

WINDESHEIMREEKS KENNIS EN ONDERZOEK



De preventiewerker centraal

Een bijdrage aan de ontwikkeling van de
verslavingspreventie

Rob Bovens

Lectoraat Verslavingspreventie

Colofon

Mr. dr. R.H.L.M. (Rob) Bovens (2010)

De preventiewerker centraal. Een bijdrage aan de ontwikkeling van de verslavingspreventie

ISBN/EAN: 978 90 77901 32 8

Dit is een uitgave van Christelijke Hogeschool Windesheim

Postbus 10090, 8000 GB Zwolle, Nederland

Concept en vormgeving: WEDA te Leeuwarden

Fotografie: Hollandse Hoogte, Trimbos-instituut en Shutterstock

Druk: Netzo Druk Zwolle

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

De preventiewerker centraal

Een bijdrage aan de ontwikkeling van de
verslavingspreventie

De preventiewerker centraal

Een bijdrage aan de ontwikkeling van de
verslavingspreventie

Rob Bovens

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het
lectoraat Verslavingspreventie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim
te Zwolle op maandag 1 november 2010

Inhoudsopgave

INLEIDING	7
1. GESCHIEDENIS VAN DE VERSLAVINGSPREVENTIE	10
2. NOODZAAK, AANKNOPINGSPUNTEN EN AANPAK VAN DE VERSLAVINGSPREVENTIE	25
3. INHOUD VAN DE VERSLAVINGSPREVENTIE	39
4. KWALITEIT VAN DE VERSLAVINGSPREVENTIE	52
5. AANKNOPINGSPUNTEN VOOR VERBETERING: DE PREVENTIEMEDEWERKER CENTRAAL	58
6. DE CONSEQUENTIES VOOR HET ONDERZOEK BINNEN HET LECTORAAT EN HET ONDERWIJS OP DE HOGESCHOOL	81
DANKWOORD	84
LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN	86
LITERATUUR	88

Inleiding

Op een willekeurige dag, vrijdag 24 september 2010, spoed ik mij naar de trein voor weer een werkdag. In mijn tas de Volkskrant. Bij de schuifdeuren die toegang geven tot de stationshal worden mij de Spits en De Pers in de handen gedrukt, de Metro grijp ik zelf uit de ‘ruif’. Al jaren een vrijwel dagelijks ritueel, ook prettig omdat ik zodoende aan het begin van de werkdag al op de hoogte ben van de laatste ontwikkelingen op mijn vakgebied. Dat er geen dag voorbij gaat zonder aandacht hiervoor in de kranten hoeft niet zo vreemd voor te komen. Verslaving is namelijk van iedereen, verslaving spreekt tot de verbeelding, het raakt de hele maatschappij. Zo ook vandaag:

Metro

- Een ingezonden brief over obesitas. “Nederland gaat met steeds meer dikke autover-slaafden Amerika achterna.”
- Een artikel over David Hazelhoff (Baywatch) en zijn drankverslaving, door zijn doch-ter gefilmd.
- En een berichtje over drugs die in het water zitten van een natuurpark in Spanje (“in beken en sloten zijn sporen van cocaïne en zeven andere drugs aangetroffen. Vooral cocaïne en XTC komen veel voor. Deskundigen waarschuwen dat de drugs een gevaar voor de dieren en de bezoekers van het park kunnen zijn.”).

De Pers

- Over Duitsland: De SPD op de bres voor biertje! “Ook werklozen en mensen in de bij-stand moeten recht houden op een biertje en een sigaretje op z’n tijd (eist de SPD naar aanleiding van regeringsplannen om deze middelen te schrappen uit de berekening van de hoogte van uitkeringen). Nu krijgen mensen met een uitkering nog 7,52 euro per maand voor alcohol en 11,58 euro per maand voor tabak.”
- En over een strengere aanpak van drugsgebruik in het verkeer (zie de Volkskrant).

Spits

- “Drankorgel in soaps”. Verslavingsdeskundigen roepen op alcoholmisbruik in series als Oh Oh Cherso, Gooische vrouwen en GTST vooral te tonen. Een drooglegging op tv werkt juist mee aan het stevige taboe dat nog steeds op alcoholverslaving ligt. Dit staat lijnrecht tegenover de visie die STAP enige tijd geleden ventileerde.

Volkskrant

- Speekselttest voor automobilist! Bespreking van een wetsvoorstel tot het invoeren van een nieuwe test om het gebruik van drugs aan te tonen bij automobilisten. Met overigens kritische kanttekeningen van collega Daan van der Gouwe van het Trimbos-instituut.
- Een interview met Ron Wood (voorheen Faces, sinds 1976 bij The Rolling Stones): hij spreekt de woorden 'ontwenningsskliniek' en 'rehab' uit alsof hij het over het postkantoor en de supermarkt heeft. "....met alcohol kan ik mezelf tot rust brengen. Ik heb weer een tijdje bij de A gelopen, de A van Alcoholics. De tweede A, van Anonymous kun je wel weglaten als je in de Rolling Stones speelt."
- En een column van Aaf Brandt Corstius, getiteld: "Dessertwijn".

En dan heb ik het nog niet eens gehad over alle advertenties voor computerpelletjes, vooral in de Spits. Alcohol en drugs, gokken, gamen, roken, internet, werk, sex, televisie, eten: het gebruik hiervan kan uitgroeien tot een ongezonde gewoonte en uiteindelijk een verslaving. Veel van deze bezigheden en middelen zijn onschuldig, de meest verslavende is eigenlijk roken.

Over het voorkomen van deze (verslavende) gewoonten, en vooral van fasen of situaties waarin ze ongezond of schadelijk zijn gaat het in dit document. Professionals die hier dagelijks mee bezig zijn noemen deze tak van sport 'Verslavingspreventie'.

In de definitie van Pim Cuijpers e.a. (2006):

"Preventie is het bereiken van duurzame effecten die bijdragen aan winst voor de gezondheid en de kwaliteit van leven teneinde (ernstige) verslavingsproblemen door middel van beproefde preventiemethoden te voorkomen of tijdig op te sporen. Daarbij richten we ons op zowel gezondheidsbevordering als ziektepreventie."

Meer bijzonder is, dat dit document vooral inzoomt op de persoon van de preventiewerker. Dat is namelijk niet vanzelfsprekend. In alle handboeken is veel aandacht voor het gereedschap van de preventiewerker: de methodieken en inhoud van de interventies, gericht op de doelgroep en de omgeving. Binnen het lectoraat vinden we dat natuurlijk ook belangrijk, al was het maar omdat nog geen enkele (HBO-)opleiding in Nederland substantieel aandacht aan deze hulpmiddelen binnen de verslavingspreventie. Laat staan zich door middel van onderzoek inzet voor het bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie hiervan. Dus u kunt hier de komende jaren nog de nodige bijdragen van ons in verwachten.

Maar wat betreft de persoon van de preventiewerker: deze wordt door mij en de leden van de kenniskring bij het lectoraat erg belangrijk gevonden. Op de eerste plaats omdat wij op Windesheim mensen willen opleiden tot professional. Mensen die hier niet blanco instappen. Gewoonten, middelengebruik en verslaving zijn in onze maatschappij overal, je kunt er niet omheen. Iedereen kent wel iemand in zijn of haar omgeving die er wel eens problemen mee heeft. Wat betekent dit voor die toekomstige professional? Wat betekent dit voor diens attitude, voor diens motivatie en drive? Is het iemand die de hele wereld van de alcohol wil afhelpen, is het iemand die zelf verslavingsgedrag moeilijk kan hanteren? En wat gaan de toekomstige ontvangers van de preventieboodschap daar van merken? Is er sprake van professionele distantie, kan hij of zij 'het een plek geven'?

Op de tweede plaats blijkt uit onderzoek dat in het algemeen de methodiek zelf maar voor 15% bijdraagt aan het uiteindelijke resultaat van iemands interventie. Algemene therapie-effecten, waaronder de attitude van de professional en zijn vermogen om een goede relatie te leggen met de cliënt dragen hier voor 30% aan bij. Onderzoek en onderwijs met betrekking tot deze aspecten kunnen dus een substantiële bijdrage leveren aan de kwaliteit van het preventiewerk.

Opbouw van dit document

De kern van mijn verhaal staat uiteindelijk in hoofdstuk 5, waarin een argumentatie wordt gegeven voor de keuze bijzondere aandacht te schenken aan de persoon van de preventiewerker. Tevens komen daarbij aandachtspunten aan bod voor toekomstig onderzoek vanuit het lectoraat. Deze aandachtspunten zijn in mijn ogen nog niet compleet maar vormen het resultaat van een eerste verkenning van de literatuur én een aantal gesprekken met mensen uit het preventieveld. De eerste 4 hoofdstukken dienen gezien te worden als een soort inleiding, waarbij achtereenvolgens aandacht besteed wordt aan de geschiedenis van de verslavingspreventie (hoofdstuk 1), de omvang van de problematiek en de werkwijze binnen het preventieveld (hoofdstuk 2), de meest gehanteerde en beproefde interventiemethoden (hoofdstuk 3) en de wijze waarop de kwaliteit van het werk bevorderd wordt (hoofdstuk 4).

In het laatste hoofdstuk (6) wordt ingegaan op de eerste activiteiten vanuit het lectoraat. Deze zijn nog relatief beperkt. De lezer moet bedenken, dat het lectoraat nog jong is en voor een belangrijk deel nog in de oriëntatiefase zit.

Dit document wordt afgesloten met een dankwoord.

1. Geschiedenis van de verslavingspreventie

Kennismaking

Mijn eerste kennismaking met het bestaan van de verslavingspreventie dateert van eind 1980. Als onderzoeker bij het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie kreeg ik de opdracht voor het evalueren van een cursus voor rijders onder invloed in de gevangenis De Raam in Grave. Een studiegenoot van mij aan de universiteit in Nijmegen was in het kader van zijn stage projectleider van dit voorlichtingsproject in de ontwikkelingsfase. Bij het voltooiën van zijn stage kwam de vraag naar voren wie bij de uitvoering de projectleiding op zich zou moeten nemen. Het CAD Oost-Brabant werd uiteindelijk gevraagd een projectleider te leveren en dit werd Eric Lambregts, een medewerker van de afdeling preventie. Hij trad naast coördinator van het project op als cursusleider in een interventie die verder werd uitgevoerd door een officier van justitie of rechter, een maatschappelijk werker vanuit de verslavingszorg en de gevangenisarts. Naast zijn werk in De Raam werd hij nog voor 40% ingezet voor preventiewerk 'in de regio' (Bovens, 1991).

Een tweede kennismaking betrof de gesprekken met een Molukse werker in 1983 van de werkeenheid Masnait van het CAD Twente, die met rijkssubsidie speciaal was aangesteld voor het geven van voorlichting over alcohol en drugs aan Molukkers in de regio Twente. De gesprekken maakten deel uit van een onderzoek naar reclasseringshulp voor allochtonen. Mijn onderzoek spitste zich toe op het uitvoeren van reclasseringsactiviteiten voor allochtone wetsovertreders. Dit kader werd door de betreffende werkers ook benut voor het uitvoeren van preventieactiviteiten (Bovens en Overwater, 1985).

In 1984 trad ik als onderzoeker formeel in dienst van het CAD Drenthe, waar ik een kijkje in de keuken kreeg van de afdeling Voorlichting en Preventie onder de bezie-lende leiding van Wim van Dalen, later mijn voorganger als campagneleider van de campagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is!'.

Met de behandelafdelingen van de instellingen voor verslavingszorg had ik eigenlijk nog geen kennis gemaakt. Ik verkeerde in de (naïeve) veronderstelling, dat de preventietaak een centrale rol vervulde binnen het takenpakket van de toenmalige Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's).

Nu terugkijkend kan ik melden dat ik min of meer toevallig met een aantal uitzonder-

lijke projecten en afdelingen van doen had die zeker niet exemplarisch waren voor de kwaliteit van het preventiewerk in Nederland. Ook wist ik niet dat op dat moment het preventiewerk binnen de professionele verslavingszorg een nog slechts jonge geschiedenis kende.

In de anderhalve eeuw die vooraf gaat aan de professionalisering van het preventiewerk binnen de CAD's lag het voorlichting- en preventiewerk op het terrein van verslaving (toen nog alleen alcoholverslaving) voornamelijk in handen van drankbestrijdingorganisaties en niet in die van de overheid of door de overheid gesubsidieerde organisaties.

Pas vanaf 1974 werd het preventiewerk binnen de instellingen voor verslavingszorg geprofessionaliseerd met ondersteuning van een afdeling Voorlichting en Preventie bij de Federatie voor Zorginstellingen voor Alcoholisme (FZA), de branchevereniging in Bilthoven. De leiding hiervan lag in handen van Bob van Amerongen (Van Amerongen, 1989; Van der Stel, 1995). Daarvoor werd door de CAD's in zeer beperkte mate aan voorlichting gedaan. Dit had voornamelijk te maken met de financiering van hun werk, die deels bestemd was voor reclasseringsactiviteiten (vanuit het ministerie van Justitie), deels voor behandeling (vanuit het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne).

Ontstaan van de drankbestrijding

Op zichzelf was de aanvankelijke afzijdigheid van de overheid op het terrein van preventie (maar ook hulpverlening) niet vreemd. In de 18^e en 19^e eeuw was het heel gebruikelijk dat zorg voor welzijn, ontwikkeling en educatie van de bevolking minder een overheidstaak was en door kerk en particulier initiatief werd gedomineerd. Dit vanuit de gedachte dat het volk er eerder was om dienstbaar te zijn aan de regering (en niet andersom).

Een voorbeeld hiervan was de oprichting in 1774 van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen. Dit initiatief van een aantal eenvoudige kleinstedelingen en predikant Jan Nieuwenhuijzen uit Edam was geboren uit sociale betrokkenheid en leunde op de gedachte:

- dat burgers door betere educatie zouden kunnen delen in een wereld van vooruitgang;
- dat er door betere educatie een betere toekomst zou kunnen komen met welvaart en welzijn voor allen.

Dit genootschap “Van Kunsten en Wetenschappen” richtte zich op de bevordering van het algemeen volksgeluk met name door initiatieven te nemen op het terrein van de volksoontwikkeling (zie: www.nutalgemeen.nl). Het genootschap hield zich bezig met het stichten van kleuter- en lagere scholen, onderwijsersopleidingen (kweekscholen) en ander beroepsonderwijs, het uitgeven van schoolboeken, het organiseren van lezingen, debatten, culturele reizen, etc.

In 1803 werd een pamflet uitgegeven met de titel “'t Morgenslokjen, een gemeenzaam buurtpraatjen tussen Dieuwertjen en Grietjen en eenige andere personen”¹. Het richtte zich op de maatschappelijke consequenties van de sterke stijging van gedistilleerde dranken eind 18^e en begin 19^e eeuw. Maar pas in de dertiger jaren van de 19^e eeuw vonden deze geluiden weerklink en leidden tot het oprichten van een aantal plaatselijke drankbestrijdingverenigingen (in Drachten (1832), Utrecht (1835) en Rotterdam (1838) en het verspreiden van verschillende brochures (Van der Stel, 1995). Pas in 1842 was sprake van nationale organisatievorming: in Leiden werd de godsdienstig en ideologisch neutrale ‘Nederlandsche Vereeniging tot afschaffing van sterken drank’ opgericht. Deze beschouwde alcoholisme als een volkskwaal en niet als een persoonlijk probleem.

Morele overwegingen zijn de voornaamste drijfveer geweest voor deze beweging, maar ook andere factoren speelden een rol. De drankbestrijding ontstond voornamelijk bij de verlichte burgerij, die in het jenevergebruik de oorzaak zag van armoede, zedelijk verval en economische malaise. Door de jaren heen speelde hier doorheen de angst van de bovenklasse voor collectieve dronkenschap en de kans op oproer bij de benedenklasse. Ook economische motieven waren van belang: tijdens de opkomst van de industrieën waren goede, gezonde en gedisciplineerde arbeidskrachten onmisbaar. Van der Stel spreekt van “een verstrengeling van de ideële belangen van de burgerij, om het volk aan te passen aan haar normen, met de materiële belangen van de opkomende industrieën, die behoefte hadden aan gedisciplineerde arbeidskrachten”. Van der Stel maakt ook melding van een afnemende tolerantie ten aanzien van openbare dronkenschap en andere uitwassen van overmatig gebruik en een toenemende angst voor het ‘afwijkende gedrag’. Daarbij vraagt hij zich sterk af of dronkaards en alcoholisten werkelijk gevaarlijk waren of dat de gevestigde klasse haar net verworven positie wilde beschermen door het scheppen van afstand. Openbare dronkenschap was een gedrag dat de morele orde zou kunnen bedreigen. Een en ander leidde tot een

¹ De gewoonte in de 19e eeuw om voorafgaande aan het middagmaal een meestal uit jenever bestaand borreltje te nuttigen (Van der AA, 1839).

steeds breder gedragen politieke wil om overheidsmaatregelen te nemen met een regulerend, disciplinerend en criminaliserend karakter.

Toch zag men ook wel dat drankmisbruik onder alle lagen van de bevolking voorkwam. Dit werd ook erkend door minister Modderman van justitie, die namens de liberale regering in 1881 het ontwerp voor een Drankwet verdedigde in de Tweede Kamer. Hij benadrukte dat de wet voor alle standen bedoeld was (Otto, 1987).

Drankwetgeving

De Drankwet 1881 richtte zich voornamelijk op de beteugeling van het gebruik van sterke drank. Het instrument waarmee men dit trachtte te bereiken was een vergunningstelsel, waarbij verstrekking van sterke drank door slijterijen en café's uitsluitend kon geschieden na het verkrijgen van een vergunning daartoe vanuit B&W. Tevens werd het aantal af te geven vergunningen centraal gemaximeerd. Uitgangspunt was dat alcoholmisbruik kon worden tegengegaan door vermindering van het aantal verkooppunten. Men redeneerde dat de gelegenheid de drinker maakt en dit verleidt tot misbruik. Dat deze gedachte nog steeds actueel is zal in hoofdstuk 2 aan de orde komen.

Opvallend was dat men in die tijd het gebruik van bier niet zo'n probleem vond. De meeste drankbestrijders, hierbij gesteund door geneeskundigen rekenden het drinken van bier niet tot alcoholmisbruik. Er waren zelfs drankbestrijders die bierhuizen oprichtten om het gebruik van sterke drank tegen te gaan! (Otto, 1987).

Behalve de regeling van de verkoop van sterke dranken werd ook openbare dronkenschap in 1881 strafbaar gesteld. Overtreding werd bestraft met een geldboete, bij herhaling met gevangenisstraf of plaatsing in een Rijkswerkinrichting. In het eerste jaar na de invoering van de Drankwet bedroeg het aantal veroordelingen voor openbare dronkenschap al bijna 40.000. In latere jaren daalde dit aantal echter gestaag, dit weerspiegelde echter eerder een veranderde houding bij de omgeving dan een werkelijke daling van het gedrag.

De Drankwet 1904 introduceerde een systeem van 'verloven' (vergunningen) voor het verstrekken van zwakalcoholhoudende dranken. Het aantal vergunningen was niet aan beperkingen onderhevig, maar op basis van bedreiging van de openbare orde konden deze worden ingetrokken.

Daarnaast kwam er voor de eerste keer wetgeving met een jeugd beschermend karakter. Het werd jongeren onder de 16 jaar verboden een café of slijterij binnen te treden zonder begeleiding van iemand van 21 jaar of ouder. Het vergunningstelsel voor sterke drank werd verfijnd (een verzoek om vermindering van het aantal af te geven

vergunningen per gemeente kon op verzoek van B&W één keer in de vijf jaar) en er kwam een Drankwetinspectie.

Belangrijker was dat in 1919 erkend werd, dat alcoholmisbruik niet alleen een probleem voor de openbare orde was, maar ook een probleem voor de volksgezondheid. De Drankwetinspectie werd onder het Staattoezicht voor de Volksgezondheid gebracht.

De Drankwet 1931 verschilde niet zoveel van die van 1904. Ook de verloven voor zwakalcoholhoudende dranken werden gemaximeerd en de mogelijkheid tot het doen van een verzoek om vermindering van deze verloven werd evenals bij sterke drank één keer in de vijf jaar toegestaan.

Bij de Drank- en Horecawet 1964 werd het maximeringsbeginsel weer afgeschaft.

De Drankbestrijding en preventie

Alcoholpreventie werd jarenlang vereenzelvigd met de drankbestrijding (Van Amerongen, 1989). Enkele Nederlandse Drankbestrijdingorganisaties hielden zich ook met andere taken bezig (reclassering, ambulante hulp), maar de nadruk lag toch op preventie: onderzoek, voorlichting, maatregelen, actie.

Daarin vallen volgens Van Amerongen drie zaken op:

1. het was een volksbeweging, breed en divers samengesteld met veel aanhang;
2. de beweging was creatief en gedreven in het vinden en gebruiken van preventiemateriaal (prenten, ansichtkaarten, brochures, tentoonstellingen, cursussen, meetings, gadgets, maar ook alternatieve bezigheden voor het alcoholgebruik (zangverenigingen, naaicursussen, etc.);
3. de politieke impact was groot, niet in de laatste plaats doordat veel politici en bestuurders georganiseerde geheelonthouders of bepleiters van matigheid waren.

Een voor onze generatie preventiewerkers curieus en actueel voorbeeld van een preventieve actie was een initiatief van een samenwerking tussen de katholieke drankbestrijdingorganisatie Sobrietas en de Sint Vincentiusverenigingen in de jaren '20 van de vorige eeuw (Dols, 2007). De Sint Vincentiusverenigingen hielden zich bezig met armenzorg en kenden mensen in achterstandswijken beter. Sobrietas verspreidde via deze verenigingen in de betreffende wijken de volgende brief:

2 In 1914 werden bij een handtekeningenactie 670.000 handtekeningen opgehaald in een pleidooi voor het mogelijk maken van de zgn. 'plaatselijke keuze'. Bij invoering hiervan zouden gemeenten de bevoegdheid krijgen hun gemeente of delen hiervan droog te leggen op verzoek van de plaatselijke bevolking.

“Waarde Pleegouders,

De bij U inwonende heeft zoo ongeveer den leeftijd bereikt, waarop hij/zij kan beseffen, hoe verderfelijk de invloed is van sterken drank. Wij rekenen op uw medewerking en steun om hem/haar aan het verstand te brengen, wat armoede en ellende hem/haar te wachten staat, als hij/zij zich daaraan overgeeft. Het beste middel om hem/haar daarvan af te houden is voorzeker, dat U zelf hem/haar nooit sterken drank geeft, en toeziet, dat ook anderen dit niet doen. Om hem/haar daarvoor geheel te behoeden, kunnen wij U niet beter aanraden, dan hem/haar reeds nu te doen beloven tot aan zijn/haar 16^e jaar niet eens bier te gebruiken; daardoor zal hij/zij zelf jenever of alcohol laten staan. Na dien leeftijd kunt U hem/haar dan aanraden lid te worden van het Kruisverbond, de Paulus- of Mariavereeniging ter plaatse. Wij vertrouwen, dat U bereid zult zijn ons op deze manier te steunen in ons streven om van hem/haar een flinke man/vrouw te maken, die geen gebruik, zeker geen misbruik van sterken drank maakt.”

Vergelijk deze actie eens met de activiteit die door veel bestuurders van gemeenten uitgevoerd wordt, namelijk het verspreiden van brieven onder ouders van kinderen beneden de 16 jaar, waarin zij oproepen het drinken van hun kroost minimaal uit te stellen tot deze leeftijd (zie bijv. www.durfnu.nl voor een dergelijke actie van de wethouder volksgezondheid in de gemeente Nijmegen).

Een andere insteek van de drankbestrijding was de aandacht voor voorlichting in het onderwijs en voor het organiseren van alternatieve, ‘gezonde’ activiteiten. Vooral vanuit confessioneel oogpunt werd de school beschouwd als een onmisbare schakel bij de vorming van de persoonlijkheid en de ontwikkeling van het juiste inzicht van de buitenwereld. Drankbestrijders zetten cursussen op en spoorden onderwijzers aan tot het voorlezen uit boeken waarin gewaarschuwd werd voor de drankduivel.

Zowel katholieke als niet-katholieke drankbestrijdingorganisaties beijerden zich voor het opzetten van organisaties die niet alleen propaganda voerden, maar ook vele sociale en culturele activiteiten voor hun leden op touw zetten. Drankbestrijdingsverenigingen waren als het ware platforms van vorming die op den duur het bezoek aan de kroeg moesten verdringen en vervangen.

Het ontstaan van de consultatiebureaus

In 1891 ontstaat het eerste herstellingsoord voor 'drankzuchtigen', namelijk Hoog-Hullen te Eelde op initiatief van de Volksbond tegen Drankmisbruik. In 1909 stimuleerde deze organisatie ook de totstandkoming van het eerste Consultatiebureau voor Alcoholisten in Amsterdam (Van der Stel, 1994). De aanleiding lag in ervaringen die in Duitsland waren opgedaan met gesprekken door drankbestrijders en politiemensen met mensen met alcoholproblemen. Voordeel was, dat (met name) mannen nu ook in hun eigen omgeving konden worden behandeld in plaats van in herstellingsoord ver van huis, hetgeen profijtelijk was voor het oplossen van 'de seksuele kwestie'. Al snel volgden meer plaatsen in Nederland, van een sluitend netwerk was pas sprake na de Tweede Wereldoorlog. In de jaren '70 werden ook drugsverslaafden tot de clientèle van de Consultatiebureaus gerekend, die vanaf dat moment werden omgedoopt tot Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs. Door fusies met laagdrempelige drughulpverleningsinstellingen, klinieken en/of de GGZ werden de instellingen steeds groter en kregen andere namen als De Jellinek, Bouman GGZ, Centrum Maliebaan, Iriszorg, Tactus, Brijder Verslavingszorg, Parnassia, Novadic-Kentron, Kuno van Dijk Stichting (nu: Verslavingszorg Noord-Nederland), Indigo en Mondriaan Zorggroep. Maar ook een deel van deze namen is alweer verdwenen en ingeruild voor een andere.

