekt wordt dat blowen gezond is. Ook de beeldvorming via filmpjes en foto's op YouTube en Instagram speelt een rol. Cannabis wordt hier vaak getoond als aantrekkelijk, stoer of gewoon als vanzelfsprekend.

Nieuwsberichten over legalisering van (medicinale) cannabis in de VS en de legalisering van wietteelt in Nederland lijken deze positieve beeldvorming en normalisering verder in de hand te werken, zie ook paragraaf 1.1. Een ouder gaf aan niet goed te weten hoe zij tegen deze achtergrond haar eigen boodschap ten aanzien van de risico's van cannabisgebruik overeind kan houden.

Daarnaast gaven professionals aan dat op het internet veel informatie is te vinden die de positieve of juist de negatieve kanten van cannabis belicht. Of bepaalde informatie en de afzender als betrouwbaar worden gezien, hangt af van het perspectief van de lezer. Mensen zijn geneigd om die informatie te 'geloven' die aansluit bij wat zij al weten of vinden. De jongeren gaven aan daarom juist behoefte te hebben aan betrouwbare informatie van een onafhankelijke afzender waarin het héle verhaal wordt verteld.

'De informatie op voorlichtingswebsites is veel te summier, en niet gericht op gebruikers. Er is zo veel meer kennis' (jongere).

Prestatiedruk

Preventiewerkers en hulpverleners benoemden een toenemende prestatiedruk en stress in de samenleving als geheel, waardoor jongeren de behoefte krijgen hieraan te ontsnappen. Zo komen zij ook in contact met anderen die cannabis gebruiken als middel om te kunnen ontspannen. De toenemende prestatiedruk vanuit de samenleving werd ook in verband gebracht met de factoren die hierboven onder het kopje 'persoonsniveau' beschreven worden. Jongeren die niet tegen deze druk bestand zijn en/of zich afgewezen voelen, trekken zich terug en cannabis is hierbij in hun ogen een behulpzaam middel.

3.2 Ontwikkelingen ten aanzien van het ontstaan van problematisch gebruik

3.2.1 Persoonsniveau

Psychische kwetsbaarheid

Op persoonsniveau werd problematisch cannabisgebruik door de professionals in de expertmeetings in verband gebracht met aanwezige psychische kwetsbaarheid, bijvoorbeeld ADHD, autisme, depressie, persoonlijkheidsproblematiek en trauma's. Met name in de jeugdhulp en in de Justitiële Jeugdinrichtingen zitten veel jongeren die problematisch cannabis gebruiken om zichzelf te verdoven. De oorzaak ligt dan bij ervaringen in de vroege jeugd. Daarnaast worden life events (echtscheiding ouders, overlijden van een naaste) genoemd als factor die het verschil kan maken tussen 'gewoon' en problematisch gebruik. Juist bij jongeren met veel problemen lijkt er weinig aandacht te zijn voor het aanpakken van het (problematisch) cannabisgebruik. Dit geldt ook voor jongeren met problemen op het gebied van huisvesting of financiën die aangemeld worden bij het CJG of een generalistisch wijkteam. Bij hen wordt volgens een preventiewerker ondersteuning of hulpverlening ingezet zoals woonbegeleiding of bewindvoering, maar wordt er voorbijgegaan aan de rol die hun cannabisgebruik speelt bij deze problemen.

Combinatie met gamen

Als actuele ontwikkeling zagen professionals ook steeds vaker de combinatie van (veel) blowen en gamen. Hierbij ontstaat er volgens een preventiewerker een patroon waarbij jongeren zich afsluiten in hun eigen wereld. Het gamen op zichzelf kan ook verslavend zijn en brengt sterke sociale normen met zich mee, het is dan bijvoorbeeld 'not done' om halverwege een spel te stoppen. Het dag- en nachtritme van deze jongeren raakt hierdoor verstoord en zij zijn ook voor hun ouders steeds moeilijker bereikbaar.

Cannabis als zelfmedicatie

Verder werd het toenemende gebruik van cannabis als 'zelfmedicatie' als actuele ontwikkeling genoemd. Juist wanneer cannabis gebruikt wordt als alternatief voor medicatie (of wanneer de medicatie wordt stopgezet omdat die niet goed samengaat met recreatief cannabisgebruik) zagen de professionals een vergrote kans op problematisch gebruik. Dit werd ook bevestigd door één van de ouders.

3.2.2 Directe leefomgeving

Opvoedstijl ouders

Een dynamiek op gezinsniveau die door één professional expliciet werd benoemd, is dat een zeer autoritaire en controlerende opvoedstijl kan bijdragen aan het ontstaan van problematisch gebruik. Als er veel ruzie ontstaat over het huiswerk, de bewegingsvrijheid en de zelfstandigheid wordt de communicatie hierover tussen ouder en kind bemoeilijkt. Ook wanneer ouders bijvoorbeeld niet de juiste regels stellen ten opzichte

van gamen (waarbij vaak sterke sociale normen gelden waar jongeren zich aan willen houden) escaleert dit snel. Resultaat is dat jongeren zich terugtrekken in het blowen en gamen en ouders hier ook weinig vat op hebben. Dit werd ook bevestigd door de jongeren in de focusgroepen: zij hebben het gevoel dat hun ouders geen zicht hebben op hun cannabisgebruik en dat zij hier ook niet met hun ouders over kunnen praten.

Echtscheiding

Ook het toenemende aantal gebroken gezinnen werd genoemd in de expertmeetings.

3.2.3 Bredere omgeving

Normalisering en beschikbaarheid binnen subgroepen

Door meerdere professionals werd genoemd dat er sprake is van normalisering van cannabisgebruik binnen subgroepen. Alhoewel veel jongeren negatief staan tegenover cannabisgebruik wordt het wel gezien als iets wat er nu eenmaal bij hoort, zeker op bepaalde scholen of binnen bepaalde groepen. Daarnaast zag een professional steeds meer gezinnen waarbij de ouders of andere familieleden in cannabis handelen, hetgeen bijdraagt aan het ontstaan van problematisch gebruik.

Jongeren komen (mede door hun eigen cannabisgebruik) stapsgewijs in een omgeving waarin blowen 'normaal' is en cannabis makkelijk beschikbaar is. De algemene maatschappelijke norm gaat dan een steeds kleinere rol spelen. Een deelnemer sprak dan ook van een kloof tussen blowers en niet-blowers.

Een deelnemer noemde ook dat plekken waar jongeren elkaar zouden kunnen ontmoeten zoals aula's op scholen vaak saai en koud zijn waardoor jongeren geneigd zijn een andere plek op te zoeken. Dit wordt dan bijvoorbeeld een al dan niet zelf-georganiseerde shisha lounge waar zij (herhaaldelijk) in contact komen met cannabis waardoor het gebruik toeneemt.
Jongeren die zelf cannabis gebruiken ervaarden deze normalisering op maatschappelijk niveau nadrukkelijk niet. Zij hadden juist het gevoel als een 'junkie' beschouwd te worden omdat zij blowen of een wietplantje in de tuin hebben. Zij pleitten juist voor het (in hun ogen) doorbreken van taboes op cannabisgebruik.

Bij jongeren die in een residentiële jeugdhulpvoorziening of justitiële jeugdinrichting verblijven, draagt het cannabisgebruik van de andere jongeren die daar verblijven bij aan de normalisering. Hierbij spelen volgens de professionals de medewerkers binnen deze settings een belangrijke rol: regels worden niet altijd eenduidig gehanteerd, negatieve effecten van cannabis worden gebagatelliseerd, er wordt niet doorgevraagd naar eventueel cannabisgebruik en het krijgt geen aandacht in het behandelplan. Een deelnemer aan de survey sprak van falende jeugdzorg die niet in staat is het cannabisgebruik bij jongeren met multiproblematiek te adresseren.

Onwetendheid docenten

Docenten zijn volgens preventiewerkers niet altijd op de hoogte van de omvang van het cannabisgebruik bij hun leerlingen, hierbij hebben zij vaak ook geen zicht op in hoeverre dit gebruik problematisch is. Ook zijn de gevolgen van cannabisgebruik niet altijd bekend of worden deze openlijk gebagatelliseerd.

Betrokken raken in illegale handel

Het ontstaan van problematisch gebruik hangt volgens professionals uit de jeugdhulp en het justitiële veld ook samen met de ontwikkelingen in de beschikbaarheid van cannabis. Jongeren die via via aan cannabis komen, gaan dit vervolgens ook weer regelen voor anderen in hun omgeving. Dit wordt volgens een reclasseringsmedewerker door de jongeren zelf niet direct gezien als handel, je gaat gewoon iets voor iemand halen. Maar omdat deze jongeren zelf ook geld nodig hebben, onder meer voor hun eigen gebruik, zorgen zij dat zij hier iets aan verdienen. Zo raken zij verstrikt en wordt hun gebruik problematischer.

3.2.4 Samenleving als geheel

Prestatiedruk

Op maatschappelijk niveau werd ook individualisering genoemd en dan met name de hoge druk op jongeren en de toenemende complexiteit van de samenleving. Met name jongeren met een LVB of een lager opleidingsniveau kunnen hier niet in meekomen.

> *"Jongeren voelen zich afgewezen. Ik kan het toch niet, ik ga bij Zeeman werken want kan HBO niet halen. En eenvoudig werk is er niet meer. HAVO/VWO scholieren nemen het over. Er is een gekrenktheid. Het werk dat ze doen is te langzaam of niet netjes"* (medewerker Justitiële Jeugdinrichting).

Cannabisgebruik is een manier om hiermee om te gaan en een deelnemer aan de expertmeetings vroeg zich af of de huidige hulpverlening wel de goede antwoorden weet op deze onderliggende problematiek. Ook zou er in de maatschappij als geheel meer beleid moeten zijn om deze jongeren te betrekken en een toekomstperspectief te bieden.

Jeugdwerkloosheid

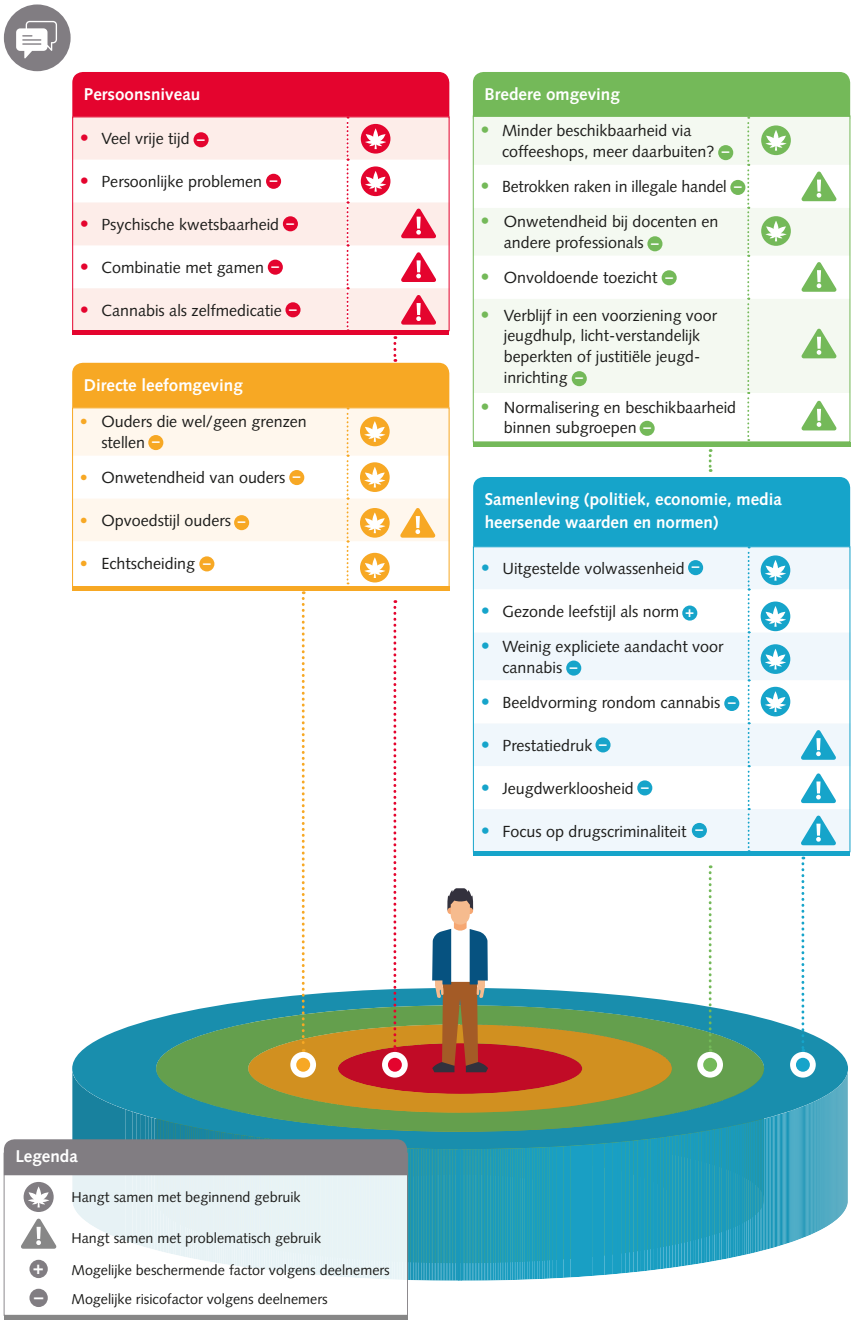
Ook de actuele werkloosheid onder jongeren werd genoemd als factor bij het ontstaan van problematisch cannabisgebruik. Jongeren zonder opleiding of werk (of perspectief daarop) missen een zinvolle dagbesteding en motivatie om hiernaar op zoek te gaan. Hierdoor maken zij makkelijk de overgang naar problematisch gebruik en wordt de overgang naar werk nog verder bemoeilijkt.

Focus op drugscriminaliteit

Een preventiewerker noemde de verharding in de aanpak door overheid en politie, zoals de speekseltest en de manier waarop er gecommuniceerd wordt over de aanpak van drugscriminaliteit. Hierbij ligt de focus op drugshandel waarbij er al snel opgeschaald wordt met speciale rechercheteams.

Een preventiewerker miste hierbij ook eenduidigheid in de aanpak. Voor wijkagenten op straat is er weinig houvast. Naast de wijkagent die graag het gesprek met de jongere aangaat over diens gebruik, zijn er ook wijkagenten die speekseltests afnemen bij alle bezoekers van coffeeshops wanneer zij met de auto zijn of die meteen opschalen bij het zien van een wietplantje voor het raam.

3.3 Samenvatting actuele maatschappelijke ontwikkelingen



Figuur 4: Samenvatting maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot cannabisgebruik volgens deelnemers expertmeetings

4 Huidige stand van zaken t.a.v. cannabispreventie

In dit hoofdstuk gaan we in op de preventieve maatregelen die momenteel in Nederland worden ingezet om (problematisch) cannabisgebruik te voorkomen. Hierbij geven we eerst een kader door te beschrijven op welke manier in Nederland preventie is georganiseerd. Vervolgens kijken we naar wat er per setting concreet in Nederland gebeurt aan cannabispreventie. Ook hierbij maken wij onderscheid tussen de directe omgeving (het gezin), de bredere omgeving (het onderwijs, algemene voorzieningen voor jongeren, speciale voorzieningen voor kwetsbare jongeren, coffeeshops, toeleiding naar hulp) en de samenleving als geheel (wetgeving, media).
Per setting wordt steeds kort beschreven wat er bekend is over mogelijke aanknopingspunten voor preventie in deze setting. Vervolgens wordt concreet beschreven wat er binnen deze settings in Nederland gebeurt aan drugs- of cannabispreventie. Uitgangspunt bij deze inventarisatie zijn de database van het Loket Gezond Leven van het RIVM en de inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013[6,55]. Indien er nog meer aanbod bij ons bekend was, hebben wij dit ook opgenomen. Toch zal dit overzicht niet uitputtend zijn, er zijn immers ook nog veel regionale, lokale of zelfs schoolgebonden initiatieven gericht op het voorkomen van middelengebruik. Interventies die zich alleen richten op alcohol en/of tabak zijn overigens bewust buiten beschouwing gelaten.
Bij elk aanbod is vervolgens nagegaan wat er bekend is over de effectiviteit van dit aanbod. Ook hierbij is gebruik gemaakt van bovengenoemde bronnen aangevuld met de informatie die wij tot onze beschikking hadden. Per setting wordt vervolgens steeds aangeven wat er tijdens de expertmeetings en focusgroepen gezegd is over relevante ontwikkelingen binnen deze setting.

4.1 Cannabispreventie in Nederland

4.1.1 Wettelijke context cannabispreventie

De rol van de overheid bij preventie is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg)[56], waarbij gemeenten verantwoordelijk zijn voor het aanbod. Welke partij de preventieve activiteiten daadwerkelijk uitvoert is niet wettelijk vastgelegd.

6 Deze publicatie is vijf jaar oud en het genoemde aanbod is mogelijk niet meer actueel. Omdat deze strategische verkenning over ontwikkelingen op de langere termijn gaat is het echter wel relevant om ook terug te kijken naar het aanbod van het afgelopen decennium.

Publieke gezondheidszorg heeft tot doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en beschermen. Vanwege bovengenoemde korte en lange termijn risico's van cannabisgebruik maakt het voorkomen en uitstellen van cannabisgebruik en het voorkomen van problematisch cannabisgebruik hier dus mede deel van uit.
Uit de cijfers in paragraaf 2.1 blijkt dat er een grote groep jongeren en volwassenen is die geen cannabis gebruikt en dit waarschijnlijk ook nooit gaat doen. Eén van de doelen van cannabispreventie is om deze groep zo groot mogelijk te houden. Daarnaast is er beleid gericht op het voorkomen dat het cannabisgebruik van mensen die al blowen problematisch wordt.

In preventief beleid wordt het volgende onderscheid gemaakt[57]:
- Universele preventie bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking, dit gebeurt vaak in de vorm van wet- en regelgeving, screening, voorlichting (in de vorm van campagnes of via scholen) en psycho-educatie.
- Selectieve preventie richt zich op specifieke (risico)groepen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) op persoonsniveau of in de directe omgeving. De interventies kunnen gericht zijn op de doelgroep zelf of op de omgeving (beleid, regels, kennis en houding van professionals).
- Geïndiceerde preventie: maatregelen om ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen, gericht op mensen met beginnende gezondheidsklachten.
- Zorggerelateerde preventie: maatregelen om verergering of complicaties van een ziekte te voorkomen, of om de zelfredzaamheid te ondersteunen.

Deze laatste twee vormen van preventie zijn gericht op het individu en vinden plaats binnen de reguliere zorg zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg.

4.1.2 Monitoring

Monitoring
Voor preventie is een actueel overzicht van cijfers met betrekking tot cannabis van belang. In de Nationale Drugs Monitor worden jaarlijks monitorgegevens gerapporteerd. Het (problematisch) cannabisgebruik in Nederland wordt op dit moment op de volgende manieren gemonitord:
- De Gezondheidsenquête meet jaarlijks o.a. ooitgebruik, frequentie en het soort cannabis dat gebruikt wordt onder volwassenen;
- De Leefstijlmonitor meet elke twee jaar o.a. leeftijd bij eerste gebruik, frequentie, het soort cannabis dat gebruikt wordt, wijze van verkrijgen en gebruik voor medicinale doeleinden problematisch gebruik (CAST) en de risicoperceptie van cannabisgebruik onder volwassenen;
- De NEMESIS-2 is een longitudinaal bevolkingsonderzoek onder volwassenen. In 2007 is binnen dit onderzoek een prevalentieschatting van cannabisafhankelijkheid gedaan. Sindsdien wordt elke drie jaar de incidentie van cannabismisbruik en –afhankelijkheid binnen het cohort gemeten;

- Door afwisselend gebruik van Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie zijn er elke twee jaar nieuwe cijfers beschikbaar over cannabisgebruik onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Hierbij gaat het o.a. om mate van gebruik, plaats van aankoop en rol van de ouders;
- Tot en met 2015 werd in de LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem) jaarlijks de hulpvraag in de verslavingszorg gerapporteerd met cannabis als primaire of secundaire problematiek. Vanwege privacywetgeving is hierover op dit moment geen gegevensverzameling;
- De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg, het Letsel Informatiesysteem en de Doodsoorzakenstatistiek worden gevolgd met betrekking tot schade gerelateerd aan cannabisgebruik;
- In de THC-monitor wordt jaarlijks gerapporteerd over het THC-gehalte van cannabis zoals die wordt verkocht in coffeeshops.

4.1.3 Actuele ontwikkelingen in de verslavingspreventie

In de verslavingszorg wordt preventie steeds belangrijker. Preventie en vroegsignalering is dan ook één van de zeven programmalijnen van Verslavingskunde Nederland (VKN), een netwerk waarin instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra en brancheorganisatie GGZ Nederland sinds 2017 samenwerken.
Het doel van de programmalijn Preventie en vroegsignalering is het vergroten van het bereik en de kwaliteit van verslavingspreventie.

De programmalijn Preventie en vroegsignalering maakt zich sterk voor vroege opsporing van kwetsbare personen, vroege interventie en voor een onderbouwd, effectief en gebalanceerd basisaanbod in heel Nederland. Het basisaanbod bestaat uit producten voor het onderwijs, individuele preventie en monitoringsinstrumenten. Het belang van het basisaanbod is dat vanuit een geïntegreerd en samenhangend preventieaanbod screening en triage kan plaatsvinden. De hierboven genoemde inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg is gemaakt in het kader van de ontwikkeling van dit basisaanbod.

De VKN heeft bijvoorbeeld Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG)[7] opgenomen in het basisaanbod omdat het een goede basis is om het individuele preventieaanbod op scholen uit te bouwen. Het aanbod gaat van signalering van problematisch cannabisgebruik door een (getrainde) docent via screening en een adviesgesprek naar een erkende en bewezen effectieve laagdrempelige interventie met indien nodig doorverwijzing naar hulpverlening. De programmalijn Preventie en vroegsignalering binnen VKN is inmiddels gestart met het verder dissemineren van het basisaanbod en nader onderzoeken van interventies voor hiaten in het huidige aanbod.

