

De kaders van verslavingspreventie

2.1 Wettelijk kader – 6

2.2 Typen preventie – 6

2.1 Wettelijk kader

De overheid stelt de kaders vast voor de uitvoering van preventieve taken op het terrein van de gezondheid. In Nederland hebben de gemeenten en de zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid gekregen voor de uitvoering van gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Allereerst zijn het de gemeenten die op basis van de Wet publieke gezondheid de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid als taak hebben. Die taak loopt van voorlichting op scholen tot reizigersvaccinaties. Van ouderavonden over het thema gezondheid tot het regelen van toegang tot de zorg in de vorm van bijvoorbeeld nachtopvang voor verslaafden.

Daarnaast is ziektepreventie, en dus ook verslavingspreventie, onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Deze zorg richt zich op multiprobleemsituaties voor sociaal kwetsbare groepen in onze maatschappij, meestal zonder een duidelijke hulpvraag. Men moet dan denken aan psychische problematiek, verslaving, schulden, dakloosheid, huiselijk geweld en dergelijke. De zorg aan deze doelgroep wordt voor een deel gefinancierd en uitgevoerd onder regie van de gemeente op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor een ander deel wordt deze zorg gefinancierd door de zorgverzekeraars uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en uit de AWBZ.

2.2 Typen preventie

Binnen de preventie wordt onderscheid gemaakt tussen universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

Universele preventie bevordert en beschermt proactief de gezondheid van de gezonde bevolking, om ziekten en risicofactoren te voorkomen.

Selectieve preventie voorkomt dat mensen met een of meer risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.

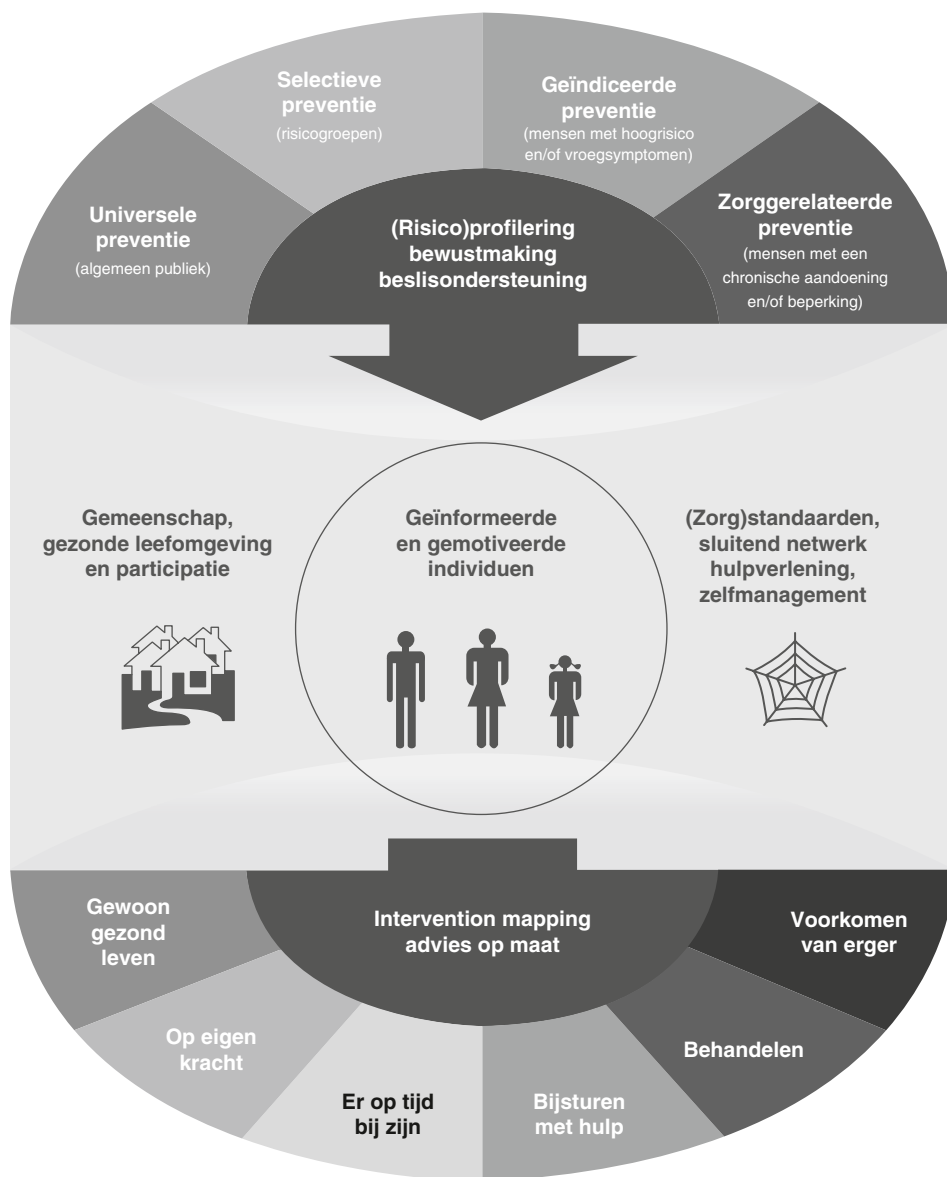
Geïndiceerde preventie voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening.

