

Notitie

Mapping van het Nederlandse drugspreventiesysteem op nationaal niveau

Drugs- en Alcohol Preventie PLUS





Notitie

“Mapping van het Nederlandse drugspreventiesysteem op nationaal niveau”

Rapportageperiode:
februari t/m november 2022



Colofon

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) -
Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP)

Uitvoering

Trimbos-instituut, Team Alcohol- en Drugs Preventie (DAP)

Projectteam

Nadine van Gelder (projectleiding)
Britt Bilderbeek (wetenschappelijk medewerker)

Met medewerking van

Martha de Jonge (senior projectleider drugspreventie)
Vera Cup (stagiair, Trimbos-instituut)
Janneke van der Avoort (meelezer, Trimbos-instituut)
Eefje Vercoulen (meelezer, Trimbos-instituut)
Patrick van Iperen (meelezer, Trimbos-instituut)

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer: **AF2045**

©2022, Trimbos-instituut, Utrecht

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

Inhoud

Samenvatting	4
Achtergrond	6
Proces	8
Desk research	8
Dataverzameling	8
Resultaten	9
Beschrijvend	9
Organisatie/coördinatie	12
Kwaliteit	13
Interventies	14
Doelgroepen	16
Beroepsbevolking	18
Opmerkingen van respondenten	19
Beschouwing en aanbeveling	21
Aanbeveling: systeemanalyse	22
Bijlage 1	23
Bijlage 2. Stakeholders in drugspreventie in Nederland op nationaal niveau	25

In dit project heeft het Trimbos-instituut partijen in Nederland in kaart gebracht die, op bovenregionaal of nationaal niveau, een rol spelen op het gebied van drugspreventie. Die rol kan betrekking hebben op de activiteiten onderzoek, ontwikkeling, coördinatie, uitvoering of financiering van drugspreventie. Het doel was middels deze *system mapping* beter zicht te krijgen op de partijen die een rol spelen in de *preventie* van het *gebruik* van (illegale) drugs en op wat de rol en taken van deze partijen op het gebied van drugspreventie zijn. Dit vormt een eerste stap van een analyse van het preventiesysteem. Parallel aan deze *system mapping* is door het Trimbos-instituut een verkenning naar lokale stakeholders in drugspreventie uitgevoerd onder gemeenten. Van die resultaten is eveneens een notitie geschreven (Vercoulen et al., december 2022).

Onder 75 organisaties waarvan bekend is dat deze enige rol spelen op het gebied van drugspreventie is een online vragenlijst uitgezet (responspercentage 75%). De data zijn geanalyseerd en beschreven aan de hand van het model voor nationale drugspreventiesystemen van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2019). De vragenlijst is met name ingevuld vanuit ministeries, stichtingen, onderzoeksbureaus en instellingen voor verslavingszorg door coördinatoren, adviseurs en onderzoekers.

De drie voornaamste verantwoordelijkheden op het gebied van drugspreventie zijn de adviesrol, ontwikkeling van drugspreventie, en coördinatie/organisatie. Publieke NGO's (met name instellingen voor verslavingszorg) zijn nationaal het meest vertegenwoordigd onder verschillende rollen en verantwoordelijkheden. Met name overheidsinstanties hebben een besluitvormende rol. Financieringsbronnen zijn met name lokale, gevolgd door nationale en regionale overheden of organisaties. Genoemde kwaliteitsstandaarden die worden ingezet lopen zeer uiteen, en vallen niet altijd onder de in deze studie gehanteerde definitie. Qua opleiding voor werknemers in besluitvormende of uitvoerende posities op het gebied van drugspreventie is met name het opleidingsniveau (minimaal HBO of WO) van belang. Wat betreft type preventie wordt relatief meer ingezet op selectieve of geïndiceerde preventie ten opzichte van universele preventie. De settings waar drugspreventie interventies het meest worden ingezet zijn het onderwijs en de familie-/gezinssetting. Drugspreventie wordt het meest ingezet richting leeftijdsgroep 16-25 jaar. Respondenten vinden dit ook de belangrijkste leeftijdscategorie om te benaderen. Tot slot vinden respondenten dat een informatieve preventiebenadering het meest, maar niet uitsluitend, de Nederlandse preventiecultuur kenmerkt.

Er wordt aanbevolen om ter verdieping van het in kaart brengen van het systeem (deze *mapping*) een *analyse* van het Nederlandse drugspreventiesysteem uit te voeren, waarin onder meer gekeken wordt naar interacties tussen de in kaart gebrachte componenten van het systeem. In een dergelijke analyse kan ook dieper worden ingegaan op samenwerking, financiering, professionalisering, implementatie, effectiviteit, en behoeften en knelpunten zoals ervaren door professionals en beleidsmakers. Ook van belang zijn de inzichten van (eind)doelgroepen



zelf over de werking en impact van het systeem. Daarnaast wordt onder andere aanbevolen te analyseren in hoeverre kwaliteitsstandaarden bekend zijn en geïmplementeerd worden, of drugspreventie momenteel op de juiste 'niveaus' (universeel, selectief dan wel geïndiceerd) in de juiste settingen wordt aangeboden, bij wie stakeholders vinden dat bepaalde taken en verantwoordelijkheden belegd horen te zijn. Hiervoor is het noodzakelijk in gesprek te gaan met de stakeholders in het drugspreventiesysteem.

De huidige rapportage betreft het in kaart brengen van partijen met een rol in het Nederlandse drugspreventiesysteem op bovenregionaal (actief in meerdere provincies) en/of nationaal niveau. Deze eerste stap vormt de start van een *analyse* van het systeem. In de tweede stap kan worden uitgediept hoe het systeem functioneert qua samenwerkingen, financiering, kwaliteitswaarborging, professionalisering, wat momenteel volgens betrokkenen sterke en zwakke punten van het systeem zijn, en waar ruimte voor verbetering is. Vanuit een dergelijke analyse kan vervolgens worden toegewerkt naar een (momenteel in Nederland ontbrekende) nationale drugspreventiestrategie.

Een systeembenadering helpt daarbij te bewegen van individuele naar collectieve acties van betrokken organisaties om de werking en impact van een systeem waar gewenst te veranderen, verbeteren of optimaliseren. De eerste stap voor het ontwikkelen van een systeembenadering vormt deze *system mapping*, oftewel een beschrijving van de belangrijkste stakeholders op nationaal niveau (EMCDDA, 2019; zie ook afbeelding 1).

Afbeelding 1. Bron: Dr. James Nobles, Research Fellow Bristol Medical School¹

1	Understand the system that you are intervening within
2	Change how we conceptualise what an action is
3	Movement away from individual effectiveness of actions..
4	... Towards collectively aiming to shift how the system works

Een systeembenadering met betrekking tot drugspreventie (ASAP²; EMCDDA³) levert een bijdrage aan:

- 1) Het versterken van competenties en vaardigheden van drugspreventiewerkers;
- 2) Aanpassing en implementatie van kwaliteitsstandaarden voor drugspreventie;
- 3) Een beleidsklimaat dat de inzet van effectieve drugspreventie vergemakkelijkt;
- 4) Het instellen van mechanismen die duurzame drugspreventie mogelijk maken;
- 5) Beoordelen en evalueren van het drugspreventiesysteem voor doorontwikkeling;
- 6) Aanbrengen van bredere focus wat betreft ondersteunende factoren en actoren;
- 7) Beoordeling van in hoeverre het systeem voorbereid is op nieuwe ontwikkelingen;
- 8) Het plannen en beschikbaar stellen van nodige middelen t.b.v. effectieve preventie.