7 Zie paragraaf 4.3.1 voor meer informatie over dit programma.

4.2 Preventie in de directe leefomgeving

4.2.1 Gezinsinterventies

Veel risicofactoren voor (problematisch) cannabisgebruik bevinden zich op het niveau van de persoon en in het gezin als directe leefomgeving. Denk aan psychische problemen en gedragsproblemen bij de jongere zelf of betrokkenheid en toezicht door de ouders, zie ook paragraaf 2.3. De WHO (2016)[38] beoordeelt op basis van een rapport van het EMCDDA (2015)[58] gezinsinterventies als 'waarschijnlijk gunstig' bij het voorkomen van cannabisgebruik. Veel preventieve interventies richten zich dan ook op de ouders of het gezin.

4.2.1.1 Interventies voor ouders

Ouders zijn een belangrijke factor in de sociale omgeving van jongeren. Anders dan vaak wordt verwacht hebben ouders van tieners boven de 16 jaar nog steeds invloed als het gaat om middelengebruik[59,60]. Verschillende studies laten zien dat een autoritatieve opvoedstijl (veel steun/veel controle) het risico op drugsgebruik bij adolescenten verkleint[61,62]. Ook een permissieve opvoedstijl (veel steun/weinig controle) kan zorgen voor minder drugsgebruik dankzij de beschermende werking van warmte en steun[63]. In het overzicht van beschermende en risicofactoren (zie ook paragraaf 2.3.1) is te zien dat betrokkenheid en toezicht van ouders beschermend werkt bij het voorkomen van cannabisgebruik en bij het voorkomen van problematisch cannabisgebruik bij jongeren die al gebruiken. Bij deze laatste groep is het ook in de ondersteuning aan ouders van belang oog te hebben voor risicofactoren voor problematisch gebruik bij de persoon (zoals bv psychische problemen) en in het gezin (middelengebruik ouders/broers/zussen en lage kwaliteit gezinsrelaties).
Daarnaast is het voor gedragsverandering belangrijk dat ouders probleembesef en een goede risicoperceptie hebben[58]. Hiervoor is het van belang dat zij de juiste kennis hebben over de werking, prevalentie en risico's van cannabisgebruik.

4.2.1.2 Preventieaanbod voor ouders in Nederland

In Nederland vindt ondersteuning aan ouders bij het voorkomen van middelengebruik vooral plaats via internet, algemene opvoedingsondersteuning en scholen. In paragraaf 4.4 wordt nader ingegaan op de ondersteuning aan ouders via scholen. Hieronder wordt een overzicht gegeven van wat er buiten de scholen gebeurt richting ouders.

Tabel 1 Overzicht interventieaanbod voor ouders

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Uwkindenblowen.nl (onderdeel Hoepakjijdataan.nl)	Website	Cannabis	Ouders	4823 unieke bezoekers in 2017	Niet in databank	Onbekend
Uwkindenuitgaans-drugs.nl	Website	Drugs	Ouders	5333 unieke bezoekers in 2017	Niet in databank	Onbekend
Drugsinfo.nl	Website	Drugs	Algemeen	367.097 unieke bezoekers in 2017, minder dan 1 % zocht info over cannabis	Niet in databank	Onbekend
Drugsinformatielijn	Telefonisch	Drugs	Algemeen	2580 vragen beantwoord in 2017, waarvan 17% over cannabis (hieronder 113 vragen van ouders over cannabis-gebruik van hun kind)	Niet in databank	Onbekend
Digitale ouderavond	Website	Middelen-gebruik en gamen	Ouders	-	Niet in databank	Onbekend
Opvoeding en uitgaan	Facebook-groep	Uitgaan en drugs	Ouders	17.000 volgers in 2017	Niet in databank	Onbekend
Triple P/Triple P basiszorg[64]	Campagne, voorlichtings-avond, advies, ondersteuning, cursus, gezins-ondersteuning	Opvoed-problemen (waaronder middelen-gebruik)	Ouders van jongeren tot 16 jaar	In 200 gemeenten werken eerste en tweedelijns jeugdprofes-sionals met Triple P 4 IVZ werken met Triple P* 3 IVZ werken met Triple P basiszorg*	Niet in databank CGL, wel als theoretisch goed onderbouwd erkend in databank Jeugd-interventies	Zwakke bewijskracht voor effect op afname gedrags-problemen en midde-lengebruik jongeren 12-16 jaar en verbeterde opvoed-vaardigheden ouders, effectiviteit vergelijkbaar met reguliere zorg[65]
Kop op ouders	Cursus	Sociaal welbevinden, voorkomen psychische problemen	Ouders met psychische problemen of verslaving	3 IVZ*	Als theore-tisch goed onderbouwd opgenomen in databank	Onbekend

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Steuntje in de rug	Cursus	Sociaal welbevinden, voorkomen psychische problemen	Ouders met verslavings-problemen	2 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
KOPP/KVO aanbod	Cursus	Sociaal welbevinden, voorkomen psychische problemen	Ouders met psychische problemen of verslaving	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Voorlichting middelengebruik	Voorlichtings-avond	Middelen-gebruik	Ouders	8 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Puber en genotmiddelen	Cursus	Middelen-gebruik	Ouders	6 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Opvoedings-ondersteuning	Onbekend	Alcohol en drugs	Ouders	6 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Oudercursus	Cursus	Middelen-gebruik	Ouders van kinderen die al gebruiken	2 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Hellup mijn kind kan niet zonder	Cursus	Problematisch middelen-gebruik, gokken en gamen	Ouders van jongeren met problema-tisch gebruik	2 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Drugsinformatie-avonden	Voorlichtings-avond	Drugs	Ouders van experimen-terende jongeren	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie	Gesprekken	Middelen-gebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Uit het overzicht wordt duidelijk dat het aanbod voor ouders via internet en via de instellingen voor verslavingszorg vrij groot en divers is. Hierbij is het meeste aanbod voor ouders in het algemeen maar is er ook een speciaal aanbod voor ouders van jongeren die experimenteren of problematisch gebruiken. Bij het aanbod vanuit Triple P is het nog relevant om op te merken dat het om een samenwerking ging tussen reguliere opvoed-ondersteuners en instellingen voor verslavingszorg. In 2009 zijn opvoedondersteuners die werkten met Triple P bijgeschoold op het terrein van alcohol- en drugspreventie en werden preventiewerkers van verslavingszorginstellingen juist getraind in het werken met Triple P.

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Preventiewerkers op de expertmeetings gaven aan dat ouders vooral vragen om praktische handvatten: 'hoe ga je om met een puber, met een blowende puber, met een problematisch blowende puber ….' Een belangrijke boodschap aan ouders hierbij is

volgens de preventiewerkers dat zij zeker nog invloed hebben. Er worden ook oudercursussen georganiseerd voor ouders van 16-plussers waarin de nadruk ligt op het begeleiden naar zelfstandigheid. Het bereiken van alle ouders blijft echter een knelpunt volgens een preventiewerker.

"Als je bijvoorbeeld werft met het thema drugs blijven Turkse en Marokkaanse ouders weg omdat drugs haram zijn. Beter is het om gezond leven als thema te nemen. Ook zijn ouders vooral geïnteresseerd in de schoolprestaties van hun kind, je zou voor ouders dus ook het verband moeten leggen tussen cannabisgebruik en schoolprestaties" (preventiewerker).

Daarnaast zagen onderzoekers en preventiewerkers ook mogelijkheden in samenwerking in de driehoek school-straat-thuis. Door verbindingen te leggen in de wijk en ouders ook elkaar te laten ondersteunen, is er nog veel te winnen. Hierbij hoeft de focus niet alleen op cannabis te liggen.
Ook meldden preventiewerkers dat ouders niet op de stoel van de voorlichter hoeven te zitten. Zij moeten zich bewust zijn van de risico's van cannabisgebruik maar hun kind zal al snel meer over blowen weten dan zijzelf. Voor ouders is het vooral belangrijk dat zij weten wat hierbij werkt in de opvoeding en dat zij dit bijvoorbeeld gemakkelijk kunnen vinden op internet. Ook jongeren gaven aan dat het vooral belangrijk is dat ouders weten hoe zij het gesprek met hun kind moeten aangaan.

"Ouders moeten voorlichting geven, maar de essentie van het probleem is dat veel ouders niet connecten met hun kinderen" (jongere).

Op de focusgroepen en in de interviews waren er jongeren en ouders die aangaven dat verbieden niet helpt, zeker als er geen toezicht is op het moment dat er geblowd wordt. Zij vrezen dat verbieden vooral de relatie verslechtert. Daarnaast waren er echter ook ouders die wel een verbod hanteerden. Een ouder zocht hierbij ook naar onderbouwing van haar argumenten.

"Ik zou het zelf heel fijn vinden als ik wat cijfers heb ter onderbouwing van mijn regels, bijvoorbeeld zoveel procent van de jongeren die blowt raakt er aan verslaafd / haalt zijn diploma niet / blijft zitten / gaat spijbelen. Ik weet er weinig vanaf" (ouder in interview).

Tenslotte gaf een jongere ook aan dat het belangrijk is dat ouders in kunnen schatten wanneer zij het gesprek over drugs moeten aangaan met hun kind, dit mag zeker niet te vroeg gebeuren.

4.2.2.1 Interventies voor het gehele gezin in Nederland

Behalve ondersteuning aan de ouders zijn er ook interventies die zich richten op het gehele gezin, dus op de ouders én de kinderen. De meest effectieve gezinsinterventies

focussen op het ontwikkelen van eigen verantwoordelijkheid en de sociale vaardigheden van jongeren (met aandacht voor middelengebruik) en betrekken de ouders hierbij via bijeenkomsten of telefonisch contact[66]. De overgang van basisschool naar voortgezet onderwijs wordt hierbij gezien als het moment waarop het meeste effect valt te behalen.

Het aanbod aan gezinsinterventies gericht op het voorkomen van middelengebruik is in Nederland beperkt. Een uitzondering was de pilot Gezin aan bod, dit is een bewerking van de selectieve interventie 'Strengthening Families' uit de VS die evenals het programma Finding Good Choices het meest effect had op gedragsproblemen tijdens de jeugd en op middelengebruik tijdens de follow-up in de volwassenheid[68]. De Nederlandse pilot 'Gezin aan bod' is echter in 2009 stopgezet vanwege knelpunten in de implementatie en gebrek aan financiering. Betrokkenen geven aan dat de interventie door financiers zoals gemeenten als te zwaar en te duur wordt gezien om in te zetten voor preventie. Een instelling voor verslavingszorg heeft dit nog wel in haar aanbod opgenomen. The Family Check-Up (FCU) is een gezinsinterventie die bewezen effectief is in het verminderen van alcohol- en drugsgebruik onder jongeren. In Nederland is onlangs begonnen met uitvoering van deze interventie in de jeugdhulp en wordt er onderzoek gedaan naar geschiktheid en werkzaamheid.
Overigens worden in de behandeling van middelengebruik wel gezinsinterventies ingezet in Nederland, dit betreft doorgaans de Multidimensionele Familietherapie (MDFT).

Tabel 2 Overzicht interventieaanbod voor gezin

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Gezin aan bod (Strenthening Families)[67]	14 wekelijkse bijeenkomsten	Ontwikkelen van opvoedings-vaardigheden bij ouders, communicatie-vaardigheden bij jongeren en ouders, verbeteren van gezins-functioneren	Ouders met verslavings-problemen en hun kinderen	Pilot in 2008 gestart en in 2009 stopgezet, daarna nog uitgevoerd door 3 IVZ*	Niet in databank, wel genoemd in databank Nji maar zonder erkenning	Effect op gedrags-problemen tijdens jeugd en op middelengebruik tijdens follow-up in volwassenheid (Stolle, 2010)[68]
KOPP/KVO aanbod	Gezins-interventie	Sociaal welbevinden, voorkomen psychische problemen	Ouders met verslavings-problemen en hun kinderen	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
The Family Check Up[69]	Assessment met feedback en onder-steuning op maat tijdens huisbezoeken, behandelduur varieert	Breed scala aan problemen waaronder alcohol- en druggebruik, antisociaal gedrag, psychische problemen, school-prestaties, overgewicht en risicovol seksueel gedrag	Gezinnen met multi-problematiek	Pilot gestart in 2017 bij twee jeugdhulp-organisaties	Niet in databank	Beter toezicht ouders waardoor het middelengebruik bij de jongere afnam Dishion, T.J., Nelson, S.E. & Kavanagh, K. (2003). The Family Check-Up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. Behavior Therapy, 34, 553-571
Multi-dimensionele Familie-therapie (MDFT)[70]	Ambulante systeem-therapie aangevuld met bemoeizorg, 2 á 3 sessies per week in wisselende samenstelling (jongere, ouders, derden), behandel-duur 3 a 4 maanden	Probleemgedrag bij de jongere en de invloed vanuit de omgeving zoals gezin, vrienden, school, werk, vrijetijds-besteding	Jongeren 12-23 jaar met meervoudig probleem-gedrag en hun gezinnen	26 instellingen in jeugd-verslavingszorg, de jeugd-GGZ, de jeugdzorg-plus, jeugdzorg en forensische zorg voor jongere hebben een licentie, 35 teams actief	Niet in databank CGL omdat het om behandeling gaat ipv preventie, wel in databank Nji beoordeeld als 'effectief volgens sterke aanwijzingen'	Verminderde cannabis-gebruik, aanwezigheid diagnose 'cannabis-afhankelijkheid' en optreden externali-serende psychische symptomen Rigter H e.a. INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. BMC Psychiatry 2010; 10: 28

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

In de expertmeetings en tijdens de focusgroepen is weinig gesproken over ondersteuning aan het gehele gezin. Wel werd door professionals die werkten met gezinnen met jongeren met multiproblematiek aangegeven dat de ouders die zij tegenkwamen juist zeer negatief stonden tegenover cannabisgebruik. Zij zagen echter ook dat deze ouders weinig zeggenschap meer hadden over hun kind.

"Ik zie niet veel ouders die drugs toejuichen. Ze zeggen eerder: schei er GVD mee uit. Ik moet het dan neutraler maken, want de ouders zijn extreem in hun afwijzing. Maar hun autoritaire opvoeding heeft niet voorkomen dat hun kind in een JJI terechtkwam" (behandelaar op JJI).

4.3 Preventie in de bredere leefomgeving

4.3.1 De school

De school maakt een belangrijk deel uit van de bredere leefomgeving van jongeren. De schoolsetting is dan ook al een aantal decennia een plaats voor activiteiten op het gebied van universele en selectieve preventie van middelengebruik[71].
In navolging van Faggiano et al. (2005)[72] beschouwt de WHO (2016) programma's op scholen die gericht zijn op levensvaardigheden als effectief bij het voorkomen van cannabisgebruik op de langere termijn. Het gaat hierbij om programma's die het versterken van sociale vaardigheden bij jongeren combineren met sociale beïnvloeding. De programma's bevatten lessen en oefeningen in sociale vaardigheden, leren 'nee zeggen', het vergroten van het zelfvertrouwen en het herkennen van risicosituaties.
Ook worden in deze schoolprogramma's 'normative educational methods' gebruikt. Hierbij worden actuele cijfers gebruikt om te laten zien dat bepaald gedrag (in dit geval cannabisgebruik) minder vaak voorkomt dan veel jongeren geneigd zijn te denken[38].
Een recente meta-analyse laat zien dat elke ontwikkelingsfase weer andere mogelijkheden biedt voor preventie[73]. In de basisschoolleeftijd is dit het versterken van persoonlijke vaardigheden, in de vroege adolescentie kunnen sociale normen ingezet worden, in de midden-adolescentie zijn universele programma's juist weer minder effectief en in de late adolescentie nemen mogelijkheden voor middelenpreventie juist weer toe.

In Nederland vinden preventieve activiteiten plaats in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs en praktijkonderwijs, het middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs. Hierbij wordt meestal gebruik gemaakt van landelijke programma's en interventies. Vaak betreft het een combinatie van ondersteuning aan scholen bij beleid, training aan docenten ten behoeve van signaleren en interventies voor leerlingen en ouders. Hieronder wordt het aanbod voor drugspreventie per onderwijstype beschreven.

4.3.1.1 Basisonderwijs

Volgens de WHO (2016)[38] zijn juist programma's gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid (levensvaardigheden) effectief bij het voorkomen van cannabisgebruik op de langere termijn. Dit werd ook gevonden in een recente meta-analyse[73].

In het basisonderwijs worden vooral interventies ingezet gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid. Voorbeelden van dergelijke interventies met sterke dan wel goede aanwijzingen voor effectiviteit zijn de universele interventies Kiva en Taakspel en de selectieve interventies Kanjertraining, Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD), Alles Kidzz en Ik kies voor zelfcontrole[74]. Het onderwerp drugs of cannabis komt hierin dus nog niet aan de orde. Daarnaast zijn er ook nog interventies specifiek gericht op het voorkomen van middelengebruik.

Tabel 3 Overzicht interventieaanbod voor basisonderwijs

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG) basis-onderwijs[75]	Richtlijnen voor interventies op maat	Preventie van alcohol, tabak en drugs	Basisscholen (directie, leerkrachten)	10 IVZ*	Wel genoemd in databank, geen beoordeling	Onbekend
Tripspel[76]	Voorlichtings-spel	Gezondheids-risico's van alcohol en drugs	10-13 jarigen	7 IVZ*	Wel genoemd in databank, geen beoordeling	Onbekend
Drieluik basis-onderwijs[77]	Voorlichtings-project	Risico's van roken, drinken of drugs en weerbaarheid vergroten, groepsdruk te weerstaan en nee te zeggen. Ook worden leerkrachten en ouders bijgestaan in het begeleiden danwel opvoeden van kinderen in dit opzicht	Leerlingen groep 8, leerkrachten en ouders	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
B Smart/Doe effe normaal (schooladoptie-plan)[78]	Gastlessen, een ouderavond en een wijkgerichte afsluiting	Geweld, vandalisme, drugs, verkeer	Leerlingen groep 7 en 8	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Ouderavonden	Voorlichting	Roken, alcohol, drugs, gokken of internet	Ouders	11 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelengebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Een universele preventieve interventie die zich wel expliciet richt op het voorkomen en uitstellen van middelengebruik is De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG). Dit programma heeft als uitgangspunt dat per leeftijdsfase de werkzame elementen worden ingezet[73] en maakt onder meer gebruik van het Attitude-Social influence-Self-efficacy ofwel ASE-model[80].

Vanuit DGSG worden er richtlijnen geboden op basis waarvan GGD'en en instellingen voor verslavingszorg op indicatie interventies op maat in kunnen zetten in het basis-onderwijs. Dit omdat de meeste kinderen in het basisonderwijs nog geen interesse

hebben in alcohol, roken of andere genotmiddelen[75]. Ook bleek uit effectonderzoek dat DGSG in het basisonderwijs geen significant effect had op de zelfeffectiviteit, de intentie om te gaan roken of drinken en de opvoedstrategieën van de ouders. Wel werd de kennis over deze middelen juist vergroot[80].

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Onderzoekers noemden tijdens de expertmeetings dat het basisonderwijs vooral een belangrijke rol kan spelen bij het signaleren van de onderliggende problematiek die ten grondslag kan liggen aan problematisch cannabisgebruik. Dit kan door aandacht te besteden aan de sociaal-emotionele ontwikkeling en psychische gezondheid in de brede zin. Specifieke aandacht voor cannabis lijkt hierbij nog niet nodig.

Vanuit de preventiewerkers was er wel een zorg dat wanneer GGD'en en instellingen voor verslavingszorg er bewust voor kiezen geen expliciete aandacht te besteden aan cannabispreventie basisscholen mogelijk gaan kiezen voor andere partijen. Zo zijn er commerciële bureaus die wel voorlichting over drugs geven in het basisonderwijs. Hierdoor kan het eerder genoemde averechtse effect met betrekking tot het vergroten van kennis alsnog ontstaan.

4.3.1.2 Voortgezet onderwijs

Ook voor het voortgezet onderwijs geldt dat programma's gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid (levensvaardigheden) effectief zijn bij het voorkomen van cannabisgebruik op de langere termijn[38]. Ook is het bij jonge adolescenten effectief om te werken met sociale normen[73].

Voor het voortgezet onderwijs zijn er uiteenlopende effectieve interventies beschikbaar op dit terrein zoals Levensvaardigheden (universeel, eerste aanwijzingen voor effectiviteit), de Kanjertraining (selectief, sterke aanwijzingen voor effectiviteit) en Plezier op school (selectief, eerste aanwijzingen voor effectiviteit)[81].

In het voortgezet onderwijs wordt doorgaans wel expliciet aandacht besteed aan het voorkomen van middelengebruik, waaronder soms ook expliciet cannabisgebruik. Dit gebeurt onder meer door voorlichting en educatie voor leerlingen, het voorlichten en betrekken van ouders, het begeleiden van scholen bij beleid rondom middelengebruik (schoolreglement en omgaan met eventuele incidenten) en (toeleiding naar) zorg voor leerlingen met problematisch gebruik. Ook hierbij wordt er doorgaans rekening gehouden met de leeftijd van de leerlingen en met wat er speelt op en rond de school.

Op veel scholen wordt jaarlijks het genotmiddelengebruik onder leerlingen in kaart gebracht met gezondheidsvragenlijsten die onder de leerlingen worden uitgezet. Daarnaast is er vaak een zorgstructuur van zorg- en adviesteams die een belangrijke rol spelen bij vroegsignalering en doorverwijzing bij problematisch middelengebruik. Hierbij zijn ook vaak preventiewerkers vanuit de GGD'en of instellingen voor verslavingszorg betrokken.