Zorggerelateerde preventie stelt zich ten doel te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Ten slotte kan preventie zich ook richten op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen die ontstaan ten gevolge van een chronische ziekte.

Gezondheidsbevordering heeft een bredere betekenis dan preventie. Gezondheidsbevordering gaat bijvoorbeeld over het bevorderen van een gezonde woon- en leefomgeving in het kader van universele preventie. Een ander voorbeeld is het stimuleren van maatschappelijke participatie van bijvoorbeeld chronisch zieken, in het kader van geïndiceerde preventie.

We spreken daarom van universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde gezondheidsbevordering en preventie. In het *Prevent model* (■ Figuur 2.1) staat de relatie tussen deze termen aangegeven.



■ **Figuur 2.1** Het Prevent model

Er zijn instellingen en professionals die vooral werkzaam zijn op het terrein van universele en selectieve gezondheidsbevordering en preventie, onder andere de GGD, GGZ-preventie, bedrijven, scholen en categorale instellingen. Daarnaast zijn er instellingen en professionals die vooral in het veld van geïndiceerde en zorggerelateerde gezondheidsbevordering en preventie werken, zoals medewerkers bij regionale ondersteuningsstructuren eerstelijnszorg (ROS), (para)medische zorgverleners, praktijkondersteuners en leefstijlcoaches.

Verslavingspreventie in kort bestek

3.1 Planmatige en integrale aanpak – 10

3.1.1 Planmatige aanpak – 10

3.1.2 Integrale benadering – 10

3.2 Invalshoeken voor preventie – 11

3.2.1 Collectieve aanpak – 12

3.2.2 Risicogroepenaanpak – 12

3.2.3 Benadering gericht op intermediairs – 13

3.2.4 Benadering gericht op harm reduction – 13

3.2.5 Benadering gericht op achterliggende risicofactoren – 14

3.2.6 Benadering gericht op versterking van een positieve leefstijl – 14

3.2.7 Benadering met inzet van ervaringsdeskundigheid – 14

3.1 Planmatige en integrale aanpak

De basis van effectieve verslavingspreventie is een planmatige en integrale aanpak. Hierna worden beide invalshoeken toegelicht.

3.1.1 Planmatige aanpak

Het is niet zo, dat planmatig werken altijd leidt tot effectiviteit. Het is wel zo, dat de afwezigheid van een planmatig werken zeker niet leidt tot effectiviteit. Er zijn verschillende instrumenten en werkmodellen ontwikkeld die helpen de planmatige aanpak van gezondheidsbevordering en preventie vorm te geven. Voorbeelden hiervan zijn: *intervention mapping* (► Bartholomew e.a., 2001); *preceed/proceed-model* (► Green en Kreuter, 2005); *referentiekader gezondheidsbevordering, Preffi* (► Kok e.a., 2005).