1 ZonMW (2022). Systeemen denken in gezondheidsbeleid.

2 ASAP Training (2020). Drug prevention system analysis.

3 EMCDDA (2019). Drug prevention: exploring a systems perspective.

Het EMCDDA pleit voor een systeembenadering voor drugspreventie ter bevordering van de implementatie van evidence-based preventie en interventies als onderdeel van bredere preventiestrategieën:

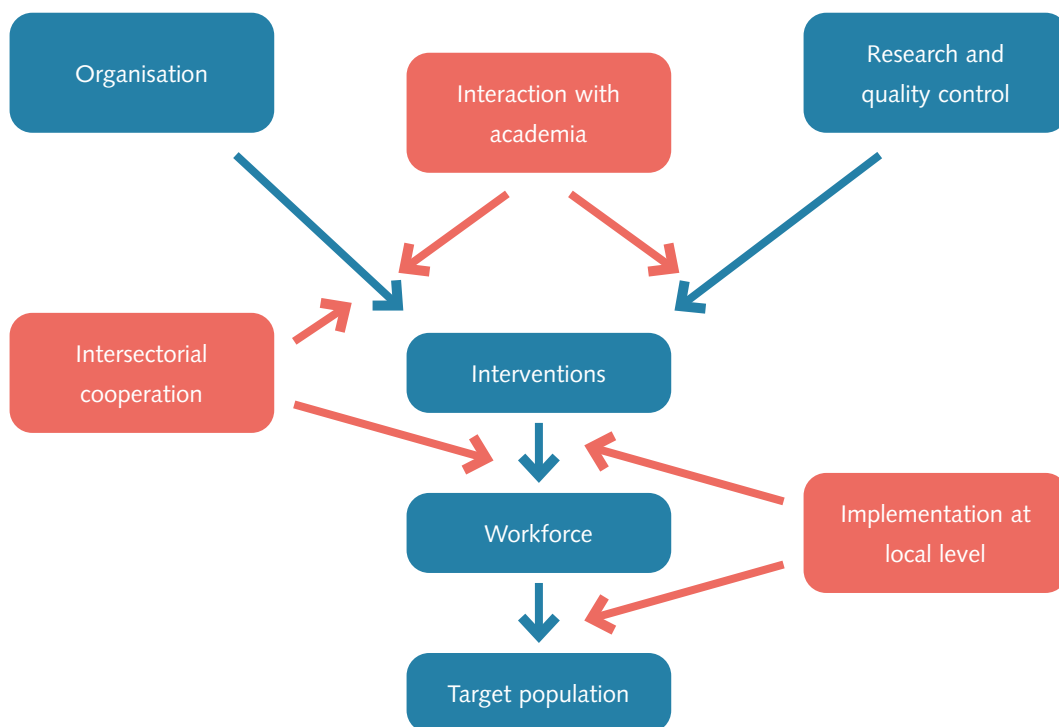
“Uiteenlopende opvattingen over wat belangrijk is bij preventie kunnen een belemmering vormen voor efficiënt gebruik van wetenschappelijk bewijs [...] en voor effectieve implementatie van preventieve interventies. [...] Systeemen denken, een benadering die de aandacht vestigt op de verscheidenheid aan complexe processen die nodig zijn om wetenschappelijk onderbouwde programma's te implementeren als onderdeel van bredere preventiestrategieën, biedt de mogelijkheid verschillende perspectieven binnen één model te verenigen.”

– Vertaald uit: EMCDDA (2019). Drug prevention: exploring a systems perspective.

De *mapping* voor Nederland is bekeken aan de hand van het model van het EMCDDA voor nationale drugspreventiesystemen, dat uit vijf hoofdcomponenten bestaat (afbeelding 2):

- 1) Organisatie
- 2) Onderzoek en kwaliteit
- 3) Interventies
- 4) Beroepsbevolking
- 5) Doelgroepen

Afbeelding 2. Bron: EMCDDA (2019).



Desk research

Door middel van *desk research* en input van collega's van het Trimbos-instituut met expertise op het gebied van drugspreventie zijn zo veel mogelijk organisaties (stakeholders) in kaart gebracht die een rol spelen in drugspreventie op bovenregionaal (werkzaam in meerdere provincies) of nationaal niveau. In sommige gevallen betekent dit dat een groep organisaties (zoals de instellingen voor verslavingszorg) gezamenlijk landelijk actief of 'dekkend' zijn, maar op zichzelf mogelijk (vooral) regionaal actief zijn. In totaal zijn 75 relevante organisaties in kaart gebracht (bijlage I). Daarnaast is literatuur verzameld van met name het EMCDDA met betrekking tot (drugs)preventiesystemen ten behoeve van de data-analyse.

Dataverzameling

Voor dataverzameling zijn online vragenlijsten uitgezet onder de 75 relevante organisaties. Deze zijn gebaseerd op twee Engelstalige vragenlijsten die werden ontwikkeld in het kader van het Europese 'ASAP Training Project' (2019-2021). In dat project zijn in 18 Europese landen *mappings* en analyses van nationale drugspreventiesystemen uitgevoerd. Een uitgebreide versie van de vragenlijst is naar de drie partijen uitgezet die het meest zicht hebben op het drugspreventiesysteem op nationaal niveau, namelijk: 1) het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS; Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP)), 2) het Trimbos-instituut (Team Drugs- en Alcoholpreventie (DAP)) en 3) Verslavingskunde Nederland (VKN) (Programmalijn Preventie en Vroegsignalering).

Een beknopte versie van de vragenlijst is per e-mail verzonden naar de overige 72 organisaties, waar mogelijk direct naar een bekende contactpersoon. Bij deze e-mail werden de vragenlijst en een informatiebrief toegevoegd. Na de eerste wervingsronde is nog tweemaal een herinnering verstuurd bij geen respons. Waar de vragenlijst na sluiting nog niet was ingevuld, is naar enkele organisaties een e-mail verstuurd met drie meerkeuzevragen om waar mogelijk toch een globaal beeld te krijgen van rollen, verantwoordelijkheden en financieringsbronnen van deze organisaties. In totaal is van 56 van de 75 organisaties (75%) respons ontvangen, waarvan door 49 organisaties (65%) de vragenlijst is ingevuld en door 7 organisaties (9%) reactie is gegeven op de drie meerkeuzevragen per e-mail.

