

EUROPEES PREVENTIEHANDBOEK

EEN LEIDRAAD VOOR WETENSCHAPPELIJK
ONDERBOUWDE PREVENTIE IN DE PRAKTIJK



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Colofon

Deze uitgave is de Nederlandse vertaling van het EUPC European Prevention Curriculum onder copyright van het Europees Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). EMCDDA draagt geen verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid voor enige consequentie aan het gebruik van gegevens die dit document bevat. De inhoud van deze publicatie geeft niet noodzakelijk de officiële opinies weer van EMCDDA's partners, een EU lidstaat of enig agentschap of instituut van de Europese Unie.

Deze publicatie werd ontwikkeld door een Europees project genaamd UPC-Adapt, onder de leiding van HOGENT. Het project werd mede gefinancierd door de Europese Commissie (projectnr. JUST-2015-AG-DRUG).

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019. Reproductie is toegestaan op voorwaarde dat de bron vermeld wordt.

© van de Nederlandse vertaling: Politeia 2020.

Auteurs van de Nederlandse vertaling: Annemie Coone, Johan Jongbloet, Peer van der Kreeft, HOGENT opleiding Sociaal Werk. Werkten mee aan de vertaling: Femke De Wulf, Marjolein Depau, Mark Van Bogaert en Rien Bauwens.

Contact: annemie.coone@hogent.be

Aanbevolen citatie: Annemie Coone, Johan Jongbloet, Peer van der Kreeft, HOGENT (2020), Europees Preventiehandboek. Een leidraad voor wetenschappelijk onderbouwde preventie in de praktijk, vertaling van European Prevention Curriculum (EMCDDA), uitgave Politeia.

ISBN: 978-2-509-03707-7

D/2020/8132/55

© Uitgeverij Politeia nv

Keizerslaan 34,1000 Brussel, tel. (02) 289 26 10, info@politeia.be, www.politeia.be

Niets in deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

**HO
GENT**



BESTE LEZER,

Met dit handboek willen we professionals ondersteunen die het lokale of regionale preventiebeleid mee uitzetten en vormgeven in hun dagelijkse werking.

Dit naslagwerk vormt de basis voor een gestandaardiseerde training die werd ontworpen in het kader van het Europees project 'UPC-Adapt' (www.upc-adapt.eu).

We gaan aan de slag met verschillende tools. Voor preventie maken we gebruik van de kwaliteitsstaandaarden EDPOS op Europees niveau en UNODC op internationaal niveau. Voor programma's en strategieën doen we beroep op het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving EMCDDA. Deze organisatie beheert een wetenschappelijk onderbouwde database en gaf er recent nog een praktische handleiding over uit. We beschikken over de wetenschap en de menskracht om preventief aan de slag te gaan.

Met deze uitgave willen we mensen die beslissen over preventie bereiken, zij die knopen doorhakken en opinies vormen op het terrein: lokale en regionale coördinatoren en leiders van organisaties en verenigingen. Zij maken immers het preventiebeleid. We willen diegenen bereiken die een coördinerende rol in het preventiewerk hebben, zij die op een wetenschappelijke basis aan de slag willen en daarover meer willen weten.

Veel succes in het gebruik van dit naslagwerk in jouw preventieopdracht!

Annemie Coone, Johan Jongbloet en Peer van der Kreeft

Hogeschool Gent, juni 2020

INHOUD

Gebruik van dit handboek.....	8	HOOFDSTUK 3: EVIDENCE-BASED PREVENTIE EN BELEID	43
Eerst dit.....	8	De International Standards on Drug Use Prevention.....	44
Methodologie.....	10	De European Drug Prevention Quality Standards.....	50
INLEIDING	11	Evidence-based programma's op maat.....	57
Waarom is preventie belangrijk?.....	12	Evenwicht tussen adaptatie en 'trouw blijven aan het origineel'..	59
Dit handboek.....	12	HOOFDSTUK 4: MONITOREN EN EVALUEREN	61
Opleidingsdoelstellingen.....	14	Evaluatie en onderzoek.....	62
Leerdoelstellingen.....	14	Evaluatiesysteem en onderzoeksdesigns.....	64
De rol van de preventieprofessional.....	14	Soorten onderzoeksdesign.....	67
Ethische drugspreventie.....	15	Aselecte steekproef en metingen.....	70
DEEL I: EFFECTIEVE PREVENTIE BEGRIJPEN	17	Gegevensverzameling, analyse en statistiek.....	71
HOOFDSTUK 1: EPIDEMIOLOGIE	17	Samenwerken met een gespecialiseerd evaluatieonderzoeker - Het samenwerkingsmodel.....	71
Middelengebruik in Europa.....	18	Werken met registers.....	73
Middelengebruik in Vlaanderen.....	21	Ex-ante evaluaties.....	74
Farmacologie en fysiologie.....	21	DEEL II: PREVENTIEVE INTERVENTIES	
Middelengebruik.....	22	BINNEN VERSCHILLENDE SETTINGS	75
Middelengerelateerde stoornissen.....	23	HOOFDSTUK 5: PREVENTIE IN DE CONTEXT VAN HET GEZIN	75
Gezondheidsvraagstukken door middelengebruik.....	25	Definities.....	76
Het etiologiemodel.....	26	Gezinnen als systemen.....	76
Ontwikkelingskader op verschillende niveaus.....	29	Soorten gezinsinterventies.....	77
De behoefte aan uitgebreide geïntegreerde diensten voor gebruikers van middelen.....	30	Algemene inhoud van gezinsinterventies.....	80
HOOFDSTUK 2: PREVENTIEWETENSCHAP	33	Inhoud voor ouders.....	80
Definities en principes.....	34	Inhoud voor kinderen.....	81
Interventies uitwerken op basis van preventietheorieën.....	37	Inhoud voor gezinnen.....	82
Structuur, inhoud en uitwerking.....	41	Evidence-based programma's.....	82
Doelgroepen.....	41	Uitdagingen.....	83

HOOFDSTUK 6: PREVENTIE OP SCHOOL EN OP HET WERK	87	HOOFDSTUK 8: PREVENTIE EN DE MEDIA	111
Preventie op school.....	88	Waarom de media inschakelen in preventie van middelengebruik?.....	112
Doelstellingen van preventie op school.....	90	Theorieën over hoe media inwerken op het publiek.....	113
Gegevens over middelengebruik bij scholieren.....	91	Bewijsmateriaal.....	115
De theorie toepassen.....	92	Hoe de media inschakelen in preventiewerk?.....	118
Evidence-based programma's.....	92	HOOFDSTUK 9: PREVENTIE IN DE LOKALE GEMEENSCHAP	119
Preventie op het werk.....	94	Definities.....	120
Drempels.....	98	Evidence-based programma's.....	122
Drugtests.....	98	Een effectief gemeenschapsteam uitbouwen.....	125
HOOFDSTUK 7: OMGEVINGSGERICHTE PREVENTIE	99	Middelen mobiliseren en capaciteit vergroten.....	126
De omgeving en haar invloeden.....	100	HOOFDSTUK 10: ADVOCACY VOOR PREVENTIE	129
Definities.....	100	Eindoverwegingen.....	132
Socialisatie en omgevingsinterventies.....	101	Referenties.....	133
De omgeving op scholen en de werkplek.....	103	BIJLAGEN	139
Schoolbeleid.....	103	Bijlage 1: Ontwikkelingsfasen 3-16 jaar.....	140
Werkplekbeleid.....	104	Bijlage 2: Woordenlijst.....	141
Resultaten van tabaks- en alcoholbeleid.....	106	Bijlage 3: Infofiche.....	147
Strategieën voor het uitgaansleven.....	107		



Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) wil Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Femke Dewulf, Marjolein De Pau, Tina Van Havere (de UPC-Adapt projectleiders van HOGENT) danken, samen met de overige projectleden:

Michal Miovsky, Roman Gabrhelik, Michaela Malinova (CUNI, Charles University, Czechia)
Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, Local Health Agency n. 2 Savonese, Italy)
Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb, Croatia)
Sanela Talic, Matej Kosir (UYRIP, Institute for Research and Development, Slovenia)
Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, National Institute for Health Development, Estonia)
Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Gren (IPIN, Institute of Psychiatry and Neurology, Poland)
Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antonia Gomila, Joan Amer, Miren Fernandez de Alava (UIB, University of the Balearic Islands, Spain)
Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle (Finder Institute for Prevention Research, Germany)
Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sedek (PARPA, State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems, Poland)
Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, Milano Health Protection Agency, Italy).

De oorspronkelijke uitgave is ontwikkeld in samenwerking met Gregor Burkhart (EMCDDA), Zili Sloboda (Applied Prevention Science International) en Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals).



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

AFKORTINGEN

COM-B	Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour – Gedragswiel
CTC	Communities That Care
DAP	The Colombo Plan's Drug Advisory Programme
EB	Evidence-based
EBI	Evidence-based interventie
EBP	Evidence-based praktijk
EDPOS	European Drug Prevention Quality Standards
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving)
EMDEs	Electronic Music Dance Events
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EUPC	Europees Universeel Preventiecurriculum
EUSPR	European Society for Prevention Research
HBSC	World Health Organization's Collaborative Cross-National Survey on 'Health Behaviour in School-aged Children'
NCD	Non-communicable disease (niet-overdraagbare ziekte)
NREPP	National Registry of Evidence-based Programs and Policies
RCT	Randomized Controlled Trail (gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep)
SUD	Substance Use Disorder (stoornis door middelengebruik)
TOT	Training of Trainers
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (VN-bureau voor drugs- en criminaliteitsbestrijding)
UPC	Universeel Preventiecurriculum
WHO	World Health Organization (Wereldgezondheidsorganisatie)

GEBRUIK VAN DIT HANDBOEK

Dit handboek is het resultaat van een Europees project in samenwerking met EMCDDA. Het is ontwikkeld als algemene inleiding op de preventiewetenschap en richt zich tot de preventieprofessional en de preventiebeleidsmaker. Het handboek is ook een naslagwerk bij de EUPC-trainingworkshops. Wanneer het boek gebruikt wordt voor trainingsdoeleinden, leveren EUPC Master Trainers (fysieke of rechtspersonen die de vereiste opleiding kregen en door het EMCDDA zijn erkend als officiële EUPC-Trainers of trainingsorganisaties) de inhoud van het boek en de daarvan afgeleide materialen aan. Voor meer informatie: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>. Ben je geïnteresseerd in een training? Neem dan contact via: UPC-Adapt@hogent.be.

EERST DIT

Het 'European Prevention Curriculum' of EUPC is een Europees curriculum. Het werd ontwikkeld voor trainingsdoeleinden en heeft als finale doelstelling om de gezondheids-, sociale en economische problemen in verband met middelengebruik te verminderen. Dit handboek toont aan dat preventie ondertussen een gevestigde wetenschap en praktijk is. Die heeft goed opgeleide professionals en goed geïnformeerde beleidsmakers nodig. Motivatie om aan preventie te doen is niet genoeg: de gemotiveerde intermediair heeft expertise nodig om goede preventieve interventies op een degelijke manier uit te werken om zo het gewenste effect te bereiken.

EUPC werd ontwikkeld in het UPC-Adapt project, gefinancierd door de Europese Commissie. Elf partners uit negen Europese landen werkten samen aan het project. Het hoofddoel is een internationaal curriculum of handboek aan te bieden, gebaseerd op het Universal Prevention Curriculum (UPC). Dat werd ontwikkeld door het 'Applied Prevention Science International'-instituut met financiering van het Amerikaanse ministerie van Buitenlandse Zaken aan het Drug

Advisory Programme (DAP) van het Colombo Plan Drug Advisory Programme.

Het internationale curriculum dat wij in Europa voorstellen is een beknopte en toegankelijke versie van het originele en erg uitgebreide UPC. We selecteerden belangrijke hoofdstukken en thema's. Die pasten we aan voor de Europese context. Dit maakt het product van het UPC-Adapt project een echt Europees curriculum voor internationaal gestandaardiseerde opleidingen in preventie. We ontwikkelen drie soorten opleidingen: een onlinetraining, een beknopte niet-academische training en een academische opleiding. De groep van trainers bouwen we op met het cascademodel van 'train de trainers'. Hierbij delen trainers de training zelf verder, met controle op de kwaliteit.

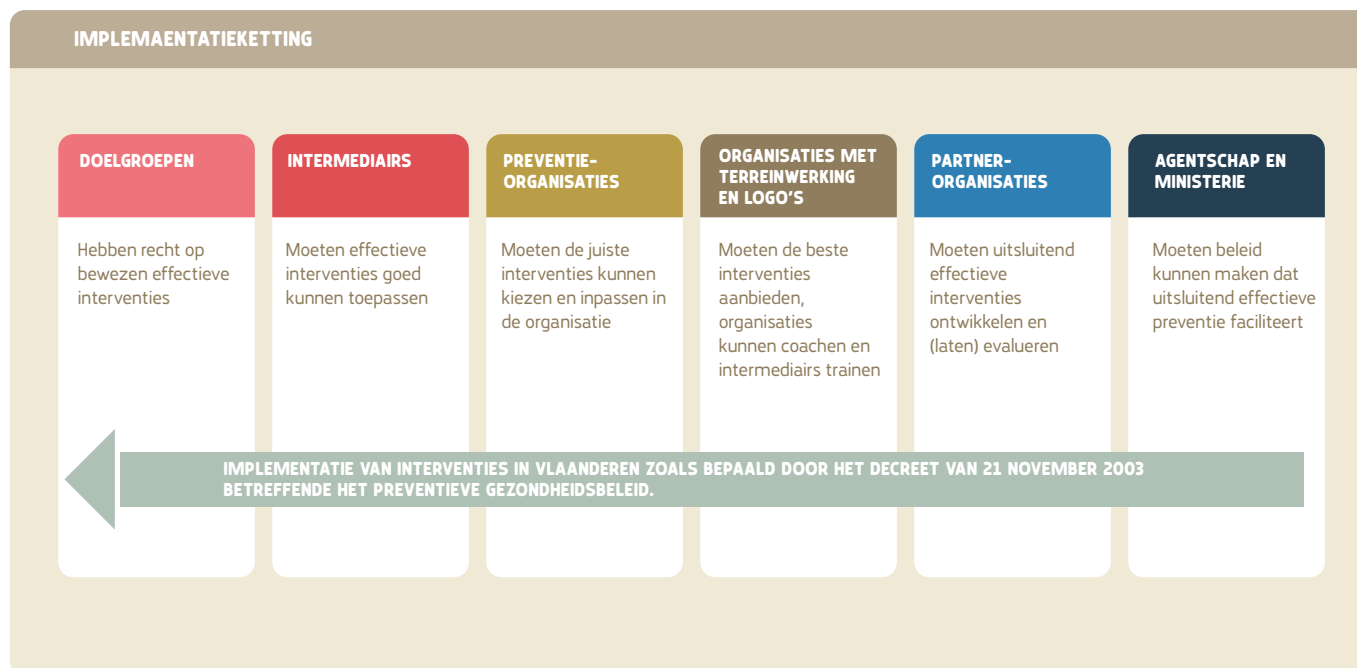
De basisdoelstelling van de opleiding is om de medische, sociale en economische problemen rond middelengebruik te verminderen. Dat willen we doen door de expertise rond preventie internationaal uit te bouwen. Hiervoor trainen we professionals in de effectiefste

evidence-based preventie-interventies en strategieën en professionaliseren we verder volgens de preventiestandaarden: om de internationale expertise verder uit te bouwen moeten alle stakeholders van het preventieve gezondheidsbeleid verder professionaliseren.

Dit handboek focust op de toepassing van de belangrijkste bevindingen zoals gerapporteerd in de 'International Standards for Drug Use Prevention', zoals opgesteld door het VN-bureau voor drugs- en criminaliteitsbestrijding (UNODC), de European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) en het 'Applied Prevention Science International'-instituut (APSI). De nadruk ligt op het voorkomen van problemen met middelengebruik. Het curriculum is evengoed toepasbaar op ander risicogedrag, zoals gokken of verslaving aan games, en kan dus ook een inspiratie zijn voor de preventie van andere vormen van risicogedrag.

Voor wie is EUPC bestemd? Dit handboek is ontworpen om opiniemakers en beslissers fundamentele kennis bij te brengen over de meest effectieve evidence-based (EB) preventie-interventies die vandaag bekend zijn. Opiniemakers en beslissers zijn actief op elk niveau van het preventiewerk. Het kan gaan om preventiecoördinatoren, preventiespecialisten, preventiewerkers of beleids mensen die lokaal, regionaal of nationaal werken. De context kan verschillen van land tot land. De specifieke kenmerken van de doelgroep dus ook.

Om te bepalen voor wie dit handboek relevant is, baseren we ons in Vlaanderen op het decreet van 21 november 2003 over het preventieve gezondheidsbeleid. Voor de implementatie van een preventieve interventie tot bij de doelgroep zijn er namelijk heel wat stakeholders betrokken. Die kunnen we schematisch weergeven in een 'implementatieketting'.



Onze doelgroepen zijn opiniemakers en beslissers, omdat zij het belang van preventiewerk in de samenleving kunnen onderstrepen. Ze hebben invloed op het preventiewerk in hun regio, gemeenschap, organisatie of bij hun doelgroep. De intermediairs (leerkrachten, leiders van de jeugdbeweging, sportcoaches, zorgprofessionals, HR-verantwoordelijken, etc.) zijn vaak wel gemotiveerd om preventief te werken, maar beschikken niet noodzakelijk over alle vaardigheden of mogelijkheden om effectieve interventies toe te passen. Voor de preventie-organisaties waar de intermediairs werkzaam zijn (scholen, jeugdbewegingen, sportclubs, bedrijven, zorginstellingen, etc.) geldt vaak dezelfde problematiek. Zij moeten in staat gesteld worden om de juiste keuzes te kunnen maken, met de juiste interventies. Om dit te bereiken moeten de stakeholders binnen het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid, de organisaties die werken op het terrein, de Logo's, de partnerorganisaties en het beleidslandschap – met het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Ministerie – het nodige doen om de aanvaarding, implementatie en duurzaamheid van effectieve interventies te bevorderen. En dat is waar deze training zich specifiek op richt.

METHODOLOGIE

Onze methodologie is hoofdzakelijk gebaseerd op de Europese richtlijnen om aangepaste kwaliteitsstandaarden in verschillende contexten te verspreiden (EDPQS Toolkit 4). Die richtlijnen beschrijven welke stappen zo'n adaptatieproces moet doorlopen en waar je in dat proces allemaal rekening mee moet houden.

De werkgroep van Stap 3 in de EDPQS Toolkit 4 bestaat uit het team van de vakgroep Preventie en Maatschappelijke Veiligheid van Hogeschool Gent. Die werkgroep krijgt steun van een 'kerngroep' die bestaat uit Zili Sloboda (APSI¹), Michael Miovsky (CUNI²), Gregor Burkhart (EMCDDA) en Jeff Lee (ISSUP³), allemaal experts in preventie van middelengebruik. Het hoofddoel van onze samenwerking met de kerngroep is om zoveel mogelijk te voorkomen dat essentiële onderdelen van de oorspronkelijke UPC's veranderen wanneer er belangrijke aanpassingen gebeuren aan de

Europese context. De 'referentiegroep' zijn de elf partners van het UPC-Adapt project.

We startten het adaptatieproces met een grondige lezing van het deelnemershandboek van de Universele Preventiecurricula voor Middelengebruik (UPC). Dat curriculum is ontwikkeld door het 'Applied Prevention Science International'-instituut. We lazen eerst handboek 1, het algemene inleidende curriculum. Op basis daarvan ontwikkelden we een werkdocument. Dit beschrijft ons eigen, aangepaste product op basis van een voorlopige indeling van mogelijke aanpassingen. Die indeling was dan weer gebaseerd op het onderwerp van de aanpassing, het onderscheid tussen 'grondige' en 'oppervlakkige' aanpassingen en de noodzaak van een verantwoording. Eerst besprak de werkgroep die voorbereidende werkzaamheden. Na consensus in de werkgroep bekeken we de voorlopige indeling en het werkdocument verder met de kerngroep.

We volgden een gelijkaardige logica om de andere curricula aan te passen: farmacologie en fysiologie (2), preventie in de context van het gezin (5), preventie op school (6), preventie op de werkplek (6), preventieve omgevingsinterventies (7), preventie via media (8) en preventie in de lokale gemeenschap (9). We hanteerden dezelfde methode: eerst consensus binnen de werkgroep, gevolgd door overleg met de kerngroep. De werkgroep en de kerngroep overlegden elke maand via Skype en zelfs vaker via e-mail.

Op vaste tijdstippen (in juni 2017 en oktober 2017) presenteerden we de stand van zaken en de indeling van ons aangepaste product aan de referentiegroep. In juni bezorgden we de referentiegroep via e-mail een voorlopige versie van het aangepaste product. Dat werd besproken en bijgewerkt. In oktober bezorgden we de referentiegroep en de kerngroep een min of meer definitieve versie, die we opnieuw bespraken op een vergadering in Savona. Daar kwamen we tot een definitieve consensus.

1. Applied Prevention Science International

2. Kareluniversiteit Praag

3. International Society of Substance Use Professionals

INLEIDING



WAAROM IS PREVENTIE BELANGRIJK?

Waarom is preventie in elke samenleving belangrijk? We zien steeds beter in dat er gezondheid niet enkel een directe invloed heeft op het welzijn van mensen. Er is ook een verband tussen gezondheid en de toename van het nationale inkomensniveau, via onderwijs en arbeidsproductiviteit.

In een recent rapport becijferde het World Economic Forum dat 60% van alle sterfgevallen in de wereld te wijten is aan niet-overdraagbare ziektes en aandoeningen. Die sterfgevallen zijn dus niet het gevolg van bacteriële en virale infecties of parasitaire ziektes, maar het resultaat van keuzes op het vlak van levensstijl – zoals problemen met middelengebruik.

Er is een toenemende erkenning dat gezondheidsproblemen vaak in verband staan met keuzes in levensstijl. Dat heeft landen ertoe aangezet om beleid of interventies tegen roken en alcohol en voor de bevordering van fysieke gezondheid te ontwikkelen. Het invoeren en in stand houden van evidence-based preventie van middelengebruik – die ouders, scholen, bedrijven en de media bereikt – wordt alsmaar belangrijker.

Preventie is bedoeld om te voorkomen dat mensen psychoactieve stoffen gaan gebruiken of om dat gebruik zolang mogelijk uit te stellen. Bij beginnende gebruikers kan dit voorkomen dat ze verder in de problemen raken door hun middelengebruik. Preventie van middelengebruik heeft ook nog een bredere doelstelling: de veilige en gezonde ontwikkeling van kinderen en jongeren, zodat zij hun talenten en vaardigheden optimaal kunnen benutten. Preventie helpt hen om zich positief in te zetten voor hun gezin, voor school, voor leeftijdsgenoten, voor werk en voor de samenleving.

DIT HANDBOEK

Het EUPC-handboek geeft een uitgebreid overzicht van meer dan twintig jaar preventieonderzoek en hoe dat toegepast kan worden in de wereldwijde preventiepraktijk. Stoornissen door middelengebruik (SUD's) blijven wereldwijd grote problemen

opleveren die hun tol eisen op volksgezondheid, de samenleving en de economie. Voorlichting over evidence-based preventie kan zorgen voor waardevolle en effectieve instrumenten die het verschil kunnen maken om in te grijpen bij de getroffen bevolkingsgroepen in verschillende landen en samenlevingen.

In de inleiding beschrijven we **de rol van de preventieprofessional** in Europa. We bespreken kort enkele ethische kwesties over preventiewerk.

Het eerste hoofdstuk gaat over de **link tussen epidemiologie en etiologietheorieën** en moet helpen om te begrijpen welke rol preventie kan spelen om problemen van middelengebruik op te lossen.

Het tweede hoofdstuk vat de **belangrijkste theorieën** samen waar preventiewetenschappers vandaag mee werken. Zo'n theoretisch kader is belangrijk om te begrijpen wat nodig en wat nuttig is om aangepaste preventieve interventies te ontwikkelen.

Het derde hoofdstuk, **evidence-based preventieve interventies en beleid**, werkt de internationale UNODC-standaarden en de Europese EDPOS-kwaliteitsstandaarden voor drugspreventie verder uit. In dat hoofdstuk komt ook de discussie aan bod tussen de evidence-based preventieaanpak, gebaseerd op gestandaardiseerde interventies, en 'maatwerk-preventie', gebaseerd op professionele ervaring en vastgestelde noden. Deze discussie toont aan hoe verschillende benaderingen worden gebruikt voor verschillende situaties.

Het vierde hoofdstuk, **monitoring en evaluatie**, geeft een overzicht van de verschillende soorten evaluatieonderzoek die bruikbaar zijn om interventies en beleid te monitoren of te evalueren. We bekijken kort ook statistische methoden, met de kanttekening dat we preventiewerkers aanbevelen om het evaluatieonderzoek uit te besteden aan onderzoeksbureaus die daarin gespecialiseerd zijn. We geven ook informatie over hoe preventieprofessionals het best kunnen samenwerken met dergelijke onderzoeksbureaus.

De volgende hoofdstukken beschrijven de belangrijkste kenmerken van **preventie in de context van het gezin** (hoofdstuk 5), **preventie op school en op het werk** (hoofdstuk 6), **omgevingsgerichte preventie in de samenleving** (hoofdstuk 7)



en **preventie via media** (hoofdstuk 8). We bespreken telkens de mogelijke problemen of uitdagingen, zoals moeilijkheden in het betrekken van gezinnen, weerstand tegen mediaboodschappen over preventie, drempels voor preventieve interventies in het uitgaansleven, etc. We focussen op evidence-based praktijken in Europa en bespreken verschillende interventies in detail.

Enkele **belangrijke thema's** verdienen doorheen het hele EUPC-programma de nodige aandacht.

Eerst en vooral is er de definitie van middelengebruik, het gebruik van psychoactieve stoffen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert drugsmisbruik als: “[...] het schadelijke of gevaarlijke gebruik van psychoactieve stoffen waaronder alcohol en illegale drugs. Het gebruik van psychoactieve stoffen kan leiden tot een verslavingsyndroom – een cluster van gedrags-, cognitieve en fysiologische verschijnselen die zich ontwikkelen na herhaald middelengebruik. Typische symptomen zijn het sterke verlangen om de stof te gebruiken, moeilijkheden om het gebruik onder controle te houden, blijven gebruiken ondanks schadelijke gevolgen, prioriteit geven aan middelengebruik boven andere activiteiten en verplichtingen, verhoogde tolerantie en soms een fysiek teruggetrokken houding”. Die ‘stoffen’ zijn tabaksproducten, alcohol, inhalermiddelen en andere middelen zoals heroïne, cocaïne, cannabis en het niet-medisch gebruik van psychoactieve geneesmiddelen (die normaal alleen verkrijgbaar zijn op doktersvoorschrift).

Een ander thema is de **preventiewetenschap**. Die geeft inzicht in de factoren die ertoe leiden dat mensen gebruikers worden of steeds meer gaan gebruiken. Hoe beïnvloedt middelengebruik personen, gezinnen, scholen, samenlevingen en landen? En welke strategieën, interventies en beleid zijn effectief om er iets tegen te doen? Die vragen zijn wellicht nieuw voor de meeste deelnemers aan deze opleiding of lezers van dit handboek. Die vragen lagen ook aan de basis voor een uitgebreid onderzoek van het VN-bureau voor drugs en criminaliteitsbestrijding (UNODC). Door middel van een grondige studie van preventieactiviteiten werden de effectiefste preventiemethoden, met de grootste impact op

de bevolking, geïdentificeerd. Dit zijn de ‘International Standards on Drug Use Prevention’.

Effectieve interventies, ook wel **evidence-based (EB) preventie-interventies en preventiebeleid** genoemd, zijn vandaag klaar om geïmplementeerd te worden. De EUPC-opleiding is bedoeld om preventieprofessionals (1) te helpen om de interventies en beleidsmaatregelen te selecteren die de grootste kans hebben om tegemoet te komen aan de behoeften van hun doelgroepen, (2) ze te realiseren en (3) de kwaliteit en het resultaat ervan voor de deelnemers te monitoren.

De preventiewetenschap beschouwt middelengebruik en soortgelijke gedragsproblemen ook als **ontwikkelingsvraagstukken**. Daarvoor heb je inzicht nodig in hoe je kunt ingrijpen op verschillende leeftijden: baby's en peuters, de kwetsbare groep van tieners en jongvolwassenen en volwassenen van alle leeftijden.

Een ander thema is dat middelengebruik en ander risicogedrag meestal het gevolg zijn van **negatieve interacties tussen omgevingsfactoren en individuele kenmerken**. Evidence-based preventie-interventies zijn bedoeld om positief in te grijpen in heel verschillende omgevingen, zoals het gezin, de school, de werkplek, de gemeenschap en de samenleving. Daarom ontwikkelen we leerplannen om preventieprofessionals in al die verschillende settings te ondersteunen.

Getrainde preventieprofessionals hebben inzicht nodig in heel verschillende disciplines, ook in epidemiologie en psychologie. Dit handboek en de bijhorende opleiding leert hen hoe ze deze vaardigheden kunnen inzetten voor verschillende doelstellingen:

1. De aard en de omvang van het middelengebruik binnen het gebied aanpakken en daarover gegevens verzamelen en analyseren;
2. Bepalen welke doelgroepen het grootste risico lopen en hun behoeften degelijk evalueren;
3. De nodige mensen samenbrengen om het probleem aan te pakken;

4. Betrokkenen overtuigen van de waarde van evidence-based programma's en beleid;
5. Logische modellen ontwikkelen voor de selectie en evaluatie van preventie-interventies en de geschikteste interventies kiezen voor verschillende behoeften;
6. Kiezen welke interventies echt een verschil kunnen maken;
7. Evidence-based inspanningen leveren en resultaten monitoren en evalueren – vaak in samenwerking met een onderzoeksteam;
8. De getrouwheid aan en de duurzaamheid van de interventies bevorderen, met blijvend oog voor de haalbaarheid en het draagvlak voor de interventies.

OPLEIDINGSDOELSTELLINGEN

Dit is wat dit handboek en de daaraan gekoppelde training deelnemers te bieden heeft:

- Een inleiding tot de basisprincipes van de preventiewetenschap;
- Een overzicht van de informatie die je nodig hebt om goede preventie-interventies te kiezen en duurzaam te implementeren;
- De instrumenten die je nodig hebt om alle betrokkenen te informeren over de basis van evidence-based preventie van middelengebruik;
- De instrumenten die je nodig hebt om de uitvoering en evaluatie van evidence-based interventies te coördineren;
- Een inleiding in de beginselen van preventie in de context van het gezin, preventie op school en op het werk, preventie in de samenleving, omgevingspreventie en preventie via media.

LEERDOELSTELLINGEN

Na dit leerplan zijn de deelnemers in staat zijn om:

- Te begrijpen hoe middelengebruik evolueert en de rol van preventie als antwoord daarop te bespreken;
- De wetenschappelijke grondslagen van preventie uit te leggen aan publiek, betrokkenen, beleidsmensen en preventiespecialisten, waaronder:

1. Wie waar, wanneer, hoe en welke middelen gebruikt in de gegeven setting;
 2. De invloed van persoonlijke en omgevingsfactoren op kwetsbaarheid en risico;
 3. Het belang van de ontwikkeling van kind tot volwassene, zowel om doelgroepen voor interventies af te bakenen als boodschappen en interventiestrategieën op maat uit te werken;
 4. Evidence-based theorieën voor gedragsverandering en hun toepassingen;
 5. Het belang van onderzoek over hoe effectieve interventies 'werken'.
- De achtergrond en de principes te omschrijven die aan de basis liggen van de International Standards voor drugspreventie van het VN-bureau voor drugs en criminaliteitsbestrijding (UNODC) en de European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) (Brotherhood, Sumnall & The European Prevention Standards Partnership, 2013);
 - Het belang uit te leggen van getrouwe uitvoering en monitoring van de resultaten van preventie-interventies en de implementatie van preventiebeleid;
 - De specifieke kenmerken te begrijpen van een evidence-based interventie en beleid in verschillende contexten zoals gezin, school, werkplek, gemeenschap, samenleving en de media.

DE ROL VAN DE PREVENTIEPROFESSIONAL

Tot voor kort was er maar weinig informatie over de competenties die preventieprofessionals nodig hebben om hun rol volop te kunnen spelen. Of over de taken die ze daarvoor moeten uitoefenen. Hetzelfde geldt voor de processen om geschikte preventie-interventies voor specifieke behoeften in de samenleving te selecteren en uit te voeren. In verschillende Europese landen werden er daarom educatieve programma's over preventie uitgewerkt. Er was er weinig onderlinge afstemming, wat leidde tot een enorme diversiteit. Het gevolg was een onduidelijke of onsamenhangende afbakening van de rol van preventieprofessionals (Gabrhelik e.a., 2015). Met dit handboek en

de EUPC-opleidingen willen we de training en vorming stroomlijnen om het preventiewerk in heel Europa te versterken. Het is maar één van de vele stappen die nodig zijn om de rol en de erkenning van de preventieprofessional verder te formaliseren.

De term 'preventieprofessional' verwijst meestal naar mensen die beroepshalve verantwoordelijk zijn voor de planning, uitvoering en monitoring van preventie-interventies of van preventiebeleid in een afgebakend gebied.

In Vlaanderen gaat het over de actoren binnen het preventieve gezondheidsbeleid. Er is een duidelijke verdeling van taken tussen organisaties die werken op het terrein en instaan voor de implementatie, de Logo's die preventie-organisaties motiveren om preventief aan de slag te gaan met de juiste interventies, de partnerorganisaties – die instaan voor monitoring en ontwikkeling van interventies, ondersteuning van de implementatie en afstemming op het werkveld – en het beleid, met het Agentschap en het Ministerie, die de beleidsuitvoering bepalen en monitoren.

Verschillende nationale en internationale groepen publiceerden materiaal dat beschrijft welke vaardigheden nodig zijn voor preventieve kwaliteitsinterventies – voortbouwend op de **International Standards for Drug Use Prevention** van het UNODC. Denk aan de **European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)**, een handboek voor preventieprofessionals van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>) of aan de standaarden voor verslavingsdeskundigen van het International Certification and Reciprocity Consortium (IC&RC - www.internationalcredentialing.org). Deze twee bronnen waren een belangrijke inspiratiebron bij het uitwerken van dit handboek.

Het EDPOS-handboek beschrijft de kwaliteitsstandaarden voor preventieprofessionals. Het lijst vier soorten competenties op die nodig zijn voor succesvolle interventies: algemene competenties, basiscompetenties voor interventies, specifieke competenties voor interventies en metacompetenties.

- 'Algemene competenties' hebben te maken met mensen en heb je nodig voor alle preventie-interventies en voor elk preventiebeleid. Denk aan communicatievaardigheden, interventie management, sociale en persoonlijke vaardigheden;
- 'Basiscompetenties voor interventies' heb je nodig om een preventie-interventie mogelijk te maken. Denk aan kennis over effectieve manieren om middelengebruik te voorkomen, interactieve instructiestrategieën, inzicht in de ontwikkeling van kind tot volwassene;
- 'Specifieke competenties voor interventies' zijn de kennis en vaardigheden die je nodig hebt voor specifieke interventies. Denk aan effectieve opvoedingsstrategieën of vaardigheden die mensen nodig hebben om gezonde keuzes te kunnen maken;
- 'Metacompetenties' doorkruisen de drie andere competentiegebieden en heb je nodig om de preventie-interventies effectief te kunnen aanpassen aan de behoeften van een specifieke doelgroep. Denk aan culturele sensitiviteit of aan gemeenschapsorganisatie, planning en ontwikkeling van hulpbronnen, monitoring en evaluatie.

ETHISCHE DRUGSPREVENTIE

Bij middelengebruik is het relatief gebruikelijk om de ethiek te bespreken van de behandeling zelf, de schadebeperking en het onderzoek. Het onderzoeken van de ethiek van de preventie van middelengebruik is minder gebruikelijk. Ook al zijn er hier geen fysieke of klinische ingrepen nodig, toch gaat het om interventies in het leven van mensen. Alle interventies om middelengebruik te voorkomen worden onderbouwd met waardeoordelen over wat voor de doelgroep 'goed' of 'slecht' is (dat blijkt bijvoorbeeld uit de doelstellingen van de interventie). Preventieve maatregelen kunnen ook genomen worden als gevolg van de maatschappelijke perceptie van bepaalde gedragingen, die misschien niet gedeeld worden door de doelgroep. Bovendien richt preventie zich typisch tot jongeren die, in het geval van doelgerichte preventie in onze samenleving, extra kwetsbaar zijn.

Er duiken dus op verschillende niveaus ethische vragen op, te beginnen met de rechtvaardiging van het preventiewerk voor middelengebruik zelf. Professionals mogen er niet zomaar van uitgaan dat hun preventie-activiteiten per definitie ethisch verantwoord en goed zijn voor de doelgroep. De principes voor ethische preventie van middelengebruik zijn opgenomen in volgende kwaliteitsstandaarden:

- Hou je aan de wettelijke verplichtingen;
- Respecteer de rechten en de autonomie van de deelnemers (zoals die geformuleerd zijn in internationale verdragen over mensen- en kinderrechten);
- Bied de deelnemers reële voordelen aan. Zorg dat de maatregel voor de deelnemers relevant en nuttig is;
- Veroorzaak geen schade of nadelen voor de deelnemers (zoals ziekmakende effecten, ziekte of verwonding, uitsluiting of stigma);
- Geef de deelnemers duidelijke, eerlijke en begrijpelijke informatie;
- Vraag de deelnemers uitdrukkelijk toestemming voor hun deelname;
- Verzeker je ervan dat de deelnemers vrijwillig meedoen, zonder druk van buitenaf;
- Behandel de persoonsgegevens van de deelnemers vertrouwelijk;
- Werk de interventie uit op maat van de behoeften van de deelnemers;
- Betrek de deelnemers als partners bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van de interventie;
- Bescherm de gezondheid en de veiligheid van deelnemers en medewerkers.

Of je al deze ethische principes kunt volgen, hangt af van het soort interventie. In sommige gevallen is het moeilijk of zelfs onhaalbaar om al deze principes toe te passen. Denk aan het krijgen van 'geïnformeerde toestemming' bij universele preventie-interventies. Of 'vrijwillige deelname' in het geval van strafrechtelijke – en dus verplichte – interventies. Wat het berokkenen van schade aan deelnemers betreft, moeten we zeker ook vermelden

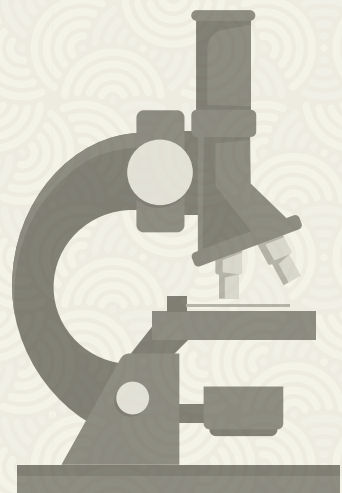
dat sommige gerichte preventieve acties deelnemers kunnen stigmatiseren (EMCDDA, 2009, p. 48).

Verschillende principes kunnen met elkaar in botsing komen. Zo kunnen deelnemers er toch voor kiezen gedrag te stellen waarmee ze zichzelf schade berokkenen (bijvoorbeeld middelen gebruiken). Of, wanneer ze partners zijn bij de ontwikkeling van een interventie, kunnen ze vragende partij zijn voor een aanpak waarvan bewezen is dat ze schade berokkent (bijvoorbeeld praten met een ex-gebruiker of leeftijdsgenoot die gebruikt). Het kan ook moeilijk zijn om de ethiek van een interventie al vooraf te beoordelen (zoals voor- en nadelen voorzien). En ten slotte zijn alle ethische principes min of meer vatbaar voor interpretatie (bijvoorbeeld de vraag wat nu eigenlijk een voordeel is).

Er is geen duidelijk antwoord voor alle ethische overwegingen of conflicten waarop we in ons werk kunnen stuiten. Toch is het belangrijk om deze ethische kwesties te benoemen en erover na te denken. Al was het maar om er bewustzijn en een open dialoog over aan te scherpen. De ethische benadering moet in elke fase van de interventie duidelijk zichtbaar zijn. Interventie-aanbieders moeten nadenken over wat er binnen het kader van hun interventie mogelijk is (zoals verkrijgen van mondelinge toestemming als schriftelijke toestemming niet haalbaar is) en aandacht hebben voor alle mogelijke problemen die door de interventie kunnen opduiken. Ze moeten er ook rekening mee houden dat verschillende betrokken partijen (zoals stafmedewerkers, deelnemers, het publiek, de regering) een verschillende interpretatie kunnen hebben van wat 'ethisch verantwoord' is. Wat wel duidelijk is, is dat deelnemers altijd centraal moeten staan (EMCDDA, 2011).

DEEL 1:
EFFECTIEVE
PREVENTIE BEGRIJPEN

HOOFDSTUK 1:
EPIDEMIOLOGIE



Het is heel belangrijk om te weten hoe je het best peilt naar de aard en omvang van het middelengebruik in een gemeenschap. Dat is de rol van de epidemiologie.

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert epidemiologie als: “[...] de studie van de verspreiding en de determinanten van gezondheidsgerelateerde situaties of gebeurtenissen (inclusief ziekten), het begin van gezondheidsgerelateerde situaties/gebeurtenissen/ziekten (incidentie), de bestaande gevallen van gezondheidsgerelateerde situaties/gebeurtenissen/ziekten (prevalentie) en de toepassing van die studie om die ziekten en andere gezondheidsproblemen te bestrijden.” Een goed begrip van de aard en de omvang van middelengebruik is cruciaal voor evidence-based interventies en beleid en kan ons helpen in ons werk als preventieprofessionals.

Dit zijn belangrijke bijdragen van de epidemiologie:

- Ze helpt ons te begrijpen hoe gezondheidsgerelateerde situaties zich verspreiden binnen een populatie en wat de oorzaak is;
- Ze identificeert nieuwe gevallen van een specifiek gezondheidsprobleem en maakt duidelijk welke gevallen regelmatig opduiken, om de prevalentie te beoordelen;
- Ze gebruikt verschillende methodes om informatie te verzamelen, onder andere systemen voor toezicht en enquêtes;
- Ze onderzoekt de determinanten van het gezondheidsprobleem op een analytische manier.

Eerst bekijken we waarom preventie belangrijk is voor de gezondheid, de veiligheid en het economisch welzijn van samenlevingen. Een van de belangrijkste redenen waarom het VN-bureau voor drugs- en criminaliteitsbestrijding (UNODC) evidence-based preventie-interventies ondersteunt bij de aanpak van middelengebruik, is omdat een aanpak die gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek een grote kans heeft om te leiden tot succesvolle resultaten over de hele wereld. We kijken ook naar de soorten gegevens die beschikbaar zijn op basis

van epidemiologisch onderzoek en analyses. Die analytische studies helpen ons om bepaalde oorzaken van problemen door middelengebruik te begrijpen en te achterhalen welke populaties daar vooral mee worden geconfronteerd. Deze studies geven ook de potentiële doelgroepen voor preventie aan.

Om enkele oorzaken en factoren die leiden tot middelengebruik te verduidelijken, bekijken we een etiologiemodel. Dit model toont hoe de wisselwerking tussen omgevingsfactoren en individuele kenmerken mensen meer of minder blootstelt aan het risico op middelengebruik en ander risicogedrag. Ook daarvoor besteden we aandacht aan succesvolle evidence-based interventies.

We houden ook rekening met het socialisatieproces waarbij kinderen cultureel aanvaarde attitudes en normen, overtuigingen en gedragingen ontwikkelen. Die helpen hen ‘om het goed te doen’ in het leven. Het doel van preventie is om positieve eigenschappen te versterken en tegelijk de effecten van negatieve invloeden af te zwakken, naarmate jongeren volwassen worden.

MIDDELENGEBRUIK IN EUROPA

Als we het hebben over preventie van middelengebruik, gaat het over alle psychoactieve stoffen, legaal of illegaal. Dus ook over:

- Alcohol;
- Tabaksproducten (ook e-sigaretten);
- Andere, vaak illegaal geproduceerde psychoactieve stoffen, of legale geproduceerde psychoactieve stoffen die alleen gebruikt worden voor hun psychoactieve effecten (de zogenaamde ‘Nieuwe Psychoactieve Stoffen’ of NPS).

De gezondheids- en sociale effecten van het gebruik van deze stoffen en de impact ervan op de samenleving zijn bijzonder zorgwekkend.

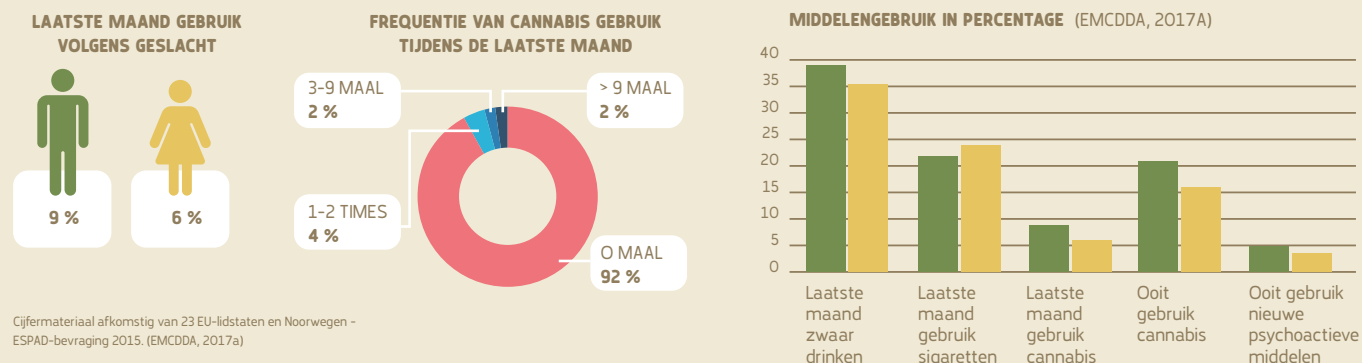
Volgens het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) heeft 83% van alle Europese studenten in hun leven minstens één keer alcohol gedronken. De helft van de studenten gaf aan dat ze de laatste maand minstens één keer alcohol hadden gedronken. Iets minder dan de helft (47%) had sigaretten gerookt. 23% gaf aan dat ze elke dag één of meer sigaretten roken. 3% rookt er meer dan 10 per dag (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015). Interessant is ook dat één op de tien Europeanen (dus niet alleen studenten) ooit e-sigaretten of vergelijkbare apparaten gebruikte of dat op zijn minst probeerde (Europese Commissie, 2015).

Middelengebruik in Europa gaat over een steeds breder scala van stoffen. Individuele gebruikers gebruiken vaak verschillende stoffen. Hun gebruikspatroon gaat van experimenteel over gewoontegebruik tot afhankelijk gebruik. Bijna alle stoffen worden vaker, intensiever en regelmatig gebruikt door mannen dan door vrouwen. De prevalentie van cannabisgebruik is ongeveer vijf keer zo groot als die van andere illegale drugs. Heroïne en andere opioïden worden relatief gezien veel minder gebruikt. Toch worden net die stoffen, ook de geïnjecteerde, het vaakst als schadelijk beschouwd.

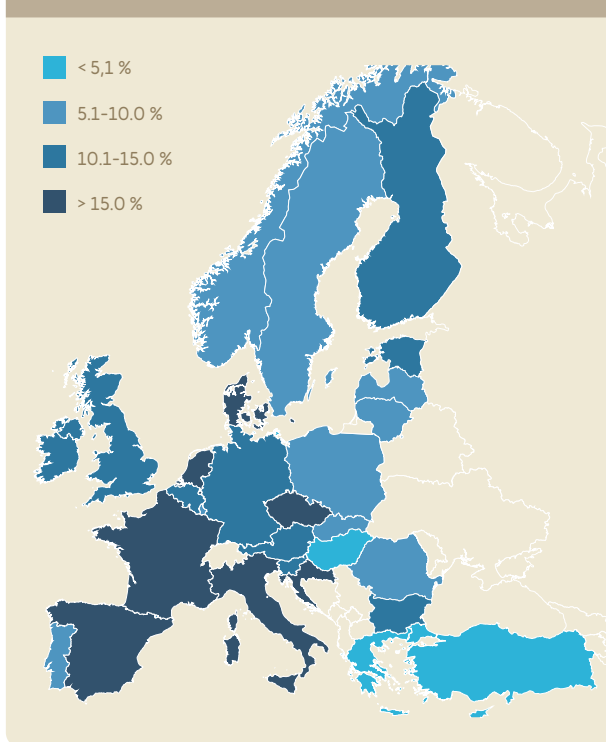
Naar schatting hebben meer dan 93 miljoen mensen in de Europese Unie, of iets meer dan een kwart van de 15- tot 64-jarigen, ten minste één keer in hun leven geëxperimenteerd met illegale drugs. Mannen (56,8 miljoen) hebben er meer ervaring mee dan vrouwen (36,8 miljoen). De meest uitprobeerde illegale drug is cannabis (geprobeerd door 53,8 miljoen mannen en 34,1 miljoen vrouwen). De cijfers voor andere stoffen liggen veel lager: 12,2 miljoen mannen en 5,3 miljoen vrouwen gebruikten ooit cocaïne, 9,3 miljoen mannen en 4,7 miljoen vrouwen gebruikten ooit MDMA en 8,4 miljoen mannen en 4,2 miljoen vrouwen gebruikten ooit amfetamines.

De cijfers over wie ooit cannabis gebruikte verschillen sterk van land tot land. In Frankrijk gaat het bijvoorbeeld over 8 op de 20 volwassenen. In Malta en Roemenië over minder dan 1 op de 20 volwassenen. Als we meten wie het laatste jaar middelen gebruikte, zien we dat het recente gebruik zich vooral concentreert bij jongvolwassenen. Het laatste jaar gebruikten ongeveer 18,7 miljoen jongvolwassenen (van 15 tot 34 jaar) drugs. Onder hen twee keer zoveel mannen als vrouwen.