De preventietaak van de instellingen voor verslavingszorg

Pas vanaf 1974 kreeg het preventiewerk meer structureel aandacht binnen de consultatiebureaus, hiertoe gestimuleerd door de afdeling Voorlichting & Preventie van het FZA. In 1976 werd het 'Opstel' met de titel "De alcohol- en drugszorg en haar mogelijkheden voor preventie" gepubliceerd (FZA, 1976). Dit geschrift vormde de basis voor de ontwikkeling van het preventiewerk binnen de instellingen en leidde ook tot het opnemen van de preventiefunctie in de Subsidieregeling CAD's van 1 januari 1979.

Vanaf eind jaren '70 traden de eerste preventiewerkers in dienst van de toenmalige CAD's en werden aparte afdelingen voor verslavingspreventie opgezet. Landelijke bekendheid genoot de afdeling van het CAD Assen van Wim van Dalen, die zijn carrière was begonnen op het landelijk bureau van de FZA. Onder diens leiding kwamen veel vernieuwingen tot stand, zoals de Alcohol Verkeer Cursussen, het project Preventie Alcoholgerelateerde Delicten (PAD) en het project Alcoholvrij op weg.

Een functieomschrijving die binnen het FZA in 1983 werd opgesteld bouwde de richting uit die in het 'Opstel' was uitgezet (Van der Stel, 1995). Maar de eerste echte poging voor een samenhangend preventiebeleid vormde een FZA-nota uit 1984: "Van zorg

naar voorzorg, een nota over de preventie van alcohol en drugsproblemen". (FZA, 1984).

Was het aanvankelijk de bedoeling middels voorlichting de drempel te verlagen naar de instellingen, uiteindelijk werd gekozen voor preventie als hoofddoelstelling. Na zich aanvankelijk meer met het voorlichten van intermediairs als artsen, verpleegkundigen en docenten bezig te hebben gehouden, begonnen de instellingen vanaf 1986 zich steeds meer bezig te houden met voorlichtingen aan het publiek zelf (VWS, 2000). In de ontwerpnota Alcohol en Samenleving uit 1985 werd aangekondigd dat de activiteiten van de regionale instellingen aangevuld zouden worden met een landelijke publiekscampagne (WVC, 1986). Deze startte in 1986 met als slogan "Drank maakt meer kapot dan je lief is". Het campagnebureau was ondergebracht bij het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In 1996 werd de uitvoering overgedragen aan het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Vanaf 2008 is het Trimbos-instituut verantwoordelijk voor de publiekscampagnes. De campagneactiviteiten werden uitgevoerd in samenwerking met de regionale steunpunten, die waren ondergebracht bij de CAD's, later de regionale instellingen voor verslavingszorg waarin deze waren opgegaan. Binnen het campagnebudget werd hiervoor een aparte post opgevoerd.

De laatste jaren is dit deel van het budget niet meer exclusief gereserveerd voor de verslavingszorg, maar bepaalt de regio zelf door wie activiteiten worden uitgevoerd. Dit kunnen, afhankelijk van regionale afspraken en de inhoud van de activiteiten, ook GGD-en zijn.

Thema's

Factoren als de prevalentie van de problematiek en de mate waarin gebruik en gedrag door de maatschappij als een probleem wordt gezien, bepalen veelal de keuze voor de thema's waarmee de preventie zich bezighoudt. Het is bijvoorbeeld de vraag of de werkelijke reden voor het financieren van het preventiewerk binnen de CAD's niet gelegen was in de opkomst van de drugproblematiek sinds de tweede helft van de zestiger jaren. Massaal stortten de CAD's zich op deze nieuwe problematiek en begonnen zij met het geven van voorlichting in het begin van de jaren '70. Dit is o.a. af te lezen uit registratiegegevens van de cliëntenopbouw in de ambulante verslavingszorg: vanaf 1970 daalt de instroom van alcoholcliënten plotseling, maar stijgt het aantal drugscliënten explosief.

Het minder belangrijk worden van het werk van de drankbestrijding had bijvoorbeeld

direct te maken met het dalen van de alcoholconsumptie: lag de alcoholconsumptie vrijwel de gehele 19^e eeuw in de buurt van de 7 à 8 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking, in de periode tussen 1920 en 1960 lag deze lager dan 3 liter per hoofd van de bevolking. Dit was overigens zeker mede te danken aan het succes van de maatregelen die op instigatie van de drankbestrijding zijn geïntroduceerd³. Daarbij speelde echter ook een rol dat het gedachtegoed van de drankbestrijding breed draagvlak ondervond binnen de politiek, niet in de laatste plaats omdat vooraanstaande politici nauwe banden hadden met de drankbestrijding.

Maar naast de toegenomen maatschappelijke aandacht voor het drugprobleem zien we sinds de zestiger jaren ook weer een stijging van de alcoholconsumptie: die verdrievoudigt⁴. Dit leidt bijvoorbeeld ook tot een stijging van het aantal automobilisten dat onder invloed rijdt.

De stijging van de alcoholconsumptie en de hieruit voortvloeiende problemen leiden zoals gememoreerd tot de Nota Alcohol en Samenleving en de landelijke publiekscampagnes. Maar ook tot interventies op het terrein van Alcohol en Verkeer, zoals de Alcohol Verkeer Cursussen en later de Educatieve Maatregel Alcohol en Verkeer (EMA). Ook binnen bedrijven ontstaat aandacht voor alcoholgebruik, voornamelijk in relatie tot onveilige situaties op het werk. Bedrijven als Hoogovens, Shell en de Koninklijke Marine stellen in samenwerking met de verslavingspreventie een alcoholbeleid op. Landelijk wordt dit gestimuleerd door een Bedrijvenplatform Alcohol en Werk, waarin vertegenwoordigers vanuit het kader van bedrijfsmaatschappelijk werk en P&O van grote bedrijven zitting hebben. Het secretariaat is in handen van mij, inmiddels werkzaam als stafmedewerker kwaliteitsontwikkeling bij de NVC, de Nederlandse Vereniging van CAD's. Deze vereniging is sinds 1987 rechtsopvolger van de FZA wat betreft de branchetaken van de FZA.⁵

Een ander voorbeeld voor het feit, dat een plotseling opkomend verslavingsprobleem kan leiden tot meer aandacht en projecten vanuit de preventiehoek, is de groei van de kansspelproblematiek in het begin van de negentiger jaren. Mede na signalering hiervan door de instellingen en de NVC, wordt door de overheid op tijd ingegrepen. De oorzaak is namelijk gelegen in de explosieve groei van speelautomaten in de

3 Overigens speelt ook een rol de introductie van het leidingwater in 1853 en de uitbreiding van het waterleidingnet vanaf ongeveer 1900. Omdat in de tijd daarvoor het drinkwater vaak slecht was en ziektes kon veroorzaken werd uitgeweken naar bier als dorstlesser.

4 Momenteel is de consumptie 7,6 liter (2009, Stiva).

5 De NVC fuseert in 1993 met de KGOD (branchevereniging voor de laagdrempelige drughulpverleningsinstellingen) tot de NeViV (Nederlandse Vereniging van instellingen voor Verslavingszorg) en gaat in 1997 op in GGZ Nederland.

laagdrempelige horeca. Een restrictie hiervan leidt uiteindelijk tot een snelle daling van de problematiek.

Daarmee worden ook de mogelijkheden van een andere functie van de verslavingspreventie manifest: beleidsadvisering en –beïnvloeding. De preventieafdelingen beginnen zich in de tachtiger jaren steeds meer toe te leggen op deze functie, met als voorbeeld de ondersteuning van bedrijven bij het opzetten van een alcoholbeleid en de advisering van gemeenten in het opstellen van een gemeentelijk alcoholbeleid. Dat een stevige dosis opportunisme bij politici ook kan leiden tot het maken van andere keuzen, leert de decentralisatie van de gelden voor de ambulante verslavingszorg begin jaren '90 met als gevolg dat de gemeenten nu zelf verantwoordelijk worden voor de invulling van het verslavingsbeleid. De inkt van gemeentelijke alcoholnota's was nog niet droog of massaal werd door hen ingezet op het bestrijden van drugproblemen, en met name dan de overlast op straat. Dit thema heeft het werk van de CAD's in de negentiger jaren zeer gekleurd. Thema's als Alcohol en Werk verdwenen naar de achtergrond, de aandacht voor drugproblematiek in onderwijsprogramma's prevalearde, evenals de inkleuring van bijvoorbeeld ouderavonden op school. Overigens merken veel preventiewerkers op, dat het thema drugs weliswaar de agenda bepaalt, maar al heel snel tijdens voorlichtingsbijeenkomsten de aandacht verschuift naar het middel alcohol. Dit heeft te maken met het feit, dat ook maar een heel klein percentage van de leerlingen drugs gebruikt, en alcohol een steeds groter probleem wordt.

In 2004 wordt de alarmklok geluid door het Trimbos-instituut, het NIGZ en STAP over het toegenomen alcoholgebruik onder de jeugd: de startleeftijd blijkt de laatste tien jaren stevig gedaald te zijn en meiden blijken jongens ingehaald te hebben in het vroegtijdig starten met het drinken van alcohol. Het fenomeen comazuipen wordt door de pers geïntroduceerd en de term 'bingedrinken' wordt steeds bekender. De benadering van alcoholproblematiek kent een onderscheid met drugsproblematiek.

In "Van zorg naar voorzorg" (FZA, 1984) wordt wat betreft alcohol gekozen voor matigheid en het doorbreken van gewoontes, wat betreft drugs voor abstinentie. Daarbij werd echter wel opgemerkt, dat de ogen niet gesloten moesten worden voor de realiteit. En dat er voorlopig nog aanzienlijke problemen zouden blijven bestaan in deze maatschappij met het gebruik van harddrugs en dat de bijdrage van preventie kon liggen bij het meer begrip kweken bij de omgeving voor de gebruiker en het doorbreken van vooroordelen.

Eind jaren '80 komt het begrip 'harm reduction' steeds meer in zwang, zo kenmerkend

voor het Nederlands Drugsbeleid. In de zorg kenmerkt zich dit door activiteiten als methadonverstrekking, spuitenomruil, heroïneverstrekking en inrichten van gebruikersruimten. Binnen de preventie zijn voorbeelden te benoemen als het testen van drugs tijdens houseparty's en de inzet van peer educators. Unity, een initiatief van Jellinek-Mentrum, is een voorbeeld dat in toenemende mate als preventie-instrument wordt ingezet (ook door andere instellingen) op dansfeesten en concerten. De groei van deze activiteiten loopt synchroon met de introductie van de zgn. 'partydrugs' als XTC en (de laatste tijd) GHB.

Na de geconstateerde stijging van (overmatig) alcoholgebruik door de jeugd wordt de alcoholboodschap voor jongeren: "Stel het alcoholgebruik zo lang mogelijk uit, in ieder geval tot je 16^e, liever nog tot je 18^e en gebruik daarboven matig". De onderbouwing hiervoor is gelegen in onderzoeken naar hersenfuncties die wijzen op de grote schadelijkheid van alcoholgebruik op jonge leeftijd. Omdat de ontwikkeling van de hersenen nog doorgaat tot het 23^e jaar komen er steeds meer pleidooien voor het ophogen van de leeftijd, waarbij drank mag worden verkocht (nu 16 jaar bij zwakalcoholhoudende dranken en 18 jaar bij sterke drank) naar 18 jaar.

De laatste jaren steken andere uitingsvormen van verslavingsgedrag de kop op: internetverslaving en gamen bijvoorbeeld. En zijn nieuwe tendensen waarneembaar als de toenemende alcoholproblematiek onder senioren. Mede in relatie tot de vergrijzing in de Nederlandse samenleving zal dit thema de komende jaren steeds meer de agenda gaan bepalen.

Andere uitvoerders verslavingspreventietaak

Hiervoor heb ik aandacht besteed aan preventieactiviteiten vanuit (aanvankelijk) de drankbestrijdingorganisaties en de reguliere verslavingszorg. Er zijn echter meer uitvoerders van preventie in Nederland bekend.

GGD-en

In toenemende mate worden preventieactiviteiten door GGD-en uitgevoerd. Te denken valt aan het ondersteunen, opzetten en trekken van projecten zoals De Gezonde School en Genotmiddelen (vooral in het Basisonderwijs) aan het organiseren van ouderavonden in het kader van lokale en regionale alcoholmatigingsprojecten, het adviseren van gemeenten ten aanzien van verslavingsproblematiek etc. Veelal worden deze activiteiten uitgevoerd samen met de verslavingszorg, en zijn er afspraken gemaakt over een taakverdeling. In toenemende mate lijkt de afstemming echter wat ondoorzichtiger te

worden. Dit heeft onder andere ook te maken met de druk op de financiële huishouding bij de gemeenten.

Huidige activiteiten drankbestrijding

Met de opkomst van de CAD's en het toebedelen van gelden voor het uitvoeren van preventie aan deze organisaties werd het werk van de drankbestrijdingorganisaties naar de achtergrond gedrongen. Toch is, ook na meerdere fusies, een aantal van deze organisaties blijven bestaan. Een deel daarvan is verenigd in het Platform vrijwilligersorganisaties Alcohol- en Drugbestrijding (PAD) maar blijft ook zelfstandig bestaan, zoals Sobriëtas en ANGOB, organisaties die al in de 19^e eeuw bestonden. De ANDO (Algemene Nederlandse Drankbestrijders Organisatie) is van een wat jongere datum (1962), maar komt voort uit een fusie van een aantal oudere organisaties waaronder de Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken (NV). De Volksbond tegen Drankmisbruik financiert regelmatig projecten op het terrein van alcoholpreventie, bijvoorbeeld van STAP.

Al deze organisaties geven nog steeds voorlichting, brengen een tijdschrift uit en houden zich bezig met bepleiting van alcoholbeperkende regels in de wet.

Zelfhulporganisaties en ervaringsdeskundigen

Het belang van zelfhulporganisaties, ook in relatie tot voorlichtings- en preventieactiviteiten neemt toe.

De laatste jaren hebben deze organisaties de handen ineen geslagen en zijn verenigd in de Stichting Zelfhulp en Verslaving. Deze stichting heeft tot doel het werk van zelfhulpgroepen onder de aandacht te brengen bij het beroepenveld en in beroepsopleidingen. Op 1 juli 2010 sloot deze stichting met de Christelijke Hogeschool Windesheim een overeenkomst om aan deze gedachte uitvoering te kunnen geven.

Van oudsher hebben zelfhulporganisaties als de AA en de Buitenveldertgroepen (inmiddels de Stichting Zelfhelp Nederland) voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd. Zo voert de AA al heel lang gespreksgroepen uit voor gedetineerden in penitentiaire inrichtingen.

Sinds 2006 bestaat Het Zwarte Gat, een kennisnetwerk van ervaringsdeskundigen. Deze beweging wil ervaringsdeskundigheid een stevige plek bezorgen binnen de zorg aan verslaafden en probleemgebruikers. Tot hun activiteiten behoren ook het geven van voorlichting en trainingen.

Ervaringsdeskundigen worden ook ingezet door de Stichting Voorkom, die sinds 1985

bestaat. Voorlichting wordt gegeven over alle verslavingsthema's. Activiteiten bestaan o.a. uit het verspreiden van materiaal en geven van gastlessen in het onderwijs. De stichting doet deze activiteiten op christelijke grondslag.

In 1996 werd PRAT Drenthe opgericht, het Preventie Advies Team. De stichting bestaat uit vrijwilligers die onder andere gespreksgroepen en voorlichting over middelengebruik aanbieden. Vrijwilligers zijn afkomstig uit de kringen van voormalige professionals, ouders van verslaafden en ervaringsdeskundigen. In navolging hiervan ontstond in 1998 de organisatie PRAT Delft.

Vanuit de kringen van (voormalige) druggebruikers bestaan organisaties als de Belangenvereniging Druggebruikers MDHG en Mainline, die ijveren voor harm reduction met activiteiten als beleidsbeïnvloeding en voorlichting. Voor abstinentie pleiten organisaties als het Landelijk Comité Drugsbestrijding en de Stichting Drugsinformatie en Preventie voor jongeren.

Ook diverse 'cliëntgestuurde projecten' leveren bijdragen op het gebied van preventie. Een voorbeeld hiervan is het project 'Help de buurman (ver)zuipt' dat is ontwikkeld door ervaringsdeskundige Jos Oude Bos en inmiddels onder is gebracht bij twee verslavingszorginstellingen, namelijk VNN en Tactus. Help de buurman (ver)zuipt kan gezien worden als een zorggerelateerde vorm van preventie dat vooral bedoeld is om verdergaande verloedering en ziekte (met name Korsakov) te voorkomen bij mensen die een chronische alcoholverslaving hebben.

Christelijke initiatieven

De stichting 'Tot Heil des Volks' verricht naast het verspreiden van de Geloofsboodschap hulpverlenings- en preventieactiviteiten. Zo is deze organisatie onlangs begonnen met het geven van voorlichting in de gemeente Urk.

Naast de algemene verslavingszorginstellingen bestaan er nog drie instellingen op confessionele basis, namelijk de Wending in Apeldoorn (gelieerd aan het Leger des Heils), de Hoop in Dordrecht en Terwille in Groningen. Vooral de Hoop verzorgt veel preventieactiviteiten, zoals op scholen en voor bedrijven.

Ouders, partners en kinderen van verslaafden

Ter ondersteuning van ouders, partners en kinderen van verslaafden zijn er de organisaties LSOVD, Al-Anon en Alateen. Een recentere groep vormt de 'Moedige Moeders' die is opgericht in Volendam. Via bijeenkomsten en websites kunnen deze doelgroepen informatie en ondersteuning krijgen in verband met de problematiek van hun naaste.

Landelijke organisaties

Uit een fusie van het NIAD en het NCGV ontstond in 1996 het *Trimbos-instituut*, kennisinstituut op het terrein van geestelijke gezondheid en verslaving. Op preventieterrein is het instituut actief met het inhoudelijk ondersteunen van het werkveld, o.a. door ontwikkeling, evaluatie en implementatie van interventies in nauwe samenwerking met datzelfde werkveld en door kennisverspreiding.

Het Trimbos-instituut verzorgt de landelijke publiekscampagnes over alcohol en drugs, gericht op jongeren en hun ouders/opvoeders. De campagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' werd per 1 januari 2008 van het NIGZ overgenomen.

Het instituut ontwikkelt en verspreidt materiaal voor De Gezonde School en Genotmiddelen en verzorgt ook trainingen voor het werkveld. Het Trimbos-instituut beheert samen met GGZ Nederland een programma 'Landelijke Steunfunctie Preventie' (LSP). Deze is ondergebracht bij het Trimbos-instituut. De LSP organiseert activiteiten om praktijk, beleid en onderzoek gericht op preventie van psychische problematiek en verslaving op elkaar af te stemmen. Binnen het Trimbos-instituut zijn ook ondergebracht de informatielijnen alcohol en drugs (inclusief de informatieverstrekking en ondersteuning via het internet), de campagnewebsites en het Centrum Gezond en Veilig uitgaan (sinds oktober 2010), dat samen met het Centrum voor Veiligheid en Criminaliteitspreventie wordt vormgegeven. Van hieruit worden lokale overheden ondersteund bij het vormgeven van lokaal veiligheidsbeleid in relatie tot uitgaansproblematiek en verslaving.

Sinds 1994 bestaat *Stap, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid*, een onafhankelijk kennisinstituut dat zich inzet voor effectief alcoholbeleid en voor publieke bewustwording van de gezondheidsrisico's van alcohol. Deze organisatie ziet als haar taak "het kritisch volgen en aan de kaak stellen van de rol van de alcoholindustrie als medeveroorzaker van alcoholproblemen en remmer op gezondheidsbevorderende activiteiten" (interview met Wim van Dalen d.d. 19 augustus 2010). Stap tracht meer aandacht te genereren voor het beïnvloeden van omgevingsfactoren die het overmatig alcoholgebruik beïnvloeden.

De Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (*Stiva*) is een initiatief van de importeurs en producenten van bier, wijn en gedistilleerde dranken, dat zich ten doel stelt alcoholmisbruik te voorkomen en verantwoord alcoholgebruik te bevorderen. De Stiva heeft daartoe onder andere vanaf 1980 de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken opgesteld, een instrument van Zelfregulering waarbij de kaders worden bepaald voor alcoholreclame. De Stiva hoopt met de zelfregulering te bereiken dat in officiële

wetgeving minder ver gegaan wordt in het beperken van bevoegdheden voor de drankenindustrie.

Tot slot

In het voorgaande is stilgestaan bij de ontwikkeling, de thema's en de uitvoerders van de verslavingspreventie in Nederland. De pretentie is zeer zeker niet om een totaal-overzicht te scheppen, daarvoor is de omvang van dit werk te beperkt. De lezer die meer wil weten over de geschiedenis wordt aangeraden het boek "Drinken, Drank en Dronkenschap" van Jaap van der Stel te lezen.

In de volgende twee hoofdstukken ga ik in op de aanpak en de effectiviteit van de verslavingspreventie.

2 Noodzaak, aanknopingspunten en aanpak van de verslavingspreventie

Noodzaak voor verslavingspreventie

De noodzaak voor het bedrijven van verslavingspreventie en –zorg en de intensiteit waarmee dit gebeurt is voor een deel afhankelijk van de wijze waarop onze samenleving tegen het gebruik van verslavende middelen aankijkt. Het gebruik van middelen is namelijk van alle tijden en er zijn hele perioden aan te wijzen waarin de maatschappij er geen moeite mee had. In hoofdstuk 1 werd al betoogd dat in de 19e eeuw pas een probleem met (overmatig) alcoholgebruik ging ontstaan toen het een mogelijke bedreiging ging vormen voor de arbeidsproductiviteit gedurende de industriële revolutie. En het gebruik van bier werd daar nog niet eens onder geschaard. Ook ligt de tijd nog niet ver achter ons dat op elke tafel tijdens een verjaardagsfeestje een glaasje met sigaretten stond. Of dat een doos sigaren of slof sigaretten tot de vaste cadeaus op een vaderdag behoorde. Zoals het nu nog steeds gewoon is bij iemands afscheidsreceptie een fles goede wijn mee te nemen. Pas als een individu er zelf last van krijgt doordat hij of zij er minder van gaat functioneren of allerlei ziekteverschijnselen krijgt of als de omgeving er last van ondervindt, zoals bij overlast en geweld, voelen we ons geroepen er iets aan te doen.

Verslaving als (hersens)ziekte

In “Chemie van de verslaving” (Krabben e.a., 2008) wordt in het hoofdstuk ‘Loser, zieke of vrijwillig gebruiker’ beschreven hoe we tegen verslaving aankijken. In tegenstelling tot (andere) psychische problemen ziet de maatschappij verslaving nog steeds als iets waar de betrokkene zelf verantwoordelijk voor is (‘eigen schuld, dikke bult’). Natuurlijk, ook al is er sprake van verleiding en druk vanuit de omgeving, de start van het gebruik van bepaalde middelen is nog altijd een eigen keuze. Maar is dit bij (andere) psychische stoornissen dan anders? Waarom wordt de eigen verantwoordelijkheid bij dwang, depressie (waarbij je er voor ‘kiest’ de gordijnen dicht te doen en in je bed te blijven liggen), eetstoornissen (waarbij je ervoor ‘kiest’ je bord niet leeg te eten), niet zo sterk benadrukt als bij een verslaving? Waarom vindt men een verslaafde schuldig omdat die een ‘biertje pakte’ en iemand met een obsessief-compulsieve stoornis niet als die een ‘stofdoek pakt’?

Verslaving is ook een ziekte, zoals Andrée van Es het treffend verwoordde tijdens de

Dag van de Verslaving in oktober 2007: “Voor menigeen staat aanvaarden dat verslaving een hersenziekte is, gelijk aan verslaving goedpraten en voorbijgaan aan de eigen verantwoordelijkheid. Natuurlijk kies je er voor om alcohol en drugs te gaan gebruiken. Daarvoor ben je zelf verantwoordelijk. Maar de hunkering naar drugs en alcohol is een autonoom proces geworden, dat in de hersenen zit. Hiervoor ben je niet verantwoordelijk. Je kiest er niet voor om verslaafd te raken. Iedereen neemt voor waarheid aan, dat bij dementerenden hersenveranderingen optreden; het wordt tijd dat we dat bij verslaafden ook doen. De wetenschappelijke onderbouwing hiervoor staat buiten kijf.” (www.dagvandeverslaving.nl).

Zij reageerde daarmee op de hype die de Brit Dalrymple (pseudonym van Anthony Daniels) veroorzaakte in 2006. Hij stelde dat verslaving zeer zeker geen medisch probleem, maar een sociaal probleem is waartegen alleen de sterke hand van de overheid is opgewassen. Het bracht mij tijdens diezelfde conferentie in mijn openingswoord ertoe aandacht te vragen voor de menselijke maat. Mijn stelling was, dat een goede slogan zou zijn: “Verslaafd, dat zijn jij en ik!” Iedereen heeft er wat van in huis, of je ’s avonds nu niet zonder de tv of de computer kan, of je geen dag zonder aandacht voor het thema ‘verslaving’ kan of dat je teveel drinkt. De jacht op de verslaafde benoemde ik als een gruwel, in principe ook voor de in de Tweede Kamer voorgestelde strafbaarstelling van de jonge alcoholgebruiker. Ik zag de voorstellen daartoe eerder als een lipdienst aan de alcoholverstrekkers, die niet eenzijdig bestraft wensten te worden en daagde hen uit na te denken over de vraag, waarom wij dan ook niet de jonge sigarettenroker strafbaar willen stellen? Of uiteindelijk de bovenmatige gebruiker van het ‘patatje oorlog’.