Tabel 4 Overzicht interventieaanbod voortgezet onderwijs

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG) voortgezet onderwijs[82]	Ondersteuning aan scholen bij informeren en betrekken van ouders en signaleren	Preventie van alcohol, tabak en drugs	Medewerkers, leerlingen en ouders voortgezet onderwijs	12 IVZ* 58% van VO-scholen in Nederland obv monitor-gegevens Trimbos	Wel genoemd in databank, voorheen 'theoretisch goed onderbouwd', vanwege doorontwikke-ling nu geen beoordeling	Onbekend
Frisse start (onderdeel DGSG)	Les-programma en ouderavond/ ouderbrief	Voorkomen middelen-gebruik (roken, drinken en blowen) door stellen sociale norm, aanleren/ versterken van probleem-oplossend vermogen en betrekken ouders	Leerlingen brugklas en hun ouders	Onbekend	Niet in databank	In pilotonder-zoek 2015-2016 hadden brugklassers die deelnamen aan lesprogramma negatievere houding tegen-over middelen-gebruik hebben dan niet-deelnemende brugklassers
In Charge (onderdeel DGSG)	Lespakket	Trainen van zelfcontrole	Leerlingen 16 jaar en ouder	Onbekend	Niet in databank	Onbekend, in schooljaar 2017/2018 pilotonderzoek
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelen-gebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Leren signaleren[83]	Training	Signaleren alcohol en drugsgebruik en toeleiden naar hulp	Breed, waaronder onderwijs	4 IVZ*	Als goed beschreven opgenomen in databank	Onbekend
Hotspot[84]	Theater-voorstelling, interactief nagesprek en lespakket icm ouderavond	Alcohol en drugs, gedrags-motieven, groepsinvloed, keuzes en grenzen	Leerlingen vanaf 2e jaar VO (VSO cluster 4, praktijk-onderwijs, vmbo, havo, vwo) en MBO	2 IVZ* 800 voorstellingen op jaarbasis	Wel in databank, geen beoordeling	Onbekend
Love & drugs event[85]	Evenement met interactieve opdrachten die leerlingen in groepjes doen	Alcohol, drugs, soa's en aids	Leerlingen 15 tot 18 jaar	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Jongeren, Middelen en Seksualiteit	Onbekend	Middelen-gebruik, seksualiteit	VO	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
No dip, no drugs, safe sex	Onbekend	Geestelijke gezondheid, drugs, seksualiteit	VO	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Onder invloed onderweg[86]	E-learning met verwerkings-opdracht en docenten-handleiding, evt gecombineerd met theater ('Slokop – 2 bier or not 2 bier') en gastlessen	Zwaartepunt ligt bij alcohol, maar ook aandacht voor drugs en medicijnen	Leerlingen bovenbouw VO	4 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
SportMPower[87]	Naschoolse sportworkshop	Loopbaan-oriëntatie, seksualiteit en alcohol-, drugs- & gokverslaving	Leerlingen VMBO 3 en 4 met verhoogd risico op uitval, gedragspro-blemen of ongezonde leefstijl	1 IVZ*	Opgenomen in databank met beoor-deling 'goed beschreven'	Onbekend
Peer educatie	Onbekend	Alcohol en/of drugs	Leerlingen VO	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Partnership Vroegsignale-ring Cannabis	Docenten-training	Cannabis	Docenten	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Wiet Wijs[88]	Lesmateriaal-signaleringS-module, begeleidings-module en oudercursus	Cannabis	Leerlingen 12-18 jaar, docenten en ouders	1 IVZ*	Wel in databank, geen beoordeling	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Het programma DGSG wordt op dit moment doorontwikkeld, mede naar aanleiding van een RCT onderzoek waarin geen effecten werden gevonden op het middelengebruik onder de deelnemende jongeren[89]. Het programma is sindsdien aangepast en bestaat nu uit de volgende interventies:

- Frisse Start!: een interventie voor de brugklas gericht op het voorkomen van middelengebruik (roken, drinken en blowen) door het stellen van een sociale norm, het aanleren en versterken van het probleemoplossend vermogen en het betrekken van ouders via een ouderavond of ouderbrief;
- In Charge: een lespakket voor leerlingen vanaf 16 jaar in (onder meer) de bovenbouw van het VO en gericht op het trainen van zelfcontrole;
- De Leerling- en ouderinterventie Alcohol en Roken (v/h PAS) voor in de eerste drie leerjaren VO en bestaande uit e-learningmodules, voorlichtingslessen en ouderparticipatie. Deze is niet opgenomen in bovenstaand overzicht omdat dit alleen over roken gaat.

Uit de monitorgegevens van DGSG blijkt dat nu alle instellingen voor verslavingszorg gebruik maken van DGSG evenals het overgrote deel van de GGD'en. In het schooljaar 2015/2016 voerde 58% van de VO-scholen één of meerdere onderdelen uit, het meest uitgevoerde onderdeel is ouderparticipatie. De verplichte training voor de uitvoerders van de interventies van DGSG heeft er aan bijgedragen dat de implementatiegraad nu lager is dan voorheen.

Selectieve interventies in het voortgezet onderwijs gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik zoals Moti-4 en Wiet-Check worden beschreven in paragraaf 4.4.5.

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

In de expertmeetings en focusgroepen kwamen de ontwikkelingen in het voortgezet onderwijs regelmatig aan de orde.

Allereerst werd door preventiewerkers en onderzoekers erkend dat een meer integrale aanpak met aandacht voor gezondheid en veiligheid in het algemeen het beste zou werken. Hierbij zou ook nadrukkelijk aandacht moeten zijn voor het vergroten van de weerbaarheid van leerlingen in het algemeen. Dit werd van belang geacht in relatie tot middelengebruik, maar ook op het gebied van relationele vorming, gamen, leren omgaan met stress en groepsdruk, etc.

"Juist die kinderen die niet meekomen in de prestaties en cannabis gebruiken om daarmee om te gaan lopen vast. Zij blowen om zich te verliezen, de wereld buitensluiten uit hun bubbel. (…) Daarnaast zijn er ook jongeren die wel goed mee kunnen komen en zich juist vervelen en gaan blowen in tussenuren. Zij komen er ook wel weer uit als zij meer uitgedaagd worden, met een steuntje in de rug van school of ouder. Je moet er wel op inspelen voordat ze zichzelf verdoven. Bijvoorbeeld ingrijpen via ouderavond of opvoedingsondersteuning." (preventiewerker)

Een ander belangrijk punt was volgens de deelnemers aan de expertmeetings dat het voor scholen lastig is om te bepalen wanneer zij het onderwerp cannabis wél expliciet moeten bespreken met leerlingen. Docenten lijken niet altijd goed zicht op de omvang van het cannabisgebruik op de school te hebben en nu heerst vaak het gevoel te laat te zijn. Tegen de tijd dat je intervenieert blijken de meeste kinderen al te blowen. Dit vraagt volgens de deelnemers aan de expertmeetings om de kennis van een preventiewerker met ogen en oren in de school. Lang niet alle scholen hebben echter zo'n preventiewerker rondlopen. Een getrainde docent zou dit volgens een preventiewerker eventueel ook kunnen, maar die moet dan ook tijd en ruimte hebben om hier iets mee te doen.
Ook ouders gaven aan het lastig te vinden om op het juiste moment op het juiste moment met hun kind in gesprek te gaan over cannabis.
Een ander signaal was dat cannabisgebruik samen kan hangen met een te hoog of een te laag schooladvies, leerlingen raken hierdoor gefrustreerd of gaan zich juist vervelen waarbij het blowen voor de nodige ontspanning dan wel afleiding zorgt. Bij het volgen van de voortgang van de leerlingen zou dus ook nog breder gekeken kunnen worden naar de manier waarop de leerling met deze spanning of verveling omgaat en welke rol middelengebruik hierbij speelt.
Verder kwam uit één van de sessies het signaal dat met name tussenuren en lesuitval een grote rol spelen bij het beginnen met cannabisgebruik. Via een roosterinformatiesysteem als Magister zijn ook dealers snel op de hoogte van eventuele lesuitval en gebruiken zij dit moment om hun waar aan te bieden op of in de buurt van het schoolplein. Met name het grote aantal uren dat leerlingen tijdens of na schooltijd doorbrengen zonder zinvolle tijdsbesteding en vaak ook zonder toezicht van school of ouders baarde hierbij zorgen.

"Op het VMBO en praktijkonderwijs is een tekort aan leerkrachten. Alle tussenuren kan er cannabis, lachgas of chips worden gekocht. Er zitten gaten in het lesrooster en dealers weten dat ook" (beleidsmedewerker gemeente).

Tenslotte werd aangegeven dat met de veranderingen in het sociaal domein ook veel zorgstructuren op en rond de scholen veranderd zijn. De zorg is nu niet altijd meer vanuit de school georganiseerd (zoals het zorgadviesteam) maar vanuit de wijk waardoor er nieuwe samenwerkingen moeten worden opgebouwd en met name de aansluiting met de verslavingszorg minder vanzelfsprekend lijkt. Omdat verslavingszorg een specialistische GGZ is past dit niet bij de generalistische werkwijze die nu in veel wijkteams gangbaar is. De functie van preventiewerker past nu niet in de systemen. Beleidsmakers vinden dat iedereen preventief moet werken en stellen ook minder middelen beschikbaar voor universele en selectieve interventie. Hierdoor kan er minder gesignaleerd en geïntervenieerd worden.

4.3.1.3 Speciaal voortgezet onderwijs

In het speciaal voortgezet onderwijs zoals onder meer REC-4 scholen en het praktijkonderwijs komt middelengebruik vaker voor dan in het regulier onderwijs, zie hiervoor ook paragraaf 2.1.

Ook voor leerlingen in het speciaal onderwijs geldt dat programma's gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid (levensvaardigheden) effectief zijn bij het voorkomen van cannabisgebruik op de langere termijn[38]. Ook is het bij jonge adolescenten effectief om te werken met sociale normen[73].
Alhoewel studies naar de effectiviteit van programma's gericht op het voorkomen van middelengebruik in het speciaal onderwijs zeldzaam zijn, is het project Towards no Drug Abuse (TND) uit de VS wel bewezen effectief in het voorkomen van drugsgebruik. Hierbij ging het om een interventie van 12 sessies met aandacht voor tabak, cannabis en zelfcontrole/geweldpreventie.

In Nederland is er ook een gericht aanbod voor het speciaal onderwijs bestaande uit interventies die speciaal voor deze doelgroep ontwikkeld zijn of specifieke varianten van meer algemene interventies.

Tabel 5 Overzicht interventieaanbod speciaal voortgezet onderwijs/rec-4 en praktijkonderwijs

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatiegraad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Cannabisshow[90]	Theatervoorstelling en gastles door peer educators CIA (Cannabis Intelligence Amsterdam)	Determinanten van gedrag in relatie tot cannabisgebruik	Leerlingen speciaal onderwijs	1 IVZ* Op dit moment wordt de Cannabisshow en bijbehorend aanbod CIA niet aangeboden vanwege doorontwikkeling	Niet meer opgenomen in databank CGL vanwege doorontwikkeling, wel als 'goed onderbouwd' opgenomen in databank NJi[110]	Een week na de interventie significante grote en middelgrote effecten in de gewenste richting op diverse gedragsdeterminanten op gebruik. Na 8 tot 12 maanden waren een aantal effecten nog steeds zichtbaar Positieve evaluatie door respondenten
De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG) speciaal onderwijs[91]	Ondersteuning aan scholen bij informeren en betrekken van ouders en signaleren	Preventie van alcohol, tabak en drugs	Medewerkers, leerlingen en ouders speciaal onderwijs	10 IVZ* werken met DGSG in speciaal onderwijs 8 IVZ* geven gastlessen in kader van DGSG in speciaal onderwijs	Speciaal onderwijsvariant staat niet in databank	Onbekend

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatiegraad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Basiscursus signaleren alcohol en drugsgebruik/ Vervolgcursus signaleringsgesprekken voeren en begeleiden van jongeren (onderdeel DGSG)	e-learning module	Alcohol en drugs: signalering, gespreksvoering en begeleiding	Professionals in VSO	Onbekend	Niet in databank	Onbekend
Be wise think twice (onderdeel DGSG)	Lesprogramma	Bewustwording risico's alcohol en drugs bij leerlingen en handvatten voor signalering bij docenten	Leerlingen en docenten VSO	Onbekend	Niet in databank	Bij pilot in VSO (cluster 4) geen gedragsverandering, wel voorzichtige aanwijzingen dat de lessenserie bijdraagt aan bewustwording bij leerlingen en docenten helpt bij signaleren[92]
Trip (los spel, aangeboden als onderdeel DGSG)[93]	Bordspel	Alcohol en drugs	Leerlingen	Onbekend	Niet in databank	Onbekend
Bekijk het nuchter (module bij Open en Alert, website aangeboden als onderdeel DGSG)[94]	Website	Alcohol en blowen	Leerlingen	Onbekend	Niet in databank	Onbekend
Samen slagen[95]	Beleid, deskundigheidsbevordering, voorlichting screening, toeleiding en begeleiding leerlingen en cursus ouders	Middelengebruik	Medewerkers, ouders en leerlingen 12-18 jaar VSO cluster 4	Onbekend	Als 'goed onderbouwd' opgenomen in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelengebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatiegraad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Hotspot[84]	Theatervoorstelling, interactief nagesprek en lespakket icm ouderavond	Alcohol en drugs, gedragsmotieven, groepsinvloed, keuzes en grenzen	Leerlingen vanaf 2e jaar VO (VSO cluster 4, praktijkonderwijs, vmbo, havo, vwo) en MBO	2 IVZ* 800 voorstellingen op jaarbasis	Wel in databank, geen beoordeling	Onbekend
Onder invloed onderweg[86]	E-learning met verwerkingsopdracht en docentenhandleiding, evt gecombineerd met theater ('Slokop – 2 bier or not 2 bier') en gastlessen	Zwaartepunt ligt bij alcohol, maar ook aandacht voor drugs en medicijnen	Leerlingen bovenbouw VSO	5 IVZ bieden hierbij gastlessen in VSO aan, 2 IVZ theatervoorstellingen in VSO*	Niet in databank	Onbekend
Preventie middelengebruik speciaal onderwijs	Onbekend	Middelengebruik	Onbekend	5 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

In de expertmeetings en focusgroepen is het speciaal voortgezet onderwijs een aantal keer aan bod gekomen. Hoewel de in paragraaf 2.3 genoemde cijfers gedateerd zijn, hebben de expertmeetings weinig aanleiding gegeven om aan te nemen dat het cannabisgebruik in het speciaal onderwijs nu veel minder is. Het speciaal onderwijs lijkt daarom volgens preventiewerkers een goede setting voor selectieve preventie omdat het cannabisgebruik hier relatief hoog is, al speelt hier ook het probleem van de juiste timing. Hoe zorg je ervoor dat je er op tijd bij bent zonder dat je leerlingen onnodig 'lastigvalt' met een onderwerp waar zij nog helemaal niet mee bezig zijn. Een expert was hierbij ook kritisch over de impliciete boodschap van de Cannabisshow als zijnde 'vroeg of laat kom je ermee in aanraking'. Wat doet dit met leerlingen die nog niet gebruiken en dit ook niet van plan zijn?

Een ander signaal uit de expertmeetings was dat veel jongeren uit de lagere niveaus van het voortgezet onderwijs (dit gold ook voor het speciaal onderwijs, het praktijkonderwijs en in zekere mate ook voor de VMBO's) het gevoel hebben dat er weinig toekomstperspectief voor hen is. Zij hebben het idee dat de samenleving niet op hen zit te wachten en dat er waarschijnlijk geen werk voor hen zal zijn, dit wordt soms ook bevestigd door de moeite die het hen kost om een stageplaats te vinden.

In de focusgroepen met jongeren en ouders werden geen specifieke bevindingen vanuit het speciaal onderwijs benoemd.

4.3.1.4 MBO

Studenten in het MBO gebruiken relatief veel alcohol, tabak en drugs. Dat heeft te maken met de leeftijdscategorie waarin deze jongeren zich bevinden. Tussen de 16 en 24 jaar neemt het middelengebruik immers snel toe ten opzichte van jongere leeftijdsgroepen en het gebruik ligt relatief hoog ten opzichte van alle leeftijdsgroepen (zie ook paragraaf 2.1). Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van interventies bij MBO-studenten. Ook voor het MBO geldt mogelijk dat interventies gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid effectief zijn bij het voorkomen van middelengebruik. De WHO (2016) noemt echter niet tot welke leeftijd dit soort interventies effectief zijn. De internationale databank NREPP noemt wel het programma InShape: Prevention Plus Wellness, een interventie voor studenten die door het versterken van het zelfbeeld drugsgebruik wil verminderen en mentale gezondheid wil vergroten[96]. Deze interventie liet kleine gunstige effecten zien op de frequentie van alcoholgebruik, zwaar alcoholgebruik en rijden onder invloed, ook namen zwaar en frequent cannabisgebruik af en begonnen er minder studenten met blowen. Het betrof wel steeds kleine tot zeer kleine effecten[97].

Ondanks de omvang van het middelengebruik in het MBO zijn er relatief weinig preventieve interventies specifiek voor deze doelgroep[98].
Selectieve interventies in het MBO gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik zoals Moti-4 en Wiet-Check worden beschreven in paragraaf 4.4.5.

Tabel 6 Overzicht interventieaanbod MBO

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementa-tie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Cannabisshow[90]	Theatervoor-stelling en gastles door peer educators CIA (Cannabis Intelligence Amsterdam)	Determinanten van gedrag in relatie tot cannabis-gebruik	Leerlingen speciaal onderwijs en MBO	1 IVZ* Op dit moment wordt de Cannabis-show en bijbehorend aanbod CIA niet aangeboden vanwege doorontwik-keling	Niet meer opgenomen in databank CGL vanwege doorontwik-keling, wel als 'goed onderbouwd' opgenomen in databank NJi[110]	Een week na de interventie significante grote en middelgrote effecten in de gewenste rich-ting op diverse gedragsde-terminanten op gebruik. Na 8 tot 12 maanden waren een aantal effecten nog steeds zichtbaar Positieve evaluatie door respondenten
De Gezonde School en Genot-middelen (DGSG) MBO[99]	Ondersteuning aan scholen bij informeren en betrekken van ouders en signaleren	Preventie van alcohol, tabak en drugs	Medewerkers, leerlingen en ouders MBO	11 IVZ werken met DGSG in MBO* In 2015/2016 voerde 35% van de MBO-scholen een onderdeel van DGSG uit	MBO-variant als 'theore-tisch goed onderbouwd' opgenomen in databank	Onbekend
Basiscursus signaleren alcohol en drugsgebruik/ Vervolgcursus signalerings-gesprekken voeren en begeleiden van jongeren (onder-deel DGSG)	e-learning module	Alcohol en drugs: signale-ring, gespreks-voering en begeleiding	Professionals in MBO	Onbekend	Niet in databank	Onbekend
Drinken, roken, blowen, een pilletje (onderdeel DGSG)	e-learning met filmpje	Roken, drinken en drugs	Leerlingen	Onbekend, wordt na schooljaar 2017/2018 vervangen door InCharge	Niet in databank	Onbekend
In Charge (onderdeel DGSG)	Lespakket	Trainen van zelfcontrole	Leerlingen 16 jaar en ouder	Onbekend	Niet in databank	Onbekend, in schooljaar 2017/2018 pilotonderzoek
Aanbod tbv ROC's	Onbekend	Onbekend	ROC's	9 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementa-tie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
MBO module alcohol en andere drugs	Onbekend	Alcohol en andere drugs	MBO	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Product Beroeps-opleidingen	Onbekend	Onbekend	MBO/HBO	2 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
ROC Aanvals-plan[100]	Integraal: deskundig-heids-bevordering, voorlichting, screening, gezondheids-coach	Middelen-gebruik en onderliggende problematiek	MBO	Werd alleen uitgevoerd in Rotterdam	Als 'theore-tisch goed onderbouwd' opgenomen in databank	Onbekend
Denknajoh[101]	Website en campagnebij-eenkomsten op scholen	Cannabis en andere middelen	MBO	Alleen in Rotterdam	Niet in databank	Onbekend
Les(s) & More[102]	Lesprogramma met vragenlijst in combinatie met spreekuur	Kennisvergro-ting, bewust-wording en laagdrempelig zorgaanbod voor gezonde(re) leefstijl, met name rond seksualiteit	MBO niveau 1 en 2	Onbekend	Als 'theore-tisch goed onderbouwd' opgenomen in databank	Onbekend
Testjeleefstijl[103]	Portal met informatie over leefstijlthema's en test met feedback obv waarvan een leerling met begeleiding een actieplan kan maken	Alcohol, beeld-schermgedrag, bewegen, seksualiteit, roken, voeding, drugsgebruik en sociaal-emotioneel	Leerlingen VO en MBO	Jaarlijks tussen de 25.000 en 30.000 nieuwe deelnemers	Als 'goed beschreven' opgenomen in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelen-gebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Hotspot[84]	Theater-voorstelling, interactief nagesprek en lespakket icm ouderavond	Alcohol en drugs, gedrags-motieven, groepsinvloed, keuzes en grenzen	Leerlingen vanaf 2e jaar VO (VSO cluster 4, praktijk-onderwijs, vmbo, havo, vwo) en MBO	2 IVZ* 800 voorstellingen op jaarbasis	Wel in databank, geen beoordeling	Onbekend
Wiet Wijs[88]	Lesmateriaal, signalerings-module, bege-leidingsmodule en oudercursus	Cannabis	Leerlingen 12-18 jaar, docenten en ouders	1 IVZ*	Wel in data-bank, geen beoordeling	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

In de expertmeetings en focusgroepen werd het MBO een aantal keer genoemd.
Een van de signalen vanuit de expertmeetings was dat ROC's voor veel jongeren met een geschiedenis van schooluitval de kans bieden om weer mee te draaien. Als iemand dan te laat komt of onder invloed in de les verschijnt wordt dit wel gezien en soms ook benoemd maar niet direct geproblematiseerd. Het feit dat de betreffende jongere 'binnen' is, is dan al winst. Hiervandaan worden de eisen langzaam opgebouwd. Hierdoor ontstaat er echter een cultuur waarin het wel lijkt te mogen.
Ook werd gezegd dat cannabis in tegenstelling tot alcohol niet snel tot overlast in de klas leidt en daardoor ook makkelijker getolereerd wordt. Er zijn ROC's waarbij leerlingen staan te blowen op de stoep en daarna weer in de klas komen.
Aan de andere kant zijn er ook scholen die juist heel restrictief zijn (bepaalde leerlingen mogen niet bij elkaar in de groep, ben je een keer niet verschenen na een aanmelding dan heb je een probleem) en hierdoor ook bijdragen aan het gevoel van falen waardoor jongeren zich verder terugtrekken. Ook in het MBO geldt volgens de deelnemers aan de expertmeetings dat sommige jongeren weinig toekomstperspectief zien.