FIGUUR 1 - PREVALENTIE VAN MIDDLENGEBRUIK BIJ EUROPESE SCHOLIEREN

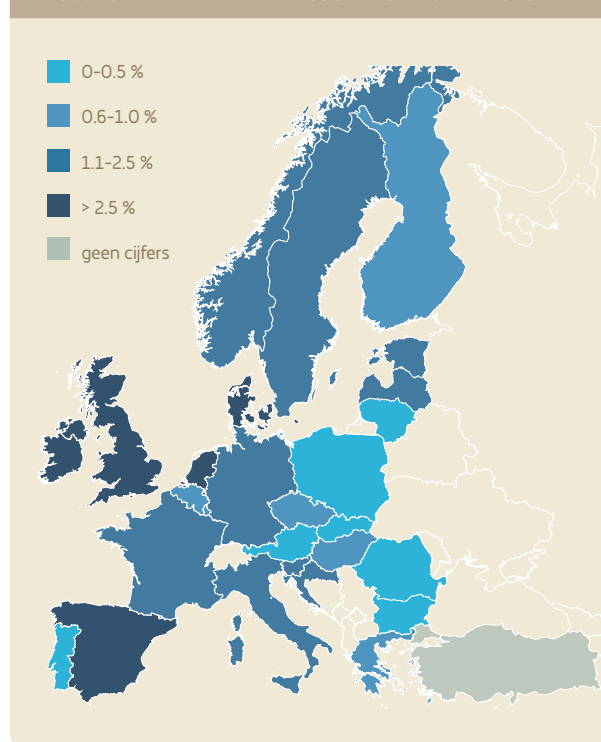


FIGUUR 2 - PREVALENTIE VAN CANNABISGEBRUIK IN EUROPA



Prevalentie van cannabisgebruik tijdens het laatste jaar bij jongvolwassenen (15-34 jaar): meest recente data (EMCDDA, 2018a)

FIGUUR 3 - PREVALENTIE VAN COCAÏNEGEBRUIK IN EUROPA



Prevalentie van cocaïnegebruik tijdens het laatste jaar bij jongvolwassenen (15-34 jaar): meest recente data (EMCDDA, 2018a)

In alle leeftijdsgroepen is cannabis de meest gebruikte illegale drug. Cannabis wordt doorgaans gerookt, in Europa meestal samen met tabak. Het cannabisgebruik varieert van occasioneel gebruik over regelmatig gebruik tot afhankelijkheid. Naar schatting hebben 87,7 miljoen Europese volwassenen (van 15 tot 64 jaar), of 26,3% van deze leeftijdsgroep, ooit geëxperimenteerd met cannabis. Van die mensen gebruikten zo'n 17,1 miljoen jonge Europeanen (van 15 tot 34 jaar), of 13,9% van deze leeftijdsgroep, het laatste jaar nog cannabis. Dat geldt ook voor 10 miljoen Europeanen van 15 tot 24 jaar (17,7% van deze leeftijdsgroep). De prevalentie bij 15- tot 34-jarigen varieerde het laatste jaar van 3,3% in Roemenië tot 22% in Frankrijk. Bij de jongeren die het afgelopen jaar cannabis

gebruikten, waren twee keer zoveel jongens als meisjes. Cocaïne is de meest gebruikte illegale opwekkende drug in Europa. De prevalentie is groter in zuidelijke en westelijke landen. Bij regelmatige gebruikers kunnen we een onderscheid maken tussen 'sociaal geïntegreerde' gebruikers en eerder 'gemarginaliseerde' gebruikers, waarbij de eerste het cocaïnepoeder (cocaïnehydrochloride) vaker snuiven en de laatste cocaïne vaker inspuiten of crack (basecocaïne) roken, soms in combinatie met het gebruik van opioïden. Naar schatting 17,5 miljoen Europese volwassenen (van 15 tot 64 jaar), of 5,2% van deze leeftijdsgroep, experimenteerden ooit met cocaïne. Van die groep gebruikten zo'n 2,3 miljoen jongvolwassenen van 15 tot 34 jaar, of 1,9% van deze

leeftijdsgroep, het laatste jaar nog cocaïne (EMCDDA, 2017). Alle middelen kunnen schadelijk zijn door toxische effecten, zowel op korte als op lange termijn. Omdat er geen kwaliteitscontrole is op de productie en verkoop van illegale middelen, zijn er extra gebruiksrisico's. In de afgelopen jaren is er een toename in de beschikbaarheid van nieuwe, krachtige, vervalste en/of besmette NPS en illegale drugs opgemerkt. Daardoor neemt het risico op schadelijke gevolgen toe. Door het gebrek aan controle op fabricage-, toevoer- en opslagprocessen krijgen micro-organismen en andere biologische of besmettelijke ziekteverwekkers een kans. Verschillende stoffen kunnen ook opzettelijk aan drugs worden toegevoegd om de effecten te veranderen, het verkoopgewicht te verhogen of een afname in werkzaamheid te vermommen (bijvoorbeeld de toevoeging van lokale anesthetica om de verdovende effecten van cocaïne na te bootsen). Niet-psychoactieve, maar potentieel toxische chemicaliën worden ook met drugs vermengd om de winst te maximaliseren. Ze vervangen dan de actieve (duurdere) bestanddelen. De schadelijke effecten van drugs kunnen onvoorspelbaar zijn door onderliggende biologische verschillen tussen mensen. Comorbiditeit (het tegelijk voorkomen van meerdere aandoeningen) met andere gezondheidskwesties heeft ook een impact. Zelfs sociaal-economische factoren, zoals waar het medicijn wordt gebruikt, de wijze van toediening en toedieningshygiëne (bijv. delen van apparatuur en andere injectierisico's) zijn bepalend voor het individuele gezondheidsrisico. Het EMCDDA publiceert jaarrapporten over de trends en de ontwikkeling van middelengebruik in Europa. Het centrum publiceert ook drugsrapporten per land, waarin je de recentste gegevens vindt over het druggebruik in je eigen land. Al deze publicaties zijn beschikbaar op www.emcdda.europa.eu/publications.

MIDDELENGEBRUIK IN VLAANDEREN

Voor een overzicht van het middelengebruik in Vlaanderen verwijzen we de preventieprofessional door naar de Gezondheidsenquête van Sciensano (<https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>) en de verschillende periodieke rapporten van de partnerorganisaties: (1) het VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) voor alcohol, andere drugs, gamen, gokken en psychoactieve medicatie en (2) het Vlaams Instituut Gezond Leven voor trends inzake tabaksgebruik.

FARMACOLOGIE EN FYSIOLOGIE

Een preventiewerker moet wetenschappelijk inzicht hebben in het verslavingsproces. Alleen dan kan hij/zij verduidelijken hoe belangrijk het is om middelengebruik (en de problemen die verbonden zijn aan middelengebruik) in een vroeg stadium aan te pakken met evidence-based interventies. Deze informatie moet ook beleidsmakers in staat stellen om te begrijpen dat het cruciaal is om middelengebruik en de gevolgen ervan aan te pakken met een geïntegreerd preventiebeleid. Zo'n beleid maakt gebruik van verschillende preventiestrategieën (educatie, zorg en begeleiding (of doorverwijzing), regels en afspraken, omgevingsinterventies) bij gezinnen, jongeren en in de werkcontext. Wetenschappelijk inzicht helpt ook te begrijpen dat preventieprogramma's opgezet moeten worden voor alle leeftijdsgroepen en in een kader dat rekening houdt met de ontwikkeling van kind tot volwassene. Wanneer intermediairs de mechanismen van verslaving en van het verslavingsproces goed begrijpen, garandeert dat de integratie van preventie- en behandelingsinterventies.

MIDDELENGEBRUIK

Als we het in dit handboek over 'middelen' of over 'stoffen' hebben, bedoelen we chemische stoffen die biologische structuren of functies veranderen wanneer ze toegediend en opgenomen worden. Dat sluit stoffen uit zoals voedingsstoffen, water of zuurstof. We focussen dus op psychoactieve middelen die bij inname gevoelens, waarnemingen, denkprocessen en/of gedrag beïnvloeden. Die effecten zijn er omdat psychoactieve middelen de werking van het zenuwstelsel veranderen. Wetenschappers die onderzoeken hoe die stoffen het gedrag en psychische processen beïnvloeden, noemen we psychofarmacologen. Hun studiegebied is de farmacologie.

Alle psychoactieve middelen werken doordat ze de werking van het zenuwstelsel veranderen. Het centraal zenuwstelsel is het deel van het zenuwstelsel dat bestaat uit de hersenen en het ruggenmerg.

Hoelang het duurt voor het lichaam die stoffen afbreekt en de effecten ervan stoppen, hangt af van stof tot stof. De tijd die nodig is om de helft van een stof uit het lichaam te verwijderen is de 'halfwaardetijd' van de stof. Die bepaalt hoelang een stof blijft werken en hoelang het duurt om het lichaam helemaal te zuiveren. Wanneer iemand stopt met het gebruiken van een bepaalde stof, kan het belangrijk zijn om de halfwaardetijd te kennen. Zo kan je bepalen hoelang het gaat duren om de gebruiker te detoxen of zijn/haar lichaam helemaal te zuiveren van de stof in kwestie.

Ook andere factoren dan de halfwaardetijd hebben een invloed op hoelang het duurt om een stof om te zetten in het metabolisme. Leeftijd, hoelang en hoe regelmatig iemand een stof gebruikte, hoeveel die persoon gebruikte, ... Dat maakt allemaal een verschil voor hoe het lichaam psychoactieve middelen opneemt, omzet in het metabolisme en elimineert. Bij jonge kinderen en oudere volwassenen gaat dat allemaal wat trager dan bij jongeren of jongvolwassenen. Als je vaak veel gebruikt van een bepaalde stof,

gaat het lichaam die stof gemiddeld ook sneller opnemen en afbreken.

Men heeft pogingen ondernomen om psychoactieve middelen te classificeren op basis van hun farmacologische en psychofarmacologische effecten. Er is geen enkel universeel aanvaard classificatiesysteem, maar geneesmiddelen kunnen als volgt in grote lijnen worden gegroepeerd:

- Stimulantia – bijv. amfetaminen, cocaïne, modafinil, nicotine, cafeïne – verhogen de activiteit van het centrale zenuwstelsel. Ze hebben de neiging de hartslag en de ademhaling te verhogen, een gevoel van opgewonden euforie op te wekken en sommige gevoelens van sociabiliteit te verhogen.
- Empathogenen – bijv. MDMA, mephedrone, 6-APB (soms ook bekend als entactogenen) – hebben stimulerende effecten, maar produceren ook ervaringen van emotionele verbondenheid en empathie met anderen. Afhankelijk van de drug en de ingenomen dosis, kunnen ze ook psychedelische effecten hebben.
- Hallucinogenen of psychedelica – bijv. LSD, DMT, psilocybine, mescaline – veroorzaken opvallende veranderingen in gedachten en sensorische percepties en veranderingen in bewustzijnstoestanden.
- Dissociatieven – bijv. ketamine, distikstofoxide, DXM, PCP – veroorzaken veranderingen in zintuiglijke waarnemingen en produceren gevoelens van onthechting ('dissociatie') van de omgeving, anderen en van zichzelf.
- Cannabinoïden – bijv. cannabis – gewenste effecten omvatten een staat van ontspanning en verbetering van de stemming, met milde sensorische veranderingen.
- Verdovende middelen – bijv. alcohol, benzodiazepines, gamma-hydroxybutaanzuur (GHB) – worden gebruikt om opwindend te verminderen of het centraal zenuwstelsel te stimuleren om te slapen, te ontspannen of om angst te verminderen. CZS-depressiva, zoals alcohol, leiden tot verbeteringen in gemoedstoestand en sociabiliteit.
- Opioiden – bijv. heroïne, morfine, tramadol – zorgen voor ontspanning en soms voor verbetering van de stemming. Ze

worden klinisch gebruikt als pijnstillers, wat soms ook de basis is voor niet-medisch gebruik.

Vermits er altijd maar nieuwe psychoactieve middelen opduiken en gebruikt worden, kunnen lijsten zoals die hierboven nooit volledig zijn. Daardoor is het niet gemakkelijk om de verschillende middelen in omloop up-to-date te houden. Toch zijn er onlinetools beschikbaar, zoals het Drugs Wheel (<http://www.thedrugswheel.com/>), die informatie geven over de verscheidenheid aan drugs in verschillende klassen.

Dat een drug legaal is, betekent niet zomaar dat hij veiliger is dan een illegale drug. Hoe legaal een middel is, heeft veel meer te maken met tradities en cultuur en politieke of religieuze factoren dan met de schadelijkheid ervan. Alcohol en tabak zijn hier goede voorbeelden. Er is voorspeld dat tabaksgebruik in 2030 jaarlijks meer dan 8 miljoen doden per jaar zal veroorzaken. Volgens de WGO waren in 2018 ongeveer 3 miljoen sterfgevallen te wijten aan alcohol. Dat cijfer telt voor 5,3% van alle sterfgevallen wereldwijd.

Hoe een stof ingenomen wordt, heet de 'methode' of 'manier van toedienen'. Psychoactieve middelen kunnen in het lichaam binnenkomen op negen verschillende manieren: slikken, snuiven, roken, rook inhaleren, inspuiten in een spier, inspuiten onder de huid, inspuiten in een ader, aanbrengen op de huid of oplossen onder de tong. De manier van toedienen is belangrijk voor de snelheid waarmee de stof de hersenen bereikt. Hoe sneller een stof in de hersenen terechtkomt, hoe groter en hoe sterker het effect.

De snelheid van de overgang van het eerste gebruik naar middelengerelateerde stoornissen (zie onder) is complex en wordt bepaald door factoren zoals de leeftijd waarop het gebruik begint, de gebruikte stof en de belevenis van de gebruiker, blootstelling aan preventieve interventies en omgevingen en de invloed van andere risico- en beschermende factoren (zoals diegene die later in dit hoofdstuk worden besproken). Preventieonderzoekers hebben deze overgang op verschillende manieren beschreven, door de ontwikkeling van transitie-modellen voor middelengebruik. Hoewel geen enkel model van toepassing is op alle gebruikers van middelen, geven ze ons een idee over hoe het gebruik van de

stof kan evolueren van zeldzaam en experimenteel gebruik tot regelmatig en schadelijk. Het model dat is ontwikkeld door Piazza en Deroche-Gamonet (2013) wordt hier gebruikt als een algemeen voorbeeld. Dit model is van toepassing op veel gedragspatronen verbonden aan drugsgebruik en focust voornamelijk op sociale en recreatieve motieven voor middelengebruik. Andere motieven omvatten ook zelfmedicatie – bijvoorbeeld bij een onbehandelde psychiatrische of lichamelijke aandoening – of onecht gebruik van medicatie (dit is medicatiegebruik dat niet overeenkomt met het voorschrift van de dokter).

Piazza en Deroche-Gamonet beschrijven hoe de overgang naar middelengebruiksstoornissen in drie fasen kan verlopen. De drie fasen volgen elkaar op, maar niet noodzakelijkerwijs: specifieke individuele kwetsbaarheden bepalen of een gebruiker van één fase doorstroomt naar een volgende.

1. **Recreatief en sporadisch gebruik, waarbij inname van middelengebruik matig en sporadisch is** en nog steeds een van de vele recreatieve activiteiten van het individu;
2. **Intensiever, langdurig, geëscaleerd gebruik, waarin het middelengebruik intensiever, aanhoudender en frequent wordt** en de belangrijkste recreatieve activiteit van het individu wordt. Hoewel er enige afname in sociaal en persoonlijk functioneren begint te verschijnen, is gedrag nog steeds grotendeels georganiseerd en kan het individu de meeste van zijn/haar rollen en verantwoordelijkheden vervullen;
3. **Verlies van controle over drugsgebruik en de ontwikkeling van een middelengerelateerde stoornis** betekent dat middelengerelateerde activiteiten nu het hoofddoel van het individu zijn.

MIDDELENGERELATEERDE STOORNISSEN

De meeste mensen die psychoactieve middelen gebruiken, doen dit zonder ernstige schade (die volgt uit het gebruik) te ondervinden. Sommige gebruikers ervaren echter wel problemen

die hun gezondheid, sociaal welzijn en psychologisch welbevinden aanzienlijk verminderen. Dit worden 'middelengerelateerde stoornissen' genoemd. Deze term vervangt verouderde begrippen zoals 'misbruik', 'problematisch gebruik' of 'verslaving', die moeilijk te definiëren waren en afhankelijk zijn van veranderende maatschappelijke attitudes, waarden en normen.⁴

De meting en diagnose van deze verslavingsstoornissen zijn in de loop van de tijd veranderd. Momenteel worden twee belangrijke classificatiesystemen gebruikt. Deze worden gepubliceerd door de WGO (de International Classification of Disease, ICD-11) en de American Psychiatric Association (de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V). Er zijn enkele verschillen tussen de twee systemen, maar ze bevatten gemeenschappelijke criteria zoals: (1) het gebruik van middelen in grotere hoeveelheden of langer dan bedoeld, (2) prioriteit geven aan middelengebruik boven andere activiteiten en sociale rollen en (3) voortgezet gebruik van de stof ondanks ervaren en geleden

schade (bijvoorbeeld fysieke en psychische schade). Tabel 1 hieronder toont de soorten criteria die zijn opgenomen in de twee classificatiesystemen.

Zoals weergegeven in Tabel 1, bevat de DSM-V in totaal 11 criteria. Een persoon moet aan twee van die criteria voldoen om te worden geclassificeerd als iemand met een middelengerelateerde stoornis. Als die persoon beantwoordt aan meer dan twee criteria wordt hij/zij geclassificeerd als 'matig' of 'ernstig'.

De ICD-11 verwijst naar stoornissen bij middelengebruik, maar maakt een onderscheid tussen 'schadelijk middelengebruik' (een patroon van middelengebruik dat schade toebrengt aan de fysieke of mentale gezondheid, inclusief bij familieleden) en 'afhankelijkheid', wat vier hoofdcriteria omvat (verlangen naar en problemen bij het controleren van het gebruik van middelen, aanhoudend gebruik ondanks negatieve gevolgen, tolerantie en ontwenning) anderzijds. Om te voldoen aan de criteria voor schadelijk gebruik, moet tenminste voldaan zijn aan één kenmerk

TABEL 1 - VERGELIJKING TUSSEN DE ICD-11 EN DE DSM-V CRITERIA VOOR MIDDELENAFHANKELIJKHEID

	ICD-11	DSM-V
Middelen die in grotere hoeveelheden worden gebruikt of langer dan bedoeld	✓	✓
Aanhoudende wens of niet succesvolle pogingen om middelengebruik te verminderen		✓
Verlangen naar of een sterk verlangen om middelen te gebruiken		✓
Veel tijd spenderen aan het middelengebruik en nadien aan het herstellen van middelenmisbruik	✓	✓
Tolerantie voor effecten	✓	✓
Ontwenningverschijnselen		✓
Sociale, beroeps- en andere activiteiten die worden beïnvloed door middelengebruik		✓
Voortgezet gebruik ondanks terugkerende sociale problemen veroorzaakt door middelengebruik		✓
Voortdurend gebruik ondanks lichamelijke of psychische problemen met betrekking tot middelengebruik		✓
Verdergezet gebruik waardoor belangrijke rolverplichtingen niet meer nagekomen worden	✓	✓
Blijvend gebruik ondanks juridische problemen	✓	
Blijvend gebruik in gevaarlijke situaties	✓	✓
Familie is gekwetst door het middelengebruik van de persoon	✓	

4 We herkennen en respecteren dat sommige gebruikers waarde vinden in de term 'verslaving' (bij zelf-labeling), maar we ontmoedigen het gebruik ervan door preventie professionals.

van schade en mag nog niet voldaan zijn aan de criteria voor afhankelijkheid. Individuen moeten voldoen aan ten minste twee criteria om als afhankelijk te worden geclassificeerd. Preventie-interventies zijn belangrijk om de kans te verkleinen dat er progressie naar schadelijker middelengebruik optreedt. Hoewel deze twee classificatiesystemen nuttige klinische hulpmiddelen zijn, is het belangrijk om te onthouden dat mensen problemen kunnen ervaren met betrekking tot hun middelengebruik, zonder aan deze klinische drempels te voldoen. De meeste doelgroepen voor preventie lopen geen onmiddellijk risico op middelengerelateerde stoornissen, maar lopen het risico andere schade op te lopen, zoals gezondheidsproblemen en psychische schade, in de problemen komen met de politie, schooluitval of risicovol gedrag in verband met middelengebruik (bijv. een seksueel risico nemen, in een auto stappen met een dronken bestuurder). Deze risico's kunnen minstens zo ernstig zijn en iedereen die middelen gebruikt komt er potentieel mee in aanraking.

GEZONDHEIDSVRAAGSTUKKEN DOOR MIDDELENGEBRUIK

De studie *Global Burden of Disease* van de Wereldgezondheidsorganisatie vermeldt bij 'stoornissen door alcoholgebruik' zowel alcoholmisbruik als aandoeningen die verband houden met alcoholgebruik.

De tiende editie van de Internationale Classificatie van Ziekten somt deze diagnoses van stoornissen door alcoholgebruik op:

- Schadelijk gebruik van alcohol of 'alcoholmisbruik';
- Afhankelijkheid van alcohol;
- Alcoholpsychose.

Er zijn ook andere ziekten en letsels die te wijten zijn aan alcoholgebruik voor de gebruiker zelf of voor anderen. Denk aan neuropsychiatrische stoornissen, maag- en darmziekten, verschillende kankers, zwaar drinken met zelfdoding en geweld als gevolg, onvrijwillige slagen en verwondingen door verkeersongevallen, vallen, verdrinking of vergiftiging, hart-

en vaatziekten, foetaal alcohol syndroom en vroeggeboorte en diabetes mellitus. Regelmatig alcohol drinken is ook sterk geassocieerd met zeven verschillende soorten kanker en naar schatting is 6,2% van alle sterfgevallen door kanker in 2016 te wijten aan alcoholgebruik (WGO, 2018).

Het verband tussen roken en gezondheid is de laatste 60-70 jaar goed gedocumenteerd. Tabak doodt tot de helft van zijn gebruikers, meer dan 7 miljoen mensen per jaar. Men schat dat er in 2030 wereldwijd jaarlijks 8 miljoen sterfgevallen zullen zijn als gevolg van roken⁵. Er zijn verbanden gevonden tussen roken en hart- en vaatziekten, longziekten, moeilijkheden om zwanger te worden en vroeggeboorte, laag geboortegewicht en lage botdichtheid van baby's. Niet alleen de roker zelf loopt meer risico op gezondheidsproblemen; ook passieve 'meerokers' van tabaksproducten, vooral gezinsleden en collega's van rokers, kunnen serieus ziek worden van de omgevingsrook.

Er wordt algemeen erkend dat het gebruik van psychoactieve middelen wereldwijd bijdraagt aan de ziektelast. Middelengebruik leidt tot allerlei chronische en acute gezondheidsproblemen, die nog verergeren door factoren zoals de eigenschappen van de middelen, de manier van toedienen, de individuele kwetsbaarheid van de gebruiker en de sociale context waarin hij/zij de middelen gebruikt. Onder chronische problemen vallen afhankelijkheid van en infectieziekten door middelengebruik. Middelengebruik veroorzaakt ook nogal wat acute schade, waarvan overdosering het best gedocumenteerd is. Ook al worden opioïden relatief weinig gebruikt, toch zijn ze verantwoordelijk voor relatief veel ziekte- en sterfgevallen verbonden aan middelengebruik. Het risico is het grootst als de middelen ingespoten worden. Hoewel de gezondheidsproblemen door cannabisgebruik duidelijk minder zwaar wegen, heeft de hoge prevalentie van het gebruik toch serieuze gevolgen voor de volksgezondheid. Er is ook veel variatie in de inhoud en zuiverheid van middelen die voor gebruikers beschikbaar zijn. Dat vergroot de potentiële schade en de uitdaging voor wie moet antwoorden op vragen over middelengebruik (EMCDDA, 2017).

Oog hebben voor de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van jongeren is belangrijk binnen het werk van preventiediensten en van de hulpverlening. Die doen meer dan alleen maar een gezonde levensstijl bevorderen. Hulpverleningsdiensten pakken ook medische, mentale, emotionele en gedragsstoornissen aan zoals middelengebruik, aandoeningen door middelengebruik en gezondheidsproblemen die ermee samenhangen. Die diensten zijn niet alleen nodig voor wie zelf last heeft van die stoornissen, maar ook voor hun gezinnen en voor de bredere samenleving. Vaak liggen de kosten voor de samenleving hoger dan die voor preventie en behandeling.

HET ETIOLOGIEMODEL

Etiologie is een medische term die de oorzaken en bronnen van ziekten of andere stoornissen en de onderliggende factoren waarom mensen eraan blootgesteld worden beschrijft. Etiologie is belangrijk voor preventie en helpt de factoren en mechanismen te identificeren in verband met het ontstaan van een gezondheids- of sociaal probleem, zoals middelengebruik.

Het concept van risico- en beschermingsfactoren wordt sinds de laatste twintig jaar universeel gebruikt voor preventie-interventies.

Beschermingsfactoren verminderen de kwetsbaarheid van mensen door de impact van bestaande risicofactoren te compenseren of op te vangen. **Risicofactoren** zijn elementen van gedrag of van psychosociaal functioneren (inclusief attitudes, overtuigingen en persoonlijkheid) die verband houden met een groter risico op middelengebruik. In Vlaanderen worden deze factoren vaak ingedeeld volgens het MMM model (mens-middel-milieu):

- **Mens - individuele en interpersoonlijke factoren:** denk aan fysiologische factoren, familiegeschiedenis van middelengebruik of attitudes tegenover middelengebruik, slecht of onsamenhangend gezinsmanagement, familieconflicten en weinig hechte familiebanden (Hawkins, Catalano & Miller, 1992);
- **Middel:** de specifieke kenmerken van de drug die gebruikt wordt,

de manier waarop die gebruikt wordt en het gebruikspatroon;

- **Milieu - omgevingsfactoren:** denk aan wetten en normen die een gunstige omgeving creëren voor middelengebruik, bijvoorbeeld beschikbaarheid van die middelen, extreme economische kwetsbaarheid of leven in een ontwrichte buurt.

Omgevingsfactoren (zoals wetten en normen, beschikbaarheid, leeftijdsgenoten) spelen een cruciale rol om te starten met middelengebruik. Individuele en interpersoonlijke factoren – vooral fysiologische, neurologische en genetische factoren – beïnvloeden eerder de escalatie naar drugsmisbruik (Glantz & Pickens, 1992).

Recenter onderzoek beschouwt risico- en beschermingsfactoren meer als indicatoren van andere ontwikkelingsmechanismen die de individuele gevoeligheid voor middelengebruik kunnen stimuleren. Het is dan het verband tussen individuele kwetsbaarheid en de micro- en macro-omgeving dat bepaalt of iemand risico loopt op of beschermd wordt tegen risicogedrag zoals middelengebruik.

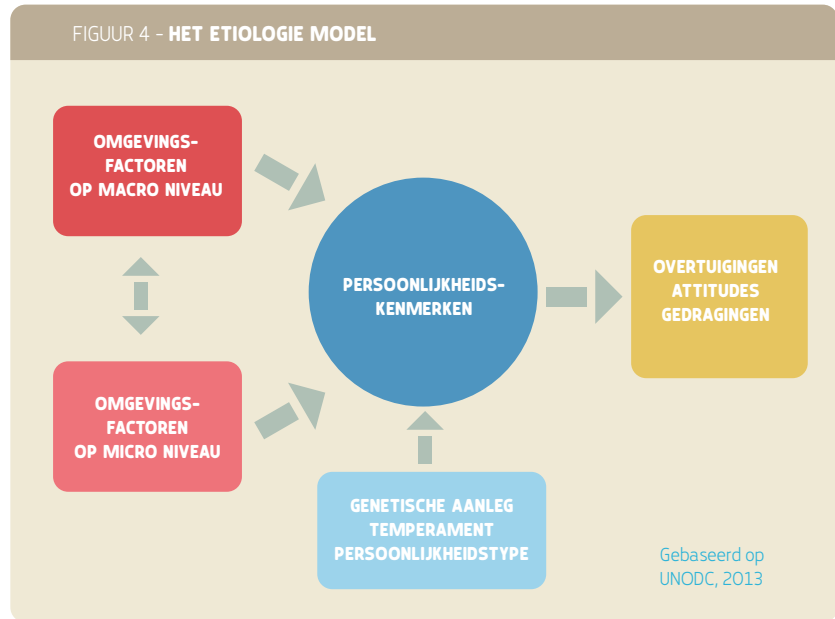
Middelengebruik start meestal in de late kindertijd en de adolescentie. Het begint niet van de ene op de andere dag. Het is een proces dat verschillende trajecten kan volgen en dat geen eenduidige oorzaak heeft. Meestal liggen verschillende beslissingen aan de basis, die beïnvloed worden door interne biologische factoren en door externe, omgevings- en sociale factoren. De ontwikkelingspsychologie biedt een belangrijk referentiekader om die processen beter te begrijpen. In elke ontwikkelingsfase van kind tot volwassene groeien het intellectuele vermogen, de taalvaardigheid, het cognitief, emotioneel en psychisch functioneren, de sociale vaardigheden en de persoonlijke impulscontrole (zie bijlage 1). Elke belangrijke verstoring van die ontwikkeling, in interactie met andere gebeurtenissen of omgevingsfactoren, kan leiden tot stoornissen zoals problemen met middelengebruik.

Wat weten we nu door epidemiologische studies van de oorsprong van risicogedrag zoals middelengebruik? We hebben geleerd

dat jongeren er pas mee beginnen als er een wisselwerking is tussen individuele persoonlijke kenmerken (zoals genetische aanleg, temperament en persoonlijkheidstype), verschillen in hoe iemand de omgeving en andere mensen ziet, hoort en 'voelt' en ervaringen buiten het individuele. Het etiologiemodel toont deze interacties in twee richtingen, zowel op micro- als op macroniveau. Dit model is het uitgangspunt voor de discussies over de oorzaken van middelengebruik in alle volgende hoofdstukken.

Naarmate kinderen zich ontwikkelen, wordt hun omgeving groter en verschuift hun betrokkenheid van het microniveau (zoals gezin, leeftijdsgenoten en school) naar het macroniveau, waaronder ook de fysieke en sociale omgeving valt (buurt, samenleving en haar fysieke kenmerken en de attitudes, overtuigingen en gedragingen van de bewoners).

In ons leven doorlopen we belangrijke levensgebeurtenissen: geboorte, naar school gaan, de puberteit, een beroepskeuze, relaties aangaan en zelf opvoeden. In elke stap worden we geleid of beïnvloed door ons gezin, school, kerk, sportclub, jeugdorganisatie en leeftijdsgenoten die samen onze micro-omgeving vormen. Maar ook door de samenleving waarin we leven, onze macro-omgeving. Wanneer belangrijke ontwikkelingsdoelen niet worden gehaald, worden kinderen kwetsbaar om achterop te raken in het behalen van de volgende ontwikkelingsdoelen. Ze zijn dan meer geneigd onveilig en ongezond gedrag te vertonen. Het bereiken van deze ontwikkelingsdoelen wordt – naarmate kinderen ouder worden – beïnvloed door interacties van individuen met hun omgevingen op micro- en macroniveau. Preventieve interventies zijn gericht op het aanpakken van kwetsbaarheden binnen deze omgevingen, zowel op micro- als macroniveau.



Kinderen socialiseren is een van de belangrijkste functies van het gezin, de school en de omgeving. De mensen die kinderen socialiseren (zoals leerkrachten, ouders en grootouders) spelen in onze samenleving een belangrijke rol. Kinderen moeten de cultureel aanvaarde attitudes, normen en gedragingen leren om met zo weinig mogelijk risico's volwassen te worden.

Omgevingsfactoren op micro- en macroniveau kunnen mensen beschermen tegen risico of ze kunnen het risico voor kwetsbare mensen net vergroten. Dat verband werkt in twee richtingen. Neem nu een kind dat geboren wordt met wat psychologen een 'moeilijk temperament' noemen en dat moeite heeft om zich aan te passen aan de omgeving. Het kind kan erg druk zijn en veel aandacht opeisen. Als de ouders daar moeilijk mee kunnen omgaan, zou het kunnen dat het kind naarmate het ouder wordt problemen ervaart in nieuwe omgevingen, zoals op school, in de omgang met leeftijdsgenoten of later in een werkcontext. Maar als de ouders de nodige vaardigheden ontwikkelen om het kind adequaat en ondersteunend te begeleiden, verbetert

dat de mogelijkheden van het kind om zich later aan die andere omgevingen aan te passen.

Hetzelfde geldt voor de impact van de wisselwerking tussen het individu en de omgeving op macroniveau. We nemen het voorbeeld van een ander kind, dat een nauwe band heeft met zijn/haar ouders, maar dat opgroeit in een verpauperde buurt met veel vervallen en verlaten huizen. Er is een grote werkloosheid, overdag hangen jonge mannen en vrouwen rond op straat en gebruiken ze middelen. Ons kind moet langs die jongeren lopen op weg naar school. De jongeren plagen het kind en zeggen dat het ook drugs moet gebruiken om bij de groep te horen. Ook al heeft het kind liefdevolle en ondersteunende ouders, toch kan het bij de groep aansluiten en wegblijven van school.

Een andere interactie die een invloed kan hebben op kwetsbare mensen, is de impact die de macro-omgeving kan hebben op de micro-omgeving. Studies hebben aangetoond dat dit kan leiden tot een toe- of afname in het middelengebruik van individuen en populaties. Onderzoek dat in Europa werd gevoerd, na de economische crisis in 2008, toont aan dat er voor elke 1% toename van regionale werkloosheid een toename was van 0,7% gebruik van cannabis door jongeren (Ayllón & Ferreira-Batista, 2017). In het geval van een economische crisis hebben mensen misschien minder beschikbaar inkomen, door lagere lonen of minder zakgeld, en dus een lagere koopkracht (ook voor roesmiddelen). Maar wanneer werkloosheidscijfers stijgen door die crisis kunnen mensen ook net hun toevlucht nemen tot psychoactieve middelen, als antwoord op de groeiende kans om werkloos te zijn of door het gebrek aan kansen op de lokale arbeidsmarkt. En dat leidt dan weer tot een toename in middelengebruik. Wanneer jobs schaars zijn en lonen lager liggen, heeft het spenderen van tijd aan het gebruik van middelen een minder sociaal uitsluitende impact dan wanneer er veel jobs beschikbaar zijn en de lonen hoger liggen. Soms heeft een crisis tot gevolg dat één of beide ouders verder weg of in het buitenland aan de slag moeten en zijn ze dus niet op regelmatige basis beschikbaar voor hun kinderen. Bij gebrek aan of verminderd

toezicht door verantwoordelijke en liefdevolle ouders, kunnen deze kinderen mogelijk troost vinden bij groepen die middelen gebruiken.

Geen enkele factor is op zichzelf voldoende om middelengebruik te veroorzaken of ligt alleen aan de basis van het ontwikkelen van een risicovoller gebruikspatroon. Er is wellicht een kritische combinatie nodig van het aantal en het soort invloeden en ervaringen die iemand uiteindelijk een 'verantwoordelijkheidsdrempel' doen overschrijden, leiden tot een eerste gebruik en evolueren tot een stoornis door middelengebruik (SUD). De drempel kan bereikt worden door een willekeurig aantal combinaties van factoren die voor iedereen anders of uniek kunnen zijn.

In ons preventiewerk gebruiken we dit socialisatieproces. Wat is het verband tussen socialisatie en evidence-based preventie-interventies? Specifieke vormen van preventie-interventies richten zich op individuen, direct of via hun omgeving. Die interventies proberen in te grijpen op iemands overtuigingen, attitudes en gedrag (bijvoorbeeld schoolinterventies die leerlingen leren om assertief nee te zeggen tegen leeftijdsgenoten). Of ze helpen opvoeders om hun vaardigheden als ouder of als leerkracht te verbeteren. Ze kunnen ook proberen om de omgeving aan te passen om risicogedrag moeilijker te maken (bijvoorbeeld een bewijs van leeftijd vragen waardoor jongeren geen alcohol kunnen kopen). De positieve invloed gaat dan zwaarder doorwegen dan negatieve blootstelling. Meer nog, het wordt de belangrijkste kracht in evidence-based preventie. Uit onderzoek blijkt dat je jongeren daadwerkelijk kunt helpen om gepaste beslissingen te nemen over middelengebruik, die goed zijn voor hun gezondheid en voor hun welzijn. Dat blijft in elk geval het hoofddoel van preventie.

Dit betekent ook dat deze preventie-interventies bedoeld zijn om preventiespecialisten te helpen om zelf mee te werken aan socialisatie, door direct contact te leggen met de doelgroepen in het socialisatieproces of door ouders, leerkrachten en andere opvoeders op te leiden om hun socialisatievaardigheden thuis of in de klas te verbeteren.

ONTWIKKELINGSKADER OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

Onderstaand ontwikkelingskader benadrukt op verschillende niveaus hoe iemands risico of kwetsbaarheid kan voortvloeien uit de interactie tussen persoonlijke kenmerken en omgevingskenmerken. Het omschrijft specifiek de risicofactoren die in het referentiekader centraal staan.

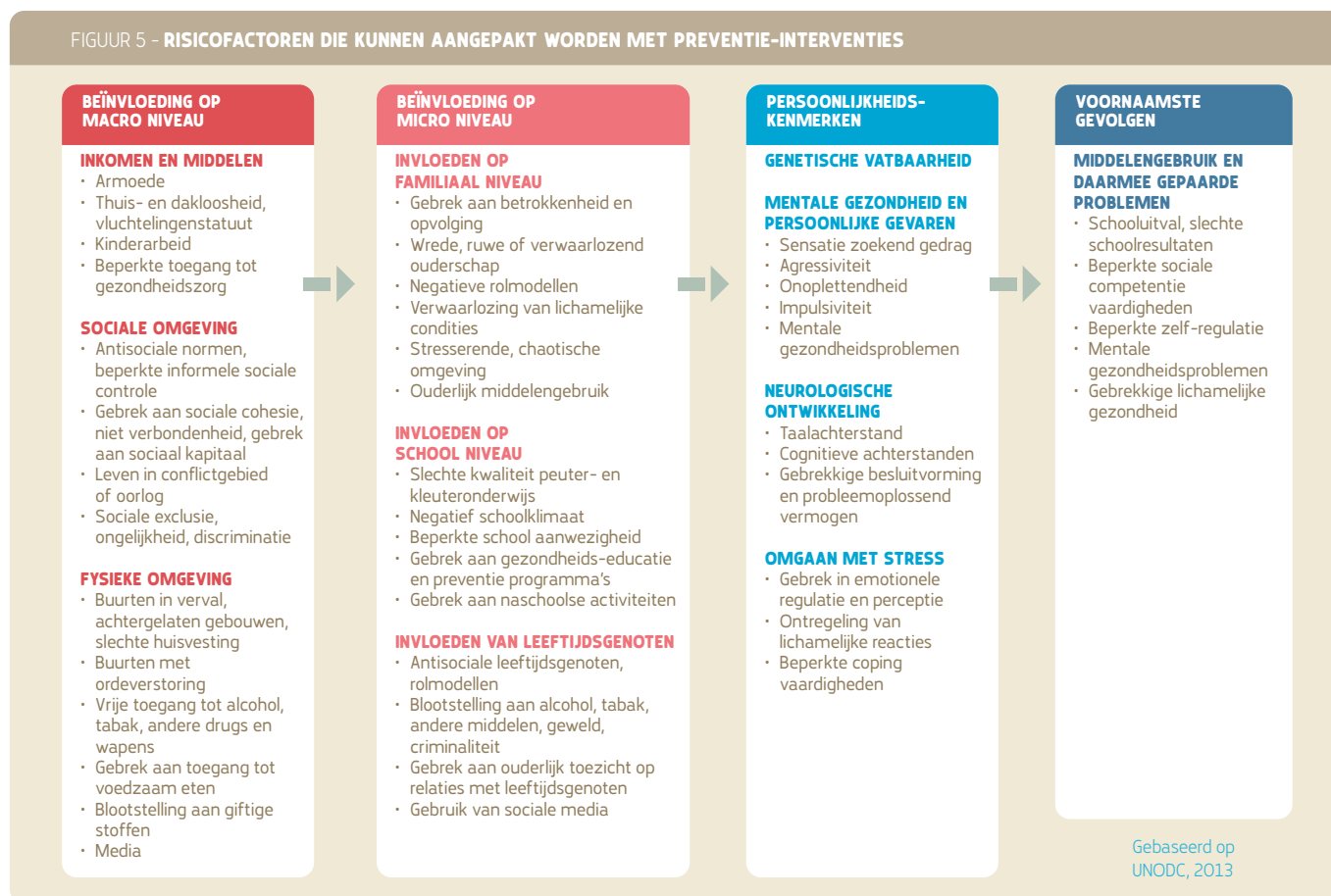
Eerder in dit hoofdstuk ging het al over de kwetsbaarheid van jongeren die sterk negatief beïnvloed worden. Die negatieve

invloeden zijn risicofactoren, namelijk de individuele (psychische) kenmerken, omgevingskenmerken en sociale kenmerken die de kans op negatieve effecten vergroten. Risicofactoren, zoals jong beginnen met middelengebruik, verschillen per leeftijdsgroep.

Micro- en macro-invloeden versterken elkaar, samen met persoonlijkheidskenmerken en omgevingsfactoren zoals gezin, school, werkplek en samenleving.

Effectieve preventie-interventies zijn gericht op risicofactoren vóór er zich risicogedrag voordoet. Dit zijn een paar voorbeelden van risicofactoren die hun oorsprong vinden in elk van die omgevingen

FIGUUR 5 - RISICOFACTOREN DIE KUNNEN AANGEPAKT WORDEN MET PREVENTIE-INTERVENTIES



en die je kunt aanpakken met preventie-interventies:

Beschermingsfactoren, of factoren die de kwetsbaarheid van individuen verminderen, zijn kenmerken die het effect van bestaande risicofactoren compenseren of opvangen. Ze maken jongeren minder kwetsbaar. Dit zijn voorbeelden van beschermingsfactoren op elk niveau:

- Voor individuen: gebalanceerd temperament, zelfregulering;
- Voor gezinnen: hechting met verzorgers;
- Voor scholen: prosociale vaardigheden, ontwikkeling (bijvoorbeeld om te beslissen en om problemen op te lossen);
- Voor gemeenschappen: kwaliteit van de opvoeding, positieve samenlevingsnormen.

Evidence-based interventies in één ontwikkelingsfase kunnen latere ontwikkelingsfasen beïnvloeden op een manier die tot nóg meer langetermijneffecten leidt. Dat 'watervaleffect' draagt bij tot positieve resultaten in de latere volwassenheid. Een positief resultaat kan doordringen tot in andere levensdomeinen en zo een impuls geven aan extra bescherming tegen toekomstige risicofactoren. De effecten van een van de evidence-based interventies in de internationale UNODC-standaarden, 'The Good Behaviour Game', brachten bijvoorbeeld aan het licht dat de interventie niet alleen leidde tot verminderde blootstelling aan middelengebruik, maar ook tot minder geestelijke gezondheidsproblemen in het latere leven.

Evidence-based interventies voor preventie van druggebruik bij jongeren blijken niet alleen de kans op middelengebruik in het latere leven te verkleinen, maar hebben soms ook onbedoelde positieve effecten. Onderzoek over het 'Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14' toonde (via implementatie in de VS) bijvoorbeeld onbedoelde effecten aan, zoals verminderingen van jeugddelinquentie, depressie, angst en seksueel risicogedrag enerzijds en betere studieresultaten anderzijds. 'Cross-overeffecten', zoals betere studieresultaten en vermindering van gedragsproblemen, dragen bij tot een betere volksgezondheid en tot economische voordelen voor de samenleving.

Kortom, epidemiologische studies helpen preventieprofessionals om te overwegen en te beslissen:

- Waarop moeten ze hun preventie-interventies richten, in welk geografisch gebied?
- Welke middelen verdienen vooral hun aandacht? Voor sommige populaties kunnen alcohol of tabaksproducten meer problemen opleveren dan cannabis.
- Op wie moeten de interventies zich richten? Welke groepen lopen de grootste risico's of zijn vatbaarder voor middelengebruik, zoals kinderen van gebruikers?
- Wanneer zijn de interventies nodig? Als 14 jaar de leeftijd is waarop jongeren beginnen te gebruiken, moeten de interventies al vroeger starten, bijvoorbeeld als kinderen 12 jaar zijn.
- Op welke determinanten moet de interventie zich richten? Welke doelstellingen en boodschappen? Denk aan de aanpak van attitudes tegenover middelengebruik, van normatieve overtuigingen, van de prevalentie van het gebruik en van de verwachte risico's van het gebruik (zie hoofdstuk 4).

DE BEHOEFTE AAN UITGEBREIDE GEÏNTEGREERDE DIENSTEN VOOR GEBRUIKERS VAN MIDDELEN

Voor preventieprofessionals is het belangrijk om te begrijpen dat experimenteel gebruik beschouwd wordt als gedrag met een relatief laag risico. Voortgezet gebruik kan echter leiden tot een toename van de hoeveelheid en frequentie van gebruik. Dat kan op zijn beurt leiden tot een verhoogd risico op schade. Zoals hierboven werd aangehaald, kan middelengebruik soms het leven van gebruikers gaan domineren, boven andere sociale activiteiten en verantwoordelijkheden. Zo kunnen er sociale en gezondheidsproblemen ontstaan. Het etiologiemodel, met verwijzingen naar risicofactoren en beschermende factoren, geeft ons een beter inzicht in de trajecten die leiden naar problemen

FIGUUR 6 - TRAJECTEN VAN MIDDELENGEBRUIK



rond middelengebruik (Figuur 6) en helpt bij de ontwikkeling en implementatie van geschikte interventies voor preventie, schadebeperking en behandeling.

Zoals weergegeven in Figuur 6 zijn omgevingsfactoren (op macro- en microniveau) en persoonlijke kenmerken (in mindere mate) belangrijke bepalende factoren bij de vraag of iemand met middelengebruik experimenteert. Deze houden de factoren in die een rechtstreeks verband hebben met het middelengebruik, zoals beschikbaarheid van middelen of een aanbod om te gebruiken. Daarnaast gaat het ook om de factoren omtrent vroege kwetsbaarheid, risico- en beschermingsfactoren die een impact hebben op een gezonde ontwikkeling en zo de kans op experimenteel gebruik verhogen.

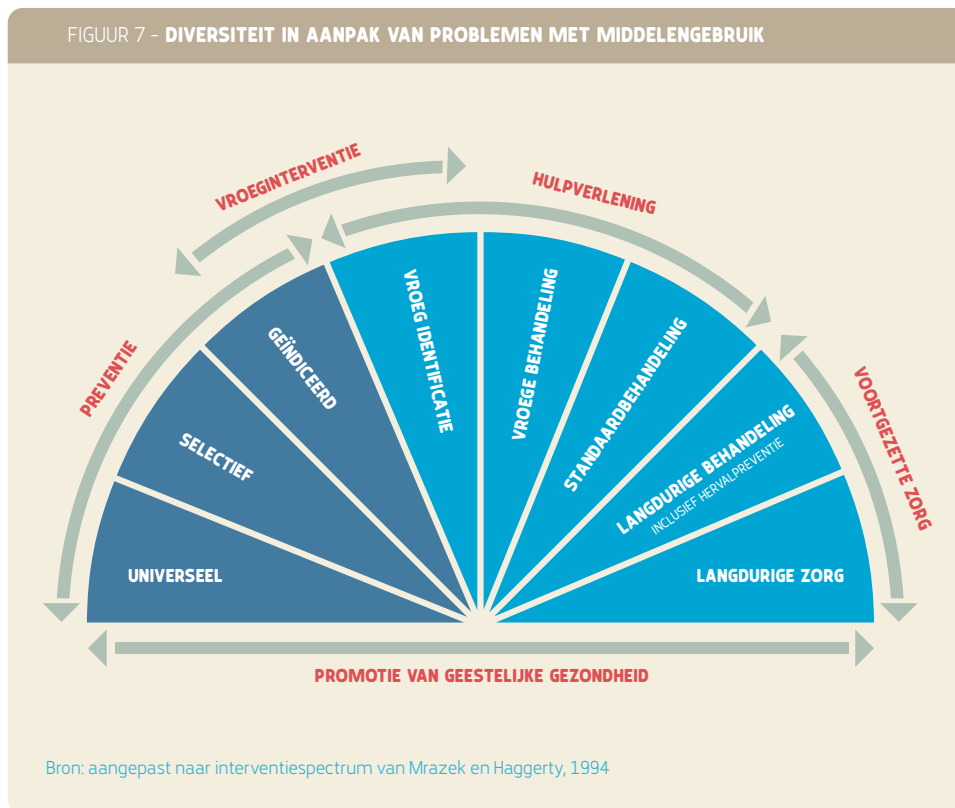
In prevalentieonderzoeken komt naar voren dat de meeste mensen die experimenteren met middelen niet doorgaan en het middelengebruik na enkele keren stoppen. Een reeks van bijkomende factoren onderscheidt deze mensen van degene die doorgaan met gebruiken. Het gaat om psychofarmacologische reacties op middelengebruik (bijvoorbeeld de subjectieve

ervaring die het medicijn produceert), al dan niet lonend of plezierig. Het gaat er ook om of het gebruik een specifieke functie voor de gebruiker dient. Zo kan het hem/haar helpen om een (waargenomen) fysiologische of psychologische behoefte te socialiseren of zelf medicinaal te 'behandelen'. Mensen die blijven gebruiken hoeven niet noodzakelijk schade te ondervinden. De meerderheid houdt op met gebruik, zelfs na langere gebruikspannen. Sommige mensen die middelen blijven gebruiken, ervaren echter problemen met betrekking tot hun gezondheid, emotioneel en psychologisch welbevinden en sociaal functioneren (waaronder ook het in aanraking komen met justitie). Selectieve en geïndiceerde preventieve interventies, maar ook schadebeperkende interventies en behandelingen, zijn van belang bij het voorkomen van de overgang naar schadelijkere gebruikspannen en dus het verminderen van resulterende schade.

Deze trajecten en overgangen tussen verschillende patronen van middelengebruik worden soms de 'natuurlijke geschiedenis' van middelengebruik en stoornissen genoemd. Risico- en beschermende factoren, maar ook potentiële schade, zijn anders

op verschillende punten binnen het traject. De factoren die het begin van het gebruik bepaalden, zijn niet dezelfde als de factoren die bepalend zijn voor het voortgezette gebruik. Ook de schade die volgt uit het gebruik zal anders zijn. Het is ook belangrijk om te onthouden dat mensen die momenteel geen middelen gebruiken geen homogene groep vormen. In de groep bevinden zich ook diegenen die eerder wel al experimenteerden met gebruik of in het verleden zelfs problematisch gebruik ervoeren.

Daarom is er nood aan een breed scala van uitgebreide sociale, emotionele, fysieke en professionele diensten om tegemoet te komen aan de behoeften van mensen die middelen gebruiken, ongeacht waar ze zich bevinden op hun 'middelengebruiksroute' (Figuur 7).



Daarom mikken preventieprogramma's op drie doelgroepen:

- **Universele** interventies richten zich tot groepen waar wel wat individuele gebruikers in zitten, maar waarvan de meeste leden niet-gebruikers zijn. In deze categorie vallen de meeste interventies op scholen en de omgevingsinterventies waarover we het verder nog hebben;
- **Selectieve** interventies richten zich tot kwetsbare groepen waarin middelengebruik vaak geconcentreerd is en focussen op betere kansen in moeilijke leef- en sociale omstandigheden. Hieronder vallen ook interventies voor scholen en gezinnen, en beleidsinterventies om kinderen op school aan boord te houden;
- **Geïndiceerde** interventies helpen kwetsbare individuen om te gaan met hun individuele persoonlijkheidskenmerken en

risicofactoren die hen kwetsbaarder maken voor escalerend middelengebruik.

In Europa zijn er niet veel korte (of vroege) interventies. Toch zijn ook die belangrijk. Korte interventies zijn bedoeld om middelengebruik te voorkomen of uit te stellen en om escalatie te voorkomen naar problemen door middelengebruik. Deze ingrepen blijven beperkt in de tijd en bevinden zich in het schema van Mrazek & Haggerty (1994) in het grijze gebied tussen preventie en behandeling. Het is geïndiceerde preventie, typisch gericht op jongeren of mensen die risico lopen (EMCDDA, 2017b).

We lichten eerst de begrippen 'evidence-based' en 'best practice' toe omdat die belangrijke verschillen in aanpak van preventiewerk met zich meebrengen.

Dit hoofdstuk geeft ook een overzicht van de recentste en/of meest dominante theorieën, bijvoorbeeld de 'theorie van gepland gedrag' (theory of planned behaviour) en 'het gedragswiel', die courant gebruikt worden in het preventiewerk. We bespreken ook de structuur, de implementatie, de inhoud en de doelgroep van interventies. Ten slotte bekijken we het proces van hoe en waarom we een interventie aanpassen aan de eigen context, terwijl we toch trouw blijven aan het originele ontwerp.

DEFINITIES EN PRINCIPES

Preventie van middelengebruik voorkomt dat mensen beginnen gebruiken en kan mensen die al gebruiken helpen om problematisch gebruik te voorkomen. Maar preventie van middelengebruik heeft ook een breder doel: mensen veilig en gezond houden zodat ze hun talenten en potentieel ten volle kunnen realiseren. De ontwikkeling en implementatie van effectieve (doeltreffende) evidence-based interventies, als antwoord op problemen rond middelengebruik, is een centrale focus binnen het Europese drugsbeleid. Daarin zijn een hele resem aan maatregelen opgenomen.

Wat betekent 'evidence-based' preventie nu? Dit is een definitie van het Evidence-Based Practice Institute van de Universiteit van Washington:

'Evidence-Based Practice (EBP) is het gebruik van systematische besluitvormingsprocessen of dienstverlening die op basis van wetenschappelijke gegevens aantoonbaar, meetbaar en consistent betere resultaten opleverden bij cliënten. Dit staat tegenover traditie, buikgevoel of casestudies als basis voor besluitvorming. EBP baseert zich op gegevens die verzameld worden door experimenteel wetenschappelijk onderzoek en houdt

rekening met individuele kenmerken van cliënten en klinische expertise'.