Van de Brink geeft in “Chemie van de verslaving” aan dat erkenning van het fenomeen verslaving als een ziekte de verslaafde niet ontslaat van verantwoordelijkheden.” Als je zegt: het is een ziekte, dan kun je dus patiënt worden, maar dat heeft een betekenis. Patiënt worden betekent dat je tijdelijk wordt vrijgesteld van een aantal verplichtingen in de maatschappij, op voorwaarde dat je je ook als patiënt gedraagt. Dat betekent behandeling zoeken, indien geïndiceerd medicijnen gebruiken, meewerken. Als je dat niet wilt, verlies je het recht op de patiëntstatus.” In hetzelfde document zegt Stigter, dat het geen kwestie is van zwakte maar van kwetsbaarheid. Daar zorgen de neurologische processen voor. Het wordt steeds duidelijker dat sommige mensen een aangeboren kwetsbaarheid hebben voor verslaving, met name ten aanzien van minder goed functionerende beloningssystemen (Kerssemakers e.a., 2008).

Verslaving een psychische stoornis

Omdat verslaving steeds meer als een psychische stoornis wordt gezien ontstaat er steeds minder onderscheid met de benadering van andere psychische stoornissen. In toenemende mate bemoeit de GGZ zich met verslavingsproblematiek. Toch blijft latent nog één belangrijk verschil met andere psychische stoornissen over: het feit dat iemand, al dan niet onder verleiding of druk uiteindelijk zelf nog steeds kiest voor het gebruik van een verslavend middel en zich daardoor bewust of onbewust eerder blootstelt aan de kans om in de problemen te komen. Dit biedt ook belangrijke aanknopingspunten voor preventie. In die zin is het gebruik van middelen of het zich overgeven aan gewoontegedrag bijvoorbeeld meer te vergelijken met leefstijlproblematiek tengevolge van te weinig beweging en/of teveel of ongezond eten.

Verslavingsproblematiek in aard en omvang

Bij de beoordeling van de omvang van verslavingsproblematiek kan gekeken worden vanuit diverse perspectieven: gezondheid, veiligheid, overlast, sociale ontwrichting, kosten, etc. Daarbij kan vanuit het ene perspectief de noodzaak voor preventie of behandeling nog niet gezien worden, maar door het betrekken van een ander perspectief die noodzaak wel ontstaan of groeien. Zie bijvoorbeeld de ontwikkelgang van de drankbestrijding in de 19^e eeuw, waarbij gezondheid minder het kader vormde maar onmaatschappelijkheid en bedreiging van arbeidsproductiviteit belangrijke argumenten vormden.

Alcohol

Nederland kent naar schatting 14 miljoen mensen die drinken (inclusief zuigelingen), waarvan 1.1 miljoen (10.3% van de bevolking ouder dan 15 jaar) probleemdrinkers. Meer dan 34.500 cliënten stonden in 2009 bij de verslavingszorg ingeschreven (SIVZ, 2010).

Meer dan 1700 sterftegevallen werden dat jaar genoteerd in relatie tot overmatig alcoholgebruik (Van Laar e.a., 2010). Vanwege een slechte registratie is dit een onderschatting. Bijvoorbeeld bij eenzijdige verkeersongevallen met dodelijke afloop wordt vaak niet gecontroleerd op drankgebruik.

Alcoholgebruik is (mede) veroorzaker van zo'n 60 verschillende ziektevormen (waaronder een aantal soorten kanker, maag- en leverziektes, breuken door bijvoorbeeld valincidenten). Net als bij verkeersongevallen is hier sprake van onderregistratie op alcohol. In 2009 werden 500 minderjarigen in het ziekenhuis opgenomen vanwege een

alcoholvergiftiging, ten opzichte van 2008 een stijging van 48%.

Overmatig alcoholgebruik veroorzaakt naar schatting ca. 240 verkeersdoden per jaar. Dit hangt sterk samen met geweldsdelicten tegen personen en goederen, veroorzaakt een belangrijk deel van de overlast op straat en draagt bij aan het ziekteverzuimcijfer en slechte leerprestaties in het onderwijs. En dan hebben we het nog niet eens over de sociale ontwrichting die het overmatig gebruik van alcohol teweeg kan brengen.

De kostenpost van alcohol voor de maatschappij is het laatst berekend in 2001 en werd toen geschat op 2.6 miljard euro. Meer dan de helft hiervan komt voor rekening van arbeidsverzuim, een derde wordt veroorzaakt door de gevolgen van misdrijven en overtredingen.

Drugs

Nederland kende in 2008 zo'n 15% actuele gebruikers van cannabis onder middelbare scholieren.

Bij de verslavingszorg meldden zich in 2009 bijna 9.000 cannabisgebruikers. Er zijn ongeveer 29.000 cannabisafhankelijken en 40.000 cannabismisbruikers.

Cocaïne wordt voornamelijk recreatief gebruikt, niet alleen tijdens het uitgaan maar ook thuis. In 2008/2009 was 12% van de bezoekers van landelijke en regionale party's een actuele cocaïnegebruiker, 5% gebruikte tijdens de uitgaansavond. Bijna 10.000 cocaïnegebruikers staan ingeschreven in de verslavingszorg met het gebruik van dit middel als primaire problematiek, daarnaast zijn er nog 7.500 inschrijvingen met cocaïnegebruik als secundair middel.

Problematische opiaatgebruikers zijn er in Nederland bijna 18.000, waarvan ca. 12.500 ingeschreven staan in de verslavingszorg (SIVZ, 2010).

Ecstasy blijft na cannabis de meest populaire illegale drug onder jongeren en jonge volwassenen in het uitgaansleven. In 2008/2009 was een kwart (24%) van de bezoekers van landelijke en regionale party's en festivals een actuele ecstasygebruiker. Bijna een op de vijf (18%) had tijdens de uitgaansavond nog gebruikt, maar dit percentage verschilde sterk tussen uitgaansgelegenheden. Onder bezoekers van clubs en discotheken varieerde het percentage actuele ecstasygebruikers van vijf procent in het noorden tot twaalf procent in het westen van Nederland.

En tenslotte is sprake van toename van GHB-gebruik maar exacte prevalentiecijfers ontbreken. In 2008 werden bijna 1.000 GHB-gebruikers geholpen op de Spoedeisende Eerste Hulp.

Gokken en gamen

Op basis van gegevens uit 2005 telt Nederland ca. 40.000 gokverslaafden en 76.000 risicospelers (De Bruin, 2005). Ca. 2.700 cliënten staan vanwege gokproblematiek ingeschreven in de verslavingszorg (SIVZ, 2010).

In 2008 publiceerde het IVO de laatste cijfers over gamen bij 13- en 14-jarigen. Er is een dalende trend waarneembaar, waarbij in 2008 er nog sprake is van 3,2% compulsief internetgebruik. Daarbij valt op, dat compulsief internetgebruik onder allochtone jongeren juist stijgt en er in verhouding tot autochtonen ook meer compulsieve internetgebruikers onder allochtonen zijn.

Dubbele diagnose

Naast verslavingsproblematiek heeft een deel van de doelgroep van de verslavingspreventie dubbele diagnoseproblematiek. In klinische settings en detentie gaat het om forse percentages (meer dan 50%, Dijkstra e.a., 2010). Couwenberg (2009) constateert, dat de combinatie zwaar middelengebruik en psychische problemen bij 3,8 procent van de jongeren tussen 12 en 23 voorkomt. Dat zijn bijna 85.000 jongeren. Onder 'zwaar middelengebruik' verstaat Couwenbergh: stevig roken, blowen, regelmatig harddrugs gebruiken of flink drinken: vaker dan drie à vier keer binge drinken in de afgelopen maand.

In de NEMESIS-studie bleek, dat 43% van de mannen en 15% van de vrouwen met een stemmingsstoornis ook een middelenstoornis had. Bij mannen werd geen significante relatie tussen stemmingsstoornissen en alcoholmisbruik aangetroffen. Verdurmen e.a. constateren dat wekelijks alcoholgebruik bij jongeren tussen 12 en 14 jaar gerelateerd is aan angst en depressieve klachten.

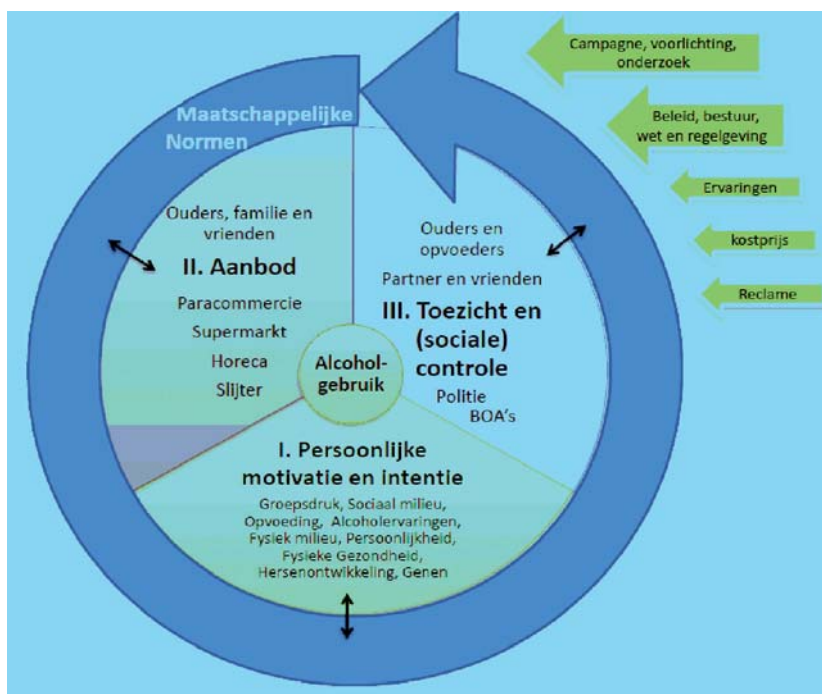
Aanknopingspunten voor verslavingspreventie

Voor het vinden van aanknopingspunten voor een beleid ter preventie van middelengebruik en verslavingsgedrag is het noodzakelijk inzicht te hebben in de factoren die de omvang van de betreffende problematiek verklaren. Wat drijft iemand ertoe (overmatig) te gebruiken of bijvoorbeeld niet te kunnen stoppen met internetten? Voor veel verslavingsgedrag moge duidelijk zijn dat de oorzaken niet alleen bij de betrokkene zelf gezocht moeten worden of in de verslavende werking van het middel zelf, maar ook bij zijn of haar directe omgeving. En ook is de wijze waarop de maatschappij tegen het bewuste gedrag aankijkt sterk bepalend hiervoor.

In 2009 heb ik een model uitgewerkt voor het (overmatig) gebruik van alcohol (Bovens, 2009), dat hieronder wordt gepresenteerd. Het model bevat vier hoofdelementen die verantwoordelijk zijn voor de mate van iemands alcoholgebruik:

- maatschappelijke normen
- persoonlijke motivatie en intentie
- de (mate van) beschikbaarheid (aanbod)
- de mate van toezicht of sociale controle

Figuur 1 Determinanten van (overmatig) alcoholgebruik



Maatschappelijke normen

Op alle determinanten van alcoholgebruik in het model hebben de maatschappelijke normen veel invloed. Maatschappelijke normen bepalen niet alleen de sterkte van de motivatie bij mensen om alcohol te gebruiken, maar ook de mate waarin alcoholverstrekkers en uitvoerders van (sociale) controle (in de privékring en daarbuiten (alcoholgebruik belemmeren of bevorderen).

De maatschappelijke normen ten aanzien van alcoholgebruik worden in onze maatschappij gevormd door de opgetelde persoonlijke ervaringen van burgers, de wijze waarop over aspecten van gebruik (andermans ervaringen) wordt bericht in de media, reclame-uitingen, kostprijs en voorlichting door gezondheidsorganisaties door middel van onder meer campagnes en onderwijsprogramma's.

Veranderende normen ten aanzien van alcoholgebruik

Het gebruik van alcohol is van alle tijden. De mate en frequentie van gebruik is enerzijds afhankelijk van de betekenis die aan het drinken ervan wordt toegekend, anderzijds van de kennis over de consequenties van gebruik. Deze factoren bepalen bijvoorbeeld ook de kostprijs en de beschikbaarheid. Was het tot ver in de jaren zestig nog gebruikelijk alcoholgebruik te beperken tot speciale gelegenheden (meestal tijdens het weekend), de laatste decennia is het steeds gewoner geworden vrijwel dagelijks te drinken, soms ingepast in een regulier voedingspatroon.

Persoonlijke motivatie en intentie

De persoonlijke motivatie van iemand die gaat drinken is een optelsom van fysieke en psychische persoonskenmerken, persoonlijke ervaringen, genetische factoren en beïnvloeding door de sociale omgeving (zoals bijvoorbeeld groepsdruk).

Mate van beschikbaarheid en (sociale) controle

De wens om alcohol te gebruiken wordt natuurlijk pas omgezet in daadwerkelijk gebruik indien iemand hiertoe in de gelegenheid is. Dit wordt bepaald door de mate waarin het middel wordt aangeboden, aanschaf en gebruik wordt toegestaan en hierop wordt toegezien.

Effectieve alcoholpreventie

Effectieve alcoholpreventie, zowel op landelijk als op lokaal niveau besteedt aandacht aan al deze vier factoren. Hierbij ligt de nadruk op maatregelen die zich richten op de omgeving van de (potentiële) drinker. Voor iemand die alcohol gebruikt, is dat immers niet alleen een persoonlijke keuze. Alcoholgebruikers worden in sterke mate beïnvloed door hun omgeving.

Andere vormen van verslaving

Kan dit model nu ook benut worden voor het verduidelijken van andere vormen van

verslaving? In principe wel. Nuances zijn er natuurlijk wel: je kunt je niet voorstellen dat er reclame gemaakt wordt voor drugs. Maar natuurlijk wel voor computerpelletjes, krasloten of voor Holland Casino.

Uit het voorbeeld ten aanzien van de ontwikkeling van gokverslaving aan het eind van vorige eeuw in hoofdstuk 1 kan men zien, welke invloed de mate van beschikbaarheid van het middel (i.c. de gokkast) de omvang van het gebruik ervan beïnvloedde.

Ook in de drugpreventie is beperking van de beschikbaarheid een belangrijke factor: door wetgeving betreffende leeftijdsgrenzen, scheiding der markten (harddrugs-softdrugs van lijst II) en een streng vergunningenbeleid, waarbij bijvoorbeeld rekening wordt gehouden met de locatie voor koffieshops (niet te dicht bij scholen) tracht men de jeugd minder snel in de verleiding te brengen om te gebruiken of andere drugs uit te proberen. Vanwege de negatieve ervaringen met drooglegging in de twintiger jaren van de vorige eeuw en de daaruit voortkomende neveneffecten als groei van de criminaliteit en moeilijker bereik van probleemgroepen is daarbij niet gekozen voor een geheel verbod en wordt vooralsnog het voor Nederland zo typerende gedoogbeleid gehanteerd.

Aanpak van (verslavings)preventie

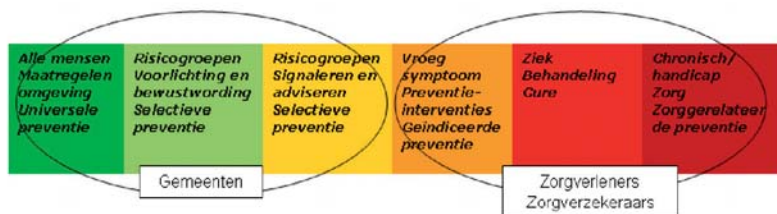
Voor ik in hoofdstuk 3 aandacht gaan besteden aan de bestaande interventies en hun effectiviteit, dient eerst gedefinieerd te worden wat onder (verslavings)preventie moet worden verstaan en welke aanpak wordt gehanteerd.

Een indeling van preventieactiviteiten naar doelgroep

Jarenlang werd in de preventiesector de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie gehanteerd (Caplan, 1964). De meest actuele indeling voor preventie, los van algemene gezondheidsbevordering is echter een vierdeling: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde (of ook wel zorggerichte) preventie (Bohlmeijer en Cuijpers, 2001).

In een onlangs verschenen discussienotitie van het Partnership Depressiepreventie wordt dit spectrum als volgt weergegeven (daarbij gerelateerd aan de verantwoordelijke financier):

Figuur 2 Het interventiespectrum van preventie tot cure en care



Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking.

Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling.

Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of één of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

Grofweg komen de twee eerste vormen van preventie (universele en selectieve) overeen met primaire preventie en een deel van de secundaire preventie. Geïndiceerde preventie heeft kenmerken van secundaire preventie maar is daarbij specifiek gericht op het individu. Zorggerelateerde preventie is een vorm van tertiaire preventie.

Over de financiering van de onderscheiden preventievormen is onlangs een aardig overzicht geschreven door de GGD Hollands Midden (Lottman, 2009).

Een indeling van preventieactiviteiten naar benadering

a. Een collectieve aanpak versus risicogroepenaanpak

Bepaalde stromingen in preventieland zijn ervan overtuigd dat het beter is preventieactiviteiten te richten op (een deel van) de maatschappij dan op specifieke risicogroepen. Enerzijds zijn hier praktische argumenten voor (het is minder arbeidsintensief), anderzijds wordt gewezen op de samenhang die er bestaat tussen het collectieve en het individuele gedrag. Bekend hierin is de Ledermannformule (Ledermann, 1956), die ervan uitgaat dat veranderingen in gemiddeld consumptieniveau leiden tot nog sterkere veranderingen in het percentage excessieve drinkers.

Babor e.a. concludeerden op basis van een metastudie dat het meeste effect op het niveau van problematisch drinken uitging van collectieve maatregelen als verhoging van de kostprijs, van de leeftijdsgrenzen en van de reclame (Babor e.a., 2010).

In 1986 had Kreitman aan de hand van wiskundige modellen aangetoond dat preventie gericht op een bescheiden afname van consumptie bij alle drinkers waarschijnlijk tot een sterkere afname leidt van alcoholgerelateerde problematiek dan een sterke vermindering van consumptie bij de kleine groep zwaarste drinkers. Het gaat immers om meer mensen. Kreitman noemt dit de preventieve paradox (Kreitman, 1986).

Een bewijs voor de kracht van een formule als die van Ledermann is ook geleverd bij de reductie van het aantal gokautomaten in de negentiger jaren tengevolge van beperkende regelgeving vanuit het Ministerie van Justitie. In de jaren daarna reduceerde het aantal ingeschreven gokcliënten binnen de verslavingszorg tot ca. een derde van het aantal vóór de invoering van deze maatregelen.

b. Een benadering gericht op de (eind)doelgroep versus een benadering gericht op intermediairs

Zoals reeds eerder aangegeven richtten de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs zich in eerste instantie voornamelijk op intermediairs (huisartsen, docenten, jongerenwerkers). Toch werden al sinds de jaren '80 van de vorige eeuw ook activiteiten uitgevoerd richting risicogroepen. Aanvankelijk vaak in een justitieel kader (denk aan de Alcohol Verkeer Cursussen en de leerstraffen voor alcoholdelinquenten), op het grensvlak van selectieve en geïndiceerde preventie, later ook ter ondersteuning van massamediale activiteiten, zoals peer education bij jongeren in vakantieoordelen of in het uitgaanscircuit (een vorm van selectieve preventie). Een discussiepunt is nog of de recente aandacht voor voorlichting aan ouders een intermediaire benadering is of een activiteit die op een (eind)doelgroep is gericht. Ik heb de neiging om eerder aan het

laatste te denken, omdat ook het eigen gedrag van de ouders ter discussie wordt gesteld.

c. Een benadering gericht op abstinentie/matigheid versus een benadering gericht op harm reduction

Een benadering gericht op harm reduction laat in principe de mate van gebruik bij de gebruiker buiten schot (hoewel dit niet altijd mogelijk is). Zo zijn een Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer en de Bob-campagne gericht op het scheiden van drinken en rijden en niet (noodzakelijk) op het alcoholgebruik zelf. Ook spuitenomruil en heroïneverstreking waren in eerste instantie preventieve maatregelen die gericht waren op het beperken van maatschappelijke en gezondheidsschade.

Een integrale benadering

Hierbij wordt uitgegaan van een benadering, gericht op alle segmenten uit het determinantenmodel figuur 1. Daarbij is sprake van een mix van universele, selectieve en geïndiceerde preventieactiviteiten.

De uitvoering van het totale spectrum aan preventieve interventies en maatregelen is in handen van allerlei professionals uit de zorg en de gezondheidsbevordering, maar ook in die van de landelijke en gemeentelijke overheid. Het gaat namelijk niet alleen om gezondheidsbevordering in de traditionele zin van het woord door middel van voorlichting en educatie, maar ook om wet- en regelgevende maatregelen, het uitvoeren van toezicht en sociale controle en het toezien op de handhaving van wetten.

Deze benadering heeft eigenlijk een lange traditie: al in de 19^e eeuw waren de inspanningen van de Drankbestrijding gericht op het beïnvloeden van de omgeving van de drinker door wet- en regelgeving en op voorlichting aan de algehele bevolking, aan specifieke risicogroepen en hun directe omgeving. Daarbij werd het creëren van publiek draagvlak als een noodzakelijke voorwaarde beschouwd. Zo zeggen Don en Van der Woude in 1904: "Strafmaatregelen moeten overeenkomen met de denkwijze van de bevolking".

Een belangrijke bijdrage aan de vormgeving van het alcoholbeleid van de laatste jaren is geleverd door Harold Holder die een integrale aanpak voorstaat die zowel gezondheidswinst als veiligheidswinst oplevert (Holder e.a., 2000).

De integrale aanpak bevatte de volgende elementen:

- sluiten van coalities tussen diverse stakeholders en gebruikmaken van media advocacy
- tegengaan alcoholgebruik barpersoneel en ontwikkeling goed alcoholverstrekkingsbeleid
- training van alcoholverstrekkers met het oog op beperken beschikbaarheid alcohol voor 16-minners (18-minners bij sterke dranken) en handhaving van de leeftijdsgrenzen
- verhogen subjectieve pakkans rijden onder invloed
- beperken beschikbaarheid alcohol door beperking verkooppunten.

Holder's principes voor succes van de aanpak zijn door hem nog eens verwoord op een conferentie in Barcelona (Holder, 2008):

- mobiliseren gemeenschap
- evidence based interventies
- betrek en informeer lokale sleutelfiguren
- zorg voor snel succes en laat de resultaten zien
- gebruik lokale nieuwskanalen en informeer het publiek

Holder heeft samen met Reynolds (Holder e.a., 1998) op basis van zijn bevindingen een model ontwikkeld, dat aan de basis ligt van de aanpak zoals deze geadviseerd wordt in de Handleiding Lokaal Alcoholbeleid uit 2007 en haar opvolger, de Handleiding Lokaal Gezondheidsbeleid (2010, in druk).

Figuur 3: Instrumentarium universele en selectieve alcoholpreventie (Reynolds & Holder, 1998)



Een voorbeeld: introductie van lokaal beleid, gericht op uitstel alcoholgebruik van kinderen

Sinds 2005 is de overheid bezig een nieuwe norm te introduceren. Werd in het verleden getolereerd dat jongeren onder de 16 jaar (mondjesmaat) mogen drinken omdat dit deel uitmaakt van het leerproces om van hen op termijn verantwoorde drinkers te maken, nu zet men in op uitstel van de startleeftijd tot in ieder geval 16 jaar⁶.

Het introduceren van een dergelijke nieuwe norm en een daaruit volgende gedragsverandering is zeker niet gemakkelijk, temeer daar de setting van de bestaande normen ongeveer een generatie geduurd heeft. Alle betrokkenen (jongeren zelf, ouders/opvoeders, beleidsmakers) zijn gesocialiseerd binnen dit proces, de bereidheid tot verwerken en accepteren van de nieuwe informatie zal bij hen allen laag zijn. Petty en Cacioppo propageren op basis van hun Elaboration Likelihood Model (ELM) dat daarom veel aandacht geschonken moet worden aan zogenaamde 'perifere routes' van informatieverwerking. Hierin moeten veel emotionele en associatieve elementen zitten. Belangrijk is bijvoorbeeld de autoriteit die men aan de boodschapper toekent. Of de veelheid aan boodschappers. Of de onvermijdelijkheid dat men met de consequenties van een nieuwe norm geconfronteerd wordt. Deze perifere routes kleden de hoofdboodschap die via een 'centrale route' wordt aangeboden, aan en versterken deze. Daarmee wordt de waarschijnlijkheid dat de beoogde gedragsverandering plaatsvindt, verhoogd (Petty en Cacioppo, 1986).

Dit pleit dus voor een integrale aanpak, waarbij een mix van maatregelen wordt gehanteerd. En dan maakt het niet uit of aan de onderscheiden maatregelen verschillende overwegingen ten grondslag liggen, bijvoorbeeld omdat doelstellingen van veiligheidsbeleid gecombineerd worden met doelstellingen van gezondheidsbevordering. De keuze voor een mix aan maatregelen wordt nog eens versterkt door de overweging, dat aan het te veranderen gedrag meervoudige oorzaken ten grondslag liggen. Slechts een meersporenbeleid zal dan tot een duurzaam succes kunnen leiden.

Tot slot

Het bepalen van de thema's en de activiteiten van de verslavingspreventie is afhankelijk van vele factoren. Medebepalend zijn beleidsvoornemens vanuit de landelijke overheid (formulering speerpunten in de landelijke Preventienota bijvoorbeeld), de inrichting van het financieringsstelsel, de prioriteiten bij de lokale overheid (kiest

⁶ De roep dit zelfs op te hogen tot 18 jaar wordt steeds sterker. Voorstellen tot opnemen hiervan in de nieuwe Drank- en Horecawet, zelfs op experimentele basis, sneuvelen tot dusverre.

men voor inzet op jeugd of op senioren, wil men meer inzetten op voorlichting op scholen, is men dan juist eerder gecharmeerd van de inzet van ervaringsdeskundigen, etc.), de publieke opinie of de waan van de dag. De ervaring leert dat al deze factoren vaak belangrijker zijn dan de eigen agenda van de preventieorganisaties, hoezeer deze ook gevormd kan zijn door de professionele kennis over de urgentie en aanpak van een specifiek thema.

Het is goed dat de laatste tijd steeds meer gepoogd wordt enige lijn te brengen in de programmering van preventie, onder meer door het opstellen van de preventienota, nota's lokaal gezondheidsbeleid, handreikingen voor het opstellen hiervan, en de certificering van preventieve interventies. Meer lijn hierin verhoogt ook de effectiviteit van het preventiewerk.