4.3.1.5 HBO en WO

Studenten in het HBO en WO gebruiken relatief veel alcohol, tabak en drugs hetgeen samenhangt met de leeftijdsgroep waar zij toe behoren.
Uit de internationale reviews is vooral onderzoek bekend naar alcoholpreventie in het hoger onderwijs. Daaruit valt op te maken dat relatief korte interventies voor deze doelgroep al impact kunnen hebben op kennis, houding, normen en intenties om te drinken. Effectieve elementen in zo'n interventie zijn normatieve feedback op het eigen drinkgedrag en tips en trucjes die kunnen helpen om minder te drinken. Elementen die overigens ook in de Wiet-Check en Moti-4 zitten.
Internationale voorbeelden van interventies gericht op alcoholpreventie in het hoger onderwijs zijn BASICS voor hoog risico drinkers en de Alcohol Literacy Challenge[104]. Ook het eerder genoemde InShape: Prevention Plus Wellness kan ingezet worden in het hoger onderwijs[96].

In het hoger onderwijs wordt wel ingezet op middelenpreventie al is dit niet zo systematisch en zijn er nog geen specifieke interventies gericht op het voorkomen van middelengebruik speciaal voor HBO en WO[98]. Wel is er vanuit DGSG een Toolkit Alcohol- en drugspreventie voor studenten[105]. Deze toolkit beschrijft de mogelijkheden die er zijn om integrale alcohol- en drugspreventie op te zetten voor studenten. Deze integrale aanpak richt zich op de studenten zelf, de onderwijsinstelling, de studentenvereniging, de introductieperiode en de zorgstructuren waar studenten gebruik van maken.
Ook kunnen de eerder genoemde interventies zoals Wiet-Check en Moti-4 ingezet worden in het hoger onderwijs. Zie hiervoor paragraaf 4.4.5.

Tabel 7 Overzicht interventieaanbod HBO

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Toolkit Alcohol- en drugspreventie voor studenten[105]	Integraal	Alcohol en drugs	Studenten, onderwijsinstelling, studentenvereniging en zorgstructuren	Onbekend	Niet in databank	Onbekend
Product Beroepsopleidingen	Onbekend	Onbekend	MBO/HBO	2 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Studentenvoorlichting	Voorlichting	Middelengebruik	Studenten	5 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Mentorentraining	Training	Signaleren en toeleiden	Mentoren	6 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelengebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Tijdens de focusgroepen en de expertmeetings is het hoger onderwijs een aantal keer aan bod gekomen.

Vanuit de ouders werd aangegeven dat de overgang van het voortgezet onderwijs naar het hoger onderwijs, inclusief het op kamers gaan en het ontdekken van een nieuwe wereld, ook een fase kan zijn van het experimenteren met middelengebruik. Het is belangrijk om ouders hierop voor te bereiden en hen advies te geven over hoe zij juist in deze fase contact houden met hun kind. Dit kan via de meer algemene voorlichting die ouders en leerlingen krijgen aan het einde van het VO, zoals bijvoorbeeld ook financiële zelfstandigheid dan een thema is. Het is daarbij belangrijk dat ouders ook in deze fase in gesprek blijven met hun kind.

Een ander signaal uit het hoger onderwijs was de hoge prestatiedruk waar ook veel studenten mee te maken hebben. Dit kan volgens de experts uit de expertmeetings leiden tot het gebruik van cannabis ter ontspanning.

'Het is een fase van op eigen benen staan en alles zelf willen en moeten kunnen. Ze vragen niet makkelijk om hulp. De kunst is om wel vragen te blijven stellen zonder te controleren. Dus gewoon naar dagelijkse dingen vragen, hoe gaat het met opstaan, met de was, met boodschappen doen' (ouder).

4.3.2 Algemene voorzieningen voor jeugdigen

Hierboven is reeds genoemd dat de bredere omgeving van jongeren een belangrijke rol speelt bij het beginnen met cannabisgebruik en het ontstaan van problematisch cannabisgebruik. Een goede pedagogische infrastructuur is hierbij een beschermende factor. Algemene voorzieningen voor jeugdigen kunnen daarbij ook een setting zijn om te interveniëren. Een van de settings voor preventie is het jongerenwerk.
Het jongerenwerk houdt zich bezig met de begeleiding van jongeren tussen de circa 10 en 23 jaar bij het volwassen worden in de samenleving. Het is als basisvoorziening gepositioneerd in de vrije tijd, en primair bedoeld voor jongeren uit de lagere sociaal-economische klasse en kwetsbare jongeren[106].
Op het platteland richt het jongerenwerk zich doorgaans op alle jongeren. Praktisch biedt het jongerenwerk aan jongeren een combinatie van plekken om te zijn en elkaar te ontmoeten, exploratieruimte, activiteiten op het terrein van urban culture en sport, de kans om dingen te leren, informatie en advies, praktische hulp en individuele begeleiding[107].
Het programma Open en Alert richt zich op alcohol- en drugspreventie in verschillende risicosettings, waaronder het jongerenwerk. Het programma berust op twee pijlers: ontwikkeling van een alcohol- en drugsbeleid en deskundigheidsbevordering voor professionals. Professionals uit de verslavingszorg bieden de training aan en geven beleidsadvies. Ten slotte is er aandacht voor consultatie en efficiënte doorverwijzing naar de verslavingszorg. Er zijn verschillende versies van Open en Alert voor verschillende risicosettings waarbij de fundamentele onderdelen steeds gelijk zijn en taalgebruik, praktijkvoorbeelden en opdrachten steeds zijn aangepast per setting. Ook voor het jongerenwerk is een aparte versie.
Daarnaast bieden instellingen voor verslavingszorg ook andere vormen van voorlichting en ondersteuning aan het jongerenwerk.
Een speciaal aanbod vanuit de instellingen voor verslavingszorg dat zich min of meer richt op de vrije tijd en toelichting behoeft, is de burgemeestersbrief bij jongerenoverlast. Dit houdt in dat overlastgevende jongeren een persoonlijk bezoek krijgen van de politie (samen met een ambulante jeugdzorgwerker) waarbij een burgemeestersbrief wordt uitgereikt. Er worden afspraken gemaakt met de jongere en er wordt een aanbod van ambulante begeleiding gedaan[108].
Daarnaast bieden instellingen voor verslavingszorg ondersteuning aan kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen, de zogenaamde KOPP/KVO groep. Omdat deze ondersteuning niet gebonden is aan een specifieke setting wordt deze ook hier genoemd.

Tabel 8 Overzicht interventieaanbod algemene jeugdvoorzieningen

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Open en Alert-jongeren-werk[109]	Programma met training en hulpmiddelen	Ontwikkelen alcohol- en drugsbeleid en deskundigheids-bevordering professionals	Management en professionals jongerenwerk	Onbekend	Als theore-tisch goed onderbouwd opgenomen in databank	Onbekend
Scholing jongerenwerkers	Scholing	Riskant genot-middelengebruik	Jongerenwerkers	8 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Trainingen professionals in jeugd- en jongerenwerk	Trainingen	Onbekend	Professionals jeugd- en jongerenwerk	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Peertraining jongerenwerk	Peertraining	Onbekend	Jongeren	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Voorlichting risico-groepen binnen jongerenwerk	Voorlichting	Onbekend	Risicogroepen binnen het jongerenwerk	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Aanbod bij burgemeestersbrief	Ouder-bijeenkomst en individueel advies	Overlast en middelengebruik	Jongeren in overlastgevende groepen	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Stay-a-way[110]	Individuele training	Motiveren tot vermindering van middelengebruik	Jongeren in jeugdstrafrecht	2 IVZ*	Niet in data-bank CGL, erkenning in DEJ verlopen	Onbekend
Cannabis Intelligence Amsterdam (CIA)[111]	Peertraining	Cannabis en alcohol, jongeren-participatie	Jongeren met multiculturele achtergrond	1 IVZ* Wordt vanwege doorontwik-keling nu niet uitgevoerd	Wel opgenomen in databank, geen beoordeling	Onbekend
Budo[112]	Sport	Conditie, zelfvertrouwen en gevolgen middelengebruik	Jongeren met verhoogd risico op verslavings-probleem/ verslavingsgedrag	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
KOPP/KVO, o.a. ontmoetings-dagen, doe-praatgroepen, pubergroepen	Voorlichting en ondersteuning	Weerbaarheid, voorkomen psychische problemen	Kinderen van ouders met psychische of verslavings-problemen	1-3 IVZ* (afhankelijk van exacte aanbod)	Niet in databank	Onbekend
Talk n Joy[113]	Voorlichting	Veerkracht/ voorkomen verslavings-problemen	Kinderen van ouders met psychische of verslavings-problemen	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelengebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

In de expertmeetings werd regelmatig genoemd dat het jeugd- en jongerenwerk gemist wordt als het gaat om toegankelijke ontmoetingsplekken waar jongeren niet in de verleiding komen om middelen te gaan gebruiken. Dit werd vaak geweten aan bezuinigingen. Tegelijkertijd kwamen er ook voorbeelden voorbij waarbij jongerenwerkers zélf aangaven in hun contacten met jongeren wel in gesprek te gaan over cannabisgebruik. Hierbij bleek het volgens deze jongerenwerker vaak lastig om een evenwicht te vinden tussen enerzijds het winnen én behouden van het vertrouwen van de jongeren en anderzijds het overbrengen van een preventieve boodschap. Hierbij werd dan bijvoorbeeld samenwerking gezocht met een imam.

De experts signaleerden dat er ook ná schooltijd vaak sprake is van 'lege' uren zonder concrete invulling. Relatief weinig jongeren zijn lid van een sportvereniging of een andere club en vanwege bezuinigingen in het buurt- en jongerenwerk zijn er weinig plekken waar jongeren in hun vrije tijd terecht kunnen. Een beleidsmedewerker van een gemeente gaf aan wel op zoek te zijn naar manieren om zinvolle vrijetijdsbesteding voor jongeren te organiseren, maar vond het lastig om dit concreet te maken en de jongeren hier ook echt bij te betrekken.

'Door de bezuinigingen in het buurtwerk kunnen jongeren nergens terecht, maar de shisha lounge is 24/7 open' (beleidsmedewerker).

IJslandse aanpak

In de expertmeetings kwam regelmatig de 'IJslandse aanpak' als goed voorbeeld naar voren. De afgelopen decennia nam het middelengebruik in IJsland sterk af, door een preventie-aanpak met een sterk wetenschappelijk fundament. Het betrof een zogenaamde multicomponentenaanpak met een combinatie van het beperken van de beschikbaarheid en het inzetten op beschermende factoren zoals deelname aan georganiseerde activiteiten, meer tijd doorbrengen met ouders en niet laat buiten zijn. Dit vertaalde zich concreet in een structureel budget voor sport en recreatie, (bij)baantjes voor jongeren bij de gemeente, het via de scholen actief betrekken van ouders en het instellen van een avondklok[114].
Het IJslands Preventiemodel maakt zichtbaar hoe een lange-termijn aanpak met sturing op data-gedreven preventie werkt om jongeren tot een gezonde leefstijl te bewegen.

De aanpak bleek het meest effectief als het gaat om alcohol- en tabakspreventie. Het aantal 10nth graders (15 á 16 jarigen) dat nog nooit alcohol had gebruikt steeg van 20,8% in 1995 naar 65,5% in 2015. Ook het aantal jongeren dat nog nooit cannabis had gebruikt nam toe van 90,2% naar 92%. Echter, de (kleine) groep frequent cannabisgebruikers nam toe. In 1995 had 0,7% van de jongeren vaker dan 40 keer geblowd, in 2015 was dit 2,3%[115]. Een mogelijke reden voor dit verschil tussen de middelen is dat de beschikbaarheid voor alcohol in de tussentijd flink verminderde (waarschijnlijk vanwege grotere terughoudendheid van ouders om alcohol voor hun kind te kopen) en voor cannabis stabiel bleef[116].

4.3.3 Speciale voorzieningen voor kwetsbare jongeren

In paragraaf 2.1 is beschreven dat het actuele cannabisgebruik onder jongeren in bijvoorbeeld voorzieningen voor jeugdhulp en JJI's relatief hoog is. Hieronder wordt beschreven wat er gebeurt aan preventie in deze settings.

4.3.3.1 Residentiële jeugdhulp

In de residentiële jeugdhulp wonen jongeren in leefgroepen omdat zij vanwege problemen bij henzelf of bij hun ouders niet thuis kunnen verblijven en/of om behandeld te worden voor een bepaald probleem. De jongeren verblijven enkele dagen per week of zelfs de hele week dag en nacht in de voorziening en worden daar begeleid door pedagogisch medewerkers. De duur van het verblijf kan variëren, ook komt het regelmatig voor dat jongeren in verschillende voorzieningen verblijven voordat zij weer naar huis gaan of op zichzelf gaan wonen.

In de afgelopen jaren is de verantwoordelijkheid voor de (residentiële) jeugdhulp gedecentraliseerd van de provincies naar de gemeenten. Hierbij is ook ingezet op een verschuiving van residentiële jeugdhulp naar meer ambulante hulp en/of opvang en begeleiding in pleeggezinnen en gezinshuizen. De Jeugdwet schrijft nu voor dat kinderen en jongeren die niet meer bij de eigen ouders kunnen wonen, bij een pleegouder of in een gezinshuis worden geplaatst. Plaatsing in een instelling is ten gevolge van artikel 2.3.6. alleen mogelijk als dit aantoonbaar in het belang is van de jeugdige[117].

Bij het hoge cannabisgebruik in de jeugdhulp spelen waarschijnlijk de risicofactoren wat betreft het contact met leeftijdgenoten die cannabis gebruiken en het verblijf in een institutie een rol. Daarnaast is te verwachten dat gezien de doelgroep van de jeugdhulp (jeugdigen met psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking, of opvoedingsproblemen van ouders) er ook andere risicofactoren in de persoonlijkheid en in het gezin aanwezig kunnen zijn[117].
Een preventief programma dat wordt uitgevoerd in de Nederlandse residentiële jeugdzorg is het ook in 4.3.2 genoemde Open en Alert[118] waarvan ook een variant is voor de residentiële jeugdhulp.

Daarnaast vindt binnen de jeugdhulp ook selectieve en geïndiceerde preventie plaats met behulp van de interventies Moti-4 en Wiet-Check, zie voor een nadere beschrijving hiervan 4.4.5.

Tabel 9 Overzicht interventieaanbod voorzieningen Jeugdhulp

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Open en Alert-residentiële jeugdhulp[118]	Programma met training en hulpmiddelen	Ontwikkelen alcohol- en drugsbeleid en deskundigheids-bevordering professionals	Managers en professionals residentiele jeugdhulp	7 IVZ*	Als theoretisch goed onderbouwd opgenomen in databank	Onbekend
Signaleren en begeleiden van middelen-gebruik	Cursus	Signaleren en begeleiden van middelen-gebruik	Professionals jeugdhulp-verlening	5 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Leren signaleren[83]	Training	Signaleren middelen-gebruik en toeleiden naar hulp	Breed, waaronder professionals jeugdhulp	4 IVZ*	Als goed beschreven opgenomen in databank	Onbekend
Training voor residentiele en ambulante jeugdhulp-verlening	Training	Middelen-gebruik	Professionals jeugdhulp	2 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Signalering Trends en Rages in relatie tot middelen-gebruik/STER	Voorlichting	Middelen-gebruik	Breed, waaronder professionals jeugdhulp	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Drugwise	Groeps-interventie	Drugs	Jongeren die drugs gebruiken	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Wiet Wijs[119]	Lesmateriaal, signalerings-module, begeleidings-module en oudercursus	Cannabis	Leerlingen 12-18 jaar, docenten en ouders	1 IVZ*	Wel in databank, geen beoordeling	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelen-gebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Er is nagenoeg geen effectonderzoek bekend naar interventies rond middelengebruik in de jeugdhulp. Uit internationaal onderzoek blijkt dat slechts één programma in de residentiële jeugdhulp onderzocht is op effectiviteit. Dit betrof het Residential Students Assistance Program (RSAP) in de VS, dit bleek na 1 jaar effectief in het verminderen van alcohol- en drugsgebruik, maar alleen in de groep die een matige behandeldosis (5-11 uur) had ontvangen[156].

Daarnaast is er in de VS onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een alternatieve behandeling voor residentiële jeugdzorg, Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC). Dit is een vorm van behandeling in een pleeggezin. Hieruit bleek dat 12-18 jarige jongens uit de interventiegroep minder tabak-, cannabis- en harddrugs gebruikten dan de controlegroep in de reguliere jeugdzorg[156].

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Uit de expertmeetings bleek dat cannabisgebruik nog steeds veel voorkomt binnen de residentiële jeugdhulp. Dit werd met name verklaard vanuit de problematiek bij de doelgroep zelf. Het gaat vaak om kwetsbare jongeren met regelmatig traumatische ervaringen in de vroege jeugd. Cannabisgebruik is dan een manier om met deze ervaringen te 'copen'. Daarnaast speelt bij deze jongeren vaak een gevoel van uitzichtloosheid, zij hebben het gevoel niet veel te verliezen te hebben. Het cannabisgebruik versterkt dit nog eens extra.

'Deze jongeren hebben vaak het gevoel dat de samenleving niets van hen moet hebben. En ik kan mij daar eerlijk gezegd wel iets bij voorstellen gezien de beeldvorming en de media' (onderzoeker residentiële jeugdhulp).

'Cannabis versterkt die 'fuck it' mentaliteit bij deze doelgroep' (preventiewerker).

Daarnaast speelde volgens de deelnemers aan de expermeetings ook de omgeving van de residentiële setting zelf een rol. Wanneer jongeren binnenkomen op een leefgroep missen zij doorgaans hun vrienden en hun oude leventje. Volgens de experts is het logisch dat zij op zoek gaan naar een nieuw tijdverdrijf, als er dan cannabis wordt aangeboden lijkt dit een prima manier om de dag te vullen.
Voor het personeel lijkt het een extra uitdaging om hier consequent en éénduidig op te reageren. Pedagogisch medewerkers verschillen vaak onderling van mening over de mate waarin cannabis schadelijk is en al dan niet moet worden toegestaan op de leefgroep. Soms is er wel beleid maar lijkt dit niet consequent gehandhaafd te worden. Een programma zoals Open en Alert kan hierbij helpen maar het kost volgens een hulpverlener die met dit programma werkt al veel tijd om hier draagvlak voor te vinden. Ook een afzonderlijke preventieve interventie zoals de Cannabisshow lijkt hierop vast te lopen.

'Ik heb meegemaakt dat ik voorlichting gaf over de risico's van cannabisgebruik en er een pedagogisch medewerker naast mij stond die dit vrij makkelijk wegwuifde. Daar gaat mijn boodschap dan' (preventiewerker).

Een laatste knelpunt wat betreft behandeling leek te zitten in de afstemming tussen de jeugdhulp en de verslavingszorg. Vanuit de verslavingszorg wordt verwacht dat jongeren gemotiveerd zijn voor de behandeling van hun verslaving. Het is echter vaak moeilijk om deze doelgroep te motiveren. Tegelijkertijd zien pedagogisch medewerkers

in de jeugdhulp wel dat cannabisgebruik een onderdeel is van het probleem dat zij samen met de jongere willen oplossen. Hiervoor is het nodig dat zij de expertise rond problematisch cannabisgebruik ook in kunnen zetten binnen hun eigen hulpaanbod.

4.3.3.2 LVB-settings

Alhoewel het hebben van een licht verstandelijke beperking (LVB) op zichzelf geen risicofactor is voor het beginnen met cannabisgebruik heeft deze doelgroep wel een groter risico op drugsgerelateerde problemen. Bij deze doelgroep zijn bovendien vaker risicofactoren aanwezig zoals erfelijke aanleg, beschikbaarheid van het middel en sociaaleconomische achterstand[120].

Naast de meer algemene interventies (met soms wel een specifieke variant voor de LVB-doelgroep) zijn er ook een aantal interventies die zich expliciet op deze doelgroep richten. Ook worden er soms aanvullende voorlichtingsmaterialen voor deze doelgroep gebruikt. Er is echter geen effectonderzoek bekend met betrekking tot deze interventies en materialen.

Tabel 10 Overzicht interventieaanbod voorzieningen LVB

Naam interventie/aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatiegraad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Open en Alert-LVB[121]	Programma met training en hulpmiddelen	Ontwikkelen alcohol- en drugsbeleid en deskundigheidsbevordering professionals	Managers en professionals residentiele jeugdhulp	9 IVZ*	Als theoretisch goed onderbouwd opgenomen in databank	Onbekend
Bekijk het nuchter (module bij Open en Alert)[122]	Voorlichting en motivatietraining	Alcohol en blowen	Jongeren met LVB	Onbekend	Niet in databank	Onbekend
Leren signaleren[83]	Training	Signaleren middelengebruik en toeleiden naar hulp	Breed, waaronder professionals LVB	4 IVZ*	Als goed beschreven opgenomen in databank	Onbekend
Signalering Trends en Rages in relatie tot middelengebruik/STER	Voorlichting	Middelengebruik	Breed, waaronder professionals LVB	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Wijs op weg[123]	Training en ouderbijeenkomsten met inzet van een 'buddy' voor de jongere	Alcohol en drugs	LVB-jongeren 12-18 jaar die (problematisch) alcohol of drugs gebruiken en hun ouders	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Advies, begeleiding en consultatie[79]	Gesprekken	Middelengebruik	Algemeen	3 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Volgens een professional bij een instelling voor jongvolwassenen met een LVB blijkt dat bij deze doelgroep een gebrek aan weerbaarheid een grote rol speelt. Dit in combinatie met een samenleving die steeds hogere eisen stelt en de grote hoeveelheid digitale informatie die ook op deze doelgroep afkomt, maakt het risico op (problematisch) cannabisgebruik steeds groter.