Deze definitie bevat twee belangrijke aspecten: systematische besluitvorming op basis van wetenschappelijk bewijs voor betere of positieve resultaten en vertrouwen op gegevens die verzameld werden door grondig experimenteel onderzoek. Dat is een hele uitdaging. Het is ook belangrijk de complexiteit ervan te begrijpen om te vatten waarom deskundigen het vaak – en terecht – oneens zijn over welke preventieprogramma's en -praktijken 'empirisch onderbouwd' (evidence-based) zijn en niet alleen maar 'veelbelovend' of 'best practice'.

Het European Monitoring Centre definieert 'Best Practice' als 'de beste toepassing van het beschikbare bewijsmateriaal op de huidige activiteiten op drugsgebied'. Het Monitoring Centre somt verder criteria op waar het bewijs voor de effectiviteit aan moet voldoen:

- Relevant zijn voor de problemen van degenen die getroffen worden door middelengebruik, ook voor professionals, beleidsmakers, gebruikers en hun gezin;
- Uitsluitend gebaseerd zijn op 'transparante, betrouwbare en overdraagbare' methoden om best practices te bepalen;
- In het classificatieproces rekening houden met al het beschikbare bewijs;
- In het bredere besluitvormingsproces rekening houden met het bewijs van de effectiviteit en de haalbaarheid van implementatie.

De laatste twintig tot dertig jaar hebben preventieonderzoekers en -werkers een schat aan informatie verzameld die bijdroeg tot effectieve preventie-interventies en preventiebeleid voor een hele waaier aan gedragingen, waaronder middelengebruik. Het EMCDDA centraliseerde veel van die interventies op zijn website, waar je informatie vindt over best practices voor verschillende omgevingen, soorten middelen en behandelingen. Je kunt de site raadplegen op <http://www.emcdda.europa.eu>.

FIGUUR 8 - BEST PRACTICE PORTAL VAN HET EMCDDA

The screenshot shows the 'Best practice portal' website. At the top, there is a navigation menu with tabs for 'Data', 'Countries', 'Topics (A-Z)', 'Our activities', 'Best practice' (selected), 'Publications', 'Events', 'News', and 'About'. Below the menu, a breadcrumb trail shows 'Home > Best practice'. On the left, a sidebar contains a 'Best practice' section with links to 'Policy and practice briefings', 'Implementation tools (Xchange, HNT, EDDRA, EIB)', 'Evidence database', and 'Standards and guidelines'. Below this is a section titled 'Health and social responses to drug problems: A EUROPEAN GUIDE' with a grid of icons. The main content area features a large blue header 'Best practice portal' with a thumbs-up icon. Below the header is a paragraph: 'The Best practice portal is designed to help you find practical and reliable information on what works (and what doesn't) in the areas of prevention, treatment, harm reduction and social reintegration. It will help you identify tried and tested interventions quickly, allocate resources to what's effective, and improve interventions applying tools, standards and guidelines.' To the right of this text is a green envelope icon and the text 'Get in touch with the Best practice portal team'. Below the text are four colored boxes: a red box for 'Briefings' (Policy and practice briefings), a teal box for 'Implementation' (Xchange, HNT, EDDRA, EIB), a green box for 'Evidence' (A database of available evidence), and an orange box for 'Standards' (National and international standards and guidelines). At the bottom of the main content area is a red banner with the text 'Policy and practice briefings'.

De 'European Society for Prevention Research' (EUSPR) noemt preventiewetenschap 'een multidisciplinair streven om etiologie, epidemiologie, interventieontwerp, effectiviteit en de uitvoering van preventie-interventies in overweging te nemen voor een hele reeks gezondheids- en sociale problemen^{6f}. Het gaat hierbij om onder andere problemen door middelengebruik, seksuele gezondheid en tienerzwangerschappen, hiv/aids, geweld, ongevallen, zelfdoding, psychische aandoeningen, criminaliteit, obesitas, dieet/voeding, lichaamsbeweging en chronische ziekten. Een gemeenschappelijk kenmerk is het belang van gedrag als determinant van gezondheidsproblemen en gezondheidsongelijkheid.

Gedragrisicofactoren zijn belangrijke oorzaken van **niet-**

overdraagbare ziekten. De preventiewetenschap bestudeert systematisch **interventies** om onaangepast gedrag terug te dringen en om aangepast gedrag te bevorderen. Daarvoor heb je expertise nodig in verschillende theoretische en methodologische benaderingen; om onderzoek te doen in de sociale en maatschappelijke systemen van het gezin, gezondheid en opvoeding, de werkplek, de samenleving, maatschappelijk welzijn, ruimtelijke ordening, stedenbouw en fiscale politiek.

Naast de definitie van preventiewetenschap geeft de Amerikaanse 'Society for Prevention Research' ook gedetailleerde richtlijnen mee die de basis vormen voor dit handboek:

- **Focus op ontwikkeling:** Als preventieprofessionals moeten we

begrijpen dat de factoren die gedrag beïnvloeden, veranderen met de leeftijd. We hebben dus ook ontwikkelings- of leeftijdsgerelateerde taken naarmate kinderen opgroeien (zie bijlage 1). Een ontregeling in de uitvoering van die taken kan leiden tot stoornissen of tot risicogedrag in bepaalde stadia van de ontwikkeling. Dit moeten we in overweging nemen als we mogelijke preventie-interventies beoordelen die we in onze gemeenschappen willen gebruiken.

- **De ontwikkelingsepidemiologie** van de doelgroep speelt een kritische rol in preventie. We erkennen hoe overgangen tussen verschillende leeftijden kinderen voor verschillende risico's plaatsen. Denk aan de overgang van de meeste tijd thuis naar de meeste tijd op school doorbrengen. Ook in en tussen verschillende populaties verschillen de factoren die verantwoordelijk zijn voor middelengebruik. De factoren of processen die leiden tot middelengebruik verschillen tussen individuen, groepen en populaties.
- **Transactionele ecologische factoren** verwijzen naar verschillende omgevingsinvloeden op onze opvattingen, waarden, attitudes en gedrag. Hieronder valt ook de interactie van de eigenschappen van een persoon, zijn/haar gezin, school, gemeenschap met de bredere sociopolitieke en fysieke omgeving. Die interacties beïnvloeden niet alleen onze overtuigingen, attitudes en gedrag, maar ook elkaar.
- Inzicht in **motivatie en veranderingsprocessen** helpt om effectieve interventies uit te werken die gericht zijn op veranderingen bij personen en omgevingen, om middelengebruik te voorkomen of te behandelen. Veel factoren spelen een rol bij de beïnvloeding van gedrag en hebben invloed op beslissingen, zoals de beslissing om geen psychoactieve middelen te gebruiken of om geen ander risicogedrag te vertonen.
- **De transdisciplinariteit** van preventiewetenschap houdt in dat we multidisciplinaire teams moeten inschakelen met een breed spectrum aan expertise. Dat is nodig om de complexiteit van de vraagstukken die de preventiewetenschap moet aanpakken meester te zijn.
- **Professionele deontologie** is gebaseerd op waarden. Dat zijn

fundamentele overtuigingen waarvan je gelooft dat ze correct zijn en die het richtsnoer vormen waarop je beslissingen in je leven baseert. Voor preventie zijn beslissingen nodig over de behandeling van andere mensen in de belangrijkste contexten van hun leven: hun gezin, hun school, hun werkplek. Maar het gaat ook over de samenleving waar beleid en wetten gewenst en antisociaal of illegaal gedrag moeten reguleren.

- **Voortdurende feedback** tussen theoretisch en empirisch onderzoek is bedoeld om de mechanismen te verklaren die leiden tot resultaten met betrekking tot gedrag en ontdekt zijn in epidemiologisch onderzoek of in de evaluaties van preventie-interventies.
- **De volksgezondheid verbeteren** kan als preventiewetenschappers samenwerken met preventiewerkers en hun gezamenlijke vaardigheden en expertise bundelen.
- **Sociale rechtvaardigheid** is verbonden aan mensenrechten, want het recht op gezondheid is een mensenrecht. Sociale rechtvaardigheid is de morele plicht om te begrijpen waarom bepaalde subgroepen van de bevolking onevenredig zwaar belast worden met ziekte, handicap en dood, en om preventieprogramma's, -systemen en veranderingen te realiseren om de gronddoorzaken van ongelijkheid aan te pakken.

INTERVENTIES UITWERKEN OP BASIS VAN PREVENTIETHEORIEËN

De laatste 30 tot 40 jaar legden verschillende belangrijke theorieën de basis voor de ontwikkeling van evidence-based preventie-interventies en onderzoeksdoelstellingen. Wanneer preventiewetenschappers en preventiewerkers over theorie praten, verwijzen ze naar een reeks onderling samenhangende concepten die ze gebruiken om te beschrijven, te verklaren en te voorspellen hoe verschillende aspecten van menselijk gedrag met elkaar verbonden zijn. Meestal zijn theorieën gebaseerd op empirische bewijzen of onderzoeksresultaten en worden ze verder verfijnd in voortgezet onderzoek.

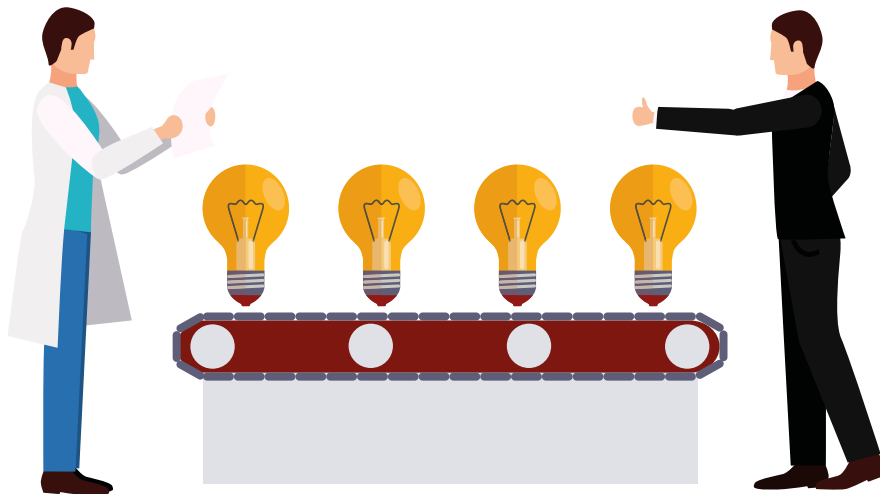
Een belangrijke stap in het uitwerken van evidence-based interventies is een theoretisch referentiekader selecteren voor die interventies.

Zo'n referentiekader:

- Biedt inzicht in de omgevings- en gedragsdeterminanten in verband met een bepaald gezondheidsprobleem;
- Verduidelijkt mogelijke mechanismen om het gewenste resultaat te bereiken;
- Helpt de interventiestrategie of -aanpak te selecteren die dat resultaat kan behalen (Bartholomew & Mullen, 2011).

In preventie zijn er theorieën over etiologie (de oorzaken van middelengebruik), menselijke ontwikkeling en menselijk gedrag. Onder de theorieën over menselijk gedrag die gebruikt worden voor preventie-interventies vallen ook de theorieën over hoe mensen leren en hoe mensen hun gedrag kunnen veranderen, vooral gedrag dat riskant is voor de gezondheid of voor de samenleving, zoals middelenmisbruik.

Preventiewetenschap steunt grotendeels op theorieën die ontwikkeld zijn binnen andere wetenschappelijke domeinen, zoals gedragseconomie, neuropsychologie, neurobiologie en gedragswetenschap.



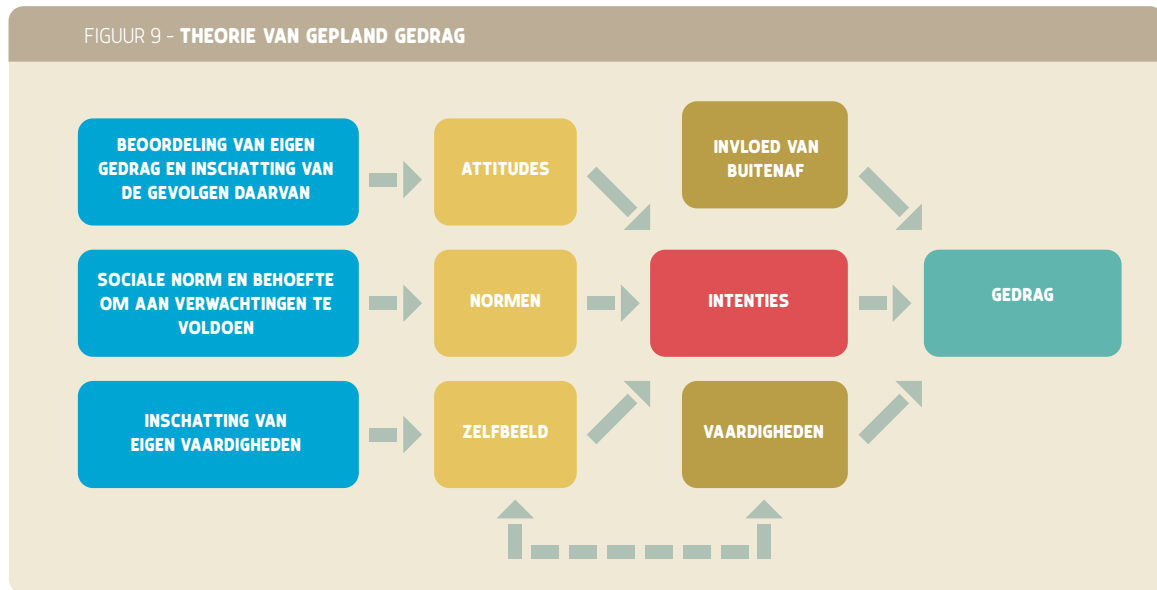
TABEL 2 - OVERZICHT VAN ENKELE BELANGRIJKE PREVENTIETHEORIEËN

De sociaal-cognitieve leertheorie van Bandura (1977)	Mensen leren gedrag door gedragsmodellen van andere mensen te zien en te imiteren.
De theorie over probleemgedrag van Jessor en Jessor (1977)	Veel risicogedrag heeft dezelfde wortels of basis in het individu en in zijn omgeving.
De ecologie van de menselijke ontwikkeling van Bronfenbrenner (1979)	De invloed van systemen of contexten buiten het individu en hoe die individueel gedrag beïnvloeden.
De theorie van gepland gedrag van Azjen (1991)	Gedrag wordt gestuurd door de relatie tussen attitudes en gedrag, en door drie reeksen percepties/attitudes: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Overtuigingen over de gevolgen van het gedrag. ▸ Overtuigingen over de normatieve verwachtingen van anderen over (of sociale aanvaarding van) het gedrag. ▸ Overtuigingen over de drempels en de stimulansen voor het gedrag.

Meer recent hebben preventiewetenschappers theorieën ontwikkeld die uniek zijn voor de preventiewetenschap zelf:

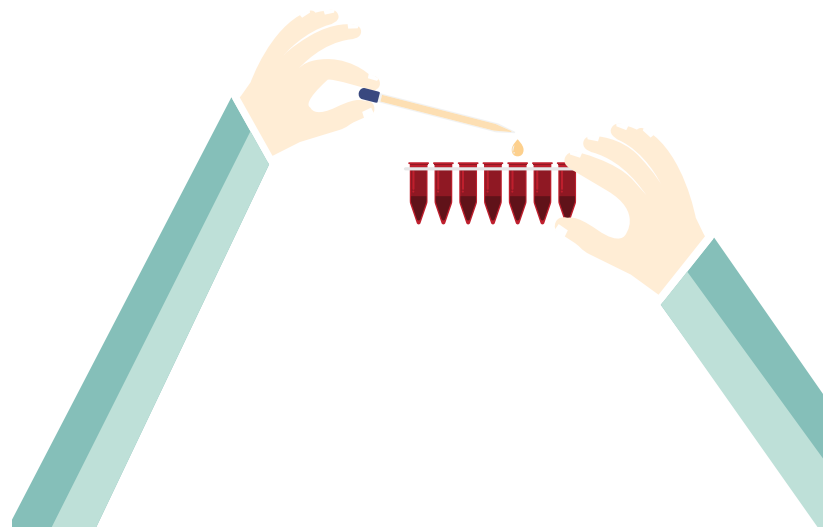
De theorie van triadische invloed van Flay en Petraitis (2003)	Drie invloeden bepalen risicogedrag: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Culturele factoren zoals de gepercipieerde tolerantie voor alcoholgebruik bij jongeren. ▸ Sociale of interpersoonlijke factoren zoals kind zijn van ouders die middelen gebruiken. ▸ Intrapersoonlijke factoren zoals matige impulscontrole.
De risico-en beschermingsfactoren van Hawkins en zijn collega's (1992)	Voor risico op middelengebruik zijn er maatschappelijke en culturele factoren die de wettelijke en normatieve verwachtingen leveren voor gedrag, en daarnaast intra- en interpersoonlijke factoren zoals gezin, klasgenoten en peers.
De positieve ontwikkeling van jeugd van Catalano en zijn collega's (1999)	Focus op het belang van het verbeteren en versterken van positieve ontwikkeling.
De veerkrachttheorie van Werner e.a. (1989)	Sommige mensen hebben speciale vaardigheden om zich aan te passen aan stresssituaties en stressvolle gebeurtenissen.
De stimulerende omgevingen van Biglan en Hinds	Combineert veel aspecten van die andere theorieën, en focust op risicobeperking en de bevordering van veerkracht en andere positieve eigenschappen.

Het is belangrijk om iets te weten over deze theorieën, zelfs al is het maar beknopt, om te begrijpen dat het ontwikkelen van effectieve preventie-interventies gebaseerd is op empirisch onderbouwde theorieën.

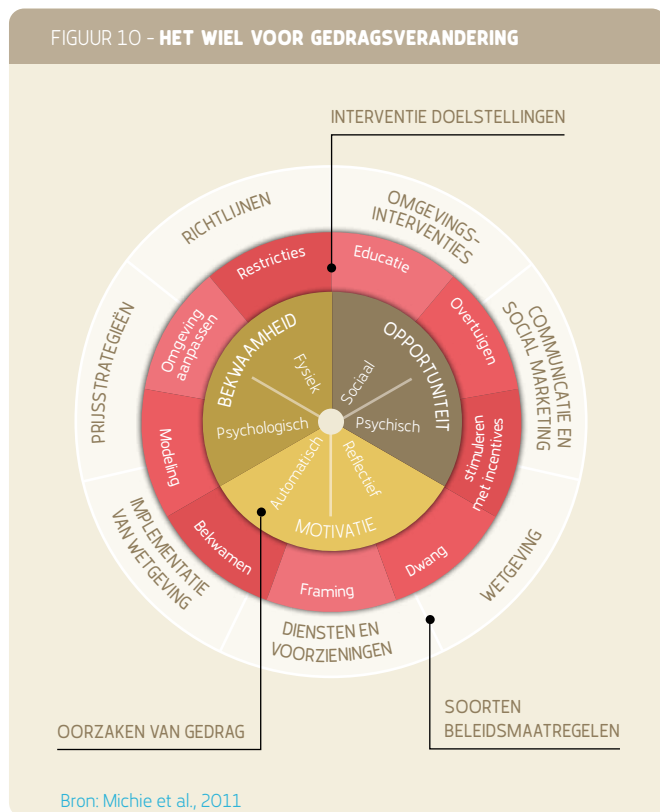


De theoretische modellen zijn dynamisch en tonen meestal verbanden tussen de verklarende factoren. Een van de belangrijkste theorieën voor preventiewetenschap is de theorie van gepland gedrag. Daarin komen onder andere deze factoren aan bod:

- **Attitudes over gedrag:** overtuigingen over het verband tussen gedrag en positieve of negatieve gevolgen en de waarde die iemand toekent aan die gevolgen - 'Wat zou er kunnen gebeuren als ik sigaretten rook? Wat zijn de gevolgen voor mijn gezondheid? Zijn die realistisch? Gaan die mijn eigen leven en dat van mensen in mijn omgeving echt beïnvloeden?'
- **Verwachtingen over de gevolgen** van het gedrag en de eigen perceptie van hoe anderen dat gedrag beoordelen - 'Wat zullen mijn ouders ervan zeggen dat ik rook? Wat zullen mijn vrienden zeggen?'
- **Overtuigingen over welke vaardigheden** het gedrag zouden verhinderen of faciliteren en **over je vermogen** om het gedrag onder controle te houden - 'Heb ik de nodige vaardigheden om nee te zeggen tegen alcohol op het feestje van mijn vriend?'



Het samenspel tussen al deze factoren geeft je veel informatie over iemands intentie om het gedrag – zoals middelengebruik – te vertonen. Het toont ook of iemand de nodige vaardigheden en ondersteuning heeft om wel of niet tot bepaald gedrag te komen.



De volgende stap in het ontwikkelen van de theoretische basis voor je interventie is interventiedoelstellingen uitwerken. Meestal gaan theoretisch gefundeerde doelstellingen niet alleen over gewenst gedrag – zoals minder, uitgesteld of geen middelengebruik – maar ook over de factoren die verband houden met dat gewenst resultaat of gedrag, bijvoorbeeld de verwachting die iemand heeft dat betrokkenheid bij een bepaald gedrag negatieve gevolgen zou hebben of dat leeftijdsgenoten het gedrag niet echt zouden pikken.

VOORBEELD: PROGRAMMA X

Laten we dit model eens even toepassen op preventie-interventies in een school, om te bekijken welke interventie we zouden willen. Dit gaat dus over een hypothetisch 'Programma X', een evidence-based preventiecurriculum voor een school. Aan welke kenmerken moet die interventie voldoen?

De eerste **preventiedoelstelling** van de theorie van gepland gedrag heeft te maken met attitudes over gedrag en de gevolgen ervan, verwachtingen over de gevolgen van middelengebruik voor de adolescenten uit de doelgroep en de normatieve overtuigingen (verwachtingen over hoe leeftijdsgenoten zullen reageren op het middelengebruik). Deze attitudes en verwachtingen helpen de doelgroep beslissingen te nemen over middelengebruik. Meestal zal de doelgroep van plan zijn om ze niet te gebruiken. Zodra ze die beslissing genomen hebben, zal de interventie samen met de doelgroep de vaardigheden ontwikkelen die nodig zijn om de beslissing te ondersteunen: communicatievaardigheden, de vaardigheid om nee te zeggen en andere vaardigheden die belangrijk zijn om prosociale en positieve doelstellingen te bereiken.

Dit soort interventies bereikt de beoogde doelstellingen meestal door de scholieren informatie te laten verzamelen, te laten interpreteren en te laten toepassen op hun eigen leven, met behulp van besluitvormings- en andere vaardigheden. Deze interventies werken met kleinschalige groepsactiviteiten en discussiegroepen.

Maar de interventie moet meer doen dan het gevoel van zelfredzaamheid vergroten, zodat de scholieren blijvend nee kunnen zeggen tegen middelengebruik in verschillende situaties waarin die middelen beschikbaar zijn. De interventie leert deze **strategieën** aan met gedragsmodellen, vaardigheidstraining, begeleide oefeningen met feedback en bekrachtiging.

De moeilijkheid om preventie-interventies uit te werken op basis van een theoretisch model is de omzetting van theorie in praktijk. Hoe stap je over van geformuleerde doelstellingen naar goede interventies en een goed beleid? Daarvoor is er een handige gids: het gedragswiel van Susan Michie, Maartje van Stralen en Robert West (2011), gebaseerd op het COM-B-model (capability, opportunity, motivation en behaviour). Het gedragswiel werd ook vertaald en enigszins aangepast in Vlaanderen door Gezond Leven (2019). Meer informatie vind je op <https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gedragsdeterminanten>. Hieronder bespreken we het originele model.

Het COM-B-model toont de mogelijke bronnen van gedrag in de binnenste cirkel van het gedragswiel. Om gedrag te veranderen, moet je inwerken op die bronnen van gedrag. Hoe je dat kunt bereiken, is te zien in de buitenste cirkel: die levert methoden én concrete interventies die effectief blijken te zijn om die bronnen van gedrag – en dus het gedrag zelf – te beïnvloeden.

Je ziet dat alle onderdelen van het COM-B-model in de cirkel zitten. 'Motivatie' wordt beschouwd als iets dat automatisch en reflectief is. 'Capaciteit' verwijst naar fysiek en psychisch vermogen. 'Opportuniteit' gaat over de kansen die de sociale of psychische context geeft om tot een bepaald gedrag te komen. De rode cirkel vat de efficiëntste methoden samen om deze determinanten van gedrag te veranderen. De buitenste, grijze cirkel toont de effectiefste interventiestrategieën en beleidsinterventies om de gezondheid te bevorderen.

STRUCTUUR, INHOUD EN UITWERKING

Voor we verdergaan is het belangrijk nog even de drie aspecten van preventie-interventies aan te halen: structuur, inhoud en uitwerking. Alle drie worden ze ondersteund door theorie.

'Structuur' geeft aan hoe de preventie-interventie of beleid georganiseerd en opgebouwd is. Dit gaat bijvoorbeeld over het aantal lessen en de lesduur: zitten er in Programma 'X' 10, 15 of

20 lessen? Duren die lessen 30 of 45 minuten? Worden die in één week gegeven of gespreid over verschillende weken?

'Inhoud' heeft te maken met de doelen van de interventie: welke informatie, vaardigheden en strategieën gebruik je om die doelstelling te bereiken? Daarvoor is het gedragswiel handig. Je kan bijvoorbeeld de vaardigheden om neen te zeggen tegen leeftijdsgenoten opnemen. Of de ontwikkeling van sociale normen, naast communicatietraining voor het gezin.

Bij 'toepassing' bekijk je hoe je de maatregel of het beleid implementeert en hoe je verwacht dat de doelgroep gaat reageren. Je kan bijvoorbeeld de training van gezinnen over opvoedingswaarden geven op momenten die voor die gezinnen geschikt zijn. Of je kan de uitvoering van een interventie monitoren.

DOELGROEPEN

Met het etiologiemodel kunnen we nu verschillende kerngebieden afbakenen. Hier kan een interventie effectief bepaalde overtuigingen, attitudes en gedragen – die kunnen leiden tot middelengebruik – beïnvloeden en veranderen, samen met het daarmee verbonden risicogedrag. Die interventiepunten richten zich niet alleen direct tot individuen, maar ook tot hun micro- en macro-omgeving. In dit handboek maken we je wegwijs in preventie-interventies voor ouders, leerkrachten, kinderen en jongeren en in het gezin, op school, in de lokale gemeenschap en in de leefomgeving.

Welke kenmerken zijn vooral van belang voor doelgerichte interventies en beleid?

- **Leeftijd** is om verschillende redenen belangrijk en gaat over ontwikkelingsvaardigheden, risico en de ernst van de gevolgen van middelengebruik. Interventies moeten aangepast worden aan leeftijden. Bij preventie op school is bijvoorbeeld aangetoond dat specifieke activiteiten effectiever

zijn voor bepaalde leeftijdsgroepen of ontwikkelingsfases dan voor andere. Samenlevingen en culturen hebben ook heel verschillende verwachtingen van verschillende leeftijdsgroepen. Zo zijn er verschillen in wetgeving rond middelengebruik voor minderjarigen. Het feit of alcoholgebruik op een familiefeest acceptabel is voor oudere adolescenten kan bijvoorbeeld ook cultureel verschillen.

- **Geslacht** is ook belangrijk. Net als leeftijd speelt geslacht een rol voor het risico dat je loopt en voor de omgeving waarin de interventie zich afspeelt. Samenlevingen en culturen verwachten soms ook heel verschillende dingen van mannen en vrouwen. Ook daar moet de interventie rekening mee houden. Het is ook belangrijk dat preventieve interventies geen ongunstige genderstereotypen versterken waarbij ongezond gedrag bij mannen bijvoorbeeld acceptabeler is dan bij vrouwen.

- **De plaats** van de interventie is belangrijk voor de prevalentie van bepaalde stoffen en voor de hulpmiddelen en ondersteunende diensten die er beschikbaar of gemakkelijk toegankelijk zijn.
- **Het bereik** betekent in hoeverre de interventie of het beleid bedoeld is om verschillende groepen aan te spreken.
- **De focus** van een interventie of beleid kan liggen op populaties met verschillende niveaus van kwetsbaarheid en risico.

Om de doelgroep te bepalen, moeten we eerst een behoefteanalyse uitvoeren. Hoe we dat doen bespreken we in hoofdstuk 3.

HOOFDSTUK 3: **EVIDENCE-BASED PREVENTIE EN BELEID**



In dit hoofdstuk gaan we dieper in op twee belangrijke documenten waarop dit handboek over preventie-interventies en preventiebeleid gebaseerd is.

Onze eerste bron is de '*International Standards on Drug Use Prevention: A Guide for Policy-Makers*'.⁷ Die gids vat de wetenschap samen die aan de grondslag ligt van evidence-based preventie-interventies en beleid om middelengebruik te voorkomen of te beperken. De International Standards zijn uitgewerkt door het UNODC en de WGO, samen met preventieonderzoekers, preventiespecialisten en beleidsmakers uit de hele wereld. We vullen die informatie aan met gegevens over evidence-based programma's die bruikbaar zijn om geschikte evidence-based interventies voor jouw situatie te vinden en te selecteren.

De tweede bron zijn de *European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)* van het EMCDDA. Dit is een Europees referentiekader voor kwaliteitspreventie van middelengebruik.

De International Standards focussen op inhoud, structuur en meest geschikte educatieve strategieën van de interventies. De *EDPQS* focussen op hoe je preventie-interventies moet plannen, selecteren en uitwerken om kwaliteit te garanderen (Brotherhood, Sumnall & The European Prevention Standards Partnership, 2013).

DE INTERNATIONAL STANDARDS ON DRUG USE PREVENTION

De *International Standards* zijn ontworpen om de resultaten van preventieonderzoek samen te brengen en de belangrijkste kenmerken van evidence-based beleid en preventie-interventies

vast te stellen waarvan is bewezen dat ze middelengebruik kunnen terugdringen.

Het idee achter de *International Standards* is om beleidsmakers te helpen om beleid en interventies te ondersteunen waarvan de doeltreffendheid is aangetoond door grondig onderzoek. Bovendien bieden de Standards een gemeenschappelijk forum aan opinie- en beleidsmakers, preventieonderzoekers en anderen die begrijpen hoe belangrijk effectieve preventie is, om doeltreffende preventieprogramma's voor de samenleving te uit te werken.

Om de *International Standards* vorm te geven, lichtten preventieonderzoekers, preventiewerkers en beleidsmakers uit de hele wereld de belangrijke wetenschappelijke literatuur van de voorbije 20 jaar over middelengebruik gedurende een jaar lang grondig door. Zo kwamen ze tot hun uiteindelijke overzicht van effectieve interventie- en beleidsstrategieën en hun kenmerken.

De evaluatiegroep van het UNODC beoordeelde systematisch artikelen en studies over middelengebruik en selecteerde diegene met de grootste relevantie voor preventie-interventies. Daarna deelden ze de artikelen en studies in op basis van de methoden om resultaten van preventie-interventies voor middelengebruik te beoordelen. Zo kwamen ze tot kwaliteitsstandaarden waarmee ze het bewijsmateriaal evalueerden als excellent (5 sterren), heel goed (4 sterren), goed (3 sterren), geschikt (2 sterren) of matig (1 ster).

Na het afronden van de analyses deelden ze de artikelen en studies op in drie categorieën, die de beoordeelde preventie-interventies voor middelengebruik en het preventiebeleid beschrijven:

- Leeftijdsgebonden ontwikkelingsperiodes – kleutertijd en vroege kinderjaren, kindertijd, puberteit, late adolescentie en volwassenheid;
- Omgeving waarin de interventie of het beleid gerealiseerd werd – gezin, school, werkplek of samenleving;
- Doelgroep – universeel, selectief of geïndiceerd.

⁷ De tweede editie werd gepubliceerd in Maart 2018

Hieronder volgt een korte beschrijving van de bevindingen per leeftijdsgebonden ontwikkelingsperiode. Door een ontwikkelingskader toe te passen, erkennen de **International Standards** dat mensen in verschillende stadia van hun ontwikkeling – zoals kleutertijd en vroege kinderjaren, kindertijd, puberteit, late adolescentie en volwassenheid – verschillende behoeften hebben en gevoelig zijn voor verschillende educatieve strategieën. Bovendien erkennen ze dat interventies en beleid geïmplementeerd kunnen worden in verschillende omgevingen, zoals het gezin, de school, de werkplek of de samenleving. En dat ze gericht kunnen zijn op 'beïnvloeders' zoals ouders, leerkrachten en leidinggevendenden of op mensen uit de doelgroep zelf. De **International Standards** erkennen ook dat de risicostatus van verschillende doelgroepen – universeel, selectief of geïndiceerd – belangrijk is voor de geschikte toepassing van de interventies.

Onder baby- en vroege kinderjaren vallen kinderen tot 6 jaar.

Tabel 3 toont dat drie types van interventies een effect hadden op deze leeftijdsgroep, maar dat de kwaliteit van het bewijsmateriaal verschillend was.

Interventies voor zwangere vrouwen met stoornissen door middelengebruik waren matig effectief. De studies met positieve resultaten betroffen interventies die volledig uitgevoerd waren door goed opgeleide gezondheidswerkers. In de effectieve interventies vinden we de volgende elementen terug:

- Farmacologische en/of psychosociale therapie op maat van de patiënt;

- Behandeling van duidelijk comorbide fysieke en/of mentale gezondheidsproblemen;
- Aanleren van opvoedingsvaardigheden om een warme band met hun kind te bevorderen;
- De diensten werden verleend binnen een geïntegreerde behandelingsomgeving.

Interventies met bezoeken aan jonge moeders die problemen hebben met middelengebruik (of daaraan verbonden problemen) bleken behoorlijk effectief te zijn:

- Wanneer ze bezocht werden door gezondheidswerkers die opgeleid waren om deze diensten aan te bieden – met inbegrip van regelmatig bezoek aan de baby tot de leeftijd van 2 jaar, eerst om de twee weken, daarna één keer per maand;
- Ze kregen ouderschapsvaardigheden aangeleerd;
- Ze kregen ondersteuning voor hun fysieke en geestelijke gezondheid, hun huisvesting, voeding en werkgelegenheid, als dat nodig was.

Dit is het soort interventies die perfect te integreren zijn in andere bestaande programma's voor jonge moeders en zelfs in welzijnsprogramma's voor pasgeboren baby's of zuigelingen.

Selectieve voorschoolse interventies voor kinderen tussen 2 en 5 jaar die leven in achtergestelde omstandigheden bleken in hoge mate effectief te zijn.

Ze hebben invloed op het gebruik van marihuana in de adolescentie, maar voorkomen ook ander risicogedrag en bevorderen studieresultaten, sociale integratie en geestelijke

TABEL 3 - EVIDENCE-BASED PREVENTIE-INTERVENTIES BIJ BABY'S EN JONGE KINDEREN (ENGELSTALIGE VERSIE VAN UNODC WEBSITE)

INTERVENTION	LEVEL OF RISK TARGETED	INDICATION OF EFFICACY
Interventions targeting pregnant women with substance abuse disorders	Selective - Groups at risk	* Limited
Prenatal and infancy visitation	Selective - Groups at risk	** Adequate
Early childhood education	Selective - Groups at risk	**** Very good
Community-based multi-component		

gezondheid. Belangrijke aspecten van dit soort interventies zijn:

- Leerkrachten of begeleiders hebben opleiding nodig voordat ze deze interventies kunnen toepassen;
- De interventies focussen op de juiste cognitieve, sociale en talige vaardigheden van de kinderen en bereiden hen voor op de schoolomgeving, op hun rol als leerling en op studie-uitdagingen;
- De interventies bestaan uit dagelijkse sessies gedurende langere periodes.

De kindertijd focust op kinderen van 6 tot 10 jaar.

Voor deze leeftijdsgroep blijken de hierboven aangehaalde interventies een 'voldoende' tot 'heel goed' bewijs van effectiviteit te hebben. Drie interventies waren gericht op universele doelgroepen, één was gericht op risicogroepen. Het evidence-based beleid om kinderen aan boord te houden op school focuste voornamelijk op kinderen in risicosituaties.

Interventies gericht op ouderschapsvaardigheden bieden ondersteuning aan ouders en verbeteren hun ouderschapsstijl en -vaardigheden. Ze blijken zowel effectief te zijn voor de algemene kinderpopulatie als voor kinderen die risico lopen. Er was een sterk bewijs voor het belang van interventies die ouderschapsvaardigheden voor deze ontwikkelingsperiode aanleren. De inhoud van interventies met positieve resultaten focusten op het versterken van familiebanden en ondersteunen van ouders of verzorgers in de volgende vaardigheden:

- Een warme opvoedingssfeer creëren;

- Regels vastleggen voor acceptabel gedrag;
- Vrije tijd en vriendschapspatronen monitoren;
- Positieve en aangepaste discipline opleggen;
- Betrokkenheid tonen bij de scholing en de opvoeding van de kinderen;
- Rolmodel worden.

Wanneer interventies rond ouderschapsvaardigheden positieve resultaten lieten optekenen, waren die ook het resultaat van verschillende interactieve sessies met betrokkenheid van zowel de ouders als de kinderen. Ook hier, zoals bij de andere evidence-based interventies en beleidsinterventies die we al zagen, kregen alle instructeurs een toegepaste training.

Wanneer interventies rond ouderschapsvaardigheden geen impact of negatieve resultaten lieten optekenen, ging het om interventies die uitsluitend focusten op het kind of die vooral met lezingen (informatieverstrekking) werkten. Als interventies de ouders of verzorgers alleen maar informatie bezorgden over drugs, of als ze de autoriteit van de ouders ondermijnden, leidde dat alvast niet tot positieve resultaten of zelfs tot negatieve resultaten.

OPGELET! De kenmerken van die ouderschapsvaardigheden zijn ook relevant voor jonge adolescenten. We komen er verder op terug, samen met de andere kenmerken voor die oudere leeftijdsgroep.

TABEL 4 – EVIDENCE-BASED PREVENTIE-INTERVENTIES BIJ KINDEREN VAN 6 TOT 10 JAAR (ENGELSTALIGE VERSIE VAN UNODC WEBSITE)

INTERVENTION	LEVEL OF RISK TARGETED	INDICATION OF EFFICACY
Parenting skills programmes	Universal & selective - General population and groups at risk	**** Very good
Personal and social skills education	Universal - General population	*** Good
Classroom environment improvement programmes	Universal - General population	*** Good
Policies to keep children in school	Selective - Groups at risk	** Adequate
Community-based multi-component		

Interventies om persoonlijke en sociale vaardigheden te ontwikkelen spelen zich doorgaans af op school. Het bewijsmateriaal voor hun effectiviteit is goed. Die interventies bieden kinderen kansen om vaardigheden aan te leren, om beter om te gaan met allerlei situaties die zich voordoen in hun dagelijks leven. Ze ondersteunen de ontwikkeling van sociale competenties en werken in op normatieve overtuigingen en attitudes.

Kenmerkend voor deze interventies is dat:

- Ze worden aangestuurd door opgeleide leerkrachten die interactieve methoden gebruiken om de inhoud over te brengen;
- Ze vooral focussen op de ontwikkeling van persoonlijke en sociale vaardigheden;
- Ze meestal worden aangeleerd in de eerste schooljaren en de leerlingen er actief bij betrokken zijn;
- Ze bestaan uit een reeks van sessies;
- Ze de vaardigheden van leerkrachten versterken op het vlak van klasmanagement en de socialisatie van kinderen ondersteunen, zodat ze met succes hun rol als leerling kunnen opnemen.

Interventies die de schoolervaring en positieve gevoelens over school en onderwijs stimuleren zijn ook belangrijk. Dit soort interventies verbeteren zowel het leren op school als het socio-emotionele leren. Preventie op school komt verder nog aan bod.

De adolescentie gaat over de leeftijd van 11 tot 18 jaar en ouder. Het is een periode vol uitdagingen. De hersenen blijven zich nog ontwikkelen in een context van hormonale en andere normale biologische processen. Veel hersenfuncties blijven zich zelfs na de

adolescentie, tot de leeftijd van 26 jaar, ontwikkelen. Dat maakt meteen duidelijk waarom het belangrijk is dat er ook na de leeftijd van 18 jaar nog interventies zijn.

Er zijn veel studies over interventies bij deze leeftijdsgroep. We hadden het al over interventies voor ouderschapsvaardigheden. Die blijven ook voor deze groep relevant, net als programma's voor persoonlijke en sociale vaardigheden en voor positief schoolbeleid, gericht op de hele schoolbevolking. Voor de populatie die meer risico loopt is voldoende bewijs van effectiviteit geleverd voor interventies die individuele aandacht geven, zoals interventies die zich richten op psychische kwetsbaarheid en mentorschap.

Interventies om ouders te ondersteunen in hun ouderschapsvaardigheden focussen op effectieve programma's voor ouderschapsvaardigheden voor deze ontwikkelingsperiode, namelijk adolescentie – net zoals dat bij ouders van jongere kinderen het geval was:

- Het gaat om programma's die familiebanden en ouderschapsvaardigheden versterken, vooral door duidelijke regels te stellen, vrije tijd en vriendschapspatronen te monitoren en blijvende betrokkenheid te tonen bij de opvoeding van de jongere;
- Vooral belangrijk is dat die programma's materiaal, situaties en onderwerpen aanbieden die voor oudere kinderen relevant zijn, met inbegrip van verschillende en heel interactieve groepssessies.

TABEL 5 – EVIDENCE-BASED PREVENTIE-INTERVENTIES BIJ ADOLESCENTEN (ENGELSTALIGE VERSIE VAN UNODC WEBSITE)

INTERVENTION	LEVEL OF RISK TARGETED	INDICATION OF EFFICACY
Prevention education based on personal and social skills and social influence	Universal & selective – General population and groups at risk	*** Good
School policy and culture	Universal – General population	** Adequate
Addressing individual psychological vulnerabilities	Indicated – Individuals at risk	** Adequate

Voor deze programma's zijn er goed opgeleide instructeurs nodig. Ze moeten zo worden georganiseerd dat het voor de doelgroep gemakkelijk is om volledig deel te nemen.

Ook voor deze leeftijdsgroep zijn educatieve interventies – in Vlaanderen spreekt men over de preventiestrategie 'educatie' – omtrent persoonlijke en sociale vaardigheden heel relevant.

Deze interventies:

- Bevorderen de nodige vaardigheden om nee te kunnen zeggen tegen middelengebruik en tegen leeftijdsgenoten, tegen sociale druk om middelen te gebruiken en om gezond om te gaan met uitdagende levenssituaties;
- Werken in op de perceptie van risico's of mogelijke schade door middelengebruik en focussen op gevolgen die vooral voor adolescenten relevant zijn;
- Pakken courante misvattingen van adolescenten aan over de normen omtrent middelengebruik. Vaak overschatten jongeren het aantal leeftijdsgenoten die roken, drinken en/of andere drugs gebruiken;
- Geven correcte informatie om adolescenten te helpen de waargenomen gevolgen van middelengebruik af te wegen tegen de verwachtingen in verband met dat middelengebruik;

Actieve betrokkenheid van de jongeren bij deze preventieactiviteiten veronderstelt effectieve methoden om die betrokkenheid te bevorderen en goed opgeleide leerkrachten of instructeurs die liever faciliteren en coachen dan doceren.

Het schoolbeleid – in Vlaanderen wordt verwezen naar de preventiestrategie 'regels en afspraken' – biedt nog andere mogelijkheden voor evidence-based preventie-interventies op school. Dat is zeker het geval wanneer het gaat over het gebruik van middelen op school en hoe het schoolbeleid omgaat met overtredingen. Een goed uitgewerkt schoolbeleid kan ook een positievere omgeving creëren waarin leerlingen zich veilig, comfortabel en succesvol voelen. Zo'n schoolbeleid blijkt effectief te zijn: er is afdoende bewijs dat het een positief effect heeft op het middelengebruik van alle leerlingen en van de schoolmedewerkers.

Individuele psychologische begeleidingen of korte interventies – in Vlaanderen wordt verwezen naar de preventiestrategie 'zorg en begeleiding' – zijn in deze leeftijdsperiode geschikt voor psychisch kwetsbare jongeren. Dat zijn bijvoorbeeld jongeren die sensatiebelust, impulsief, angstgevoelig of hopeloos zijn. Die gevoelens kunnen indicatoren zijn voor middelengebruik, als ze niet op een positieve manier aangepakt worden. In deze leeftijdsgroep kunnen jongeren problemen hebben op school, met hun ouders of met hun leeftijdsgenoten. Voor die jongeren is het volgende effectief:

- Screening door professionals met gevalideerde instrumenten;
- Interventies die de jongeren vaardigheden aanleren om positief om te gaan met hun emoties;
- Interventies door getrainde professionals;
- Twee tot vijf korte sessies.

Mentoringprogramma's, zeker voor jongeren die risicogedrag dreigen te vertonen, blijken weinig effectief te zijn. Wel toont de vakliteratuur aan dat getrainde mentoren die een heel gestructureerd activiteitenprogramma aanreiken positieve resultaten kunnen bereiken. Het gaat dan meestal om een jongere die gekoppeld wordt aan een volwassene die zich ertoe verbindt de jongere regelmatig en voor een langere periode te ondersteunen.



TABEL 6 - EVIDENCE-BASED PREVENTIE-INTERVENTIES BIJ JONGEREN VANAF 18 JAAR (ENGELSTALIGE VERSIE VAN UNODC WEBSITE)

INTERVENTION	LEVEL OF RISK TARGETED	INDICATION OF EFFICACY
Prevention education based on personal and social skills and social influence		
School policy and culture		
Addressing individual psychological vulnerabilities		
Mentoring		
Alcohol & tobacco policies	Universal - General population	***** Excellent

De **latere adolescentie en volwassenheid** gaat over jongvolwassenen vanaf 18 jaar.

Een alcohol- en tabaksbeleid zijn volgens empirisch onderzoek heel effectief – in Vlaanderen wordt verwezen naar de preventiestrategie 'omgevingsinterventies'.

Tabak en alcohol worden meer gebruikt dan andere drugs. De daarmee gepaard gaande belasting voor de volksgezondheid is wereldwijd dan ook groter. Daarom kan het zo lang mogelijk uitstellen van het gebruik van alcohol en tabak bij jongeren een significante maatschappelijke impact hebben. Bovendien worstelen jongeren die middelen gebruiken vaak ook met problematisch alcoholgebruik.

- Evidence-based tabaks- en alcoholbeleid beperkt de toegang en de beschikbaarheid van alcohol en tabak voor minderjarigen en adolescenten;
- Succesvol beleid verhoogt de minimumleeftijd waarop jongeren die producten kunnen kopen en verhoogt de prijs door accijnzen of andere taksen te heffen;
- Een verbod op tabaksreclame en een beperking van reclame voor alcoholproducten die zich richt tot jongeren blijkt ook het gebruik te verminderen;
- Ten slotte maakt een actieve en consequente handhaving van dit beleid deel uit van een effectieve aanpak. Het is belangrijk ook detailhandelaars bij die handhaving te betrekken en ze daarvoor op te leiden.

TABEL 7 - EVIDENCE-BASED PREVENTIE-INTERVENTIES IN VERSCHILLENDE SETTINGS (ENGELSTALIGE VERSIE VAN UNODC WEBSITE)

INTERVENTION	LEVEL OF RISK TARGETED	INDICATION OF EFFICACY
Community-based multicomponent initiatives	Universal & selective - General population and groups at risk	*** Good
Media campaigns	Universal - General population	* Limited
Workplace prevention	Universal, selective & indicated - All components	*** Good
Entertainment venues	Universal - General population	* Limited
Brief intervention	Indicated - Individuals at risk	**** Very good

DE EUROPEAN DRUG PREVENTION QUALITY STANDARDS

De European Drug Prevention Quality Standards (EDPOS) zijn bedoeld om de praktijk van preventie-interventies en de uitvoering van beleid en handhaving te verbeteren. Ze zijn ook bedoeld om de uitvoering te beperken van interventies waarvan uit grondig empirisch onderzoek blijkt dat ze geen of zelfs een negatief effect hebben of die alleen maar geschikt zijn in een welbepaalde context. De EDPOS willen de professionele preventiecultuur stimuleren in de richting van een systematischere en evidence-based aanpak van het preventiewerk voor middelengebruik.

Voor de preventie van middelengebruik beschrijven deze kwaliteitsstandaarden een projectcyclus in acht stappen (zie Figuur 11). Ze bevatten ook belangrijke aandachtspunten die alle stappen van het project doorkruisen. Onze beschrijving van de projectcyclus is gebaseerd op de 'quick guide' van de EDPOS (Brotherhood, Sumnall & The European Prevention Standards Partnership, 2013).

We beginnen met de aandachtspunten die in alle stappen van het project aan bod komen. Dat zijn terugkerende thema's. Die gelden niet alleen voor één enkele stap in het project, maar wel voor de hele projectcyclus. Het gaat om vier thema's: duurzaamheid en financiering, communicatie en betrokkenheid van alle belanghebbenden, vorming van medewerkers en ethische preventie van middelengebruik.



A: DUURZAAMHEID EN FINANCIERING

Interventies moet je inbedden in een ruimer kader van activiteiten rond het voorkomen van middelengebruik. Je moet de levensvatbaarheid van preventiewerk ook zoveel mogelijk waarborgen op de lange termijn. In een ideaal scenario kunnen interventies doorgaan na hun eerste uitvoering en/of nadat externe financiering gestopt is. De duurzaamheid hangt niet alleen af van de doorlopende beschikbaarheid van geld. Ook de blijvende betrokkenheid van medewerkers en andere belanghebbenden bij de

organisatie en/of bij de preventie van middelengebruik is essentieel.

B: COMMUNICATIE EN BETROKKENHEID VAN ALLE BELANGHEBBENDEN

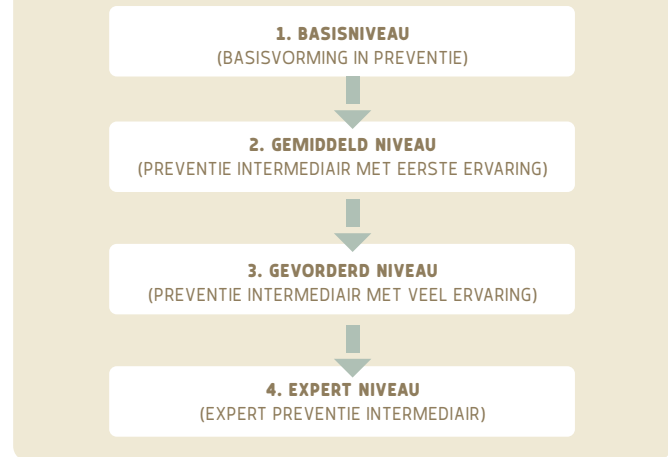
Belanghebbenden (of stakeholders) zijn individuen, groepen en organisaties met een bepaald belang bij de activiteiten en resultaten van de interventies en/of die er direct of indirect mee te maken hebben. Dit zijn de doelgroep, de gemeenschap, de financiers en andere organisaties die actief zijn in preventie van middelengebruik. Het is belangrijk dat je met die belanghebbenden contact opneemt en dat je ze betreft bij de planning van interventies en/of van beleidsmaatregelen om het werk te coördineren, mee lessen te trekken uit de opgedane ervaringen en mee te plannen en budgetteren.

C: VORMING VAN MEDEWERKERS

Dit luik bestaat uit drie pijlers: opleiding van medewerkers, permanente vorming en professionele en emotionele ondersteuning. Je brengt de opleidingsbehoeften van de medewerkers best in kaart vóór de uitvoering van de preventie-interventies. Dit is belangrijk om de kwaliteit van de interventie en van het beleid te verzekeren. Permanente vorming is een manier om medewerkers te belonen en aan boord te houden bij de organisatie. Tegelijk houdt het hun kennis en vaardigheden up-to-date. Tijdens de uitvoering van preventie-interventies is het belangrijk dat je medewerkers de kans geeft om te reflecteren over hun werk en om verbeteringen aan te brengen.