Kanttekening

Bij het invullen van de vragenlijst is door meerdere respondenten de feedback gegeven dat bepaalde vragen of antwoordcategorieën niet goed aansloten op de werkwijze van de betreffende organisatie. In enkele gevallen is onder opmerkingen aan het eind van de vragenlijst expliciet aangegeven dat antwoorden op een bepaalde vraag als niet van toepassing beschouwd moesten worden. Waar dit is aangegeven zijn deze antwoorden in de analyse buiten beschouwing gelaten. Met deze feedback kan de vragenlijst voor een eventuele herhaling herzien worden om qua vraagstelling en antwoordopties beter aan te sluiten op de werkwijze van verschillende organisaties.

De data zijn geanalyseerd aan de hand van de vijf hoofdcomponenten van een drugspreventiesysteem, naar het model van het EMCDDA (2019; afbeelding 2 pagina 5):

- 1) Organisatie
- 2) Onderzoek en kwaliteit
- 3) Interventies
- 4) Beroepsbevolking
- 5) Doelgroepen

Omdat een deel van de vragenlijsten gedeeltelijk in plaats van volledig is ingevuld en enkele organisaties de vragenlijst niet hebben ingevuld maar per e-mail op de drie meerkeuzevragen gereageerd hebben, verschilt in de resultatensectie veelal per onderwerp het aantal organisaties/ respondenten waarover uitspraken worden gedaan.

Beschrijvend

Typen organisaties

De respondenten ($n=49$) typeren de organisatie waarvoor zij werkzaam zijn als volgt:

- | | | |
|--------------------------------|--------|---|
| 1. Overheidsinstanties | $n=15$ | (zoals: ministeries) |
| 2. Overige | $n=13$ | (zoals: brancheorganisaties en stichtingen) |
| 3. Publiek gefinancierde NGO's | $n=11$ | (zoals: onderzoeksbureaus en IVZ's) |
| 4. Privaat gefinancierde NGO's | $n=4$ | (zoals: onderzoeksbureaus) |
| 5. Semioverheid | $n=3$ | (zoals: onderzoeksafdelingen van ministeries) |
| 6. Lokale overheid | $n=3$ | (zoals: instellingen voor verslavingszorg) |

Functies respondenten

Respondenten ($n=50$) hebben de volgende functies bij de organisatie waar zij werken:

- | | |
|----------------------|--------|
| 1. Coördinator | $n=12$ |
| 2. Adviseur | $n=10$ |
| 3. Onderzoeker | $n=9$ |
| 4. Leidinggevende | $n=7$ |
| 5. Preventiewerker | $n=4$ |
| 6. Bestuurder | $n=3$ |
| 7. Directeur | $n=3$ |
| 8. Beleidsmedewerker | $n=2$ |

Niveau werkzaam

De organisaties zijn op verschillende niveaus in het land werkzaam. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk ($n=44$):

1. Nationaal	$n=34$
2. Regionaal	$n=23$
3. Lokaal	$n=16$
4. Nationaal + regionaal + lokaal	$n=9$
5. Nationaal + regionaal	$n=2$
6. Nationaal + lokaal	$n=1$
7. Regionaal + lokaal	$n=3$

Rollen en verantwoordelijkheden

De drie voornaamste verantwoordelijkheden van de bevroagde organisaties zijn

1) de adviesrol, 2) ontwikkeling van drugspreventie, en 3) coördinatie/organisatie van drugspreventie-activiteiten. Publieke NGO's (met name instellingen voor verslavingszorg) zijn het vaakst vertegenwoordigd onder de verschillende rollen en verantwoordelijkheden (tabel 1).

Tabel 1. Verantwoordelijkheden van organisaties met betrekking tot drugspreventie.

Rol/verantwoordelijkheid	Aantal	Voornaamste type organisatie met deze verantwoordelijkheid
Adviesrol drugspreventie	28	Publieke NGO's
Ontwikkeling drugspreventie	26	Publieke NGO's
Coördinatie/organisatie	25	Publieke NGO's
Onderzoek drugspreventie	24	Publieke NGO's
Scholing aan professionals	23	Publieke NGO's
Monitoren van drugsgebruik	22	Overheidsinstanties
Besluitvorming drugspreventie	20	Overheidsinstanties
Implementatie drugspreventie	20	Publieke NGO's
Monitoren van drugspreventie	18	Publieke NGO's
Ondersteuning bij implementatie	18	Publieke NGO's
Financiering van drugspreventie	8	Overheidsinstanties
Overige (informatievoorziening, kennisdeling, kwaliteitsverbetering, signaleren en doorverwijzen...)	18	Overheidsinstanties

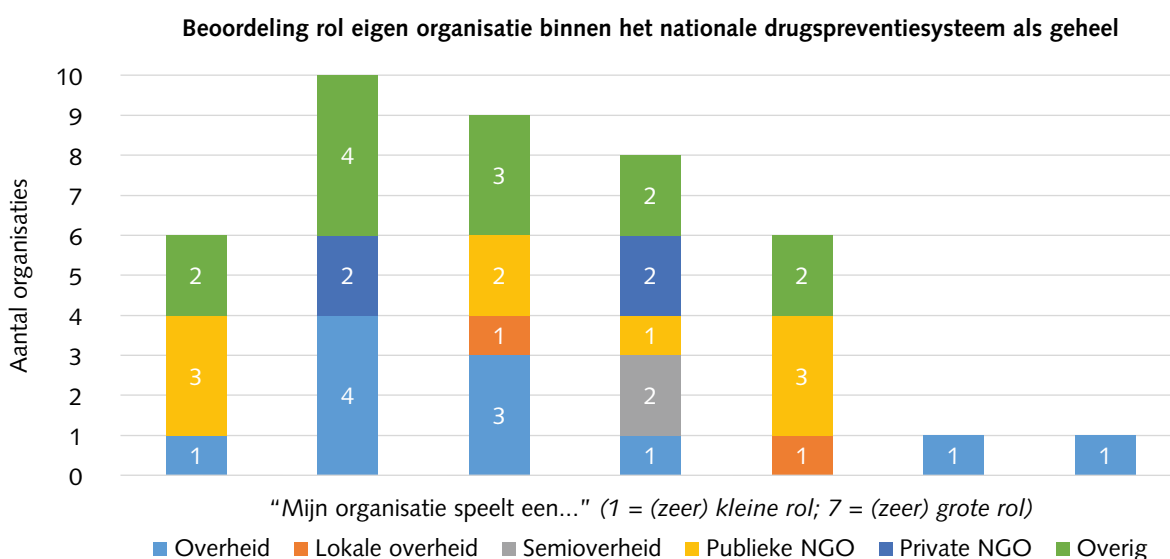
De belangrijkste rollen en verantwoordelijkheden per organisatietypen staan weergegeven in tabel 2. Publieke NGO's vervullen veel verschillende rollen en verantwoordelijkheden, maar het minst vaak op het gebied van financiering van drugspreventie-activiteiten. Publieke- en overheidsorganisaties vervullen eveneens veel verschillende rollen, maar besluitvorming rondom drugspreventie (inclusief beleidsvorming) wordt het vaakst genoemd. Ook blijkt dat respondenten binnen een organisatietype niet altijd op één lijn liggen wat betreft de ervaren belangrijkste rollen of verantwoordelijkheden: zo geven de drie respondenten werkzaam in een semioverheids-organisatie verschillende rollen aan.