Ook hier geldt dat de houding van de professionals cruciaal is. Een verslavingsdeskundige in een LVB-setting signaleerde hierbij dat in de zorg de wensen van de cliënt steeds meer centraal komt te staan. Daar komt bij dat niet alle cliënten een dagbesteding hebben en zich ook regelmatig vervelen.

"Het is nu toch meer: klant is koning. Vroeger zeiden we 'Je komt je nest uit, en dan gingen ze wel naar hun werk. Nu zijn er locaties waarbij de bewoners niets hoeven te doen, als ze alleen maar koffie komen drinken is het goed" (professional LVB-setting).

Maar daarnaast zorgt volgens een deelnemer ook de persoonlijke overtuiging van de professionals ervoor dat het beleid niet altijd éénduidig uitgedragen wordt.

Een tool als 'Drugdancer' op de website drugsinfo.nl werkt volgens een verslavingsdeskundige bij een instelling voor mensen met een LVB goed om bij deze doelgroep inzichtelijk te maken wat het effect van drugs is. Dit is een animatiefilmpje waarbij je goed kunt zien wat drugs met je doet.

Daarnaast worden er ook interactieve voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd met een theatergroep of met een quiz .

4.3.3.3 Justitiële Jeugdinrichting

In paragraaf 2.1 is reeds aangegeven dat het cannabisgebruik binnen Justitiële Jeugdinrichtingen hoog ligt. De omgang met andere jongeren en het verblijf in een residentiële setting zijn hierbij belangrijke factoren[157]. Daarnaast speelt uiteraard mee dat bij veel van deze jongeren ook risicofactoren voor middelengebruik aanwezig zijn op persoonlijk niveau en in de omgeving zoals dat ook het geval is bij jongeren in de jeugdhulp.

Ook in JJi's wordt het eerder genoemde programma Open & Alert ingezet, ook hier is een aparte versie die door 5 instellingen voor verslavingszorg wordt aangeboden.

Daarnaast is de interventie Brains4Use opgenomen in de basismethodiek YOUTURN waarmee sinds 2010 alle JJI's werken. Brains4Use is een gedragsinterventie gericht op het verminderen van de kans op delict- en risicovol gedrag door het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik. Het programma bestaat uit twaalf wekelijkse gesprekken, met een mogelijke uitloop voor bijzondere doelgroepen, waarin gebruik gemaakt wordt van motiverende gesprekvoering en waarin cognitieve en praktische vaardigheden worden aangeleerd.

Uit een inventarisatie van onderzoek naar de effectiviteit van programma's in Justitiële Jeugdinrichtingen blijkt dat de interventie Life Skills Training (LST) na 20 lessen effectief is in het verminderen van drugsgebruik.

Ook het bieden van een vorm van GGZ-ondersteuning binnen een Justitiële Jeugdinrichting bleek in de VS tot een daling in alcohol- en drugsgebruik te leiden[156].

Tabel 11 Overzicht interventieaanbod voorzieningen JJI

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Open en Alert-JJI[124]	Programma met training en hulpmiddelen	Ontwikkelen alcohol- en drugsbeleid en deskundigheids-bevordering professionals	Managers en professionals JJI	5 IVZ*	Als theoretisch goed onderbouwd opgenomen in databank	Onbekend
Brains4Use[125]	Wekelijkse gesprekken met motiverende gespreksvoering	Verminderen van de kans op delict- en risicovol gedrag door het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik	Jongeren 12-23 jaar in JJI of residentiele setting	Onbekend, is recent uit JJI-basis-methodiek Youturn gehaald	Als theoretisch goed onderbouwd opgenomen in DEJ	Uit een pilotstudie uit 2002 bleek een afname van drugsgebruik van 60% (Hoekstra, 2002)[126]

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Tijdens de expertmeetings kwam naar voren dat in de Justitiële Jeugdinrichtingen evenals in de residentiële jeugdhulp de achtergrond en de problematiek van de jongeren een rol speelt bij de omvang van het cannabisgebruik. Ook hier geldt dat er niet altijd sprake is van een consequent beleid aangaande het blowgedrag op de groep en dat als dit er wel is de nadruk vooral ligt op sancties en niet op de motivatie om te stoppen of te minderen.
Toch zijn er ook binnen een JJi wel mogelijkheden om samen met de jongere het blowgedrag aan te pakken.

"Wat volgens mij werkt: functionele analyse. Teruggaan naar het eerste moment dat je op het punt stond te gaan gebruiken. Wat waren je gedachtes en gedrag in de keten die naar gebruik leidde? Je had jezelf iets als doel gesteld en nu sta je hier (…) Wat had je op bepaalde momenten anders kunnen doen?" (medewerker JJi).

Maar deelnemers zagen ook nog andere mogelijkheden.
"Soms heb ik de neiging om de jongeren mee naar buiten te nemen en gewoon leuke dingen te doen. Ze laten zien, dit is er in het leven. Helaas kan dat in de JJi niet zo spontaan als je zou willen." (medewerker JJi).

Ook zouden jongeren elkaar hier meer bij kunnen ondersteunen zoals ook gebeurt in de basismethodiek Youturn. Volgens een deelnemer aan de expertmeeting is de interventie Brains4Use die juist gaat over middelengebruik uit de basismethodiek gehaald.

4.3.4 Coffeeshops

De wettelijke maatregelen uit het coffeeshopbeleid zijn vooral gericht op het scheiden van de markten voor soft- en harddrugs en het voorkomen van overlast. Maar er zijn ook mogelijkheden op het gebied van preventie binnen de coffeeshop. Zo bestaan er trainingen voor medewerkers in coffeeshops op het gebied van productinformatie en het herkennen van problemen en doorverwijzen. Ook bestaan er flyers die via de coffeeshop verspreid worden. Er is geen onderzoek bekend naar de effectiviteit van interventies in coffeeshops.

Tabel 12 Overzicht interventieaanbod coffeeshops

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Goed gastheer-schap in de coffeeshop[127]	Training	Cannabis, signalering en toeleiding	Personeel coffeeshop	9 IVZ* Mogelijk ook daarbuiten maar dit is onbekend	Wel in databank, geen beoordeling	Onbekend
Het coffeeshop-project	Onbekend	Cannabis, samenwerking met verslavings-zorg	Eigenaren coffeeshop	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Hasj en Wiet	Flyer	Effecten en risico's van cannabis	Bezoekers coffeeshop	Onbekend	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Over het algemeen verwachtten de professionals weinig effect van preventie vanuit de coffeeshop. De coffeeshop is weliswaar een vindplaats van jongeren die (overmatig/ problematisch) blowen, maar wordt niet gezien als een kansrijke setting voor preventie, alleen al vanwege het winstoogmerk van de eigenaren. De mate van implementatie van een interventie als Goed Gastheerschap in de coffeeshop ligt per gemeente erg verschillend. In sommige gemeenten kan de cursus lastig worden geïmplementeerd. Dit komt mede doordat het geen verplichtend karakter heeft en het volgen van deze cursus niet als vergunningsvoorwaarde is opgenomen, maar coffeeshops staan er zelf ook niet voor open.

"Coffeeshops voelen zich door de tabakswet en de wietpas al genoeg benadeeld… Staan niet open voor samenwerking met preventie-initiatieven als het niet hoeft en/ of als het ze klanten/geld gaat kosten" (preventiewerker).

In andere gemeenten speelt dit minder en zagen de deelnemers aan de expertmeeting wel mogelijkheden voor samenwerking tussen verslavingszorg en coffeeshops.

"De preventiewerker kan ook een rondje coffeeshop doen…De coffeeshophouder zou contact op kunnen nemen met preventiewerker. Benader ze als ondernemer en niet als crimineel en benadruk het belang van gezondheid van de jongeren" (preventiewerker).

Jongeren gaven aan dat het huidige aanbod (gericht op verhogen kennis van coffeeshoppersoneel en het informeren van klanten dmv folders) wel volstaat. Een aantal vond de folder voldoende. Anderen zouden graag zien dat het personeel meer productkennis had en een goede boodschap voor gebruikers zou kunnen overbrengen.

"Een coffeeshopmedewerker met kennis van zaken over het product, kennis van zaken over klanten. Zo wordt de boodschap geaccepteerd." (jongere)

Een preventieboodschap is echter wel lastig uit te dragen vanwege het winstoogmerk van de coffeeshop.

"Coffeeshops zouden eigenlijk geen winstgevende bedrijven moeten zijn maar bijvoorbeeld wietverenigingen…Een vereniging kan ook weer activiteiten bieden." (jongere)

4.3.5 Op zoek naar hulp

Preventie gericht op hoog-risicogroepen of personen met beginnende klachten (selectieve of geïndiceerde preventie) blijkt doorgaans meer effectief dan universele preventie[128]. Hierbij zijn online interventies volgens internationale reviews effectief en kosteneffectief. Online interventies om te minderen met blowen zijn laagdrempelig, effectief en kosteneffectief: hoewel het effect klein is, zijn ook de kosten laag[155,129,130].
Uit effectonderzoek blijkt daarbij dat het demografische profiel van de internetcliënten verschilt van dat van de reguliere ambulante verslavingszorgcliënten: zelfhulp trekt relatief vaak vrouwelijke, jonge en veel hoogopgeleide cliënten aan, die succesvol zijn op de arbeidsmarkt[131].
In korte interventies worden ook effectieve onderdelen uit behandeling (cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering) gebruikt. Daarmee is de scheidslijn tussen geïndiceerde preventie en behandeling niet altijd scherp.

Vaak is een lichte interventie voldoende om (problematisch) gebruik te reduceren. Zo niet, vindt via deze interventies triage plaats en worden personen voor wie dat nodig

is doorverwezen naar zorg (zie kader). In deze paragraaf gaan we nader in op deze interventies die in verschillende settings kunnen worden toegepast.

Van lichte interventie tot zorg

Selectieve en geïndiceerde preventie zijn belangrijk omdat de meerderheid van de mensen met cannabisafhankelijkheid geen hulp zoekt. Cijfers hierover onder jongeren ontbreken, maar onder volwassenen zijn naar schatting 29 duizend mensen afhankelijk en 'slechts' 11 duizend mensen krijgen hulp van de verslavingszorg voor cannabis (zie paragraaf 2.3). In de groep die geen hulp zoekt kunnen lichte, laagdrempelige interventies assisteren bij het zelfstandig minderen of stoppen met cannabis. Daarnaast faciliteren ze het bereiken en doorverwijzing van de groep met ernstige problemen.

Cannabisafhankelijkheid is namelijk vaak dynamisch: onder volwassen frequent gebruikers blijft minder dan een derde afhankelijk gedurende 3 jaar en de meesten ontvangen daarbij geen professionele hulp. Bij het bevorderen van professioneel hulp-zoeken moet dus vooral gedacht worden aan gebruikers met ernstige klinische kenmerken bij wie spontaan herstel (zonder professionele hulp) onwaarschijnlijk is[26].

Redenen om (geen) hulp te zoeken

Geestelijke gezondheidsproblemen en hinder in het functioneren zijn de meest genoemde redenen om hulp te zoeken voor cannabisafhankelijkheid. De belangrijkste motieven om géén hulp te zoeken zijn: zelf willen stoppen, behandeling voor cannabisproblematiek niet nodig vinden en liever stoppen met hulp van familie of vrienden. Patiënten ervaren vaker dan niet-hulpzoekers een tekort aan sociale steun, ondanks dat zij vaker steun van vrienden of familie kregen, die ook vaker aandrongen om hulp te zoeken[26]. Deze bevindingen onderstrepen het belang van ondersteuning door familie of vrienden en de behoefte zelf te stoppen.

Naast e-health is het internet een belangrijk medium voor informatievoorziening, mede als poort naar behandeling. Online voorlichting over cannabis is op verschillende plekken te vinden. Een aantal van deze websites wordt ook besproken in de paragrafen 4.2 en 4.5. De informatie op sites als drugsenuitgaan.nl, drugsinfo.nl, jellinek.nl, unity.nl is veelal algemene informatie over werking, dosering en risico's. Ook wordt er aandacht besteedt aan doorverwijzen of het vinden van hulp bij minderen en/of stoppen. Informatie over bekende problemen rond cannabis (de link van cannabis met slapen, angstklachten, onderdrukken van problemen, depressie, psychische klachten en klachten bij stoppen met cannabis) staat veel minder centraal op de genoemde sites.

De website helpmijndierbareisverslaafd.nl is gericht op de sociale omgeving van verslaafden die behoefte hebben aan meer informatie en steun, maar deze is niet speciaal gericht op cannabis.

In de tabel worden verschillende online interventies genoemd die momenteel worden aangeboden. Eind 2018 verschijnt nog een factsheet van het Trimbos-instituut met een overzicht van het beschikbare aanbod aan digitale hulpmiddelen voor cannabisgebruikers en de effectiviteit daarvan.

Tabel 13 Overzicht selectieve/geïndiceerde interventieaanbod

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Moti-4[137]	Vier individuele gesprekken	Verslaving Alcohol Drugs Gokken Weerbaarheid/ sociale competenties	14-24 jarigen met beginnend problematisch of verslaafd middelen-gebruik, gokken of gamen	200 verslavings-preventie-werkers getraind	Goede aanwijzingen voor effectiviteit	Reduceert aantal joints per week én kostenverbruik van cannabis[132]
Wiet-Check[138]	Spreekuur/ consult Gesprekken motiverende gespreks-voering	Cannabis	Jongeren 14-21 jaar die veel cannabis gebruiken, maar zelf (nog) geen hulpvraag hebben geuit	Verschilt per regio	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit	Reduceert cannabisgebruik bij jongeren die >14 joints per week gebruiken. Aanwijzingen effectiviteit (9 mnd) jongeren (14-17 jaar) die minimaal 1x per week blowen en bij jongeren met weinig tot geen internaliserende problematiek[133]
Cannabisdebaas.nl	Online	Cannabis	-	-	-	-
Cannabisenik.nl	Online zelfhulp	Cannabis	-	-	-	-
Cannabisonder-controle.nl	Online	Cannabis	-	-	-	-
Zelfhulpcannabis.nl (Jellinek Online Zelfhulp)	Online zelfhulp	Cannabis (ook beschikbaar voor andere middelen en gokken)	Volwassenen die op problematische manier alcohol, cannabis, cocaïne of tabak gebruiken of problema-tisch gokken en hiermee op eigen kracht willen minderen of stoppen	-	Goede aanwijzingen voor effecti-viteit	Alcoholgebruik neemt af nadat de cliënten aan de zelfhulp-interventie zijn begonnen. De behandeltrouw is beperkt[134]

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
drugsenuitgaan.nl	Website	Drugs	Algemeen	-	Niet in databank	Onbekend
unity.nl	Website	Drugs	Algemeen	-	Niet in databank	Onbekend
Middelengroep THC[135]	Cursus	Cannabis	Jongeren 16-25 jaar met (problematisch cannabisge-bruik)	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
My mind	Voorlichting individueel of in groeps-verband	Middelenge-bruik	Jeugd en jong-volwassenen	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend
Nuchter zat[136]	Training	Alcohol en drugsgebruik	Jongeren die veel drinken of drugs gebruiken	1 IVZ*	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Moti-4 en de Wiet-Check zijn door de (VKN) programmalijn Preventie en vroegsignalering geïdentificeerd als goede en erkende interventies en opgenomen in het basisaanbod.

Doel van Moti-4 is de persoon in kwestie te motiveren voor gedragsverandering[137]. Ouders of begeleiders van de jongeren kunnen worden betrokken bij het traject. De interventie is voor cannabis effectief bevonden en is aangepast voor jongeren met game-problematiek, waarvoor effectiviteitsonderzoek loopt. Momenteel wordt Moti-4 door meerdere instellingen voor verslavingszorg uitgevoerd en zijn er 200 verslavingspreventiewerkers in getraind. Het is niet bekend is hoeveel Moti-4's zij jaarlijks uitvoeren, maar het is onwaarschijnlijk dat zij alle potentieel problematisch blowende jongeren bereiken[8]. Professionals pleiten er dan ook voor om deze vorm van geïndiceerde preventie te integreren in de wijk- en jeugdzorg, dan wel meer verslavingspreventiewerkers te integreren in maatschappelijk werk in de wijk en op scholen.

Wiet-Check wil problematisch cannabisgebruik voorkomen of verminderen door samen met de jongere de balans op te maken over de invloed van gebruik op het dagelijks leven en de toekomst[138]. Uit procesevaluaties onder uitvoerders en deelnemende jongeren blijkt dat beide groepen positief waren over de Wiet-Check en vooral het niet-veroordelende karakter en het inzicht dat de interventie biedt door jongeren hoog gewaardeerd werden. De interventie wordt momenteel niet onderhouden. Uit een inventarisatieronde in het werkveld bleek dat de inzet van de Wiet-Check zeer verschilt

8 Om een indicatie te geven: er zijn cijfers beschikbaar over 15-16 jarige scholieren: 22,6% van de 20,8% laatste-jaargebruikers scoort positief op de CAST (zie paragraaf 2.1). Dus van de in totaal 352.365 scholieren van 15-16 jaar (statline) gebruiken er naar schatting 16 duizend (4,7%) problematisch.

per regio, veel instellingen voor verslavingszorg werken nu met Moti-4 in plaats van de Wiet-Check of is voornemens om de Wiet-Check uit hun aanbod te halen.

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

De experts benadrukten het belang van een focus op preventie van overmatig/problematisch blowen. Het gaat er vooral om specifieke jongeren die (te) veel blowen na te laten denken over hun eigen blowgedrag: "Kan ik ook nog zonder blowen?". Zij opperden ook hoe deze doelgroep bereikt kan worden en met welke boodschap. Het helpt volgens hen om in te gaan op herkenbare klachten die vaak voorkomen.

"*In Frankrijk zeggen jongeren over campagnes dat nationale spotjes te confronterend en onherkenbaar zijn. Het is een lange termijn schets. We weten in de preventie dat je moet inzetten op 'moments that matter'. Dus bijvoorbeeld over korte termijn effect dat je moeilijk uit bed komt, slechter geheugen hebt*" (onderzoeker).

Dit zou meer dan nu het geval is kunnen worden benoemd op informatiesites. Ook kan gedacht worden aan een toolbox met handvatten voor jongeren zelf en hun omgeving.

"*Geef vriendengroepen zelf de tools om na te denken over gebruik en over risico's. In de huidige maatschappij is er een grotere kans dat cannabis ingezet wordt om problemen te hanteren. Leer mensen makkelijker te praten over hoe het met hen gaat*" (preventiewerker).

Boodschappen die uitgedragen kunnen worden om hulp zoeken te bevorderen zijn volgens deelnemers aan de expertmeetings: "het is normaal om hulp te zoeken" "het is minder normaal om te blowen na school".
Deze bewustwording kan escalatie van problemen voorkomen en de barrière om hulp te zoeken verkleinen. Juist voor cannabisgebruikers kan de stap om hulp te zoeken groot zijn.

"*Er is wel hulp, maar in hoeverre is juist een blower in staat die stap te zetten? Als je knetter stoned bent doe je dat juist niet*" (preventiewerker).

Aan de andere kant benoemden veel professionals dat de jongeren van zichzelf vinden dat ze geen probleem hebben, dat vindt alleen de omgeving. Het probleembesef moet groeien. Externe motivatie moet worden omgezet in interne motivatie.

"*Jongeren onderschatten toch vaak het risico van blowen. Gevraagd over cannabis zeggen zij geen probleem te hebben. Maar als je doorvraagt over angst, problemen met slapen (zonder blowen), depressie, is de reactie 'oh, wacht'. Het is nog geen common sense dat deze klachten door cannabis komen*" (preventiewerker).

De experts onderschreven ook dat er evidence based programma's beschikbaar zijn om problematisch cannabisgebruik te signaleren, te motiveren om te minderen of te stoppen, en indien nodig door te verwijzen (zoals hierboven beschreven). Maar zij signaleerden eveneens dat deze programma's niet worden uitgevoerd omdat er geen financiering is of er goede structuur voor de toeleiding ontbreekt.

*"Middelbare scholen zijn een gigantische visvijver. In een klas van 30 blowen er 5, hiervan zijn er 2 geïndiceerd voor preventie". (*onderzoeker*)*

Maar deze jongeren worden dus niet automatisch toegeleid naar een motiverende interventie.

"De awareness van docenten valt tegen. Het begint er vaak mee dat de omgeving ziet dat er iets veranderd… ik rook het, ik zag het… Maar er is handelingsverlegenheid. En het moet allereerst gesignaleerd worden". (onderzoeker)

Als mogelijke oplossing hiervoor droeg een professional MHFA Mental Health First Aid aan. Dit is een methode om niet-GGZ-personen de skills aan te leren om psychische problemen te signaleren en aan te pakken. Vervolgens dienen bewezen effectieve interventies ingezet te worden om het gebruik te veranderen.

4.4 Preventie in de samenleving als geheel

Tenslotte vindt er ook preventie plaats die niet verbonden is aan één specifieke setting maar aan de samenleving als geheel. Hieronder wordt nader ingegaan op preventie in de vorm van wet- en regelgeving en informatie en campagnes via de media.

4.4.1 Wet- en regelgeving

De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt 'gedoogd': politie en justitie laten coffeeshops ongemoeid[139]. Jongeren onder de 18 jaar hebben echter geen toegang tot coffeeshops (jeugdcriterium).
Het doel van het coffeeshopbeleid is coffeeshops kleiner en beheersbaar maken, de aantrekkingskracht op drugstoeristen verminderen en de overlast te beperken[140]. Daarnaast is het beleid gericht op het scheiden van de markten voor soft- en harddrugs[71]. Daarom moeten coffeeshops zich wel houden aan de AHOJ-GI criteria die genoemd staan in de Aanwijzing Opiumwet[141]. Deze criteria houden een verbod in op: Afficheren (reclame maken), Harddrugs verhandelen, Overlast veroorzaken, Toelaten van en verkopen aan Jeugdigen onder de 18 jaar, Grote hoeveelheden verhandelen en Alleen verkoop aan Ingezetenen van Nederland. Het in 2012 ingevoerde Ingezetenencriterium wordt, afhankelijk van afweging in de lokale driehoek, gehandhaafd. Uit onderzoek blijkt dat zowel het wél als het niet actief handhaven van het Ingezetenencriterium

door het lokale bestuur tot een positief resultaat kunnen leiden[142]. Gemeenten kunnen aanvullende criteria vastleggen in het lokale coffeeshopbeleid. Hierbij hoort een handhavingsplan (met sancties). Overtredingen van het harddrugs- en het jeugdcriterium worden in de gemeenten het strengst bestraft[143,144,145]. Daarnaast hanteren veel coffeeshopgemeenten ten minste één lokaal vestigingscriterium waarbij er doorgaans een minimale afstand (vaak 250 meter) is vastgesteld tussen een coffeeshop en een onderwijsinstelling[146]. Daarnaast kan er middels een Algemeen Plaatselijke Verordening (APV) een blowverbod op straat ingesteld worden waarbij handhaving plaatsvindt door de politie in gevallen waarbij gebruik leidt tot overlast[147].