De kwaliteit van de medewerkers heeft een grote invloed op de kwaliteit van de interventie. Dat hangt dan weer nauw samen met de kwaliteit van hun opleiding of vorming. Helaas bestaat er in veel Europese landen nog geen uniform opleidingssysteem voor preventiewerkers. Charvat, Jurystova en Miovsy (2012) werkten onderstaande kwalificaties voor preventiewerkers uit. Het gaat om preventiewerkers die 'eerstelijns' tussenbeide komen bij risicogedrag op school. Dit kwalificatiesysteem is een poging om de verschillende niveaus van benodigde opleiding en vorming te

FIGUUR 12 - NIVEAUS VAN OPLEIDING EN VORMING



standaardiseren en te verduidelijken. Tegelijk geven ze een beeld van welke kennis en de vaardigheden dergelijke medewerkers nodig hebben:

Met het UPC-Adapt project en dit handboek willen we bijdragen aan het standaardiseren en verbeteren van de opleiding in heel Europa.

D: ETHISCHE PREVENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK

Activiteiten om middelengebruik te voorkomen hebben nogal wat invloed op het leven van mensen. Bovendien zijn ze meestal gericht op jongeren. Bij selectieve en geïndiceerde preventie gaat het soms zelfs om de meest kwetsbare jongeren in de samenleving. Professionals mogen er niet van uitgaan dat activiteiten voor de preventie van middelengebruik per definitie ethisch of in het voordeel van de deelnemers zijn. Hoewel het moeilijk kan zijn om alle principes van ethische preventie na te leven, moet een ethische aanpak toch een duidelijke rode lijn vormen doorheen alle stadia van het project. Omwille van die reden moet je protocollen ontwikkelen die de rechten van de deelnemers beschermen en moet je potentiële risico's inschatten en beperken.

STAP 1: DE BEHOEFTE EVALUEREN

Voordat je de interventie in detail kunt plannen, is het belangrijk om behoeften in verband met het middelengebruik te onderzoeken: Wat zijn die behoeften? Hoe groot zijn ze? Wat zijn de oorzaken van die behoeften? Welke factoren dragen ertoe bij? Zo'n onderzoek toont aan of de interventie echt nodig is en maakt het mogelijk om in te werken op de correcte behoeften van de juiste doelgroep(en). We onderscheiden vier soorten behoeften: beleidsbehoeften, behoeften van de gemeenschap, behoeften volgend uit leemtes in het preventieaanbod en behoeften van de doelgroep.



1.1 Beleid en wetgeving over middelengebruik kennen: Beleid en wetgeving over middelengebruik moet de leidraad zijn voor alle activiteiten in drugspreventie. Het team moet op de hoogte zijn van het beleid en de reglementering voor middelengebruik – op lokaal, regionaal, nationaal en/of internationaal niveau – en zijn werk uitvoeren in overeenstemming. Als interventies behoeften willen aanpakken die vandaag geen beleidsprioriteit zijn, moeten ze toch nog altijd de bredere agenda voor drugspreventie (gedefinieerd in nationale en internationale strategieën) ondersteunen. Waar nodig moet de middelenpreventie ook rekening houden met andere geldende richtlijnen en standaarden.

1.2 Middelengebruik en de behoeften van de gemeenschap evalueren: Het is essentieel om de situatie te beoordelen waarin groepen of subgroepen middelen gebruiken. Het volstaat niet om bij de planning van preventie-interventies te vertrouwen op buikgevoel of ideologie. De basis van preventie- en beleidsinterventies is een empirisch onderzochte beoordeling van die behoeften. Je moet ook andere relevante kwesties, zoals armoede en ongelijkheid, onderzoeken om rekening te houden met het verband tussen gebruik en andere behoeften.

1.3 De behoefte omschrijven – De interventie rechtvaardigen: Om het belang van de interventie te rechtvaardigen documenteer je onderzoeksgegevens over de behoeften van de gemeenschap en plaats je ze in hun context. Die

rechtvaardiging moet rekening houden met de standpunten van de gemeenschap, om te verzekeren dat de interventie voor hen relevant is. Focussen op 'behoeften/noden' eerder dan op 'problemen' maakt het gemakkelijker om

belanghebbenden die zich anders misschien gestigmatiseerd voelen bij de interventie te betrekken. In deze fase analyseer je ook bestaande preventie-interventies en preventiebeleid om beter te begrijpen hoe de interventie in kwestie het bestaande preventiewerk kan aanvullen.

1.4 De doelgroep begrijpen: Het onderzoek naar de behoeften gaat verder met het verzamelen van gedetailleerde gegevens over de beoogde doelgroep. Denk aan informatie over risico- en beschermingsfactoren of aan de cultuur en het dagelijks leven van de doelgroep. De realiteit van de doelgroep goed begrijpen is een noodzakelijke voorwaarde voor doeltreffende, kosteneffectieve en ethische preventie van middelengebruik. Soms is het bij de uitvoering van de interventie nodig om naast de uiteindelijke doelgroep (zoals jongeren die risico lopen op middelengebruik) ook rekening te houden met de intermediaire doelgroep (zoals ouders of leerkrachten). Die loopt op zich geen risico op middelengebruik.

STAP 2: DE MIDDELEN EVALUEREN

Een interventie wordt niet alleen bepaald door de behoeften van de doelgroep, maar ook door de beschikbare (hulp)middelen. Onderzoek naar de behoeften in stap 1 geeft aan wat de interventie of het beleid moet nastreven. Een onderzoek naar beschikbare middelen in stap 2 levert belangrijke informatie op over de vraag of je de doelstellingen kan bereiken en zo ja, hoe dat dan kan.

2.1 De hulpmiddelen van de doelgroep en de gemeenschap beoordelen: Preventie-interventies of beleid kunnen maar succes hebben als de doelgroep, de gemeenschap en andere betrokkenen 'er klaar voor zijn'. Ze moeten in staat zijn en bereid zijn om mee te werken aan de preventie-interventie of om die te ondersteunen. Misschien hebben zij zelf ook middelen ter beschikking die je in de interventie kan

gebruiken: denk aan netwerken of vaardigheden. De kwaliteitsstandaarden schrijven voor om alle mogelijke bronnen van verzet tegen of steun voor de interventie te onderzoeken, samen met de beschikbare middelen van relevante betrokkenen.



doelstellingen haalt. Het helpt je om relevante elementen te identificeren over gedrag dat verband houdt met middelengebruik (bijv. intenties en overtuigingen die middelengebruik beïnvloeden) en om haalbare doelen te stellen.

2.2 De interne capaciteit beoordelen: De analyse van interne middelen en capaciteiten is belangrijk omdat de interventie enkel haalbaar is als ze rekening houdt met de medewerkers, de financiering en andere beschikbare middelen. Deze stap voer je dus uit vóór de uitwerking van de interventie of van het beleid, om zicht te krijgen op welke soorten interventies en beleid haalbaar zijn. Deze inschatting moet informatie opleveren die nodig is voor de planning. Het hoeft dus niet echt een 'formele' evaluatie te zijn door een externe organisatie. Een informele discussie tussen medewerkers kan wellicht al volstaan om te bekijken wat je organisatorische sterkten en zwakten zijn in termen van middelen.

STAP 3: HET PROGRAMMA UITWERKEN

Het formuleren van de interventies of beleid is de eerste stap om inhoud en structuur te schetsen. Dit levert de nodige basis voor een doelgerichte, gedetailleerde, samenhangende en realistische planning. De onderzoeken naar de behoeften van de doelgroep en de beschikbare middelen dienen als onderbouw om de kernelementen van de interventies of van het beleid duidelijk te definiëren.

3.1 De doelgroep bepalen: Een duidelijke omschrijving van de doelgroep zorgt ervoor dat de interventies gericht zijn op de juiste mensen. De doelgroep kan bestaan uit individuen, groepen, gezinnen, organisaties, gemeenschappen en/of andere eenheden – zolang die maar duidelijk af te bakenen en te definiëren zijn. De definitie moet specifiek zijn en geschikt zijn voor de reikwijdte van de interventies of van het beleid. Een belangrijke afweging is bijvoorbeeld of je de doelgroep wel kunt bereiken met de beoogde aanpak.

3.2 Een theoretisch model gebruiken: Zoals eerder beschreven, vergroot een theoretisch model dat geschikt is voor de specifieke context van de interventie de kans dat je de

Alle interventies moeten gebaseerd zijn op gefundeerde theoretische modellen, zeker als het om nieuw ontwikkelde interventies gaat.

3.3 Doelen omschrijven: Zonder duidelijke doelstellingen dreigt preventiewerk een doel op zich te worden, in plaats van een middel om iets te doen in het belang van de doelgroep. De EDPOS gebruiken een drieledige structuur van onderling samenhangende doelstellingen. Ten eerste zijn er 'strategische doelstellingen'. Ze zijn gericht op langere termijn, omvatten het algemene idee en het opzet van de interventie. Het zou kunnen dat je deze doelstellingen niet bereikt met je interventie, maar ze wijzen je wel de strategische richting aan voor je acties. Ten tweede zijn er duidelijke 'doelstellingen over het uiteindelijke resultaat' van de interventie voor de deelnemers, uitgedrukt in termen van gedragsverandering. Ten derde zijn er 'onmiddellijke of tussentijdse doelstellingen'. Dat zijn doelstellingen die de gedragsveranderingen bij deelnemers beschrijven die nodig zijn om het einddoel te bereiken. En dan zijn er nog de 'operationele doelstellingen' die beschrijven welke acties nodig zijn om de andere doelstellingen te bereiken.

3.4 De setting afbakenen: De setting is de sociale en/of fysieke omgeving waarin de interventie gebeurt, zoals het gezin, de school, de werkplek, de nachtclub of de gemeenschap. Uit de behoefteanalyse kan blijken dat één of meer settings relevant zijn. Wanneer je beslist over de setting is het belangrijk dat je ook rekening houdt met praktische overwegingen (zoals toegankelijkheid of nodige samenwerkingsverbanden). Een duidelijke definitie van de setting is cruciaal om anderen te laten begrijpen waar en hoe de interventie uitgevoerd werd.

3.5 De effectiviteit bewijzen: Wanneer je preventiewerk voor middelengebruik plant, is het belangrijk je bewust te zijn en gebruik te maken van de bestaande kennis over 'wat



werkt' in preventie. Raadpleeg de bestaande wetenschappelijke evidence-based kennis over effectieve preventie en de bevindingen die relevant zijn voor de geplande interventies of voor het geplande beleid. Integreer de beroepservaring van praktijkmensen met het wetenschappelijk bewijs, om zo interventies uit te werken die relevant zijn voor de specifieke interventiecontext. Zijn er geen wetenschappelijk onderbouwde gegevens beschikbaar over effectiviteit? Baseer je dan op ervaringen van preventieprofessionals en de expertise van andere betrokkenen. Hou er dan wel rekening mee dat die vormen van kennis veel minder veralgemeenbaar zijn dan kennis die berust op robuust wetenschappelijk bewijs.

3.6 De tijdlijn vastleggen: Een realistische tijdlijn is essentieel voor de planning en uitvoering van de interventies of van het beleid. Een duidelijke tijdlijn helpt medewerkers om hun acties vast te leggen en inspanningen te coördineren. De tijdlijn toont de planning van de activiteiten en alle deadlines. Tijdens de uitvoering van de interventie kan je de tijdlijn bijwerken. Dat kan nodig zijn om ze aan te passen aan de werkelijke situatie.

STAP 4: DE INTERVENTIE UITWERKEN

De EDPQS helpen om een nieuwe interventie uit te werken, maar ook om bestaande interventies te selecteren en aan te passen. Ze zetten je er ook toe aan om al in de ontwerpfase van een interventie rekening te houden met hoe je alles gaat evalueren.

4.1 Ontwerpen voor kwaliteit en effectiviteit: Wanneer de hoekstenen van de interventie zijn gelegd, is het tijd om de details verder uit te werken. Om de gestelde doelen te bereiken is het belangrijk evidence-based activiteiten te plannen die door deelnemers worden ervaren als boeiend, zinvol en enthousiasmerend. Waar mogelijk werk je de interventie het best uit als een logische opeenvolging van activiteiten. Belangrijk daarbij is dat die opvolging van activiteiten de ontwikkeling van de deelnemers zelf weerspiegelt. Raadpleeg verschillende bronnen over eerdere interventies of beleid. Zo voorkom je dat je uitpakt met activiteiten die in het verleden weinig of niet doeltreffend

bleken te zijn, of die zelfs ziekmakende effecten hebben. Goede referenties voor evidence-based interventies of beleid zijn de *International Standards* van het UNODC en de *Best Practice Portal*⁸ van het EMCDDA.

4.2 Als je een bestaande interventie selecteert: Voordat je een nieuwe interventie ontwikkelt, kun je het best even nakijken of er in de praktijk of in een handboek al een geschikte interventie bestaat. Bekijk bijvoorbeeld of die bestaande interventie relevant is voor de specifieke omstandigheden waarbinnen je eigen interventie plaatsvindt en – als het geen gratis programma is – of het wel betaalbaar is.

4.3 De interventie op maat maken en aanpassen aan de doelgroep: Of je nu een nieuwe interventie ontwikkelt of een bestaande interventie aanpast, je moet je interventie sowieso afstemmen op je doelgroep en op de resultaten van de behoefteanalyse. Om dat te doen moeten medewerkers rekening houden met culturele gevoeligheden, wat zoveel betekent als 'de bereidheid en de vaardigheid om het belang van cultuur en culturele diversiteit in alle mogelijke vormen te begrijpen, om effectief in te spelen op cultureel bepaalde behoeften en om in alle aspecten van het preventiewerk rekening te houden met culturele overwegingen.

4.4 De eindevaluaties plannen: Plan in dit stadium ook de monitoring en de eindevaluaties van processen en resultaten. Om na te gaan of je de vooropgestelde doelstellingen bereikte, beoordeel je de resultaten. Om te begrijpen hoe doelstellingen wel of niet werden bereikt evalueer je het hele proces. Stel een evaluatieteam samen dat bekijkt welk soort evaluatie geschikt is om de interventies of het beleid te beoordelen en welke evaluatie-indicatoren aansluiten bij je doelstellingen. Door in dit stadium al aandacht te hebben voor monitoring en de eindevaluatie zorg je ervoor dat je alle gegevens verzamelt die je nodig hebt voor die evaluatie.

STAP 5: MIDDELEN BEHEREN EN INZETTEN

Preventie-interventies of preventiebeleid bestaan niet alleen uit de eigenlijke interventies zelf. Je hebt ook goed projectmanagement

⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

en een gedetailleerde planning nodig om te zorgen dat je interventie haalbaar is. Hou bij het uitwerken van je interventie dus ook rekening met het beheer, de organisatie en andere praktische aspecten. Voor je daadwerkelijk aan de slag gaat, moet je de beschikbare middelen activeren en waar nodig nieuwe hulpmiddelen aanboren.

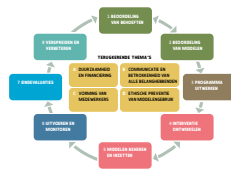
5.1 Het programma plannen – Het projectplan verduidelijken:

Werk een specifieke procedure uit om te zorgen dat planning en uitvoering systematisch verlopen. Een uitgeschreven projectplan somt alle taken en procedures op die nodig zijn om je interventie met succes uit te rollen. Het projectplan is de leidraad voor alle medewerkers en geeft hen een gemeenschappelijk kader

om binnen te werken. In latere fases kan je het projectplan nakijken om te beoordelen of de interventie of het beleid uitgevoerd wordt volgens plan en of er aanpassingen nodig zijn.

5.2 Financieringsbehoeften plannen: Bepaal de financiële benodigdheden (kosten) en mogelijkheden (budget) van de interventie om een overzicht te hebben van de nodige en beschikbare middelen. Zijn er meer middelen nodig dan beschikbaar? Verduidelijk dan in je financieringsplan welke extra financiering nodig is of wat er aan het projectplan moet veranderen.

5.3 Het team samenstellen: Het team bestaat uit de mensen die de interventie managen, uitvoeren of evalueren. Wanneer je medewerkers en vrijwilligers selecteert, hou dan rekening met de wettelijke vereisten en met welke profielen je voor je interventie nodig hebt. Verdeel de taken en verantwoordelijkheden zo dat alle noodzakelijke taken door iemand worden ingevuld en uitgevoerd worden door de meest geschikte personen met de juiste kwalificaties of ervaring. Toets de samenstelling van je team af aan wat en wie je nodig hebt binnen het gehele project.



De EDPQS beschrijven voor de preventie van middelengebruik een projectcyclus in acht stappen

5.4 Deelnemers rekruteren en vasthouden:

'Rekrutering' is het proces waarbij je de geschikte mensen vindt in de doelgroep, hen informeert over de interventie, hen uitnodigt om deel te nemen, hen inschrijft en ervoor zorgt dat ze naar de eerste sessie komen. Rekruteer deelnemers uit de vooropgestelde doelgroep op een methodologisch correcte en ethische manier. 'Retentie' (de deelnemers 'vasthouden') is het proces dat ervoor moet zorgen dat alle deelnemers blijven meedoen tot de interventie afgerond is en/of tot alle doelen bereikt zijn. Retentie is vooral belangrijk als interventies wat langer duren en deelnemers er dus ook lang bij betrokken moeten blijven. Bekijk op welke drempels ze kunnen botsen en werk die

weg om te zorgen dat de deelnemers tot het einde betrokken blijven bij de interventie.

5.5 Programmamateriaal voorbereiden: Bekijk welk materiaal nodig is voor de uitvoering van een aangepaste interventie: interventiemateriaal (als dat nodig is), instrumenten om de interventie te monitoren en te evalueren, technische uitrusting en de fysieke omgeving (zoals accommodatie). Hierna kun je het financieringsplan afronden en acties ondernemen om de nodige materialen te voorzien.

5.6 De interventies of het beleid omschrijven: Een beschrijving op papier geeft een duidelijk overzicht van de interventie of van het beleid. Stel ze zo op dat geïnteresseerde belanghebbenden (dus ook de doelgroep, financiers en andere geïnteresseerde professionals) zich kunnen informeren vóór de interventie start en/of terwijl ze aan de gang is. Gebruik je de beschrijving om deelnemers te rekruteren? Accentueer dan de mogelijke risico's en voordelen voor de deelnemers. De beschrijving van de interventies of het beleid is niet hetzelfde als je projectplan (je interne leidraad voor de uitvoering van de interventie) of je eindrapport (dat de interventie of het beleid na afloop samenvat).

STAP 6: UITVOEREN EN MONITOREN

In dit stadium ga je je plannen uitvoeren. Een aandachtspunt hier is het evenwicht tussen trouw blijven aan je projectplan en flexibel blijven inspelen op nieuwe ontwikkelingen. We geven hier aan hoe je dat evenwicht kunt bereiken – door vraagtekens te plaatsen bij de kwaliteit en de voortgang van je interventie en door gecontroleerde aanpassingen te doen om je interventie te verbeteren.



6.1 Doe je een proefinterventie? In sommige gevallen – bijvoorbeeld als je een nieuwe interventie gaat uitrollen of een interventie uitbreidt van het lokale naar het nationale niveau – kun je de interventie best eerst even uittesten op kleinere schaal. Hierbij komen potentiële praktische problemen en andere zwakke punten aan het licht, die in de planningsfase nog niet duidelijk waren en forse extra kosten kunnen betekenen als je interventie volop aan de gang is. Een proefinterventie (of pilootstudie) is een kleinschalige proef van de interventie vóór de volledige implementatie (bijv. met minder deelnemers, op maar één of twee plaatsen). In je proefinterventie verzamel en gebruik je procesgegevens en (beperkte) resultaten voor een evaluatie op kleine schaal. Op basis van bevindingen van het pilootproject kunnen finale en ‘goedkope’ aanpassingen gebeuren voor de uiteindelijke uitvoering van de interventie plaatsvindt.

6.2 De interventie uitvoeren: Zodra er genoeg aanwijzingen zijn dat je preventie-interventies effectief, haalbaar en ethisch verantwoord zijn, voer je de interventie uit volgens het projectplan. Dat wil niet zeggen dat je strikt moet blijven vasthouden aan het projectplan, als duidelijk blijkt dat er aanpassingen nodig zijn. Voor de latere evaluatie en rapportering van de interventie documenteer je de uitvoering in detail. Ook de onverwachte gebeurtenissen, de afwijkingen en de mislukkingen.

6.3 De uitvoering monitoren: Tijdens de uitvoering van de interventie verzamel en analyseer je periodiek resultaten en procesgegevens, bijvoorbeeld over de relevantie van de interventie voor deelnemers, de getrouwheid aan je projectplan en de doeltreffendheid. Vergelijk de daadwerkelijke

uitvoering van de interventie en andere aspecten met wat in je projectplan stond. Door de voortgang van het project regelmatig te evalueren, kun je vlot vaststellen of je het oorspronkelijke plan moet aanpassen.

6.4 De uitvoering bijstellen: De uitvoering moet flexibel blijven, zodat er snel kan ingespeeld worden op problemen die opduiken of op veranderende prioriteiten. Waar nodig en mogelijk stel je de uitvoering van de interventie bij op basis van de bevindingen uit de monitoring. Motiveer duidelijk alle aanpassingen en hou rekening met de mogelijke negatieve impact die ze kunnen hebben op de interventies of op het beleid. Wanneer je aanpassingen doet, moeten ze gedocumenteerd en geëvalueerd worden, om na te gaan welk effect ze hadden op de deelnemers en op de finale resultaten.

STAP 7: EINDEVALUATIES

Wanneer de uitvoering van de interventie of het beleid afgerond is, volgt de finale evaluatie van de resultaten en/of het proces. De evaluatie van de resultaten focust op de gedragsveranderingen bij de deelnemers (bijv. vermindering in middelengebruik). De procesevaluatie focust op de input en output: werd de interventie uitgevoerd zoals gepland? Je kijkt dan bijvoorbeeld naar het aantal sessies of het aantal bereikte en behouden deelnemers.

7.1 Evalueer je de resultaten? Voor de evaluatie van de resultaten verzamel en analyseer je systematisch gegevens om te beoordelen hoe effectief je interventie was. Rapporteer alle resultaten zoals ze werden gedefinieerd in de planningsfase, dus volgens de vooropgestelde evaluatie-indicatoren. Afhankelijk van de omvang van de interventie en je onderzoeksopzet voer je statistische analyses uit om te zien hoe effectief je interventie was in het behalen van de vooropgestelde doelstellingen. Vul de bevindingen van de resultatevaluatie aan met een verklaring over de oorzaken van de effectiviteit van je interventie.

7.2 Evalueer je het proces? Bij de procesevaluatie documenteer je wat er gebeurde tijdens de interventie. Je analyseert de kwaliteit en het nut van de interventie door te kijken naar



de reikwijdte en het bereik, de aanvaarding van de interventie door de deelnemers, hoe getrouw je bleef aan de geplande uitvoering en de gebruikte (hulp)middelen. De bevindingen uit de procesevaluatie helpen je de evaluatie van de resultaten beter te begrijpen. Ze tonen ook aan hoe je de interventie in de toekomst kunt verbeteren of waarom ze niet voldeed aan alle verwachtingen. Interpreteer de bevindingen van de resultaten- en van de procesevaluatie samen om een doortastend inzicht te krijgen in het succes van je interventie. Die kennis wordt de basis voor de eindfase van je project in stap 8.

STAP 8: VERSPREIDEN EN VERBETEREN

In de eindfase van het project bekijk je vooral de toekomst van de interventies of van het beleid: 'Moet je doorgaan? Ja? Hoe?'. Om de verderzetting van je interventie te promoten kan het helpen om informatie te verspreiden. Dat helpt anderen dan weer om te leren uit jouw ervaringen wanneer ze zelf interventies of beleid uitwerken.

8.1 Bepalen of de interventie of het beleid moet worden verdergezet:

In het beste geval kunnen kwaliteitsvolle interventies en beleid verdergezet worden na een eerste uitvoering en/of nadat de externe financiering stopt. Op basis van het empirische onderzoeksmateriaal uit de monitoring en de eindevaluaties (afhankelijk van welke gegevens beschikbaar zijn), kun je beslissen of het programma verdergezet moet worden. Als je kiest voor verderzetting, moet je de juiste stappen en vervolgacties bepalen.

8.2 Informatie verspreiden over het programma:

Het verspreiden van informatie kan de interventie op verschillende manieren ten goede komen. Het kan bij relevante belanghebbenden extra steun opleveren voor verderzetting of helpen om de interventie te verbeteren op basis van feedback. De informatie wordt zo ook toegevoegd aan de wetenschappelijke basis rond preventie van middelengebruik en betekent op die manier een bijdrage aan toekomstig beleid, praktijk en onderzoek. Om anderen de kans te geven

de interventie te herhalen/repliceren kan je het interventiemateriaal en andere relevante informatie (bijv. over de kosten) zo gedetailleerd mogelijk beschikbaar maken (hou daarbij wel rekening met auteursrechten etc.).

8.3 Als je een eindrapport maakt: Het eindrapport is een voorbeeld van een informatieproduct. Het kan opgemaakt worden als een verslag van de uitvoering, als onderdeel van een financieringsovereenkomst of gewoon om anderen te informeren over de interventie. Het eindverslag is doorgaans een samenvatting van de documentatie die je al in eerdere projectfasen opstelde. Het beschrijft de reikwijdte en de activiteiten binnen de interventie en, als die beschikbaar zijn, ook de bevindingen van de eindevaluaties. Een eindrapport is niet altijd nodig. Soms zijn andere manieren om de resultaten voor te stellen zelfs geschikter (zoals mondelinge presentaties). Dit is dus enkel relevant wanneer je een eindverslag opstelt.

EVIDENCE-BASED PROGRAMMA'S OP MAAT

De EDPOS focussen op het 'hoe' van preventiewerk (zodat de uitvoering zinvol is), terwijl de *International Standards* focussen op het 'wat' (de inhoud van succesvolle interventies of van succesvol beleid). In Europa is er soms wat weerstand tegen gestandaardiseerde evidence-based programma's. Preventieprofessionals zijn soms wat terughoudend om ze uit te voeren of om een uitvoering zelfs maar te overwegen. Ze werken liever 'bottom-up', uitgaande van de behoeften van hun doelgroep, in plaats van wat zij beschouwen als 'top-down'-interventies.

Dergelijke lokaal gegroeide en ontwikkelde diensten of interventies zijn gebaseerd op een goed begrip van en betrokkenheid bij de lokale situatie, middelen, actoren en mentaliteit. Ze zijn doorgaans minder complex dan gestandaardiseerde 'handboek-interventies'

omdat ze zich eerder baseren op informatieverstrekking dan op vaardigheidstraining, regulering en aanmoediging of directe beperking van gedrag.

Gestandaardiseerde evidence-based interventies hebben een heel gemotiveerde en goed opgeleide ploeg preventiewerkers nodig. Dat zijn preventiewerkers die zich ervan bewust zijn dat preventie iets anders is dan alleen maar voorlichting geven over risico's en gevaren, dan advies geven, dan angst gebruiken als tactiek of dan politiemensen en ex-gebruikers lezingen laten geven of sensibiliseren met zoiets als een 'Dag van het Druggebruik'. Aangepaste evidence-based interventies hebben professionals nodig die meer dan alleen cognitieve strategieën kunnen hanteren als techniek om gedrag te veranderen. Die ploeg moet ook nog eens in staat zijn om preventie-organisaties en intermediairs binnen die organisaties te overtuigen van het belang van gestandaardiseerde interventies. Dat kan uitdagend zijn. En dat is de reden waarom ons aangepaste UPC-curriculum zo broodnodig is.

Er zijn veel redenen om te kiezen voor evidence-based interventies en beleid, maar er kunnen dus ideologische en contextuele

drempels opduiken die de uitvoering in de weg staan. Tabel 8 geeft die drempels weer.

Gestandaardiseerde evidence-based interventies en lokaal relevante ervaring sluiten elkaar niet uit en kunnen worden gecombineerd. Dat blijkt in sommige Europese landen uit de ervaring met Communities That Care (CTC)⁹. CTC is een systeem dat gemeenschappen toelaat om eerst op een objectieve manier specifieke noden en problemen in kaart te brengen, om daarna de meest geschikte interventie(s) te bepalen voor hun situatie.

In dit handboek bespreken we zowel bottom-up benaderingen als bestaande evidence-based programma's omdat we er sterk van overtuigd zijn dat die twee benaderingen elkaar niet per se hoeven uit te sluiten.

De combinatie van de twee benadering kan zorgen voor een echte win-winsituatie. De EDPOS laten een bottom-up aanpak toe en zorgen voor een kwaliteitsvolle uitvoering van de interventie(s). De **International Standards** van het UNODC, die evidence-based interventies oplist, helpen je dan weer om een kwaliteitsvolle preventie-interventie te kiezen. Vergelijk het met een medicijn: het

TABEL 8 - DREMPELS EN VOORDELEN VOOR IMPLEMENTATIE VAN EVIDENCE-BASED INTERVENTIES

DREMPELS	VOORDELEN
Lijkt soms in te gaan tegen conventionele kennis	Brengt de beste interventies, methodieken en maatregelen die nu beschikbaar zijn bij de doelgroepen en bevolking
Uitdaging tegenover culturele en religieuze overtuigingen wat betreft ouderschap, familiestructuur, genderrollen, etc.	Biedt de mogelijkheid om meer efficiënt en effectief te werken
Vereist nieuwe vaardigheden en gespecialiseerde vorming	Biedt meer rationele basis voor beleid
Uitdaging om trouw te blijven aan het originele tegenover het werken op maat van de doelgroep	Biedt een universele terminologie en jargon
Beperkte middelen beschikbaar	Biedt de mogelijkheid om te evolueren naar een gedeeld idee van wetenschappelijke evaluatie
Monitoren en bevestigingen zijn nodig	Creëert een nieuwe basis voor opleiding en vorming, biedt de mogelijkheid voor duurzaamheid en uniformiteit van interventies, en toont ons aan waar nog ontbrekende interventies en tekortkomingen in de wetenschappelijke onderbouwing zijn

doeltreffende ingrediënt werkt als je de juiste dosis perfect en lang genoeg inneemt.

Zelfs wanneer je zowel de EDPQS als de *International Standards* erop naslaat kun je achterblijven met het gevoel dat er geen enkele interventie of beleid is dat écht voldoet aan de behoeften van je doelgroep. Weet in dat geval dat je evidence-based interventies of beleid op maat kan aanpassen.

EVENWICHT TUSSEN ADAPTATIE EN 'TROUW BLIJVEN AAN HET ORIGINEEL'

Wanneer we een interventie uitwerken, moeten we onze boodschappen afstemmen op maat van de deelnemers. Maatwerk vergroot de kans dat de deelnemers de interventie relevant vinden, zich ervoor engageren en daardoor de gewenste resultaten bereiken. Maatwerk betekent ook: rekening houden met culturele overtuigingen, waarden, taal, sociale context en beelden. Maar de theoretische onderbouw van je interventie, die verander je niet.

De meeste evidence-based preventie- of beleidsinterventies werden ontwikkeld in Westerse landen. Daardoor kan het nodig zijn om de interventies of het beleid aan te passen aan de nationale, regionale of lokale context. Toch is het zeker voor evidence-based interventies belangrijk om aan het opzet van het programma vast te houden door de basisprincipes van de interventie te handhaven. Blijf dus zoeken naar het evenwicht tussen trouw (een preventie-interventie afleveren zoals voorgeschreven of gepland door wie de interventie ontwikkelde) en *adaptatie* (de aanpassing van de inhoud van de interventie aan de behoeften van een specifieke gebruiker of doelgroep).

Waarom is het belangrijk om dat evenwicht tussen trouw en aanpassing voor ogen te houden? Sommige redenen liggen voor de hand. Als de interventie bijvoorbeeld in het Engels ontwikkeld is, maar de doelgroep spreekt die taal niet vloeiend, komt de inhoud amper over. Andere redenen liggen minder voor de hand. Als het programma bijvoorbeeld geëvalueerd werd binnen een witte of westerse bevolking, maar de huidige doelgroep niet wit of westers

TABEL 9 - VOORBEELDEN VAN ZAKEN DIE EEN NEGATIEVE IMPACT KUNNEN HEBBEN OP DE ADAPTATIE VAN PREVENTIEVE INTERVENTIES

	KARAKTERISTIEKEN VAN HET PROGRAMMA TIJDENS HET ONDERZOEK	NIEUWE DOELGROEP	GEVOLGEN
Taal	Engels	Andere	Moeilijk om specifieke inhoudelijke details te behouden
Etniciteit/SES	Middenklasse/blank	Anders	Conflict in waarden, normen en overtuigingen
Stad/platteland	Stad	Platteland	Logistieke en andere drempels die participatie bemoeilijken
Aantal risico-factoren en ernst	Weinig risicofactoren/ gemiddelde ernst	Veel risicofactoren/ hoge ernst	Onvoldoende effect op meerdere of meest ernstige risicofactoren
Familie stabiliteit	Stabiele families	Onstabiele families	Beperkte naleving
Participatie van de gemeenschap	Consultatie van de gemeenschap over de ontwikkeling en uitvoering	Geen consultatie	Geen draagvlak, weerstand en weinig deelname
Gereedheid van de gemeenschap	Gemiddeld	Laag	Afwezigheid van infrastructuur en organisaties om de preventieve interventies te ondersteunen en afwezigheid van doorverwijzing en hulpverlening

is, kunnen er conflicten opduiken in overtuigingen, waarden en zelfs normen [Castro, Barrera, and Martinez (2006); Castro e.a., 2010].

Het EMCDDA publiceerde een thematische paper (Burkhart, 2013) die antwoordt op de vraag of Noord-Amerikaanse preventieprogramma's ook in Europese culturen en contexten bruikbaar zijn. Het EMCDDA beschrijft hierin bijzonderheden voor The Good Behaviour Game, het Strengthen Families-programma en Communities That Care.

Hier volgen enkele aanwijzingen uit de EDPOS-toolkit 4 (Brotherhood, Sumnall & het European Prevention Standards Partnership, 2015) en uit het artikel van van der Kreeft, Jongbloet & Van Havere, 2014:

- **Voorzie in training om de deskundigheid te veranderen voordat je de interventie verandert.** Het is misschien gemakkelijker om het programma aan te passen, maar het is veiliger om de lokale competenties te verbeteren om het programma te realiseren zoals het ontworpen was.
- **Overleg met de ontwikkelaar van de interventie** welke ervaring of advies hij/zij heeft over het aanpassen van de interventie aan een bepaalde omgeving of omstandigheid.

- **Behoud kernonderdelen.** De kans op effectiviteit neemt toe als een interventie de kern van de oorspronkelijke interventie behoudt. Kerncomponenten zijn kenmerken van de interventie die gedragsverandering stimuleren. Het zijn de redenen waarom de interventie werkt. Een kerncomponent van het EU-Dap programma Unplugged¹⁰ was 'reageren op druk van leeftijdgenoten'. Die kerncomponent kan je in het adaptatieproces niet zomaar links laten liggen.
- **Hou je aan evidence-based principes.** De kans op succes is groter als je aanpassing niet indruist tegen gevestigde, evidence-based principes.
- **Voeg liever toe, dan te schrappen.** Het is veiliger om een interventie aan te vullen dan ze te veranderen of er stukken uit te schrappen.

Je rol als preventieprofessional is: bespreken hoe je een evidence-based interventie kunt aanpassen zonder de impact ervan kwijt te raken. Een gesprek met je collega's in de opleiding of op je werk kan je helpen om te verduidelijken hoe je de nodige aanpassingen kunt doen voor jouw samenleving.

TABEL 10 - ADAPTATIE TEGENOVER ADAPTATIE TROUW AAN HET ORIGINEEL

ADAPTATIE	ADAPTATIE TROUW AAN HET ORIGINEEL
Voor de aanvaardbaarheid bij de doelgroep, moeten evidence-based interventies cultureel gepast zijn met respect voor taal, gebruiken, verwachtingen en normen.	Kernelementen van de evidence-based interventies moeten behouden blijven om effectiviteit van de interventie te garanderen, terwijl ook de noden van de specifieke doelgroep in rekening zijn gebracht.

10 De term 'programma' gebruiken we voor specifiek aangepaste interventies. De term 'interventie' is algemener.

HOOFDSTUK 4: **MONITOREN EN EVALUEREN**



In dit hoofdstuk definiëren we evaluatie als een soort onderzoek, een systematische manier om korte- en langetermijneffecten van een preventie-interventie en de factoren verbonden aan die effecten te beoordelen. Je kunt een interventie evalueren terwijl je ze plant, ontwikkelt of uitvoert en na afloop van de uitvoering. Evalueer alle fasen van je interventie. Elke keer kan dat waardevolle informatie opleveren om je interventie te verbeteren.

We leren je hier meer over de basisdoelstellingen van een evaluatie: impact en resultaten meten, zien welke doelgroep wel reageerde en wie niet, kosten bekijken om baten te bepalen en de effectiviteit van een interventie vergelijken met die van andere interventies. In hoofdstuk 3 zagen we al dat dit een belangrijke stap is in je projectcyclus.

Om evidence-based te evalueren bestaan er verschillende sterke onderzoeksmethoden. We bekijken de definities en de voor- en nadelen van al die methoden: het klassiek experimenteel design, gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep, de enkelvoudige tijdreeks (*interrupted time series design*), en het one group pretest-posttest design.

We gaan kort in op andere onderdelen van evaluatieontwerp – zoals een aselechte steekproef en soorten metingen – om te zien hoe je een doelgroep omschrijft en selecteert en hoe je hun attitudes, overtuigingen, intenties en gedrag in verband met middelengebruik kunt beoordelen. Doorgaans heb je voor je evaluatie zowel kwantitatieve als kwalitatieve metingen nodig. De kwantitatieve gaan vooral over objectieve cijfers, zoals gebruiksniveaus, terwijl de kwalitatieve over subjectieve aspecten gaan en over vragen als 'waarom?' en 'wat betekent dat?'. Tot slot bekijken we methoden om gegevens te verzamelen en te

analyseren, inclusief een stukje basisstatistiek, om je een beter inzicht te geven in het belang ervan voor je evaluatierapport.

Hoewel we niet verwachten dat deelnemers aan dit opleidingsprogramma evaluaties uitvoeren, bevat dit hoofdstuk wel een korte beschrijving van ex-ante evaluaties. Daarin bekijken we, voordat een programma start, welke resultaten waarschijnlijk zullen worden behaald. Dit zal je helpen om beter te begrijpen welke middelen nodig zijn om een preventieprogramma te implementeren en welk type analyses nodig zijn om de informatie te genereren om te bepalen of een programma succesvol is geweest of niet.

Voor de geïnteresseerde lezer bevelen we een aantal extra evaluatiehulpmiddelen aan. Het EMCDDA heeft een *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*¹¹ en *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators*¹². Het UNODC heeft een gids opgesteld voor het evalueren van specifieke preventieprogramma's voor preventie van middelengebruik bij jongeren¹³. Verder heeft ook de *Society for Prevention Research haar standards of Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science*¹⁴ gepubliceerd. Ten slotte biedt het RE-AIM-raamwerk (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation en Maintenance) een benadering voor evaluatie die de beoordeling van interventies uitbreidt naar meerdere criteria dan enkel hun effectiviteit¹⁵. Die criteria kunnen de vertaalbaarheid en impact van interventies beter identificeren. We raden dit echter alleen aan voor gevorderden, die sterk vertrouwd zijn met evaluatieonderzoek en nauwe banden hebben met onderzoekers.

EVALUATIE EN ONDERZOEK

Wie menselijk gedrag bestudeert, stelt een resem onderzoeksvragen en werkt met benaderingen uit etiologisch onderzoek met inbegrip van genetica en neurowetenschap en de daarbij horende attitudes, overtuigingen en gedragingen die leiden tot aandoeningen of ziekten. 'Research of onderzoek' is

11 http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en

12 http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en

13 <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/monitoring-and-evaluation.html>

14 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

15 <http://www.re-aim.org/>

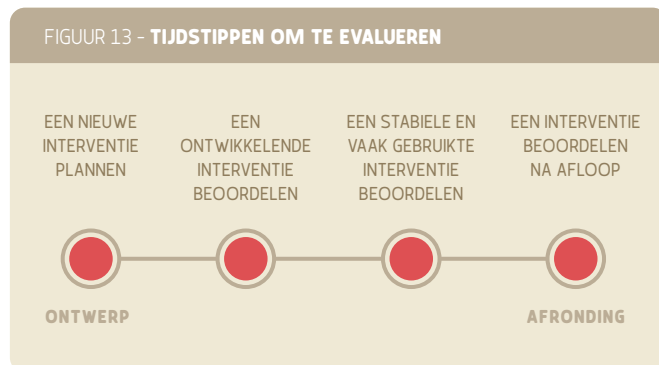
'systematisch onderzoek dat bedoeld is om veralgemeenbare kennis te ontwikkelen of daaraan bij te dragen'. 'Evaluatie' is ook een soort onderzoek, een 'systematische of gestructureerde manier om de effecten van preventie-interventies op korte en lange termijn te beoordelen en om te bekijken welke factoren daarvoor zorgden'.

Evalueren kun je om verschillende redenen doen:

- Mate van impact of **resultaat**. Bereikte je interventie de gewenste resultaten en was het niveau van die resultaten significant groter dan als er geen interventie was geweest?
- Zijn er **ongewenste gevolgen** van de interventie? Een belangrijke ethische prioriteit is om ervoor te zorgen dat preventie-activiteiten de doelgroepen geen schade toebrengen.
- **Bereik**. Bereikte je interventie dezelfde resultaten voor alle deelnemers of alleen maar voor bepaalde groepen? Waren de resultaten bijvoorbeeld dezelfde voor jongens als voor meisjes?
- **Kosten**. In hoeverre wegen de door de interventie opgebouwde voordelen op tegen de gemaakte kosten?
- **Vergelijking**. Was je interventie effectiever dan andere interventies in termen van resultaten, ook als je de kosten in rekening brengt?

Je kan tijdens de hele levenscyclus van een interventie evalueren: van planning, over ontwikkeling, tot oplevering. Tijdens de reflectie na uitvoering en de beoordeling van de impact. Je kan dus ook interventies die lang lopen evalueren, zelfs tot na ze afgelopen zijn.

FIGUUR 13 - TIJDSTIPPEN OM TE EVALUEREN



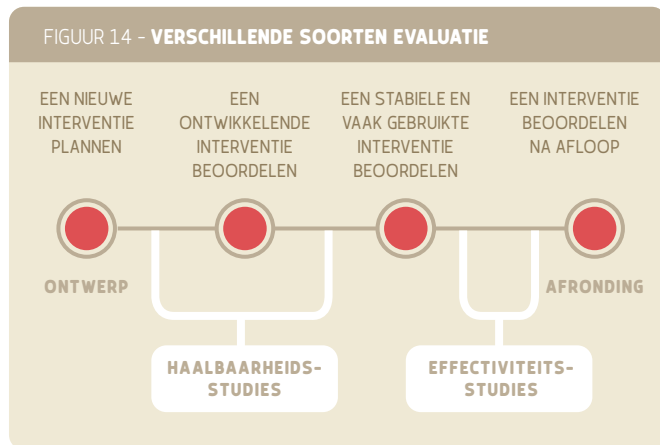
Ook dan kan je nog invloed blijven hebben op je doelgroep. In het beste geval evalueer je tijdens alle fasen van je interventie.

Zo is het voor de evaluatie van een **nieuwe preventie-interventie** nodig om eerst te evalueren of alle onderdelen van de interventie – inhoud, structuur en uitvoering – wel duidelijk gericht zijn op het gewenste effect. Neem nu lessen over beslissen: verbeteren die echt de beslissingsvaardigheden van de deelnemers? Kun je die lessen geven in een typisch schoolse lestijd van 50 minuten? Gebruik je voor die lessen interactieve technieken? Deze **evaluaties van doeltreffendheid** (ook werkzaamheidsstudies of 'efficacy trials' genoemd) gaan over de vraag: bereikt de interventie in gecontroleerde omstandigheden haar doelen? Door al in die eerste fase te evalueren, kun je nog dingen aanpassen of verbeteren aan de interventie voordat je ze volledig uitrolt.

De evaluatie van **stabiele en 'volwassen' preventie-interventie**, die worden uitgevoerd in (zo goed als) 'echte' omstandigheden, heet de **effectiviteitsevaluatie** of de 'effectiveness trial'. Met de bevindingen uit die evaluaties kun je de interventie monitoren en meteen of een paar maanden na de uitvoering feedback geven over kortetermijnresultaten. In deze evaluatie kan je succesvolle resultaten belichten en verduidelijken welke gebieden vatbaar zijn voor verbetering. Resultaten op langere termijn kun je beoordelen in follow-upperiodes van zes maanden tot zelfs enkele jaren na de interventie. Voor middelengebruik is een follow-up tot in de midden- of zelfs late adolescentie gangbaar.

Op het **einde van de preventie-interventie** helpt de evaluatie om de waarde van de interventie te beoordelen. Hier documenteer je ook de lessen voor de toekomst. In deze fase kan een evaluatie bijvoorbeeld gaan over de duurzaamheid of de aanvaarding van de interventie door de doelgroep. Dit is ook het moment om onverwachte uitkomsten te evalueren.

Voor preventieprofessionals zijn effectiviteitsstudies van interventies in 'echte' omstandigheden het belangrijkste. Die leveren gegevens op over de resultaten van de interventie en over de



vragen: voor wie was de interventie het meest effectief en onder welke omstandigheden?

EVALUATIESYSTEEM EN ONDERZOEKSDSIGNEN

Een evaluatie is niet alleen bedoeld om te begrijpen wat er in de interventie gebeurd is, maar ook om vast te stellen of de interventie deed wat ze moest doen. Evaluaties gaan over vragen als:

- Hebben de preventie-interventies en het preventiebeleid hun doelstellingen op korte termijn bereikt? Evolueren de ideeën van de kinderen over risico's in de goede richting? Gebruiken de ouders gepaste vaardigheden in hun toezicht? Spelen jonge moeders in op de behoeften van hun pasgeboren baby?
- Hebben de preventie-interventies en het preventiebeleid hun doelstellingen bereikt voor de doelgroep? Waren er verschillende reacties per subgroep – geslacht, etnische groep, status van het druggebruik?
- Welke kenmerken van de preventie-interventies en het preventiebeleid kun je in verband brengen met de bereikte resultaten? Lag het aan veranderde attitudes en overtuigingen?

Of aan een combinatie van veranderde attitudes en vaardigheden?

- In hoeverre was de getrouwheid aan het programma belangrijk voor positieve of negatieve resultaten?

Voor je kunt starten met een evaluatieonderzoek, moet je eerst dit uitklaren:

- Wat zijn je onderzoeksvragen? Wat is het doel van je evaluatie? Is het om duidelijk te maken waarom een programma effectief is? Of om te bepalen of je nog verder moet evalueren? Of om een financieel tevreden te stellen?
- Wat ga je precies evalueren? Wat moet het resultaat zijn van je evaluatie?
- Wie zou belangstelling kunnen hebben voor de resultaten van je evaluatie en waarom? Zou de lokale overheid de resultaten willen kennen? Is er interesse om het programma misschien uit te breiden naar de hele bevolking?
- Wat is je tijdlijn? Is ze realistisch? Als je meer wil weten over de impact op middelengebruik als gevolg van een interventie op school bij 12-jarigen, maar je weet dat de leeftijd waarop jongeren gewoonlijk starten met middelengebruik 16 is, dan moet je die 12-jarigen na de interventie nog vier of vijf jaar blijven opvolgen om te zien of je je doelstelling (zijnde het eerste gebruik voorkomen) wel haalt. Je zou ook moeten overwegen of de deelnemers gemakkelijk te volgen zijn gedurende een lange periode. Schoolgaande jeugd verlaat na het zesde secundair vaak de school en dan wordt het moeilijk ze nog verder op te volgen bij follow-up metingen.
- Hoe ga je de resultaten samenvatten en rapporteren? Wie krijgt toegang tot die resultaten? Welke informatie moet je naar deelnemers en andere belanghebbenden terugkoppelen? Hoe gedetailleerd moet dat zijn? Hoe ga je ervoor zorgen dat de evaluatieresultaten niet worden gebruikt om deelnemers te benadelen?
- Welke middelen zijn beschikbaar voor je evaluatie? Welk niveau van ervaring en expertise? Hoeveel gaat je evaluatie kosten? En hoeveel tijd is ervoor nodig?

Een evaluatie is een geïntegreerd systeem met twee belangrijke onderdelen:

PROCESEVALUATIE (OF -MONITORING) EN EVALUATIE VAN DE RESULTATEN

Het doel van een procesevaluatie is om de processen in kaart te brengen via dewelke een interventie of beleid wordt geïmplementeerd. Het focust op de input en de output van de interventie, kwantificeert de dosering van de interventie, de getrouwheid aan de planning en de mogelijkheid van de interventie om verandering te bewerkstelligen. Het is een manier om te beoordelen wat er gebeurt en om zeker te zijn dat de interventie of het beleid uitgevoerd wordt zoals bedoeld, niet enkel volgens een handleiding of richtlijnen, maar ook volgens je strategisch preventieplan.

Een **procesevaluatie** of -monitoring beantwoordt deze vragen:

- Wat hebben we gedaan?
- Hoeveel hebben we gedaan?
- Wie deed er mee?
- Wie realiseerde de onderdelen van de interventies of van het beleid?
- Werden de interventies of het beleid uitgevoerd zoals gepland?

Preventieprofessionals spelen een belangrijke rol in het benadrukken van het belang van evaluatie. Het is aangewezen om samen te werken met een onderzoeksinstelling om je evaluatieontwerp in kaart te brengen en te ontwikkelen. Onderzoekers kunnen je de weg wijzen naar een goed onderzoeksopzet en je door de statistieken loodsen. De belangrijkste onderdelen van je ontwerp zijn: onderzoeksvragen, het soort onderzoeksontwerp dat je nodig hebt, je doelgroep, selectiecriteria voor je doelgroep, hoe je antwoorden op je evaluatievragen gaat meten en hoe je gegevens gaat verzamelen en analyseren.

Het doel van de **evaluatie van de resultaten** is verduidelijken in welke mate je interventie of je beleid kennis, attitudes, gedrag

en praktijken (op korte en middellange termijn) veranderde bij de personen of groepen waarop je je interventie of je beleid richtte. Dat vergelijk je met niet-deelnemers of mensen buiten je doelgroep. De langetermijnresultaten gaan over het gewenste eindresultaat van je interventie: vermindering of eliminatie van middelengebruik.

Een compleet monitoring- en evaluatiesysteem evalueert zowel aspecten van het proces als van het resultaat om zowel input als output van je interventie als resultaten op korte, middellange en lange termijn te documenteren. Procesevaluatie of -monitoring is altijd erg belangrijk, zelfs als je geen evaluatie gepland had. Het is de enige manier om te documenteren wat je interventie deed en bereikte. Monitor dus elke nieuwe preventie-interventie om te bepalen wat er in de interventie allemaal gebeurt, wie je bereikt en hoeveel er van je interventie overkwam bij de doelgroep (dosis).

ONDERDELEN VAN ONDERZOEKS- OF EVALUATIEDESIGN

Wat verstaan we onder 'onderzoekdesign'? Een onderzoekdesign is een soort wegenkaart, een gids of plan om een onderzoeksvraag of hypothese te onderzoeken. Het design van een onderzoek wordt bepaald door de onderzoeksvragen of -hypothesen waar je van vertrekt. Het soort onderzoek, de bestudeerde populatie, je steekproef: het begint allemaal bij duidelijke onderzoeksvragen of hypothesen.

- 1. Onderzoeksvragen.** Wellicht de belangrijkste stap in de ontwikkeling van een onderzoekdesign is het formuleren van duidelijke onderzoeksvragen. Als preventieprofessional wil je graag weten en documenteren of de preventie-interventie van je organisatie daadwerkelijk je doelgroep bereikt en de beoogde resultaten oplevert. Daarnaast wil je misschien bepalen of je interventie ook bij andere doelgroepen tot dezelfde effecten leidt. Vragen over bereik en resultaten zullen richting geven aan de planning van je evaluatie.
- 2. Soort onderzoek.** Ben je het eens over de onderzoeksvragen? Dan komt het erop aan te beslissen welk soort onderzoek je gaat doen. Wordt het beschrijvend, experimenteel, quasi-

experimenteel? Wordt het een transversaal onderzoek, een longitudinaal onderzoek of een casestudy?