Tabel 2. Rollen en verantwoordelijkheden per type organisatie.

Rol/verantwoordelijkheid	Publiek/ overheid	Lokale overheid	Semi- overheid	Private NGO	Publieke NGO	Overige
Coördinatie/organisatie van drugspreventie-activiteiten	5	2	0	2	9	6
Adviesrol m.b.t. drugspreventie	6	2	0	1	9	6
Ontwikkeling van drugspreventie-programma's of interventies	4	2	1	2	8	6
Onderzoek m.b.t. drugs- preventie (naar gebruik of programma's/interventies)	4	0	1	3	8	5
Aanbieden van scholing aan professionals op gebied van drugspreventie	3	2	1	3	7	5
Monitoren van drugsgebruik	6	2	0	1	5	4
Begeleiding/ondersteuning bij implementatie van drugspreventieprogramma's	4	1	1	1	6	4
Implementatie van drugspreventieprogramma's of interventies	3	1	0	2	9	3
Besluitvorming rond drugspreventie (incl. beleidsontwikkeling)	8	1	0	1	7	2
Monitoren van drugspreventie interventies of programma's	4	2	1	1	6	2
Financiering van drugspreventie-activiteiten	4	0	1	0	2	0

In onderstaande grafiek is te zien hoe door elk type organisatie ($n=41$) de eigen rol in het Nederlandse drugspreventiesysteem beoordeeld wordt op een schaal van 1 (een (zeer) kleine rol) tot en met 7 (een (zeer) grote rol). Alleen overheidsorganisaties geven aan een grote tot zeer grote rol (6 of 7 op de schaal) te bekleden. Bijna een kwart ($n=10$) geeft aan te vinden een kleine rol (2 op de schaal) te bekleden.

Figuur 1. Grootte van de rol van organisaties binnen het nationale drugspreventiesysteem.



Organisatie/coördinatie

Besluitvorming

Twintig van de 56 organisaties (36%) geven aan een besluitvormende rol rond drugspreventie (inclusief beleidsontwikkeling) te hebben. Dit zijn vooral overheidsinstanties ($n=8$) en publieke NGO's ($n=7$). Bij opmerkingen is aangegeven dat dit (ook) gaat om beleidsadvies bij besluitvorming op lokaal niveau/bij gemeenten en ministeries, om advies over alcohol-, drugs- en medicijn (ADM) beleid en beleidsadvies op het thema rijden onder invloed.

Financiering

De meest genoemde financieringsbronnen voor drugspreventie zijn lokale ($n=24$), gevolgd door nationale ($n=23$) en regionale overheden of organisaties ($n=18$) (tabel 2).

Tabel 3. Financieringsbronnen voor drugspreventie per type organisatie.

Type organisatie	Financier(s)
Overheidsinstanties	Nationale overheden/organisaties Regionale overheden/organisaties Lokale overheden/organisaties
Publieke NGO's	Lokale overheden/organisaties Nationale overheden/organisaties Regionale overheden/organisaties Europese overheden/organisaties Donaties of subsidies Internationale overheden/organisaties
Private NGO's	Regionale overheden/organisaties Nationale overheden/organisaties Donaties of subsidies
Semioverheid	Lokale overheden/organisaties Donaties of subsidies
Lokale overheid	Lokale overheden/organisaties Regionale overheden/organisaties
Overige	Lokale overheden/organisaties Regionale overheden/organisaties Nationale overheden/organisaties Europese overheden/organisaties Internationale overheden/organisaties

Onder overige financieringsbronnen zijn contributie van GGZ-instellingen, het bedrijfsleven' en 'klanten' genoemd. Bij donaties en subsidies kan het volgens respondenten gaan om goede doelen of bedrijven en om subsidies van bijvoorbeeld ZonMW of het onderzoeksprogramma Politie & Wetenschap van de politieacademie.

Kwaliteit

Kwaliteit

Op de vraag of er kwaliteitsstandaarden⁴ met betrekking tot drugspreventie in gebruik zijn bij de organisatie antwoordden 30 van 47 respondenten (64%) bevestigend. Volgens 12 respondenten worden kwaliteitsstandaarden niet gebruikt, en 5 respondenten gaven aan dit niet te weten. Met name bij publieke NGO's wordt met kwaliteitsstandaarden gewerkt. De standaarden die genoemd worden lopen zeer uiteen en vallen niet altijd onder de gehanteerde definitie. Het meest genoemd zijn de (criteria rond) onderbouwde interventies van de databases van het RIVM (Centrum Gezond Leven) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) (tabel 3).

Tabel 4. Genoemde kwaliteitsstandaarden met betrekking tot drugspreventie.

Door respondenten genoemd als kwaliteitsstandaard	Aantal respondenten
Criteria en uitvoer erkende interventies van databanken RIVM/CGL en het NJI	8
Registratie Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ)	3
Evidence-based programma's van het Trimbos-instituut	3
Wetenschappelijke standaarden bij onderzoek	2
Betrekken van experts/deskundigen	2
Basispakket Verslavingspreventie van Verslavingskunde Nederland (VKN)	2
European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)	2
Helder op School programma's	1
Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)	1
Handboek IrisZorg	1
Opleiding voor voorlichters	1
Certificering Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO)	1
Informatie-instrument Preventie	1
Langdurige ervaringsdeskundigheid	1
Certificering Nederlandse Raad voor Training en Opleiding (NRTO)	1
Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit	1
Certificering ISO 9001 kwaliteitsmanagement	1
WOESD keurmerk sociaal domein	1
Richtlijnen Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming	1
Drugs Monitoring en Informatiesysteem (DIMS) protocollen	1
UNODC Drug Prevention Quality Standards	1
European Drug Prevention Curriculum	1
Richtlijnen Verslavingskunde Nederland	1
Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP)	1

4 Gehanteerde definitie voor 'kwaliteitsstandaarden voor drugspreventie': "Kwaliteitsstandaarden zijn overeengekomen principes en regels gebaseerd op evidentie, die worden ingezet als heldere en meetbare voorwaarden voor kwalitatief goede drugspreventie. Dit kan gaan over inhoud en processen, maar ook over structurele aspecten van kwaliteitswaarborging, zoals personeelssamenstelling en ethische kwesties." Voorbeelden zijn de European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) en de Drug Prevention Quality Standards van het Office on Drugs and Crime (UNODC) van de Verenigde Naties.

Onderbouwing

Tevens is uitgevraagd of drugspreventie-activiteiten beoordeeld zijn op wetenschappelijke onderbouwing en/of onderzocht zijn op (lange-termijn) effectiviteit. Hierop gaven 16 van 42 respondenten (38%) aan dat dit het geval is, 15 (36%) dat dit niet het geval is, en 11 (26%) dat dit deels het geval is. Wanneer 'ja' is geantwoord betreft het met name theoretische onderbouwing vanuit onderzoek en in mindere mate effectiviteitsonderzoek.