De drempelverhogende maatregelen zoals het Besloten club- en Ingezetenencriterium veroorzaakten een toename van cannabisgebruikers die hun cannabis op de illegale markt gingen kopen, met name de jongvolwassenen 18–24 jaar[148]. Zij bleven daar ook nadat het Besloten Club-criterium was afgeschaft. Of dit ook gevolgen heeft gehad voor de beschikbaarheid van cannabis en bronnen van aanschaf voor jongere cannabisgebruikers, die weliswaar niet zelf in coffeeshops mogen komen maar vermoedelijk wel indirect hun cannabis hier vandaan halen, is niet bekend.

Op dit moment geven politie en Openbaar Ministerie hoge prioriteit aan de opsporing en vervolging van de grootschalige en beroeps- of bedrijfsmatige teelt, teelt in geringe hoeveelheid voor eigen gebruik heeft geen prioriteit[147]. De afgelopen jaren is er veel gedebatteerd over de regulering van hennepteelt voor recreatief gebruik dan wel ten behoeve van coffeeshops. Hierbij werd er met name vanuit gemeenten gepleit voor het reguleren van cannabisteelt ter bevoorrading van coffeeshops of in het kader van 'cannabis social clubs' en ruimte voor experimenten hierin[149]. In februari 2017 is het initiatiefwetsvoorstel van Bergkamp tot wijziging van de Opiumwet teneinde de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen te gedogen (Wet gesloten coffeeshopketen) met een kleine meerderheid aangenomen in de Tweede Kamer[150]. De wet is vervolgens behandeld in de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie in de Eerste Kamer[151] waarbij er met name nog vragen waren met betrekking tot de haalbaarheid, ook werd er in een aantal vragen specifiek ingegaan op het ontmoedigingsbeleid. In het regeerakkoord Rutte III van oktober 2017 is opgenomen dat er wet- en regelgeving komt ten behoeve van uniforme experimenten met het gedoogd telen van cannabis voor recreatief gebruik. Deze experimenten worden uitgevoerd in zes á tien (middel)grote gemeenten. Doel van de experimenten is om te bezien of en hoe op kwaliteit gecontroleerde wiet gedecriminaliseerd aan de coffeeshops toegeleverd kan worden (gesloten coffeeshopketen) en wat de effecten hiervan zijn[152].
De wetsbehandeling is nu aangehouden omdat het kabinet werkt aan een wetsvoorstel om het experiment gesloten coffeeshopketen mogelijk te maken.
Genoemde wet- en regelgeving is dus niet gericht op het voorkómen van problematisch cannabisgebruik onder jongeren en het is niet bekend of het hier effect op heeft.

4.4.2 Informatie en campagnes via de media

Volgens de WHO (2016)[38] is er geen sterk bewijs voor de effectiviteit van op zichzelf staande mediacampagnes (zonder aanvullende interventies) of interventies die alleen informatie geven over de risico's van drugs. Ook de EMCDDA (2017)[153] benadrukt dat deze benaderingen niet effectief zijn. Wel zou het een onderdeel kunnen zijn van een multicomponentenprogramma. Onbekend is in hoeverre campagnes effectief zijn in het toeleiden van jongeren en/of hun ouders naar (effectieve) e-health interventies.
In Nederland zijn er al langere tijd geen landelijke campagnes geweest op het gebied van cannabis, wel zijn er enkele lokale campagnes geweest en is er een bredere campagne gericht op ouders waarbij ook een website met informatie over cannabis hoort.
Of de in het overzicht genoemde campagnes effect hebben gehad op de prevalentie van cannabisgebruik is niet bekend. Mede vanwege bezuinigingen zijn veel campagnes in 2011 stopgezet. Dit sloot aan bij de visie dat een generieke, populatiebrede aanpak met massamediale campagnes niet in de eigen verantwoordelijkheid voor een gezond leven past . De NIX 18 campagne is hier overigens wel een uitzondering op en is gekoppeld aan de veranderende wetgeving in 2014 met betrekking tot verkoop aan en bezit van alcoholhoudende dranken voor jongeren tot 18 jaar. De campagne stelt als norm dat jongeren niet roken en drinken voor hun 18de, er wordt verder geen aandacht besteed aan cannabis. In de campagne ligt bij ouders de nadruk op het maken van afspraken met hun kind en voor jongeren op tips voor uitgaan zonder alcohol.

Tabel 14 Overzicht campagnes

Naam interventie/ aanbod	Vorm	Thema	Doelgroep	Implementatie-graad	Erkennings niveau CGL	Effectiviteit
Er valt meer te weten over cannabis	Media-campagne	Cannabis	Jongeren alge-meen publiek	Looptijd 2004-2005	Niet in databank	Onbekend
Je bent niet gek als je niet blowt	Mediacam-papgne	Cannabis	Jongeren alge-meen publiek	Looptijd 2006	Niet in databank	Onbekend
Hoe pak jij dat aan?	Website	Blowen	Ouders alge-meen publiek	Looptijd 2011-heden	Niet in databank	Onbekend
Denknajoh	Website en campagne op scholen	Alcohol, drugs en gamen	MBO-scholieren in Rotterdam	Looptijd 2017-heden	Niet in databank	Onbekend
Iris in de buurt	Website, informatie, advies en trainingen	Middelenge-bruik, gokken en gamen	Algemeen publiek in bepaalde gemeenten	1 IVZ* 2013-heden	Niet in databank	Onbekend

** Cijfers uitvoering IVZ gebaseerd op inventarisatie van het preventieaanbod van de instellingen voor verslavingszorg door Resultaten Scoren uit 2013.*

Bevindingen uit de expertmeetings en focusgroepen

Sommige deelnemers aan de expertmeetings en de focusgroepen vonden het wel opvallend dat er relatief weinig aandacht lijkt te zijn voor cannabispreventie. Een aantal van hen was zich echter wel bewust van het gebrek aan effectiviteit van publiekscampagnes en de mogelijke averechtse effecten.
De professionals gaven aan dat bij een eventuele campagne de focus in ieder geval zou moeten liggen op overmatig/problematisch blowen. Hierbij moet eerder gedacht worden aan een gerichte benadering van risicogroepen en intermediairs (scholen, professionals, sociale omgeving) dan aan publieke mediacampagne met posters of spotjes.
Jongeren vonden dat de aandacht in ieder geval ook naar de gebruiker moet.

"*De boodschap is nu: geen gebruik, maar daar heb ik als gebruiker niets aan*" (jongere).

Jongeren vonden het vooral belangrijk dat voorlichting aandacht zou besteden aan reflectie op eigen gedrag en naast de negatieve aspecten, ook de positieve kanten:

"*Belicht dan wel twee kanten van het verhaal. Positief en negatief, Leer mensen ermee om te gaan.*" (jongere).

De invloed van de media (vloggers/muzikanten/rappers) speelt hierbij wel een grote rol aldus de jongeren. Het gevaar bestaat dat cannabisgebruik te veel verheerlijkt wordt.

"*De media hebben zeker grote invloed. Beide kanten op, het kan ook terugdringen van gebruik opleveren*" (jongere).

4.5 Samenvatting stand van zaken cannabispreventie

Preventie in de directe leefomgeving

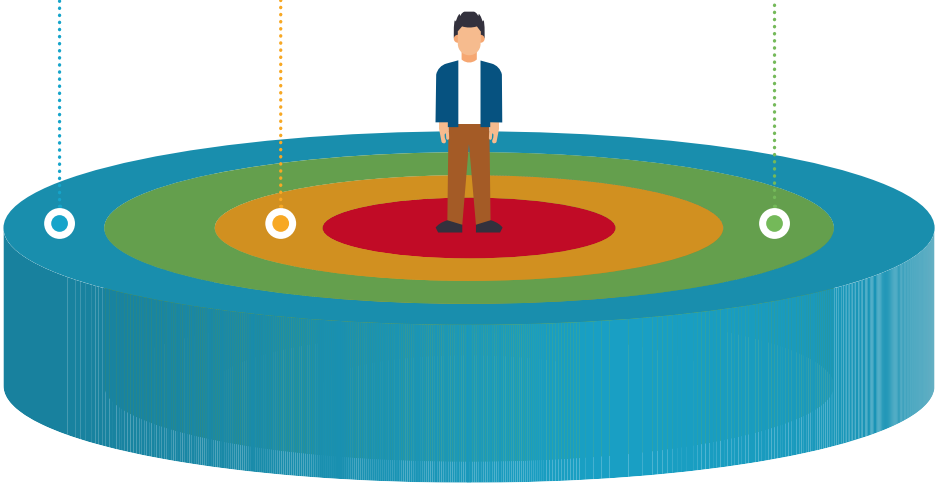
- Ruim aanbod informatie en opvoedings-ondersteuning
- Niet alle ouders worden bereikt
- Behoefte aan concrete handelingsperspectieven

Preventie in de samenleving

- Ontwikkeling landelijk basisaanbod preventie vanuit Verslavingskunde Nederland
- Publieksinformatie over cannabis wel beschikbaar maar weinig actief verspreid

Preventie in de bredere omgeving

- Interventies in onderwijs gericht op levensvaardigheden meest effectief
- Voorlichting over middelengebruik aan leerlingen werkt averechts
- Goede timing van signaleren en interveniëren van belang (niet te vroeg én niet te laat)
- Aanpak in hoger onderwijs nog weinig systematisch
- Interventies beschikbaar voor speciaal onderwijs en speciale voorzieningen (JJi, jeugdhulp, LVB) maar deze worden beperkt ingezet en de kennis over effectiviteit hiervan is eveneens beperkt
- Positieve effecten te verwachten van multi-componentenaanpak gericht op vrije tijd en toezicht
- Vrijetijdsvoorzieningen niet overal in gelijke mate beschikbaar
- Preventie in coffeeshops vrijblijvend
- Selectieve preventie voor hoogrisicogroepen effectief maar vindt nog beperkt plaats



5 Denkrichtingen preventie

In voorgaande hoofdstukken hebben we een overzicht gegeven van achtereenvolgens de prevalentie van (problematisch) cannabisgebruik, de maatschappelijk ontwikkelingen die van invloed (kunnen) zijn op (problematisch) cannabisgebruik en de stand van zaken van cannabispreventie. Al het voorgaande in acht nemende, formuleren we in dit hoofdstuk denkrichtingen voor de toekomst van de preventieaanpak. We menen dat deze denkrichtingen belangrijke stappen zijn die gezet moeten worden om (problematisch) cannabisgebruik in Nederland te voorkomen en terug te dringen. Hierbij beschrijven wij kort de hoofddoelgroepen voor cannabispreventie en werken wij de denkrichtingen voor preventie uit. Om de denkrichtingen praktisch toepasbaar te maken hanteren wij hierbij de gangbare indeling in universele, selectieve en geïndiceerde preventie. In onderstaand figuur wordt bovendien duidelijk gemaakt hoe de denkrichtingen samenhangen met de in de vorige hoofdstukken gesignaleerde ontwikkelingen en preventieactiviteiten in de omgeving van jongeren.

Persoonsniveau

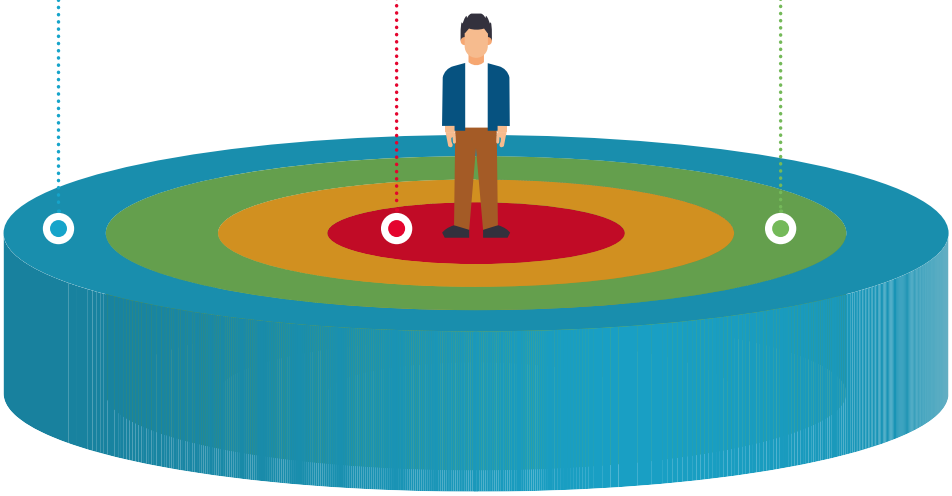
- Zorg dat ouders beter bereikt worden en ondersteund worden bij hun vragen over cannabis
- Maak ook gebruik van beschermende factoren zoals goede vrijetijdsvoorzieningen en betrokkenheid en toezicht door ouders als aanknopingspunt voor cannabispreventie

Samenleving (politiek, economie, media heersende waarden en normen)

- Investeer in de monitoring cannabisgebruik bij risicogroepen
- Leg in de communicatie over cannabis de nadruk op de normstelling dat (mogelijk problematisch) cannabisgebruik bespreekbaar wordt gemaakt
- Verken de mogelijkheden om gezondheidsschade te beperken met kennis over de risico's bij verschillen in de mate en wijze van cannabisgebruik

Bredere omgeving

- Stimuleer scholen om in te zetten op een 'middelenvrije school'
- Investeer in duurzame samenwerking tussen scholen, hulpverlening en verslavingszorg
- Investeer vooral in vroegsignalering en vroeginterventie bij problematisch gebruik
- Besteed meer aandacht aan cannabispreventie binnen voorzieningen zoals bijvoorbeeld speciaal onderwijs, jeugdhulp, justitiële jeugdinrichtingen (JJI) en instellingen voor licht-verstandelijk beperkten (LVB)
- Benut de mogelijkheden voor samenwerking met coffeeshops
- Maak ook gebruik van beschermende factoren zoals goede vrijetijdsvoorzieningen en betrokkenheid en toezicht door ouders als aanknopingspunt voor cannabispreventie



5.1 Hoofddoelgroepen cannabispreventie

De belangrijkste hoofddoelgroepen zijn:

1. Jongeren die nog niet blowen.

Voor deze algemene doelgroep is het preventief beleid gericht op het voorkomen van cannabisgebruik. Specifieke aandacht is hierbij nodig voor jongeren die extra kwetsbaar zijn omdat zij psychische problemen of ADHD hebben of tot de KOPP/KVO doelgroep behoren.

Het beleid richt zich hierbij op de jongeren zelf en op intermediaire doelgroepen zoals ouders, docenten en professionals in de directe omgeving van jongeren zoals jongerenwerkers. Deze intermediairs zijn nodig omdat zij de jongeren voorlichting 'op maat' kunnen geven over de risico's van cannabisgebruik. Op deze manier kan worden voorkomen dat jongeren onbedoeld informatie krijgen over cannabis terwijl zij hier nog helemaal niet mee bezig zijn (hetgeen averechts kan werken).

2. Jongeren die al wel blowen en geen bijkomende multi-problematiek hebben.

Voor deze doelgroep is het preventief beleid erop gericht om te voorkomen dat het gebruik problematisch wordt en op het toeleiden naar hulp zodra het gebruik problematisch wordt. Het beleid richt zich hierbij op de jongeren zelf en hun naasten: ouders, vrienden en andere vertrouwenspersonen evenals coffeeshopeigenaren. Deze intermediairs zijn nodig omdat het voor gebruikers zelf vaak lastig is om te erkennen wanneer het gebruik problematisch is geworden.

3. Jongeren die al wel blowen en bijkomende multi-problematiek hebben.

Voor deze doelgroep is het preventief beleid erop gericht om te voorkomen dat het gebruik problematisch wordt en dat dit in samenhang gebeurt met de aanpak van de problemen op andere levensgebieden zoals de thuissituatie, school en/of werk.

Het beleid richt zich hierbij vooral op het sociale en professionele netwerk rondom deze jongeren, het is belangrijk dat zij het cannabisgebruik niet los zien van de bijkomende multi-problematiek en voor een passende aanpak zorgen.

5.2 Monitoring

5.2.1 Prevalentie cannabisgebruik in risicogroepen

Over de prevalentie van (problematisch) cannabisgebruik is informatie beschikbaar, maar over belangrijke risicogroepen ontbreekt actuele informatie. Uit de literatuur en in de gesprekken met experts bleken de belangrijke risicogroepen jongeren in het speciaal onderwijs (REC4, praktijkonderwijs), de (residentiële) jeugdhulp, Justitiële Jeugdinrichtingen, instellingen voor licht-verstandelijk beperkten en (jonge) daklozen. Het wordt geadviseerd om van deze groepen actuele cijfers te verzamelen. Deze cijfers kunnen een belangrijke rol spelen in de agendasetting en zo bijdragen aan meer preventieve activiteiten voor deze doelgroepen. Voor monitoring zijn naast prevalentie van gebruik ook blootstellingspatronen (aanvangsleeftijd, gebruiksduur, -hoeveelheid en –frequentie en het soort cannabis) belangrijke indicatoren.

5.2.2 Hoe denken jongeren en ouders over cannabis?

Naast het verzamelen van prevalentiecijfers wordt het aanbevolen om de risicoperceptie te monitoren alsmede andere gedragsdeterminanten zoals de ervaren goed- of afkeuring van gebruik en beschikbaarheid. Inzicht hierin is extra relevant met het oog op het experiment met de gesloten coffeeshopketen, alsmede de ontwikkelingen ten aanzien van medicinale cannabis en de legalisering en regulering elders in de wereld. In het huidige mediatijdperk zijn jongeren goed op de hoogte van deze ontwikkelingen. Met verminderde risicoperceptie, normalisering en grotere beschikbaarheid kan gebruik en problematisch gebruik toenemen. Monitoring van gedragsdeterminanten bij cannabis van (zowel minderjarige als meerderjarige) jongeren en van ouders biedt ook belangrijke input bij de ontwikkeling van preventieve (communicatie)activiteiten (zie paragraaf 5.3.4). Monitors waarbij in het verleden informatie is verzameld bij ouders en jongeren over determinanten van cannabisgebruik en die daarvoor in de toekomst ook benut kunnen worden zijn het Peilstationsonderzoek Scholieren en het Peilstationsonderzoek Ouders.

5.3 Universele preventie

5.3.1. Terugdringen van algemene risicofactoren voor (problematisch) cannabisgebruik

De literatuur en de expertmeetings identificeerden allereerst een aantal algemene risicofactoren voor (problematisch) cannabisgebruik die aandacht behoeven:

Gebrek aan een pedagogische infrastructuur met zinvolle vrijetijdsbesteding, verveling, prestatiedruk, een groeiende kloof tussen jongeren die mee kunnen in de huidige

maatschappij en jongeren die dat niet kunnen, jeugdwerkloosheid, onveiligheid op school, lesuitval op school, echtscheidingen van ouders en mishandeling, misbruik en verwaarlozing.

Met name over jongeren die te maken hebben met multiproblematiek en met weinig beschermende factoren maken de experts en jongeren zich extra zorgen.

Bestrijding van deze generieke problemen heeft impact op de prevalentie van (problematisch) cannabisgebruik (en in sommige gevallen vice versa). We willen hier het grote belang van investeren in goed onderwijs en jeugdbeleid onderstrepen waarvan het vergroten van de weerbaarheid vanzelfsprekend deel uitmaakt, juist in het belang van de preventie van (problematisch) cannabisgebruik. Het valt buiten de scope van deze verkenning om hier nadere aanbevelingen over te doen. Eén aanpak die desalniettemin veelvuldig werd genoemd in de expertmeetings en waarop we derhalve nader ingaan is de IJslandse aanpak.

IJslandse aanpak

Afgelopen decennia nam het middelengebruik in IJsland sterk af door een preventie-aanpak met een sterk wetenschappelijk fundament. Het betrof een multicomponentenaanpak bestaande uit een combinatie van het beperken van de beschikbaarheid en het inzetten op beschermende factoren zoals deelname aan georganiseerde activiteiten, meer tijd doorbrengen met ouders en niet laat buiten zijn. Dit vertaalde zich concreet in een structureel budget voor sport en recreatie, (bij)baantjes voor jongeren bij de gemeente, het via de scholen actief betrekken van ouders en het instellen van een avondklok. Diverse Nederlandse gemeenten tonen momenteel interesse in de IJslandse aanpak, voornamelijk vanwege de afname van alcohol en tabaksgebruik. Het verdient aanbeveling om de effectiviteit van deze aanpak en de inzetbaarheid ervan in de Nederlandse context verder te verkennen.

N.B. Er was in IJsland ook een afname in het ooitgebruik van cannabis, maar een aandachtspunt is wel dat in dezelfde periode het frequent gebruik onder een kleinere groep toenam.

5.3.2 Hernieuwde aandacht voor informatievoorziening en communicatie

Uit de voorgaande hoofdstukken rijst het beeld dat informatie over cannabis de laatste jaren weliswaar beschikbaar was, maar dat er weinig actieve verspreiding van deze informatie is geweest.
Er zijn weliswaar diverse websites voorhanden met informatie over cannabis, maar het onderwerp cannabis is al langere tijd geen prominent onderwerp geweest in massa-mediale uitingen vanuit de overheid. Ter vergelijking, de afgelopen jaren was veel aandacht voor de leeftijdsgrens van alcohol en tabak middels de NIX18 campagne

en de gezondheidsrisico's door het gebruik van uitgaansdrugs. Hierdoor zijn ouders wellicht goed geïnformeerd over de schadelijkheid van alcohol, maar minder over de risico's en schadelijkheid van cannabis.