De fasen die binnen planmatige preventie worden gevolgd, zijn: analysefase; interventiekeuze en -aanpassing; implementatie van de gekozen interventies en evaluatie. De kern van de aanpak zit in het vaststellen van de doelstellingen (wat wil je bereiken), de specificatie van de doelgroep (bij welke doelgroep) en de keuze van de interventie(s) (met welke methodiek).

Bepalende factoren voor effect zijn: het draagvlak voor de interventie bij relevante actoren; de capaciteit en de inzet en kwaliteit van de projectleider of preventiewerker.

Voorbeeld van planmatige aanpak

Een gemeente belt de preventiewerker in verband met een overlastgevende groep die rondhangt bij de skatebaan. De groep bestaat uit jongeren tussen de 16 en 18 jaar. Een aantal van die jongeren gebruikt alcohol en drugs.

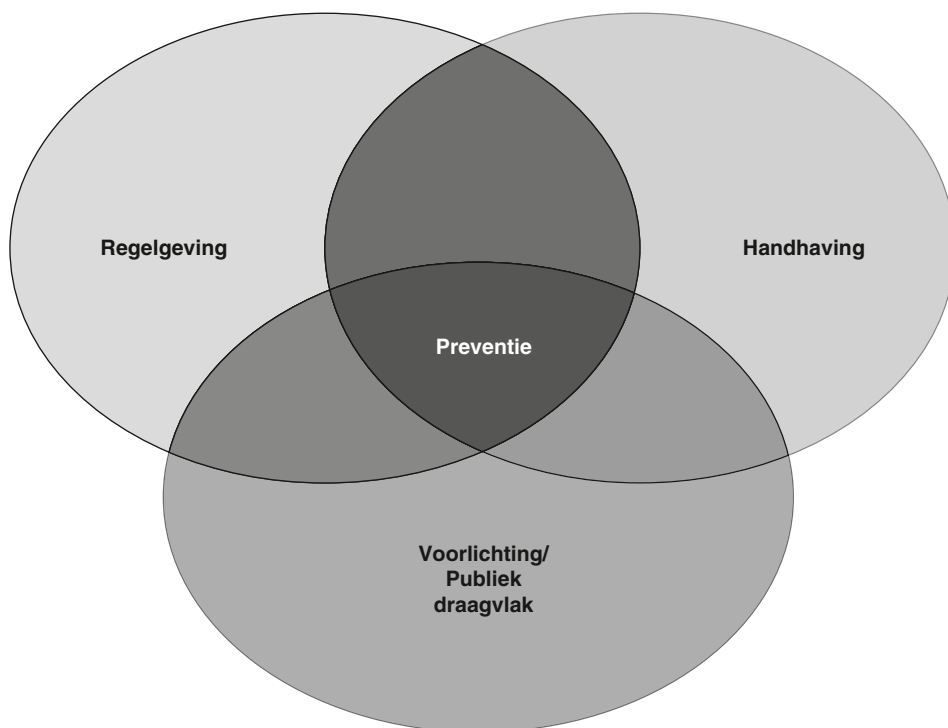
De preventiewerker begint met de analyse (welke jongeren zitten in de groep? wat zijn het voor jongeren?), bij voorkeur samen met het jongerenwerk en de politie.

Naar aanleiding van de analyse kiest de preventiewerker met de betrokkenen enkele interventies waarmee ze de gestelde doelen wil bereiken (geen overlast meer; jongeren over wie zorg bestaat in contact brengen met verslavingspreventie). Zij gaat met de jongerenwerker mee om kennis te maken met de jongeren; ze maakt gebruik van kennistestjes en motiverende gespreksvoering om met de jongeren in gesprek te komen. De gemeente brengt ouders ervan op de hoogte dat hun kind signaleerd is in de overlastgevende groep en nodigt ze uit voor een informatieavond. Met de ouders van de kinderen over wie zorg bestaat, wordt een vervolgspraak gepland, of door de agent, of door de preventiewerker.