3. Inhoud van de verslavingspreventie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de inhoud van de verslavingspreventie. Daarbij bespreken we het totale spectrum aan interventies zoals dit momenteel in Nederland beschikbaar is. Voor dit overzicht is dankbaar gebruik gemaakt van een drietal producten dat dit jaar is opgeleverd, te weten: de kennissyntheses over schadelijk alcohol- en drugsgebruik bij jeugdigen van het Trimbos-instituut (Van Hasselt e.a., 2010) en bij volwassenen van het IVO (Schrijver en Snoek, 2010), die in opdracht van ZonMw zijn opgesteld, en het rapport betreffende interventies voor kwetsbare jongeren van het IVO (Snoek e.a., 2010). Daarnaast is gebruik gemaakt van de jaarlijks uitgevoerde Aard en Omvangstudie van het Trimbos-instituut naar de inspanningen van de GGZ- en Verslavingspreventie (De Jonge en Ruiter, 2010).

Preventie bij jongeren

Onder jongeren worden in dit verband niet jongvolwassenen (studenten, jonge automobilisten) begrepen. Interventies voor deze doelgroepen worden besproken bij de interventies voor volwassenen.

Beleidsadvisering en -ondersteuning

Preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen zijn betrokken bij lokale projecten die gericht zijn op de aanpak van het drankgebruik onder jongeren. Deze projecten bestaan sinds 2006 in veel gemeenten in Nederland. Preventiemedewerkers draaien mee in werkgroepen als meedenker en adviseur en verrichten uitvoerende werkzaamheden. Een deel van deze activiteiten ligt in het verlengde van het programma De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG). Tot de pijlers van DGSG behoort ook het vormgeven van beleid- en regelgeving op school op een zodanige manier, dat een gezonde leefomgeving ontstaat met geen of een strikt gereguleerde beschikbaarheid van middelen, en afspraken over vroegsignalering en toeleiding naar zorg bij zich voordoende problematiek. Bij het opstellen van een schoolbeleid ten aanzien van middelengebruik hebben de preventiemedewerkers een ondersteunende rol.

Preventiemedewerkers denken ook mee over de invulling van de plannen voor een lokaal gezondheidsbeleid en draaien mee in allerlei preventienetwerken.

Dit deel van het werk is vaak onzichtbaar, omdat niet concreet op resultaten gewezen

kan worden. Deze activiteiten worden ook niet in kaart gebracht met de Aard en Omvangstudie van het Trimbos-instituut.

Massamediale interventies en media advocacy

De preventieafdelingen van de instellingen voor verslavingszorg hebben een jarenlange traditie in het uitvoeren van regionale activiteiten in het kader van de landelijke alcoholcampagnes (te beginnen met 'Drank maakt meer kapot dan je lief is!' in 1986 via bijvoorbeeld 'Drank..de kater komt later..' in 2003 tot 'Voorkom alcoholschade bij uw opgroeiende kind' vanaf 2006). Activiteiten in dit kader zijn en waren mobiele tentoonstellingen, alcoholquizen, verspreiden flyers en gadgets, organiseren, inzetten en begeleiden peer education, schrijven artikelen voor huis- aan huisbladen, organiseren ouderavonden en debatten, vormgeven carnavalswagens, bemensen stands etc. Een deel van deze activiteiten wordt langzamerhand uitgevoerd door andere organisaties als GGD-en en gemeenten zelf, terwijl de verslavingszorginstellingen dan meer de inhoudelijke verzorging doen van een programma.

Als aanvulling op de landelijke agendasetting, maar ook wel spontaan, zijn de preventieafdelingen actief in het stimuleren van en inhoud geven aan berichtgeving over verslavingsproblematiek via regionale mediakanalen. Maar ook op dit vlak zijn steeds meer andere organisaties actief.

Nieuwere campagnevormen lijken inmiddels veelbelovend. In 2009 werd de televisieserie 'Roes' uitgezonden, waarbij informatie over middelengebruik was verwerkt in de verhaallijnen. Met name met betrekking tot alcoholgebruik bleken er effecten van de serie uit te gaan (Van Leeuwen en Renes, 2009).

Zoals in de voorgaande hoofdstukken aangegeven zijn massamediale interventies en media advocacy belangrijke voorwaarden voor het creëren van publiek draagvlak ten aanzien van nieuw beleid. Van zichzelf zijn ze over het algemeen niet effectief wat betreft het veranderen van gedrag, voornamelijk omdat ze niet langdurig en intensief genoeg ingezet worden. Effecten worden over het algemeen wel aangetroffen op kennis, attitude, normsetting, informatiezoekgedrag en toeleiding naar interventies (Gezondheidsraad, 2006). Toch is opvallend, dat tegelijkertijd met en na het breed inzetten van publieksuitingen ten aanzien van de boodschap het alcoholgebruik bij jongeren te doen uitstellen tot het 16^e jaar, de (start)leeftijd waarop jongeren gemiddeld starten met drinken de laatste jaren stijgt. Of dit toe te schrijven is aan de massamediale campagnes is moeilijk te meten, maar aannemelijk is het wel als men weet dat de campagnes hoog gewaardeerd worden en een groot bereik hebben gehad.

Schoolinterventies

De meeste universele schoolgerichte preventieprogramma's hebben op zichzelf staand geen effect op genotmiddelengebruik (Cuijpers et al., 2006) en zijn derhalve ook niet kosteneffectief.

Er zijn aanwijzingen, dat Multi-componenten schoolinterventies wel degelijk effectief kunnen zijn. Het betreft interventies die zowel op de school en haar leerlingen als op de ouders gericht zijn. De effectiviteit hiervan zal groter zijn omdat de boodschap van een interventie ook thuis en in de omgeving wordt ondersteund (Monshouwer, 2006). Aanwijzingen hiervoor geven bijvoorbeeld de resultaten van de PAS-studie, een interventie waarbij naast de lessen van DGSG ook voorlichting werd gegeven aan ouders (Koning e.a., 2009). De kracht van dit project ligt mogelijk ook in het hoge bereik van ouders omdat een presentatie over het middelengebruik is ingepast in een reguliere informatieavond aan het begin van het schooljaar.

Volgens Tobler e.a. (2000) is de mate van interactiviteit van een interventie een belangrijk element. Hierbij ligt de nadruk op onderlinge discussies, rollenspelen en interacties tussen leerlingen. De metastudie van Tobler en collega's wijst ook op de effectiviteit van de zgn. 'sociale invloed'-benadering. Het gaat er in deze benadering om dat weerstand tegen sociale druk om middelen te gebruiken wordt opgebouwd door het ontwikkelen van vaardigheden ('resistance skills'), het beïnvloeden van de heersende normen over middelengebruik, en het corrigeren van de ideeën die leerlingen hebben over het middelengebruik van andere leerlingen en volwassenen. Dit gebruik wordt overschat, met name door degenen die gebruiken.

Programma's die in de klas worden begeleid door professionals vanuit de zorg zijn effectiever dan programma's geleid door leeftijdsgenoten (peers). De peerprogramma's zijn weer effectiever dan programma's geleid door anderen, zoals de docent (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009).

Veelbelovend zijn de interventies die zich richten op verschillende persoonlijkheidskenmerken bij leerlingen. Conrod (2010) maakte een onderscheid in de kenmerken: angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken en sensatie zoekend. Anderen (Matthys e.a., 2006; Huurre e.a., 2010). voegen daar nog risicokenmerken toe als: impulsief gedrag, nieuwsgierigheid (gecombineerd met het vermijden van schade), lage eigenwaarde (jongens) en hoge sensitiviteit van genot. Vaardigheidstrainingen gericht op het omgaan met (een deel van) deze risicofactoren bleken te leiden tot uitstellen van alcoholgebruik, maar ook op depressieve klachten en spijbelgedrag (Velleman, 2009). Momenteel wordt de interventie Preventure, die gebaseerd is op de

persoonlijke benadering, onderzocht. Daarna (in de loop van 2011) zal deze voor de instellingen beschikbaar komen.

De Gezonde School en Genotmiddelen is een interactief programma met vijf pijlers: lesgeven, reglementeren, signaleren en begeleiden, ouderparticipatie en zorgen voor een structurele aanpak. Delen van de DGSG worden bij meer dan de helft van de middelbare scholen en bij een derde van de basisscholen uitgevoerd. Meestal komt een school niet toe aan het geven van aandacht aan alle facetten van het programma. Door het geven van aandacht aan alle pijlers worden automatisch veel van de eerdergenoemde werkzame elementen voor een schoolinterventie ingevuld.

Vanuit DGSG wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een E-learning interventie binnen het MBO. Deze komt in 2011 beschikbaar.

In Nederland worden grofweg de activiteiten van DGSG in het Voortgezet Onderwijs uitgevoerd door de Verslavingspreventie, die in het Basisonderwijs door de GGD, al dan niet in samenwerking met de verslavingspreventie. Uitvoering door verslavingspreventie en GGD betekent eerder: ondersteuning. Gepoogd wordt de meeste activiteiten door het onderwijzend personeel van de betreffende school zelf te laten uitvoeren. Daarmee is er een grotere garantie voor een continuïteitseffect.

In de praktijk kiest een belangrijk aantal scholen voor het laten verzorgen van gastlessen over middelengebruik zonder flankerend beleid. Daarbij worden ook regelmatig andere sprekers uitgenodigd dan deskundigen uit de verslavingszorg, zoals de politie, bureau Halt en ervaringsdeskundigen (zoals bijvoorbeeld door de Stichting Voorkom en PRAT, zie hoofdstuk 2). De effectiviteit van deze inzet is nog niet vastgesteld. Er bestaat vanuit professionele kringen veel weerstand tegen het inzetten van ervaringsdeskundigen in het onderwijs. Argumenten die dan worden gehanteerd zijn: kinderen vinden het spannend, ze worden juist geprikkeld (met name de sensatiezoekers), kinderen kunnen het nog niet plaatsen, kinderen kunnen redeneren dat het zo'n ervaringsdeskundige klaarblijkelijk gelukt is uit de problemen te komen, die zijn dus overkomelijk. Daarbij komt, dat het hier vaak eenmalige activiteiten betreft, die niet ingebed zijn in een structureel beleid.

Op scholen in het Voortgezet Onderwijs functioneren Zorg Advies Teams (ZAT). Dit is een team waar vertegenwoordigers van de school en vertegenwoordigers van externe instanties in een gezamenlijk overleg zorgleerlingen bespreken. De GGD heeft meestal zitting in dergelijke teams, de participatie van de verslavingspreventie is niet overal structureel aan de orde.

Ouder- en gezinsinterventies

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

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

In Nederland worden nog niet zolang ouder- en gezinsinterventies in het kader van preventie aangeboden, als we tenminste de min of meer ad hoc georganiseerde ouderavonden op scholen niet meetellen. In de eerste helft van de negentiger jaren is een interventie ontwikkeld om moeilijk bereikbare ouders te bereiken, de zgn. 'homeparty'. Er is een draaiboek opgesteld en vervolgens heeft een implementatieonderzoek plaatsgevonden. De bevindingen hiervan waren positief (Riper, Bolier en Elling, 2005). De wervingsprocedure bleek in de praktijk erg moeizaam te werken.

Sinds 2006 vindt landelijk een aantal activiteiten plaats, specifiek gericht op ouders van nog heel jonge kinderen met het doel het alcoholgebruik zolang mogelijk uit te stellen, in ieder geval tot het 16^e jaar. Door middel van de campagne 'Voorkom alcohol-schade bij uw opgroeiende kind' worden massaal ouderbijeenkomsten georganiseerd. Deze vinden niet alleen plaats op scholen, maar ook in openbare ruimten als het gemeentehuis, de stadsschouwburg, bij sportverenigingen, etc. Ook de homeparty's worden weer gepropageerd, vooralsnog met wisselend succes. Er is een aangepast draaiboek ontwikkeld, waarbij het concept specifiek voor het thema alcohol is uitgewerkt, ook bedoeld voor andere settings als scholen (De Vocht, Luiten, Looijsschelder & Poelmans, 2007) en onlangs nog voor de setting hokken en keten (Naaborgh en Weingart, 2009).

Naast de ouderavonden en de homeparties zijn er oudercursussen voor ouders van pubers over diverse onderwerpen: alcohol, drugs, maar ook bijvoorbeeld gamen. Deze zijn nog niet op effectiviteit onderzocht.

Zoals reeds eerder gezegd blijkt een ouderavond, gecombineerd met een interactieve schoolinterventie voor de leerlingen effectief. Dat is althans de conclusie van het experiment met het PAS-project.

Dit komt overeen met conclusies uit Amerikaans onderzoek, waarbij blijkt dat ouder-

en gezinsinterventies in de *algemene bevolking* effectief blijken te zijn in het uitstellen van alcoholgebruik en in het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik bij adolescenten.

De meest effectieve gezinsinterventies benadrukken de ontwikkeling van sociale vaardigheden en de persoonlijke verantwoordelijkheid van adolescenten, het bespreken van middelen gerelateerde onderwerpen en actieve betrokkenheid van ouders (Velleman e.a. 2005; Petrie e. a., 2007). Een andere bevinding is, dat interventies bij de overgang naar het Voortgezet Onderwijs het meest effectief lijken.

Werving is een centraal probleem bij de meeste gezinsgerichte interventies, zeker als die niet gekoppeld zijn aan een schoolinterventie. Het is met name de vraag of hoog risicogezinnen aan gezinsgerichte interventies deelnemen.

Er is minder bekend over de effecten van ouder- en gezinsinterventies voor *risicogroepen*. Vooralsnog is er enig bewijs dat gezinsgerichte interventies gericht op kinderen van verslaafde ouders, en op ouders met agressieve kinderen druggebruik bij de kinderen kunnen verminderen. In Nederland bestaan nog geen bewezen effectieve gezinsinterventies gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik bij risicogroepen. Wel worden er enkele interventies uitgevoerd en onderzocht, waarbij de hoge uitval en moeizame werving een belangrijk knelpunt is. Concreet gaat het dan om Gezin aan Bod, een vertaling van het Amerikaanse programma Strengthening Families. Onderscheid met het Amerikaanse, evidence based bevonden programma is dat Gezin aan Bod zich richt op de gezinnen, waarin één of beide ouders verslaafd zijn.

Onderzoek naar interventies gericht op verslaafde ouders geeft tevens enig bewijs dat deze interventies het gebruik van drugs en andere problemen bij de kinderen van deze ouders kunnen verminderen (Van Laar en Van Ooyen-Houben, 2009; Cuijpers, 2006). Zowel ouderinterventies als gezinsinterventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren die al overmatig alcohol gebruiken ontbreken nog of zijn in ontwikkeling. Naar een dergelijke interventie is veel vraag.

Multi-componenten en community interventies

Multi-componenten interventies zijn programma's die zich richten op 2 of meer domeinen zoals het individu, het gezin, de school, de wijk/omgeving, de werkplek, of massamediale campagnes. Wanneer een dergelijke interventie zich specifiek richt op een wijk of gemeenschap, spreken we van een wijkgerichte of community interventie. Een integrale aanpak zoals beschreven in hoofdstuk 2 is een vorm van zowel een Multi-componenten als een community interventie. Deze aanpak is vooralsnog niet

onderzocht. De enige onderzochte interventie in Nederland is de PAS-interventie (zie boven). Momenteel wordt een onderzoek gedaan naar de Haltafdoening Alcohol, een pedagogische maatregel die zowel een meerdaagse cursus bevat voor jongeren als een bijeenkomst voor hun ouders. Deelnemers zijn jongeren die door de politie worden geverbaliseerd voor alcoholgerelateerde overlast en hiervoor een verwijzing naar Halt krijgen. De uitvoering van de maatregel gebeurt door de verslavingspreventie.

In Amerika is onderzoek gedaan naar het combineren van het Strengthening Familie Program met een Life Skills Training op School. De effecten van de combinatie zijn groter dan de effecten van de afzonderlijke bestanddelen (Petrie e.a., 2007).

Wat betreft druggebruik zijn effecten van community interventies nog niet vastgesteld. Meer zorggerelateerd is een methodiek als ACT, met inzet van meerdere disciplines

Interventies gericht op de fysieke (gebruiks)omgeving

Interventies in de drinkomgeving betreffen vooral de uitgaanssetting. De meeste interventies zijn niet gericht op een specifieke doelgroep maar op de omgeving waarin jongeren drinken. Naast deze setting valt ook te denken aan andere omgevingen als bijvoorbeeld het Voortgezet Onderwijs (alcoholvrije feesten) en de sportkantine.

Voor het uitgaansleven zijn de interventies gericht op barpersoneel en het management van de horeca (Barcode en Bar Veilig) van belang. In Nederland zijn nog geen effectstudies naar deze interventies uitgevoerd. Volgens buitenlands onderzoek lijken deze interventies effect te hebben op het verminderen van alcoholverkoop aan jongeren onder de 16 jaar, het terugdringen van agressie en in het terugdringen van verkeersongevallen (Room e.a., 2005; Graham e.a., 2004; Holder en Wagenaar, 1994; Babor, 2010). Voorwaarde is wel, dat naast de trainingen voor barpersoneel en hun management ook aandacht wordt geschonken aan handhaving.

Voor de coffeeshop is de cursus 'Goed gastheerschap coffeeshoppersoneel' ontwikkeld. Deze wordt door diverse verslavingspreventieafdelingen aangeboden. En er is een training EHBD-U, waarbij securitypersoneel, politie en barpersoneel getraind wordt in het herkennen van en adequaat reageren op gezondheidsverstoringen door druggebruik in het uitgaanscircuit.

Andere veelbelovende interventies zijn Multi-componenten interventies (bijvoorbeeld in Zweden: Mansdotter e.a., 2007) en interventies die aandacht hebben voor het betrekken van de buurt bij maatregelen (BMA, 2008).

In Nederland is daarnaast veel ervaring opgedaan met peer education in het uitgaanscircuit. Australisch onderzoek wijst uit, dat een concrete handreiking als het promo-

ten van het drinken van water door peer educators werkt in termen van meer watergebruik en iets minder ecstasygebruik (Bleeker e.a., 2009).

In Nederland hebben we nog te maken met een specifieke situatie, namelijk de paracommerciële Horeca (sportkantines, jeugdsoos, etc.). Hiervoor is de Instructie Verantwoord Alcoholschenken, een training voor barvrijwilligers ontwikkeld (Weingart, 2008). Vanuit de wetgeving is de paracommerciële horeca bovendien verplicht een Alcohol Bestuurs Reglement op te stellen met onder meer aandacht voor vermelding van schenktijden. Men dient dan rekening te houden met de aanwezigheid van kinderen. De verslavingspreventie kan ondersteunen bij het vormgeven van een alcoholbeleid bij verenigingen.

Interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk

De meeste interventies via de gezondheidszorg en welzijnswerk gericht op jongeren die middelen gebruiken, berusten op twee pijlers. De een is het signaleren van de alcohol- en drugsproblemen van deze jongeren, de ander het vergroten van hun motivatie om iets te doen aan deze problemen. Dit gebeurt vaak door middel van een kortdurende interventie (motiverende gespreksvoering), bestaande uit feedback over het gebruik, het bespreken van de keuze om te minderen of te stoppen met het gebruik, van de mogelijkheden tot verandering van het middelengebruik en het bespreken van hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven. Indien nodig betreft de interventie tevens het motiveren voor een doorverwijzing naar de hulpverlening.

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

In Nederland is vroegsignalering, screening en verwijzing bij jongeren door intermediairs in de gezondheidszorg en het welzijnswerk (maar ook bijvoorbeeld op scholen) nog een vrijwel onontgonnen gebied. Terwijl met name in situaties, waarbij sprake is van voorafgaande alcohol- of drugsincidenten veel mag worden verwacht van de effecten op het gedrag (Gentilello e.a., 1988). Vanuit de sector en vanuit beleidmakers is veel vraag naar initiatieven op dit vlak. In 2009 is het Partnership Vroegsignalering Alcohol begonnen met het opstellen van een jeugdprotocol. In een aantal regio's is men begonnen met pilots.

Een voorbeeld van een kortdurende interventie gebaseerd op motiverende gespreks-

voering is de Adolescent Cannabis Check-Up (ACCU) uit Australië. De interventie is bedoeld voor jongeren die al regelmatig cannabis gebruiken en bestaat uit twee sessies, waarbij in de eerste sessie het gebruikspatroon en de percepties rondom het gebruik van cannabis in kaart worden gebracht. De tweede sessie bestaat uit persoonlijke feedback en motiverende gespreksvoering. De ontwerpers van de interventie geven aan dat de interventie idealiter wordt gebruikt door straatwerkers, maar ook door andere professionals die werken met jongeren die cannabisproblemen hebben (www.ncpic.org.au, 2010). De interventie wordt momenteel vertaald en op haar effect onderzocht in Nederland.

Voor het vaststellen van potentieel problematisch cannabisgebruik bestaat sinds kort een betrouwbaar screeningsinstrument: de cannabis use problems identification test (CUPIT). De auteurs suggereren dat dit instrument vooral via het welzijnswerk zou kunnen worden ingezet (Bashford et al., 2010).

Online zelfhulp voor overmatige gebruikers

De online zelfhulpinterventies in Nederland zonder contact met een behandelaar zijn voornamelijk uitsluitend bedoeld voor volwassenen. Het gaat dan om de drinktest.nl en minderdrinken.nl. Wel is er nu ook een drinktest voor jongeren (www.watdrinkjij.nl), maar deze is nog niet op effectiviteit onderzocht. Op het terrein van druggebruik is voornamelijk geen effectieve test bekend. Preventieafdelingen kunnen door middel van regionale publieksacties het informatiezoekgedrag op de betreffende sites bevorderen.

Interventies voor extra kwetsbare jongeren

In het rapport “Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix” van het IVO (Snoek e.a., 2010) wordt een breed scala van risicofactoren benoemd, zoals bijvoorbeeld frequent uitgaan. Ik ga ervan uit, dat voor een deel van de in het rapport besproken doelgroepen eerdergenoemde interventies beschikbaar staan. Ik zal me hier beperken tot de benadering van extra kwetsbare jongeren, zoals zwerfjongeren en hangjongeren, jongeren die in contact zijn (geweest) met institutionele zorg (jeugdzorg, pleegzorg en justitiële instituten), schooldrop-outs en spijbelaars, jongeren uit probleemgezinnen (kinderen van verslaafde en/of psychiatrische ouders), jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB), jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen, jongeren met een antisociale gedragsstoornis (al dan niet in combinatie met ADHD), en jongeren met een depressie of angststoornissen.

Algemeen blijkt, dat voor de meeste van deze risicogroepen in Nederland nog geen interventies beschikbaar zijn, dan wel dat deze nog moeten worden onderzocht.

In ontwikkeling is momenteel een aantal interventies gericht op LVB-jongeren. Deze komen in 2011 beschikbaar. Het betreft een aantal modules in instellingen voor LVB-jongeren, namelijk:

- Deskundigheidsbevordering voor personeel
- Voorlichting voor ouders
- Voorlichting voor jongeren
- Motivatietraining voor problematisch gebruikende LVB-jongeren

Deze zijn deels gebaseerd op reeds bestaande modules binnen een aantal instellingen voor verslavingszorg, deels op het programma Open en Alert voor justitiële jeugdinrichtingen. Er is ook aangepast lesmateriaal en informatiemateriaal gemaakt voor de doelgroep.

Omdat een ander bekend programma voor kwetsbare jongeren (waaronder LVG-jongeren), Multi Dimensionale Familie Therapie een behandelprogramma is, wordt dit hier verder niet besproken.

Zoals gezegd bestaat voor Justitiële Jeugdinrichtingen Open en Alert. Deze interventie kent twee componenten, namelijk het creëren van een alcohol- en drugsbeleid binnen de instelling en deskundigheidsbevordering voor het instellingspersoneel. Er is een procesevaluatie naar deze interventie uitgevoerd (Van der Veen en Van Leeuwen, 2009) en inmiddels is ook een variant ontwikkeld voor de residentiële jeugdzorg en het jeugd- en jongerenwerk.

Buiten de reguliere verslavingspreventie bestaat de interventie Brains4Use van Rentray. In dit programma wordt gebruik gemaakt van drugsconsulenten (groepswerkers van de inrichting), voorlichting door peer educators, naast groepsgesprekken. De interventie is erkend door de Erkenncingscommissie Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie.

Voor kinderen van verslaafde ouders en/of ouders met psychiatrische problematiek zijn er de KOPP/KVO-interventies. Uitvoerders hiervan zijn GGZ- en verslavingspreventie.

Voor jongeren met een antisociale gedragsstoornis (vindplaats: school, instituten) is er een scala aan interventies beschikbaar als Triple P., Opstap, Overstap, Voorzorg, Pittige Jaren, PAD, etc. (Snoek e.a., 2010).

Preventie bij volwassenen

Het Nederlands overheidsbeleid is sterk gericht op de preventie van verslavingsproblematiek onder jongeren.

Wat betreft (jong)volwassenen ligt de nadruk op de bevordering van kortdurende interventies, vroegsignalering en screening door eerste lijn- en tweede lijnvoorzieningen, voor zover het alcohol betreft, in een poging het niveau van probleemdrinken terug te brengen met één procent. Daarnaast zijn interventies vooral gericht op het reduceren van de schadelijke (neven)effecten van problematisch gebruik op overlast, veiligheid en gezondheidskwalen als maag- en darmklachten, leverziekten, diverse vormen van kanker en op het voorkomen van AIDS/HIV.

Veelal is sprake van een integrale aanpak, waarin veel aandacht bestaat voor ontmoedigingsmaatregelen met betrekking tot de beschikbaarheid van middelen, intensivering van toezicht door politie, justitie en de reclassering en slechts een bescheiden rol voor de verslavingspreventie.