Interventies

Preventiesettings

Aan de respondenten is gevraagd settings voor drugspreventie te rangschikken met op de eerste plaats de setting waar hun organisatie het meest op inzet. Het meest wordt ingezet op het primair en voortgezet onderwijs en daarna het middelbaar en hoger onderwijs. Lokale overheden, private NGO's en overige organisaties zetten vaker in op de familie- en gezinssetting dan andere typen organisaties. Publieke NGO's, overheidsinstanties en overige organisaties zetten vaker in op drugspreventie in de horeca, op evenementen en in het uitgaansleven. Op de werkplek wordt het minst vaak ingezet. Voor 'andere setting' zijn geen toelichtingen gegeven.

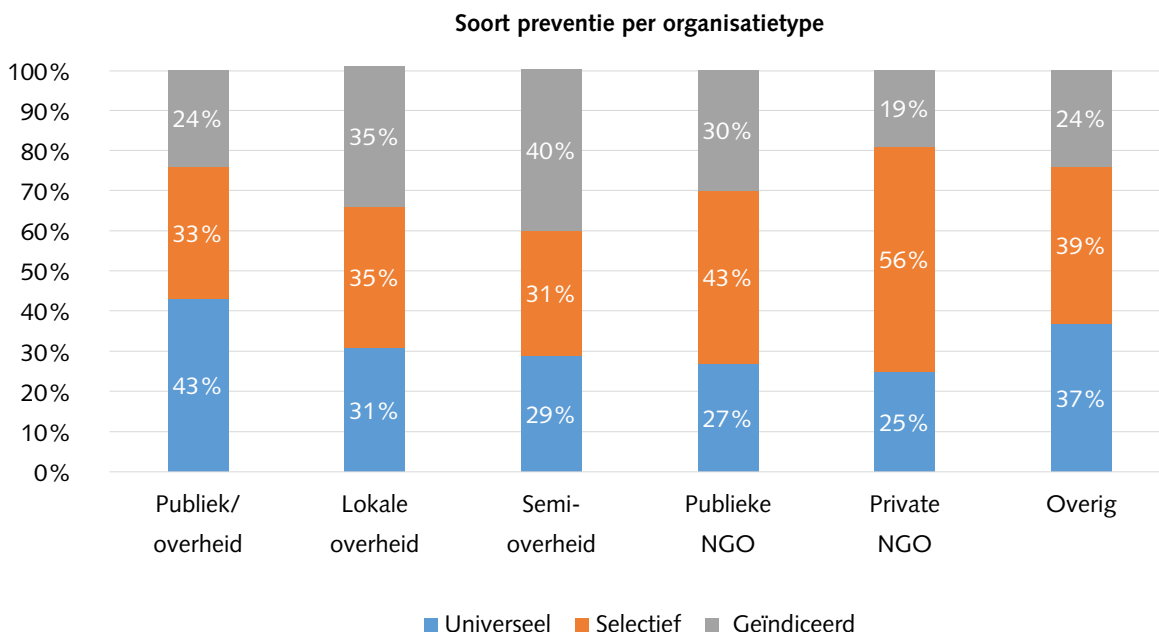
Tabel 5. Rangschikking van settings voor drugspreventie waarop wordt ingezet.

Rangplek	Preventiesetting
1	Primair en voortgezet onderwijs (basisschool en middelbare school)
2	Middelbaar en hoger onderwijs (MBO, HBO en WO)
3	Familie/gezinssetting
4	Jeugdhulpsettings (incl. JJI's en LVB-instellingen)
5	Zorg- en welzijnssettings
6	Media (waaronder online)
7	Lokale gemeenschap
8	Publieke ruimte/Horeca, evenementen en uitgaansleven
9	Werkplek/een andere setting

Niveaus van preventie

In figuur 2 staat de verdeling tussen niveaus van preventie (universeel, selectief en geïndiceerd) per type organisatie weergegeven. Private NGO's zetten relatief vaker in op selectieve preventie (56%). Overheidsorganisaties zetten relatief vaker in op universele preventie (43%), en bijna een kwart (24%) van de door hen uitgevoerde of geïnitieerde interventies is geïndiceerd.

Figuur 2. Inzet op preventie-niveau per type organisatie.



Preventiecultuur

Onder de organisaties is uitgevraagd wat volgens hen uit de drie onderstaande benaderingen (uitgangspunten) de twee meest voorkomende zijn die de drugspreventie- 'cultuur' in Nederland het meest karakteriseren:

1. **Informatieve benaderingen** (informerend, overtuigen, bewustwording, educatie).
2. **Ontwikkelingsbenaderingen** (vaardigheids-, competentie-, en capaciteiten-training; oftewel bevordering van een gezonde sociale en persoonlijke ontwikkeling van individuen binnen de einddoelgroepen).
3. **Omgevingsbenaderingen** (strategieën gericht op de context van het gedrag door omgevingsfactoren die gedrag sturen te beïnvloeden, zoals (handhaving van) regelgeving, fysieke en/of economische maatregelen om aan te zetten tot gezonder gedrag, of interventie in de sociale omgeving (zoals onder opvoeders of barpersoneel)).

Het meest geselecteerd ($n=46$) is de informatieve benadering (67%), met name door organisaties van het type 'overige'. Daaronder vallen bijvoorbeeld brancheorganisaties en drugspreventieproject Unity. Daarna volgen de omgevingsbenadering (59%, geselecteerd door met name overheidsorganisaties) en de ontwikkelingsbenadering (57%, ook geselecteerd door met name overheidsorganisaties).

Preventieniveau

De respondenten konden per preventiesetting aangeven op welk niveau zij drugspreventie-activiteiten aanbieden. Hierbij konden meerdere antwoorden gekozen worden, omdat er per setting en aanbod op zowel universeel, selectief als geïndiceerd niveau kan zijn. De preventiesettingen waren voor ongeveer de helft van de organisaties niet van toepassing. Het algehele aanbod in de werksetting is beperkt, en in het onderwijs wordt met name ingezet op selectieve preventie.

Tabel 6. Niveaus van preventie-inzet per drugspreventiesetting (n=40).

Preventiesettingen en preventieniveau's	Universeel	Selectief	Geïndiceerd	Niet van toepassing
Primair en voortgezet onderwijs (basisschool en middelbare school)	38%	45%	23%	48%
Middelbaar en hoger onderwijs (MBO, HBO, WO)	33%	48%	30%	48%
Werkplek	10%	20%	18%	68%
Familie/gezinssetting	20%	30%	40%	48%
Jeugdhulpsettings (incl. JJI's en LVB-zorg)	13%	38%	38%	55%
Zorg- en welzijnssettings	15%	38%	33%	50%
Lokale gemeenschap	33%	33%	23%	53%
Publieke ruimte	38%	8%	3%	58%
Horeca, evenementen en uitgaansleven	33%	28%	13%	53%
Media (waaronder online)	35%	28%	13%	53%

Doelgroepen

Leeftijdsgroepen

Aan de respondenten is gevraagd om leeftijdsgroepen te rangschikken waarop drugspreventie-activiteiten vanuit hun organisatie zich met name richten. Op plek 1 staat de leeftijdsgroep waarop het meest wordt ingezet, op plek 6 die waarop het minst wordt ingezet. Voor de analyse zijn de gemiddelde scores op de schaal van 1 tot en met 6 berekend. Hoe lager de score, hoe belangrijker de leeftijdsdoelgroep. Hieruit blijkt dat de drugspreventie-activiteiten het vaakst gericht worden op jongeren tussen 16 en 18 jaar, en het minst vaak op kinderen tussen 6 en 10 jaar.