Na de uitvoering wordt er geëvalueerd: zijn de vooraf gestelde doelen bereikt? Wat zijn leerpunten voor de volgende keer?

3.1.2 Integrale benadering

Met een integrale benadering wordt bedoeld dat er verschillende typen activiteiten en maatregelen gelijktijdig worden ingezet om het vooraf vastgestelde doel te bereiken. Stel



■ **Figuur 3.1** Het model van Holder en Reynolds voor effectieve, integrale alcoholpreventie

dat het doel is dat jongeren van 16-18 jaar in een bepaalde gemeente minder alcohol gaan drinken. Er kunnen dan maatregelen worden genomen die direct inspelen op de motivatie van jongeren, maar tegelijkertijd ook maatregelen die alcohol moeilijker verkrijgbaar maken voor jongeren en maatregelen die het toezicht op het alcoholgebruik van jongeren tussen 16-18 jaar vergroten.

■ **Figuur 3.1** laat zien hoe deze aanpak er in een model (► Holder en Reynolds, 1998) uitziet.

In alle drie de velden dienen instrumenten gezamenlijk ingezet te worden voor het realiseren van effectieve (alcohol)preventie. Daarnaast dient de samenhang tussen maatregelen bewaakt te worden en dienen afspraken gemaakt te worden tussen de stakeholders over het uitzenden van één en dezelfde boodschap. Meer hierover is te lezen in de *Handreiking gezonde gemeente*, via het loket gezond leven (► www.loketgezondleven.nl).

3.2 Invalshoeken voor preventie

Activiteiten in de verslavingspreventie kunnen heel verschillend zijn, afhankelijk van de benadering die wordt gekozen. Bij voorkeur worden activiteiten met elkaar gecombineerd in een integrale aanpak, zoals in ► par. 3.1 is beschreven.

Als men riskant alcoholgebruik bij jongeren wil aanpakken, kan men zich richten op rechtstreekse beïnvloeding van de jongere zelf, maar men kan ook de beschikbaarheid van

alcohol beperken. Dat kan bijvoorbeeld door ouders te ontraden hun kinderen op te jonge leeftijd alcoholische dranken aan te bieden, of door er bij het gemeentebestuur op aan te dringen *happy hours* te verbieden.

Welke benadering men kiest, wordt doorgaans bepaald door overwegingen van effectiviteit. Maar de effectiefste maatregelen zijn niet altijd mogelijk, omdat factoren zoals draagvlak en financiering een grote rol spelen.

De volgende paragrafen geven een overzicht van benaderingen en invalshoeken die bij preventie (kunnen) worden ingezet.

3.2.1 Collectieve aanpak

Het kan zinvol zijn om preventieactiviteiten te richten op (een deel van) de algemene bevolking, bijvoorbeeld op alle ouders van opgroeiende kinderen. Bij deze collectieve aanpak ligt de nadruk op universele preventieactiviteiten.

Dikwijls wordt gewezen op de samenhang tussen collectief en individueel gedrag. Bekend is de *Ledermannformule* (► Ledermann, 1964), die ervan uitgaat dat veranderingen in gemiddeld consumptieniveau leiden tot nog sterkere veranderingen in het percentage excessieve drinkers.

► Babor e.a. (2010) concludeerden op basis van een metastudie dat problematisch drinken het effectiefst kan worden beïnvloed door collectieve maatregelen als verhoging van de kostprijs en verhoging van de leeftijdsgrenzen, en door reclame.

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 betreft immers meer mensen.

Preventieactiviteiten die tot de collectieve aanpak worden gerekend, zijn bijvoorbeeld: publiekscampagnes, algemene voorlichting in de klas, ouderavonden of media advocacy (met name aandacht genereren in de pers).

3.2.2 Risicogroepenaanpak

Het kan zinvol zijn om preventieactiviteiten te richten op een specifieke risicogroep, zoals kinderen van een verslaafde ouder.