De focus bij de verslavingspreventie ligt vooral bij het uitvoeren van de Educatieve Maatregel Alcohol en Verkeer (EMA), of de kortere versie daarvan voor de beginnende bestuurder (LEMA) en op het aanbieden van deskundigheidsbevordering van de eerste en de tweedelij. In toenemende mate wordt nagedacht over het creëren van een specifiek aanbod voor senioren, aangezien de laatste jaren naar voren komt dat de alcoholproblematiek onder deze doelgroep snel stijgt (Weingart e.a., 2009).

Ook lijkt er weer meer belangstelling te ontstaan voor verslavingsproblematiek op de werkvloer, in het bijzonder ook binnen de Sociale Werkvoorziening.

Vroegsignalering, screening en kortdurende interventies

Stimulans voor het bevorderen van aandacht voor alcoholproblematiek bij professionals in de eerste en tweelij. biedt het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Onder diens vlag is of wordt een aantal protocollen ontwikkeld voor diverse settings en doelgroepen en worden train-de-trainers opgezet ter implementatie hiervan.

Protocollen zijn of worden ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk, voor de Spoedeisende Eerste Hulp, voor het Algemeen Ziekenhuis, voor de GGZ, voor het maatschappelijk werk en eerstelijns psychologen, voor praktijkondersteuners en voor medewerkers van de thuiszorg.

De implementatie verloopt nog moeizaam, het blijkt in de praktijk moeilijk de aandacht en belangstelling gevangen te houden bij de betrokken intermediairs. Hoe dicht er de verslavingspreventie op de huid zit van hen, hoe groter het succes lijkt.

Middelengebruik in het verkeer

Vooralsnog blijft de aandacht wat betreft de verkeersveiligheid gericht op het middel Alcohol. Dit heeft te maken met het momenteel nog ontbreken van adequate screeningsapparatuur voor het kunnen constateren van recent druggebruik bij de weggebruiker.

De verslavingspreventie heeft al een lange traditie met het uitvoeren van cursussen voor veroordeelde rijders onder invloed, zowel in strafrechtelijk als in bestuursrechtelijk kader. Zoals ik reeds in hoofdstuk 1 heb aangegeven startte de eerste Alcohol Verkeer Cursus al in 1979.

Het voornemen is in 2011 het Alcoholslotprogramma in te voeren, waarbij op basis van zekere criteria betrapte rijders onder invloed te maken gaan krijgen met een start-onderbreker in de auto. Pas na door middel van blazen aangetoond te hebben dat zij niet onder invloed zijn zullen zij in staat zijn de auto te starten. Momenteel wordt nog nagedacht over de invulling van een begeleidingsprogramma, met mogelijk een rol voor de verslavingspreventie.

Alcohol en zwangerschap

Een bijzondere risicogroep vormen toekomstige moeders, omdat (overmatig) alcoholgebruik de ontwikkeling en gezondheid van het ongeboren kind negatief kan beïnvloeden. STAP besteedt bijzondere aandacht aan dit thema en heeft brochuremateriaal en een website ontwikkeld voor burgers en professionals (zoals verloskundigen en gynaecologen) die hier informatie over willen hebben.

Daarnaast draaien twee pilots in Nederland in het kader van het project Voorzorg, waarbij wijkverpleegkundigen informatie geven over gezondheidsrisico's bij zwangere vrouwen.

Middelengebruik in relatie tot de werkplek

Doorgaans maakt een Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid (ADM-beleid) deel uit van een breder bedrijfsgezondheidsbeleid. Eind jaren '80 waren veel preventieafdelingen actief in het ondersteunen van bedrijven bij het opzetten van een ADM-beleid. Die aandacht verflauwde in de loop van de negentiger jaren, maar lijkt op dit moment weer actueel te worden. Voor het bedrijfsmaatschappelijk werk kan gebruik gemaakt worden van de producten van het Partnership Vroegsignalering alcohol. Het Trimbos-instituut ontwikkelt momenteel weer een aantal producten, zoals een factsheet en brochures voor werkgevers en werknemers. Gedacht wordt ook over een gestandaardiseerde training voor bedrijfsartsen.

Drugs

De bestaande interventies voor (jong)volwassenen zijn al aan de orde geweest bij het bespreken van interventies voor jeugdigen.

Wat betreft volwassenen gaat het bij bekende interventies van preventie meer om terugvalpreventie. Deze bevinden zich meer op het grensgebied van maatschappelijk herstel, maatschappelijke ondersteuning (bijvoorbeeld de ACT-teams en het project 'Help mijn buurman verzuip't' voor chronische alcoholisten die het risico lopen om de ziekte van Korsakov te ontwikkelen van VNN en Tactus (Verslavingsinformatiepunt).

Internet

Veel verslavingszorginstellingen leggen zich momenteel toe op informatie- en behandelmodules via het internet. Naast zelftesten en het promoten daarvan blijft het ook van belang informatie over middelengebruik en de consequenties ervan up to date te houden.

Het inzetten van internet dient op zichzelf als een vorm van preventie gezien te worden. Het feit dat dit medium anoniem is kan drempelverlagend werken voor mensen die een zekere schroom of schaamtegevoelens hebben om hun problemen met hun huisarts te bespreken (Keizer en Ter Braak, 2009).

De waarde van nog niet onderzochte interventies

De effectiviteit van de meerderheid van de preventieve interventies is nog niet bewezen. Momenteel (september 2010) is sprake van drie bewezen effectieve interventies in de databank van het Centrum voor Gezond Leven bij het RIVM! Daarnaast zijn er nog vijf interventies die als 'waarschijnlijk effectief' zijn beoordeeld. Doen we dan maar wat? Nee, want de lijst van 'theoretisch goed onderbouwde' interventies is inmiddels al 49 interventies lang. En het feit dat interventies niet als effectief bekend staan kan ook liggen aan het feit, dat ze nog niet onderzocht zijn of dat het uitgevoerde onderzoek beperkingen kende. Juist preventieve interventies moeten snel kunnen inspelen op trends en signalen en wetenschappelijk onderzoek loopt dan al gauw achter (Keizer en Ter Braak, 2009).

De meeste ontwikkelaars van preventieve interventies in de gezondheidszorg zijn juist gewend heel systematisch en gedegen om te gaan met de ontwikkeling van hun interventies en weten deze vaak goed te onderbouwen. De laatste decennia is hard gewerkt aan het ontwikkelen van een aantal instrumenten hiervoor die op voorhand de kwaliteit van interventies pogen te garanderen. Daarover gaat het volgende hoofdstuk.

4 Kwaliteit van de verslavingspreventie

In 1990 trad ik in dienst van de Nederlandse Vereniging van CAD's (NVC), door fusie in 1993 opgegaan in de NeVIV en andermaal door fusie in 1997 in GGZ Nederland. Ik begon daar als stafmedewerker kwaliteitsontwikkeling en ondersteunde vanuit die hoedanigheid de landelijke sectie Kwaliteit en de sectie Preventie. Deze secties waren samengesteld uit directieleden en middlemanagement van de regionale instellingen voor verslavingszorg. Het was de eerste keer dat ik kennismaakte met een systematische poging om meer kwaliteit en lijn te brengen in de methodieken en competenties binnen de hulpverlening en de preventie binnen de verslavingszorg. Leidraad vormde de Raamnota "Kwaliteit van Preventie en Hulpverlening" (Vermeulen, Huisman en Dullemond, 1990), aansluitend bij het INK-model.

In de Raamnota werden als kwaliteitsinstrumenten benoemd:

- een projectchecklist met criteria aan de hand waarvan de kwaliteit van projectmatig werken kan worden beoordeeld. Deze checklist heeft mede aan de basis gestaan van het kwaliteitsinstrument OPUS (Saan e.a., 2004)
- het Didactisch Analyse Model waarmee preventieactiviteiten gestandaardiseerd en dus overdraagbaar en beter toepasbaar worden (wordt nog steeds toegepast)

Deze instrumenten waren specifiek voor de preventie bedoeld. Daarnaast golden nog instrumenten voor zowel hulpverlening als preventie als: programma-evaluatie, registratie, werkbegeleiding, functiegerichte opleidingen, intervisie, supervisie en interinstellingstoetsing.

De kwaliteitsinstrumenten voor preventie waren afkomstig uit de GVO-praktijk en voorlichtingskunde.

Een van de drijvende krachten binnen de sectie kwaliteit én de sectie preventie was Gerard Molleman, hoofd preventie en voorlichting van het toenmalige CAD Zuid- en Oost Gelderland. Vanaf 1994 zou hij later een belangrijke bijdrage leveren aan de (door)ontwikkeling van een aantal kwaliteitsinstrumenten in zijn werk voor (en later in dienst van) het NIGZ, opvolger van het Landelijk Centrum GVO.

Professionalisering GVO

Instrumentarium

Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) is een benaming die dateert uit 1962 en een vertaling vormt van het begrip ‘Health Education’. Dat was in een tijd waarin gezondheidsbevordering vooral nog plaats vond door voorlichtende activiteiten. In 1986 werd het begrip verruimd tot ‘Health Promotion’ in het Ottawa Charter, omdat uit ervaring en onderzoek bleek dat voorlichting pas goed werkt in een omgeving van sociale steun en juiste keuzemogelijkheden (Saan en De Haes, 2005).

Vanaf 1964 heeft het vak GVO zich in Nederland ontwikkeld. Aanvankelijk vanuit de leerstoel Voorlichtingskunde aan de Landbouwhogeschool Wageningen van Van den Ban, vervolgens als afzonderlijk vak met Wilhelmina Rouwenhorst als eerste hoogleeraar GVO en latere boegbeelden als Gerjo Kok, Nanne de Vries, Clemens Hosman, Willy de Haes, Hans Saan en Gerard Molleman.

Veel energie werd gestoken in het ontwikkelen van kwaliteitssystemen die tot verbetering van ontwerpen en uitvoeren van interventies en preventieprojecten moeten leiden, zoals de opzet en uitvoering van voorlichting en presentatie (Didactisch Analyse Model), projectmatig werken (OPUS), effectiviteit van gezondheidsbevordering (Preffi) en het Empowerment Kwaliteits Instrument (EKI).

Als laatste in die rij werkten Saan en de Haes een referentiekader uit ter verbetering van de gezondheidsbevordering (Refka) in een poging beleid, onderzoek en praktijk (BOP) meer met elkaar te verbinden.

,De kwaliteit van gezondheidsbevordering is volgens het Referentiekader afhankelijk van in hoeverre men er in een bepaalde context met succes in is geslaagd om het interventieproces optimaal voor te bereiden en te doen verlopen zodat de beoogde resultaten gerealiseerd worden. Het gaat volgens het referentiekader om drie soorten kennis:

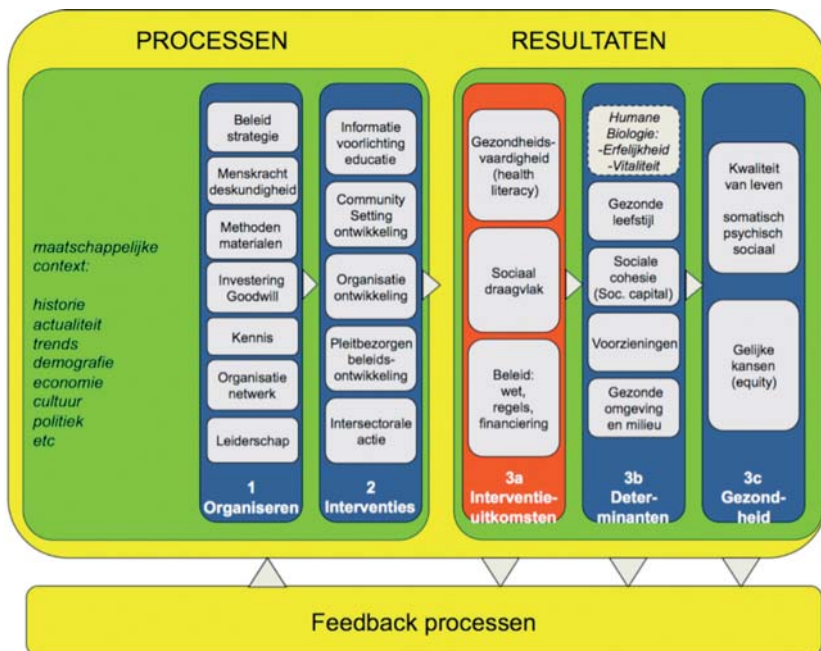
- het organiseren in verschillende maatschappelijke omgevingen (de context)
- het plannen en uitvoeren van interventieprocessen
- manieren om resultaten op korte en lange termijn vast te stellen

Saan en de Haes vinden, dat community- en politieke interventies onderbelicht zijn en pleiten voor meer evenwicht hierin met oog voor variatie en accenten in onderzoek, afhankelijk van de ontwikkelfase van de interventies.

Ontwikkelaars

- De ontwikkeling van het referentiekader en van het overige instrumentarium vond plaats vanuit het Landelijk Centrum GVO en haar rechtsopvolger, het NIGZ in samen-

Figuur 4: Referentiekader Gezondheidsbevordering (Saen en De Haes, 2005)



werking met de beroepsvereniging voor Gezondheidsbevorderaars en preventiewer-
kers, de NVPG. Deze vereniging kent leden uit de kringen van de GGD, de GGZ, de
thuiszorg, de verslavingszorg en de landelijke kennisinstituten als bijvoorbeeld het
Trimbos-instituut en Stivoro.

De NVPG heeft van meet af aan de ontwikkeling van en deskundigheidsbevordering
rondom de kwaliteitsinstrumenten gestimuleerd. Vanwege haar nauwe verbonden-
heid met het NIGZ werden en worden de trainingen en opleidingen meestal door dit
instituut verzorgd.

- Sinds 2003 bestaat de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH),
die zowel bij- en nascholingstrajecten als een masteropleiding Public Health aanbiedt.
- In 2007 werd in opdracht van het ministerie van VWS het *Centrum voor Gezond Leven*
opgericht bij het RIVM. Naast een loketfunctie en ondersteuning van professionals in
het kader van programma's voor diverse settings ('gezonde school', 'gezonde stad') be-
staat hierbinnen ook een kwaliteitsprogramma. Dit programma is gericht op het in-
zichtelijk maken van de effectiviteit van leefstijlinterventies in de I-database

(database met preventieve en beleidsinterventies). Hiervoor heeft het Centrum Gezond Leven (CGL) samen met de landelijke kennisinstituten een beoordelingssysteem opgezet voor (leefstijl)interventies. Met dit systeem is aangesloten op het erkenningsstelsel jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut. Samen met hen en het Centrum Jeugdgezondheid bouwt het CGL verder aan het stelsel.

- Onder coördinatie van het CGL verslijnt ook in 2010 de handleiding Gezonde Gemeente, de opvolger van de vier handleidingen lokaal gezondheidsbeleid (tabak, alcohol, depressie en overgewicht) met weer een afzonderlijk themadeel over alcohol (Bovens e.a., 2010, in press).

De verslijvingspreventie en het kwaliteitsinstrumentarium uit de GVO

Opvallend is dat vanuit de verslijvingspreventie minder belangstelling bestaat voor de kwaliteitstrajecten vanuit de GVO-traditie en ook voor de beroepsvereniging NVPG.

Eén en ander blijkt uit de gegevens van de trendrapportage die periodiek vanuit de NVPG wordt georganiseerd (laatste rapport: Fransen e.a., 2009).

In 2008 was slechts 13% van de preventiewerkers uit de verslijvingszorg lid van de NVPG (ter vergelijking: vanuit de GGD 33%, vanuit de GGZ 23% en vanuit de thuiszorg 24%). Bovendien gaven respondenten uit de verslijvingszorg aan niet aan activiteiten van de NVPG deel te nemen. De rapporteurs concludeerden, dat de preventiewerkers uit de verslijvingszorg hun contacten en netwerk klaarblijkelijk niet bij de vereniging zoeken. Vanuit mijn functie als coördinator implementatie preventietrajecten binnen het Trimbos-instituut weet ik, dat preventiewerkers vanuit de verslijvingszorg wel veelvuldig gebruik maken van netwerkbijeenkomsten, themadagen, conferenties en opleidingen bij dat instituut. Kennelijk is de oriëntatie bij deze doelgroep anders gericht dan bij de gemiddelde Gezondheidsbevorderaar bij de GGD. Ik heb dit ook vernomen uit de gesprekken die ik in de voorbereiding van dit geschrift heb gehouden. Uit de trendrapportage blijkt ook, dat in verhouding het aantal genoten cursus- en opleidingsdagen binnen de verslijvingspreventie wat hoger ligt dan in de andere sectoren. Aan belangstelling om zich te ontplooien kan het dus niet liggen.

De oriëntatie op praktische vaardigheden, aansluiting preventie-curatie (naast interesse voor de nieuwste inzichten op het terrein van de gezondheidsbevordering) springen er bij de verslijvingspreventie ten opzichte van met name de GGD uit.

Door alle preventiesectoren wordt in 2008 in vergelijking met 2004 minder gebruik gemaakt van de kwaliteitsinstrumenten Preffi, Eki, Refka en Opus. De verslijvingspreventie scoort hier met uitzondering van het gebruik van Opus nog iets lager in.

Andere kwaliteitsbevorderende instrumenten/organisaties in de (verslavings)preventie

- Sinds 1999 bestaat het *Landelijk Steunpunt Preventie (LSP)*, opgericht door GGZ Nederland en het Trimbos-instituut en ondergebracht bij dit laatste instituut. Het centrum beoogt een bijdrage te leveren aan de verbetering en vernieuwing van de GGZ- en verslavingspreventie. Het LSP organiseert activiteiten gericht op afstemming en samenhang tussen praktijk, beleid en onderzoek, en tussen landelijke en regionale activiteiten. Het streeft naar een draagvlak voor standaardisering, evaluatie, vernieuwing en invoering van preventieaanbod. De invoering gaat gepaard met implementatietrajecten, onder andere in de vorm van train-de-trainers.

Het LSP organiseert landelijke bijeenkomsten voor de preventiemanagers vanuit de GGZ en de verslavingszorg die betrokken worden bij het uitzetten van vernieuwings- en kwaliteitslijnen.

- In 1999 startte het project *Resultaten Scoren* van GGZ Nederland met drie ontwikkelcentra, waaronder het ontwikkelcentrum preventie en innovatie. Het LSP maakt ook deel uit van dit ontwikkelcentrum. Uit de samenwerking is een aantal standaardproducten voortgekomen, waaronder de homeparty.
- Omdat vernieuwing van de zorg ook zichtbaar en adequaat in de opleiding van de aspirant professionals (verpleegkundigen, agogen, psychologen, artsen etc.) moet worden geïntegreerd, is vanuit het traject *Resultaten Scoren* samen met GGZ Nederland in 2005 de *Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling (RvBO)* opgericht. De RvBO bevordert dat de universitaire en HBO- opleidingen in hun curricula gebruikmaken van moderne inzichten, methodieken en interventies o.a. die zijn ontwikkeld door *Resultaten Scoren*. Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van minoren en modules verslavingskunde, in eerste instantie op Windesheim en vervolgens op veel HBO opleidingen in het land en tot het stimuleren van diverse lectoraten op het terrein van verslaving. Ook hebben de RvBO en *Resultaten Scoren* in 2007 de *Canon Verslaving* gepubliceerd (die binnenkort al weer herzien zal worden).
- Vanuit de minoren verslavingskunde van Windesheim, cliëntenorganisaties in de verslavingszorg en instellingen uit de Jeugdhulpverlening en *Resultaten Scoren* is het initiatief genomen tot het instellen van een *lectoraat verslavingspreventie*, dat voorlopig voor de periode 2010-2015 is vastgelegd. Dit lectoraat dient een kwaliteitsimpuls te geven in het verbinden van onderzoek, onderwijs en ondernemen.

Conclusie

In de afgelopen decennia is veel energie en aandacht gestoken in de verbetering van methodieken binnen het preventiewerk. Binnen de verslavingszorg startte deze ontwikkeling eind jaren '80 binnen de NVC, maar werd het nog meer gestructureerd aangepakt vanaf de start van het project Resultaten Scoren van GGZ Nederland en het mede op initiatief van deze brancheorganisatie oprichten van de Landelijke Steunfunctie Preventie bij het Trimbos-instituut eind jaren '90. De aandacht richtte zich daarbij vooral op het introduceren van nieuwe *interventies* en het streven deze en bestaande interventies theoretisch beter te onderbouwen en door middel van onderzoek kwalitatief te verbeteren.

Binnen de NVPG en het LcGVO/NIGZ werd meer aandacht besteed aan het (door)ontwikkelen van theoretische kaders en beter beschrijven van werkwijzen en instrumenten voor kwaliteitsverbetering en sturing van processen. Lokaal en regionaal gezondheidsbeleid, integrale aanpak met aandacht voor een gezonde leefomgeving, projectmatig werken, empowerment en het ontwerp van een referentiekader gezondheidsbevordering waren onderwerpen waar deze ontwikkelaars van de gezondheidsbevordering zich mee bezig hielden.

5 Aanknopingspunten voor verbetering: de preventiewerker centraal

Vanaf het moment waarop ik in januari 2010 mijn intrede deed op Windesheim viel mij de toegenomen belangstelling op voor de persoonlijke bagage van de toekomstige professional in de zorg. Bij uitstek kwam dit thema naar voren in de promotiestudie die Alie Weerman momenteel verricht naar de rol van de ervaringsdeskundigheid in de zorg. Uit onderzoek dat zij de afgelopen jaren verrichtte onder de studentenpopulatie op Windesheim, met name binnen de School of Social Work bleek, dat ook onder deze groepering relatief veel persoonlijke ervaringen en problematiek voorkwam met betrekking tot psychische- en verslavingsproblematiek. Haar streven is hieraan meer aandacht te geven in de begeleiding op Windesheim, onder andere om hiermee deze studenten meer gereedschappen te geven voor hun functioneren binnen stages en toekomstige beroepen (Weerman, 2010).

In het Handboek HBO-Verslavingskunde (Weerman, 2010) dat GGZ-Nederland heeft uitgegeven (Resultaten Scoren) wordt bijzondere aandacht gegeven aan de persoonlijke professionele ontwikkeling en attitude van de (toekomstige) beroepsbeoefenaren. Binnen de opleidingen Social Work is in de domeinbeschrijving I 'Veel takken één stam' (waarin de gemeenschappelijke uitgangspunten van de sociaal-agogen zijn beschreven) bijzondere aandacht voor de 'persoon van de professional' die als 'instrument' ingezet wordt. De sociaal-agogische opleidingen besteden overigens van oudsher al veel aandacht aan de integratie van persoonlijke ervaringen in de professionele rol. Tot nu toe gebeurde dat echter nog niet specifiek op bepaalde thema's (zoals verslaving). Hiermee is de School of Social Work van Windesheim sinds september 2009 begonnen.

De laatste jaren ben ik vanuit mijn functies bij achtereenvolgens het NIGZ en het Trimbos-instituut sterk betrokken geweest bij de ontwikkeling en vooral implementatie van beleid en preventieve interventies ter vermindering van de sterk gestegen alcoholproblematiek onder de Nederlandse jeugd. Onder stimulering van de ministeries van VWS en van Jeugd en Gezin en met behulp van gereedschappen als de campagnes en de Handleiding Lokaal Alcoholbeleid zijn landelijk, regionaal en lokaal veel initiatieven

ontstaan om dit beleid uit te voeren. Mijn ervaring daarbinnen is dat veel van de resultaten die ik gezien heb mede het gevolg is van het persoonlijk enthousiasme en de deskundigheid van vaak individuen. Preventie is in mijn ogen toch nog steeds een kwestie van mensenwerk.

Wat mij daarnaast opviel was, dat ogenschijnlijk in het beschikbare kwaliteitsinstrumentarium met betrekking tot preventie buiten aspecten als kunnen organiseren, leiderschap en kennis eigenlijk geen tot weinig aandacht bestaat voor aspecten als persoonskenmerken, attitude, overtuigingskracht bij de preventiewerker. Waarom eigenlijk niet, zo vroeg ik mij af, terwijl gezondheidsbevordering toch ook op gedragsverandering is gericht en dergelijke persoonsaspecten dus net zo goed medebepalend kunnen zijn voor het effect van preventie. Het lijkt erop dat het correct methodisch-technisch uitvoeren van een programma de nadruk kreeg, waarbij de persoon die dit uitvoert ‘tussen haakjes’ is gezet. Of vloeit dit gebrek aan aandacht misschien voort uit een afnemend vertrouwen in de effectiviteit van voorlichting en educatie en komt hierdoor de nadruk steeds meer te liggen op het prikkelen van de burger door beleidsmaatregelen, wetgeving en het (gezond) inrichten van zijn of haar leefomgeving? Terwijl ik dit schrijf verschijnt er op teletekst het volgende bericht: “Nederlanders prikkelen om gezonder te leven”. Het bericht gaat over het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) van 15 september 2010 met betrekking tot de inrichting van de Nederlandse gezondheidszorg. In het advies wordt aandacht besteed aan het anders organiseren van de gezondheidszorg, zodanig dat deze voor ieder meer bereikbaar wordt maar ook met recht iets terugvraagt van de burger. In een slim geregelde financieringsstructuur van beloning en eigen bijdragen wordt meer een appèl gedaan op eigen verantwoordelijkheid en liggen prikkels voor de burger om een gezondere leefstijl te ontwikkelen.

Het belang van voorlichting en educatie

Ik ben ervan overtuigd dat veel winst is te halen uit een meer omgevingsgerichte benadering van de gezondheidsbevordering. Maar ik heb ook de indruk dat de laatste tijd de mogelijkheden van voorlichting en educatie wel erg onderschat worden en men op verkeerde gronden het geloof hierin dreigt kwijt te raken. En dat juist het resultaat van een meer omgevingsgerichte benadering valt of staat met voldoende kwaliteit van educatie en voorlichting. Ik roep daarbij in herinnering het door mij gepresenteerde model in figuur 1 (pag. 30) en de wijze waarop maatschappelijke normen op alle segmenten van dit model inwerken. Een voorbeeld daarbij is de nu jarenlange

discussie ten aanzien van de wijziging van de Drank- en Horecawet. Tengevolge van stelselmatige berichtgeving over de gestegen alcoholproblemen bij de jeugd werden door diverse partijen forse maatregelen geëist. Wijzigingsvoorstellen behelsden ingrijpende maatregelen als: bestraffing van bezit van alcoholhoudende dranken bij jongeren onder de 16 jaar in de openbare ruimte, ophoging van de leeftijdsgrenzen naar 18 jaar op experimentele basis, sluiting van de alcoholafdeling van een supermarkt na herhaalde overtreding van de leeftijdsbepalingen in de Drank- en Horecawet ('three strikes out'), etc.