- 3. Doelgroep van het onderzoek.** Wie neem je op in de onderzoekspopulatie? Welke leeftijdsgroepen? Van welk geslacht? Kies je alleen voor mensen die in gezinsverband wonen of betrek je bij je onderzoek ook mensen die op straat leven of in een zorginstelling? Dit gaat dus over je inclusiecriteria. Je wil natuurlijk ook weten wie je niet in je onderzoek gaat opnemen. Soms is een onderzoek beperkt tot mensen die kunnen lezen en schrijven en dus kunnen antwoorden op de onderzoeksvragen die je stelt. Dat gaat dan weer over je uitsluitingscriteria.
- 4. Selectiecriteria en aselechte steekproef.** Wanneer je gekozen hebt voor een bepaalde onderzoekspopulatie, hoe selecteer je dan mensen voor je onderzoek? Betrek je iedereen die voldoet aan je inclusie- en uitsluitingscriteria bij je onderzoek? Of moet je om praktische redenen een kleinere subgroep nemen, een steekproef? In het laatste geval is het belangrijk dat je steekproef representatief is voor de grotere groep. Er zijn verschillende manieren ontwikkeld om een aselechte steekproef te trekken die representativiteit garandeert.
- 5. Metingen.** Het is belangrijk dat je je onderzoeksvragen vertaalt naar variabelen, constructies of woorden – naar 'attributen' – die meetbaar zijn. Nemen we 'samenwonend'

even als voorbeeld van het vertalen van attributen naar meetbare gegevens: je kan samenwonenden opsplitsen in mensen die officieel getrouwd zijn en mensen die ongetrouwd samenwonen. Hou ook rekening met de validiteit van je metingen: geven je metingen echt weer wat je wilt weten?

- 6. Gegevensverzameling.** Wanneer je je meetgegevens vastgelegd hebt, ga je beschrijven hoe je de nodige gegevens gaat verzamelen. Soms zijn die gegevens al verzameld en is daar een schriftelijke neerslag van. Denk aan de formulieren die iedereen moet invullen om een rijbewijs te krijgen. Of aan gegevens die ziekenhuismedewerkers noteren op de spoedafdeling of processen-verbaal van de politie. Er zijn verschillende methoden om gegevens van de onderzoekspopulatie rechtstreeks te verzamelen. Als je iets wilt weten, kun je het gewoon vragen met een standaard vragenlijst of een enquête. Die vragenlijsten kun je (laten) invullen in een persoonlijk gesprek, telefonisch of online, bijvoorbeeld via e-mail. Let in elk geval op de anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens. En natuurlijk ook op het waarheidsgehalte en de betrouwbaarheid.
- 7. Data-analyse.** Ten slotte heeft je onderzoeksdesign een plan nodig om de verzamelde gegevens te analyseren. Hoe ga je alle gegevens samenbrengen om de oorspronkelijke onderzoeksvragen te beantwoorden?



SOORTEN ONDERZOEKSDSIGN

In de wetenschappelijke literatuur circuleren er nogal wat soorten onderzoeksdesigns. Toch zijn er maar een aantal die vaak gebruikt worden voor de evaluatie van preventie-interventies. Er zijn geen perfecte onderzoeksdesigns, zelfs de 'gouden standaard' van het 'klassiek experimenteel design' is niet perfect. Alle soorten hebben voor- en nadelen. Sommige zijn bruikbaar in bepaalde situaties dan in andere.

Validiteit

De grootste zorg bij evaluaties is: de validiteit van de resultaten. Wat betekent 'validiteit' nu precies? Bij een evaluatie betekent het dat de gevonden effecten daadwerkelijk het resultaat waren van de interventie. Er zijn twee soorten validiteit waarmee we rekening moeten houden:

- Interne validiteit: zijn de bevindingen echt het resultaat van deelname of blootstelling aan de interventie, of van iets anders?
- Externe validiteit: zijn de bevindingen van de evaluatie van een preventie-interventie ook toepasbaar op andere situaties of op andere populaties? Als uit de evaluatie blijkt dat de preventie-interventie effectief was bij Europese kinderen, zou ze dat dan ook zijn voor kinderen in Zuid-Amerika?

Dat zijn belangrijke kwesties. Als een interventie effectief was voor adolescenten uit de middenklasse, is ze dat niet vanzelf ook voor jongeren die in armoede leven.

Interne validiteit

Hou rekening met enkele mogelijke bedreigingen voor je interne validiteit:

- Groeiproses: de impact van het verstrijken van de tijd.
- Geschiedenis: een ander aspect van het verstrijken van de tijd, wat vroeger of ondertussen allemaal gebeurd is.
- Steekproefselectie: wanneer je als onderzoeker niet iedereen van de doelgroep bij je onderzoek kan betrekken, moet je een kleinere groep of een steekproef selecteren die representatief is voor de grotere groep. Die steekproef moet dan natuurlijk

de kenmerken van de grote groep weerspiegelen, zodat de bevindingen ook daarvoor gelden.

- Uitval: deelnemers aan het onderzoek die uitvallen of niet meer bereikbaar zijn voor je follow-up.
- Meetinstrumenten: er zijn aanwijzingen dat proefpersonen kunnen leren uit het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

Externe validiteit

Externe validiteit betekent dat de bevindingen van de evaluatie van een preventie-interventie veralgemeenbaar (of toepasbaar) zijn voor andere situaties en andere populaties.

- Veralgemeenbaarheid: zijn je bevindingen toepasbaar op andere situaties en op andere populaties?
- Repliceerbaarheid: kunnen je bevindingen gerepliceerd/herhaald worden door anderen die je interventie willen uitvoeren?
- Interventiesetting of -uitwerking: dit gaat over de omstandigheden van je interventie, maar ook over de tijd van het jaar, de plaats, het licht of elementen als lawaai die mensen associëren met je interventie.
- Pre- en posttesteffecten: door deel te nemen aan pre- of posttests, ontstaat er bij de deelnemers een leereffect.
- Een andere bedreiging voor externe validiteit is de zogenoemde 'reactiviteit op de interventie'. Andere termen die je misschien vertrouwd in de oren klinken zijn het placebo-, novelty- en Hawthorne-effect.

Controle- of vergelijkgroep

Wat we graag bij elke evaluatie willen zien, is een sterk verband tussen deelname en beoogd effect. In ons geval: middelengebruik stoppen of verminderen. Om zeker te zijn dat de interventie de 'oorzaak' is van het resultaat, moet je zorgen dat andere factoren daarin geen rol spelen. Denk aan factoren zoals het groeiproses en geschiedenis. Maar hoe doe je dat dan? Door een groep mensen te evalueren die vergelijkbaar zijn met je deelnemers, maar zelf niet meededen aan de interventie. Dat is de controle- of de vergelijkgroep.

De controlegroep vertegenwoordigt de 'situatie in normale

omstandigheden' en toont wat er zou gebeuren met de deelnemers mochten ze niet deelgenomen hebben aan de interventie. Dit is ontzettend belangrijk in een sterk onderzoeksdesign.

Er zijn verschillende goede onderzoeksdesigns om de effectiviteit van preventie-interventies te evalueren. Allemaal hebben ze hun eigen voor- én nadelen.

Het klassiek experimenteel design is het 'gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep' (**Randomized Controlled Trial of RCT**). De belangrijkste elementen van dat design zijn:

- Correcte resultaatmetingen;
- Selectie van een 'niet-blootgestelde' of niet-deelnemende controlegroep, met dezelfde kenmerken als die van de deelnemers aan de interventie;
- Gelijktijdige gegevensverzameling bij deelnemers en bij niet-deelnemers vóór en verschillende keren na de interventie;
- Geinformeerde toestemming bij deelnemers van blootstelling of deelname aan de interventie;
- Voldoende geplande tijd na de deelname voor resultaatmetingen (bijv. om het begin van middelengebruik op 16 jaar mee te kunnen nemen in het onderzoek).

Enkele sterke en zwakte punten van de **RCT** zijn:

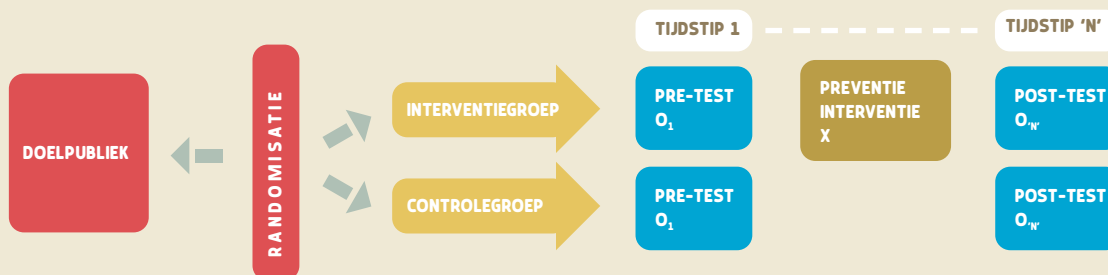
- Het helpt bij het aantonen van 'oorzaak en gevolg'-relaties

tussen het preventieprogramma en de uitkomsten;

- Het onderzoeksteam kan de interventie heel precies wél (bij de interventiegroep) of niet (bij de controlegroep) uitvoeren;
- Het vermindert onderzoeksbias (dit is wanneer de uitkomsten van het onderzoek negatief beïnvloed worden) door de willekeurige toewijzing van deelnemers aan de interventie- of controlegroep;
- Vaak moet een grote steekproef gedurende een lange periode worden onderzocht. Zo'n onderzoek kan dus erg kostelijk zijn en lang duren om resultaten te op te leveren;
- De resultaten worden verzameld in een soort 'labosetting' en kunnen dus afwijken van wat er zou gebeuren in een onderzoeksetting in de 'echte wereld', waarbij de interventie zou doorgaan binnen normale routines;
- Er kunnen verborgen verschillen zijn tussen de interventie- en controlegroep, die niet verklaard worden door het randomisatieproces;
- Het design biedt niet altijd antwoorden op vragen als 'Wat werkt? Voor wie? Onder welke omstandigheden?'. Om dit soort inzichten te verwerven moet je gebruik maken van andere onderzoeksdesigns (bijv. kwalitatieve studies).

Onderbroken tijdreeks (Interrupted Time Series Design). Dit is een alternatief onderzoeksdesign dat je kan gebruiken wanneer het moeilijk is om een controle- of vergelijkingsgroep samen te stellen. Voor en na de interventie worden dan tot wel 100

FIGUUR 15 - HET KLASSIEKE EXPERIMENTELE ONDERZOEKSDSIGN OF RANDOMIZED CONTROL TRIAL (RCT)



metingen uitgevoerd bij de onderzoekspopulatie. Dit type design werd bijvoorbeeld met succes gebruikt in onderzoek naar de invoering van milieu-interventies. Een voorbeeld: een overheid kan beslissen om een nieuwe belasting op alcohol in te voeren. Het is in dit geval niet mogelijk om de doelgroep (dat wil zeggen, alle inwoners) toe te wijzen aan een controle- of interventiegroep zoals bij een RCT. De onderbroken tijdreeks staat de onderzoeker wel toe om te bestuderen of er een significant verschil is tussen de situatie voor en na de interventie. Hij vergelijkt dan de situatie voor de invoering van de belasting met de situatie erna en onderzoekt welk patroon daaruit blijkt.

Enkele sterke en zwakke punten van de onderbroken tijdreeks:

- Het is relatief eenvoudig uit te voeren in situaties waar gegevens al routinematig worden verzameld (bijv. misdaadrapporten en ziekenhuisopnamen);
- Goede analyses kunnen bestaande en seizoensgebonden trends uitsluiten die bestonden vóór de introductie van de interventie (bijvoorbeeld verhoogd alcoholgebruik tijdens schoolvakanties) of veranderingen in de bredere populatie (bijvoorbeeld een langetermijntrend naar verminderde alcoholinname in de algemene bevolking);
- Dit soort onderzoek kan de mogelijkheid dat de uitkomst afhankelijk is van andere factoren – die plaatsvonden op hetzelfde moment als de interventie – niet verklaren, maar ook niet volledig uitsluiten;
- Het kan lang duren om voldoende gegevens te verzamelen om de analyse uit te voeren;

- De resultaten zijn soms moeilijk te interpreteren wanneer de prevalentie van een specifiek probleem al laag was voordat de interventie werd ingevoerd.

Pretest-posttest design van één groep (One-Group Pretest-Posttest Design).

Een one-group pretest-posttest design is het onderzoeksdesign dat het meest wordt toegepast in evaluatieonderzoek. Vóór de preventie-interventie verzamel je gegevens bij de doelgroep. Dan volgt de interventie. Daarna verzamel je opnieuw gegevens die gelijkaardig zijn aan degene die je verzamelde voor de interventie. De resultaatmeting kan onmiddellijk tot één jaar na de interventie plaatsvinden.

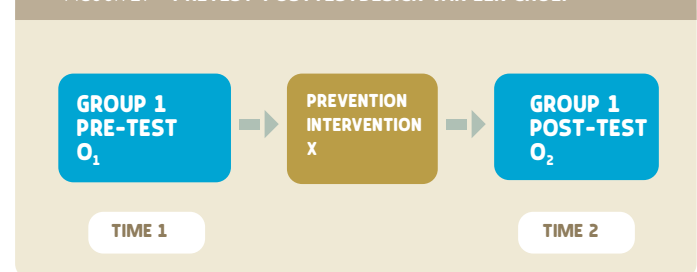
Enkele sterke en zwakke punten van het ontwerp van pretest-posttest design van één groep:

- Dit soort onderzoeken zijn snel en gemakkelijk te organiseren, zijn goedkoop en kunnen opgenomen worden in routine monitoringactiviteiten van een preventie-organisatie;
- Eenvoudige tools zoals enquêtes kunnen worden gebruikt om alle gegevens te verzamelen;
- Het kan worden gebruikt om te beschrijven wat er met een specifieke groep gebeurt wanneer zij een interventie ontvangen;
- Het kan niet worden gebruikt om oorzaak-gevolg relaties aan te tonen;
- Het kan alleen veranderingen op korte termijn weergeven;
- Het sluit geen alternatieve verklaringen uit (andere dan de interventie) voor waargenomen veranderingen in de doelgroep.

FIGUUR 16 - ENKELVOUDIGE TIJDREEKS



FIGUUR 17 - PRETEST-POSTTESTDESIGN VAN ÉÉN GROEP



ASELECTE STEEKPROEF EN METINGEN

Een aselecte steekproef is een vaak voorkomende onderzoeksprocedure en helpt informatie over een kleinere subgroep te vertalen naar de grotere populatie. Een steekproef is handig als je middelen beperkt zijn (bijv. weinig geld, tijd of mankracht).

Een aselecte steekproef verloopt in verschillende stappen:

- Definitie en beschrijving van de populatie: wat zijn de kenmerken van de populatie? Wat is het percentage mannen en vrouwen? Waar wonen ze? In de stad, de buitenwijken of op het platteland?
- De populatie bereiken: misschien lukt het niet om iedereen te bereiken. Dan volgt de vraag, 'Wie binnen de populatie kan ik wel bereiken?'. Vaak kan je enkel mensen bereiken die toegang hebben tot een computer met internetverbinding, bijvoorbeeld bij nationale onderzoeken.
- Bepaal de inclusie- en uitsluitingscriteria: wie neem je wel en niet op in je studie uit dezelfde populatie?

Als het over meten gaat, zijn betrouwbaarheid en validiteit cruciale begrippen. Hoe stabiel zijn je metingen wanneer je ze later herhaalt? Dat gaat over betrouwbaarheid. Meet je wel wat je wilt meten? Dat gaat dan weer over validiteit. Gelukkig zijn er binnen het domein van preventie-interventie verschillende instrumenten ontwikkeld om de effectiviteit van interventies te meten. En die zijn sterk onderbouwd: ze zijn toegepast in heel verschillende situaties, bij veel verschillende populaties. Het EMCCDA publiceerde details over veel van deze instrumenten in zijn *Evaluation Instruments Bank*.¹⁶

Er zijn dus twee soorten gegevens die je wilt verzamelen: kwantitatieve en kwalitatieve. Over die begrippen bestaan er verschillende definities. Hieronder volgt die van de 'Amerikaanse Substance and Mental Health Services Administration'.

Kwantitatieve gegevens:

- Meten hoeveelheden: 'Hoeveel jongeren van 12 tot 17 jaar gebruikten de laatste dertig dagen cannabis, marihuana of



hasj?'. Of voor hen die recent cannabis gebruikten: 'Hoeveel keer gebruikten ze de laatste dertig dagen cannabis?';

- Meten niveaus van gedrag en trends in de loop van de tijd;
- Zijn objectief, gestandaardiseerd en meestal gemakkelijk te analyseren. Doordat ze gestandaardiseerd zijn, kun je ze gemakkelijk verzamelen en vergelijken over verschillende gemeenschappen en groepen heen.

Kwalitatieve gegevens:

- Zijn subjectief en gaan eerder over vragen als: 'Waarom?', 'Wat betekent dat eigenlijk?';
- Bieden inzichten in gedrag, trends en percepties;
- Geven meer uitleg en helpen om kwantitatieve gegevens correct te interpreteren.

GEGEVENSVERZAMELING, ANALYSE EN STATISTIEK

Nadat de metingen gebeurd zijn, moet je ze omzetten in 'data' en in een vorm die geschikt is voor verder onderzoek of analyse. Met behulp van data-analyse kan de onderzoeker de onderzoekspopulatie systematisch beschrijven en beginnen met een antwoord te formuleren op de vragen die aan de basis lagen van het onderzoek. Dit proces van beschrijving en verdere analyse gebeurt met behulp van statistische methodes.

Beschrijvende statistieken gebruik je om een set van metingen te organiseren of samen te vatten. Overheidsstatistieken zijn goede voorbeelden van informatieve en zinvolle beschrijvende statistieken.

Als je metingen of je scores 'normaal verdeeld' zijn vallen het gemiddelde, de mediaan en de modus (de waarde die het meest voorkomt) mooi samen. Als de scores niet normaal verdeeld zijn, maar 'scheeftrekken' of verschuiven naar de lage of hoge uiteinden van een reeks scores, dan verschillen het gemiddelde, de mediaan en de modus van elkaar. Ze vertellen dan een ander verhaal over de scores voor een onderzoekspopulatie.

Inductieve statistieken of verklarende statistieken zijn instrumenten die ons helpen om het verband te onderzoeken tussen onze metingen, om de waarschijnlijkheid van resultaten te voorspellen en om te bepalen of de vastgestelde verschillen in en tussen populaties significant zijn of niet. Inductieve statistieken zijn complexer dan beschrijvende statistieken. We werken in dit geval met gegevens uit een steekproef, om conclusies te trekken over de grotere populatie waaruit de steekproef getrokken is. Deze statistieken gaan uit van kansrekening om te bepalen of bevindingen te wijten zijn aan toeval. Als dat niet zo is (ze scoren hoger of lager) is de vraag: hoe significant is dat? Het spreekt voor zich dat inductieve statistieken heel belangrijk zijn voor elk evaluatieonderzoek. Vanwege de complexiteit van het statistisch werk, adviseren we je om hiervoor samen te werken met een gespecialiseerd onderzoeksbureau. In de volgende paragraaf geven we nog enkele tips voor dat soort samenwerking.

SAMENWERKEN MET EEN GESPECIALISEERD EVALUATIEONDERZOEKER – HET SAMENWERKINGSMODEL

Vaak werkt de externe evaluator onafhankelijk van de interventie. Meestal is dit een gespecialiseerde universitaire afdeling. Zo'n afdeling neemt beslissingen over alle aspecten van de evaluatie en doet dat los van de medewerkers die betrokken zijn bij de interventie zelf. De interactie tussen die medewerkers en het evaluatieteam blijft meestal beperkt tot het strikte minimum. Daartegenover staat het model van samen evalueren: die evaluaties worden ontwikkeld met input van de interventie-medewerkers zelf. Gedurende de hele evaluatie blijven interventie-medewerkers en het evaluatieteam nauw samenwerken.

In het samenwerkingsmodel worden de interventie-medewerkers en de evaluatieonderzoekers samen dus één team. Daar kunnen

nog andere teamleden bijkomen, zoals belanghebbenden die interesse hebben in de resultaten van de preventie-interventie. Toch blijft het belangrijk dat de taken, activiteiten, verantwoordelijkheden en interacties duidelijk afgebakend zijn. Anders is er een groot risico dat verwachtingen niet worden ingelost. Het is vooral belangrijk om regelmatig te vergaderen met de belangrijkste belanghebbenden. Deze vergaderingen gaan over welke vooruitgang je boekte en dienen om problemen aan te pakken als die zich voordoen. Doe je dit niet, dan is er een grote kans dat de evaluatieonderzoekers en de interventied medewerkers uit elkaar groeien. Tabel 11 toont hoe beide partijen taken kunnen opnemen en op die manier hun eigen expertise inbrengen. Leidinggevende taken staan in geel, ondersteunende taken in blauw, gedeelde taken in rood.

Hier volgen enkele conclusies uit een literatuuroverzicht van richtlijnen om een externe evaluator te selecteren:

De externe evaluator moet beschikken over ervaring, een goede reputatie en de nodige opleiding en vaardigheden om wetenschappelijk te evalueren. Hij/zij moet ook inzicht hebben in ontwikkelings- en organisatiekwesaties, ervaring hebben in het evalueren van projecten, met interventies of organisaties, goede referenties hebben van vroegere klanten, over onderzoeksvaardigheden beschikken en publicaties van evaluatieresultaten kunnen voorleggen.

Meer nog, de externe evaluator moet zich ook engageren voor het leveren van een hoge onderzoekskwaliteit en moet je deadlines respecteren. Hij/zij moet goed communiceren met je interventied medewerkers (en belanghebbenden) en persoonlijk

TABEL 11 - ROLLEN VOOR DE PROGRAMMAMEDEWERKERS EN VOOR DE EXTERNE EVALUATOR IN HET SAMENWERKINGSMODEL

EVALUATIESTAP	PREVENTIETEAM	EXTERNE EVALUATIETEAM
Stakeholders betrekken	Leidende rol / Ken je stakeholders goed en bepaal wie moet worden betrokken worden in de evaluatie	Ondersteunende rol / Laat interesse blijken voor de betrokken stakeholders en betrek ze ook effectief
Preventie interventie omschrijven	Gedeelde rol / Deel kennis over de interventie	Gedeelde rol / Betrek het programmteam om de interventie te omschrijven, neem een leidende rol in de uiteindelijke beschrijving van de interventie
Focus bepalen van de evaluatie	Gedeelde rol / Bepaal de belangrijkste onderzoeksvragen	Gedeelde rol / Bepaal de focus, help goede onderzoeksvragen ontwikkelen en ontwikkel het onderzoeksdesign
Verzamel plausibele gegevens	Ondersteunende rol / Help toegang te krijgen tot bestaande gegevens of bij het vragen van deelname aan gegevensverzameling	Leidende rol / Neem een leidende rol op in alle activiteiten voor gegevensverzameling maar doe dat in samenwerking met het programmteam
Formuleer conclusies	Gedeelde rol / Help de evaluator de conclusies te interpreteren en ontwikkel aanbevelingen	Gedeelde rol / Neem een leidende rol in de analyse van gegevens, maar werk daarin samen met het programmteam
Zorg dat de resultaten gebruikt worden en deel wat je geleerd hebt	Leidende rol / Zorg dat de resultaten gebruikt worden in de voortzetting van het programma	Ondersteunende rol / Presenteer onderzoeksresultaten die het gebruik van het programma ondersteunen

achter de waarden en ethische principes van je interventie staan. En dat alles voor een redelijk honorarium, natuurlijk.

WERKEN MET REGISTERS

Meestal zal je geen nieuw preventieprogramma moeten ontwerpen, maar kan je proberen werken met bestaande programma's die hun effectiviteit bewezen hebben. Waar vind je nu preventie-interventies die werken voor middelengebruik? Er bestaan gelukkig verschillende registers van evidence-based interventies voor preventie van middelengebruik. Die registers geven een overzicht van interventies die sterk empirisch en evidence-based onderbouwd zijn. De beste registers werken met een database waarin je zoekwoorden kunt ingeven over interventies en over wat voor jouw onderzoek interessant is.

Opgelet: registers zijn geen wondermiddel. Je moet de interventies die je vindt zorgvuldig door een zeef halen. De criteria die registers hanteren om een interventie op te nemen, voldoen soms niet aan de kwaliteitsvereisten van de International Standards. Registers kunnen afgaan op om het even welk 'bewijs van effectiviteit', geleverd door de persoon of de organisatie die het onderzoek bestelde of uitvoerde. Misschien namen ze in hun bewijsmateriaal alleen maar resultaten op van de evaluaties die effectiviteit vaststelden. In de gepubliceerde overzichten ontbreken soms ook recentere bevindingen, die maar onlangs beschikbaar werden. Registers presenteren bewijsmateriaal ook op verschillende manieren. Toch blijven ze al bij al een belangrijke bron van informatie, met uitgebreide lijsten van geëvalueerde preventie-interventies en beschrijvingen van hun inhoud en uitwerking.

Voorbeelden van registers die je kan raadplegen, als je de juiste preventie-interventie zoekt voor je doelgroep en voor hun problemen met middelengebruik, in Europa zijn: Xchange¹⁷, de 'grüne Liste' in Duitsland¹⁸, het Spaanse register¹⁹ en het register van Mentor UK²⁰. Amerikaanse voorbeelden zijn: Blueprints for Healthy Child Development²¹, National Registry of Evidence-based

Programs and Practices (NREPP), and Preventing Drug Use among Children and Adolescents²².

'Xchange' is een nieuw Europees onlineregister van evidence-based preventieprogramma's en focust uitsluitend op problemen met middelengebruik. Xchange houdt zowel rekening met Europese evaluatiestudies die gunstige resultaten opleverden voor middelengebruik, als met de Blueprinratings over programma's die uit de VS komen. In dit register krijg je informatie over de effectiviteit van preventieprogramma's in Europa en details over lokale adaptaties, in verschillende talen. Al deze info laat gebruikers toe om goed geïnformeerde beslissingen te maken.

Dit zijn de criteria waaraan een programma moet voldoen op opgenomen te worden in het Xchange register:

- Het programma moet nog actief zijn, dus momenteel nog lopen in minstens één EU-land;
- Er moet minstens één Europees evaluatieonderzoek bestaan met een gunstige beoordeling van het programma.

Andere bronnen om onderzoek over preventiewerk te raadplegen, zijn wetenschappelijke tijdschriften zoals het 'Prevention Science Journal'²³. De publicatie van onderzoek is een belangrijk onderdeel van moderne preventie. Wetenschappelijke tijdschriften kunnen je helpen om recente publicaties terug te vinden. Het neemt soms wat tijd in beslag voordat registers actuele informatie opnemen en publiceren.

17 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

18 <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

19 <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

20 <http://cayt.mentor-adepris.org/cayt-database/>

21 <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>

22 https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

23 <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

EX-ANTE EVALUATIES

Een ex-ante evaluatie is een tool voor projectmanagement, die gebruikt wordt vóór de implementatie van de interventie – in tegenstelling tot evaluaties die plaatsvinden tijdens de uitvoering van de interventie. De tool is ontworpen om de projectplanning en de planning van evaluaties te ondersteunen. De resultaten van ex-ante evaluaties worden vaak gebruikt om het projectplan te optimaliseren en om de relevantie te bepalen van de uitgestippelde acties. Het doel is dan om de meerwaarde van die specifieke interventie tegenover andere mogelijke interventies te bepalen. De ex-ante evaluatie biedt ook handvatten voor monitoring en evaluatie die helpen bij het definiëren van doelstellingen, om te bepalen welke uitkomsten belangrijk zijn, welke impact je mag verwachten en welk type informatie nodig is om te beoordelen of het project succesvol was. Beleidsmensen en financiers gebruiken de bevindingen van dergelijke ex-ante evaluaties soms om de projectvoorstellen die ze ontvangen te beoordelen.

De ex-ante evaluatie kan intern worden uitgevoerd of je kan extra expertise zoeken bij een externe evaluator, zoals voor andere soorten evaluaties. De Europese Commissie biedt algemene beginselen en nuttige leidraden aan voor het begrijpen en uitvoeren van dit soort werk – let wel, ze zijn niet rechtstreeks van toepassing op ex-ante evaluaties.²⁴

We vatten in het kader hiernaast samen welke informatie essentieel is voor dit soort evaluatie.

KERNINFORMATIE VEREISTEN VOOR EX ANTE EVALUATIE

Probleem analyse en behoeftepeiling

- Wat is het op te lossen probleem, wat zijn de hoofdfactoren en welke stakeholders zijn betrokken?
- Wat is de doelgroep en wat zijn hun middelen gerelateerde behoeften?

Doelen bepalen

- Zijn de algemene, specifieke en operationele preventie interventie doelen gedefinieerd met het oog op de verwachte resultaten?
- Welke evaluatie indicatoren zijn voorzien om de inputs, outputs, resultaten en impacts te meten?

Alternatieve uitvoeringsmechanismen en risico inschatting

- Welke alternatieve preventieve acties werden overwogen (inclusief niks doen) en waarom viel de keuze op de voorgestelde?
- Welke risico's (vb. alternatieve kosten, potentieel nadelige uitkomsten) zijn verbonden aan de implementatie van de interventie en welke tegenmaatregelen zijn er genomen?

Toegevoegde waarde van de interventie

- Is de voorgestelde interventie complementair aan en coherent met andere deelacties?
- Brengt het samenwerking voort met deze deelacties?

Leren uit het verleden

- Welk bewijs en welke informatie uit voorgaande evaluaties, audits of onderzoeksresultaten/-ervaringen van gelijkaardige acties zijn er beschikbaar?
- Hoe kunnen deze gebruikt worden om het design van de interventie te verbeteren?

Toekomstige monitoring en evaluatie plannen

- Zijn de voorgestelde methodes voor het verzamelen, opslaan en analyseren van het monitoring systeem/ de data van evaluatie, robuust?
- Is het monitoring systeem/ de evaluatie van bij de aanvang van de implementatie van de interventie volledig operationeel?
- Welke evaluatietypes zijn nodig, wanneer worden ze uitgevoerd en wie is hiervoor verantwoordelijk?

Helpen rendement op te leveren

- Wat zijn de verschillende financiële implicaties van de voorgestelde interventie?
- Kunnen dezelfde resultaten bekomen worden aan een lagere kost of kunnen betere resultaten verkregen worden bij dezelfde kost maar door iets anders te doen?

24 http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf

DEEL 2:
**PREVENTIEVE
INTERVENTIES BINNEN
VERSCHILLENDE SETTINGS**

HOOFDSTUK 5:
**PREVENTIE
IN DE CONTEXT
VAN HET GEZIN**



Het gezin is een van de settings (op microniveau) die we bespreken in het kader van preventiewerk. We starten met een definitie van gezinnen als systemen die verantwoordelijk zijn voor socialisatie. Daarna bekijken we welke soorten preventie-interventies er zijn op gezinsniveau en gaan we dieper in op de inhoud en de kenmerken van die interventies.

In dit hoofdstuk bespreken we verschillende evidence-based programma's voor preventiewerk op gezinsniveau. Voorbeelden zijn EFFEKT, een programma voor functionele gezinstherapie en Triple P, een positief ouderschapsprogramma. We besluiten met een bespreking van de uitdagingen voor wie aan de slag gaat met gezinnen en hoe je die uitdagingen kunt overwinnen.

DEFINITIES

De term 'gezin' heeft verschillende betekenissen voor verschillende mensen en kun je dus op meerdere manieren definiëren. Wetenschappers zoals antropologen, sociologen, psychologen of economen kunnen gezinnen anders definiëren en dus ook anders bestuderen. Ook in verschillende culturen of landen kijken mensen op verschillende manieren naar gezinnen. Zo gaat de term 'gezin' in de VS, Canada en veel Europese landen meestal over het kerngezin van twee partners met hun kinderen, eenoudergezinnen of co-ouderschap. In de meeste andere delen van de wereld gaat de term 'gezin' vaak over uitgebreidere families van ouders en kinderen, maar ook grootouders, tantes en ooms, neven en nichten en soms zelfs nog meer verwanten. De laatste jaren hebben de vele echtscheidingen en tweede huwelijken in Europa bijgedragen tot een toename van het aantal samengestelde en eenoudergezinnen.

GEZINNEN ALS SYSTEMEN

Een manier waarop wetenschappers nadenken over gezinsstructuren is door gezinnen te beschouwen als systemen. Dus als iets meer dan enkel 'een groep mensen samen'. Gezinnen zijn unieke groepen van mensen, op veel manieren. Ze verschillen duidelijk van 'peer groups' of andere sociale groepen. In tegenstelling tot de meeste andere sociale groepen, zijn de leden van gezinnen meestal bloedverwanten. Door hun nauwe banden en hun specifieke taken ontwikkelen gezinnen heel eigen en typische interactiepatronen.

Er zijn opvallende gelijkenissen in de manier waarop de meeste gezinsleden met elkaar omgaan, maar ook even opvallende verschillen. Net zoals twee mensen nooit helemaal hetzelfde zijn, gaan gezinnen nooit helemaal op dezelfde manier van met elkaar om. Gezinnen ontwikkelen hun eigen identiteit, hun eigen manier waarop de gezinsleden zich tegenover elkaar en tegenover buitenstaanders gedragen. Vaak vertellen gezinsleden elkaar dingen, of doen ze met elkaar dingen die ze nooit tegen andere mensen zouden zeggen of doen.

Gezinsleden kunnen elkaar sociaal ondersteunen en het gevoel geven dat ze ergens bij horen. Dat gevoel van erbij te horen, is belangrijk voor onze menselijke ontwikkeling. Het helpt ons om veerkrachtige mensen te worden, met een lagere kans op gedragsproblemen. De manieren waarop gezinnen zichzelf structureren – de attitudes, overtuigingen en waarden waarin ze geloven – bepalen hun identiteit en beïnvloeden ook hoe gezinsleden omgaan met elkaar en verwachten hoe anderen met hen omgaan.

Kinderen socialiseren is een heel belangrijke functie van het gezin. Gewoonlijk is het in het gezin dat kinderen de normen, waarden, attitudes en gedragingen van hun sociale groep aanleren. Meestal is 'thuis' de primaire context voor die socialisatie. Dat betekent dat het binnen het gezin is dat kinderen belangrijke dingen leren zoals hoe ze moeten praten, hoe ze op een gepaste manier

kunnen omgaan met anderen en hoe ze frustraties kunnen tonen en beheersen. Ouders geven die regels door via verschillende manieren van aanleren, opvoeden en discipline.

SOORTEN GEZINSINTERVENTIES

Zoals andere preventie-interventies kunnen gezinsinterventies universeel, selectief of geïndiceerd zijn.

Preventie-interventies voor gezinnen kan je ook indelen op basis van wie in het gezin aan de interventie deelneemt en voor welke gezinsleden de interventie mikt op gedragsverandering. Ouderschapsinterventies focussen enkel op het bijsturen van specifieke opvoedingspraktijken, zoals disciplineren of effectieve communicatie. Ze zijn in eerste instantie gericht op de ouders. Kinderen van het gezin kunnen in sommige gevallen bij de interventie betrokken worden. Interventies op het vlak van gezinsvaardigheden hebben een bredere focus: ze trainen ouders om hun ouderschapsvaardigheden te verbeteren en versterken en ze trainen kinderen in persoonlijke en sociale vaardigheden. Daarnaast trainen en oefenen ze ook de vaardigheden van het hele gezin als groep. De klemtoon verschuift dan van opvoeden naar hoe ouders en kinderen elkaar in het gezin beïnvloeden en samen functioneren als gezin.

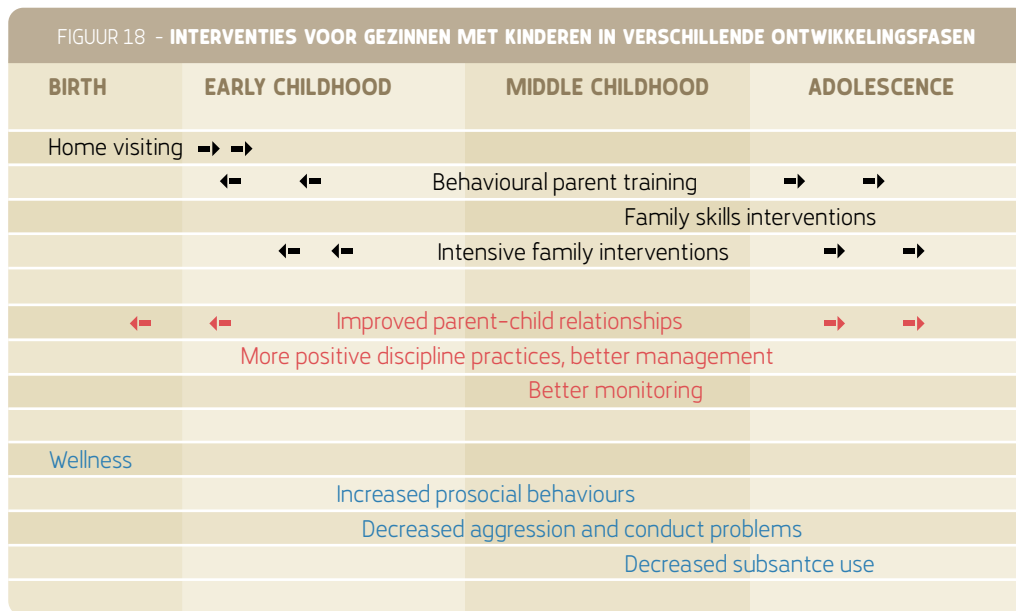


Interventies op het vlak van gezinsvaardigheden gebeuren soms samen met andere interventies – zoals schoolinterventies in dezelfde gemeenschap – als onderdeel van een bredere, meer omvattende preventiestrategie. Zo'n brede strategie wordt vaak uitgevoerd op samenlevingsniveau, omwille van de verschillende macro- en microfactoren die een invloed hebben op middelengebruik door jongeren. Er zijn aanwijzingen dat die combinatie van verschillende benaderingen effectief kan zijn om het middelengebruik in een populatie terug te dringen. Soms zijn interventies opgezet als gezinstherapie, om probleemgedrag al in een vroeg stadium te veranderen en er zo voor te zorgen dat problemen later niet escaleren tot middelengebruik en ernstiger probleemgedrag.

Er kunnen verschillende tekenen zijn dat een gezin baat kan hebben bij een interventie. Soms zijn deze zichtbaar in zaken die zich afspelen binnen het gezinsleven, zoals geweld. Soms worden ze weerspiegeld in gedrag van jongeren buiten het gezin, zoals op school of in de gemeenschap. Intensieve gezinsinterventies, zoals gezinstherapie-interventies voor jongeren die al wat problemen beginnen te vertonen, kunnen ook belangrijke effecten hebben in de kindertijd en de adolescentie.

Het is ook belangrijk om te weten dat het soort opvoedingsstrategieën en gezinsvaardigheden die in interventies aangeleerd worden, afhangen van de leeftijd van de kinderen in de deelnemende gezinnen. Ouderschapsstrategieën en familiale





interactiepatronen veranderen samen met de leeftijd van de kinderen in het gezin. Daarom moeten interventies in gezinnen met kinderen van verschillende leeftijden ook verschillende ouderschaps- en gezinsprocessen aanleren. Figuur 27 toont verschillende mogelijke strategieën (zwart), doelstellingen (rood) en resultaten (blauw) voor verschillende leeftijdsniveaus.

Het theoretisch concept achter gezinsinterventies is dat je probleemgedrag kunt voorkomen en gezond gedrag van jongeren kunt bevorderen door gezinsprocessen (zoals de opvoeding) te beïnvloeden. Op microniveau is het gezin een van de belangrijkste invloeden op iemands persoonlijke eigenschappen, die uiteindelijk kunnen leiden tot middelengebruik. Het gezin is een belangrijke context voor ontwikkeling. Als een gezin slecht functioneert, lopen kinderen meer risico op problemen. Als gezinnen goed functioneren, wordt de kans op problemen kleiner. Familiegerichte interventiestrategieën kan je al starten vóór

de geboorte, zoals bijvoorbeeld huisbezoekprogramma's voor kansarme, aanstaande moeders die voor de eerste keer in verwachting zijn. Dit soort interventie richt zich op:

- Veranderen van het opvoedingsgedrag;
- Het welzijn van moeders verbeteren;
- De relatie tussen moeder en kind verbeteren;
- Het verbeteren van ontwikkelingsresultaten voor het kind, op de lange termijn.

Dit zijn enkele van de krachtigste factoren binnen gezinnen die de ontwikkeling van kinderen en jongeren beïnvloeden:

- **Goede ouder-kindrelaties.** De kwaliteit van ouder-kindrelaties begint al in de vroege kindertijd wanneer 'verzorgers' en 'zuigelingen' een sterke band ontwikkelen. Die hechting van kinderen met hun opvoeders blijft een grote invloed hebben op de ontwikkeling van kind tot adolescent. Sommige aspecten van de ouder-kindrelatie veranderen wel in de loop van de tijd. Maar

een relatie die warm is en waarbij ouders kinderen emotioneel positief ondersteunen, is een belangrijke beschermingsfactor tegen probleemgedrag. Ouders die tijd vrijmaken voor hun kinderen en die actieve en positieve betrokkenheid tonen bij het leven van hun kinderen, bouwen mee aan dit soort relaties. Gedragmatige ouderschapstrainingen kunnen leiden tot betere opvoedpraktijken, gezondere ouder-kindrelaties, positiever gedrag van kinderen of jongeren en resultaten op langere termijn – zoals minder middelengebruik in de adolescentie en jongvolwassenheid.

- **Effectieve strategieën voor gedragsmanagement.** Belangrijke taken van ouders zijn jongeren socialiseren tot positief gedrag en goed reageren op hun risicogedrag. Effectieve strategieën helpen ouders om positief gedrag van hun kinderen op te volgen en om hun kinderen passende gedragsnormen te laten internaliseren. Er zijn heel veel ouderschapsstrategieën die dit proces kunnen ondersteunen. Met effectieve discipline – helder en stevig, maar niet streng – en goede technieken om toezicht te houden op waar en met wie je kinderen tijd doorbrengen, kan je kinderen ook beschermen tegen negatieve invloeden op macroniveau.
- **Communiceren over gezinswaarden.** Gezinnen die gezinswaarden hoog in het vaandel dragen en duidelijk proberen over te brengen aan hun kinderen, bevorderen positief gedrag en verminderen risicogedrag. Die nadruk op gezinswaarden kan negatieve waarden tegengaan die in sommige sociale milieus circuleren.
- **Betrokken blijven bij het leven van je kind.** Ouders die actief betrokken zijn bij het leven van hun kinderen, die tijd uittrekken om samen met hun kinderen leuke dingen te doen, bouwen mee aan een positieve ouder-kindrelatie. Door die activiteiten merkt een kind dat zijn ouders om hem/haar en om zijn/haar emotioneel en sociaal welbevinden geven, en dat de ouder-kindrelatie om meer gaat dan alleen maar om regeltjes voor goed gedrag volgen.
- Ouders die hun kinderen emotioneel, cognitief en financieel ondersteunen, leveren een belangrijke bijdrage aan de gezonde ontwikkeling van hun kinderen.

Als we door een gezinsinterventie een paar van die kritieke gezinsfactoren kunnen versterken, is er een grote kans dat we risicogedrag (zoals middelengebruik) kunnen terugdringen.

Voor bepaalde gezinsinterventies is een van de uitdagingen dat ze ingrijpen op het moment dat kinderen een leeftijd hebben, waarop ze meestal niet doen wat de interventie probeert te voorkomen. Op korte termijn kan een interventie streven naar veranderingen in de opvoeding, maar op langere termijn naar het voorkomen van middelengebruik. De redenering is dus dat je de ontwikkeling van jongeren kunt bijsturen door die gezins- en ouderschapsprocessen te veranderen.

Sommige meta-analyses kijken naar meerdere interventies en proberen te begrijpen of hun gemeenschappelijke inhoud, strategieën of structuur verband houden met betere resultaten. De vraag die ze stellen is: Wat zijn de kernkenmerken van een interventie die werkt? Eén studie identificeerde verschillende kenmerken van effectieve interventies voor training van ouders van kinderen van 0 tot 7 jaar. De onderzoekers stelden vast dat interventies betere resultaten opleveren als ze:

- 1. Focussen op positieve interacties** tussen ouders en kinderen – Ouders leren om meer tijd te spenderen met hun kinderen in niet-disciplinaire situaties. Dit soort interventies toont hen hoe ze speeltijd kunnen inlassen, enthousiast kunnen zijn, positieve aandacht kunnen geven en hoe ze kunnen focussen op vrije en creatieve activiteiten.
- 2. Ouders leren over emoties en communiceren over emoties** – Hoe kan je actieve luistervaardigheden gebruiken om te reageren op wat een kind zegt? Of ouders helpen om hun kinderen te leren hoe ze emoties kunnen herkennen, benoemen en op een gepaste manier uiten. Aan ouders leren hoe ze negatieve communicatie zoals sarcasme kunnen verminderen.
- 3. Effectieve discipline aanleren** in de vorm van 'time-out' en door altijd consequent te reageren.
- 4. Zo opgebouwd zijn dat ouders die vaardigheden oefenen met hun eigen kinderen**, tijdens de sessies en thuis. Het gaat

dus niet om rollenspel, maar om reële interacties tussen ouders en hun kinderen.

ALGEMENE INHOUD VAN GEZINSINTERVENTIES

Interventies voor preventie op gezinsniveau gaan verder dan wat we hierboven al beschreven. We bekijken nu in detail hoe je de inhoud van je interventie specifiek kunt vormgeven voor ouders, kinderen en gezinnen.

INHOUD VOOR OUDERS

Er zijn verschillende soorten interventies voor gezinsvaardigheden. Die werken dan ook met andere activiteiten. Het evaluatiepanel van het UNODC kwam tot de bevinding dat in de meest effectieve interventies voor gezinsvaardigheden een aantal specifieke zaken terugkomen.

Effectieve interventies leren ouders meestal hoe ze gepast kunnen reageren op de behoeften en noden van hun kinderen.

Ouders moeten leren om **affectie en empathie** te tonen – aan elkaar, aan hun kinderen en aan andere mensen:

1. Positieve aandacht gebruiken en kinderen zeggen wanneer ze zich goed gedragen – niet alleen wanneer ze de regels overtreden.
2. Praten over hun eigen emoties en die van hun kinderen – om kinderen te helpen emoties te herkennen en uit te drukken.
3. Leren hoe belangrijk het is om zelf het goede voorbeeld te geven – als ze niet willen dat hun kinderen en adolescenten middelen gaan gebruiken, kunnen ze het goede voorbeeld geven door er zelf geen te gebruiken.
4. Nieuwe vaardigheden leren om het hoofd koel te houden en om boosheid te ontwijzen – dit leert kinderen omgaan met de onvermijdelijke gevolgen van stress, veranderingen in hun gezin en in hun ruimere omgeving.

5. Leren om 'responsief' te spelen – hun kinderen wat controle laten om het spel te sturen en zelf gewoon volgen.
6. Verwachtingen hebben die aansluiten bij de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van hun kinderen (zie bijlage 1).

Structuur bieden: Aanvullende inhoud en activiteiten moeten ouders leren om structuur te bieden. Structuur kan een heleboel dingen betekenen:

- Ouders leren om discipline strategieën te gebruiken die aangepast zijn aan de leeftijd en hen vooral helpen om kinderen de gevolgen van hun eigen gedrag aan te leren;
- Duidelijke huisregels opstellen, communiceren en jongeren helpen om die regels en de waarden van de samenleving te begrijpen;
- Herkennen hoe je kinderen kunt beschermen tegen mogelijke probleemsituaties thuis en in de samenleving – bijvoorbeeld in de buurt of in de media;
- In gezinnen met twee ouders betekent structuur ook dat je probeert overeenstemming te bereiken over belangrijke opvoedingskwesaties en dat je die eensgezind omzet in praktijk;
- Structuur betekent ook dat ouders weten hoe ze effectief kunnen controleren waar hun kinderen zijn, wat ze doen, en met wie;
- Conflicten beheersen, ruzies oplossen en vergeven – dat zorgt voor een warme en open emotionele sfeer in het gezin en helpt om kinderen niet te betrekken in conflicten tussen ouders;
- Voor structuur zorgen door specifieke routines, zoals samen eten en routines voor het slapengaan. Die momenten leuk maken en er kansen in zien om te praten met de kinderen over dingen die je als ouder belangrijk vindt – maar zonder opgestoken vingertje.

Betrokken zijn bij het leven van het kind op school: Goede interventies kunnen ouders ook leren om meer betrokken te zijn bij het leven van hun kind op school. Na het gezin is de school een van de belangrijkste socialisatiestructuren voor het kind. Sommige ouders zijn terughoudend in hun omgang met de school. Toch toont onderzoek dat als ouders kinderen kunnen

helpen om op school stevige banden aan te knopen, dat tot betere schoolervaringen leidt.

1. Ouders kunnen kinderen opvolgen en waar mogelijk helpen met hun schoolwerk.
2. Het is belangrijk dat ouders verbonden blijven met de school en weten wat er in de school van hun kind gebeurt.

INHOUD VOOR KINDEREN

Kinderen en jongeren moeten veel belangrijke levensvaardigheden aanleren. Ook ouders kunnen aangeleerd worden hoe ze hun kinderen die vaardigheden kunnen bijbrengen.

Emotionele capaciteiten: Interventies kunnen kinderen helpen om emotionele vaardigheden te ontwikkelen. Ze kunnen ook ouders helpen om die vaardigheden bij hun kinderen te versterken.

1. Hun emoties en die van anderen herkennen.
2. Hun emoties gepast uitdrukken.
3. Omgaan met moeilijke emoties.
4. Empathie voelen en tonen als andere mensen het moeilijk hebben.
5. Feedback kunnen krijgen over jezelf zonder defensief te worden – dat is een goede manier om te leren over jezelf en over je relaties met andere mensen.

Toekomstgerichtheid is een nuttige vaardigheid om bij jongeren te ontwikkelen. Als kinderen en vooral adolescenten in staat zijn om hun eigen dromen te omschrijven en realistische doelen te stellen, zijn ze ook in staat om te begrijpen hoe sommige gedragingen – zoals middelengebruik – kunnen verhinderen dat ze hun doelen waarmaken.

Probleemoplossende vaardigheden: Kinderen en jongeren kunnen effectieve

vaardigheden ontwikkelen om problemen op te lossen. Dit helpt hen als ze terechtkomen in uitdagende sociale situaties met leeftijdsgenoten, waarbij ze de beste oplossing voor het probleem moeten vinden.

Voor zichzelf zorgen: Ze kunnen ook leren hoe ze op een gezonde manier voor zichzelf kunnen zorgen – dat gaat onder andere over voeding, fysieke gezondheid, hoe middelengebruik hun hersenen beïnvloedt, fysieke ontwikkeling, gedrag, emoties, cognitieve ontwikkeling, sociale omgang met vrienden en familie, schoolprestaties en toekomstkansen.

Bouwen aan positieve relaties: Effectieve interventies moeten jongeren leren hoe ze positief kunnen omgaan met andere mensen, zoals elkaar ondersteunen en samenwerken. Dit kan jongeren helpen om te beginnen begrijpen hoe ze zelf in het totaalplaatje passen van de wereld en hoe relaties goed kunnen zijn voor hen. En ook hoe ze slechte relaties op een afstand kunnen houden.

Anderen respecteren: Interventies kunnen ook waarden versterken zoals respect, zoals voor verschillen tussen mensen, voor ouderen en voor gezag.

Effectief communiceren: Jongeren kunnen effectief leren communiceren door actief te luisteren en door duidelijk te maken wat ze nodig hebben. Die vaardigheden correct inzetten kan hen helpen om conflictsituaties op te lossen.

Weerstaan aan druk van leeftijdsgenoten:

Veel goede interventies focussen op jongeren vaardigheden aanleren om nee te zeggen tegen sociale druk. Als leeftijdsgenoten (peers) hen proberen te betrekken in middelengebruik hebben ze geleerd om die voorstellen af te wijzen.



INHOUD VOOR GEZINNEN

In interventies rond gezinsvaardigheden is het belangrijk dat gezinsleden samen vaardigheden kunnen inoefenen die hen leren om positief en gevoelig op elkaar te reageren, voor elkaar te zorgen en elkaar aan te moedigen met complimentjes en beloningen.