Tabel 7. Rangorde van leeftijdsgroepen waarop het meest wordt ingezet.

Rang	Leeftijdsgroep	Gemiddelde op schaal 1 t/m 6 (1 = meest op ingezet; 6 = minst op ingezet)
1	16-18 jaar	2,2
2	19-25 jaar	2,3
3	11-15 jaar	3,4
4	26-34 jaar	3,4
5	35+ jaar	4,3
6	6-10 jaar	5,4

Doelgroepen

Op de open vraag wat de belangrijkste doelgroep is voor drugspreventie-aanbod antwoordde het merendeel ($n=41$) 'jongeren' (70%) of 'jongeren die extra kwetsbaar zijn' (30%). Andere groepen waar het drugspreventie-aanbod de organisatie zich met name op richt zijn kwetsbare groepen in het algemeen (27%), ouders (24%), automobilisten (17%), professionals (15%) en uitgaanders (12%). Voor een compleet overzicht, zie tabel 7.

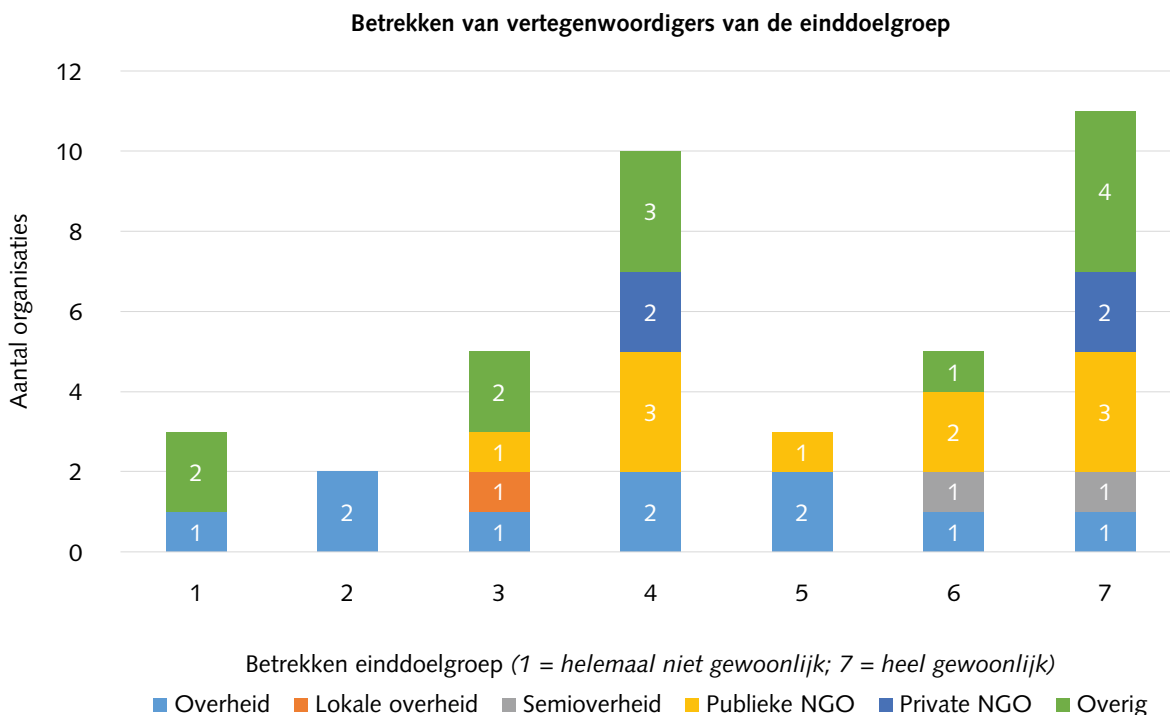
Tabel 8. Doelgroepen waarop drugspreventie-activiteiten zich met name richten ($n=41$).

Risicogroep	Aantal respondenten
Jongeren/adolescenten/scholieren	29
Jongeren die extra risico lopen	12
Kwetsbare groepen (waaronder (ex-) gebruikers, mensen met multiproblematiek)	11
Ouders/verzorgers	10
Automobilisten (met verleden van drugsgebruik), beginnend bestuurders	7
Professionals	6
Uitgaanders/bezoekers festivals	5
Bedrijven (inclusief arbo-artsen)	4
Overheid/politiek/beleidsmakers	3
Basisschool	3
Horeca	3
Studenten	2
Scholen	2
MBO	2
Volwassenen	2
Publieke organisaties	1
Financiers	1
Hulpverleners	1
Maatschappij	1

Betrekken doelgroepen

Er is uitgevraagd hoe gewoonlijk het bij de organisaties is dat vertegenwoordigers van (eind) doelgroepen betrokken worden bij (een fase van) drugspreventie-activiteiten. In onderstaande grafiek is te zien in hoeverre organisaties ($n=40$) aangeven dat dit het geval is, op een schaal van 1 (helemaal niet gewoonlijk) tot en met 7 (heel gewoonlijk). Ruim een kwart van de respondenten (27%) geeft aan dat het betrekken van de einddoelgroep 'heel gewoonlijk' is, en nog een eens kwart dat dit gemiddeld is (4 op 7).

Figuur 3. Mate van betrokkenheid van einddoelgroepen bij drugspreventie-activiteiten.



Beroepsbevolking

Opleidingsachtergrond

Aan de respondenten ($n=44$) is gevraagd welke opleidingsrichting(en) personen in besluitvormende of uitvoerende posities op het gebied van drugspreventie gevolgd moeten hebben bij de betreffende organisatie. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. Er is weinig verschil tussen geaccepteerde opleidingsrichtingen voor uitvoerende dan wel besluitvormende posities. Een aantal respondenten gaf aan dat voor beide posities vooral het opleidingsniveau van belang is: medewerkers moeten minimaal op HBO- of WO-niveau geschoold zijn. De meest voorkomende geaccepteerde opleidingsrichtingen zijn:

- Sociale wetenschappen
- Onderwijskundig/educatief/pedagogisch
- Geneeskundig
- Psychologie
- Social Work

Andere opleidingsrichtingen die enkele keren werden genoemd zijn *public health*, gezondheidswetenschappen, criminologie, veiligheidskunde, verpleegkunde en ervaringsdeskundigheid.