Op het moment van schrijven van dit document lijkt realisatie van deze wijzigingsvoorstellen verder weg dan ooit. De tegenkrachten zijn gebundeld, de lobby om de komst van deze voor de producenten en verstrekkers zeer impopulaire maatregelen te verijdelen zeer indringend. De meerderheid van de vertegenwoordigers van politieke partijen in de Tweede Kamer is onvoldoende overtuigd van de urgentie en het nut van de voorgestelde wijzigingsvoorstellen, de druk vanuit de maatschappij (nog) te beperkt. Vergelijk dit eens met de overtuigingskracht van de Drankbestrijdingsbeweging in de 19^e eeuw die het voordeel had dat menige politicus zelf tot deze geledingen behoorde of zich met de ideeën ervan wenste te associëren (zie hoofdstuk 1). De huidige politicus is waarschijnlijk iemand die zelf puberende kinderen heeft die op 14-, 15-jarige leeftijd thuis beginnen te bedelen om te mogen uitgaan "omdat iedereen uit mijn klas gaat". En dan vervolgens als hij of zij daarin toegestemd heeft ("omdat we vroeger toch ook al uitgingen") met de vraag geconfronteerd wordt of thuiskomst om 3 of 4 uur 's nachts ook mag, want "om 12 uur is er nog niemand". Hoe moet zo iemand dan handelen bij besluitvorming over een wetsvoorstel dat zich richt op verhoging van de leeftijdsgrenzen naar 18 jaar?

Belangrijk is op zo'n moment dat betrokkene overtuigd wordt met goede argumenten om de goede beslissing te nemen.

De modernere benadering van de gezondheidsbevordering gaat heel erg uit van de calculerende burger, die met name materiële afwegingen maakt en niet perse intrinsiek overtuigd hoeft te worden van eventuele voordelen van bepaald gedrag voor hem. Of die zijn gedrag in belangrijke mate baseert op afwegingen van sociale aard. Iemand zal zijn gedrag eerder veranderen of aanpassen als hij merkt, dat de hele voor hem relevante sociale omgeving of belangrijke personen daarbinnen er anders over denken. Dat geldt overigens ook in negatieve zin. Groepsdruk is nu eenmaal een belangrijke determinant van het alcoholgebruik. Zie hiervoor het verhaal van de uitgaande puber. Naast de rol van de sociale omgeving wordt in de benadering van de calculerende bur-

ger ook onvoldoende rekening gehouden met het feit, dat door overmatig middelengebruik de hersenfuncties kunnen worden aangetast en iemand daarmee de sturing over het gedrag voor een deel kwijt kan raken.

Een vaak gehoord argument dat voorlichting niet of nauwelijks werkt is, dat ondanks landelijke campagnes een probleem zich wel degelijk kan verdiepen, zoals bijvoorbeeld het dalen van de startleeftijd eind jaren '90/begin deze eeuw. Maar wat vermag een beperkt aantal campagnespots in een beperkte periode tegen een overdosis aan alcoholreclame naast een overwegend positief beeld van alcoholgebruik in reguliere programma's en films? Uit onderzoek van de Radboud Universiteit blijkt, dat dit een van de zeer bepalende determinanten is bij de mate van alcoholgebruik (Anderson e.a., 2009). Niet voor niets wijst Babor reclamebeperking aan als een van de meest effectieve maatregelen in de preventie van overmatig alcoholgebruik (Babor, 2010). Om de informatie over alcoholgebruik in een betere balans te trekken zou anders werkelijk een onwaarschijnlijke hoeveelheid aan voorlichtingsacties ingezet moeten worden. Dat zou in onze samenleving niet reëel zijn. Men moet maar eens een vergelijking trekken met de intensiteit van de hedendaagse publieksvoorlichting in vergelijking met het bombardement aan voorlichtingsacties in de 19^e eeuw. Dat was in een tijd dat er nog geen tv en internet was om met reclame onze huiskamer binnen te komen.

Criticasters dienen te bedenken, dat de functie van de hedendaagse campagnes zich beperkt tot agendasetting en tot het in beweging brengen van de massa om enerzijds publiek draagvlak te creëren voor effectievere interventies en anderzijds de participatiebereidheid te vergroten bij het uitvoeren van dergelijke interventies.

Tenslotte wordt ook in het kader van de ontwikkeling van het Referentiekader Gezondheidsbevordering gewezen op de herwaardering voor de rol van informatieoverdracht, voorlichting en educatie. Saan en De Haes (2005) betogen dat in groepen en communities gezondheidsvoorlichting een duidelijke rol heeft. "Om wetgeving te realiseren is pleitbezorging en advisering bij beleidsontwikkeling nodig en dat is eigenlijk niets anders dan voorlichting aan een andere doelgroep met een specifieke inhoud".

De schrijvers wijzen wel op een andere betekenis van kennis en informatie. Kennis is vooral bruikbare kennis geworden. Het gaat niet alleen meer om de kennis over de nadelen van bijvoorbeeld roken, het gaat ook om kennis over wat je kunt doen om daadwerkelijk te stoppen met roken (vgl. ook de opvoedtips in de campagne "Voorkom alcoholschade bij uw opgroeiende kind" op www.alcoholinfo.nl).

Conclusie

Ik ben van mening dat er bij een effectief proces van gezondheidsbevordering altijd behoefte zal bestaan aan de (inter)persoonlijke benadering door middel van informatie, voorlichting en educatie. Door het bevorderen van de kwaliteit van dit interventieproces binnen het lectoraat wil ik een bijdrage leveren aan het verhogen van de effectiviteit van de verslavingspreventie.

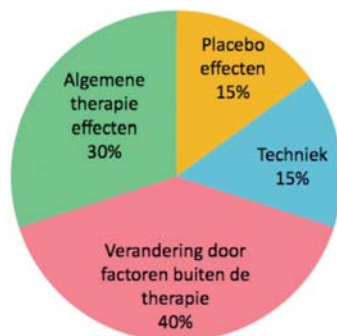
Kwaliteit en effectiviteit van een (inter)persoonlijke interventie

Op zoek naar het verhogen van de kwaliteit en effectiviteit van een persoonsgerichte interventie ben ik eerst gaan kijken naar het terrein waar een interpersoonlijke interventie het meest intensief is: de therapie.

Effectiviteit van therapie

Met betrekking tot het proces van een therapie wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen diverse factoren die het succes van een interventie bepalen. Een veel aangehaalde studie is die van Lambert (1992) die betoogt, dat slechts een beperkt deel van het effect verklaard wordt door de techniek, de methodiek zelf. Andere factoren zijn: placebo effect (het feit dat iemand in therapie is doet al een bepaald verwachtingspatroon ontstaan bij betrokkene dat bijdraagt aan het effect), algemene therapie effecten (die bij willekeurig welke evidence based therapie zullen optreden. Colijn e.a. (2003) noemen empathie, warmte en acceptatie, samen te vatten als 'er voor iemand zijn') en factoren buiten de therapie (bijvoorbeeld het hebben van een stabiele relatie of goede huisvesting).

Taart van Lambert: Bijdrage van therapiefactoren aan verbetering bij patiënten



Figuur 5: de 'taart van Lambert' (Lambert, 1992)

Een metastudie van Van Yperen e.a. roept vragen op ten aanzien van de houdbaarheid van de grootte van de taartpunten in dit model:

“Er is weliswaar een duidelijke trend die laat zien dat de algemeen werkzame factoren verhoudingsgewijs een sterk effect lijken te hebben, maar de rol van specifieke methodieken is nog onvoldoende ontrafeld. Daar komt bij dat het beeld van de dominante algemeen werkzame factoren is gebaseerd op het verleden. Onze stelling is dat – door de potentie van specifieke methodieken beter te gaan benutten - in de toekomst de verdeling over de genoemde factoren er heel anders uit kan komen te zien. De conclusie is dat dan ook dat de discussie over de verhouding tussen de algemeen werkzame factoren en specifieke methoden nog lang niet is beslecht. De ‘proof of the pudding’ is door met deze methodieken te gaan werken en de resultaten ervan te onderzoeken.” (Van Yperen e.a., 2010).

Beïnvloeding van algemene factoren van de therapie

De laatste jaren komt er steeds meer aandacht voor het krijgen van meer grip op de algemene therapie effecten in het model van Lambert. Zo ook bij de twee lectoren op het verslavingsterrein, die mij reeds voorgingen: Anne Goossensen (verslavingszorg, In-Holland) en Anneke Menger (verslavingsreclassering, Hogeschool Utrecht).

Anne Goossensen besteedt in haar lectorale rede aandacht aan de behandelrelatie. Zij pleit voor een nadere uitwerking van het begrip ‘patiëntgericht werken’. Met vorming van attitude, scholing in aandacht, bejegening en communicatie als belangrijkste aanknopingspunten voor zorgprofessionals.

Bijzondere aandacht daarbinnen verdient volgens haar ‘liefde in de zorg’ als toegevoegde waarde boven de vakkundige kennis die meer gericht is op het ziektebeeld en de diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Zij vindt daarbij steun in de presentietheorie van Baart (2001). Centraal hierin staat de aandachtige benadering van de zorgvrager. ‘Kenmerkend voor de presentietheorie is een zo open en zo aansluitend mogelijke ontmoeting. Door respectvol en zonder agenda contact te zoeken, kan in het contact duidelijk worden wat nodig is en of er iets nodig is. Alle voelhorens zijn gericht op verkenning van de vraag bij de patiënt, de werkelijke vraag, los van de denkkaders van de hulpverlener. In plaats van het bieden van een technische en probleemoplossende activiteit kunnen hulpverleners ernaar streven maximaal ‘present’ te zijn.’

In het lectoraat van Anne Goossensen wordt dit momenteel vertaald door in te zetten

op onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlener-patiënt communicatie en op scholing van de zorgverlener om het niveau van die relatie te verbeteren.

In haar deel van de openbare les bij de start van het lectoraat ‘werken in justitieel kader’ wijst Anneke Menger op het belangwekkende werk van de Amerikaan Wampold (Hermanns en Menger, 2009).

Deze stelt dat de kracht van een behandeling schuilt in de acceptatie van de verklaring door de patiënt. De patiënt moet de verklaring begrijpen en deze moet hem het idee geven dat er een uitweg mogelijk is en dat de problemen niet onvermijdelijk zijn. Mensen kunnen een verklaring beter overnemen als deze afwijkt van bestaande disfunctionele gedachten, maar wel aansluit bij hun belangrijkste overtuigingen en hun waardensystemen. Wampold formuleert enkele factoren die bijdragen aan een succesvolle acceptatie door de patiënt van de verklaring die de therapeut hem biedt. De kwaliteit van de alliantie⁷ tussen therapeut en patiënt speelt een rol. De mate waarin de gezamenlijke doelen worden bereikt is het uiteindelijke criterium voor de kwaliteit van de alliantie (dus niet de subjectieve ervaring van de betrokkenen is doorslaggevend). Daarnaast is er volgens Wampold toenemend bewijs dat kenmerken van de therapeut zelf van grote invloed zijn op de ontwikkeling van een succesvolle werkalliantie en op het uiteindelijke resultaat (Wampold, 2007).

Menger vat de conclusies van Wampold en de uitkomsten van recenter onderzoek over de succesbevorderende kenmerken van de therapeut als volgt samen:

- Het vermogen consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en een hiermee samenhangende behandeling te realiseren
- Het geloof en de verwachting van de therapeut dat zijn behandelingsstrategie zal werken en zijn vermogen deze verwachting over te dragen op de patiënt
- De mate waarin de therapeut in staat is allianties aan te gaan met veel verschillende soorten mensen

Welke kenmerken van de therapeut dragen vervolgens bij aan diens vermogen allianties aan te gaan met verschillende soorten mensen? Menger komt op basis van de literatuur tot de volgende kenmerken:

⁷ Een alliantie is niet identiek aan de relatie. Bij een alliantie gaat het om professionele, gezamenlijke doelgerichte interactie en niet om andere mogelijke relaties die mensen met elkaar kunnen aangaan.

- Gedragskenmerken zoals flexibiliteit, openheid, betrokkenheid, ondersteunend zijn, het opmerken van successen, adequate interpretaties geven en het faciliteren van gevoelsexpressies⁸
- Vooral: het vermogen adequaat te reageren op breuken en problemen in de alliantie
- De mate waarin de therapeut de eigen bijdrage aan de alliantie bewust monitort en de mate van concreetheid waarmee hij reflecteert op zijn eigen handelen

Wat dit laatste betreft constateren Miller, Hubble en Duncan (2007) dat de sleutel tot succes ligt in de voortdurende poging om de eigen performance te verbeteren, feedback te zoeken en nieuwe informatie te vergelijken met wat ze al weten. Goede therapeuten monitoren consequent de kwaliteit van de alliantie en zij betrekken hier ook hun patiënten bij.

Menger waarschuwt ervoor deze conclusies niet één op één te vertalen naar het werk van de reclasseringswerker. Enerzijds wijst zij op de aard van de populatie: in een justitieel kader zullen reclasseringswerkers meer onvrijwilligheid en tegenwerking tegenkomen dan bij de doorsnee cliënten van de vrijwillige therapie het geval is. Anderzijds is ook de positie van reclasseringswerkers, die niet in de eerste plaats te maken hebben met een 'cliënt met problemen', maar met een delinquent die zich anders moet gaan gedragen en onder toezicht is gesteld. De alliantie wordt door anderen op gang gebracht met een normatief doel als startpunt.

Conclusie

Zowel Anne Goossensen als Anneke Menger stellen de professional centraal in zijn gedrags- en persoonskenmerken. Door investeren hierin door middel van onderzoek en onderwijsontwikkeling trachtten zij de effectiviteit van de behandeling en begeleiding te verbeteren.

Omdat ook de taak van de preventiewerker erop gericht is gedragsverandering te bereiken bij (delen van) de bevolking, ben ik benieuwd of hun invalshoek ook van belang kan zijn voor het preventiewerk en een bijdrage kan leveren aan de verhoging van de kwaliteit en effectiviteit hiervan. Hoewel een deel van het preventiewerk bestaat uit het geven van eenmalige groepsvoorlichtingen (waarvan men zich kan afvragen hoe

⁸ Voor wie een heel concrete lijst wil inzien van gedragskenmerken voor een therapeut verwijs ik naar het werk van Mia Leijssen (1998) en naar studiemateriaal van de opleiding voor Integratieve Psychotherapie in Amsterdam van de hand van Jan Rademaker: Menskwaliteiten van de therapeut, op basis van het werk van Leijssen, Yalom, Cools & Van Gael en van Cuvelier, ongepubliceerd (in mijn bezit).

effectief deze zijn, hoewel ze zeker bijdragen aan de agendasetting van een probleem), gaat een preventiewerker ook vaak allianties aan met de doelgroep. De preventiewerker heeft niet te maken met een cliënt, een individuele hulpvrager, waardoor het ontwikkelen van een alliantie andere eisen stelt. De psychotherapeut sluit aan bij een gevoeld probleem en bij de vraag van de cliënt. Zij kunnen starten bij een gemeenschappelijk doel. De preventiemedewerker moet dit gemeenschappelijk doel juist creëren: de doelgroep moet overtuigd worden van gedragsverandering die niet direct als wenselijk wordt ervaren. Het tot stand brengen van een alliantie vraagt daarom een andere werkwijze en opstelling van de preventiewerker dan die van de psychotherapeut.

Het aangaan van allianties komt uiteraard bij uitstek voor bij geïndiceerde preventie, maar ook bij een deel van de selectieve preventieve activiteiten en bij het stimuleren van relevante stakeholders voor het inrichten van een meer gezonde leefomgeving. Gemeenschappelijk met het reclasseringswerk is hierbij, dat ook bij preventie het initiatief en de wens voor de interactie niet bij de einddoelgroep ligt.

Ook Saan en De Haes (2005) geven aan, dat een belangrijke les van de afgelopen decennia is dat gezondheidsvoorlichting meer kans maakt als de relatie tussen 'zender' en 'ontvanger' goed is. Relatievorming is daarom in hun ogen een belangrijk aspect van voorlichting geworden. Zij betogen dat als er sympathie, vertrouwen en respect bestaat en dit ook wederzijds toeneemt, de kans groeit op een grotere effectiviteit van de interventie. Zij constateren dat er geleidelijk meer aandacht is ontstaan voor de waardering en de betekenis die de gebruiker aan de bron toekent. De relatie tussen 'zender' en 'ontvanger' heeft invloed op het interventie-effect, en vice versa heeft de interventie effect op de relatie. Zij werken dit overigens niet verder uit.

De aandacht voor de relatie tussen preventiewerker en doelgroep past bij uitstek bij de sociaal-agogische opleidingen en beroepen op HBO-niveau. Hier wordt nadrukkelijk gesteld dat de persoon van de agoog als 'instrument' wordt ingesteld. Hiervoor zijn allerlei didactische methoden (zoals supervisie) ontwikkeld. Het lectoraat vindt wat dat betreft een goede voedingsbodem om dit aspect verder te onderzoeken.

Kwaliteit en effectiviteit van een (inter)persoonlijke interventie en de preventiewerker

Zijn de gedragskenmerken die uit de literatuur naar de kwaliteit van de alliantie bij een therapie naar voren komen één op één door te vertalen naar het arsenaal waar een preventiewerker over moet beschikken? En zijn er nog andere gedragskenmerken voor

diens functioneren relevant? Deze vragen zijn niet zo eenvoudig te beantwoorden, simpelweg omdat naar dit specifieke aspect in het verleden, voor zover ik althans weet weinig onderzoek is gedaan. De literatuur die over effecten van (verslavings)preventie gaat evenals de handboeken preventie besteden vooral aandacht aan het effect van de methodiek. Een andere reden is dat het takenpakket van een preventiewerker zeer divers is samengesteld en er onderscheid dient te worden gemaakt in de bagage die voor de onderscheiden taken nodig is. Zo zijn de fase waarin een preventieproject zich bevindt en de preventiedoelen die hiermee samenhangen relevant. Zo is er een duidelijk onderscheid tussen de fase waarin mensen bewust dienen te worden gemaakt van een probleem en de fase waarin concrete handvatten moeten worden aangereikt ter verbetering. En zo is er een verschil in het benaderen van de einddoelgroep en in het benaderen van intermediairs.

Om meer te weten te komen over bepalende gedragskenmerken van preventiewerkers heb ik drie acties ondernomen:

- Nagaan wat in de huidige handboeken, documenten en kwaliteitsinstrumenten voor het preventiewerk wordt gezegd over dit aspect en welke functiebeschrijvingen en -eisen in advertenties en artikelen worden genoemd
- Nagaan wat uit het communicatie- en marketingveld bekend is
- Het voeren van een aantal gesprekken met ervaren preventiefunctionarissen

Ik beschouw dit als een eerste aanzet. De komende vier jaar zal in het kader van het lectoraat nader onderzoek meer antwoorden moeten geven op de hier gestelde vragen. Dan zal bijvoorbeeld ook kennis uit de onderwijskunde/didactiek erbij betrokken worden. Mogelijk dat de resultaten van dat onderzoek ook input kunnen leveren voor het Europees accreditatiesysteem voor gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers, dat momenteel door het NIGZ wordt ontwikkeld. De NVPG is als adviseur bij dit projectonderdeel betrokken.

Handboeken, documenten en kwaliteitsinstrumentarium

In het handboek preventie (2004) concludeert Van der Stel:

- Preventiewerkers moeten expertise hebben in zowel het inhoudelijk thema alsook de procesmatige kant van het preventiewerk
- Ze moeten de theorieën op hun vakgebied begrijpen
- Ze moeten kennis hebben van het in gang zetten van veranderingsprocessen en hoe

culturele opvattingen en persoonlijke kenmerken van hun doelgroep die beïnvloeden

- Ze zijn evengoed ‘leerlingen’ – de principes over leren en transfer zijn voor hen dus ook van toepassing
- Ze moeten een idee hebben over hun eigen professionele ontwikkeling – deze vereist *permanente* educatie.

Kortom, wat geldt voor leraren of cursusleiders in het algemeen geldt des te meer voor preventiewerkers wier werk in hoge mate gericht is op overdracht van kennis en vaardigheden (zoals bij psycho-educatie het geval is) en het beïnvloeden van gedrag. Ze moeten beschikken over methodische vaardigheden, kennis hebben over de ‘leerstof’ en ze moeten goed in staat zijn de sterke en zwakke punten van degenen op wie zij zich richten te herkennen en te hanteren. Hier komt bij dat preventiewerkers vaak ook nog de voorwaarden moeten scheppen, zodat ze hun werk kunnen doen.

In 2005 verscheen een werkdokument over de kern van de preventiefuncties en deskundigheidseisen bij GGZ en verslavingszorginstellingen in het kader van de Taskforce herijking gezondheidsbevordering en preventie, een gezamenlijk project van GGD NL en NVPG.

In dit document wordt onderscheid gemaakt tussen kwaliteitseisen voor een preventiefunctionaris B en een Preventiewerker A⁹. Voor de eerste worden eisen gesteld als: Kennis van preventie, projectmanagement en ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van interventies; vaardigheden op het gebied van projectmanagement, planmatig werken en samenwerken; en qua attitude: zowel zelfstandig als in teamverband kunnen functioneren, klantgericht, initiatiefrijk, positieve houding ten aanzien van de eigen professionele ontwikkeling. Voor de tweede gelden: Kennis van specifieke onderwerpen en doelgroepen (bijvoorbeeld allochtonen); vaardigheden om specifieke doelgroepen te bereiken (toegang tot bepaalde netwerken), planmatig kunnen werken, goede communicatieve en didactische vaardigheden, presentatievaardigheden, goed kunnen samenwerken; en qua attitude: affiniteit met doelgroep en onderwerp waarvoor wordt gewerkt, klantgericht, positieve houding ten aanzien van de eigen professionele ontwikkeling

Er ontbreekt volgens de opstellers van het werkdokument een HBO-opleiding gezondheidsbevordering voor het middenkader. Veel banen in de GGZ-preventie worden ingevuld door functionarissen met opleiding in één van de sociale wetenschappen, maatschappelijk werk, sociaal pedagogische hulpverlening (GGZ-agoog) of sociaal psychiatrie verpleegkunde met een aanvullende opleiding.

9 De functies Preventiehoofd, staffunctionaris preventie en preventieassistent worden in dit verband buiten beschouwing gelaten

In het eerste Handboek Preffi van juni 2002 staat met betrekking tot de eisen voor gekwalificeerd en geschikt personeel:

“Iedereen heeft andere kwaliteiten. GVO-functionarissen en preventiewerkers hebben heel verschillende achtergronden, opleidingen en werkervaring. Daar moet gebruik van gemaakt worden. Als het mogelijk is, is het zinvol om verschillende fasen in een project door verschillende mensen te laten uitvoeren. De één is nou eenmaal een creatieveling met geweldige ideeën, de ander een goede lobbyist, manager of analyticus. Al deze eigenschappen zijn nodig om een project van begin tot eind te volbrengen. Stel vast waar iemand aan moet voldoen en maak gebruik van de expertise die aanwezig is. Dat scheelt de helft van het werk.” (Hommels e.a., 2002).

Op internet is een Nationale beroepengids waarin op basis van een aantal gerespecteerde informatiebronnen en advertenties informatie over beroepen te vinden is. Over de preventiewerker staan hier de volgende passages opgenomen:

• *Beroepsprofiel*

De preventiewerker is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van cursussen en programma's die ervoor zorgen dat mensen met een hogere kans op psychische klachten preventief geholpen worden. Dit kan door het rechtstreeks beïnvloeden van de risicogroepen, of door het informeren van de personen (verzorgers, werkgevers) die verantwoordelijkheden hebben tegenover de (mogelijk) hulpbehoevenden. Om in te kunnen grijpen in het leven van de risicogevoeligen kan een preventiewerker bijvoorbeeld cursussen of trainingen opzetten, of specifieke handboeken schrijven. Direct contact is hierbij vaak een belangrijk onderdeel, waardoor goede communicatieve vaardigheden en mensenkennis, zoals dat in de psychologie geleerd wordt, een sterke vereiste zijn om goed te kunnen werken. Het uiteindelijke doel van het preventiewerk is om bewustzijn te creëren en hiermee de kans dat een risicogeval ook echt psychische hulp nodig gaat hebben sterk te verkleinen.

• *Competenties*

- Uitdrukkingsvaardigheid
- Organiseren
- Coachen
- Motiveren
- Presenteren
- De preventiewerker moet mensen kunnen overtuigen
- De preventiewerker moet goed inzicht in mensen hebben

- *Persoonstypen preventiewerker*

De preventiewerker moet veel tijd besteden aan het uitleggen van processen en oplossingen, alsmede het aansturen van andere mensen om deze preventieve hulpmiddelen in te zetten. Hiervoor moet de preventiewerker veel tijd en aandacht aan mensen kunnen besteden (*Gever*). Daarnaast moet een preventiewerker ook goed opletten (*Waarnemer*) en in kunnen spelen op de verschillende moeilijkheden die het vak met zich mee brengt. Vooral voor het onderzoeken van betere preventiemethoden moet de preventiewerker goed naar de details kunnen kijken en daaruit de goede conclusies kunnen trekken.

- *Netwerk preventiewerker*

Contact met personeel (collega's) is heel belangrijk, omdat die de primaire doelgroep van een preventiewerker vormen. Denk maar zo, als de preventie in eigen bedrijf niet goed werkt, hoe kan men dan verwachten het in andere bedrijven te kunnen regelen? Verder is de preventiewerker in zorginstellingen ook een belangrijke vraagbaak voor het personeel. Daarnaast zijn de risicogroepen waarmee de preventiewerker omgaat een belangrijke groep niet alleen voor educatie, maar ook voor feedback. Onderzoekers in het veld van de preventiewerker kunnen belangrijke informatie aandragen, en mogelijk ook zeggen of de geïmplementeerde preventiemethoden hebben gewerkt.