Communiceren: Om effectief te communiceren, kunnen gezinsleden leren om aandachtig naar elkaar te luisteren, duidelijk te communiceren over taken en verantwoordelijkheden en rustig te praten over onderwerpen die ouders en jongeren vaak wat moeilijker kunnen bespreken – zoals middelengebruik of seksualiteit.

Gezinsleven structureren: Gezinsleden kunnen hun gezinsleven samen organiseren en structureren. Ze kunnen helder, rechtlijnig en eerlijk zijn over discipline. Ze kunnen samen conflicten – die onlosmakelijk verbonden zijn met het gezinsleven – oplossen door open te discussiëren en/of met andere methoden die de interventie aanbeveelt.

EVIDENCE-BASED PROGRAMMA'S

Uit verschillende evaluaties in verschillende Europese landen blijkt dat de volgende interventies veelbelovende resultaten opleveren. We baseren onze selectie van programma's op de beoordelingen in het Xchange-register van het EMCDDA. Ze dienen enkel als inspiratie voor je zoektocht naar een geschikte interventie voor je eigen situatie. We bespreken EFFEKT, het programma voor functionele gezinstherapie en Triple P, het positieve ouderschapsprogramma.

Een interventie met veelbelovende resultaten is EFFEKT, een universele preventie-interventie voor jongeren van 13 tot 16 jaar. EFFEKT probeert alcoholgebruik bij jongeren van die leeftijd te

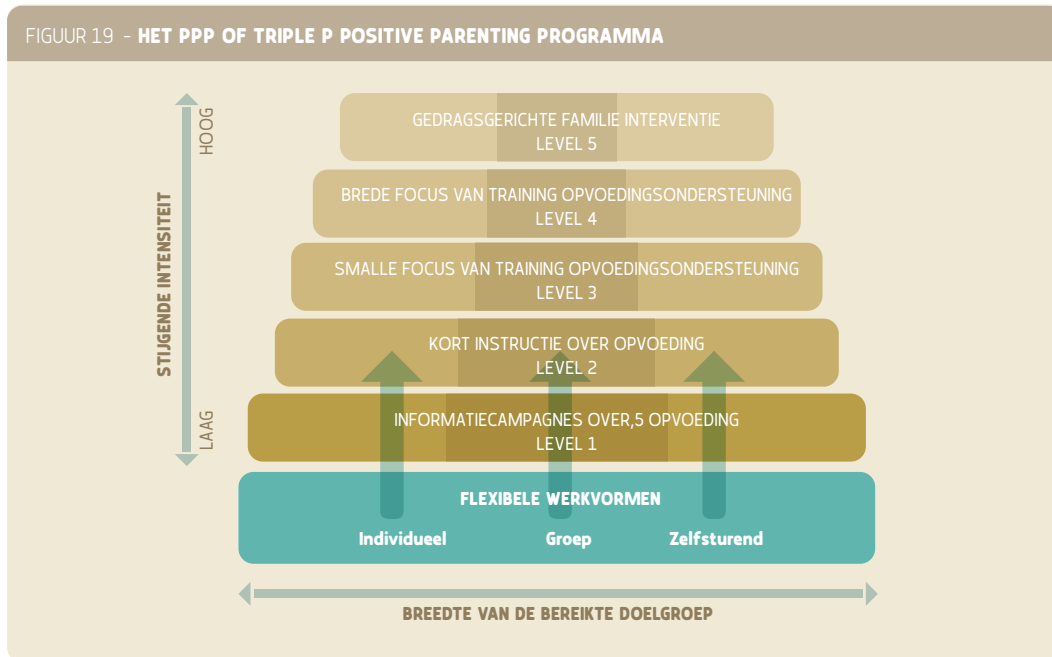
voorkomen, door de attitudes van hun ouders te veranderen. Het programma moedigt ouders aan om met hun kinderen te praten over duidelijke grenzen wat alcohol betreft. In het begin van elk semester krijgen ouders informatie via schoolbijeenkomsten. In de loop van het schooljaar krijgen ze op regelmatige basis brieven thuis. Ouders krijgen ook folders met georganiseerde activiteiten in de buurt, waar kinderen hun tijd constructief kunnen doorbrengen.

Het **programma voor functionele gezinstherapie** (Functional Family Therapy program) is een geïndiceerde preventie-interventie voor risicojongeren van 11 tot 18 jaar. De beoogde resultaten zijn: niet betrokken raken bij criminaliteit of delinquentie, geen psychoactieve middelen gebruiken en goede relaties onderhouden met hun ouders. Het programma wil verandering teweegbrengen in ouderschapsvaardigheden, jongerenparticipatie en binnen alle gedragsdomeinen (cognitief, emotioneel en gedragsmatig). Het baseert zich hiervoor op het specifieke risico en een profiel van beschermingsfactoren van elk gezin.

Triple P – Positive Parenting Program²⁵ of het positieve ouderschapsprogramma is een preventiegerichte opvoedings- en gezinsondersteuningsstrategie om ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen te voorkomen bij kinderen. Het doet dit door de kennis, vaardigheden en het vertrouwen van hun ouders te vergroten. Er circuleren verschillende versies van het programma, maar altijd en overal liggen vijf belangrijke positieve opvoedingsprincipes aan de basis. Die richten zich op specifieke risico's en beschermingsfactoren, waarvan bekend is dat ze leiden tot positieve resultaten voor de ontwikkeling en de geestelijke gezondheid van kinderen. Die kernprincipes zijn: (a) een veilige en enthousiasmerende omgeving waarborgen, (b) een positieve leeromgeving creëren, (c) werken met assertieve discipline, (d) realistische verwachtingen hebben, en (e) goed voor jezelf zorgen als ouder.

Een ander veelgebruikt programma is het 'Strengthening Families'-programma. Daarvan is de effectiviteit duidelijk aangetoond in de VS, maar nog niet in Europa.

²⁵ Meer informatie op <http://www.triplep.net/glo-en/home/>



UITDAGINGEN

Organisaties en gezinnen ervaren veel uitdagingen en drempels bij dit soort interventies.

Soms gaat het gewoonweg over de uitvoering van de interventie, maar heel vaak is de uitdaging om de interventie op voldoende grote schaal te kunnen uitvoeren om een significant effect te hebben. We beschrijven enkele uitdagingen en geven advies over hoe je ze het hoofd kunt bieden.

De grootste belemmeringen voor de effectieve uitvoering van preventie-interventies die focussen op gezinnen, vooral universele en selectieve gezinsinterventies, hebben te maken met de rekrutering en de retentie van gezinnen. Onderzoek toont aan dat de participatiegraad bij gezinsinterventies doorgaans aan de lage kant is. Als je rekruteert voor universele interventies, participeren

vaak maar 10% tot 30% van de gezinnen. Bij doelgerichte interventies – zoals geïndiceerde interventies voor gezinnen van jongeren die al wat probleemgedrag vertonen – kunnen die percentages stijgen tot ergens tussen 40% en 60%. Maar ze kunnen ook lager liggen, zeker bij kansarme gezinnen. Lage percentages betekenen dat de interventie niet het bereik heeft dat nodig is om de volksgezondheid te beïnvloeden.

Onderzoek heeft ook enkele van de meest voorkomende belemmeringen blootgelegd voor deelname aan groepsinterventies, die typisch zijn aan interventies in gezinsverband:

1. Ouders zijn niet op de hoogte van de interventie. De informatie over de interventie raakt soms niet tot bij de gezinnen die zo'n interventie nodig hebben.
2. Wat gezinnen denken over en voelen bij het programma heeft ook een invloed op de vraag of ze eraan meedoen.

3. Gezinnen hebben het druk en hebben weinig tijd. Het kan voor de planning van gezinnen praktisch moeilijk zijn om mee te doen aan een interventie die wekelijks 2 tot 3 uur van hun tijd opeist.
4. Soms worden interventies uitgevoerd op plaatsen die voor gezinnen moeilijker bereikbaar zijn. Misschien hebben ze geen vervoer of zijn ze erg lang onderweg.

Om die uitdagingen te overwinnen, kun je verschillende strategieën ontwikkelen.

FIGUUR 20 - DREMPELS VOOR FAMILIES 1



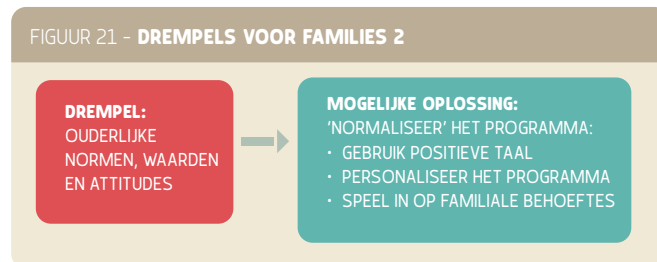
Die strategieën zullen voor elke gemeenschap anders zijn, omwille van de beschikbare middelen in de gemeenschap. Er zijn een aantal goede manieren om informatie te verstrekken over de interventie.

Een héél goede manier is om er **de media** bij te betrekken. Organisaties kunnen, wanneer ze er de tijd voor hebben, proberen hun verhaal in de krant of via de radio te verspreiden. In sommige gemeenschappen bleken sociale media ook effectief om boodschappen over te brengen. Triple P zette de media heel effectief in om bewustzijn rond de uitvoering van de interventie te creëren. Een evaluatieonderzoek toonde dat tot 80% van de ouders in de gemeenschap hoorde van de interventie dankzij die mediastrategieën.

Persoonlijke en professionele relaties: een andere heel goede strategie is om je professionele netwerk te gebruiken om mensen

op de hoogte te brengen. Het is ook nuttig om verder te bouwen op je contacten met andere organisaties die kunnen helpen om jongeren en gezinnen te informeren. Gezinnen voelen zich comfortabeler als ze doorverwezen worden door iemand die ze vertrouwen.

FIGUUR 21 - DREMPELS VOOR FAMILIES 2

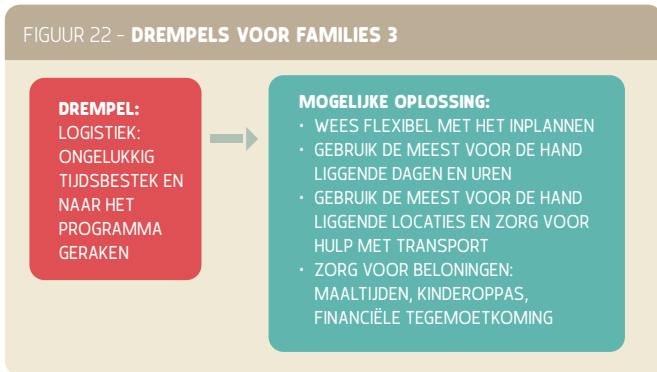


Soms denken ouders dat de interventie alleen bedoeld is voor 'slechte' ouders. Of vinden ze dat ze de interventie 'niet nodig hebben'. Of misschien hadden ze ooit negatieve ervaringen met andere organisaties, waardoor ze geen zin meer hebben om mee te doen met interventies. In je communicatie met gezinnen is het belangrijk dat je positieve taal gebruikt en duidelijk maakt dat wat de interventie voor ogen heeft **'normaal'** is. De manier waarop je de interventie omschrijft in brochures en in de media kan ouders helpen om in te schatten of de interventie iets is voor hun gezin.

Soms zien ouders het nut niet van een interventie. Om ervoor te zorgen dat meer ouders je interventie aanvaardden, moet je duidelijk maken **hoe je interventie beantwoordt aan hun eigen behoeften**. Soms gebeurt dat met goed geschreven advertenties, die sterke punten van de interventie benadrukken. Maar soms kan het ook nuttig zijn om direct met de gezinnen over je interventie te praten. Door huisbezoeken af te leggen of door ze uit te nodigen voor groepsessies waar ze meer te weten komen over wat de interventie hen te bieden heeft.

Gezinnen halen vaak de 'logistieke uitdaging' aan als drempel om een interventie van twee uur in te plannen in hun drukke gezinsagenda. Plan je sessies dus op een manier die het voor

FIGUUR 22 - DREMPELS VOOR FAMILIES 3



DREMPEL:
LOGISTIEK:
ONGELUKKIG
TIJDSBESTEK EN
NAAR HET
PROGRAMMA
GERAKEN

MOGELIJKE OPLOSSING:

- WEES FLEXIBEL MET HET INPLANNEN
- GEBRUIK DE MEEST VOOR DE HAND LIGGENDE DAGEN EN UREN
- GEBRUIK DE MEEST VOOR DE HAND LIGGENDE LOCATIES EN ZORG VOOR HULP MET TRANSPORT
- ZORG VOOR BELONINGEN: MAALTIJDEN, KINDEROPPAS, FINANCIËLE TEGEMOETKOMING

zoveel mogelijk gezinnen haalbaar maakt om erbij te zijn. Zo krijg je meer volk bij elkaar. Wees ook **soepel** in de planning van je sessies om te zorgen dat gezinnen ze ingepland krijgen in hun drukke agenda. Kies voor 'natuurlijke' vergadertijden, zoals voor of na schoolvergaderingen. En vooral: toon respect voor positieve gezinstijd – toch één van de dingen die onze interventies proberen te bevorderen.

Een geschikte locatie vinden en helpen bij vervoer kan ook vollere zalen opleveren. Ideaal is als je strategisch kiest voor een plek waar mensen vanzelf al vaak komen. Het liefst dicht bij huis. In grootsteden en op het platteland is dat niet altijd even gemakkelijk. Ook vervoer kan een probleem zijn. Sommige interventies helpen door reiskosten voor de interventie terug te betalen.

Stimulansen voor deelname kunnen helpen om gezinnen te motiveren om te komen en om andere logistieke drempels te overwinnen. Zo zou je avondeten kunnen aanbieden. Je zou ook kinderopvang kunnen organiseren voor gezinnen, om het voor ouders gemakkelijker te maken om je preventie in te passen in hun gezinsleven en/of om naar avondsessies te komen. Overleg met lokale experts om te bepalen welke incentives en stimulansen voor je doelgroep het nuttigst zijn.

Om gezinnen te rekruteren is er meer nodig dan alleen maar je interventie aankondigen en wachten tot iedereen komt opdagen.

Denk goed na over welk soort gezinnen het gaat, wat ze nodig hebben. Bekijk hoe ze verbonden zijn met elkaar en met andere sociale omgevingen zoals scholen, buurten en diensten. Dan kun je een duidelijk plan opstellen voor de rekrutering en de retentie van gezinnen. Als je wil werken met gezinnen met een lage sociaaleconomische status, kan een financiële tegemoetkoming nuttig zijn.

Er zijn nog andere manieren om het vertrouwen van de gezinnen te vergroten en de reputatie van je interventie in de samenleving te versterken, waardoor je vlotter gezinnen kunt rekruteren: sterke, respectvolle relaties opbouwen met gezinnen die mogelijk geïnteresseerd zijn in je interventie, contact houden met gezinnen (zelfs als ze op het eerste gezicht niet gaan komen) en je beloftes nakomen. Gebruik liever verschillende strategieën dan te vertrouwen op één enkele strategie. Communiceer verschillende boodschappen en verspreid ze op verschillende manieren en op verschillende tijdstippen. Interventies raden je vaak aan om je boodschap op minstens drie verschillende manieren over te brengen aan gezinnen, omdat je vaak drie 'beurten' nodig hebt om hun aandacht te krijgen.



HOOFDSTUK 6:
**PREVENTIE
OP SCHOOL EN
OP HET WERK**



Twee andere settings waarbinnen aan preventie wordt gedaan, zijn de school en de werkplek, beiden te situeren op microniveau. Eerst bekijken we de kenmerken en de doelstellingen van preventie-interventies op school en hoe je theorie kan toepassen in de praktijk. We gaan dieper in op het gebruik van scholiergegevens bij preventie-interventies op school. Daarna bekijken we Unplugged, de Good Behaviour Game en KiVa – drie evidence-based programma's – als voorbeelden van effectieve schoolinterventies.

Jammer genoeg bestaan er in Europa weinig preventie-interventies in de arbeidssetting (en al zeker geen evidence-based interventies). Hopelijk geeft dit hoofdstuk toch wat inspiratie aan wie in zo'n setting preventief aan de slag wil. We schetsen de kenmerken van preventiewerk op de werkplek en bespreken de drempels waarop je kan botsen.

PREVENTIE OP SCHOOL

Voor kinderen en adolescenten zijn het gezin en de school de belangrijkste plekken om te werken aan preventie van middelengebruik. Kinderen brengen doorgaans meer tijd door op school dan met beide of een van beide ouders. Een voordeel van scholen is dat je interventies kunt richten op alle kinderen (als **universele** populatie) en dus niet alleen op kinderen uit groepen met een hoog risico (een **selectieve** populatie) of op kwetsbare kinderen (een **geïndiceerde** populatie). **Alle** kinderen kunnen voordeel hebben bij zo'n universele interventie, want alle kinderen lopen in zekere mate risico. Bovendien kun je op school boodschappen aan alle jongeren overbrengen zonder iemand te stigmatiseren, dus zonder jongeren die al middelen gebruiken te identificeren en isoleren. Risicjongeren samenbrengen in een aparte groep blijkt hun risicogedrag te **versterken** (Poulin, 2001).

Scholen zijn er in alle mogelijke soorten en maten. In bijna alle landen bestaat de rol van scholen erin om kinderen en jongeren voor te bereiden om een volwaardig geïntegreerd lid te worden van hun gezin, van werkplekken en van de samenleving. Maar scholen en onderwijs doen meer dan dat. Een beleidsrapport van de Wereldbank (Hanushek & Wößmann, 2007) stelde in 2007, op basis van analyses van onderwijsgegevens en nationale economieën, "dat er overtuigend bewijs is voor een sterk verband tussen de **cognitieve vaardigheden** van een bevolking – eerder

TABEL 12 - SOORTEN EN EFFECTIVITEIT VAN PREVENTIE-INTERVENTIES OP SCHOOL

INTERVENTION	LEVEL OF RISK TARGETED	INDICATION OF EFFICACY
Parenting skills programmes		
Prevention education based in personal and social skills and social influence	Universal & selective - General population and groups at risk	*** Good
School policy and culture	Universal - General population	** Adequate
Addressing individual psychological vulnerabilities	Indicated - individuals at risk	** Adequate

dan louter **schoolresultaten** – en individuele inkomens, de spreiding van die inkomens en economische groei”. Cognitieve vaardigheden verwijzen naar het vermogen van scholieren om:

- Voor zichzelf te denken en problemen aan te pakken op een redelijke en weloverwogen manier, zowel alleen als samen met anderen;
- Te redeneren, te conceptualiseren en problemen op te lossen met niet-vertrouwde informatie of nieuwe procedures;
- Conclusies te trekken en oplossingen te bedenken door verbanden te analyseren tussen bepaalde problemen, vraagstukken of omstandigheden.

Scholen zouden veel meer moeten doen dan scholieren ‘vullen’ met kennis en hun cognitieve vaardigheden verbeteren. Net als het gezin is de school een van de micro-omgevingen die een sleutelrol spelen in de ontwikkeling van kinderen en hun pro-sociale attitudes en gedrag. Er zijn veel complexe interacties tussen de biologische, persoonlijke, sociale en omgevingskenmerken die menselijk gedrag beïnvloeden. Die interacties geven vorm aan de waarden, overtuigingen, attitudes en gedragingen van kinderen en jongeren. Ze zijn erg belangrijk voor de fysieke, emotionele en sociale ontwikkeling van kind tot adolescent en van adolescent tot volwassene. De school heeft een invloed op hoe kinderen en jongeren kijken naar positieve of negatieve gedragingen, als aanvaardbaar of onaanvaardbaar. Schoolinterventies kunnen dus ongetwijfeld invloed hebben op kwetsbaarheid en het individuele risico op bepaald gedrag, zeker op middelengebruik.

‘Preventie op school’ is ook relevant voor universiteiten, hogescholen of andere instellingen voor hoger onderwijs. Deze studenten lopen immers het grootste risico op middelengebruik. Dit komt omdat ze zijn verhuisd van het ouderlijk huis naar een omgeving waar ze meer onafhankelijkheid hebben en waarin we kunnen veronderstellen dat ze zelf controle hebben over een reeks sociale en gezondheidsgerelateerde gedragingen. Bovendien kunnen er in de schoolomgeving bepaalde middelen rondgaan en kan er een cultuur van middelengebruik bestaan in studentenorganisaties en -evenementen.

Scholen spelen dus een cruciale rol in de preventie van middelengebruik. Zorgen voor een positief schoolklimaat, is het eerste wat scholen kunnen doen om middelengebruik te voorkomen. Daarnaast zijn er minstens drie andere gebieden waarbinnen scholen die rol kunnen opnemen:

- **Gedraggerichte aanpak:** Middelengebruik door jongeren voorkomen of minstens uitstellen door waarden, normen, overtuigingen en attitudes te introduceren over middelengebruik. Ook door leerlingen de vaardigheden bij te brengen om doeltreffend om te gaan met leeftijdsgenoten die hen aansporen om drugs te gebruiken.
- **Omgevingspreventie:** Een redelijk, duidelijk en nauwgezet doorgevoerd beleid uitwerken over middelengebruik op en vlak bij schoolterreinen en op alle schoolse evenementen, ook voor alcohol- en tabaksgebruik.
- **De negatieve gevolgen van middelengebruik verminderen:** Scholen kunnen leerlingen die drugs gebruiken behandelen met de nodige gevoeligheid en medeleven, door hen te verwijzen naar geschikte **begeleiding en behandeling** en door hen te helpen om hun gebruik te verminderen of te stoppen.

Preventiewetenschappelijk onderzoek naar interventies laat zien dat preventie op school bijdraagt tot **betere schoolprestaties en minder schooluitval** (Gasper, 2011), twee belangrijke onderwijsdoelstellingen. Preventiecoördinatoren moeten dus in staat zijn om te verduidelijken dat tijd vrijmaken voor preventie in het belang is van school én van de leerlingen. Daarnaast zijn er ook eindtermen die doelstellingen formuleren rond middelengebruik, gezonde levensstijl, relationele vaardigheden, etc. Die doelstellingen evolueren, waardoor scholen blijvend verplicht zijn eraan te werken. Met een preventieve interventie kunnen alvast verschillende van die eindtermen behaald worden.

Bereidheid van scholen

Om te beginnen moet je onderzoeken hoe bereid scholen zijn om deel te nemen aan preventieprogramma’s en -strategieën, met het oog op het voorkomen van middelengebruik (Greenberg,

2005). Dit zijn enkele vragen die je daarbij kan stellen:

- Is er **administratieve ondersteuning** om in de schooltijd ruimte te maken voor een preventieprogramma rond middelengebruik?
- Is er personeel met de nodige **vaardigheden** om de programma's tot een goed einde te brengen?
- Zijn er genoeg middelen om te betalen voor het materiaal voor het programma, voor de opleiding van leerkrachten, voor vervangende leerkrachten tijdens die opleiding en voor de technische ondersteuning achteraf?
- Zijn er **kwaliteitsopleidingen** en is er technische ondersteuning om de schoolmedewerkers met succes door de preventieprogramma's te loodsen en om ze gepast te leren antwoorden op uitdagingen als die opduiken?

Evalueer al deze factoren vóór je een preventieaanpak selecteert.

Het is belangrijk dat de schooladministratie, de directie en de regionale overheid het programma steunen en het nodige leiderschap tonen om het programma te doen aanvaarden en effectief te implementeren (Sloboda, 2014; Wandersman, 2008). Er moet ook aan heel wat andere voorwaarden voldaan zijn. De school moet een visie geformuleerd hebben over de omgeving waarin ze de educatieve en sociale ontwikkeling van haar leerlingen wil ondersteunen. Bij die visie horen doelstellingen. Eén van die doelstellingen moet zijn om de schoolomgeving vrij te houden van alcohol, tabaksproducten en andere drugs.

Er zijn plannen nodig voor wie de leiding – en dus de verantwoordelijkheid – opneemt om de preventie-interventies en het beleid uit te voeren. Plan ook hoe je de prestaties van die leidinggevende gaat evalueren en wat de consequenties van die evaluatie worden voor de professionele verderzetting van de interventie. Bij het plan hoort ook een beoordeling van de capaciteit van de school om de interventie te realiseren.

DOELSTELLINGEN VAN PREVENTIE OP SCHOOL

Effectieve preventiestrategieën voor middelengebruik zijn ontworpen om de verschillende ontwikkelingsfasen van kinderen, adolescenten en studenten aan te pakken (Ginsburg, 1982; **UNODC International Standards**, 2013). De **International Standards** geven aan dat niet alle preventieve schoolinterventies effectief zijn voor alle schoolgaande leeftijden. Daarom mag je interventies alleen uitvoeren bij leeftijdsgroepen, als er voor die leeftijd bewijs is van effectiviteit.

Voor lagereschoolkinderen hou je preventiestrategieën beter eenvoudig, met duidelijke instructies zoals: 'Als je ziek bent, geeft de dokter je een medicijn om je beter te doen voelen. Als je zo'n medicijn neemt zonder dat de dokter het voorschrijft, kun je er ziek van worden. En ook medicijnen geven aan iemand anders is gevaarlijk, zelf als die er zelf om vraagt'. Leerkrachten kunnen strategieën toepassen om prosociaal gedrag te belonen en om ongepast gedrag te bestraffen.

Als ze begeleid worden, kunnen jonge adolescenten positieve waarden en attitudes ontwikkelen die hen helpen om middelengebruik af te keuren, waarop ze hun beslissing om wel of niet te gebruiken kunnen baseren. Leerlingen kunnen zichzelf vertrouwd maken met het beleid van de school over psychoactieve middelen en de gevolgen van overtredingen. Ze kunnen leren hoe reclame hen probeert te beïnvloeden om alcohol en andere drugs te gebruiken. Ze kunnen ook leren over de schadelijke gevolgen van alcohol, tabak en andere drugs op hun gevoelens, percepties, gezondheid en op hun ontwikkelende hersenen. Verder moeten ze ook een brede waaier aan leeftijdsgebonden en sociale vaardigheden ontwikkelen en oefenen.

In de latere adolescentie komen studenten misschien terecht in situaties waarin middelen gebruikt worden, of waarin ze aangespoord worden om middelen te gebruiken. Op dat moment moeten ze in staat zijn om hun waarden, vaardigheden en andere

'life skills' (op zijn minst hun assertiviteit en de vaardigheid om nee te zeggen) te kunnen gebruiken. Ze moeten ook leren welke sociale sancties er staan op illegaal druggebruik. En ten slotte kunnen ze heel wat strategieën aanleren om de schadelijke effecten van middelengebruik te reduceren (Marlatt, 2011). Dat kan gaan over het gevaar van drinken en rijden, of over meerijden met iemand die gedronken heeft.

Om effectief te zijn, moet je evidence-based preventie-interventies zorgvuldig afstemmen op de ontwikkelingsfase van de kinderen. Preventiewetenschap is gebaseerd op de ontwikkeling van kinderen en op hoe je kinderen in elke ontwikkelingsfase het best kunt bereiken.

GEGEVENS OVER MIDDELENGEBRUIK BIJ SCHOLIEREN

Gegevens over middelengebruik bij scholieren zijn nuttig om inzicht te krijgen in de omvang van het gebruik en de aard van het gebruik: welke psychoactieve middelen gebruiken scholieren? In de vorige hoofdstukken van dit handboek stonden we al stil bij de behoefteanalyse, waarbij je gegevens verzamelt en/of analyseert om het probleem van middelengebruik te omschrijven. Bij behoefteanalyses over middelengebruik bij scholieren zijn gegevens nodig over het soort gebruikte middelen, hoe vaak scholieren ze gebruiken en op welke manier, hoe ze aan die middelen komen, het profiel van de jonge gebruikers (denk aan geslacht, leeftijd, etnische afkomst, buurt, spijbelgedrag en fysieke en emotionele gezondheid), hoe oud ze waren toen ze de eerste keer middelen gebruikten en welke middelen dat waren.

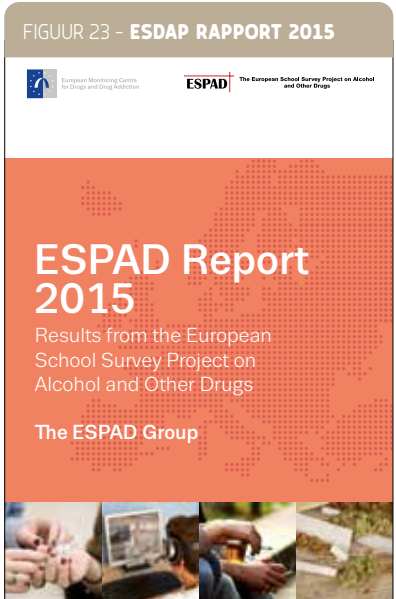
Scholierenenquêtes op school worden algemeen beschouwd als de beste manier om gegevens te verzamelen over het middelengebruik van scholieren. De data die je zo verzamelt, vormt de kern van je inspanningen om gegevens te verzamelen, die je kan aanvullen met andere vormen van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzameling. Het is relatief goedkoop om te enquêteren bij scholieren en het levert de beste informatie

op over huidige gebruikspatronen en de daarmee samenhangende percepties. Toch kan het een uitdaging zijn om zo'n enquête te ontwikkelen, te beheren en te evalueren en kunnen de gegevens soms moeilijk te analyseren of te interpreteren zijn.

Scholen kunnen er ook voor kiezen om resultaten te gebruiken van enquêtes, afgenomen door andere organisaties. Daarvoor bevelen we vooral het **European School Project on Alcohol and Other Drugs** (ESPAD)²⁶

aan en de **Collaborative Cross-National Survey on Health Behaviour in School-Aged Children** (HBSC)²⁷ van de Wereldgezondheidsorganisatie. Toch zijn lokale gegevens voor lokale beleidsmakers en beslissers bijna altijd geloofwaardiger dan gegevens uit regionale of nationale enquêtes. Mensen nemen nogal gemakkelijk afstand van verontrustende resultaten van een enquête over middelengebruik in een land of regio, zeggende dat ze 'niet gelden voor de kinderen in 'onze' gemeenschap'.

In Vlaanderen bestaat er ook een 'leerlingenbevraging'. Dit is een gestructureerde vragenlijst van het VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) die een brede waaier aan gedrag en determinanten be vraagt rond tabak, alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gamen en gokken. Deelnemende scholen krijgen een eigen schoolrapport waarop ze zich kunnen baseren om prioriteiten en acties te bepalen. Elk jaar worden een 80-tal scholen be vraagd. Elk jaar verschijnt er ook een nationaal representatief rapport dat de evoluties van middelengebruik bij leerlingen van het secundair onderwijs duidt.



Bron: <http://www.espad.org/>

²⁶ <http://www.Espad.org/>

²⁷ <http://www.hbsc.org/>

DE THEORIE TOEPASSEN

Tijd om de cognitie- en leertheorie en de theorie van gepland gedrag (TPB) te integreren en toe te passen op preventie-interventies op school. De school is meer dan enkel een plaats om kennis over te dragen. Het is ook de plek waar leerkrachten en andere schoolmedewerkers effectieve preventie-interventies overbrengen naar leerlingen. Bij die interventies horen:

lesprogramma's, schoolbeleid en schoolklimaat. Hier focussen we vooral op interventies die het meest effectief blijken te zijn om preventieresultaten te bereiken op lange termijn.

Een **preventiecurriculum voor middelengebruik** is een interventie in de klas, met een aangepaste set activiteiten om specifieke leerdoelen te bereiken. Een **preventief schoolbeleid rond middelengebruik** zijn de schriftelijke regels of afspraken over middelengebruik in de school en op de schoolterreinen. Bij die regels horen ook omschrijvingen van overtredingen en wat er gebeurt als iemand de regels overtreedt. Een **schoolklimaat wordt gedefinieerd als** 'de kwaliteit en de aard van het schoolleven'. Het schoolklimaat is gebaseerd op de ervaringen van leerlingen, ouders en schoolmedewerkers met het schoolleven en weerspiegelt de normen, doelen, waarden, interpersoonlijke relaties, onderwijs- en leerpraktijken en organisatiestructuren.

Twee decennia van onderzoek en evaluatie in scholen tonen ons welke interventies werken en welke niet (Tabel 13).

Veel preventie-interventies vertonen na afloop meteen positieve effecten. Als je ze een jaar later evalueert blijken dat er vaak al heel wat minder te zijn. In hoeverre is dat een probleem? Het is natuurlijk wenselijk dat effecten eerder jaren dan maanden (of zelfs weken) blijven doorwerken. Als de omstandigheden gelijk blijven, is het dus altijd beter om te kiezen voor interventies waarvan er effecten op lange termijn vastgesteld zijn. Toch kunnen interventies met effecten op korte termijn ook positieve resultaten opleveren. Dat is het geval wanneer ze in verschillende stadia van de ontwikkeling gebruik of beginnend gebruik van

psychoactieve stoffen, zoals vluchtige snuifmiddelen, alcohol en tabaksproducten, kunnen uitstellen. Dit zijn middelen waarvan bekend is dat ze vaak samen met andere psychoactieve stoffen gebruikt worden.

Daarnaast vinden sommige onderzoekers het wat overdreven om te verwachten dat preventieprogramma's langdurende effecten zouden hebben. Zeker als je bedenkt dat scholieren in hun sociale omgeving voortdurend blootgesteld worden aan verleidingen om middelen te gebruiken. Of geconfronteerd worden met volwassenen die alcohol en tabak gebruiken en daarvan genieten, zonder duidelijk zichtbare negatieve effecten. Het is daarom misschien onverstandig om te verwachten dat één enkele interventie tegen middelengebruik zou kunnen volstaan.

Leeftijds- en ontwikkelingsgerichte preventie-interventies voor middelengebruik moeten geïntegreerd zijn in de hele schoolcontext: van de kleuterschool tot het einde van de secundaire school, binnen en buiten het klaslokaal. Bovendien leiden ze naar alle waarschijnlijkheid tot betere resultaten wanneer ze naast omgevingsgerichte interventies (zie Hoofdstuk 7) worden ingezet en zo een gezondere levensstijl promoten.

EVIDENCE-BASED PROGRAMMA'S

Uit verschillende evaluaties in verschillende Europese landen blijkt dat de volgende interventies veelbelovende resultaten opleveren. We baseren onze selectie van programma's op de beoordelingen in het Xchange-register van het EMCDDA. Ze dienen enkel als inspiratie voor je zoektocht naar een geschikte interventie voor je eigen situatie.

Unplugged is een schoolprogramma dat onderdelen bevat die focussen op kritisch denken, besluitvorming, probleemoplossing, creatief denken, effectieve communicatie, interpersoonlijke relaties, zelfbewustzijn, empathie, omgaan met emoties en stress,

TABEL 13 - WAT WERKT EN WAT WERKT NIET IN SCHOOLPREVENTIE

WAT WERKT	WAT NIET WERKT
WERKVORM EN STRUCTUUR	
Interactieve methode	Didactische methode zoals frontaal lesgeven
Sterk gestructureerde lessen en groepswork	Ongestructureerde spontane discussies
Een curriculum volgen	Afhankelijk van de inschatting en intuïtie van de leerkracht
Gegeven door een getrainde leerkracht	Alle vormen van alleenstaande acties
Toegepast in 10 tot 15 wekelijkse lessen	Effectiviteit van booster sessies, herhalingslessen in latere jaren, is zwak
Multi-component programma	Posters en brochures
INHOUD	
Decisionmaking, problemsolving en communicatievaardigheden	Kennis bij de leerling verhogen door feiten over specifieke middelen te verstrekken, waardoor leerlingen enkel meer geïnformeerde gebruikers zouden kunnen worden
Relationele, persoonlijke en sociale vaardigheden	Ex-verslaafden die getuigenissen brengen kan leiden tot het verheerlijken of sensationeel interpreteren van druggebruik
Zelfvertrouwen en assertiviteit	Louter focussen op het vergroten van een positief zelfbeeld
Vaardigheden om middelen te kunnen weigeren en het versterken van het persoonlijk voornemen om geen drugs te gebruiken	Steekproeven met drugtesten
Versterken van negatieve attitudes en normen ten aanzien van genotmiddelen	Schrikwekkende verhalen en 'scare tactics' die een overdreven en niet representatieve weergave van de gevaren van middelengebruik vormen, zodat ze in tegenspraak zijn met de eigen ervaringen van de leerling of die van zijn of haar medeleerlingen
Ondersteuning van leermethodes en goede schoolresultaten	

normatieve overtuigingen en kennis over de schadelijke gevolgen van middelengebruik op de gezondheid. Het is een lesprogramma van 12 weken, met telkens 1 lesuur, dat gegeven wordt door de klasleerkracht die daarvoor 2,5 dagen opleiding volgde. Het Xchange-register beoordeelt Unplugged als 'gunstig', wat betekent dat er een grote kans is dat het effectief is in verschillende contexten.

Het **Good Behaviour Game** (GBG, in Vlaanderen vertaald als 'Topspel') is een strategie voor gedragsmanagement op maat van klassen in de lagere school. Leerkrachten kunnen het spel gebruiken samen met andere onderwijsprogramma's van de school. GBG wordt als 'waarschijnlijk gunstig' beoordeeld in Xchange. Hoewel internationaal onderzoek dus heeft vastgesteld dat het effectief is, is er in Europa meer onderzoek nodig om

zeker te zijn of het werkt. Het GBG is een klassikaal spel. Het werkt met teams en beloningen om kinderen te socialiseren in hun rol als leerling en om agressief of ander ontwrichtend gedrag in de klas te verminderen. Dat soort gedrag is namelijk een risicofactor voor middelenmisbruik, antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASPD) en gewelddadig en delinquent gedrag in de adolescentie. De leerkracht wijst alle leerlingen toe aan teams, verdeelt die evenwichtig volgens geslacht en dan volgens 'agressief en ontwrichtend gedrag' enerzijds en 'verlegen, sociaal geïsoleerd gedrag' anderzijds. De leerkracht bespreekt de basisregels voor het gedrag met de leerlingen. In de GBG-klas krijgt elk team een beloning als teamleden in de speelperiode in totaal hooguit vier keer (of minder) de klasregels overtreden.

In de eerste weken van de interventie speelt de klas het spel drie keer per week, telkens tien minuten. Dat gebeurt op momenten waarop de klas wat minder gestructureerd aan het werk is of wanneer leerlingen onafhankelijk van de leerkracht bezig zijn. Op regelmatige basis worden de speelperiodes langer en wordt er vaker gespeeld. Tegen de helft van het schooljaar kan een klas het spel zelfs elke dag spelen. In de beginperiode kondigt de leerkracht de start van een 'speeltijd' aan en geeft hij/zij de leerlingen een beloning wanneer de speeltijd stopt. Later stelt de leerkracht de beloning uit tot het einde van de schooldag of van de schoolweek. Na verloop van tijd speelt de klas het spel op verschillende momenten van de dag, tijdens verschillende activiteiten en op verschillende plaatsen. Het spel evolueert dus van heel voorspelbaar naar onvoorspelbaar, met uitgestelde beloning. Zo leren de kinderen dat goed gedrag altijd en overal wordt verwacht.

We vermelden hier graag ook *KiVa*, een anti-pestprogramma met veelbelovende beoordelingen in Finland en in Estland. KiVa is een programma voor lagereschoolkinderen en werkt met universele en geïndiceerde strategieën. Het probeert prosociaal gedrag en emotioneel welbevinden te bevorderen. KiVa is nog niet opgenomen in het Xchange-register, maar het wordt als 'veelbelovend' beoordeeld in het Blueprints-register, wat betekent

dat onderzoek van hoge kwaliteit heeft vastgesteld dat het effectief is.

PREVENTIE OP HET WERK

De werkplek of werksetting is de fysieke plaats waar mensen werken. Het kan gaan om overheidsorganisaties en niet-gouvernementele organisaties, productiebedrijven en fabrieken, winkels, gezondheidsorganisaties, grote ondernemingen, zelfstandigen enz. Sommige mensen hebben geen echte fysieke werkplek, zoals mensen die werken in handel of transport. In veel geïndustrialiseerde landen is de werkplek een van de belangrijkste instituties in de samenleving: een groot percentage van de volwassenen werkt op een werkplek. Werkplekken en werksettings zijn de motor van de economie en economische groei.

Werkgevers kunnen werknemers aanvullende opleiding en vorming aanbieden, en zo voor volwassenen verderzetten wat gezinnen en scholen deden voor kinderen en jongeren. De werkplek is vaak ook een plek voor nieuwe ervaringen, nieuwe normen en nieuw gedrag, anders dan wat mensen thuis of op school leerden.

Omdat volwassenen meestal veel tijd doorbrengen op hun werkplek, heeft die nogal wat invloed op hun gezondheid en het welbevinden. Zeker als het gaat om de mate waarin het werk uitdagend en bevredigend of stresserend en afstompemd is. Dat kan dan weer invloed hebben op het middelengebruik. Frone (2013) maakt een onderscheid tussen middelengebruik en schade door middelengebruik tijdens en buiten de werkuren.

- **Middelengebruik op de werkplek** en de schadelijke gevolgen ervan, gaat over middelengebruik tijdens de werkuren. Het kan gaan om gebruik tijdens de werkuren of net daarvoor, met schadelijke gevolgen die opduiken in de werktijd. Het kan ook gaan om gebruik als de werknemer buiten zijn werkplek aan het werk is.

- **Middelengebruik buiten de werkuren** en de schadelijke gevolgen ervan, behandelt middelengebruik buiten de werkplek, voor of na het werk.

Er zijn drie belangrijke factoren op de werkplek die de aanvaardbaarheid van middelengebruik in de hand werken:

- De (gepercipieerde) beschikbaarheid van roesmiddelen op het werk (bijvoorbeeld alcohol die in een fabriekskantine beschikbaar is, evenementen en vieringen waarbij regelmatig alcohol wordt geschonken, werknemers die de toegang tot illegale middelen vergemakkelijken);
- Descriptieve normen: wanneer men aanvoelt dat een groot deel van het sociale netwerk op de werkplek middelen gebruikt of werkt onder invloed;
- Injunctieve normen (ook normatieve goedkeuring of afkeuring): wanneer men denkt dat een groot deel van het sociale netwerk op het werk het gebruik van middelen normaal vindt. Of meer nog, wanneer men aanvoelt dat middelengebruik zelfs aangemoedigd wordt, bijvoorbeeld om prestaties te verbeteren, om te gaan met een hoge werkdruk of als het gezien wordt als een integraal onderdeel van relatieopbouw met collega's en (potentiële) klanten.

Naast de algemene risicofactoren voor middelengebruik, die van toepassing zijn op de hele bevolking, kunnen werkgerelateerde stressoren (zoals een hoge werkdruk, gebrek aan zelfsturing bij jobinvulling en werkonzekerheid) het risico op middelengebruik verhogen. Dan wordt er gebruikt om met spanningen en stress om te gaan. Wanneer iemand regelmatig aan zo'n stressoren wordt blootgesteld of erop anticipeert, zou dat leiden tot frequenter en zwaarder middelengebruik – vaak vlak voor, tijdens of onmiddellijk na een werkdag.

De meeste problemen zijn problemen met middelengebruik buiten de werkuren, wat werkprestaties niettemin nog altijd nadelig kan beïnvloeden. Middelengebruik buiten de werkuren kan zelfs langetermijneffecten hebben op de werknemer, die afstralen



op zijn werk en zijn werkplek. Denk aan absenteïsme, traagheid, ontslag, ziekte en hogere medische kosten. Middelengebruik op de werkplek kan er ook toe leiden dat men zich minder veilig voelt op de werkplek, tot een hoge mate van werkgerelateerde stress en een lager moreel bij medewerkers die geen middelen op het werk gebruiken.

Internationaal is het verhaal gelijklopend. Werkgevers worden geconfronteerd met hoge kosten door middelengebruik. Een overzicht:

- In het Verenigd Koninkrijk leidt overmatig alcoholgebruik tot 11 à 17 miljoen verloren werkdagen per jaar. Dat kost 1,8 miljard Britse pond (Plant Work, 2006).
- In Frankrijk heeft 15 tot 20% van de arbeidsongevallen bij de spoorwegen direct te maken met schadelijk gebruik van alcohol of andere drugs (Ricordel & Wenzek, 2008).

Er zijn geen inschattingen voor de impact van middelengebruik op de beroepsbevolking op het niveau van de EU. Ook op nationaal niveau zijn er geen methodologisch ondersteunde schattingen. Bovendien verzamelt het EMCDDA geen gegevens over de implementatie van preventieve interventies op de werkplek in de EU.

De bereidheid van organisaties

Een belangrijk element in de behoefteanalyse is inzicht in de

opvattingen van de werkplek ten opzichte van haar eigen organisatorisch veranderingsparcours of in hoeverre men bereid is om acties te nemen ter bevordering van de gezondheid – in dit geval preventie van middelengebruik. Er zijn verschillende theorieën die je kunnen helpen om veranderingen in organisaties te begrijpen. Zo maakt de stage theory duidelijk hoe belangrijk het is om eerst te weten hoe ver een organisatie staat in haar traject naar organisatorische verandering, vóór je er kunt starten met preventie-interventies en preventiebeleid.

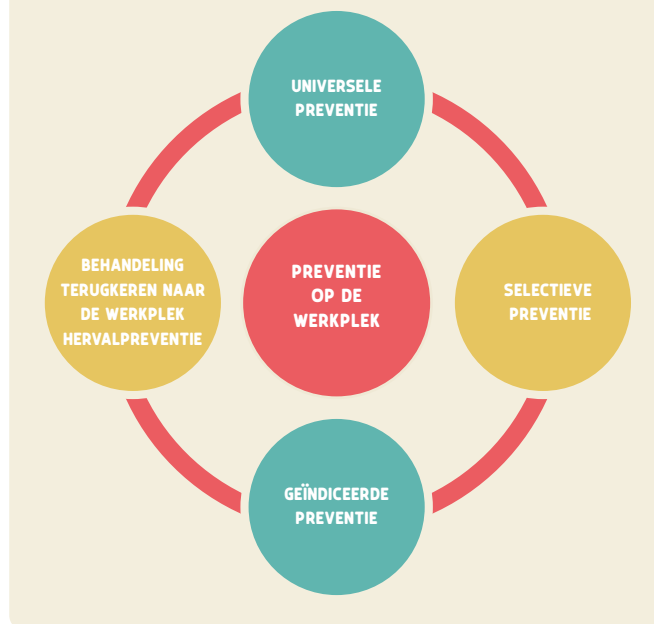
De **Stage Theory** (Kaluzny & Hernandez, 1988) beschrijft vier stadia die organisaties moeten doorlopen vóór een verandering of een innovatie echt geïstitutionaliseerd is.

1. Het eerste stadium is het besef dat er een probleem is en dat er oplossingen voor mogelijk zijn. Het doel van activiteiten in dit stadium is: de organisatie bewust maken dat er een probleem is dat aangepakt moet worden.
2. Het tweede stadium is aanvaarding: de organisatie begint plannen te maken om het beleid en interventies die het probleem aanpakken uit te voeren en te doen aanvaarden. De organisatie bekijkt beschikbare middelen en denkt na over aanpassingen aan beschikbare interventies.
3. Het derde stadium is de uitvoering van het beleid of interventies met alle praktische aspecten die daarbij horen.
4. Het vierde stadium is dat van de institutionalisering waarin een nieuw beleid of nieuwe praktijken verankerd worden in de activiteiten op de werkplek.

Universele preventie

1. **Beleid op de werkplek** is een universele preventiestrategie omdat dit meestal gaat om de aanpak van middelengebruik voor alle werknemers.
2. **Preventievoorlichting over middelengebruik** is er om alle medewerkers en het management voor te lichten over preventie van middelengebruik. Dat houdt ook informatie in over psychoactieve middelen en hoe het gebruik ervan de gezondheid en het welbevinden van de werknemers negatief kan beïnvloeden.

FIGUUR 24 - TYPES PREVENTIE OP DE WERKPLEK



3. **Versterking van de sociale ondersteuning.** Door de samenhang op de werkplek te bevorderen en door werknemers te ondersteunen kun je op de werkplek sociale normen stimuleren tegen middelengebruik.

Selectieve preventie

1. **Vertrouwelijke screening.** Omvat doorgaans de screening van werknemers die risico lopen op middelengebruik en die mogelijk ook probleemgedrag stellen op de werkplek.
2. **Ondersteuningsprogramma's voor medewerkers.** Dienen om productiviteitsproblemen op te sporen en op te lossen bij medewerkers die persoonlijke problemen ondervinden.

Geïndiceerde preventie

1. **Vertrouwelijke schatting van het middelengebruik.** Het doel is om medewerkers te identificeren, die doorverwezen moeten worden naar korte interventies of naar behandeling op langere

termijn. De beoordeling gebeurt door opgeleide specialisten in geestelijke gezondheid of verslaving.

2. **Korte interventies.** Korte interventies zijn systematische, gefocuste processen om mogelijke problemen door middelengebruik te onderzoeken en om mensen te motiveren om hun gedrag te veranderen.

Als we het hebben over preventie op de werkplek, is het belangrijk om beleid en interventies te bekijken die focussen op medewerkers die een behandeling nodig hebben, die in het verleden in behandeling waren, die het werk hervatten en gere-integreerd moeten worden in het arbeidsproces. Puur technisch is dat geen preventiewerk. Toch nemen we in dit handboek ook behandeling, begeleiding terugkeer naar het werk en hervatpreventie op als essentiële onderdelen van een allesomvattende aanpak rond middelengebruik op de werkplek. Het doel van deze globale aanpak is niet om middelengebruik te bestraffen, maar om te voorkomen dat mensen starten met middelengebruik of dat middelengebruik uit de hand loopt. Als het nodig blijkt, is deze aanpak ook geschikt om gebruikende medewerkers op te sporen en een duidelijke route uit te stippelen voor hun behandeling en re-integratie in het arbeidsproces. Eenmaal ze opnieuw aan het werk zijn, hebben deze medewerkers blijvende ondersteuning nodig om herval te voorkomen.

In het 'best practice'-portaal van het EMCDDA vind je ook een gedeelte over preventie op de werkplek, met een overzicht van aanbevolen strategieën²⁸. Het EMCDDA heeft ook een gids gepubliceerd over sociale re-integratie van mensen die een drugsbehandeling ondergaan op de werkplek²⁹. In de VS werd ook een 'Drug-Free' toolkit ontwikkeld voor de werkplek. Deze werd in eerste instantie ontwikkeld in overeenstemming met de nationale wetgeving in de VS, maar bevat toch toepasbare richtlijnen voor het ontwikkelen van middelenbeleid op de

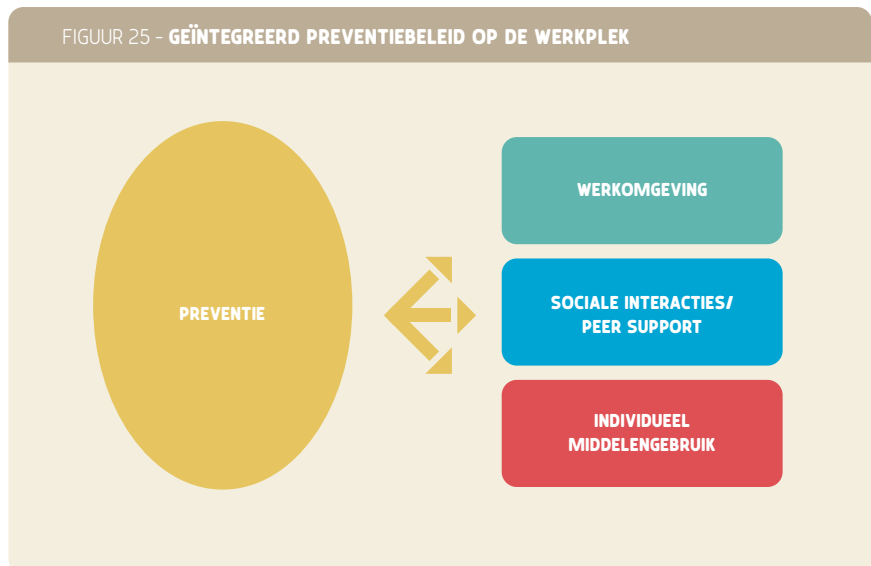
werkplek, sensibilisering, managementtraining, programma's voor begeleiding van mensen met ernstigere problemen en drugstesten (zie verder bij 'drugstesten' belangrijke discussies in de EU over dit onderwerp)³⁰.