Training en scholing

Zeventien van 41 respondenten (41%) gaven aan dat er binnen hun organisatie training of scholing gerelateerd aan drugspreventie aangeboden wordt aan medewerkers. Bij 21 organisaties is dit niet het geval, en drie respondenten waren hier niet zeker van. Motiverende gespreksvoering en training in het geven van voorlichting worden het meest aangeboden

(n=4), gevolgd door trainingen in 'herkennen, signaleren en begeleiden' (vaak breder dan middelengebruik) (n=3). Verder is het aanbod erg divers. Het kan gaan om training in erkende interventies, waaronder MOTI-4, MOTI-55, Open en Alert of Helder op School. Daarnaast worden een aantal interne opleidingen genoemd, zoals een opleiding tot vertrouwenspersoon, weerbaarheidstraining voor psychologen of licentieopleidingen.

Opmerkingen van respondenten

Tot slot is aan het eind van de vragenlijst gevraagd of respondenten nog iets kwijt wilden over de huidige werking en/of toekomst van het Nederlandse drugspreventiesysteem en/of de inbedding van hun organisatie in het drugspreventiesysteem. Hieronder zijn de gegeven opmerkingen woordelijk weergegeven.

"Landelijke financiering, evenredige verdeling van middelen over het land, landelijke dekking en goede landelijke organisatiestructuur, meer aandacht en ruimte in drugsbeleid voor input uit de doelgroep (de vrijwilligers van Unity). Wens om de verschillende uitingen voor de doelgroep zo veel mogelijk te bundelen. (Online) aanbod is versnipperd."

"[...] zeer benieuwd wat er uit dit onderzoek komt en hoe de verschillende partijen kijken naar de rollen die zij zelf en anderen hebben in het drugspreventiesysteem."

Dit kan bijdragen aan een gezamenlijk beeld van de verschillende betrokkenen. Ook kunnen partijen elkaar hopelijk verder versterken daardoor."

"Het is van groot belang dat Min. VWS uit de verkoking komt en stopt met het scheiden van drugspreventie en alcohol/tabakspreventie. In het landelijk/lokale veld worden interventies middelenbreed ingezet. Denken over puur drugspreventie is niet meer van deze tijd. Daarnaast is essentieel dat er bij preventie veel meer aandacht moet uitgaan naar langdurige implementatie vanuit de Rijksoverheid i.p.v. constante ontwikkeling van nieuwe interventies en kortdurende monitors. Dit gaat namelijk ten koste van goede lokale uitvoer van effectieve interventies. Er zou ook veel meer aandacht moeten zijn voor het lokale veld, want dat is waar uiteindelijk het aanbod goed uitgevoerd moet worden en het echte werk gedaan moet worden."

"[...] niet meer van deze tijd om dit soort vragenlijsten op één middel (drugs in dit geval) toe te passen, aangezien juist het combinatiegebruik (alcohol) aan de orde is."

"Samenwerking onderling als IVZ's maar ook samenwerking met de Nederlandse overheid is van belang voor inbedding in de verschillende beleidsterreinen voor een geslaagde integrale aanpak. Het faciliteren van de subsidies door lokale overheden kan beter..."

Straks wordt door de decentralisering van de WMO de hele integrale aanpak teniet gedaan als we bij iedere kleine gemeente in gesprek moeten over subsidie (i.p.v. de nu nog veelal centrumgemeente-subsidies regio-breed)."

“Inbedding van ervaringsdeskundigheid in de preventie is aan te raden, daar krijgen we groeiende lovende reacties over.”

“De discussie over de norm van drugsgebruik jongeren dreigt de verkeerde - lees repressieve - kant op te gaan. Lees het drugmanifest dat we in 2020 met een aantal professionals opstelden www.manifestdrugs.nl.”

“Gestandaardiseerde preventie en systemen zijn niet geheel toereikend. Mensen zijn ingewikkelde open systemen (Floortje Scheepers). Preventie werkt het beste bij een persoonlijke aanpak, dat kan anoniem, maar dient zo persoonlijk mogelijk te gebeuren. Dit moet ook ruimte geven aan innovatie en best practice en verder gaan dan alleen evidence-based.”

Beschouwing en aanbeveling



De huidige *stakeholder mapping* vormt de eerste stap van een analyse van het Nederlandse drugspreventiesysteem, namelijk het in kaart brengen en beschrijven van de componenten van het systeem op landelijk niveau. Hieruit valt het volgende op te maken:

- De organisaties die op bovenregionaal of nationaal niveau actief zijn in het Nederlandse drugspreventiesysteem zijn met name overheidsinstanties (bijvoorbeeld ministeries), 'overige' organisaties (zoals stichtingen en brancheorganisaties) en publieke NGO's (bijvoorbeeld onderzoeksbureaus en instellingen voor verslavingszorg).
- De drie voornaamste verantwoordelijkheden zijn volgens de organisaties 1) de adviesrol, 2) ontwikkeling van drugspreventie-activiteiten, en 3) coördinatie/organisatie van drugspreventie-activiteiten. Publieke NGO's (met name instellingen voor verslavingszorg) bekleden de meeste rollen en verantwoordelijkheden.
- Financiers van drugspreventie-activiteiten zijn veelal overheidsinstanties.
- Het inzetten van kwaliteitsstandaarden gebeurt niet bij alle organisaties (namelijk bij 64%), en genoemde standaarden vallen lang niet altijd onder de gehanteerde definitie van 'kwaliteitsstandaard voor drugspreventie'.
- Ruim een derde (36%) van de respondenten geeft aan dat aangeboden drugspreventie-activiteiten niet zijn beoordeeld op wetenschappelijke onderbouwing en/of onderzocht op (lange-termijn) effectiviteit.
- De settings waar drugspreventie-activiteiten met name worden ingezet zijn het onderwijs (vanaf basisschool tot en met WO) en de familie/gezinssetting.
- Minder dan de helft van de respondenten (41%) gaf aan dat er binnen hun organisatie trainingen of scholingen gerelateerd aan drugspreventie aangeboden worden aan medewerkers. Ook is er veel diversiteit in het soort scholingen en trainingen.
- Qua leeftijdscategorie worden drugspreventie-activiteiten met name ingezet richting 16-tot en met 25-jarigen.
- Na jongeren in het algemeen zijn kwetsbare groepen en ouders/verzorgers volgens de respondenten de belangrijkste groepen voor het drugspreventie-aanbod.
- Het betrekken van (eind)doelgroepen is bij de meerderheid van de organisaties 'gemiddeld' tot 'heel gewoonlijk'.

Bovenstaande opvallendheden duiden op het volgende (in willekeurige volgorde):

- Er lijkt een verbeteringslag gemaakt te kunnen worden wat betreft de ontwikkeling en inzet van kwaliteitsstandaarden voor drugspreventie die passen bij de Nederlandse werkwijze;
- Preventieve interventies kunnen naast de onderwijs- en familie/gezinssetting nog meer ontwikkeld en/of ingezet worden voor andere settings, zoals omgevingsinterventies, en interventies voor de werksetting en jeugdhulp-, zorg- en welzijnssettings;
- Omdat relatief veel organisaties beoordelen dat zij een kleine(re) rol vervullen in het drugspreventiesysteem is het interessant te analyseren hoe stakeholders hun eigen rol en de rol van andere stakeholders (ten opzichte van elkaar) zien. Dit geeft inzicht in hoeverre er

overzicht is in wie wat doet, of taken en verantwoordelijkheden duidelijk belegd zijn, en of drugspreventie genoeg afgestemd en gecoördineerd uitgevoerd wordt op nationaal niveau.