Een bijzondere beroepsgroep op het terrein van interpersoonlijke contacten binnen de voorlichting is de Voorlichter Eigen Taal en Cultuur. Voor deze is een apart functieprofiel opgesteld door het NIGZ (Landelijk Steunpunt VETC, 2006). Hoewel deze voorlichters zich in het algemeen minder bezighouden met verslavingsproblematiek is het toch aardig te zien wat in dit functieprofiel opgenomen is onder het kopje 'beschrijving van de kwaliteiten van de functiehouder met persoonsgebonden kenmerken': "Van de functiehouder wordt verwacht dat hij/zij een persoon is die gemotiveerd en enthousiast is om voor zijn/haar eigen doelgroep te werken, en tevens over een flexibele instelling en een open houding beschikt. Verder wordt van de functiehouder verwacht dat hij/zij kennis heeft van waarden, normen en gewoonten in de samenleving en van de zorgvrager in het bijzonder, daar respectvol mee om kan gaan en in dat spanningsveld kan werken. Tevens wordt verwacht dat de functiehouder leiding kan geven aan individuele cliënten en groepen. De functiehouder wordt geacht vertrouwelijk om te gaan met van de cliënten verkregen informatie en moet kunnen omgaan met taboe onderwerpen en schaamte".

Algemene kennis uit marketing- en communicatieveld

In de marketing wereld vinden we veel aanknopingspunten voor de kwaliteitsverbetering van voorlichting en pleitbezorging. Een beperkte greep hieruit leert het volgende:

Kok en Damoiseaux (2000) stellen dat communicatie geslaagd is wanneer de bedoeling van de voorlichter overkomt bij de voorgelichte. Deze moet dan blootstaan aan het bericht, er aandacht voor hebben en het begrijpen. Wat betreft de rol van de bron hierbinnen betogen zij dat de volgende bronvariabelen bepalend zijn voor het effect van de voorlichting:

- Deskundigheid
- Geloofwaardigheid
- Attractiviteit
- Macht

Genoemde variabelen worden overigens vanuit de ontvanger gedefinieerd. Deskundigheid kan bijvoorbeeld door een ontvanger afgeleid worden uit een imposant uiterlijk of een statige houding. Geloofwaardigheid dient opgevat te worden in de zin van eerlijkheid of authenticiteit. Daarbij kan ook een rol spelen of een persoon of organisatie tegen eigen belang in spreekt. In het algemeen maakt het deze geloofwaardiger.

Attractiever betreft uiterlijke aantrekkelijkheid, manier van doen en 'gelijkheid', dat wil zeggen allerlei overeenkomsten tussen de bron en de ontvanger zelf.

Bij macht moet men denken aan de mogelijkheid bepaald gedrag af te dwingen. Bijvoorbeeld voorlichting over rijden onder invloed heeft meer effect als er ook daadwerkelijk sprake is van controle en beboeting bij overtreding van de regel.

Van Marwijk (2009) komt tot 10 basisprincipes voor geloofwaardigheid, te weten:

- wees consistent
- wees congruent
- wees consequent
- wees authentiek
- wees transparant
- laat jezelf veel zien
- bouw een vlekkeloze reputatie op
- wees eerlijk
- heb vertrouwen in anderen
- toon geloofwaardige lichaamstaal

Nelissen (2004) pleit voor een meer doelgroepgecentreerde, interpretatieve benadering. Hiermee bedoelt hij, dat onderzocht moet worden wat motieven en de voorwaarden voor aandacht bij de ontvanger zijn. Aansluiting bij diens leefwereld is dan van belang, maar ook vergroting van de discrepantie bij datgene wat de doelgroep denkt en doet door het ter discussie stellen van de definities die de ontvanger hanteert ten aanzien van diens eigen situatie kan bepalend zijn.

In een recente advertentietekst voor een manager marketing, communicatie en PR op het internet kwam ik de volgende kwaliteitseisen tegen (afgezien van de kennis, die erg specifiek was):

- *Vaardigheden*: Anticiperen, initiatief nemen, onderhandelen, analyseren, communiceren: schriftelijk en verbaal (E/N), netwerker pur sang, conceptueel
- *Houding/gedrag*: Flexibel, integer, kostenbewust, open, daadkrachtig, geen 9 tot 5-mentaliteit, ondernemend
- *Persoonlijkheid*: Teamplayer, ondernemend, Just_do_it-mentaliteit, doorzetter, creatief, persoonlijke ('innerlijke') drive

Zoals gezegd is dit een beperkte greep uit literatuur en documentatie. Binnen het lectoraat zal de komende jaren meer systematisch gezocht worden naar aanknopingspunten uit dit werkveld.

Informatie uit het veld van de verslavingspreventie

In de afgelopen weken heb ik een aantal gesprekken gevoerd met (voormalige) preventiefunctionarissen uit het veld van de verslavingspreventie. Ook binnen de kenniskring is het thema 'De persoon van de preventiewerker' de laatste maanden regelmatig bediscussieerd. In deze gesprekken ben ik op zoek gegaan naar wat mijn gesprekspartners als werkzame bestanddelen en succes- en faalfactoren zagen in het contact dat zij zelf of hun collega's hebben en hadden met de doelgroep. Met daarbinnen bijzondere aandacht voor hun eigen aandeel en persoonlijk functioneren hierbinnen.

Ook deze activiteit is slechts een eerste aanzet en wil ik de komende jaren in het lectoraat verder uitbouwen, in aansluiting op literatuuronderzoek en toegepast onderzoek.

Hieronder volgt een greep aan uitspraken in de interviews aan de hand van een zekere ordening in gedragskenmerken en thema's. Vervolgens zal ik alle kenmerken nog eens benoemen die in de gesprekken door mijn gesprekspartners als relevant zijn benoemd.

1. Sensitiviteit, doelgroepgerichtheid, aansluiting bij de leefwereld en de problematiek van de ontvanger.

“Toen ik 16 jaar oud was had ik al een eigen drive-in show. Ik draaide regelmatig op bruiloften, waarbij ik altijd zelfkritisch was en erop gericht was dat mijn klanten de juiste muziek voorgeschoteld kregen. Ik bereidde dat ook altijd voor en checkte gedurende de avond regelmatig bij de bruidegom of de ceremoniemeester of het nog naar wens was. Non-verbaal luisteren, goed kijken naar gezichten en bewegingen van mensen is belangrijk. Ik leerde toen ook al om te gaan met de wereld van de volwassenen op een gelijkwaardige manier, met hen ook te onderhandelen. Daarnaast was ik vrijwilliger in een jongerencentrum en erop gericht om aansluiting hebben met de doelgroep. Je gaat dan ook met allerlei lagen van de bevolking om. Dat gaf mij ook de kracht om later de ene dag voor een groep rijders onder invloed te staan en de andere dag voor een groep huisartsen. Ook al was ik toen nog een middentwintiger.”

“Mensen die ervaring opgedaan hebben met het leven en verkeren in groepen hebben een pré. Ik heb zelf een verleden in kindertehuizen en doorzie dan ook snel mensen. Belangrijk is ook, dat je mensen laat merken dat je hen doorziet, zeker als ze in de weerstand zitten.”

“Ik vergelijk het wel eens met judo: je moet meebewegen. Doorlopend erbij stilstaan, dat de andere partij denkt: what's in it for me? Ik begon ooit met veel te vertellen hoe het moet. Ik merk, dat ik nu steeds meer luister en dan inhaak. Ik heb dat geleerd binnen de EMA en door schade en schande.”

“Laatst kwam ik in een training iemand tegen die zijn jeugd in dezelfde omgeving had doorgebracht als ik. We kenden dezelfde mensen, dezelfde uitgaansgelegenheden en dergelijke. Dat schept een band en kun je ook gebruiken. Totdat het moment komt, dat betrokkene over de schreef gaat en een ‘bondje’ met je wil maken. Dan moet je met een knipoog zo iemand wel even op z'n plaats zetten.”

“Je moet een jonge voorlichter niet bij huisartsen zetten, dat werkt niet.”

“Waakzaamheid is ook van belang: een ‘ongezonde en gezonde portie wantrouwen”.

“Als je je goed verdiept in de doelgroep kunnen ze je ook niet verrassen. Laatst hadden ze de pech, dat ik teveel wist. Ik gaf een IVA (Instructie Verantwoord Alcoholschenken in de paracommerciële horeca, RB) bij de scouting en we zouden ook een alcoholbeleid opstellen. Ze zouden geen alcohol verstrekken onder de 16 jaar. Toen vroeg ik: “En hoe zit het dan met het verjaardagskratje?” Ik wist namelijk dat het de gewoonte was bij die afdeling om met verjaardagen een kratje van thuis mee te nemen en uit te delen. Ze werden er helemaal ongemakkelijk onder, ik moet het antwoord van hun nog krijgen.”

“Je moet mij eigenlijk niet bij een groep vrouwen zetten, ik werk liever met mannen. Maar ik heb in de loop der tijd geleerd daarmee om te gaan, dat is dus trainbaar/leerbaar.”

“Leeftijd doet er eigenlijk niet toe, het gaat erom wat je ermee doet. Hetzelfde geldt ook voor sexe, in principe behoeft dit aspect geen rol te spelen, het gaat erom of en hoe je het in zet. Je kunt charme inzetten (kan een man ook), bij Antillianen moet je je vrouw zijn inzetten, bij bijvoorbeeld Marokkanen moet ik als vrouw er juist ‘onder gaan zitten’. Heeft met de positie van de vrouw te maken.”

“Ik houd (als manager) wel degelijk rekening ermee wie ik waar naartoe laat gaan. Soms weet ik van tevoren al dat de match met de doelgroep er niet zal zijn.”

“Je kunt niet iedereen op elke doelgroep af sturen. Maar soms vind ik, dat zo iemand het toch maar moet leren, hoe moeilijk hij of zij het ook vindt”.

“Die groep psychologen in dat forensisch circuit kreeg ik toen mee in een andere benadering van het cannabisprobleem onder de jongeren, die zij moesten begeleiden, omdat ik mij heel erg verdiepte in waar zij mee zaten. Ik check dan trouwens ook altijd gedurende de rit of mijn boodschap helder was en ook is overgekomen. Ik vind het prachtig als ik nu zie hoe ze het geleerde ook in de praktijk brengen.”

2. Authenticiteit, maar toch duidelijk blijven. Humor.

“Humor is heel belangrijk. Mezelf laten zien ook, je moet authentiek overkomen. Op een afdeling ging op een avond een bewonersgroep over de schreef. Het eten was niet lekker, dat was trouwens al eerder duidelijk aan ons gemaakt. Toen de avondploeg ge-

confronteerd werd met een opgewarmde warme hap die de middagploeg had laten staan omdat het niet te eten was, smeed iemand de chili con carne tegen de muur. Hij droop werkelijk van het plafond af naar beneden. Door het tumult gewaarschuwd renden mijn collega en ik naar binnen. Mijn collega stond stijf van de stress, de spanning in het lokaal was te snijden. Maar ik moest vreselijk lachen, het zag er ook zo komisch uit, en misschien ook een beetje door de zenuwen. Maar door mijn tranen heen liet ik wel merken, dat dit eigenlijk niet kon. De spanning was er gelijk af en ze waren het ook met me eens. We hebben toen de troep opgeruimd.”

“Jaren geleden steekt iemand die ik uit de kerk ken bij mij thuis een sigaret op. Ik val van m’n stoel van verbazing en reageer met: “Dat begrijp ik nu niet. Dat jij dit nu doet, hier, met jouw levensovertuigingen en gezond verstand. Kan ik niet rijmen. Waarom rook jij eigenlijk?” Ik veroordeelde hem dus niet, maar was wel duidelijk. De betreffende man is mij nog steeds dankbaar, zegt dat hij toen gestopt is met roken door de authenticiteit van mijn reactie.”

3. Empathie, niet moraliserend

“Ik moest toen een cursus geven voor jonge wetsovertreders die middelengerelateerde delicten hadden gepleegd. In mijn groep zat een jongen uit mijn eigen dorp die in de kerk had ingebroken en van reepjes van de Statenbijbel een fikse joint had zitten draaien. Hij wist van mij dat ik een gelovig iemand ben en kerkelijk dus toen hij mij zag zitten als cursusleider schrok hij. Maar ik reageerde helemaal niet veroordelend naar hem toe, kon ergens ook wel de humor ervan in zien dat iemand met dergelijke problemen eigenlijk een soort protestdaad had verricht. De acceptatie van hem als persoon heeft m.i. eraan meegewerkt dat hij ontvankelijk bleek voor de lesstof. Mogelijk heeft dit bijgedragen aan zijn later herstel.”

“Mensen moeten een zekere steun in je vinden, empathie, zonder dat je het daarmee automatisch met hen eens bent. Anders word je al snel moraliserend.”

4. Persoonlijke drive, mede veroorzaakt door persoonlijke ervaringen en betrokkenheid en door het resultaat

“Mijn drive is dat ik teveel ellende heb gezien, maatschappelijk betrokken ben. Verslaving leidt ook tot psychische problematiek, dat maakt het een ongrijpbaarder problematiek waar je je boos over kunt maken. Later kwam daar boosheid bij over de rol van de industrie en haar commerciële belangen. Wat ook helpt is het geloof in eigen effec-

tiviteit, je ziet dat het ertoe doet, dat je het verschil maakt. Dat stimuleert alleen maar extra. Overigens kan het roepingselement ook tegen je werken. Je moet oppassen voor misplaatste dominantie, ook anderen de gelegenheid en ruimte geven. Het kan soms ook effectiever zijn anderen hierbij in te zetten. Ik heb nooit begrepen, waarom sommige verslavingszorginstellingen terughoudend zijn in het inhuren van externen. De maatschappelijke kracht van de Friese moeders, een kinderarts als Nico van der Lely, maar ook PRAT dient niet onderschat te worden. Ik heb altijd gebruik gemaakt van dergelijke personen en organisaties. Hoewel je voorzichtig moet zijn kan ook ervaringskennis een element zijn om aandacht te geven in je voorlichting.”

“Als je dan samen met professionals uit allerlei Europese landen een kwaliteitsinstrument wil maken en je ziet dat het je lukt jouw enthousiasme over te dragen en ze mee te krijgen in het ontwikkelen van een goed product, ja dat geeft wel een kick”.

“Ik heb even een uitstapje gemaakt naar ander werk. Ben toen weer bij deze doelgroep teruggekomen, omdat verslavingspreventie niet zomaar een product is, het raakt mensen. Toen ik dat andere werk deed, merkte ik dat mensen op verjaardagsfeestjes na twee zinnen afhaakten. Als ik over de verslavingspreventie vertel raakt het mensen.”

“Ik merk dat mensen uit de verslavingspreventie toch anders in hun werk staan dan de gemiddelde GVO-er bij de GGD. Het zijn doeners maar ze weten ook vaak waar ze het voor doen, zitten dicht op de problematiek. Het is ook goed, dat we nu het outreachend werk in één afdeling hebben zitten met de preventiewerkers, geeft toch meer vlees en bloed eraan. Hoewel we binnen de afdeling nog steeds met specialisaties werken.”

5. Visie, deskundigheid, professionaliteit

“Je roept natuurlijk niet zomaar wat. In onze instelling hebben we ons goed voorbereid en een gemeenschappelijke visie op papier gezet over cannabisgebruik bij jongeren. Ik sta ook geheel achter die visie en ben dus ook heel congruent in het uitdragen ervan.”

“Ik houd er niet van als iets geen kop of staart heeft. Een eenmalige voorlichting heeft ook geen zin. Je moet een duidelijk plan hebben, bijvoorbeeld een regionaal of lokaal beleid, en je moet weten waar jouw actie daarbinnen past. Een duidelijke fasering en

doelstellingen van ook je voorlichtingsactiviteiten zijn belangrijk. Het is een kwestie vaak van kleine stapjes zetten, reële doelstellingen daarbij formuleren. Als ik merk dat het op dit moment bij deze doelgroep niet werkt, heb ik er geen enkel probleem mee op te stappen en te gaan bekijken hoe het anders kan.”

“Je moet je individuele mening ondergeschikt maken aan wetenschappelijke kennis. Je kunt nog zo vinden dat elke dag drinken prima is, als de wetenschap anders aan-toont moet dát naar voren worden gebracht.”

“Het aandeel van je persoonlijkheid in verhouding tot het aandeel van deskundigheid met betrekking tot het resultaat is afhankelijk van doelgroep en klus. Bij diverse eind-doelgroepen is de invloed van je persoon zeker 50%. Bij bijvoorbeeld een zaal huisart-sen 25%, daar gaat het in eerste instantie om je deskundigheid.”

“Ik denk dat mijn persoonlijk aandeel meer dan 50% bijdraagt aan het resultaat. Waar instellingen voor verslavingszorg wel slecht in zijn is dat ze te lang in gesprek blijven, minder op het resultaat gericht zijn. Daar zit nog teveel die hulpverleningsattitude in.”

“Ik vind het belangrijk, dat in de opleiding aandacht besteedt wordt aan de rol die de alcoholindustrie hierin speelt.”

6. Geloofwaardigheid

“Met name jongeren prikken zo door je heen als je niet eerlijk bent. Daarom is een goede voorbereiding en visieontwikkeling ook zo van belang. Je hoeft niet alles te zeg-gen, maar wat je zegt moet wel kloppen”.

“Belangrijk is ook dat je durft toe te geven, als je iets niet weet.”

7. Zelfreflectie, intervisie, supervisie

“Een preventiewerker moet zijn eigen beperkingen kennen, zeker in het geval van de individuele benadering.”

“Een hulpverlener leert permanent te reflecteren, krijgt structureel feed back, intervi-sie die ondersteunend is op die reflectie en verbetering van functioneren. De persoon van de hulpverlener wordt hier permanent in mee genomen. Bij de preventiewerker

ontbreekt dit perspectief. Ik ben eigenlijk wel benieuwd hoe dit onderhouden wordt binnen preventieafdelingen. Ik heb het in ieder geval nog niet meegemaakt. Ik denk overigens dat een sociotherapeut hierin wel opgeleid wordt. Die komen toch meestal van de SPH en daar komen toch ook preventiewerkers vandaan?”

“Bij ons is geen sprake van georganiseerde intervisie. Er is vaak te weinig tijd. Intervisie vindt wel plaats in het kader van deskundigheidsbevorderingstrajecten die de medewerkers zelf volgen. Het was tot dusverre geen traditie hier om feedback te geven. Ik ben nogal direct en gewend dat wel te doen. Moeten ze langzamerhand aan wennen. Je hebt zelf eigenlijk een beetje een voorbeeldfunctie hier in. Een traditie van supervisie hebben we hier trouwens wel.”

“De reflectie gaf ik indertijd zelf wel in mijn rol als manager van de afdeling. Vaker liet ik deskundigen naar mijn instelling komen om mijn medewerkers de laatste kennis over specifieke thema's bij te brengen. Maar dat is dan natuurlijk deskundigheidsbevordering, heeft niets met reflectie te maken.”

“De reflectie doe ik zelf. Ik vind het van belang dat een team divers en evenwichtig is samengesteld, berekend op ons breed takenpakket. Niet iedereen kan hetzelfde. Ik zie eigenlijk veel meer in het aanbieden van coachingstrajecten dan het organiseren van intervisie.”

“We zijn nu landelijk gestart met intervisiebijeenkomsten tussen projectleiders. Ik denk dat daar voor mij meer te halen is dan in mijn eigen organisatie. Ook bij de landelijke instituten haal ik mijn kennis op. Het leergierige zit mij in mijn bloed, ik ben niet voor niets de zoon van een onderwijzeres.”

8. Diversiteit in preventietaken

“Het verschil tussen hulpverlening en voorlichting is, dat voorlichting minder intens is. Voor een zaal mannen en vrouwen kan meer afstand worden genomen (in verhouding). Naarmate meer op gedragsverandering aangestuurd wordt komen er steeds meer trainingselementen om de hoek kijken. Maar preventiewerk kan ook betekenen: trainen. Dat is een vak apart. Bij trainen gaat het erom iemand een spiegel van het eigen gedrag voor te houden zodat gedrag veranderd kan worden. Ik heb veel voorlichters 'stuk' zien gaan op het tweede deel van de EMA bijvoorbeeld, waarbij gedrag inge-

oefend wordt. Het eerste deel van de EMA is voorlichting, tweede dag is training. Daar heb je trainingsvaardigheden voor nodig. Belangrijke vaardigheden zijn ook timing, intuïtie, mensenkennis, soms lak aan regels hebben (flexibiliteit). Je moet kunnen spelen met situaties.”

“Ik vraag mij af in hoeverre preventiewerkers voldoende oog hebben voor de omgevingsfactoren en welk werk zij precies doen. Ik heb altijd het idee gehad dat preventiewerk het stiefkind is binnen de verslavingszorg. De verslavingszorg staat altijd voor het dilemma meer de nadruk te leggen op het persoonsgerichte of op het samenlevingsgerichte. Als ze dat dilemma zelf al niet hebben, dan zorgt de omgeving er vaak wel voor, dat ze teruggedrongen worden op het persoonsgerichte. Ik zie een ‘moderne’ preventiewerker eerder als een procesbegeleider en stimulator/facilitator van proces. Dus bijvoorbeeld als organisator van ouderavonden en eventueel inbrenger van wetenschappelijke kennis over het ontstaan en in de lucht blijven van verslavingsproblematiek.”

“Ik zie steeds meer specialiteit ontstaan, in zoverre dat een deel van het preventiewerk meer universeel en beleidsmatig gericht is met aandacht voor een integrale gezondheidsbenadering en het organiseren daarvan. Daar heb je weer andere mensen voor nodig, die meer organisatorische kwaliteiten hebben dan mensen die groepsgericht bezig zijn, en meer met selectieve en geïndiceerde preventie. Toch is het goed dat preventiewerkers wat van beide hebben. Dat HBO-opgeleide preventiewerkers ook een meer overstijgende visie ontwikkelen.”

Conclusie

De verzamelde informatie uit diverse bronnen geeft een lijst van persoons- en gedragskenmerken die voor de preventiewerker bij zijn of haar (inter)persoonlijke werk van belang kunnen zijn. Deze lijst die ik hieronder zal weergeven is zeker niet compleet. Bovendien moet men bedenken dat hier bovenop nog eens andere gedragskenmerken en vaardigheden komen die voortvloeien uit de overige delen van het takenpakket van de preventiewerker, zoals het zijn van een teamplayer, netwerker, organisatorische vaardigheden, goed kunnen schrijven etc.).

De volgende kenmerken heb ik kunnen onderscheiden:

- Drive, persoonlijke ervaringen, overtuiging, motivatie, enthousiasme
- Authenticiteit
- Zelfonthulling
- Kwetsbaarheid
- Doelgroepgericht, sensitiviteit (verdiepen in leefwereld, beweegredenen doelgroep, verbaal en non-verbaal, menselijk inzicht, de juiste conclusies trekken hierbij)
- Geloofwaardigheid (tien kenmerken zoals consistentie, consequentie, congruentie etc.)
- Empathie, begrip
- Zelfreflectie, je eigen kracht kennen
- Ervaringskennis
- Openheid
- Humor
- Flexibiliteit
- Maatschappijvisie
- Kennis is leidend
- Timing, in stapjes kunnen denken, reële doelstellingen formuleren
- Voorbeelden laten aansluiten
- Overtuigingskracht
- Geloof in eigen effectiviteit
- Daadkracht
- Ondernemend
- Creativiteit
- Initiatiefrijk
- Attractiviteit, uitstraling, charisma

Alle kenmerken komen overeen met die welke uit de literatuur over de therapie naar voren komen. Het loont dus in mijn ogen zeer de moeite om nader onderzoek te gaan doen naar de relatieve bijdrage van de onderscheiden kenmerken aan de kwaliteit en effectiviteit van het preventiewerk, met gebruikmaking van de kennis uit andere disciplines zoals de hulpverlening, marketing, communicatie en de didactiek.

6 De consequenties voor het onderzoek binnen het lectoraat en het onderwijs op de hogeschool

Algemeen

Een deel van het onderzoek en de bijdrage aan de ontwikkeling van het onderwijs in het HBO zal gericht zijn op het verbeteren van de kennis met betrekking tot preventieve interventies.

Wat betreft onderzoek zal aandacht besteed worden aan de doorontwikkeling en implementatie van motiverende gespreksvoering, in het bijzonder bij kwetsbare groepen (jongeren). Deze methodiek zal bovendien een vaste plaats moeten krijgen binnen het onderwijs aan de voor het preventiewerk relevante disciplines als MWD, SPH, Verpleegkunde, Pedagogiek, Education en CMV. De eerste aanzetten hiervoor worden momenteel binnen het lectoraat ondernomen.

Ook zal onderzoek gedaan worden naar (de effectiviteit van) integraal verslavingsbeleid en zullen kennis en vaardigheden ten aanzien hiervan in het onderwijs gebracht worden. Gepland staat naast een aantal effectiviteitsonderzoeken en procesevaluaties van lokale en regionale alcoholmatigingsprojecten een onderzoekstraject dat aanbevelingen moet opleveren voor een gezonde en veilige leefomgeving op Windesheim voor studenten en personeel. Dit in samenwerking met het lectoraat De Gezonde Stad en het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn.

Een ander onderwerp voor onderzoek en ontwikkeling van onderwijs is de aandacht voor de ontwikkeling van weerbaarheid bij jongeren, in aansluiting op de landelijke campagnes van het Trimbos-instituut.

In het onderwijs zal plaats worden ingeruimd met betrekking tot algemene theoretische principes ten aanzien van het preventiewerk en een introductie in het beschikbare kwaliteitsinstrumentarium. Afspraken hierover worden momenteel gemaakt. Momenteel wordt een aantal docenten getraind in de methodiek motiverende gespreksvoering. Aan deze methodiek zal bijzondere aandacht worden geschonken de komende jaren. Zo is in een samenwerking tussen Hoeve Boschoord, Windesheim en VNN deze methodiek ontwikkeld voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking en verslavingsproblematiek.