Een geïntegreerd preventiebeleid op de werkplek focust doorgaans op drie hoofddoelen: 1) de werkomgeving, 2) sociale interactie en peer support en 3) individueel middelengebruik. Beleid en interventies op de werkplek kunnen gericht zijn op het veranderen van persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren die invloed hebben op hoe groot de kans op middelengebruik is. De onderdelen van een allesomvattende preventieaanpak moeten alle drie de doelstellingen nastreven:

Werkomgeving

- Schrijf beleid uit over middelengebruik op het werk;
- Stem de werkomgeving af op het verhogen van leefkwaliteit op het werk en bekijk toegang tot alcohol en andere drugs;
- Voorzie opleidingen in toezicht en management;
- Pak de hele werkomgeving in al haar aspecten aan;
- Handel overeenkomstig de organisatiecultuur.

FIGUUR 25 - GEÏNTEGREERD PREVENTIEBELEID OP DE WERKPLEK



28 http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_en

29 http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

30 <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

Sociale interacties/peer support

- Ontwikkel programma's voor 'peer support', werknemers die elkaar ondersteunen;
- Creëer een duidelijk beleid voor sociale controle op gebruik tijdens het werk en stel regels en afspraken op voor alcoholgebruik tijdens het werk.

Individueel middelengebruik

- Zorg dat medewerkers toegang hebben tot ondersteuningsprogramma's;
- Pak middelengebruik aan als een gezondheids- en veiligheidskwestie;
- Beschouw middelengebruik als onderdeel van algemeen welzijn;
- Zorg voor een vertrouwelijke screening en identificatie van gebruikers. Verwijs hen door voor behandeling en re-integratie in het arbeidsproces;
- Voer vertrouwelijke drugstests uit als onderdeel van een allesomvattende multicomponent-interventie.

DREMPELS

Er zijn heel wat dwingende redenen waarom werkplekken een preventiebeleid en preventie-interventies voor middelengebruik zouden moeten uitwerken. Toch zijn heel wat organisaties terughoudend. Opvallend is ook dat er veel meer actieve belangstelling is voor preventie van andere gezondheids- en veiligheidskwesties dan voor de preventie van middelengebruik. De belangrijkste reden voor die aarzeling, of zelfs de ontkenning – en dus de belangrijkste drempel om er iets aan te doen – is het stigma dat middelengebruik met zich mee brengt.

Werkplekken zijn al even aarzelend om zelfs maar te onderzoeken hoe groot de omvang van het middelengebruik bij de medewerkers is of om interventies uit te werken om het probleem aan te pakken of te voorkomen. In veel culturen wordt het gebruik van alcohol en van andere drugs eerder beschouwd als een morele

tekortkoming dan als een gezondheids- of veiligheidskwestie. Wie werkplekpreventie wil invoeren, moet over nog meer drempels heen:

- Onuitgesproken tolerantie voor middelengebruik bij leidinggevenden en anderen;
- De kosten van een preventie-interventie;
- Middelengebruik wordt vaak eerder beschouwd als een persoonlijk probleem dan als een probleem dat ook met het werk te maken heeft. Werkplekken zijn terughoudend om mensen te zeggen wat ze wel en niet mogen doen in hun persoonlijk leven.

DRUGTESTS

Er wordt al tientallen jaren getest op druggebruik. Toch blijven drugtests op veel plaatsen omstreden. Vaak wordt een evenredigheidsbeginsel toegepast; drugtests worden dan wel aanbevolen voor functies waarin veiligheid essentieel is, maar niet voor functies waarbij het 'drugsvrij' zijn niet relevant is voor de fysieke of mentale vereisten om die functie uit te oefenen. Heel wat bedrijven en organisaties zoeken een evenwicht tussen de veiligheid van werknemers en problemen rond privacy en discriminatie. Een andere belangrijke kwestie is dat sporen van drugs nog lang na het gebruik ervan terug te vinden zijn in biologische stalen. In haren kunnen zelfs nog maanden later sporen van druggebruik teruggevonden worden. In dat geval is het moeilijk aan te tonen dat er een rechtstreeks verband is tussen daling van productiviteit en middelengebruik. Voordat organisaties een programma van drugtests invoeren, moeten ze eerst de vele juridische kwesties nakijken. Die verschillen per land.

Drugtests alleen zijn geen preventie. Wetenschappelijk onderzoek over drugtests toont over het algemeen een positief effect aan. Toch zijn drugtests op zich geen preventiemaatregel. Ze hebben alleen zin als onderdeel van een allesomvattend preventiebeleid voor middelengebruik.

HOOFDSTUK 7: **OMGEVINGSGERICHTE PREVENTIE**



In dit hoofdstuk bekijken we eerst een aantal richtlijnen om omgevingsgericht preventiebeleid op school en op de werkplek te ontwikkelen. We zoomen in op bewijsmateriaal voor en kenmerken van zowel tabaks- als alcoholbeleid en gaan na wat de best practices zijn in het opstellen van zo'n beleid.

Ook het uitgaansleven is een belangrijke setting, die toch vaak over het hoofd wordt gezien in preventiewerk. We bespreken in dit hoofdstuk ook een aantal interventies in die setting en hun specifieke eigenschappen.

Het EMCDDA publiceerde een rapport over omgevingsgerichte preventie, dat je kan raadplegen op de webiste.³¹

DE OMGEVING EN HAAR INVLOEDEN

Welke invloed heeft de sociale omgeving op individuele overtuigingen, attitudes en gedragingen? De sociale omgeving geeft vorm aan sociale normen en beïnvloedt overtuigingen over de risico's en gevolgen van gedrag, zoals middelengebruik en omgaan met stress. Gedrag dat wordt geobserveerd (denk aan middelengebruik van leeftijdsgenoten of andere invloedrijke groepen) wordt de norm. Verder beïnvloedt de manier waarop een gemeenschap wetten en regels handhaaft ook hoe de bewoners tolerantie voor of de goedkeuring van middelengebruik beschouwen.

Omgevingsgerichte interventies hebben tot doel om blootstelling aan ongezond en risicovol gedrag te beperken en gezonde keuzes te vergemakkelijken. Ze veranderen de context van het gedrag en de omstandigheden van middelengebruik. Dat kan zowel in de samenleving zijn, als op specifieke plaatsen (zoals cafés, parken of uitgaansgelegenheden). In tegenstelling

tot benaderingen die gericht zijn op het ontwikkelen van vaardigheden of het bewustmaken van individuen en groepen, richten omgevingsinterventies zich op 'automatische' gewoonten en gedrag.

Zo kan de overheid de accijnzen op tabak verhogen om sigaretten duurder te maken. Ze kan jongeren ook beletten om alcohol te kopen door wetten en identiteitscontroles in te voeren of door simpelweg te voorkomen dat winkels in de buurt van scholen alcoholische drank verkopen.

Dit soort interventies gebruikt de omgeving om een specifieke doelgroep indirect aan te spreken. Niet zoals bij school- en gezinsinterventies dus, waar er direct contact is. Het voordeel van omgevingsgerichte interventies is dan ook dat ze een breder bereik kunnen hebben dan gedragsinterventies, op voorwaarde dat je ze correct uitvoert. Om het grootste positieve effect op middelengebruik in de samenleving te realiseren, moet je gedragsgerichte én omgevingsgerichte interventies op een gecoördineerde en complementaire manier toepassen. Een gezamenlijke aanpak is ook belangrijk voor de succesvolle uitvoering van omgevingsgerichte interventies, zoals we verder zullen zien. Je moet professionals uit verschillende sectoren, van wie velen preventie van middelengebruik niet als hun kerntaak beschouwen, er dus van overtuigen dat zij een belangrijke rol spelen bij preventie en dat de beslissingen die zij nemen een omgeving op een positieve en gezonde manier kunnen veranderen.

DEFINITIES

Omgevingsinterventies kunnen we opdelen in drie hoofdcategorieën: regulerende (regelgeving), fysieke en economische interventies. Ze zijn onderling nauw met elkaar verbonden (Oncioiu et al., 2018).

Regulerende interventies (wetten, regels en afspraken) zijn veranderingen in de juridische omgeving, die bepaalt welk gedrag

³¹ http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en (laatst geconsulteerd op 30/4/18)

toegestaan is. Dit kunnen wetten zijn over de beschikbaarheid van middelen, zoals leeftijdsbeperkingen, voorschriften voor geneesmiddelen en illegale drugscontroles. Dit soort interventies gaat ook over acties die gedrag controleren na de consumptie van middelen, zoals rijden onder invloed of een verbod op het schenken van alcohol aan mensen die duidelijk onder invloed zijn. Regulerende interventies richten zich ook op de productie en verkoop van mogelijks schadelijke producten of het vermarkten van die producten, zodat (kwetsbare) consumenten niet worden blootgesteld aan misleidende reclame of reclame voor consumptie. Goede voorbeelden zijn: leeftijdsbeperkingen, openingstijden, gestandaardiseerde verpakkingen van tabaksproducten en een verbod op alcohol sponsoring in de sport. In sommige landen zijn bepaalde interventies, zoals de verplichting om gratis drinkwater aan te bieden, vaak een voorwaarde voor het verkrijgen van een vergunning om alcohol te schenken of te verkopen.

Er bestaat echter weinig regelgeving voor de productie, distributie of verkoop van de meeste illegale middelen. Controle op illegaal middelengebruik bestaat vooral uit wetten die de beschikbaarheid proberen aan banden te leggen of uit sterke (afschrikkende) boodschappen die de maatschappelijke norm tegen hun gebruik benadrukken (en het gebruik dus afwijzen). De productie van vele illegale middelen wordt dus niet gereguleerd of gecontroleerd. Er bestaat dus een mogelijkheid dat deze middelen worden vermengd met andere – gevaarlijke – stoffen (zie hoofdstuk 1). In dat geval ontstaan er dus extra gezondheidsrisico's. Natuurlijke producten die de basis vormen voor sommige van deze illegale middelen, zoals cannabis, opiumpapaver en cocabladeren, kunnen actief opgespoord en vernietigd worden. Of men kan incentives (bijvoorbeeld een financiële tegemoetkoming) geven aan de boeren, die deze gewassen telen, om over te stappen op andere legale teelten.

Fysieke interventies veranderen de fysieke omgeving waarin keuzes worden gemaakt en waarbinnen gedrag zich stelt. Op microniveau wordt er dan bijvoorbeeld nagedacht over

het ontwerp van bars en nachtclubs (om overmatig en snel alcoholgebruik te ontmoedigen). Op macroniveau uit zich dat bijvoorbeeld in stadsplanning en landschapsonwerp (gratis vervoer 's nachts, wijkvernieuwing in achtergestelde wijken, etc.). Fysieke interventies omvatten ook kleine ingrepen in de omgeving en bij gebruiksproducten. Momenteel is er bijvoorbeeld veel belangstelling voor het ontwerp van drinkglazen. Die zouden zo ontworpen kunnen worden dat mensen minder alcohol consumeren; door ze dunner en langer te maken kan je de inhoud verminderen, zonder dat je die indruk wekt.

Economische interventies zijn gericht op consumenten en potentiële consumenten. Het gaat dan over belastingen, prijsbeleid en subsidies. Het doel is om gezonde keuzes aan te moedigen. De meeste Europese landen hebben bijvoorbeeld aanzienlijke taksen en accijnzen op tabaksproducten ingevoerd. Sommige landen hebben een minimumprijs voor alcoholeenheden ingevoerd. Zo worden deze producten minder betaalbaar – al dan niet voor specifieke doelgroepen. Ook gezonde en niet-alcoholische alternatieven kunnen aangemoedigd worden door deze in prijs te laten dalen tot onder de prijs van de alcoholische tegenhangers, bijvoorbeeld in cafés en andere uitgaansgelegenheden.

De Health and social responses guide (EMCDDA 2017) geeft een overzicht van de inzichten rond omgevingsinterventies met betrekking tot gedragsverandering.³²

SOCIALISATIE EN OMGEVINGSINTERVENTIES

We zagen eerder dat preventieprofessionals de positieve socialisatie van kinderen in de samenleving bevorderen. Gezinnen zijn de eersten die deze socialisatie vormgeven en versterken. Scholen zetten het proces verder. Daarna helpen andere omgevingen om passend gedrag aan te moedigen, door normen, wetten en regels af te dwingen om te voldoen aan dat passend gedrag. Dat soort gedragsinterventies combineert een socialisatie-

met een preventiebenadering. Ze zijn ontworpen om individuen te helpen bij het interpreteren van informatie of signalen in hun sociale en emotionele context, over wat van hen verwacht wordt en wat gepast is. Ze helpen beslissingen te nemen over de resultaten of gevolgen van gedrag in die omgevingen en om nieuwe vaardigheden of gedragingen te leren en te oefenen. Denk bijvoorbeeld aan opvoedingsvaardigheden of de vaardigheid om nee te zeggen.

Hoe werkt dat nu bij omgevingsgerichte interventies? Typisch aan dit soort interventies is dat ze bedreigingen in de omgeving identificeren en aanpakken met maatregelen en beleid, die een invloed kunnen hebben op iedereen die aan die bedreigingen wordt blootgesteld. 'Gezonde omgevingen' zijn positieve plaatsen. Ze maximaliseren de sterke punten van de samenleving en minimaliseren eventuele negatieve invloeden. Deze interventies zijn dus bedoeld om de context of omgeving waarin mensen beslissingen nemen te veranderen:

- Fysieke omgeving – Toegang tot en beschikbaarheid van alcohol, tabaksproducten en andere drugs beperken.
- Sociale omgeving – Normen en attitudes voor niet-gebruik versterken.

Naast beperkingen in de fysieke omgeving zijn er ook wetten en beleidslijnen om de toegang tot alcohol te controleren. Onderzoek toont dat bijna twee derde van de 138 ondervraagde landen de

minimumleeftijd voor alcohol tot 18 of 19 jaar beperken. Bijna 20% heeft geen leeftijdsgrens en in vijf landen is alcohol drinken verboden of illegaal.

Natuurlijk is er ook een keerzijde aan dit soort interventies: mensen gaan bijvoorbeeld buiten de gereguleerde context op zoek naar alcohol of brouwen zelf alcoholische dranken. Daarom zijn de gedragsgerichte interventies, die focussen op het voorkomen van middelengebruik zo belangrijk: ze helpen mensen om zelf te beslissen om hun drankgebruik onder controle te houden.

Om gedrag in de sociale omgeving te beïnvloeden, is het vaak nodig om beleidsinitiatieven, campagnes en andere stimulerende maatregelen te promoten die focussen op het versterken van normen over het 'niet gebruiken'. Zo'n campagnes en beleidsinitiatieven zijn bedoeld om het publiek bewust te maken van het gebruik van drugs en om acties en wetten uit te vaardigen die het gebruik of de gevolgen ervan voorkomen. Vaak leiden die inspanningen tot veranderde gedragsnormen. Denk bijvoorbeeld aan de BOB-campagne: de chauffeur die geen alcohol drinkt op een feestje. Dergelijke campagnes creëren een nieuwe norm voor de doelgroep van de campagne. Inspanningen om de gezondheid van 'meerokers' te verbeteren gebeuren vaak met nieuwe regelgeving. Die wordt dan weer afgedwongen door nieuwe sociale normen zoals: 'hier mag je niet (meer) roken'.



DE OMGEVING OP SCHOLEN EN DE WERKPLEK

We gaan dieper in op omgevingsinterventies met beleidsmaatregelen in micro-omgevingen (vooral in scholen en op de werkplek), om je te laten zien hoe ze bijdragen aan veilige, gezonde en productieve leer- en werksituaties. Het microniveau is als setting beter geschikt om beleidsimpact te meten dan de samenleving (macroniveau). Dat verklaart meteen waarom er meer onderzoek is naar de aanpak om middelengebruik te voorkomen op microniveau dan algemeen onderzoek in de samenleving.

We zagen al dat die twee niveaus niet onafhankelijk van elkaar bestaan. Ze zijn in voortdurende wisselwerking met elkaar om waarden, overtuigingen, attitudes en gedrag, waaronder middelengebruik, te beïnvloeden. Omgevingsgerichte interventies bieden je de mogelijkheid om een duurzaam beleid tegen middelengebruik te ontwikkelen overheen verschillende settings, zodat er thuis, op school, op het werk en in de samenleving een beleid gevoerd kan worden om de maatschappelijke norm tegen middelengebruik voor jongeren te versterken.

SCHOOLBELEID

Het schoolbeleid over drugsgebruik is een integraal en essentieel onderdeel van de bredere preventie-aanpak van de school. Jammer genoeg worden die maar al te vaak losjes en onsamenhangend ontwikkeld of 'afgevinkt' om daarna opgeslokt te worden in bredere beleidsteksten van de school. Scholen moeten er dus voor zorgen dat het schoolbeleid interventies bevat die relatief eenvoudig en met de hele school kunnen worden uitgevoerd en een integraal antwoord bieden op middelengebruik, in het kader van de bevordering van gezondheid en welzijn.

Een integraal beleid (ook 'beleidsmatige aanpak' genoemd) is om een aantal redenen belangrijk. Zo'n beleid moet belangrijke acties en prioriteiten bevatten die niet alleen gericht zijn op

middelengebruik, maar ook betrekking hebben op strategieën die een gezonde en ondersteunende schoolomgeving creëren:

- Beleidsmaatregelen om middelengebruik te beperken, helpen om sociale normen te vestigen waarbij middelengebruik niet wordt getolereerd. Als scholieren zien dat roken of drinken op school of tijdens schoolactiviteiten niet getolereerd wordt, worden ze minder blootgesteld aan potentiële rolmodellen die het niet-getolereerde gedrag vertonen. Dat versterkt hun normatieve opvattingen dat middelengebruik niet oké is;
- Beleidsinterventies kunnen er ook voor zorgen dat de beschikbaarheid van middelen wordt beperkt;
- In de bredere context moet het beleid leerlingen aantonen dat de school betrokken is bij hun welzijn, dat er een integrale schoolbenadering bestaat die focust op emotionele ontwikkeling en die positieve sociale ontwikkeling tussen leeftijdsgenoten, leerkrachten en schoolpersoneel ondersteunt. Scholen kunnen de inbreng van leerlingen vragen bij het beleid. Dat bevordert hun band met de school en de relaties tussen leerkrachten, andere personeelsleden en de leerlingen;
- Waarschuwingen en straffen voor middelengebruik kunnen ook een rol spelen in het beleid. Ze moeten evenredig zijn, consequent worden uitgevoerd en niet overheersen. Wanneer een leerling betrapt wordt op middelengebruik is dit een kans om die leerling individueel te begeleiden of om preventie-interventies in de klas te introduceren of te versterken.

Een schoolbeleid over middelengebruik bevat vaak een motivering die verwijst naar de noodzaak om een veilige, gezonde en drugsvrije omgeving tot stand te brengen en in stand te houden. Dat is belangrijk om de gezonde ontwikkeling van alle scholieren te ondersteunen en ervoor te zorgen dat zij hun studiekansen optimaal benutten. Veel scholen verbinden zich in hun beleidsverklaring tot interventies en beleid die gebaseerd zijn op bekende principes van effectiviteit en die het liefst evidence-based zijn. Een van de belangrijkste doelstellingen in het schoolbeleid is om over het beleid te communiceren met alle betrokkenen in de schoolgemeenschap. Over wie gaat dat beleid:

scholieren, medewerkers, bezoekers? Geldt het beleid alleen voor het leven binnen de schoolmuren? Voor activiteiten op school? Dat moet een school allemaal overwegen en duidelijk aan iedereen communiceren.

Reikwijdte van het beleid en overtredingen. Een goed beleid vermeldt het aantal en de soorten middelen. Hoe gaat de school bijvoorbeeld reageren op de groeiende populariteit van e-sigaretten? En niet alleen op school zelf, maar ook tijdens andere schoolactiviteiten of -evenementen.

Daarnaast moet het beleid ook regels formuleren over het middelengebruik op school en tijdens activiteiten, voor leerkrachten, medewerkers en scholieren. Het moet ook duidelijk zijn hoe de school welke gevallen van middelengebruik gaat sanctioneren. Denk aan het bezit of de verkoop van drugs, of het redelijk vermoeden dat een student onder invloed naar school gekomen is.

In het beleid moet de school ook duidelijk zijn over wie ze gaat contacteren wanneer middelengebruik, bezit of verkoop van drugs wordt vastgesteld. Richt de school zich tot de ouders, of tot de politie? Er moet ook duidelijkheid zijn over de gevolgen van overtredingen door scholieren en op elke overtreding moet consequent worden gereageerd. Dat hoeft niet meteen een straf te zijn. Het doel is vooral om ervoor te zorgen dat leerlingen die drugs gebruikten toch naar school blijven komen.

Scholieren die begeleiding of behandeling nodig hebben.

Wanneer een scholier risicogedrag stelt, is vroegtijdige opsporing en snelle interventie aan te raden. Scholieren die drugs gebruiken, zouden de mogelijkheid moeten krijgen om te stoppen met hun druggebruik in een ondersteunende omgeving waarin hun gedrag – inclusief stipte aanwezigheid op school, afgewerkte huiswerkopdrachten en studieprestaties – nauwlettend in de gaten wordt gehouden.

Wat de beleidsverklaring moet vastleggen:

- 1. Motivering.** Een typische beleidsverklaring van een school duidt de doelstellingen en somt de onderdelen van de verklaring op. Vaak begint men met een motivering van het belang van een veilige, gezonde en drugsvrije schoolomgeving.
- 2. Voor wie het beleid geldt.** De beleidsverklaring omschrijft de doelgroep(en) van het beleid.
- 3. Ondersteuning voor evidence-based preventie-interventies.** Vaak verbindt het beleid de school tot het implementeren van programma's en interventies die evidence-based zijn. Dat komt duidelijk overeen met de uitgangspunten van dit handboek, waarin we ons baseren op de International Standards.
- 4. Welk middelengebruik er onder het beleid valt.** Het beleid moet de soorten middelen, uitzonderlijke omstandigheden (zoals sportevenementen, schoolreizen) en het gedrag van de leerlingen én leerkrachten/medewerkers omschrijven.
- 5. Duidelijk omschreven sancties en procedures.** Het beleid moet aangeven welke middelengerelateerd gedrag welke sanctie krijgt, onder welke omstandigheden.
- 6. Communicatie.** Het beleid moet duidelijk naar alle betrokkenen worden gecommuniceerd.

Bellen naar ouders, of een opmerking in de agenda schrijven om aan ouders te laten weten dat hun zoon of dochter middelen gebruikt, is niet gemakkelijk. Om misverstanden of negatieve reacties van ouders te voorkomen, kan het helpen om in het beleid precies aan te geven welke stappen de school zal zetten en in welke volgorde.

Zo'n procedure in het geval van inbreuken is cruciaal voor een schoolcultuur waarin leerlingen zich veilig en geborgen voelen en waarin ze hulp krijgen wanneer ze die nodig hebben.

WERKPLEKBELEID

Er zijn veel overeenkomsten tussen een beleid op school en op de werkvloer. Het doel van het beleid is hetzelfde: een gezonde, veilige en drugsvrije omgeving creëren. De doelgroep hier zijn volwassenen.

Ten eerste zijn omgevingsinterventies (zoals we hierboven al uitlegden) universeel, want ze focussen op een zo breed mogelijk publiek met een mix van gebruikers en niet-gebruikers, met meestal een meerderheid van niet-gebruikers. Het beleid op de werkplek gaat dan ook over het gebruik van middelen door alle werknemers. Zo'n beleid moet allesomvattend zijn: van educatie tot preventie, over identificatie, behandeling, revalidatie, tot re-integratie van medewerkers met problemen in verband met middelengebruik. Daarnaast moeten alle belanghebbenden in de organisatie bij de ontwikkeling van beleid betrokken worden.

Interventies op de werkplek focussen op specifieke kenmerken van de werkplek zelf, die een invloed kunnen hebben op de kans dat medewerkers middelen gaan gebruiken. Bij die kenmerken horen ook de beschikbaarheid van of toegang tot alcohol en andere drugs op het werk, slechte arbeidsomstandigheden en een werkcultuur die middelengebruik stimuleert.

Effectieve interventies op de werkplek beschouwen middelengebruik als een gezondheids- en veiligheidsprobleem. Op die manier kunnen ze de beschikbaarheid van ondersteunende diensten voor het individu en het gezin stimuleren en tegelijk een

veilige en productieve omgeving bevorderen. Dat vermindert ook het stigma dat gepaard gaat met hulp zoeken.

Een beleidsmatige aanpak van preventie van middelengebruik in een werkomgeving begint met een uitgeschreven preventiebeleid: een omschrijving van het standpunt van de onderneming over middelengebruik. Het beleid is er niet om iemand te straffen. Het is er om te erkennen dat middelengebruik een gezondheidsprobleem is dat in veel gevallen behandeling nodig heeft, om gebruikers te helpen zich te herstellen en om bijkomende negatieve gevolgen te voorkomen. Het beleid moet gericht zijn op alle medewerkers, ongeacht hun rang of stand in het bedrijf.

Net als in elke andere omgeving is het essentieel dat het beleid op grote schaal verspreid wordt, onder alle medewerkers en andere belanghebbenden. Ook hier is duidelijke informatie over de sancties voor het overtreden van het beleid belangrijk. De manier waarop het nieuwe beleid de gezondheid en veiligheid van alle medewerkers gaat bevorderen, is een belangrijk onderdeel van de communicatiestrategie.



RESULTATEN VAN TABAKS- EN ALCOHOLBELEID

De *International Standards* evalueerden het onderzoek naar tabaks- en alcoholbeleid en stelden vast dat verschillende soorten initiatieven effectief zijn om beginnend en regelmatig middelengebruik te verminderen, vooral bij jongeren. Ze focussen op het verhinderen van toegang voor jongeren en andere inspanningen om beginnend druggebruik te ontmoedigen en regelmatig gebruik tegen te gaan.

Met die kennis kunnen we beginnen bepalen welke elementen bruikbaar zijn om doeltreffende omgevingsinterventies uit te werken.

Volgens de *International Standards* leidt een prijsverhoging van alcohol en tabak tot een daling van het verbruik bij de hele bevolking. De prijs van tabak en alcohol verhogen door er meer belastingen op te heffen, is dus een belangrijke evidence-based interventie voor de preventie van middelengebruik.

En er zijn nog andere beleidsmaatregelen die leiden tot minder middelengebruik:

- De wettelijke minimumleeftijd optrekken van wie tabak en alcohol mag kopen;
- Tabaksreclame verbieden en alcoholreclame voor jongeren beperken.

Zoals het geval is bij veel preventie-interventies, kan het combineren van omgevingsinterventies een krachtiger effect hebben dan aparte interventies. Een brede aanpak om minderjarigen te verhinderen tabak en alcohol te kopen bevat onder andere:

- Actieve en constante wetshandhaving;
- Opleiding van detailhandelaars via verschillende strategieën: persoonlijk contact, media en informatiemateriaal;
- Preventie-interventies via media en op school om deze boodschappen extra kracht bij te zetten.

Uit de *International Standards*, in hun evaluatie van het onderzoek naar omgevingsinterventies, blijkt ook dat een prijsverhoging voor alcohol verschillende positieve resultaten opleverde. De prijsverhoging heeft een effect op zowel matige als zware drinkers (waaronder ook bingedrinken bij studenten valt). In de *International Standards* lezen we dat een stijging van de alcoholprijs met amper 10% gepaard gaat met 7,7% minder alcoholconsumptie door de bevolking. En er is ook een verband vastgesteld tussen hogere alcoholprijzen en vermindering van geweld.

Ten slotte bleken multicomponent-interventies ook effectief te zijn, als die interventies met verschillende strategieën werkten, zoals:



- Beperking van de distributie van tabaksproducten;
- Reguleren van de verkoopmechanismen;
- Handhaving van de wetgeving over toegang van minderjarigen;
- Opleiding van verkopers gecombineerd met het mobiliseren van de gemeenschap.

Een analyse van attitudes tegenover alcoholbeleid in Noorwegen en Finland, geven ons een beter inzicht in wat er nodig is om steun te garanderen voor omgevingsinterventies die gericht zijn op het verminderen van alcoholgebruik en daaruitvolgende schade. In een eerste studie onderzocht een onderzoeksteam de resultaten van een reeks nationale enquêtes, die in de periode 2005-2009 in Noorwegen en Finland werden afgenomen.

De onderzoekers ontdekten dat er, in de loop van die vier jaar, groeiende steun was voor alcoholbeperkende beleidsmaatregelen in Noorwegen en Finland. Ze vergeleken hun bevindingen met vergelijkbare studies in dezelfde periode in Noord-Amerika en Australië. Daar troffen ze een andere situatie aan, waarin de steun voor die maatregelen verminderde. De onderzoekers analyseerden welke factoren aan de basis lagen van de toegenomen steun voor dit beleid in Noorwegen en Finland.

Ze ontdekten dat de toegenomen steun voor een restrictief beleid gedeeltelijk werd veroorzaakt door veranderingen in overtuigingen, zowel over de effectiviteit van de maatregelen als over de schade die drinken aanricht. Met andere woorden, wat ze achterhaalden was dat mensen er gaandeweg meer in geloofden dat de beperkende beleidsmaatregelen effectief waren, gepaard met een groeiende overtuiging dat de gevolgen van drinken schadelijk zijn. De onderzoekers suggereerden dan ook dat je het draagvlak voor restrictieve alcoholmaatregelen kunt vergroten door het geloof in de effectiviteit van beperkende maatregelen te versterken. Dit kan een cruciaal onderdeel zijn in de stappen die je moet zetten om steun te krijgen voor effectieve maatregelen.

Een ander voorbeeld van succesvol beleid is het rookverbod in Frankrijk, ingevoerd in februari 2007. Roken op de werkvloer, in

winkelcentra, luchthavens, treinstations, ziekenhuizen en scholen werd verboden. Op januari 2008 werd het rookverbod uitgebreid tot ontmoetingsplaatsen zoals bars, restaurants, hotels, casino's en nachtclubs. Vlak voor de invoering van het rookverbod – van december 2006 tot februari 2007 – werden 1.500 rokers en 500 niet-rokers gevolgd. Dat werd twee keer herhaald, in 2008 en 2012. De cijfers over roken in bars, restaurants en op de werkvloer daalden fors met de jaren:

Bars – 95,9% (golf 1) tot 3,7% (golf 2) en 6,6% (golf 3)
 Restaurants – 64,7% (golf 1) tot 2,3% (golf 2) en 1,4% (golf 3)
 Werkplekken – 42,6% (golf 1) tot 19,3% (golf 2) en 12,8% (golf 3)

Hieruit blijkt dat een rookvrij beleid kan leiden tot een forse en duurzame vermindering van het roken van tabak in openbare ruimten en tegelijk kan rekenen op veel steun van het publiek (Fong e.a., 2013). Vijf jaar na de introductie steunden 88% van de niet-rokers en 78% van de rokers het rookverbod.

STRATEGIEËN VOOR HET UITGAANSLEVEN

Ander onderzoek richt zich op preventie van middelengebruik in uitgaansgelegenheden zoals bars, clubs, restaurants en grootschalige evenementen. Hoewel dat plekken zijn die kansen bieden voor sociaal samenzijn en die de lokale economie steunen, verhogen ze de kans op risicogedrag zoals schadelijk alcoholgebruik, drugsgebruik, rijden onder invloed en agressie. Voor meer informatie en bronnenmateriaal rond preventie in het uitgaansleven kun je de EMCDDA responses guide raadplegen (2017b, blz 136).

Er zijn vier basisprincipes voor effectieve lokale actie: (1) degelijke kennis van lokale kwesties rond het uitgaansleven, (2) het engagement om een veilig en gezond nachtleven te creëren, (3) samenwerking tussen belangrijke lokale instanties en (4) evidence-based praktijk. Als je niet vertrouwd bent met evidence-

based interventies voor het uitgaansleven, kun je altijd de Healthy Nightlife Toolbox³³ raadplegen. Deze verzamelt drie databanken: één voor interventies, één voor literatuur over die interventies en één voor algemene literatuur over preventie in het uitgaansleven.

FIGUUR 26 - HEALTHY NIGHTLIFE TOOLBOX



Bron: <http://www.hntinfo.eu/>

De meeste preventie-interventies in deze settings zijn gericht op verschillende onderdelen:

- Opleiding van medewerkers;³⁴
- Omgaan met klanten die onder invloed zijn;
- Wetswijzigingen;
- Beleid over alcohol serveren aan minderjarigen of dronken personen;
- Dronken rijden.

Hier volgt een samenvatting van een omgevingsstrategie die focust op het verband tussen evenementen met elektronische dansmuziek in clubs en druggebruik. Clubs trekken jonge, opkomende volwassenen aan (18-25 jaar) en vaak ook individuen

die zich inlaten met het gebruik van verschillende soorten drugs. Wetenschappers ontdekten tijdens eerdere testen aanzienlijke hoeveelheden van verschillende psychoactieve middelen bij deze populatie. De strategie bestaat uit drie onderdelen en is gebaseerd op gelijkaardige interventies voor alcoholpreventie in bars:

- Mobilisatie
- Strategieën voor de buitenomgeving
- Strategieën voor de binnenomgeving

De belangrijkste belanghebbenden mobiliseren is een eerste goede stap die je kan zetten in de planning van preventie-interventies voor middelengebruik. Het is vaak een uitdaging om mensen uit de verschillende sectoren van deze gemeenschap (denk aan clubeigenaars en managers, politie, vertegenwoordigers van volksgezondheid, politieke leiders) te motiveren om deel te nemen en/of aan te zetten tot actie. Toch zijn er onderliggende gedeelde belangen die de actoren in deze gemeenschap kunnen mobiliseren:

- Behouden van een veilige wettelijke omgeving voor de clubs en voor de klanten die geen middelen gebruiken;
- Economische en gezondheidsfactoren waarmee rekening moet worden gehouden bij wetgeving over drankvergunningen;
- Het feit dat middelengebruik de winsten op eten en drank verminderen.



³³ <http://www.hntinfo.eu/>

³⁴ Bijvoorbeeld: Club Health's Healthy and Safer Nightlife of Youth project, een training voor medewerkers van uitgaansgelegenheden door Mendes, F.J.F. & Mendes, M.R. (2011).

Het tweede onderdeel, de fysieke omgeving van de club, inclusief verlichting en parking, gaat over evidence-based elementen van veiligheid en beveiliging. Interventies gericht op de buitenomgeving van de club focussen op:

- Beveiliging of monitoring door securitypersoneel om ook in de buitenruimte rond de club, zoals de parking, het volgen van regels te motiveren;
- Toegangsbeveiliging om de klanten te controleren wanneer ze binnenkomen;
- Identificatie van mensen die onder invloed zijn van drugs of alcohol;
- Uitgeschreven clubregels die de toegang tot de club beperken.

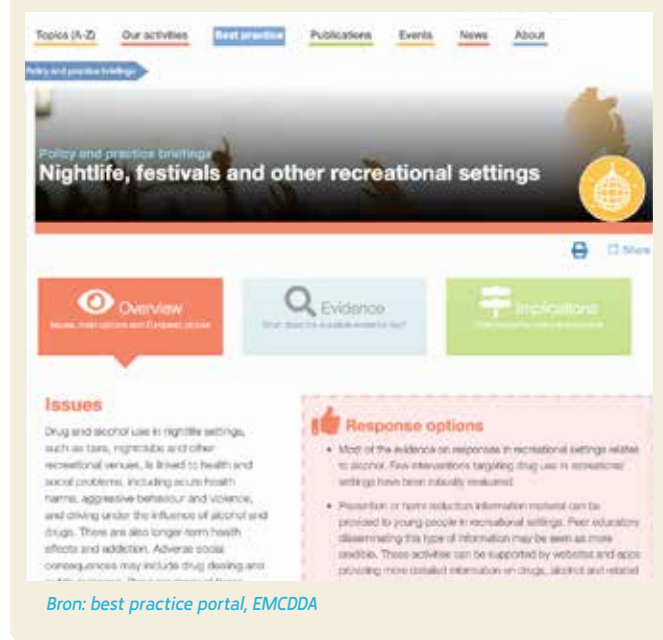
Interventies binnen de club gaan ook over evidence-based elementen omtrent veiligheid en beveiliging. Dit onderdeel van de interventie sluit heel dicht aan bij alcoholpreventie-interventies. Het trainen van barpersoneel om verantwoord alcohol te schenken brengt hen vaardigheden bij om alcoholgerelateerde schade te voorkomen, zoals:

- Leeftijdschecks uitvoeren in functie van de implementatie van de alcoholwetgeving;
- Manieren van verantwoord schenken die de kans op overmatige consumptie verminderen;
- Eerste tekenen van overmatige consumptie bij klanten (bijv. bingedrinken) snel opmerken en er gepast op reageren;
- Geïntoxiceerde klanten kunnen herkennen en hen niet verder bedienen;
- Helpen voorkomen dat dronken klanten met de auto rijden.

Verantwoord alcohol schenken gaat ook gepaard met managementtraining. De volgende interventies zijn nodig:

- Een uitgeschreven clubbeleid. Je moet uitbaters ondersteunen om hun club te promoten als een plezierige en veilige omgeving en om een nultolerantiebeleid uit te werken voor het gebruik en de verkoop van drugs. Die aanpak moet dan verder uitgewerkt

FIGUUR 27 - HET UITGAANSLEVEN, FESTIVALS EN ANDERE RECREATIEVE SETTINGS



Bron: best practice portal, EMCDDA

worden in een neergeschreven 'huishoudelijk reglement' dat de acties van de medewerkers, om problemen op te sporen en te verhelpen, ondersteunt;

- Controle van de binnenruimte: 'bottlenecks' en verdoken hoekjes moeten vermeden worden. Hetzelfde geldt voor extreme hitte;
- Actie van management en medewerkers. Zowel de medewerkers als het management moeten in staat zijn actie te ondernemen om het clubbeleid te ondersteunen. In het kader van de externe omgevingsbenaderingen stipten we hierboven al aan dat medewerkers en uitbaters opgeleid moeten worden in drugsherkenning en in passende interventiestrategieën.

Club Health (s.d.) ontwikkelde een reeks standaarden voor vergunde gelegenheden, managers en promotors. Ze kunnen ook gebruikt worden door de overheid en lokale beleidsmakers bij het toekennen van vergunningen, en voor de opmaak van een

beleidsplan rond uitgaan. De belangrijkste prioriteiten voor de uitgaanseconomie zijn: een einde stellen aan onverantwoorde marketing en verkoop van alcohol, de veiligheid verzekeren van consumenten en medewerkers en de hinder voor de omgeving tot het strikte minimum beperken.

De effectiviteit van omgevingsinterventie is wetenschappelijk onderbouwd. Toch zijn er drempels bij de uitvoering. Er zijn ook factoren die omgevingsinterventies aantrekkelijker maken.

TABEL 14 - DREMPELS EN VERSTERKERS VOOR DE UITVOERING VAN PREVENTIESTRATEGIEËN IN HET UITGAANSLEVEN

DREMPELS	VERSTERKERS
De industrie en anderen met economisch voordeel verzetten zich tegen een preventiebeleid vb. tabaksproducenten, dienstverleners en farmaceutische bedrijven.	Maak gebruik van data en onderzoek om jouw preventieaanpak op te bouwen.
Lobbyisten laten evidence-based interventies vaak links liggen. Zo werd belasting op tabak recent nog 'onderbenut' genoemd door de WHO.	Maak gebruik van evidence-based interventies en/of adapteer succesvolle modellen uit de tabaks- en alcoholpreventie om een antwoord te bieden op problemen met middelen.
Wetten en nieuwe beleidslijnen doorvoeren is uitdagend; het verwacht kennis van beleidsmensen en de mogelijkheid om belangbehartigers aan jouw kant, te engageren.	Zorg voor ondersteuning van evidence-based preventie door: het geloof in de effectiviteit van jouw voorgestelde strategie te verhogen; illustreer de schade en kosten aan derden die middelengebruik met zich meebrengt vb. passief roken.
De industrie benadert gebruik vaak vanuit een individuele gedragskeuze; als iemand wilt drinken, is dat zijn recht.	Kader het gegeven als een publiek gezondheidsprobleem, als 'population-based', wat betekent dat middelengebruik meer treft dan alleen de gebruiker.

Wanneer ze worden geconfronteerd met een nieuw, uitdagend en prangend probleem rond middelenmisbruik, is een mediacampagne vaak het eerste waar mensen aan denken. Een campagne is meestal een directe, 'dramatische' en serieuze oplossing en is heel zichtbaar – in tegenstelling tot preventie-inspanningen in scholen, gezinnen en werkplekken. Maar preventieprofessionals weten dat effectieve mediacampagnes moeilijk te realiseren zijn.

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op wat we leerden uit onderzoek en wat toegepast kan worden op effectieve campagneplanning: mediakenmerken die de preventie van middelengebruik kunnen ondersteunen, bewijsmateriaal voor effectieve strategieën (over wat te doen, en wat niet) en theorieën uit communicatieonderzoek die richting geven aan de ontwikkeling van boodschappen.

We bekijken hoe we die principes kunnen toepassen in preventieplanning. We gaan ook dieper in op 'media-geletterdheid': de vaardigheden die zowel preventieprofessionals als doelgroepen nodig hebben om mediaboodschappen te vinden, analyseren, evalueren en creëren. We geven je ook advies over hoe je als preventieprofessional media kunt inschakelen. Dit zal je helpen ondersteuning voor je werk te krijgen bij de gemeenschap en verschillende soorten stakeholders te overtuigen van evidence-based interventies.

WAAROM DE MEDIA INSCHAKELLEN IN PREVENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK?

De media vervullen veel rollen. Ze kunnen helpen om de sociale en politieke agenda te bepalen (en om er evidence-based preventie op te zetten), aantonen waarom er meer preventiediensten nodig zijn of waarschuwen over de veiligheid en gevaren voor de volksgezondheid. Ze kunnen ook helpen om inspanningen te coördineren voor de preventie van middelengebruik in verschillende micro- en macroniveaus van een gemeenschap. Die multicomponent-inspanningen kunnen krachtiger zijn dan preventie-interventies met maar één component.

Massamedia zijn om verschillende redenen geschikt voor preventie:

- **Besparing en bereik:** een goede mediacampagne kan een groot publiek bereiken met minimale uitgaven – de kosten per bereikte persoon zijn vaak heel laag;
- **Doelgerichtheid:** een campagne kan zo getimed en verspreid of uitgezonden worden, dat de groep die het preventiemateriaal het meest nodig heeft (zoals jonge adolescenten, truckchauffeurs, huisvrouwen) op de meest effectieve manier bereikt wordt;
- **Snelle respons:** een preventieboodschap kun je snel creëren om een probleem aan te pakken dat zich snel ontwikkelt, bijvoorbeeld een nieuwe drug die de samenleving schade berokkent;
- **Hoog entertainmentgehalte:** een goed uitgevoerde campagne kan mensen entertainen en tegelijk toch de preventieboodschap overbrengen;
- **Opinieeliders beïnvloeden:** media kunnen inspelen op het politieke en publieke debat. Zo kunnen ze opinieeliders inzichten bijbrengen en hen beïnvloeden;
- **De preventieagenda sturen:** media helpen om de attitudes van doelgroepen, intermediairs, preventie-organisaties en hele

gemeenschappen positief te beïnvloeden. Dit kun je doen om steun te genereren voor een evidence-based aanpak. Media helpen ook om negatieve attitudes tegenover personen die drugs gebruiken te verminderen, zodat zij ook gezien worden als mensen die zorg en begeleiding verdienen, net als elke andere groep met een gezondheidsprobleem. Dit moedigt mensen met een risicovol gebruik aan om sneller hulp en begeleiding zoeken en professionals om in het veld van de preventie aan de slag te gaan;

- Coördinerende rol: een media-aanpak is het effectiefst in combinatie met andere preventiestrategieën die eerder in dit handboek aan bod kwamen zoals (1) educatieve interventies, (2) zorg, begeleiding en doorverwijzing, (3) regels en afspraken en (4) omgevingsgerichte maatregelen. Op die manier kunnen preventiecampagnes in de media de grootste impact hebben;
- Kosteneffectief: het gebruik van media voor preventie van middelengebruik hoeft niet extreem duur te zijn. Soms zijn eenvoudige affiches of flyers op publieke plaatsen al genoeg om het gesprek op te starten tegen middelengebruik en om de preventie-inspanningen te steunen.

THEORIEËN OVER HOE MEDIA INWERKEN OP HET PUBLIEK

Succesvolle campagnes, net zoals andere interventies (bijvoorbeeld op school) zijn gebaseerd op theorieën die individuele attitudes, intenties en gedrag zoals middelengebruik sturen. Die theorieën zijn de basis voor interventies met overtuigende boodschappen die de norm van niet-gebruik versterken, regelmatig gebruik ontmoedigen of gebruikers aanmoedigen om hulp te zoeken.

De 'theorie van gepland gedrag' (Ajzen en Fishbein, 2008) en andere theorieën over communicatie en gedrag, suggereren dat alle attitudes aangeleerd worden. Om een attitude te veranderen,

moet de campagnemaker dus informatie aanleveren om de kennis, waarop de oude attitudes zijn gebaseerd, te vervangen. De 'message learning theory' specificceert de factoren die nodig zijn om met communicatie te kunnen overtuigen en hoe al die factoren samen kunnen leiden tot attitudeverandering.

De Message Learning Theory of Persuasion van Carl Hovland heeft, net als de theorie van gepland gedrag, in belangrijke mate bijgedragen tot het begrip over hoe 'boodschappen' worden gevormd. Het is een van de theorieën die stelt dat mensen hun attitudes aanleren en attitudes dus niet aangeboren zijn. Hovland suggereert dat om attitudes te veranderen, mensen een alternatieve overtuiging moeten aanleren om de plaats in te nemen van de oorspronkelijke, veranderende attitude. (Hovland e.a., 1953; Hovland & Weiss).

Het principe van 'bekrachtiging' is eenvoudig en is sinds het ontstaan van de psychologie een heel belangrijk kenmerk. De bekrachtigingstheorie stelt het volgende: als een neutraal object geassocieerd wordt met een prettige stemming, een fijn gevoel of resultaat, dan worden je gevoelens over dat object een manier om je gedrag te versterken. Het object, dat vroeger neutraal voor je was, wordt een bron van plezier of genot, uiteindelijk zelfs zonder de bekrachtiging.

Denk nu aan het gebruik van psychoactieve middelen. Meestal is het 'publiek' goed vertrouwd met het 'product'. Zij zijn op de hoogte van de inhoud en op basis van de bekrachtigingstheorie zou je vermoeden dat er in dit geval geen positieve bekrachtiging is. We moeten deze interpretatie dus grondiger analyseren, voordat we ze aanvaarden als waar. Bij een jong publiek wordt middelengebruik vaak geassocieerd met een heel wenselijk resultaat (populariteit) of groep (de leiders of populairste leerlingen van de klas). Als 'de leiders' een drug gebruiken en daarin positief gewaardeerd worden, dan is de kans groot dat die drug een deel van dat positieve gevoel zal 'absorberen'. Leerlingen leggen dus een verband tussen de populariteit van de leiders en het product (in dit geval een middel zoals marihuana, amfetamines of alcohol).

Theorie toepassen op de praktijk is vaak een uitdaging. Maar het is de taak van preventieprofessionals om evidence-based praktijken te gebruiken in hun preventiewerk in gemeenschappen. Daar horen ook media-interventies bij. De meeste evidence-based media-interventies passen de 'overtuigingstheorie' toe. Ze volgen daarbij een reeks richtlijnen en elementen, die in eerder empirisch onderzoek naar overtuigingskracht belangrijk bleken te zijn.

De klassieke 'formule' van het overtuigen (Lasswell, 1949) somt alle elementen op waarmee je rekening moet houden om overtuigend te communiceren of om overtuigende communicatie te evalueren:

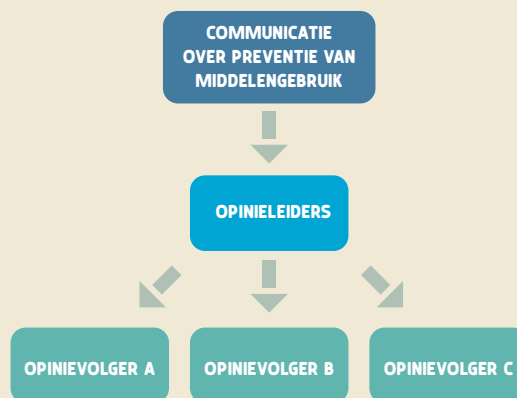
- 'WIE' verwijst naar de bron van de communicatie. Wie brengt de overtuigende boodschap over? De bron heeft een aantal essentiële kenmerken die de overtuigingskracht vergroten – in de eerste plaats geloofwaardigheid, die op zijn minst bestaat uit deskundigheid en betrouwbaarheid. 'Bronexpertise' heeft te maken met de perceptie dat de communicator geldige informatie heeft en in staat is om geldige beweringen te doen.
- 'WAT' verwijst naar de inhoud van de communicatie, inclusief het gebruik van bepaalde woorden en afbeeldingen om de boodschap over te brengen. De kwaliteit van de informatie is belangrijk. Is ze evidence-based? Is ze relevant voor de kwestie (middelengebruik) en is ze relevant voor de ontvanger waarop de boodschap is gericht? Is de taal begrijpelijk voor het doelpubliek?
- 'AAN WIE' verwijst naar het publiek. Wie communicatie ontwikkelt moet zich bewust zijn dat er verschillen zijn in het publiek en dat sommige delen van het publiek extra aandacht nodig hebben. Natuurlijk willen ontwikkelaars van communicatie zich in sommige gevallen richten tot iedereen die aan de boodschap blootgesteld wordt. Soms richten ze zich evenwel op specifieke subgroepen, zoals jonge adolescenten, zwangere vrouwen, ouderen, enz.
- 'HOE' gaat (1) over de boodschap zelf, de context en subtiele verschillen in de inhoud van boodschappen die gebruikt worden om het publiek te bereiken en (2) het specifieke medium

waarlangs de boodschap wordt verspreid. Met 'medium' bedoelen we de manier waarop de boodschap wordt bezorgd aan het publiek. Sommigen uit het publiek kennen hun weg op sociale media. Anderen dan weer helemaal niet. Voor hen kunnen traditionele media zoals radio, tv, krant, poster, billboard, enzovoort beter werken.

- 'EFFECT' gaat over hoe je het succes of het falen van de preventieboodschappen over middelengebruik kunt meten. Zonder een goede inschatting van het effect krijg je geen duidelijk beeld van het succes of de mislukking van je inspanningen om te overtuigen.

Het model van de 'Two-Step Flow of Communication' legt uit op welke manieren media invloed uitoefenen. Het model verduidelijkt hoe media werken en ook hoe media-effecten geëvalueerd moeten worden. In het geval van middelengebruik door adolescenten, geeft dit model aan dat ouders effectief informatie over preventie van drugsgebruik in de media kunnen doorgeven. De media werken dan via de ouders, die de informatie voor hun kinderen interpreteren en doorgeven.

FIGUUR 28 - DE TWEE STAPPEN STROOM IN HET COMMUNICATIEMODEL



De verwachtingen over preventie van middelengebruik via de media zijn vaak onrealistisch. Het is dus belangrijk om te begrijpen wat media wel en wat ze niet kunnen doen in middelenpreventie. Het Two-Step Flow-model helpt om dat te begrijpen.

Paul Lazarsfeld en zijn collega's ontwikkelden in 1944 een theorie die stelt dat massamedia niet erg effectief zijn om individuen te overtuigen. Face-to-facecommunicatie tussen mensen zou veel effectiever zijn. Hoe overtuigen de media dan wel? Door individuele opinieleaders te overtuigen. Die opinieleaders brengen op hun beurt de boodschap van de media over aan mensen die naar hen luisteren. Onderzoek suggereert dat face-to-facecommunicatie vaak effectiever is dan traditionele massamedia (zoals tv en radio), zeker bij adolescenten.