We weten inmiddels dat massa-mediale communicatie over risico's van middelengebruik alleen niet werkt –en mogelijk zelfs een averechts effect heeft. Toch werd tijdens de expertmeetings aangedragen dat docenten cannabisgebruik onvoldoende herkennen, ouders twijfels hebben over de schadelijkheid van cannabis en professionals in de jeugdhulp het gebruik soms oogluikend toestaan. Experts benadrukken het belang van vroegsignalering, vroeginterventie, de focus op problematisch gebruik en bevordering van hulp zoeken (zie ook 5.4). Om dit te agenderen en het gesprek te stimuleren tussen ouders en hun kinderen, jeugdprofessionals (waaronder ook docenten) en hun pupillen en tussen jongeren onderling kan worden gedacht aan doelgroepgerichte communicatie via bijvoorbeeld (vak)tijdschriften en sociale media met de focus op het bespreekbaar maken van het (mogelijk problematisch) cannabisgebruik.

Andere focus informatievoorziening en communicatie

Het zwaartepunt van universele preventie kan beter verlegd worden van risicocommunicatie naar de normstelling dat (mogelijk problematisch) gebruik bespreekbaar gemaakt wordt. Het belang van deze verschuiving blijkt uit de gesprekken met experts, ouders en jongeren: zij hebben behoefte aan objectieve en praktische informatie over cannabis met handvatten voor ouders en professionals om een gesprek te voeren met hun kind of pupil over cannabis. Dit gesprek kan aangegaan worden over de mate van gebruik, de rol die cannabis speelt in het leven van iemand, mogelijke functionele problemen daarbij op school, werk of in sociale relaties en de voordelen van stoppen met gebruik. We gaan hier later in dit hoofdstuk nader op in.

Het is nodig om niet alleen gebruikers aandacht en handelingsperspectief te bieden, maar dit ook te doen voor mensen in de omgeving van problematisch gebruikers. Hierbij kan gedacht worden aan een communicatiestrategie naar voorbeeld van 'Een veilig thuis. Daar maak je je toch sterk voor? - Het houdt niet op, niet vanzelf' (hoewel deze ook een massa-mediale component heeft).

Daarnaast kunnen, in navolging van Stoptober, regelmatig gebruikende jongeren uitgedaagd worden te ervaren hoe het voelt een maand niet te blowen - NoBlowvember.

5.3.3 Jongeren

Vanuit schoolgerichte preventie weten we dat specifieke cannabisvoorlichting een averechts effect kan hebben op de kennis over en houding ten opzichte van cannabis. Zoals hierboven beschreven is dus alertheid geboden bij universele vormen van voorlichting en communicatie over cannabis. Een aanpak gericht op vroegsignalering, vroeginterventie, hulp zoeken en problematisch gebruik is daarom geschikter. Een relevant aspect hierbij is de reden van cannabisgebruik. Professionals linken problematisch blowen met het ontvluchten van problemen. Tegelijkertijd geven zowel jongeren als experts aan

dat dit waarschijnlijk niet de beste copingstrategie is om met problemen om te gaan. Dit kan dus een aanleiding zijn voor een gesprek en eventuele verdere ondersteuning. Problematisch cannabisgebruik kan dan gezien worden als mogelijk signaal voor bredere problematiek waar passende hulp voor nodig is.

5.3.4 Investeer in het bereiken van ouders

Ouders zijn een belangrijke factor in de sociale omgeving van jongeren. Anders dan vaak wordt verwacht hebben ouders van tieners boven de 16 jaar nog steeds invloed als het gaat om middelengebruik. Studies laten zien dat cannabisinitiatie lager is als ouders (tijdens de vroege adolescentie) goed monitoren waar het kind mee bezig is. Hierbij hoeven ouders uiteraard niet letterlijk toezicht te houden maar is het belangrijk dat zij regelmatig contact hebben met hun kind en praten over wat hem/haar bezig houdt. Tevens is het van belang dat ouders de juiste kennis hebben over de werking, prevalentie en risico's van cannabisgebruik. Bij het actiever faciliteren van ouders met relevante informatie en handelingsperspectieven vormen bovenstaande inzichten een belangrijk kader. Daarnaast kan middels de monitoring van de perceptie van ouders over cannabis (zie paragraaf 5.2) meer inzicht verkregen worden in wat ouders hierin nodig hebben.

Rond alcohol, tabak en uitgaansdrugs bestaat reeds een goede (digitale) infrastructuur voor de informatievoorziening aan ouders. Er zijn websites, ouderavonden via scholen en instellingen voor verslavingszorg en sociale mediakanalen waarlangs ouders bereikt worden. Het voordeel van voorlichting via de ouders is bovendien dat er daarbij geen risico op een averechts effect is zoals bij voorlichting aan jongeren. De winst is nu te behalen in het vergroten van het bereik en het (door)ontwikkelen van concrete handelingsperspectieven voor ouders. Hierbij wordt in de reviews de overgang van basisonderwijs naar voortgezet onderwijs als belangrijk momentum genoemd, maar ook de overgang van voortgezet onderwijs naar het beroepsonderwijs of hoger onderwijs kan hierbij benut worden. Vanzelfsprekend is het van belang om (effect)onderzoek te blijven doen naar de preventieve inspanningen gericht op ouders.

5.3.5 De rol van onderwijsinstellingen

De onderwijssetting vormt al decennialang een belangrijke plek waar instellingen voor verslavingszorg en GGD'en zich gezamenlijk inzetten voor middelenpreventiepreventie waarbij ook aandacht wordt besteed aan cannabis. Het programma met het grootste bereik hierin (58% binnen het Voortgezet Onderwijs) is De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG). DGSG is beschikbaar van het basisonderwijs tot aan het hoger onderwijs en voor zowel regulier als speciaal onderwijs. In samenhang met de kennis over effectieve interventies bij het voorkomen van middelengebruik is er de afgelopen jaren een verschuiving ingezet van middelenspecifieke informatie naar een aanpak die zich meer richt op de ontwikkeling van universele gezondheidsvaardigheden. In plaats van

alleen een onderscheid in onderwijsniveau (PO, VO, MBO) wordt er meer gekeken naar de leeftijd en het ontwikkelingsperspectief van leerlingen en daar de preventieve aanpak op afgestemd. Daarnaast wordt meer de nadruk gelegd op selectieve en geïndiceerde preventie. Naast preventie gericht op de hele populatie leerlingen is er een aanbod voor kwetsbare leerlingen met een verhoogd risico op (problematisch) gebruik. Tenslotte wordt vanuit DGSG een middelenvrije school gestimuleerd, waarbij scholen de norm stellen dat roken, drinken en druggebruik niet thuishoren binnen een onderwijsinstelling, en dat actief uitdragen naar leerlingen, schoolpersoneel en ouders. Ook buiten DGSG vindt er middelenpreventie plaats via het onderwijs door middel van uiteenlopende (soms éénmalige) projecten. Dit betekent echter niet dat het vanzelfsprekend is dat er op elke school aandacht wordt besteed aan middelenpreventie en hierbij ook de meest effectieve (deel)interventies worden ingezet. Ook is er nog een verbeterslag mogelijk in het bereiken van ouders via de scholen en een meer systematische aanpak in het hoger onderwijs.

5.4 Selectieve en geïndiceerde preventie

Hoewel het voorkomen van problematisch cannabisgebruik begint met het voorkomen van het starten met cannabisgebruik, wijzen zowel de literatuur als de experts op het belang om momenteel vooral meer aandacht én geld te besteden aan het voorkomen en terugdringen van problematisch cannabisgebruik. Dit vraagt om vroegsignalering van problematisch blowgedrag en een gerichte benadering van risicogroepen voor problematisch gebruik.

5.4.1 Investeer in vroegsignalering en -interventie

Vroegsignalering

Vroegsignalering vraagt allereerst om goede samenwerking tussen verschillende type professionals. Jeugd- en jongerenwerk is bijvoorbeeld een belangrijke partner in het signaleren van jongeren die (problematisch) blowen. Zonder goede samenwerking met de verslavingszorg is het lastig om de juiste zorg te bieden aan gesignaleerde potentiële probleemgevallen. Dat geldt eveneens voor alle andere professionals die werken met risicogroepen (zie paragraaf 5.3.2). De (rigoureuze) bezuinigingen die de afgelopen jaren zijn gedaan op de preventieafdelingen van sommige instellingen voor verslavingszorg hebben impact gehad op de mogelijkheden van preventieafdelingen om dit type netwerken op te bouwen en te onderhouden. Teneinde invulling te kunnen geven aan vroegsignalering en interventie, en het ontwikkelen en dissemineren van evidence-based producten, verdient het aanbeveling om hierin nader te investeren. Om de samenwerking tussen jeugdpartners concreet te verbeteren werd in 2013 aanbevolen door het IVO en Resultaten Scoren om te investeren in een goede inbedding binnen en buiten de organisatie, het opbouwen van vertrouwen en het ontwikkelen van een langetermijnvisie[154].

Vroeg-interventie

Vaak is een lichte interventie voldoende om (problematisch) gebruik te reduceren. Veel jongeren die teveel blowen willen of zoeken echter geen hulp en/of het ontbreekt hen aan motivatie daartoe. Moti-4 is een relatief laagdrempelige interventie die bewezen effectief is en zich richt op jongeren van 14-24 jaar met beginnend problematisch cannabisgebruik. Alhoewel er inmiddels ruim 200 preventiewerkers getraind zijn en deze interventie aan kunnen bieden kunnen zij deze niet altijd uitvoeren vanwege gebrek aan financiering en toeleiding. Het verdient daarom aanbeveling om verder te investeren in de inbedding en doorontwikkeling van deze interventie. Ook de ontwikkeling van andere laagdrempelige interventies (voor de omgeving van problematische blowers) om te helpen bij het minderen of stoppen met cannabis verdient extra financiering.

5.4.2 Investeer in interventies voor risicogroepen en/of met multiproblematiek

Voor risicogroepen in speciale voorzieningen (speciaal onderwijs, jeugdhulp, LVB, JJi), zijn een aantal interventies beschikbaar, alhoewel de meeste hiervan wel theoretisch goed onderbouwd zijn is de effectiviteit onbekend. Ook bestaat de indruk dat sommige interventies nagenoeg niet uitgevoerd worden. Tijdens de expertmeetings ontstond de indruk dat het onderwerp cannabis geen hoge prioriteit heeft bij de ondersteuning en behandeling van jongeren met multiproblematiek.

De lage implementatiegraad van de reeds bestaande interventies kan verschillende oorzaken hebben. Het kan te maken hebben met de interventie zelf, met de professionals die hem moeten uitvoeren, met het management dat besluit om een interventie in te kopen, met de intermediairs die de interventies aanbieden of financiële aspecten. Een hogere implementatiegraad van effectieve interventies vereist allereerst een nadere verkenning van de belemmerende en bevorderende factoren van de (implementatie van de) interventies, oftewel implementatieonderzoek. Op basis van deze kennis dient de interventie doorontwikkeld te worden, gevolgd door investeringen in de implementatie van de interventies en effectonderzoek.

Een belangrijke notie hierbij is om ook hier de preventie niet in te steken op het middel zelf, maar op de functie die het middel vervult in het leven van de jongeren. Wat is de reden dat hij/zij blowt, wat zijn zijn/haar motieven voor gebruik en valt er ook op een andere manier te werken aan (eventueel) achterliggende problemen?

Zoals eerder aangegeven zijn jongeren met multiproblematiek die niet blowen ook een belangrijke doelgroep voor preventie. Er zijn jongeren die nog niet blowen en vervolgens in een omgeving komen zoals één van de bovengenoemde voorzieningen waarin veel geblowd wordt en dit geaccepteerd is. Dit zorgt voor een (onbewuste) druk op deze jongeren om óók te gaan blowen. Het investeren in specifieke interventies voor risicogroepen kan bijdragen aan het terugdringen van problematisch cannabisgebruik én aan het voorkomen van gebruik bij deze kwetsbare jongeren.

5.4.3 De rol van coffeeshops

Tijdens de expertmeetings en gesprekken met jongeren werd er over het algemeen weinig verwacht van de rol van coffeeshops bij het voorkomen en terugdringen van problematisch cannabisgebruik. Toch kunnen coffeeshops wel degelijk een rol spelen met het opleiden van personeel in productkennis alsmede in signalering en doorverwijzing van problematische cannabisgebruikers.
Daarnaast is het mogelijk om teksten op zakjes te zetten met een nummer en/of website waar nadere informatie over stoppen en/of minderen kan worden gevonden. Dit naar voorbeeld van de teksten die op pakjes sigaretten staan waarbij wordt doorverwezen naar de Stoplijn.
Het experiment met de gesloten coffeeshopketen kan als momentum gebruikt worden om nieuwe mogelijkheden hierin te verkennen.

5.4.4 Harm reduction

Een onderwerp dat tijdens de expertmeetings minder naar voren kwam, maar wel regelmatig in de literatuur[155] terugkomt, is harm reduction. Veranderingen in de mate en wijze van gebruik, bijvoorbeeld andere wijze van consumeren, andere soort cannabis en lagere frequentie, kunnen ook bijdragen aan het terugdringen van cannabisgerelateerde gezondheidsproblemen. Momenteel staat harm reduction bij cannabis nog in de kinderschoenen terwijl er wel te denken valt aan bijvoorbeeld het kiezen van cannabis met een laag THC-gehalte of gebalanceerde THC-CBD-ratio, het vermijden van inhalatie van verbrande cannabis en volledig vermijden van cannabisgebruik door hoog-risicogroepen. Het verdient aanbeveling de mogelijkheden en de effectiviteit hiervan nader te onderzoeken.

5.5 Ten slotte

Bovenstaande denkrichtingen zijn bedoeld om koers te bieden aan toekomstige investeringen voor cannabispreventie en geeft aan waar de accenten moeten liggen wat betreft doelgroepen en vormen van preventie. De denkrichtingen zijn gebaseerd op de gesignaleerde ontwikkelingen of op wat al bekend was maar nog onvoldoende toegepast werd.
De kans van slagen hangt mede af van investering (in tijd en geld) in de randvoorwaarden voor cannabispreventie. Cannabispreventie moet een vanzelfsprekend onderdeel worden van het werk van alle professionals die met jongeren werken. Dat lukt alleen als lokale netwerken sterk genoeg zijn. Bijvoorbeeld in gebieden met veel (problematisch) cannabisgebruik is intensieve samenwerking tussen wijkteams en verslavingszorg nodig, waarvoor een lokale of wijkgerichte infrastructuur essentieel is. Ook jongerenwerk, politie en coffeeshophouders kunnen hierbij betrokken worden.

Juist door deze samenwerking en regelmatig contact worden professionals alerter en bewuster van hun handelingsperspectieven. Dat vergt investeringen om netwerken te onderhouden, waarbij ook de rollen en verantwoordelijkheden in de verschillende vormen van preventie en de financiering daarvan duidelijk zijn.

Colofon

Overzicht deelnemers expertmeetings

Datum	Aantal deelnemers en professionele setting	Besproken thema's
19 september 2017	4 (CJG, gemeente, instelling voor verslavingszorg)	Voorkomen (problematisch) cannabisgebruik, universele en selectieve preventie
20 september 2017	5 (Nji, gemeente, instelling voor verslavingszorg, ministerie VWS)	Voorkomen (problematisch) cannabisgebruik, universele en selectieve preventie
27 september 2017	5 (Trimbos-instituut, lectoraat jeugdzorg, politie, reclassering, jongerenwerk)	Voorkomen (problematisch) cannabisgebruik, universele, selectieve en geïndiceerde preventie specifiek voor jongeren met multiproblematiek
29 september 2017	8 (jeugdzorg, LVB-setting, JJi, ministerie VWS) N.B. 1 deelnemer is achteraf telefonisch geïnterviewd	Voorkomen (problematisch) cannabisgebruik, universele, selectieve en geïndiceerde preventie specifiek voor jongeren met multiproblematiek
3 oktober 2017	4 (Trimbos-instituut, instelling voor verslavingszorg)	Geïndiceerde preventie/zoeken naar hulp

Deelnemers expertmeetings

Monique Albeda	Pedagoog	Kwadraad maatschappelijk werk
Tom Bart	Preventiewerker	Jellinek
Timo Berkhoudt	Hulpverlener	TriviumLindenhof jeugdhulp
Matthijs Blankers	Onderzoeker	Trimbos-instituut
Berne Bootsma	Behandelaar	JJI Intermetzo
Femke Bons	Preventiewerker	Jellinek/CIA
Floris Brocaar	Preventiewerker	Novadic Kentron
Hans Dupont	Hoofd preventie	Mondriaan
Aart Franken	Onderzoeker	Nji/UU
Hannie Geurts	Hulpverlener	JJI de Hunnerberg
Peer vd Helm	Onderzoeker	Hogeschool Leiden
Pink Hilverdink	Onderzoeker	Nji
Jasper de Jong	Hulpverlener	Humanitas DMH
Daan Keiman	Preventiewerker	Trimbos-instituut
Arthur Kleisterlee	Preventiewerker	Mondriaan
Kerwin van Krieken	Wijkagent	Politie
Karin Monshouwer	Onderzoeker	Trimbos-instituut
Rick Nijkamp	Onderzoeker	Kantar Public
Hamid Ouali	Beleidsmedewerker	Gemeente Utrecht
Brechtje Renkema	Gedragsdeskundige	JJI De Hunnerberg
Sabine van der Schoor	Beleidsmedewerker	Gemeente Nieuwkoop
Leonie Schulte	Reclasseringsmedewerker	SVG
Souad ait Takassit	Jongerenwerker	JOU Utrecht
Ton Theunisse	Hoofd behandeling	JJI De Hunnerberg
Wil Zwart	Beleidsmedewerker	VWS

Noten

1 Sachs J, Glade E, Yurgelun-Todd D. Safety and Toxicology of Cannabinoids. Neurotherapeutics 2015 Oct;12(4):735-46.

2 Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med 2014;370:2219-2227.

3 Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, eLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, et al. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. JAMA Psychiatry 2016 Mar;73(3):292-7.

4 Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addiction 2015 Jan;110(1):19-35.

5 Hall W, Lynskey M. (2016) Why it is probably too soon to assess the public health effects of legalisation of recreational cannabis use in the USA. Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):900-6.

6 Blankers, M., Ketelaars, T., Uitterhaegen, B., Van Laar, M. (2017). Cannabisregulering in de Verenigde Staten: modellen en effecten op het terrein van de volksgezondheid. Trimbos-instituut: Utrecht.

7 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017). The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: Current State of Evidence and Recommendations for Research.Washington, DC: The National Academies Press.

8 Smart R., Caulkins J. P., Kilmer S., Davenport S., Midgette G. (2017) Variation in cannabis potency and prices in a newly-legal market: evidence from 30 million cannabis sales in Washington State. Addiction 2017; 112: 2167–77.

9 Anthony JC, Lopez-Quintero C, Alshaarawy O. (2016) Cannabis Epidemiology: A Selective Review. Current pharmaceutical design. 2016;22(42):6340-6352.

10 Harel-Fisch, Y. (2017) The social epidemiology of alcohol and drug use among Israeli school-aged children: Recent developments and current challenges (presentatie) Geraadpleegd van http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6919/16H30_3_Yossi%20Harel-Fisch.pptx op 13 april 2018.

11 Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2016 in: Laar, M.W. van, B. van Gestel, A.A.N. Cruts, P.M. van der Pol, A.P.M. Ketelaars, E.M.T. Beenakkers, R.F. Meijer, E.A. Croes, T.M. Brunt (2018) Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2017. Trimbosinstituut: Utrecht.

12 Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., Monshouwer, K. (2016). Jeugd en riskant gedrag 2015: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Trimbos-instituut: Utrecht.

13 Kraus, L., Guttormsson, U., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K., Espad Group (2017). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA/ESPAD: Lisbon.

14 Monshouwer, K., Van der Pol, P., Van Laar, M. (2016). Het Grote Uitgaansonderzoek 2016. Trimbos-instituut: Utrecht.

15 Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2016). Antenne 2015: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

16 Kepper, A., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, Vollebergh, W. (2012). Middelengebruik door jongeren. Middelengebruik in de residentiële jeugdzorg, Rec-4, praktijkonderwijs en leerweg-ondersteunend onderwijs. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 90 (5): 287-294.
17 Nagel, J. van der (2016). Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in individuals with Intellectual Disability (SumID). Nijmegen: Radboud Universiteit.
18 Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009). Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008. Trimbos-instituut: Utrecht.
19 Nabben, T., Benschop, A., Korf, D. (2014). Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
20 Hammink, A., C. Barendregt, E. ter Beek, E. de Jonge, en D. van de Mheen (2016) Middelengebruik in de Jeugdzorgplus Rotterdam: IVO.
21 Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T. et al. (2009). Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. Universiteit Utrecht: Utrecht.
22 Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J. et al. (2012). Profiel van daklozen in de vier grote steden: resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). IVO/UMC St Radboud: Rotterdam-Nijmegen.
23 GGD Amsterdam (2014) in de nesten: analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam. GGD Amsterdam: Amsterdam.
24 De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut: Utrecht.
25 Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2016). Kerncijfers Verslavingszorg 2015: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Stichting IVZ: Houten.
26 Lopez-Quintero C., Cobos J.P., Hasin D.S., Okuda M., Wang S., Grant B.F. et al. (2010) Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug Alcohol Depend 2010.
27 Van der Pol (2014). The dynamics of cannabis use and dependence. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.
28 Van der Giessen, M., Moolenaar, D.E.G., Van Ooyen-Houben, M. (2014). De export van in Nederland geteelde cannabis: een schatting van de omvang en een bespreking van de mogelijkheden en beperkingen van het onderzoek. WODC/Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.
29 Korf, D.J., Benschop, A., Nabben, T., Wouters, M. (2014). De illegale gebruikersmarkt, In: Coffeeshops, toeristen en lokale markt. Evaluatie van het Besloten club-en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport. M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D J Korf, (eds.), pp. 133-186. WODC: Den Haag.
30 Van der Giessen, M., Moolenaar, D.E.G., Van Ooyen-Houben, M. (2014). De export van in Nederland geteelde cannabis: een schatting van de omvang en een bespreking van de mogelijkheden en beperkingen van het onderzoek. WODC/Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.
31 Rigter, S., Niesink, R. (2017). THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2016-2017). Trimbos-instituut: Utrecht.
32 Venhuis, B.J., Van de Nobelen, S. (2015). Cannabis contaminanten. RIVM: Bilthoven.
33 Alzghari,SK, Fung V, Rickner SS, Chacko L, Fleming SW.)2017) To Dab or Not to Dab: Rising Concerns Regarding the Toxicity of Cannabis Concentrates. Cureus. 2017 Sep; 9(9): e1676.
34 Lofin & Earleywine (2014) A New Method of Cannabis Ingestion: The Dangers of Dabs? May 2014 Addictive Behaviors DOI 10.1016/j.addbeh.2014.05.013.