En tenslotte zijn wij nog in overleg met de Stichting Zelfhulp en Verslaving, met welke stichting Windesheim onlangs een overeenkomst heeft getekend met de bedoeling meer aandacht in onderzoek en onderwijs te gaan schenken aan de positie van zelfhulpgroepen in de verslavingszorg en de –preventie.

De preventiewerker centraal

Het lectoraat verslavingspreventie zal zich in het bijzonder gaan richten op de ontwikkeling van de attitude van de preventiewerker.

Op de eerste plaats zal hiervoor aandacht zijn binnen het promotietraject van kenniskringlid Alie Weerman. Zij doet onderzoek naar ervaringsdeskundigheid c.q. persoonlijke ‘ervaringskennis’ in relatie tot het (toekomstig) beroepenveld in de verslavingszorg. Met betrekking tot preventie wil Alie nagaan in hoeverre deze ervaringskennis al dan niet kan bijdragen aan de effectiviteit van verslavingspreventie. Vraag hierbij is onder andere in welke mate deze ervaringen geëxpliciteerd moeten worden in de relatie met doelgroepen. Bijzondere aandacht zal ook de persoonlijke indeling van Patricia Conrod (2010) krijgen.

Uitgangspunt is ervaringsdeskundigheid/-kennis als bijvoeglijk naamwoord: het gaat om professionals die in eerste instantie agogisch zijn opgeleid en daarbuiten wel of geen gebruik kunnen maken van hun specifieke ervaringen. Het lectoraat richt zich op ‘ervaringsdeskundigen’ zonder een reguliere, wettelijk erkende opleiding. Ervaringskennis wordt door ons als slechts één aspect van de professionele preventiewerker gezien en niet als een centraal kenmerk.

De lijn ‘verslavingservaringsdeskundigheid’ zal in samenwerking met de opleidingen verder ontwikkeld en geëvalueerd worden. De pilot van de keuzemodule is inmiddels afgerond en is structureel opgenomen in het onderwijsprogramma. Momenteel worden studenten met ervaringskennis bij wijze van experiment in een supervisiegroepje gevolgd bij hun jaarstage (o.a. in een ACT-team) in de manier waarop zij hun eigen ervaringen al dan niet kunnen inzetten.

Daarnaast zal in vervolg op de in het voorgaande hoofdstuk uitgevoerde exercitie literatuuronderzoek gedaan worden en een aanvullend onderzoek onder preventiewerkers in Nederland. Tevens wordt bekeken wat bekend is over de kenmerken van succesvolle docenten. Getracht zal worden te komen tot een handzame indeling van diverse typen preventiewerkers qua persoons- en gedragskenmerken en de relatie gelegd worden met de effectiviteit van hun preventieve interventies.

Ook hierbij kan aandacht besteed worden aan de indeling van Conrod, zowel aan de

kant van de preventiewerker als aan die van de doelgroep. Mogelijk levert dit kennis op met betrekking tot de 'ideale match'. Een en ander zal mogelijk uitmonden in een promotietraject.

Uiteraard zullen de verworven inzichten getransfereerd worden naar het onderwijs, in aansluiting op de eerder vermelde activiteiten.

Dankwoord

Allereerst wil ik het College van Bestuur en Wim Kromdijk als directeur van het Domein Gezondheid en Welzijn dank zeggen voor de mogelijkheden die mij worden geboden de komende jaren verdieping aan te brengen in de kennis over verslavingspreventie en deze te verspreiden. Ik dank al de instellingen die de lectorsaanvraag hebben ondersteund. Het zijn er teveel om op te noemen.

De Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut en mijn voormalig programmahoofd Victor Everhardt dank ik voor het bieden van de ruimte om deze kans te grijpen. In mijn ogen toont deze geste aan, dat dit instituut de benaming kennisinstituut van ganser harte verdient door de kennis niet voor zichzelf te behouden maar te vergroten door synergie. Dit traject wordt door mij zeer zeker als een win-win gezien.

Mijn directe collega's bij het Trimbos-instituut, voor een deel ook ex-collega's van het alcoholteam binnen het NIGZ: Liesbeth Naaborgh, Susanne Weingart, Pien van Leeuwen, Nina van Bunningen, Odile Smeets, Marjolein Peters, Annemarie Huiberts, Ingrid Schulten, Ninette van Hasselt en Sanne Woudstra en de overige medewerkers van het Centrum Jeugd: zij allen hebben mij de afgelopen jaren de liefde voor het preventievak bijgebracht in een warm bad op een moment dat ik eigenlijk 'verslaafd' was aan de Justitiële Verslavingszorg. Een bewijs ervoor dat beïnvloeding zeker ook via een warme bejegening kan plaatsvinden. Dank hiervoor.

Ook de leden van de kenniskring: Alie Weerman, Jannet de Jonge, Leontien Hommels, Jolien Smit-Dopmeijer, Lex Lemmers en Arnout Schuitema: jullie zijn een inspirerend gezelschap gebleken ondanks de korte tijd dat we pas met elkaar optrekken. Het belooft nog veel voor de toekomst, daar verheug ik me op. De geduldige en aandachtvolle ondersteuning van Berlinda Eghuizen en het periodiek bijspringen van Martine Hilgenkamp hierbij maken het verblijf op Windesheim voor mij bijzonder aangenam. De overige leden van het Kenniscentrum Gezondheid en Welzijn, en in het bijzonder Loes Kater: jullie staan open voor themaoverstijgende synergie en inspireren mij tot het blijven kijken over de grenzen van mijn eigen vakgebied. Het Centrum voor Gezond Leven moet jaloers zijn op de mogelijkheden binnen Windesheim om door het aanwezig zijn van zoveel verschillende disciplines en de wil tot samenwerking echt integraal gezondheidsbeleid te bevorderen.

Een bijzonder woord van dank aan een aantal meedenkers bij het tot stand komen van dit document: Gerard Molleman, Wim van Dalen, Susanne Weingart, Martijn Planken en Koen Burgerhout en (nogmaals) de leden van de kenniskring: jullie hebben mij

laten zien en laten voelen dat het idee voor het door mij gekozen thema hout snijdt. En tenslotte mijn thuisfront. Onze kinderen Jos en Nine die beiden voor studierichtingen hebben gekozen die zo nauw verband houden met de onderwerpen binnen mijn werk: klinische psychologie en Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Ik ben er zeker van dat jullie de belangstelling hiervoor niet alleen van Olga hebben geërfd. Ik ben trots op jullie, jullie worden kanjers in je vak.

Jouw naam heb ik al genoemd en kan ik niet vaak genoeg noemen: Olga. Mijn dagelijkse inspiratiebron, de verpersoonlijking van de warme relatie met de ander, zowel in jouw werk als privé. Wat een voorrecht dagelijks van jouw belangstelling te mogen genieten, met jou te kunnen sparren, altijd vol aandacht. Door jouw verhalen over de benadering van jouw cliënten, jouw vraaggerichte denken hierin en het altijd oog hebben voor de mens achter de cliënt ben je een van de belangrijkste inspirators geweest voor de inhoud van deze rede. Ik hoop jou nog heel lang als mijn (sparring)partner in mijn nabijheid te hebben.

Lijst gebruikte afkortingen

AA	Anonieme Alcoholisten
ACT	Assertive Community Treatment (multidisciplinaire outreachende hulpverlening)
ADM	Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid
ANDO	Algemene Nederlandse Drankbestrijders Organisatie
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CGL	Centrum Gezond Leven
CMV	Cultureel Maatschappelijke Vorming
DGSG	De gezonde School en Genotmiddelen
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
FZA	Federatie voor Zorginstellingen voor Alcoholisme
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVO	GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
IVA	Instructie Verantwoord Alcoholschenken
IVO	instituut Voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving
KOPP/KVO	Kinderen van Ouders met Psychische Problemen/Kinderen van Verslaafde Ouders
LEMA	Lichte EMA
LSD	Landelijke Steunfunctie preventie
LSOVD	Landelijke Stichting Ouders Van Drugverslaafden
LSP	Landelijk Steunpunt Preventie
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
MWD	Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
NCGV	Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
NIAD	Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health
NVC	Nederlandse Vereniging van CAD's
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering
PAD	Preventie Alcoholgerelateerde Delicten
PAS	Preventie Alcoholgebruik Scholieren

PRAT	Preventie Advies Team
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
RvBO	Raad voor de Bekwaamheidsontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SPH	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
STAP	Stichting Alcohol Preventie
Stiva	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
VNN	Verslavingszorg Noord Nederland
ZAT	Zorg Advies Team

Literatuur

- AA, A.J. van der. Aardrijkskundig Woordenboek der Nederlanden. Gorinchem, Jacobus Noorduyt, 1839.
- Federatie van Instellingen voor de Zorg aan Alcoholisten. De alcohol- en drugszorg en haar mogelijkheden voor preventie. Bilthoven, FZA, 1976.
- Amerongen, R. van. Geschiedenis van de alcoholpreventie. In: Buisman, W. en Stel, van der. Alcoholpreventie. *Achtergronden, praktijk en beleid*. Alphen a/d Rijn, Samsom, 1988.
- Amerongen, R. van. Treurigheid over alcoholmisbruik geeft verkeerd beeld. *Lering trekken van droogleggers*. In: Tijdschrift voor de Sociale Sector. Den Haag, maart/april 1989, no. 3.
- Anderson, P., Hastings, G., Angus, K., de Bruijn, A. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol and Alcoholism, published online, January 14, 1-15, 2009.
- Babor, T.F. Alcohol: no ordinary Commodity. *Research and Public policy*. Oxford University Press, 2010.
- Baldwin, S.A., Wampold, B.E. & Imel, Z.E. Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 75, no 6, 842-852, 2007.
- Bashford, J., Flett, R. & Copeland, J. The cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. *Addiction*, April 2010, Vol. 105 (4), pp. 615-625, 2010.
- Bleeker, A., Silins, E., Dillon, P., Simpson, M., Copeland, J. & Hickey, K. The feasibility of peer-led interventions to deliver health information to ecstasy and related drug (ERDs) users. NDARC Technical Report No. 299, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2009.
- BMA Science and Education department & the Board of Science. Alcohol misuse: tackling the UK epidemic. British Medical Association, 2008.
- Bohlmeijer en Cuijpers. Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen. Utrecht, Trimbos-instituut, 2001.
- Bovens, R.H.L.M. Rijders onder invloed beïnvloed. *Onderzoek naar het effect van cursussen alcohol en verkeer*. Groningen, Wolters Noordhoff, 1991 (diss.).
- Bovens, R.H.L.M. Opening Dag van de Verslaving 12 oktober 2007. www.dagvandeverslaving.nl.

- Bovens, R.H.L.M. Onderbouwing van de integrale aanpak van alcoholmisbruik onder jongeren in Zuid-Holland Zuid. Rotterdam, CEPHIR, 2009.
- Bovens, R.H.L.M., Woudstra, S., Ginneken, S.B. van, Gacsbaranyi-Smink, M. & Mulder, J. Handleiding Gezonde Gemeente, themadeel Alcohol. Bilthoven, RIVM, in press.
- Bruin, D.E. de, Meijerman, C.J.M., Leenders, F.R.J. & Braam, R.V. Verslingerd aan meer dan een spel. *Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*. Den Haag, WODC/CVO, 2005.
- Conrod, P.J., Castellanos-Ryan, N. & Strang, J. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 67(1), 85-93, 2010.
- Couwenberg, C. Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents. Nijmegen, Radboud Universiteit, 2009 (diss.)
- Cuijpers, P., Scholten, M. & Conijn, B. Verslavingspreventie. *Een overzichtsstudie*. Den Haag, ZonMW, 2006.
- Dalrymple, Th. Romancing Opiates: Pharmacological Lies and the Addiction Bureaucracy. New York, Encounter Books, 2006.
- Dols, C.F.H.A. De Geesel der eeuw. *Katholieke drankbestrijding in Nederland 1852-1945*. Zaltbommel, Aprilis, 2007.
- Don, A. & Woude, Th. Van der. Het Boek van den Alkohol. Amsterdam, S.L. Van Looy, 1904 (2^e druk 1917).
- Dijkstra, M. Ruiter, M. & Blekman, J. Comorbiditeit van psychische problematiek en verslavingsproblematiek. *Literatuurstudie en praktijkbeschrijving*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2010.
- Es, A. van. Bij de verslavingszorg zit u goed! *Lezing Dag van de Verslaving 12 oktober 2007*. www.dagvandeverslaving.nl.
- Federatie van Instellingen voor de Zorg aan Alcoholisten. Van zorg naar voorzorg. Een nota over de preventie van alcohol- en drugsproblemen, toegespitst op de mogelijkheden van de alcohol- en drugszorg. Bilthoven, FZA, 1984
- Fransen, G., Molleman, G., Hekkink, C. & Keijsers, J. Trendonderzoek Gezondheidsbevordering en Preventie 2008. Woerden, NIGZ, 2009.
- Gentilello, L.M., Duggan, P., Drummond, D. & Tonnesen, A., et al. Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *American Journal of Surgery*, 156:558-561, 1988.
- Gezondheidsraad. Plan de campagne; Bevordering van gezond gedrag door massame-

- diale voorlichting. Den Haag, Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/16.
- Goossensen, A. Logica en liefde in de verslavingszorg: de behandelrelatie als basis voor zorgvernieuwing. Rede, uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt als lector Verslavingszorg aan de hogeschool InHolland. Rotterdam/Den Haag, InHolland, 2008.
- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Spijker, J., Beekman, A.T.F. & Vollebergh, W.A.M. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 1-11, 2003.
- Graham K., Osgood, D.W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksmann, L., Leonard, K., Pernaanen, K., Saltz, R.F. & Toomey, T.L. The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug And Alcohol Review*, 23 (1), 31-41, 2004.
- Hasselt, N. van, Laar, M. van, Onrust, S. & Verdurmen, J. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht, Trimbos-instituut, 2010
- Hermanns, J. & Menger, A. Walk the line. *Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Amsterdam, SWP. Openbare les 20 maart 2009, Hogeschool Utrecht.
- Holder, H. D. & Wagenaar, A. Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 26, 89-97, 199.
- Holder, H.D., Reynolds, R. (1998). Science and alcohol policy at the local level: a respectful partnership. *Addiction*, Vol. 93, No. 10: 1467-1473.
- Holder, H.D., Grunewald, P.J. e.a. (2000). Effect of community-bases interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 284, No. 18: 2341-2347.
- Holder, H.D. (2008). Community prevention of alcohol problems; Science to practice. Presentatie Building Capacity for Action European Alcohol Policy Conference Barcelona, 3-5 april 2008.
- Hommels, L., Molleman, G. & Kok, H. Handboek Preffi. Woerden, NIGZ, 2002.
- Jonge, M. & Ruiter, M. Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2008. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en Verslavingspreventie. Utrecht, Trimbos-instituut, 2010).
- Huurre, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(1), 125-134, 2010.
- Keizer, H. & Braak, L. ter. Preventie. In: Rutten, R., Loth, C. & Hulshoff, A. Verslaving.

- Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, 2009.
- Kerssemakers, R. Meerten, R. van, Noorlander, E., Vervaeke, H. (ed.). *Drugs en alcohol, gebruik, misbruik en verslaving*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- Kok, G. & Damoiseaux, V. Beïnvloeding van attitudes en gedrag. In: Klandermans, B. Seydel, E. (red.). *Overtuigen en activeren. Publieksbeïnvloeding in theorie en praktijk*. Assen, Van Gorcum, 2000.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., van den Eijnden, R.J.J.M., ter Bogt, T., Stattin, H. & Engels, R.C.M.E. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104, 1669-1678, 2009.
- Krabben, A., Pieters, T. & Snelders, S. *Chemie van verslaving. Over genen, hersenstoffen en sociale zwakte*. Houten, Prelum Uitgevers, 2008.
- Kramer-Reijns, V.M., Cremer, S., Dierx, J. & Wigger, S. Herijking gezondheidsbevordering bij Landelijke Organisaties voor preventie en gezondheidsbevordering. Werkdocument in het kader van de Taskforce
- Kreitman, N. Alcoholconsumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 81, p. 353-363, 1986.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F & Brunt, T. *Nationale Drugmonitor. Jaarbericht 2009*. Utrecht, Trimbos-instituut/WODC, 2010.
- Laar, M.W. van, Ooyen-Houben, M.M.J. van . *Evaluatie van het Nederlandse Drugsbeleid*. Utrecht/Den Haag, Trimbos-instituut/WODC, 2009.
- Landelijk steunpunt VETC. *Functieprofiel voorlicht(st)er eigen taal en cultuur*. Woerden, NIGZ, 2006.
- Ledermann, S. *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation; Mortalité, morbidité, accidents de travail*. Paris, Institut études démographiques, 1964.
- Leeuwen, L. & Renes, R.J. Communicating health messages through Entertainment-Education: Testing the persuasive effects of a Dutch youth drama series. Nijmegen: Thematic Meeting Kettil Bruun Society, 9 december 2009.
- Leijssen, M. De therapeut. In: Trijsbrug, W., Calijn, S., Lietaer, G., Columbien, E., (Red.). *Handboek Integratieve Psychotherapie*. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Lottman, I. *Financiering van Preventie; wie doet wat?* Leiden, GGD HM, 2009.
- Mansdotter, A.M., Rydberg, M.K., Wallin, E., Lindholm, L.A. & Andreasson, S. Alcohol Consumption: a cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 6, 618-623, 2007.

- Markwijk, F. van. Tien basisprincipes voor geloofwaardigheid. www.managersonline.nl, juni 2009.
- Miller, S., Hubble, M. & Duncan, B. (2007). Supershrinks, what's the secret of their success? Psychotherapy networker, November/December 2007 (www.psychotherapynetworker.org).
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., Nordquist, R. E., & Zonneville-Bender, M. J. S. Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen. Den Haag, ZonMW, 2006.
- Ministerie van VWS. Alcoholnota 2001-2003. Den Haag, VWS, 2000.
- Ministerie van WVC. Alcohol en Samenleving. Rijswijk, WVC, 1986.
- herijking gezondheidsbevordering bij GGD'en. Woerden, NVPG, 2006.
- Molleman, G. Preffii 2.0: Health Promotion Effect Management Instrument. Development, validity, reliability and usability. Woerden, NIGZ, 2005 (diss.).
- Monshouwer K. Effectieve ingrediënten van drugs preventieprogramma's op scholen, een review van de reviews. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Naaborgh, L. & Weingart, S. Homeparty 'Keten in hokken voor ouders'. Alcohol en opvoeding. Handleiding, pilotversie. Utrecht, Trimbos-instituut, 2009.
- Nelissen, P. Effectieve communicatie: van interventie naar dialoog. In: Noorlander, M. e.a.. Kennisdagen 2003. *Effectieve publiekscommunicatie: hints voor de Wetenschaps- en techniekcommunicatie WTC. Papers, positiepapers en tips*. Amsterdam, Science Alliance, 2004.
- Otto, M. Geschiedenis van de drankwetgeving. In: Tijdschrift voor de Sociale Sector. Den Haag, januari 1987, no. 1.
- Partnership Depressiepreventie. Visie op lokale depressiepreventie. Naar een integrale visie op preventie en gezondheidsbevordering, leefstijl en psychisch welbevinden. Discussienotitie, versie 1.0. Utrecht, Partnership Depressiepreventie/Trimbos-instituut, 2010.
- Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177-191, 2007.
- Petty, R.E en Cacioppo, J.T. (1986). From communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change. New York, Springer-Verlag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Perspectief op gezondheid 20/20. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, RVZ, 2010

- Riper, H., Bolier, L. & Elling, A. The Homeparty: 'Development of a low threshold intervention for 'not yet reached' parents in adolescent substance use prevention'. *Journal of substance use*, 10 (2-3), 141-150, 2005.
- Rooij, T. van, Meerkerk, G.J., Schoenmakers, T., Eijnden, R. van den & Mheen, D. van der. *Ontwikkelingen in het internetgebruik van Nederlandse jongeren. Monitor internet en jongeren*. Rotterdam, IVO, 2008.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530, 2005.
- Schrijvers, C. & Snoek, A. *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen*. Rotterdam, IVO, 2010.
- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & Dale, D. van. *Projectmanagement voor gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden, NIGZ, 2004.
- Saan, H. & Haes, W. de. *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden, NIGZ, 2005.
- Snoek, A., Wits, E. & Stel, J. van der. *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Rotterdam, IVO, 2010.
- Spuijt, B. & Blekman, J. *Preventie bij GGZ en verslavingszorginstellingen. Werkdocument over de kern van de functie en deskundigheidseisen*. Woerden, NVPG/NIGZ, 2005.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg. *Kerncijfers verslavingszorg 2009*. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Houten, SIVZ, 2009.
- Stiva. *Factsheet alcoholconsumptie*. Den Haag, Stiva, 2010.
- Stel, J. van der. *Drinken, drank en dronkenschap: vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Hilversum, Verloren, 1995 (diss.).
- Stel, J. van der. *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen, Van Gorcum, 1994.
- Stel, J. van der. *Wat elke professional over verslaving moet weten*. Canon Verslaving. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- Stel, J. van der. *De verslavingszorg voorbij*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2010.
- Tobler, N.S., RStreke, A.V., Stackpole, K.M. *School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis*. *Journal of Primary Prevention*, 2000, 20, 275-336.
- Velleman, R., Templeton, L. & Copello, A. *The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people*. *Drug Alcohol Rev*, (2005);24:93 – 109.
- Velleman, R. *Alcohol Prevention Programmes. A Review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation*. York, J.R. Foundation, 2009.

- Verdurmen, J., Moshouwer, K. Dorsselaer, S. van, Bogt, T. ter & Vollebergh, W. Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender. *Findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children Survey. Journal of Studies on Alcohol*, 66, 605-609, 2005.
- Vermeulen, E., Huisman, R. & Dullemond, M. Raamnota kwaliteit van preventie en hulpverlening. Utrecht, Nederlandse Vereniging van CAD's, 1990.
- Vocht, M. de, Luiten, T., Looijsschelder, Y. & Poelmans, I. Draaiboek: Homeparty Alcohol & Opvoeding. Utrecht, Trimbos-instituut, 2007.
- Voedsel en Waren Autoriteit. Handleiding Lokaal Alcoholbeleid. Den Haag, VWA, 2007.
- Wampold, E. Psychotherapy, the humanistic (and effective) treatment . Voordracht, uitgesproken ter gelegenheid van de ontvangst van de Award for Distinguished Professional Contributions to Applied Research, van de American Psychiatrist Association. American psychologist, November 2007.
- Wampold, B.E., Mondin, W.G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, 'all must have prizes'. *Psychological Bulletin*, Vol. 122, no 3, 203-215, 1997.
- Weerman, A. Van Cliënt naar professional. *De rol van existentiële thema's*. Presentatie tijdens de themaochtend Ervaringsdeskundigheid. Zwolle, Windesheim, 1 juli 2010.
- Weerman, A. Handleiding Hoger Beroepsonderwijs Verslavingskunde. Utrecht, Resultaten Scoren, 2010.
- Weingart, S. IVA: training voor barvrijwilligers (volledig herzien). Utrecht, Trimbos-instituut, 2008.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht, NJI, Januari 2010.

Curriculum Vitae

Rob Bovens werd geboren in Maastricht op 27 november 1955. Hij rondde zijn studie Nederlands Recht met als afstudeervakken Strafrecht en Criminologie in 1980 af in Nijmegen. Vanaf dat jaar deed hij zeven jaar onderzoek voor het Ministerie van Justitie naar preventiemaatregelen op het gebied van rijden onder invloed en naar reclasseringshulp aan allochtonen. Vanaf 1987 werkte hij als circuitcoördinator in de verslavingszorg in Gelderland.

Tussen 1990 tot 2004 was hij in dienst van de landelijke brancheorganisatie voor de verslavingszorg (later ook voor de GGZ) met als voornaamste werkerreinen kwaliteitsontwikkeling, preventie en verslavingsreclassering. Van 1997 tot 2004 was hij landelijk directeur voor de verslavingsreclassering binnen de Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland. In 1991 promoveerde hij aan de Rijksuniversiteit Groningen op het proefschrift 'Rijdens onder invloed beïnvloed. Onderzoek naar het effect van cursussen alcohol en verkeer'.

In 2004 stapte hij over naar het NIGZ en nam de landelijke campagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' onder zijn hoede. Deze campagne werd op 1 januari 2008 overgenomen door het Trimbos-instituut, met inbegrip van het hele campagneteam. Binnen het Trimbos-instituut houdt Rob Bovens zich vanaf dat moment voornamelijk bezig met de implementatie van preventieprogramma's en de ondersteuning van gemeenten en lokale instellingen binnen het verslavingsbeleid.

Vanaf 1 januari 2010 combineert hij zijn functie bij het Trimbos-instituut met het lectoraat verslavingspreventie binnen de Christelijke Hogeschool Windesheim.

Rob Bovens is getrouwd en is vader van een zoon en een dochter.

WINDESHEIMREEKS KENNIS EN ONDERZOEK

LECTORAAT VERSLAVINGSPREVENTIE



Rob Bovens

Rob Bovens is sinds 1 januari 2010 lector Verslavingspreventie in het kenniscentrum Gezondheid en Welzijn. Deze functie combineert hij met die van senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut in Utrecht. Hij is gespecialiseerd in de ondersteuning van lokaal en regionaal verslavingsbeleid.

Het lectoraat Verslavingspreventie is erop gericht onderwijs, onderzoek en ondernemen op het thema verslavingspreventie te ontwikkelen in verbinding met elkaar. Daarmee levert het lectoraat een bijdrage aan de professionalisering van de preventiewerker en het preventiewerk bij verslaving en gewoontegedrag.

Er wordt bijzondere aandacht gegeven aan de positie van de preventiewerker in de maatschappij, zijn of haar eigen ervaringen met verslaving en gewoontegedrag en het betrekken van de omgeving bij het uitvoeren van effectieve interventies en preventiebeleid.