Het Rotterdamse Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO) bracht in 2010 in opdracht van Resultaten Scoren het rapport *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik* uit (► Snoek e.a., 2010). Er is een groep kwetsbare jongeren bij wie een combinatie bestaat van risicofactoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag. Deze factoren hangen samen met problemen op andere leefgebieden, zoals dak- en thuisloosheid, psychische problemen en delinquent gedrag. Kortom, een optelsom van met elkaar samenhangende risicofactoren. De onderzoekers pleiten ervoor meer aandacht te besteden aan het ontstaan van kwetsbaarheid voor psychische proble-

men, de interactie met de sociale omgeving en het benutten van kansen om vroegtijdig een ongunstig ontwikkelingstraject in positieve zin te beïnvloeden. Een conclusie van hen is ook dat hiervoor nog onvoldoende interventies ter beschikking staan. Zij pleiten ervoor om meer samen te werken met bijvoorbeeld de jeugdhulpverlening.

Onder meer dit onderzoeksrapport heeft geleid tot weer meer nadruk op de risicobenadering, zonder daarmee het belang van aandacht voor een collectieve aanpak te miskennen.

Andere risicogroepen zijn bijvoorbeeld ouderen en studenten die veel drinken. In ► H. 6 wordt aandacht geschonken aan diverse risicogroepen en de bij hen passende interventiestrategieën.

3.2.3 Benadering gericht op intermediairs

Vaak blijkt dat preventie gericht op de einddoelgroep zelf onvoldoende effect sorteert, of bijvoorbeeld te arbeidsintensief is. Zo kan op school niet permanent een preventie-medewerker van de verslavingszorg ingezet worden. Het is dan efficiënter om degenen met wie de leerlingen dagelijks te maken hebben (docenten en overig schoolpersoneel) vaardigheden en kennis bij te brengen om bijvoorbeeld eventuele problematiek met middelengebruik bij leerlingen eerder te herkennen en bespreekbaar te maken. Ook kunnen docenten voorlichting en informatie over middelengebruik geven, hoewel men zich kan voorstellen dat sommige voorlichtingsboodschappen eerder geaccepteerd worden van bepaalde personen, bijvoorbeeld leeftijdgenoten (*peers*) of de huisarts.

De laatste jaren wordt steeds meer energie gestoken in de kennis en vaardigheden van ouders. Dit heeft te maken met de ontwikkeling dat de gemiddelde leeftijd waarop kinderen beginnen met drinken in het begin van deze eeuw dramatisch is gedaald naar 12 jaar. Zeker op deze leeftijd (maar ook nog later) hebben ouders veel invloed op het gedrag van de kinderen, meer nog dan leeftijdgenoten (► Van der Vorst, 2007).

Overigens zijn ouders niet alleen intermediairs, ze vormen ook een einddoelgroep. Ook het alcoholgebruik van volwassenen is een aandachtspunt.

3.2.4 Benadering gericht op harm reduction

In de meeste gevallen wordt het middelengebruik of het verslavingsgedrag zelf ter discussie gesteld en tracht men met interventies hierin verandering te brengen. Een benadering gericht op *harm reduction* laat in principe de mate van gebruik buiten schot of is aanvullend op de beïnvloeding van het gebruik. Zo is de Bob-campagne of een cursus voor met alcohol betrapte automobilisten (de Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer, zie ► H. 6) gericht op het scheiden van drinken en rijden en niet (noodzakelijk) op het alcoholgebruik zelf. Ook spuitenomruil (ter voorkoming van aids en hepatitis B) en heroïneverstrekking zijn preventieve maatregelen die in eerste instantie zijn gericht op het beperken van maatschappelijke en gezondheidsschade.

3.2.5 Benadering gericht op achterliggende risicofactoren

In ► par. 3.2.2 werd al even aandacht besteed aan de samenhang tussen de kwetsbaarheid van bepaalde (groepen) jongeren voor problematisch middelengebruik en een cluster van risicofactoren. De laatste jaren bestaat steeds meer aandacht voor de samenhang met specifieke persoonlijkheidskenmerken van jongeren.