35 Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving/EMCDDA (2017), Europees Drugsrapport 2017: Trends en ontwikkelingen, Bureau voor publicaties van de Europese Unie: Luxemburg.
36 Amsterdam, J. van, T. Brunt, W. van den Brink (2015) The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects Journal of Psychopharmacology 1–10.
37 Kerssemakers, R., van Meerten, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. (red.) (2008). Drugs en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving. Bohn, Stafleu en Van Loghum: Houten.
38 WHO (2016) The health and social impact of nonmedical cannabis use WHO: Geneve.
39 Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M, Micallef J (2014). Cannabis use: signal of increasing risk of serious cardiovascular disorders. J Am Heart Assoc. 3(2):e000638.
40 Gable RS. (2004). Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. Addiction;99: 686–96.
41 Iversen L. (2007). The Science of Marijuana, 2nd ed. Oxford University Press: Oxford.
42 Anthony JC (2006). The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS, editors. Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment. Cambridge: Cambridge University Press:58–105.
43 van der Pol P, Liebregts N, de Graaf R, Korf DJ, van den Brink W, van Laar M (2013). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: a three-year prospective study. Drug Alcohol Depend. 133(2):352–9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.06.009.
44 Fried P, Watkinson B, Gray R (2005). Neurocognitive consequences of marihuana – a comparison with pre-drug performance. Neurotoxicol Teratol. 27(2):231–9.
45 Jacobus J, Tapert SF (2014). Effects of cannabis on the adolescent brain. Curr Pharm Des. 20(13):2186–93.
46 Volkow ND, Wang GW, Telang F, Fowler JS, Alexoff D, Logan J, et al. (2014). Decreased dopamine brain reactivity in marijuana abusers is associated with negative emotionality and addiction severity. Proc Natl Acad Sci U S A. 111(30):E3149–E3156.
47 Tom ter Bogt, Maurice van Lieshout, Suzan Doornwaard, Yke Eijkemans (2009) Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten Trimbos-instituut en Universiteit Utrecht: Utrecht.
48 Metz TD, Stickrath EH. (2015). Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. Am J Obstet Gynecol. Dec;213(6):761-78.
49 Conner, Shayna N. MD, MSCI; Bedell, Victoria MD; Lipsey, Kim MLIS; Macones, George A. MD, MSCE; Cahill, Alison G. MD, MSCI; Tuuli, Methodius G. MD, MPH. Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstetrics & Gynecology: October 2016 - Volume 128 - Issue 4 - p 713–723.
50 Hermanns, J. M. A. (2009). Het opvoeden verleerd. (Oratiereeks). Vossiuspers: Amsterdam.
51 Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development. Harvard University Press:USA.
52 Van Hasselt, N. e.a. (2010) Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Trimbos-instituut: Utrecht.
53 Snoek, A., Wits, E. & van der Stel, J. (2010). Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix. IVO: Rotterdam.
54 Tuithof, M. S. van Dorsselaer, K. Monshouwer (2017) Veranderingen in middelengebruik onder Nederlandse scholieren: samenhang met schoolniveau Trimbos-instituut: Utrecht.
55 Oudejans, S. en M. Spits (2013) Investeren in verslavingspreventie Stichting Resultaten Scoren/ Markbench VOF: Amsterdam.
56 Wet Publieke Gezondheid geraadpleegd op http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2016-08-01 op 13 april 2018.

57 Dossier Preventie geraadpleegd op www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dossier-preventie/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie op 13 april 2018.
58 EMCDDA (2015) Prevention of addict behaviors. Updated and expanded edition on prevention of substance abuse. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
59 Sannen, A., Woudstra, S., van den Bos, A., van Hasselt, N., Schulten, I. & Verdurmen J. (2012). Uitgaan en opvoeding. Utrecht: Trimbos-instituut.
60 Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J.E., Engels, R.C., Vollebergh, W.A., (2015). The role of general parenting and cannabis-specific parenting practices in adolescent cannabis and other illicit drug use. Drug Alcohol Dependence. Feb 1;147:222-8.
61 Becona, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., (2012). Parental styles and drug use: a review. Drugs Educ. Prev. Policy 19, 1–10.
62 Looze, M. de, van den Eijnden, R., Verdurmen, J., Vermeulen-Smit, E., Schulten, I., Vollebergh, W., ter Bogt, T. (2012). Parenting practices and adolescent risk behavior: rules on smoking and drinking also predict cannabis use and early sexual debut. Prev Sci. Dec;13(6):594-604.
63 Calafat, A., Garcia, F., Juan, M., Becona, E., Fernández-Hermida, J.R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. Drug Alcohol Depend 138, 185–192.
64 Beschrijving Triple P geraadpleegd op http://www.triplep-nederland.nl/nl-nl/triple-p-in-het-kort/ op 12 maart 2018.
65 Graaf, I. de en R. Schappin (2012) Factsheet : De effectiviteit van Triple P: stand van zaken 2015 Trimbos-instituut/Wilhelmina Kinderziekenhuis: Utrecht.
66 Petrie, J., Bunn, F. and Byrne, G. (2007) Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review, Health Education Research 22, 177–191.
67 Beschrijving Gezin aan bod geraadpleegd op https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Niet-erkend/Gezin-aan-bod op 12 maart 2018.
68 Stolle, M., Sack, P.-M., Stappenbeck, J. and Thomasius, R. (2010) Familienbasierte Prevention bei Kindern und Jugendlichen: Das Strengthening Families Program, Sucht 56, 51–60.
69 Beschrijving Family Check Up geraadpleegd op https://reachinstitute.asu.edu/programs/family-check-up op 12 maart 2018.
70 Beschrijving MDFT geraadpleegd op http://www.mdft.nl/wat_is_mdft/ op 12 maart 2018.
71 Laar, M. van en M. Ooyen-Houben (2009) Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid WODC/ Trimbos-instituut Den Haag/Utrecht.
72 Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D, et al. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. Cochrane Database Syst Rev. (2):CD003020.
73 Onrust, S.A., Otten, R., Lammers, J. & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. Clinical Psychology Review, 44(3), 45-59. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.002.
74 Beschrijvingen Kiva, Taakspel, Kanjertraining, Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD), Alles Kidzz en Ik kies voor zelfcontrole geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies op 5 maart 2018.
75 Beschrijving De Gezonde School en Genotmiddelen geraadpleegd op https://www.dgsg.nl/scholen/dgsg-bo op 5 maart 2018.
76 Beschrijving Tripspel geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401912 op 5 maart 2018.
77 Beschrijving Drieluik basisonderwijs roken en drinken geraadpleegd op https://www.indigo.nl/hulpaanbod/cursussen-en-activiteiten/?interventie=39&nfr=true&Drieluik+basisonderwijs+roken%2C+drinken+%26+drugs op 5 maart 2018.

78 Beschrijving Doe effe normaal geraadpleegd op http://doe-effe-normaal.nl/nl/ op 5 maart 2018.
79 Brochure Advies, begeleiding en consultatie geraadpleegd op https://www.brijder.nl/documents/1775123/1780883/Advies%2C+Begeleiding+en+Consultatie.pdf/875d01a9-93a5-4644-a6b3-0c6a4b0376cb op 5 maart 2018.
80 De Leeuw, R., Kleinjan, M., Lammers, J., Lokman, S., Engels, R. (2014). De effectiviteit van De Gezonde School en Genotmiddelen voor het basisonderwijs. Kind en Adolescent, 35-1, 2-21.
81 Beschrijving interventies Levensvaardigheden, Kanjertraining en Plezier op school geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies op 5 maart 2018.
82 Beschrijving De Gezonde School en Genotmiddelen geraadpleegd op https://www.dgsg.nl/scholen/dgsg-vo op 5 maart 2018.
83 Beschrijving Leren signaleren geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401491 op 5 maart 2018.
84 Beschrijving PlayBack Interactief Theater-HotSpot geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1700019 op 5 maart 2018.
85 Beschrijving Love & Drugs Event geraadpleegd op https://www.indigo.nl/hulpaanbod/cursussen-en-activiteiten/?interventie=40&Love-&-Drugs-event op 5 maart 2018.
86 Beschrijving Onder invloed geraadpleegd op https://www.crow.nl/mobiliteit-en-gedrag/tools/toolkit/documenten/onder-invloed-onderweg?onderwerp=471;&page=1&searchsort=date&pagesize=10&parenturl=/Mobiliteit-en-Gedrag/Tools/Toolkit op 5 maart 2018.
87 Beschrijving SportMPower geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401850 op 5 maart 2018.
88 Beschrijving Wiet Wijs geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401256 op 5 maart 2018.
89 Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W., Engels, R. (2014). Effectiveness of the Healthy School and Drug prevention programme on adolescents' substance use: a randomized clustered trial. Addiction maart 2014.
90 Beschrijving De Cannabisshow geraadpleegd op https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/De-Cannabisshow.html op 5 maart 2018.
91 Beschrijving De Gezonde School en Genotmiddelen Voortgezet Speciaal Onderwijs geraadpleegd op https://www.dgsg.nl/scholen/dgsg-vso op 5 maart 2018.
92 Velthof, A. (2016) Implementatie van 'Be Wise, Think Twice' (Masterthesis) Universiteit Utrecht: Utrecht.
93 Beschrijving Bordspel Trip geraadpleegd op https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=pfg55149 op 5 maart 2018.
94 Beschrijving website Bekijk het nuchter geraadpleegd op https://www.bekijkhetnuchter.nl/?noflash=1 op 5 maart 2018.
95 Beschrijving Samen Slagen geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1403274 op 5 maart 2018.
96 Beschrijving InShape Prevention Plus Wellness geraadpleegd op https://nrepp.samhsa.gov/Legacy/ViewIntervention.aspx?id=196 op 5 maart 2018.
97 Werch CE, Moore MJ, Bian H, DiClemente CC, Ames SC, Weiler RM, et al. (2008). Efficacy of a brief imagebased multiple-behavior intervention for college students. Annals of Behavioral Medicine, 36(2), 149-157.
98 A.M.L. Sannen, L. Voorham en F.X. Goossens (2015) Preventie van alcohol-, tabaks-, en drugsgebruik onder studenten Trimbos-instituut: Utrecht.
99 Beschrijving De Gezonde School en Genotmiddelen geraadpleegd op https://www.dgsg.nl/scholen/dgsg-mbo op 5 maart 2018.

100 Beschrijving ROC Aanvalsplan geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/21969/Beschrijving%20ROC-Aanvalsplan.pdf op 5 maart 2018.
101 Beschrijving Denknajoh geraadpleegd op http://www.denknajoh.nl/ op 5 maart 2018.
102 Beschrijving Les(s)& More geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401859 op 5 maart 2018.
103 Beschrijving Test je Leefstijl geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401709 op 5 maart 2018.
104 Beschrijving Alcohol Literacy Challenge geraadpleegd op https://nrepp.samhsa.gov/Legacy/ViewIntervention.aspx?id=320 op 5 maart 2018.
105 Beschrijving De Gezonde School en Genotmiddelen geraadpleegd op https://www.dgsg.nl/hbowo op 5 maart 2018.
106 Metz, J.W. (2011). Welzijn in de 21ste eeuw. Van sociale vernieuwing naar welzijn nieuwe stijl. SWP: Amsterdam.
107 Metz, Judith. (2013). De waarde(n) van het jongerenwerk. Uitgave: Amsterdam University Press. Lectorale Rede, in verkorte vorm uitgesproken op dinsdag 8 oktober 2013 door dr. Judith Metz, lector Youth Spot.
108 Burik, A.E. van, Hoogeveen, C., Jong, B.J. de, Vogelvang, B., Addink, A., Steege, M. van der (2013) Evaluatie aanpak criminele jeugdgroepen Van Montfoort, Bureau Alpha, Nederlands Jeugd Instituut (NJI), WODC: Woerden/Utrecht/Den Haag.
109 Beschrijving Open en Alert jongerenwerk geraadpleegd op https://www.openenalert.nl/jongerenwerk op 5 maart 2018.
110 Beschrijving Stay Away geraadpleegd op https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Verwijderd-uit-de-databank/Stay-Away op 5 maart 2018.
111 Beschrijving Cannabis Intelligence Amsterdam (CIA) geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1400649 op 5 maart 2018.
112 Brochure Budo geraadpleegd op https://www.tactus.nl/storage/c5cf3d8f2ab940d10e1c294fc2fb5c01c2d99f9a/documenten/budo.pdf op 5 maart 2018.
113 Brochure Talk n Joy geraadpleegd op https://www.tactus.nl/storage/c5cf3d8f2ab940d10e1c294fc2fb5c01c2d99f9a/documenten/2015+Tactus+Folder+Talk+n+Joy+12+tot+16.pdf op 5 maart 2018.
114 Sigfusdottir, I.D. et al (2011) Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland in Global Health Promotion, 2011; 18(3): 23–26.
115 The ESPAD Group. ESPAD Report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
116 Arnarsson, A. et al (2017) Adolescent alcohol and cannabis use in Iceland 1995–2015 Drug and Alcohol Review (2017) DOI: 10.1111/dar.12587.
117 Jeugdwet geraadpleegd op http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2018-01-01 op 5 maart 2018.
118 Beschrijving Open en Alert Jeugdhulpverlening geraadpleegd op https://www.openenalert.nl/residentiele-jeugdhulpverlening op 5 maart 2018.
119 Beschrijving Wiet Wijs geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401256 op 5 maart 2018.
120 Bransen, E., H. Schipper, K. Mutsaers, M. Haverman & J. Blekman (2008). Aard en omvang an middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders. Trimbos-instituut: Utrecht.

121 Beschrijving Open en Alert in LVB-setting geraadpleegd op https://www.openenalert.nl/lvb-settings op 5 maart 2018.
122 Beschrijving Bekijk 't nuchter geraadpleegd op https://www.openenalert.nl/lvb-settings/bekijk-t-nuchter op 5 maart 2018.
123 Beschrijving Wijs op weg geraadpleegd op https://www.iriszorg.nl/verwijzers-professionals/training-en-advies/training-wijs-op-weg-wow op 5 maart 2018.
124 Beschrijving Open en Alert in JJI geraadpleegd op https://www.openenalert.nl/justitiele-jeugdinrichting op 5 maart 2018.
125 Beschrijving Brains4Use geraadpleegd op https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Brains4use op 5 maart 2018.
126 Hoekstra, N. (2002). Effectonderzoek Brains4Use. Rentray, Lelystad.
127 Beschrijving Goed Gastheerschap Coffeeshoppersoneel geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401126 op 13 april 2018.
128 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Health and social responses to drug problems: a European guide, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
129 Hoch E, Preuss U.W., Ferri M. Simon R.(2016) Digital Interventions for Problematic Cannabis Users in Non-Clinical Settings: Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis. Eur Addict Res. 2016;22(5):233-42s.
130 Tait R, Spijkerman R, Riper H (2013) Internet and computer based interventions for cannabis use: A meta-analysise. Drug Alcohol Depend. 2013 Dec 1;133(2):295-04.
131 Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G.M. (2007). Eerste ervaringen met Internet-Zelfhulp voor Probleemdrinkers. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 62, 1032-1043.
132 Dupont H, Candel M, Kaplan C, van de Mheen D, de Vries N. (2016) Assessing the Efficacy of MOTI-4 for Reducing the Use of Cannabis Among Youth in the Netherlands: A Randomized Controlled Trial. J Subst Abuse Treat. 2016 Jun;65:6-12.
133 De Gee E, Verdurmen J, Bransen E, De Jonge J, Schippers G. (2014) A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. J Subst Abuse Treat. Sep;47(3):181-8.s.
134 Blankers M, Koeter M, Schippers G. (2011) Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. Jun;79(3):330-41.
135 Beschrijving Interventie Middelengroep (THC) geraadpleegd op https://psychiatrie-nederland.nl/kennisbank/interventies/middelengroep-thc-minderen-of-stoppen-met-canabis/ op 13 april 2018.
136 Brochure training Nuchter zat !? geraadpleegd op https://www.iriszorg.nl/sites/iriszorg.nl/files/field/product/productkaart_28_web.pdf op 13 april 2018.
137 Beschrijving Moti-4 geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401113 op 13 april 2018.
138 Beschrijving Wiet-Check geraadpleegd op https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401085 op 13 april 2018.
139 Laar, M.W. van, B. van Gestel, A.A.N. Cruts, P.M. van der Pol, A.P.M. Ketelaars, E.M.T. Beenakkers, R.F. Meijer, E.A. Croes, T.M. Brunt (2018) Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2017. Trimbos-instituut: Utrecht.
140 Kamerstukken II 2016 24077-373 Brief regering Rapport Monitoring ontwikkelingen coffeeshopbeleid.
141 Aanwijzing Opiumwet (2015) geraadpleegd op https://www.om.nl/vaste-onderdelen/zoeken/@88338/aanwijzing-opiumwet-0/ op 13 april 2018.

142 Mennes, R., Snippe, J., Sijtstra, M., Bieleman, B. (2016). Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid. Intraval: Groningen-Rotterdam.
143 Bieleman, B., Kruize, A., Mennes, R. (2015). Plannen in kaart: inventarisatie preventie- en handhavingsplannen Drank- en Horecawet 2015. Intraval: Groningen-Rotterdam.
144 Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015). Coffeeshops in Nederland 2014: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2014. Intraval: Groningen-Rotterdam.
145 Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015). Monitor verplaatsing coffeeshop Amsterdam-Oost. Intraval: Groningen-Rotterdam.
146 Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015). Monitor afstandscriterium coffeeshops Amsterdam. Intraval: Groningen-Rotterdam.
147 Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. et al., (2015). Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2016. Trimbos-instituut/WODC: Utrecht/Den Haag.
148 Evaluatie van het Besloten club-en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport. M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D J Korf, (eds.), pp. 133-186. WODC: Den Haag.
149 Position Paper VNG Modernisering Cannabisbeleid geraadpleegd op https://vng.nl/files/vng/brieven/2016/attachments/12_modernisering-cannabisbeleid_position-paper.pdf op 7 september 2017.
150 34 165 Gewijzigd wetsvoorstel Wet gesloten coffeeshopketen en uitslagen stemming op geraadpleegd op https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?id=2015Z03365&dossier=34165 op 7 september 2017.
151 34 165 Voorlopig verslag van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie 30 mei 2017 geraadpleegd op https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34165-b.html op 7 september 2017.
152 Regeerakkoord Rutte III geraadpleegd op https://www.kabinetsformatie2017.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst op file:///H:/Downloads/Regeerakkoord+2017-2021.pdf op 13 april 2018.
153 EMCDDA (2017) Health and social responses to drug problems: a European guide EMCDDA: Lisbon.
154 Couwenbergh C. & Wits E. (2013). Samenwerken om bij middelenproblematiek tijdig te signaleren, door te verwijzen en te behandelen. Voorbeelden van verslavingspreventie en -zorg voor kwetsbare jongeren in de jeugdsector. IVO: Rotterdam.
155 Fischer B., Russell C., Sabioni P., van den Brink W., Le Fol B., Hall W., Rehm J., & Room R. (2017). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. Am J Public Health. 107(8):1277. doi: 10.2105/AJPH.2017.303818a.
156 Vermeulen-Smit, E. A. Kepper, K. Monshouwer (2014) Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettingen Utrecht: Trimbos-instituut.
157 Kepper, A (2013) Substance use among adolescents in special education and residential youth care: prevalence onset and risk factors. Universiteit Utrecht:Utrecht.

Trimbos instituut

Bij de meeste mensen die cannabis gebruiken is dit tijdelijk en/of leidt dit niet tot problemen. Bij sommigen escaleert het gebruik echter tot langdurig frequent gebruik of verslaving. Deze gebruikers hebben meer risico op psychische problematiek en verminderd functioneren.
Deze verkenning formuleert denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik bij jongeren en jongvolwassenen van 16 tot 35 jaar te voorkomen. De denkrichtingen zijn gebaseerd op bestaande literatuur, en gesprekken met onderzoekers, professionals, jongeren en ouders.

Monitoring

- Investeer in de monitoring van cannabisgebruik bij risicogroepen

Universele preventie

- Maak ook gebruik van beschermende factoren zoals goede vrijetijdsvoorzieningen en betrokkenheid en toezicht door ouders als aanknopingspunt voor cannabispreventie
- Leg in de communicatie over cannabis de nadruk op de normstelling dat (mogelijk problematisch) cannabisgebruik bespreekbaar wordt gemaakt

Selectieve en geïndiceerde preventie

- Investeer vooral in vroegsignalering en vroeginterventie bij problematisch gebruik
- Zorg dat ouders beter bereikt worden en ondersteund worden bij hun vragen over cannabis
- Stimuleer scholen om in te zetten op een ‘middelenvrije school’
- Investeer in duurzame samenwerking tussen scholen, hulpverlening en verslavingszorg
- Besteed meer aandacht aan cannabispreventie binnen voorzieningen zoals bijvoorbeeld speciaal onderwijs, jeugdhulp, justitiële jeugdinrichtingen (JJI) en instellingen voor licht-verstandelijk beperkten (LVB)
- Benut de mogelijkheden voor samenwerking met coffeeshops

Harm reduction

- Verken de mogelijkheden om gezondheidsschade te beperken met kennis over de risico’s bij verschillen in de mate en wijze van cannabisgebruik