- De partijen die zichzelf een (zeer) grote rol toedichten kunnen mogelijk een grotere rol spelen bij het ontwikkelen van strategisch, integraal beleid en het bij elkaar brengen van partijen voor gecoördineerde implementatie hiervan (mede naar aanleiding van de opmerkingen van respondenten over drugspreventie en de samenhang met alcohol- en tabakspreventie).
- Er kan meer ingezet worden op het aanbieden van wetenschappelijk onderbouwde, en liefst ook op effectiviteit onderzochte, preventieve interventies. Hierbij is de bekendheid en inzet van het Loket Gezond Leven zeer van belang, echter vallen deskundigheidsbevordering en omgevingspreventieve aanpakken momenteel niet onder de databank van effectieve interventies. Hiervoor kan bijvoorbeeld informatie uit buitenlandse bronnen gebundeld en aangeboden worden. Ook hebben stakeholders voldoende ruimte en tijd nodig om aanvragen voor erkenning van interventies te doen.
- Er liggen kansen bij professionalisering van (gestandaardiseerde) scholing voor uitvoerders van drugspreventie-activiteiten op het gebied van kennis en vaardigheden in drugspreventie. Een structureel aanbod van hoge kwaliteit mist regelmatig.

Aanbeveling: systeemanalyse

Een (preventie)systeem bestaat niet alleen uit diens componenten, maar ook uit de interactie tussen deze componenten (EMCDDA, 2019). De concrete aanbeveling die aan de hand van deze *mapping* kan worden gedaan is dan ook een *analyse* van het systeem uit te voeren, bijvoorbeeld in de vorm van een SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*) analyse. Hierin kan gekeken wordt naar deze interacties en kan dieper ingegaan worden op aspecten als samenwerking, financiering, professionalisering, implementatie, effectiviteit, en behoeften en knelpunten zoals ervaren door professionals en beleidsmakers (stakeholders) die in en met het systeem werken. Ook van belang zijn de inzichten van (eind)doelgroepen zelf over de werking en impact van het systeem. Hiervoor is het nodig in gesprek te gaan met de verschillende stakeholders om hun kijk op de werking van het drugspreventiesysteem en ideeën voor versterking en verbeteringen in kaart te brengen.

Daarnaast kunnen in een dergelijke analyse vragen geadresseerd worden als: zijn professionals genoeg op de hoogte van bestaande kwaliteitsstandaarden en worden deze voldoende geïmplementeerd? Wat is zijn de redenen dat niet altijd onderbouwde interventies worden aangeboden? Wordt drugspreventie op de juiste 'niveaus' (universeel, selectief dan wel geïndiceerd) aangeboden in de juiste settings? Bij wie vindt men dat bepaalde verantwoordelijkheden belegd horen te zijn, en werkt het systeem op dat vlak momenteel zoals gewenst? De huidige resultaten duiden er op dat een slag gemaakt kan worden in het inzetten van drugspreventie in settings waar zich kwetsbare groepen bevinden, evenals in het meer inzetten van wetenschappelijk onderbouwde en op effectiviteit onderzochte interventies. Tot slot is het van belang inzichten te verkrijgen in hoe het preventiesysteem rond drugs zich verhoudt tot alcohol- en tabakspreventie.

Bijlage 1



Lijst van 75 organisaties waaronder werving voor de online vragenlijsten heeft plaatsgevonden. Van de dikgedrukte organisaties is respons ontvangen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat
Rijkswaterstaat
Ministerie van Onderwijs en Cultuur
Ministerie Justitie & Veiligheid
Vereniging Nederlandse Gemeenten
Landelijk Informatie- en Expertise Centrum (LIEC)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
Politie - Landelijke Korpsleiding
Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR)
Trimbos-instituut - Team Alcohol- en Drugspreventie
RIEC Amsterdam Amstelland
RIEC Midden-Nederland
RIEC Limburg
RIEC Den Haag
RIEC Rotterdam
Taskforce-RIEC Oost-Brabant
Taskforce RIEC Zeeland West-Brabant
RIEC Noord-Holland
RIEC Noord-Nederland
Universiteit van Amsterdam – onderzoeksgroep verslaving
Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO)
KWR Waterinstituut
Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC)
Universiteit Tilburg - TRANZO
Radboud Universiteit Nijmegen – onderzoeksgroep verslaving
Bureau Bervoets
Centrum voor Criminaliteit en Veiligheid (CCV)
Verwey-Jonker Instituut
Nederlands Jeugdinstituut (NJI)
Breuer-Intraval
Bureau Beke
ZONMW – Cluster Preventie
Hogeschool van Amsterdam – onderzoeksgroep middelengebruik
Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)
PARC (Brijder onderzoek)
I&O Research
Universiteit Utrecht - Dynamics of Youth

Hogeschool van Amsterdam - Youth Spot
Kennisplein gehandicaptensector
Hanze Hogeschool – onderzoeksgroep middelengebruik
Verslavingskunde Nederland (VKN)
VNO-NCW
MKB Nederland
MBO raad
Koninklijke Horeca Nederland (KHN)
PO-raad (primair onderwijs)
Vereniging van scholen in het voortgezet onderwijs (VO-raad)
Vereniging van Hogescholen
Universiteiten van Nederland (UNL)
De Nederlandse GGZ
Jeugdzorg Nederland
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
GGD-GHOR
Brijder
Jellinek
Novadic-Kentron
VNN
Mondriaan
Vincent van Gogh
IrisZorg
Emergis
Youz (Antes)
Tactus
Indigo Haaglanden (Parnassia)
Stichting Voorkom!
Team Alert
L!NK partner in maatschappelijke projecten
Unity
Moedige Moeders
Team Daniëlle
Stichting Drugsinformatie en Preventie Jongeren (DPJ)
Stichting Stap 1
Stichting Geen Drugs, Wel Leven
Stichting Celebrate Safe
Be Responsible
Trafieq incl. WAD (Werk Alcohol en Drugs)
Stichting Het Zwarte Gat
Stichting Be Aware
Trubendorffer Verslavingszorg
Rodersana
SolutionS Verslavingszorg
GGZ Interventies
Terwille Verslavingszorg

Bijlage 2. Stakeholders in drugspreventie in Nederland op nationaal niveau

Op nationaal niveau spelen verscheidene stakeholders een rol op het gebied van drugspreventie. Ze hebben daarbij verschillende taken, rollen en verantwoordelijkheden. In deze infographic worden de voornaamste stakeholders kort beschreven, gebaseerd op de survey die onder hen is uitgezet in 2022. Door de stakeholders en het drugspreventiesysteem op nationaal niveau in kaart te brengen (system mapping) is een eerste stap gezet in de analyse van het Nederlandse drugspreventiesysteem. Deze infographic maakt deel uit van de Notitie 'Het Nederlandse drugspreventiesysteem op nationaal niveau' (2022).