► Conrod e.a. (2010) onderscheiden een aantal persoonlijkheidsprofielen bij jongeren: impulsiviteit, sensatie zoeken, angstgevoeligheid en negatief denken. In een experiment zijn interventies toegepast die niet gericht zijn op het middelengebruik zelf, maar op ermee samenhangende thema's zoals je angstig voelen of je vervelen. De interventies bleken invloed te hebben op onthouding, hoeveelheid en frequentie van alcoholgebruik. Het programma heeft het meeste effect op het terugdringen van binge drinken (veel drinken bij een gelegenheid), vooral bij sensatiezoekers. Ook zijn er positieve effecten gemeten op probleemdrinken bij negatieve denkers en angstgevoelige jongeren en op emotionele en gedragsproblemen gerelateerd aan de persoonlijkheidsprofielen, zoals depressie, paniek-aanvallen en schooluitval. In Nederland wordt door het Trimbos-instituut onderzocht of de positieve uitkomsten uit het Britse onderzoek ook voor ons land gelden. Dat zou aanleiding kunnen zijn interventies in te zetten die niet in eerste instantie op het middelengebruik zijn gericht (zie ► H. 6).

3.2.6 Benadering gericht op versterking van een positieve leefstijl

Preventie kan plaatsvinden door de negatieve effecten als aanknopingspunt te gebruiken, maar ook door het stimuleren van positieve effecten.

Heel lang is door de verslavingspreventie veel nadruk gelegd op de negatieve consequenties die gebruik en verslaving voor de betrokkene en/of de omgeving kunnen hebben als motivatiemiddel voor aanpak van het probleem. Nog steeds is in bepaalde fasen van een preventieve aanpak deze benadering nuttig, bijvoorbeeld in het geval van agendasetting door publiekscampagnes. Soms gaan mensen immers pas tot actie over nadat men geschrokken is van bepaalde misstanden.

Door de komst van instrumenten als motiverende gespreksvoering, waarbij negatieve en positieve effecten tegenover elkaar worden gesteld, komt er steeds meer aandacht voor een positievere insteek. Vooral de laatste jaren is er steeds meer aandacht voor empowerment en het aanleren van copingstrategieën, bijvoorbeeld bij een project als *SmartConnection* (zie ► par. 8.4.2).

3.2.7 Benadering met inzet van ervaringsdeskundigheid

Veel discussie bestaat er over de meerwaarde van het inzetten van ervaringsdeskundigen in de preventie. Organisaties als de Stichting Voorkom, de AA en het Zwarte Gat (zie ► H. 6) profileren ervaringsdeskundigheid expliciet als werkzaam bestanddeel binnen preventie. Een van de discussiepunten is of deze expliciete inzet voor iedere leeftijdsgroep aangewe-

zen is. Vooral bij jongeren wordt gevreesd voor een averechts effect, omdat bijvoorbeeld sensatiezoekers juist geprikkeld zouden kunnen worden door spannende verhalen over het leven met een verslaving.

Daar staat tegenover dat ervaringsdeskundigheid, ook bij preventiewerkers, bewust of onbewust, een rol kan spelen bij de invulling van de preventietaak.

Het lectoraat Verslavingspreventie van de Hogeschool Windesheim heeft dit gegeven als een van zijn speerpunten benoemd binnen het onderzoeksprogramma en wil handvaten bieden voor een meer bewuste en wetenschappelijk onderbouwde inzet hiervan.

Een bijzondere positie neemt de zelfhulp in: organisaties als de Anonieme Alcoholisten (AA), de Buitenveldertgroepen (voor alle verslavingen), Gamblers Anonymous (GA) en Narcotics Anonymous (NA) zijn vooral actief bij het ondersteunen van mensen met verslavingsproblemen die tijdens de re-integratiefase en nazorg vrezen terug te vallen. Daarnaast geven leden van zelfhulpgroepen veel voorlichting op basis van ervaringsdeskundigheid.

Wat elke professional over verslavingspreventie moet weten

Bovens, R.; Lemmers, L.; Hommels, L.

2013, VIII, 72 p. 28 illus., Softcover

ISBN: 978-90-313-9990-1