Ouders (of leeftijdsgenoten) kunnen de ideale opinieleaders zijn voor kinderen. Om met hun kinderen in gesprek te gaan over drugs en druggebruik is het aangeraden dat ze toch een minimale kennis hebben over deze onderwerpen en dat ze voldoende zelfvertrouwen hebben. Daarom moeten de media ouders motiveren en informeren om informatie aan hun kinderen door te geven. 'Thuis' is een ideale context voor overtuiging, ervan uitgaande dat de mediaboodschappen duidelijk en informatief zijn en ze de ouder(s) motiveren om die moeilijke taak op zich te nemen.

Er is heel wat bewijsmateriaal dat suggereert dat ouders de ideale intermediairs kunnen zijn bij ons werk in de preventie van middelengebruik. Hoewel sommigen denken dat adolescenten en ouders uit elkaar groeien, en adolescenten dus afhankelijker zijn van hun leeftijdsgenoten, strekt de ouderlijke invloed zich toch tot ver in de jonge volwassenheid uit (Elkins e.a., 2014; Scull e.a., 2014; Wang e.a., 2013).

BEWIJSMATERIAAL

Wat is nu het beschikbare bewijsmateriaal dat het gebruik van mediacampagnes ondersteunt? De ontwikkelaars van de UNODC International Standards vonden verschillende reviews van

onderzoeksliteratuur over de effectiviteit van mediacampagnes. De sterkste bevindingen kwamen uit de studies die het gebruik van tabak onderzochten. Er waren geen vergelijkbare bevindingen voor alcohol of andere drugs.

Dat gebrek aan bewijsmateriaal is grotendeels te wijten aan de uitdagingen die goede evaluaties van mediacampagnes met zich meebrengen. Je moet daarbij in het achterhoofd houden dat het onderzoek over 'overtuiging' en wat het verband is met het beïnvloeden van gedrag, al vijftig jaar bezig is.

Er bestaat empirisch gefundeerde kennis over de beste manieren om te overtuigen en over hoe je overtuigende boodschappen, die een effectieve invloed hebben op attitudes en gedragingen, kunt opbouwen. Helaas wordt die kennis over effectieve overtuigingsmethoden in veel gevallen niet toegepast bij mediacampagnes. Ze zijn al te vaak gebaseerd op intuïtieve creatieve ideeën, zonder bewijs van effectiviteit en niet gebaseerd op theorie.

De *International Standards* publiceert de volgende lijst van kenmerken, gebaseerd op campagnes met positieve resultaten:

1. Het is belangrijk om de doelgroep van de campagne precies te bepalen. Uit communicatieonderzoek blijkt namelijk dat 'one size does not fit all'.
2. Mediacycampagnes moeten gebaseerd zijn op een solide theoretische basis.
3. Berichten moeten ontworpen worden op basis van sterk formatief onderzoek. Dat betekent dat boodschappen en materiaal getest moeten worden voordat de campagne gelanceerd wordt.
4. Mediacycampagnes moeten, indien mogelijk, aansluiten op andere bestaande preventie-interventies thuis, op school en in de samenleving. Multi-componentpreventie kan doeltreffender zijn.
5. De doelgroep moet lang genoeg en op de juiste manier blootgesteld worden aan de boodschap.

6. Succesvolle mediacampagnes worden systematisch geëvalueerd.
7. Preventiecampagnes voor kinderen moeten gericht zijn op ouders.
8. De campagnes moeten zich richten op het veranderen van culturele normen over middelengebruik, op voorlichting van het publiek over de gevolgen van middelengebruik en/of strategieën aanleveren om middelengebruik tegen te gaan.

Er bestaat ook onderzoek en bewijs waarom bepaalde advertenties en campagnes slechte resultaten opleveren. We sommen enkele redenen op:

- De campagnes focussen niet op de relevante determinanten van gedrag. Mensen aanleren dat ze gewoon 'nee' moeten zeggen, of mensen bang maken, werkt niet goed. Omdat ze eerder uitzonderlijk voorkomen, heeft het ook weinig zin om extreme gevolgen aan het gebruik (zoals overlijden, overdosis of handicap) toe te schrijven. Als mensen in je doelpubliek anderen kennen die het psychoactief middel – dat wordt beschreven in de mediacampagne – gebruiken, maar zonder dat die de beloofde catastrofale gevolgen ervaren, verliest de campagne haar geloofwaardigheid. De volgende overtuigingspoging heeft dan ook minder slaagkans.
- De campagnes zijn 'over the top'. De meeste jongeren geloven niet in de gruwelijke beelden van verslaafde tieners, omdat dit in realiteit weinig voorkomt. Zulke weergaven zijn meestal te extreem, ze doen meer kwaad dan goed. Dit soort boodschappen focust zich over het algemeen enkel op negatieve gevolgen, zonder advies te geven over hoe je je moet gedragen om de beloofde gevolgen te vermijden. Dit kan ertoe leiden dat de doelgroep afhaakt en toekomstig bruikbaar en relevant materiaal negeert. Er moet dus heel erg omzichtig omgesprongen worden met 'mensen bang maken'.
- Onderzoek toont aan dat dat boodschappen die te veel op 'angst' zijn gebaseerd niet effectief zijn. Mensen geven dan voorrang aan het beantwoorden van hun angstige gevoelens, eerder dan iets te doen aan het gedrag waarvoor ze worden

gewaarschuwd. Dit kan ertoe leiden dat sommigen de boodschap negeren, of zelfs het gedrag stellen waarvoor ze gewaarschuwd worden. Ze doen dit om aan zichzelf (en aan degene die de boodschap verspreidt) te bewijzen dat ze 'controle' hebben over het gedrag en ze er geen gevolgen van zullen dragen. Het kan wel nuttig zijn om in te spelen op gevoelens van angst, of om de doelgroep te doen geloven dat er een grote kans is op dramatische, ernstige gevolgen. Maar dat mag enkel tot het niveau gaan dat hen motiveert om hun gedrag aan te passen of verdere hulp te zoeken.

Als dergelijke niet-doeltreffende campagnes al enig effect hebben, is het eerder op korte dan op lange termijn zijn en enkel bij een publiek dat al beslist heeft om geen middelen te gebruiken. Maar ook bij die mensen kunnen we moeilijk voorspellen hoe ze reageren op deze boodschappen. Zelfs voor die doelgroep is géén campagne dus beter dan 'iets doen' (Tuin e.a., 2002; Barden & Tormala, 2014; Clarkson e.a., 2008; Clarkson e.a., 2013; Green & Witte, 2006). Dit toont nog maar eens het belang aan van het ontwerpen van een goed doordachte boodschap en die op voorhand uit te testen bij een representatieve doelgroep.

Uit onderzoek weten we dat succesvolle boodschappen in campagnes doeltreffende ('efficacy') elementen bevatten die voorzien in praktische en relevante informatie. Deze helpen de ontvanger om zijn zelf 'self-efficacy' (het geloof dat iemand kan handelen naar een voorgeschreven actie) en 'response efficacy' (het geloof dat de voorgeschreven actie een wenselijke uitkomst kent) te bevorderen.

De opkomst van de sociale media, digitale televisie en online streamingdiensten heeft de manier waarop de burger media consumeert veranderd. We kunnen eerder spreken van een 'dienstencontract voor producten en diensten' in plaats van een passieve eenzijdige relatie. O'Neill (2008, p.13) stelt dat "de verantwoordelijkheid en de ethische dimensies van keuze verlegd worden naar de individuele burger en de consument, ondersteund door mediageletterdheid". Bergsma en Carney (2008, p. 523)

voegen daaraan toe dat "onderwijs in mediageletterdheid de laatste twintig jaar ontstaan is als veelbelovend alternatief voor censuur (bijvoorbeeld om 'ongezonde' programmatie te reguleren) of andere methoden om mediagebruik te beperken". In het debat over media-Invloed lijken bijna alle bronnen het eens te zijn over de noodzaak van mediageletterdheid of media-educatie. De enige belangrijke meningsverschillen gaan over de vorm en inhoud van die media-educatie.

Bergsma en Carney (2008, p. 523) definiëren mediageletterdheid als "het vermogen om toegang te krijgen tot media en ze te analyseren, te evalueren en te creëren in verschillende vormen". In de VS somt de National Association for Media Literacy Education (NAMLE, 2010) enkele kernbeginselen op voor onderwijs in mediageletterdheid:

- Onderwijs in mediageletterdheid vereist actief onderzoek en kritisch denken over de boodschappen die we ontvangen en creëren;
- Onderwijs in mediageletterdheid breidt het begrip alfabetisme (lezen en schrijven) uit tot alle vormen van media;
- Onderwijs in mediageletterdheid bouwt en versterkt vaardigheden voor leerlingen van alle leeftijden. Net als geletterdheid voor gedrukte media vereisen die vaardigheden geïntegreerde, interactieve en herhaalde oefening;
- Onderwijs in mediageletterdheid ontwikkelt geïnformeerde, reflecterende en geëngageerde deelnemers, wat essentieel is in een democratische samenleving;
- Onderwijs in mediageletterdheid erkent dat media deel uitmaken van cultuur en optreden als actoren van socialisatie;
- Onderwijs in mediageletterdheid bevestigt dat mensen hun individuele vaardigheden, overtuigingen en ervaringen gebruiken om hun eigen betekenissen uit mediaboodschappen te 'construeren'.

Er zijn ook best practices geformuleerd over aangeleerde inhoud, concepten en vaardigheden. NAMLE levert een

aantal nuttige concepten en vaardigheden voor de ontwikkeling van interventies en onderwijs rond mediageletterdheid. Dat was de basis voor het onderzoek van Bergsma en Carney (2008):

- Alle mediaberichten zijn 'geconstrueerd' – interventies leerden hoe de media verschillen van de werkelijkheid. Ze evalueerden wat er getoond werd en vergeleken praktijkervaringen met de productie van mediaboodschappen;
- Mediaboodschappen worden gecreëerd in een creatieve taal met eigen regels – interventies leerden over het herkennen van advertentie- en productietechnieken of het creëren of produceren van mediaberichten;
- Verschillende mensen ervaren dezelfde boodschap anders – interventies onderzochten hoe media mensen beïnvloeden, wat mensen kunnen doen om negatieve effecten van media te voorkomen en/of hoe mensen actie kunnen ondernemen om de media te veranderen;
- Media hebben ingebedde waarden en standpunten – interventies leerden te zien hoe media stereotypen, mythes, vooroordelen, waarden, levensstijlen en standpunten weergeven of weglaten;
- De meeste mediaberichten zijn gemaakt om winst of macht te verwerven – interventies leerden over het doel van reclame of marketingstrategieën, scepticisme tegenover reclame of het creëren van tegenreclame.

Zoals we hebben gezien bij de andere preventieve interventies in dit handboek, is mediageletterdheid relevant voor alle leeftijdsgroepen en binnen verschillende settingen. Jongeren weten bijvoorbeeld vaak meer over online mediatechnologieën dan oudere generaties. Maar dat wil daarom niet zeggen dat ze de noodzakelijke vaardigheden qua mediageletterdheid hebben ontwikkeld, die hen helpen bij het beoordelen en interpreteren van de manier waarop middelengebruik wordt voorgesteld. Op dezelfde manier kunnen oudere generaties belangrijke bijdragen leveren om



jongeren online veilig te houden, maar voelen ze zich soms uitgesloten van de technologieën en platformen die op jongeren zijn gericht. Het helpen ontwikkelen van digitale verbindingen tussen generaties kan een middel zijn om deze expertise te delen.

HOE DE MEDIA INSCHAKELLEN IN PREVENTIEWERK?

Wanneer we de media inzetten voor preventiewerk en daarmee sociaal gedrag willen beïnvloeden, moeten we rekening houden met een aantal essentiële principes. Een goed voorbeeld zijn de mediarijlijnen van Club Health³⁵ (s.d.) over het nachtleven, gericht op gezondheidswerkers. Die beschrijven belangrijke aandachtspunten die je in overweging moet nemen in je omgang met massamedia en om nachtelijke feestvierders te benaderen. Deze richtlijnen zijn interessante voorbeelden en referenties die je kunnen helpen om verder te onderzoeken hoe je media bij preventie in uitgaansbuurten kan toepassen. Ze bieden ook inspiratie voor het omgaan met media in het algemeen.

Club Health stelt volgende ideeën voor als je massamedia in preventie wil inschakelen:

1. Stel een duidelijke prioriteit in je doelstellingen en onderscheid interventies ter plaatse van het bredere publieke debat.
2. Anticipeer op, of neem zelfs andere perspectieven op in je boodschap. Die zijn minstens zo belangrijk voor het vestigen of afwijzen van een beleidsmaatregel.
3. Erken dat veiligheid en ordehandhaving belangrijk zijn (in het nachtleven), maar neem volksgezondheid altijd als uitgangspunt.
4. Maak een goed persbericht dat je gemakkelijk kunt samenvatten:
 - Een persbericht is kort (één pagina), gevat en gaat over één kernboodschap. Verstuur eventueel meer dan één persbericht;
 - Hou je persbericht eenvoudig: geen overmatig gebruik van bijvoeglijke naamwoorden, trendy taal, jargon of

- gespecialiseerde technische termen. Kies voor een eenvoudige lay-out;
 - Beantwoord in je kopregel ten minste drie van de vijf W's (wie, wat, wanneer, waar en waarom);
 - Gebruik zo mogelijk citaten en statistieken;
 - Geef elementaire informatie over je organisatie en voeg contactgegevens toe;
 - Verwijs met links naar extra tools en bronnen;
 - Hou een overzicht over je eigen expertise bij de hand, misschien ook een korte biografie;
 - Promoot je persbericht online en volg het op. Traditionele media pikken steeds vaker online verhalen op om ze vervolgens op grotere schaal te verspreiden.
5. Duid een woordvoerder aan voor je organisatie, die geloofwaardig is voor jongeren in het uitgaansleven en die toegankelijk is voor lokale en nationale mediaspelers.
 6. Hou de teksten die je online verspreidt kort en begrijpelijk.
 7. Blijf up-to-date met nieuwe evoluties in het uitgaansleven zodat je boodschappen actueel zijn en niet oubollig overkomen.
 8. Wees je ervan bewust dat journalisten die op zoek zijn naar een verhaal, om het even welke info die je verspreidt 'sensationeel' kunnen maken. Dat kan je relatie met partners en stakeholders in het nachtleven onder druk zetten.
 9. Respecteer de journalistieke integriteit, maar vraag indien mogelijk inzage voor publicatie. Je wil er zeker van zijn dat je correct wordt geciteerd en dat je woorden of persbericht niet uit de context worden gehaald.

Met deze adviezen in het achterhoofd kun je het publieke debat en/of de publieke opinie over preventie of over middelengebruik effectief beïnvloeden. Op die manier kan je een breed bereik hebben zonder een grootschalige mediacampagne te moeten opzetten voor preventie van drugsgebruik.

35 Meer informatie op club-health.eu of http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf

HOOFDSTUK 9: **PREVENTIE IN DE LOKALE GEMEENSCHAP**



Om het grote publiek te bereiken en impact te hebben op de volksgezondheid, moet je met je interventies een groot deel van de bevolking bereiken. Daarnaast moet je ook inzetten op kwetsbare, moeilijk te bereiken subpopulaties.

Of er nu één of meerdere preventieve interventies worden geïmplementeerd, is het om de steun van de bevolking te krijgen noodzakelijk om een systeem of infrastructuur voor de implementatie te voorzien. Zo'n systeem ondersteunt je preventiewerk, garandeert de kwaliteit van de uitvoering en helpt je zo een maximale impact te realiseren. In Vlaanderen zijn er voor steden en gemeentes vaak projectsubsidies beschikbaar. Er zijn ook verschillende regionale en lokale diensten waar je beroep op kan doen voor coaching en ondersteuning.

Als we resultaten willen bereiken met onze interventies, is het ook belangrijk dat stakeholders die dicht betrokken zijn bij de samenleving, waarde hechten aan evidence-based benaderingen. Een fundamentele reden om te kiezen voor effectieve systemen voor het implementeren van interventies op gemeenschapsniveau, is dat een evidence-based aanpak duidelijk meer voordelen oplevert voor de doelgroep. Ze laten ook toe om een geïntegreerd zorgsysteem op te richten en zelfs diensten voor vroege behandeling aan te bieden aan de bevolking, met extra aandacht voor kwetsbare groepen en individuen. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van enkele definities en basisconcepten die belangrijk zijn om te begrijpen hoe je preventiesystemen en beleidsinterventies kunt opzetten. We gebruiken evidence-based interventies zoals 'STAD', 'Project Northland' en 'Communities That Care' als voorbeelden.

DEFINITIES

In dit handboek beschouwen we 'gemeenschap' als een plaats waar effectieve preventiesystemen kunnen ontwikkeld en gerealiseerd worden. De meeste preventieprofessionals werken

op verschillende gemeenschapsniveaus. Dat kan gaan over de bredere samenleving (omgeving op macroniveau), over (selectieve) regionale interventies voor bijvoorbeeld mensen met een migratieachtergrond, of andere settings zoals jeugdorganisaties en sportclubs (omgeving op microniveau).

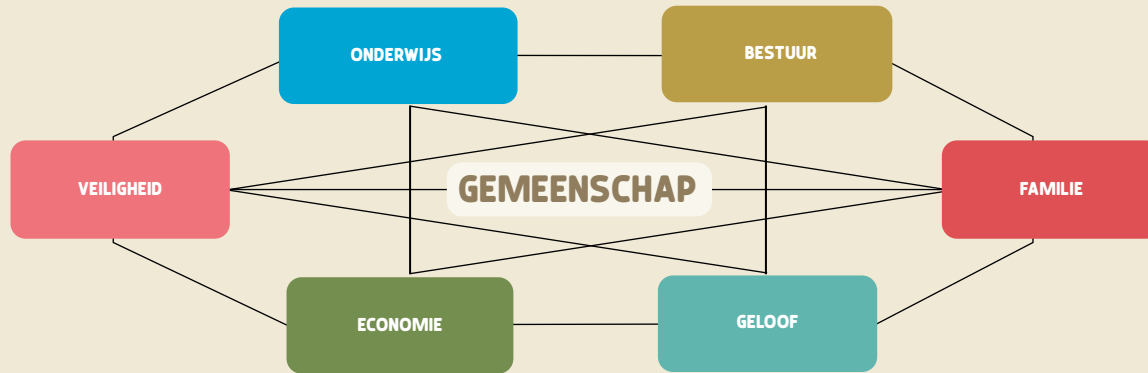
Small & Supple (1998) maken onderscheid tussen een buurt en een gemeenschap. Een buurt (neighbourhood) beschouwen ze als een fysieke plek, die doorgaans bepaald wordt door sociaal gedeelde grenzen. Die grenzen kunnen te maken hebben met sociaaleconomische status of met fysieke nabijheid. Een gemeenschap (community) wordt niet zozeer bepaald door fysieke grenzen, maar meer door een gevoel van verbondenheid, identiteit en onderling vertrouwen.

Multicomponent-initiatieven combineren verschillende evidence-based interventies en beleid om bevolkingsgroepen in de hele gemeenschap te bereiken. Die componenten of onderdelen kunnen preventie-interventies en beleidsinterventies zijn die uitgevoerd worden op school of in uitgaansgelegenheden, of interventies die inspelen op de behoeften van ouders en gezinnen. Je kan de media gebruiken om preventiecommunicatie doeltreffend te verspreiden, met boodschappen rond preventie of ter ondersteuning van de implementatie van preventie in een gemeenschap. Het belangrijkste is dat je focust op interventies en beleid waarvan bewezen is dat ze effectief zijn. Als je ze combineert om verschillende populaties in verschillende settings aan te pakken, met duidelijke gerichte boodschappen, heb je een heel krachtig instrument voor preventie.

In Vlaanderen noemen we zulke multicomponent-initiatieven ook een 'preventiebeleid met inzet van vier verschillende strategieën':

- 1) educatieve interventies (of sensibilisering),
- 2) doorverwijzing, zorg en begeleiding,
- 3) regels en afspraken,
- 4) omgevingsinterventies.

FIGUUR 29 - MULTICOMPONENT INITIATIEVEN VOOR EEN GEMEENSCHAP



Daarnaast geeft het beleid ook aan dat interventies moeten plaatsvinden binnen alle settings waarin mensen leven en werken zoals zorg en welzijn, werk, onderwijs, gezin, lokale gemeenschap en vrije tijd (Zorg en Gezondheid, 2019).

Preventieprofessionals moeten dus bij het plannen van preventie-interventies proberen om mensen te bereiken in al hun settings. Meestal worden er maar één of twee preventie- of beleidsinterventies uitgevoerd, op micro- of macroniveau.

Die meervoudige aanpak met preventie-interventies en -beleid – gericht op gezinnen, scholen, werkplekken en invloeden in de samenleving – kan een grote impact hebben op het aantal adolescenten en volwassenen dat begint met middelengebruik en ander gedrag dat hun sociale en fysieke gezondheid aantast. Over het algemeen zijn interventies of strategieën die werken op verschillende domeinen (individueel of peer group, gezin, school en gemeenschap) en zich richten op meerdere risico- en beschermingsfactoren, effectiever.

Het schoolpreventieprogramma 'Unplugged' is een evidence-based interventie om middelengebruik en -misbruik te verminderen bij jongeren van 11 tot 14 jaar. Het heeft de grootste kans op positieve

effecten als het consequent wordt toegepast bij jongeren op het moment in hun leven waarop middelengebruik meestal start. Deze evidence-based interventie gebeurt op school en pakt twee invloeden aan op microniveau: de school zelf en de peer group. Als je dit combineert met een goed getimede evidence-based gezinsinterventie, die op dezelfde doelgroep mikt zoals EFJEKT, kan je de positieve effecten vergroten. De twee programma's pakken samen een breder pallet van micro-invloeden en socialisatieagenten (peers en gezin) aan, op een goed moment in de ontwikkeling.

De twee programma's kan je nog verder versterken door er beleidsveranderingen en omgevingsstrategieën op gemeenschapsniveau aan te koppelen (zie hoofdstuk 10). Door die interventies tegelijk te realiseren op micro- en macroniveau, kan je team de effecten van de resultaten waar beide programma's op mikken versterken. Zo kunnen de effecten van evidence-based interventies die gericht zijn op 'peer influence' versterkt worden door omgevingsstrategieën (zoals een schoolbeleid of gemeentelijke strategieën die bij jongeren leiden tot attitudes die gebruik afkeuren), hun mening veranderen en hun intentie om middelen te gebruiken doen afnemen.

EVIDENCE-BASED PROGRAMMA'S

Uit evaluaties in verschillende Europese landen blijkt dat de volgende interventies veelbelovende resultaten opleveren. Onze selectie van programma's is gebaseerd op de beoordelingen in het Xchange register van het EMCDDA, behalve het STAD-project dat niet in een handleiding gestandaardiseerd is, maar door de Healthy Nightlife Toolbox³⁶ wel een effectieve interventie wordt genoemd. Deze interventies dienen enkel als inspiratie voor je zoektocht naar een geschikte interventie voor je eigen situatie. We bespreken 'Project Northland', 'STAD', 'Communities That Care' en 'PROSPER'.

'Project Northland' is een universeel preventieprogramma voor jongeren van 12 tot 18 jaar en richt zich op meerdere settings. Het programma werd aangepast en geëvalueerd in Kroatië. Door op verschillende niveaus te werken, wil Project Northland scholieren vaardigheden aanleren om effectief om te gaan met sociale beïnvloeding om te drinken, terwijl het tegelijk het sociaal milieu van de jongeren (peers, ouders, school en gemeenschap) verandert. De belangrijkste interventiecomponenten zijn klasprogramma's, peer leadership, door jongeren aangestuurde buitenschoolse activiteiten, programma's voor ouderbetrokkenheid en gemeenschapsactivisme. Project Northland krijgt in Xchange een beoordeling als 'waarschijnlijk gedeeltelijk nuttig'. Dat betekent dat, hoewel er afdoende bewijs is dat het programma effectief is in de VS, er toch enige voorzichtigheid moet worden gehanteerd. Verder onderzoek is nodig om de effectiviteit in Europa vast te stellen.

'STAD' is een gemeenschapsgerichte multicomponent-benadering voor uitgaansmilieus, oorspronkelijk uitgevoerd en geëvalueerd in Zweden. Ondertussen is het aangepast voor zes andere Europese landen³⁷, elk met hun eigen typische uitgaansleven, zoals grotere festivals (vaak in het zuiden van Europa).

In de oorspronkelijke versie van STAD stonden drie strategische acties centraal:

- De gemeenschap mobiliseren: oprichting van een comité voor bewustmaking en kennisuitbreiding over schade door alcohol in de gemeenschap. In het comité zitten belangrijke stakeholders uit de gemeenschap, zoals de lokale politie, de gemeenteraad, de instantie die over drankvergunningen gaat, uitbaters van drankgelegenheden, mensen uit de gezondheidssector, medewerkers van drankgelegenheden en hun vakbonden. Het comité is een adviesgroep, vergadert regelmatig om problemen rond alcohol te bespreken en ontwikkelt en verbetert beleidsinterventies.
- Opleidingen organiseren en programma's opzetten voor verantwoord alcohol schenken (Responsible Beverage Service of RBS).
- Handhaving: samenwerking tussen de instanties die drankvergunningen afleveren en de lokale politie om de openbare ordehandhaving en RBS-opleiding te optimaliseren. Binnen het kader van het STAD-project verspreidt de instantie die drankvergunningen aflevert brieven om drankgelegenheden op de hoogte te brengen van alle gemelde – en vooral door de politie geregistreerde – voorvallen van overmatig alcohol schenken in hun zaak.

Een andere manier om een allesomvattend preventiesysteem in een gemeenschap op te starten, is 'Communities That Care' (CTC), een lokaal preventiepakket op gemeenschapsniveau. We geven hier wat algemene informatie, maar raden je aan om je in het programma te verdiepen via de CTC-website³⁸. Elke gemeenschap, land of regio heeft een andere context, waardoor de implementatie telkens anders is.

CTC functioneert op basis van data. Het werkt met lokale enquête- en archiefgegevens om gemeenschappen te helpen behoeften te identificeren en prioriteiten vast te leggen op basis van risico- en beschermingsfactoren. Zodra die prioriteiten en het doelpubliek vastliggen, gaat een 'community coalition' of gemeenschapsteam aan de slag met evidence-based interventies gericht op de specifieke behoeften. CTC is nog niet opgenomen in Xchange,

³⁶ <http://www.hntinfo.eu/>

³⁷ <http://stadineurope.eu/for-who/european-level/>

³⁸ <http://www.communitiesthatcare.net/>

maar het register van Blueprints beoordeelt het als 'veelbelovend', wat betekent dat het programma een goed bewijs van effectiviteit heeft.

Het pakket bestaat uit vijf kerncomponenten:

- **Aan de slag** – een evaluatie van de bereidheid van de gemeenschap;
- **Organiseren** – belangrijke belanghebbenden betrekken bij een team van 'community stakeholders' om de CTC-activiteiten te sturen en erop toe te zien;
- **Gemeenschapsprofiel ontwikkelen** – op basis van epidemiologische gegevens risico- en beschermingsfactoren afbakenen;
- **Plan opstellen** – gebruikmaken van data om de evidence-based interventies te evalueren, met het oog op het verminderen van de risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren. Vervolgens de beste optie selecteren uit een set van effectieve interventies voor individuen, gezinnen, scholen en gemeenschappen;

FIGUUR 30 - COMMUNITIES THAT CARE



- **Interventies getrouw toepassen en de uitvoering regelmatig evalueren.** Vervolgens verbeteringen aanbrengen op basis van objectieve gegevens.

Toen gemeenschappen in de VS deze stappen doorliepen, stelden onderzoekers in de resultaten vast dat er positieve effecten waren voor jongeren. Ze gebruikten opvallend minder alcohol en tabak. Ook delinquentie en geweld verminderden. Bovendien verbeterden de beschermingsfactoren voor jongeren in CTC-gemeenschappen significant in vergelijking met overeenkomstige factoren in controlegemeenschappen. De originele studie bleef die positieve effecten vier jaar lang vaststellen. Het opmerkelijke verschil in de leeftijd waarop jongeren delinquent gedrag begonnen te vertonen, bleef aanhouden tot na hun 19de verjaardag.

Het model suggereert dat CTC-coalities de vaardigheden en capaciteiten voor preventiewetenschappelijke planning kunnen opbouwen. Zo kunnen ze het systeem veranderen.

Lokale gemeenschappen doen er doorgaans tot 18 maanden over om hun plan te ontwikkelen. Daarna kunnen ze de effectieve preventieprogramma's en beleidsinterventies uitvoeren om hun prioriteitenlijst van risico- en beschermingsfactoren aan te pakken. Dat leidt tot meetbare vermindering van risicofactoren en verhoging van beschermingsfactoren binnen 2 tot 4 jaar.

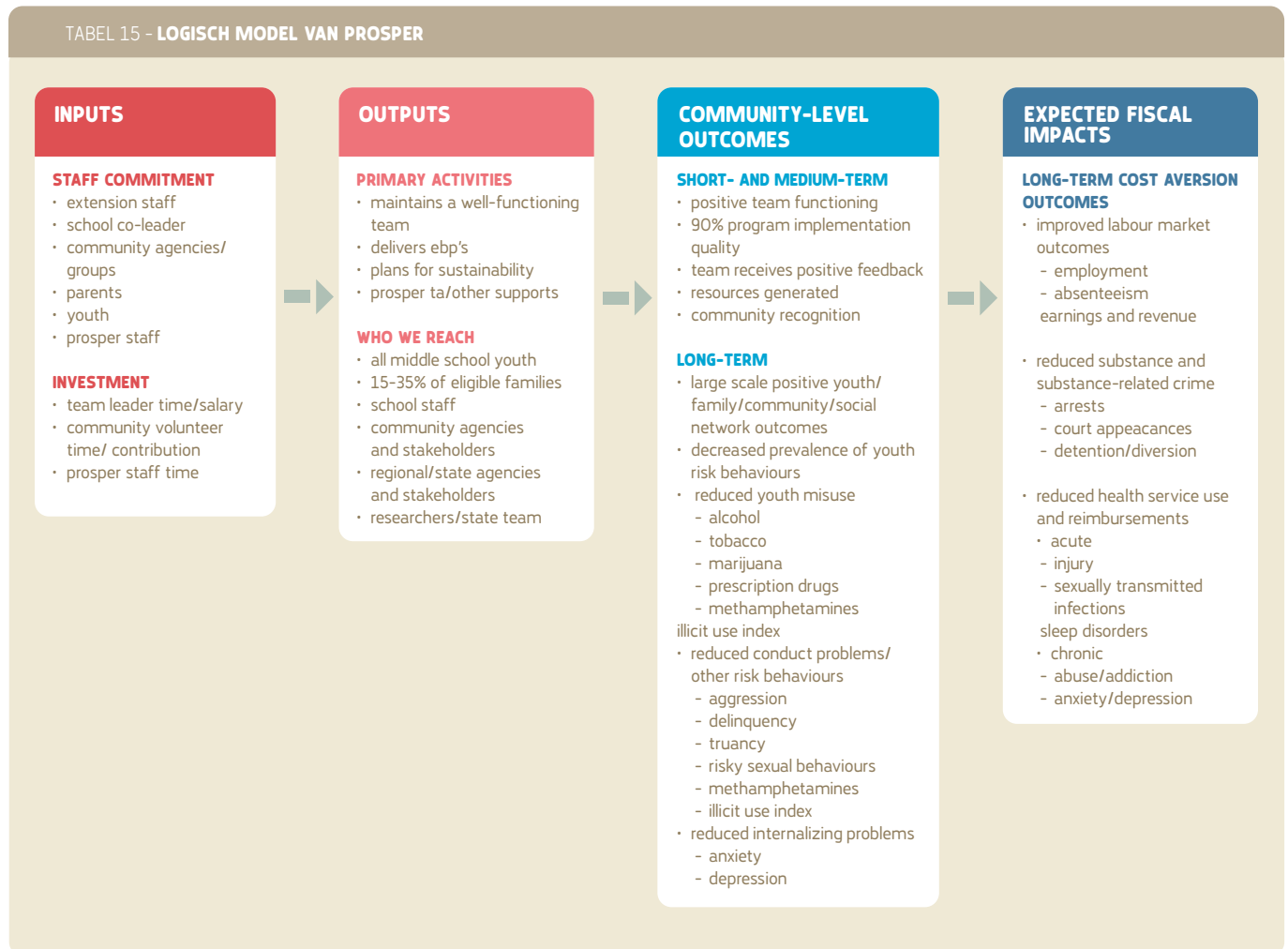
Ten slotte bespreken we 'PROSPER', een interventie op gemeenschapsniveau die succesvol was in de VS. De hoofdopdracht van het interventieteam is de duurzame en kwaliteitsvolle realisatie van evidence-based interventies voor gezinnen en scholen. Die interventies selecteren ze uit een lijst van programma's die gescreend zijn door de wetenschappers van PROSPER. Met hun expertise vernauwen zij de selectie van evidence-based interventies voor gemeenschappen en bevelen ze alleen de best scorende kwaliteitsprogramma's aan. Ze evalueren ook voortdurend de literatuur om te verzekeren dat vervolgonderzoek de programma's blijft ondersteunen als de beste keuze voor specifieke doelgroepen.

PROSPER ontwikkelde een duurzaamheidsmodel met acht strategieën om de teamdoelstellingen en strategische doelstellingen te bereiken:

- **Middelen vinden voor de programma's:** Fondsen werven en ondersteuning in natura en door vrijwilligers te zoeken, om zowel de gezins- als de schoolprogramma's in stand te houden en het programma-aanbod uit te breiden naarmate de tijd vordert.

- **Gemeenschap en school positioneren:** Zorgen dat de gemeenschap positief kijkt naar het PROSPER-team en de programma's. Verzekeren dat school en de hele gemeenschap inzien hoe het team bijdraagt aan de verbetering van jongeren en hun gezinnen.
- **Kwaliteitsmanagement en planning van het programma:** In deze strategie zitten alle nodige stappen vervat om

TABEL 15 - LOGISCH MODEL VAN PROSPER



programma's te monitoren op de kwaliteit van uitvoering, om te zorgen dat er waarnemers zijn, observaties te plannen, gegevens te verzamelen, feedback te geven enz.

- **Partnerschappen versterken met scholen en andere organisaties:** Deze strategie omvat teamactiviteiten die een onderling afhankelijke relatie creëren tussen het team, de school en gemeenschapsgroepen, om ervoor te zorgen dat de activiteiten en programma's van PROSPER tegemoetkomen aan gemeenschappelijke doelstellingen.
- **Strategische communicatieplanning:** Deze strategie focust op de ontwikkeling van communicatieplannen voor de media en voor andere bewustmaking over PROSPER-activiteiten, meer financiële steun voor de programma's en meer deelnemers voor het gezinsprogramma.
- **Erkenning en beloningen plannen:** Een belangrijke strategie om de belangstelling en de ondersteuning voor de activiteiten van het PROSPER-team op peil te houden. De erkenningen en beloningen kunnen voor teamleden zelf zijn, voor deelnemers aan het programma en voor ondersteuners vanuit de school of de gemeenschap.
- **Teamstructuur, taken en participatie monitoren:** Om te zorgen dat het team effectief blijft presteren en de teamleden enthousiast blijven over de inspanningen van PROSPER, bekijken de teamleiders en de preventiecoördinatoren manieren om het team beter te laten functioneren. Samen ontwikkelen het team, de teamleider en de preventiecoördinator een plan voor de continue verbetering van alle strategieën van het duurzaamheidsmodel.
- **Effectieve, regelmatige bijeenkomsten organiseren:** Een goed functionerend team is cruciaal voor de duurzaamheid van de programma's. Daarom pleit PROSPER voor regelmatige vergaderingen. De effectiviteit van de vergaderingen wordt mee besproken als onderdeel van het plan voor de continue verbetering.

EEN EFFECTIEF GEMEENSCHAPSTEAM UITBOUWEN

In dit hoofdstuk toonden we de waarde aan van werken met gemeenschapsteams om preventie-inspanningen te ondersteunen. Effectieve gemeenschapsteams garanderen succes door mensen, hun vaardigheden, ervaring en hun persoonlijke en professionele netwerken samen te brengen in een gemeenschappelijke inspanning. Effectieve gemeenschapsteams maken die inspanning ook duurzaam omdat ze niet afhankelijk is van één persoon, maar door veel mensen worden ondersteund.

Het concept van teamwerk is niet nieuw. Maar een effectief team ontwikkelen, leden werven en goed werken als geheel, lijkt op papier makkelijker dan het in realiteit is. Verschillende factoren kunnen het succes van het team in de lokale gemeenschap in de weg staan: een gebrek aan doelstellingen, de afwezigheid van een duidelijke missie of focus, onduidelijke verwachtingen, slecht leiderschap, onregelmatige bijeenkomsten met geen of weinig feedback over het succes of het falen van de inspanningen van het team, ondervertegenwoordiging van de populaties die het team moet bereiken en interne strubbelingen over conflicterende agenda's.

Naast drempels op lokaal of teamniveau zorgen ook gemeenschapsomgevingen, beleid en andere factoren voor drempels om effectieve inspanningen of evidence-based interventies uit te voeren. Nationale en internationale groepen en overheidsorganisaties zouden evidence-based interventies kunnen ondersteunen, maar ze worden niet zo vaak gebruikt. Soms liggen de redenen waarom interventies niet gebruikt worden in gemeenschappen bij uitdagingen voor beleidsmakers of binnen de gemeenschapsomgeving zelf. Beleid en beslissingen over financiering kunnen bijvoorbeeld beperkt zijn in de tijd (bijvoorbeeld wanneer ze het gevolg zijn van een reactie op een tragische gebeurtenis) of vooral gericht zijn op de korte termijn.

Ondanks goede bedoelingen kan een gebrek aan infrastructuur of ondersteunende systemen gemeenschapsteams voor grote uitdagingen plaatsen. Prioriteiten kunnen verschuiven voordat de interventies daadwerkelijk uitgevoerd zijn, middelen kunnen beperkt blijven tot de korte termijn of onregelmatig zijn. Een interventie volhouden op lange termijn betekent ook dat je een strategie moet hebben voor je financiering. Daar hoort minstens marketing, promotie en het opbouwen van diverse bronnen aan middelen (financieel en niet-financieel) bij. Je moet er nog jaren beroep kunnen op doen. Deze informatie ontbreekt bij de training over de meeste evidence-based interventies en je mag er niet van uitgaan dat uitvoerders altijd over deze vaardigheden beschikken.

Effectieve teams kunnen zulke drempels verlagen of overwinnen als ze zich richten op belangrijke elementen, zoals: de taken, verantwoordelijkheden en kwaliteiten van teamleden en -leiders, de teamstructuur en betrokkenheid bij het team op lange termijn.

Wanneer je een team vormt, is het belangrijk dat je samen nadenkt over het geheel. Belangrijke groepen in de lokale gemeenschap moeten vertegenwoordigd zijn, zeker de organisaties die de meeste jongeren en gezinnen in de gemeenschap – de potentiële deelnemers aan je interventie – vlot kunnen bereiken. Probeer ook mensen te vinden die de groepen die je wil bereiken kunnen vertegenwoordigen, zodat je de behoeften in de gemeenschap goed begrijpt. Effectieve teams tellen leden met heel uiteenlopende vaardigheden, kennis en ervaringen, die allemaal in staat zijn om bij te dragen aan de interventie én nodig zijn. Het team moet sociale en professionele netwerken betrekken die een breed draagvlak hebben en verschillende visies in de gemeenschap vertegenwoordigen. Denk er ook aan, het team is er om te ‘werken’. Een representatief gemeenschapsteam is dus ook klein genoeg om alle leden actief te betrekken.

Effectieve teams hebben duidelijk afgebakende rollen voor individuele leden. Dat maakt het voor hen mogelijk om hun sterke punten en persoonlijke vaardigheden optimaal te benutten.

MIDDELEN MOBILISEREN EN CAPACITEIT VERGROTEN

De **EDPQS** helpen om sterktes en hulpmiddelen in de gemeenschap te identificeren. Eens dat gebeurd is, kost het veel tijd om lokale contacten te leggen met mensen en groepen in de gemeenschap. Welke contacten je moet leggen, hangt af van je doelstelling. Zijn die contacten bedoeld om je project te linken aan bestaande plannen van andere aanbieders, om zo de lokale inspanningen rond interventies te versterken? Of om deelnemers voor je programma te rekruteren? Is je doelstelling om het lokaal het bewustzijn te verhogen dat evidence-based interventies nodig zijn? Is het de bedoeling om een partnerschap op te bouwen om zo mensen met vaardigheden en talenten te betrekken bij je fondsenwerving?

De doelstelling van de samenwerking helpt je te bepalen welke contacten je moet leggen. Hou er rekening mee dat deze contacten als positief moeten worden beschouwd. Dat is belangrijk om de goede reputatie van je team en je werk te vrijwaren. Om lokaal positieve contacten te leggen met individuen en groepen, moet het gemeenschapsteam inzetten op:

- **‘Gemeenschapshubs’ identificeren.** Hubs zijn plaatsen in de gemeenschap waar mensen al samenkomen;
- **Creatief zijn in manieren om mensen te betrekken.** Bied mensen verschillende mogelijkheden om hun betrokkenheid te tonen. Zorg ervoor dat die mogelijkheden passend zijn voor mensen en aansluiten bij hun interesses en vaardigheden;
- **‘Trekkers’ van gemeenschapswerk ondersteunen.** Elke gemeenschap heeft zo zijn mensen die anderen verzamelen rond een gemeenschappelijk project, die vlot andere mensen ‘meetrekken’;
- **Mogelijkheden bieden voor specifieke taken, ook op korte termijn.** Sommige mensen zijn niet in staat of niet bereid om een inspanning te leveren op lange termijn. Dat kan zijn door hun beperkte beschikbaarheid, een volle werkagenda en/of persoonlijke verplichtingen. In plaats van al die mensen – een

grote bron van hulpmiddelen – zomaar links te laten liggen, kan je beter nagaan welke mogelijkheden je die mensen wel kan bieden: specifiek, gefocust op één taak of te realiseren op korte termijn.

Wanneer de middelen beperkt zijn, moet je nadenken over hoe je die middelen het effectiefst en efficiëntst kunt aanwenden. Je kan dat doen door de inspanningen van je gemeenschapsteam te koppelen aan een andere interventie. Elke groep in de gemeenschap, school en overheid heeft plannen die hun werk sturen. Bekijk hoe je die plannen kan koppelen aan je eigen plannen en hoe samenwerken een win-winsituatie kan opleveren voor iedereen.

Er kunnen zich ook opportuniteiten voordoen die aansluiten bij lokale belangen of projecten. Denk aan de uitbreiding van het plaatselijke toerisme, de verbetering van openbare wegen of de preventie van criminaliteit. Soms gaat het om dringende kwesties, die een instrument kunnen worden om mensen te motiveren en die kansen bieden om vaardigheden en middelen van de gemeenschap te benutten voor een bredere toepassing.





Het is niet eenvoudig of rechtlijnig om beleidsvorming te beïnvloeden, om prioriteiten te stellen voor preventie of mensen ertoe te brengen de uitvoering van je interventie te ondersteunen.

Meestal gaat er heel wat gecoördineerd werk aan vooraf. We noemen dit pleitbezorging, belangenbehartiging of 'advocacy'. De Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014, p. 14), een onderzoeksgroep over alcoholbeleid in Slovenië, omschrijft het als "een politiek proces door een individu of een groep, dat gericht is op het beïnvloeden van overheidsbeleid en besluitvorming over het toewijzen van fondsen binnen politieke en sociale systemen en instituten". Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) (D'Eath, Barry, & Sixsmith, 2014, p. 1) identificeert belangenbehartiging als: "een sleutelstrategie voor gezondheidsbevordering en volksgezondheid".

Belangenbehartiging, met behulp van op wetenschap gebaseerde informatie, moet deel uitmaken van elke interventie. Hoewel de inspanningen vaak gericht zijn op het overtuigen van besluitvormingsorganen om nieuwe gezondheidsbevorderende beleidsinterventies, wetten en voorschriften in te voeren, is belangenbehartiging ook noodzakelijk om dergelijke acties te blijven ondersteunen nadat ze zijn geïmplementeerd. Doorgaans kan een voorbeeld of 'case' worden gepresenteerd, die de individuele schade en maatschappelijke kost aantoonst, met een argumentatie van hoe preventieprogramma's en beleid sommige van deze gevolgen kunnen verminderen. Dergelijke inspanningen kunnen bijdragen aan het veranderen van overtuigingen,

attitudes en normen ten aanzien van middelengebruik en kunnen besluitvormers helpen effectieve interventies beter te begrijpen.

Het ECDC (D'Eath, Barry & Sixsmith, 2014) beschrijft hoe belangenbehartiging gelijktijdig plaatsvindt op verschillende niveaus (regionaal, lokaal, nationaal), terwijl VeneKlasen (2013) een multidimensionaal perspectief toevoegt, waarbij verschillende strategieën worden gebruikt om dezelfde doelen te bereiken. Belangenbehartigingsstrategieën moeten ook worden uitgevoerd in samenwerking met vertegenwoordigers van de doelgroepen, besluitvormers en andere belanghebbenden (Peloza, 2014). Relevante acties kunnen divers zijn en kunnen activiteiten omvatten zoals overreding, protestmarsen of procesvoering (zoals een goed gepubliceerde rechtszaak), maar ook openbaar onderwijs en het gebruik van de media om de publieke opinie te beïnvloeden (zie hoofdstuk 8). Terwijl belangenbehartiging een op zichzelf staande activiteit kan zijn, kan het ook een onderdeel zijn van een complexe preventieve interventie (D'Eath, Barry & Sixsmith, 2014).

Voor **effectieve beleidsbeïnvloeding** moet je volgens Mercer et al (2010):

- Duidelijk de relaties tussen gezondheidsproblemen, interventies en uitkomsten schetsen;
- Het bewijsmateriaal systematisch beoordelen en samenvatten;
- Een geloofwaardige groep en een rigoureuus proces gebruiken om het bewijsmateriaal te beoordelen;
- Belangrijke partners en belanghebbenden betrekken bij de productie en verspreiding van het bewijs en de aanbevelingen;
- Gepersonaliseerde, gerichte en overtuigende bewijs en

HOE GA JE AAN DE SLAG?

1. Beschrijf het probleem
2. Geef de impact op de gebruiker weer
3. Informeer over de impact op het ruimere publiek of op de niet-gebruiker, met speciale aandacht jongeren
4. Zorg voor beschikbare evidence-based interventies en beleidskeuzes die hun effectiviteit hebben bewezen

- aanbevelingen verspreiden;
- Meerdere belanghebbenden betrekken bij het aanmoedigen van het gebruik en het naleven van beleidsaanbevelingen;
- Duurzaamheid aanpakken.

Uit de bevindingen van beleidsstudies blijkt dat er niet altijd een duidelijke relatie bestaat tussen de door Mercer beschreven aanpak en veranderingen in beleid of prioritering van preventieprogramma's. Het is belangrijk om realistisch te zijn over wat kan worden bereikt door middel van belangenbehartiging alleen en om lessen te trekken uit inzichten in het beleidsvormingsproces.

Cairney (2016) beschrijft bijvoorbeeld hoe het proces van beleidsvorming vaak irrationeel en complex lijkt voor mensen van buitenaf. Bij het nemen van beslissingen hebben beleidsmakers vaak een andere kijk op wat relevant en nuttig bewijsmateriaal is. Terwijl preventiemedewerkers en voorstanders van evidence-based bewijsmateriaal – uit rigoureuze onderzoeken en bewijsvoeringen – het zien als een als een rationele basis voor besluitvorming, zullen beleidsmakers het naast andere bronnen van 'bewijsmateriaal' plaatsen zoals argumenten die komen uit het maatschappelijk debat, algemene normen en waarden, advies van vertrouwde collega's, politieke manifesten en verplichtingen en hun eigen professionele geschiedenis en ervaringen. Hoewel sommige besluitvormers een goed begrip hebben van preventie en de noodzaak zien om op een evidence-based manier te reageren op middelengebruik, is het niet noodzakelijk zo dat hun leidinggevendend dat ook vinden of er zelfs interesse hebben. Ervaren beleidsmakers handelen door middel van consensus. Vaak betekent dit het in balans brengen van de eisen en verwachtingen van meerdere concurrerende belangen. Dit speelt vooral bij maatschappelijk moeilijke of controversiële thema's, zoals hoe moet worden omgegaan met middelengebruik. Ook binnen beleidsorganen is er een strijd voor beperkte middelen en worden er afwegingen gemaakt naargelang de prioriteiten binnen nationale strategieën.

Het oplijsten van deze uitdagingen is niet bedoeld om lobbyactiviteiten te ontmoedigen. Door de realiteit van het besluitvormingsproces te begrijpen, is het mogelijk om de resultaten te optimaliseren, de belangrijkste aandachtspunten te identificeren en de frustratie dat besluitvormers 'gewoonweg niet luisteren', te verminderen. Cairney suggereert bijvoorbeeld dat belangenbehartigers niet alleen oplossingen moeten voorstellen voor maatschappelijke problemen, zoals de implementatie van preventieprogramma's, maar ook moeten werken aan bewustwording van deze problemen en redenen moeten geven aan beleidsmakers om prioriteiten te stellen. Pleitbezorgers moeten ook in staat zijn om kant-en-klare, empirisch onderbouwde antwoorden te formuleren op deze problemen. Bovendien moeten ze zowel specifiek als technisch en politiek haalbaar zijn. Eenmaal de aandacht is getrokken en beleidsmakers een motief hebben om te handelen, moeten preventieprofessionals snel handelen, omdat 'kansen' in een gunstige beleidsomgeving vaak zeldzaam en van korte duur zijn. Als de lokale overheid bijvoorbeeld snel wil handelen na een middelengerelateerd overlijden, moeten preventieprofessionals er ook toe bereid zijn om het gebruik van evidence-based programma's te promoten als onderdeel van een langetermijnstrategie en dit vóór de mogelijkheid daartoe opnieuw verdwijnt of andere, niet op bewijs gebaseerde benaderingen prioriteit krijgen. Beleidscritici richten zich vaak op zwakke punten in nieuwe voorstellen, vooral wanneer de suggesties dreigen de status-quo te verstoren. Daarom moeten belangenbehartigers hen voor zijn en is een anticiperende houding ten aanzien van mogelijke problemen en kritiek, een must.

Succesvolle advocacy-benaderingen combineren relevant wetenschappelijk bewijs met eerder 'emotionele' oproepen die een menselijker gezicht geven aan het verhaal. Zo kunnen ze op intelligente wijze nieuwe kansen benutten door de voorgestelde interventies te kaderen binnen het persoonlijke en politieke waarden- en normenpatroon van de betreffende beleidsmaker. Het is onwaarschijnlijk dat we succesvol zullen zijn als we belanghebbenden met wetenschappelijk bewijs bombarderen,

hopen dat dit de mening zal veranderen en steun zal bevorderen. We moeten beïnvloeden hoe zij een beleidsprobleem interpreteren en kort en krachtig het meest relevante bewijs leveren. Hou er bovendien rekening mee dat preventiemedewerkers of andere deskundigen weliswaar over uitstekende technische kennis beschikken om de gezondheids- of sociale gevolgen van middelengebruik voor de samenleving te verminderen, maar dat dit niet noodzakelijk betekent dat zij de vaardigheden bezitten die nodig zijn om beleidsmakers te overtuigen. Dit is de reden waarom de meest effectieve advocacy-groepen een breed scala aan vaardigheden ontwikkelen doorheen een coalitie van verschillende belanghebbenden en organisaties.

Ook advocacy inspanningen moeten geëvalueerd worden. Het ECDC (D'Eath, Barry & Sixsmith, 2014) beveelt aan om een theorie van gedragsverandering te gebruiken in dit proces, omdat dit kan verklaren hoe en waarom activiteiten kunnen leiden tot de gewenste resultaten.

De algemene principes van het evalueren van preventieve interventies of -beleid kunnen ook worden toegepast op belangenbehartiging. Deze evaluaties zijn op gegevens gebaseerd, zijn systematisch en gebruiken bekende methoden zoals interviews of enquêtes. Net zoals procesevaluatie of evaluatie van de resultaten, kunnen we ook onze inspanningen op het gebied van belangenbehartiging evalueren om strategieën te verbeteren, resultaten te analyseren of de capaciteit van belangenbehartigers op te bouwen. De moeilijkheid bij het evalueren van inspanningen op het vlak van belangenbehartiging ligt in de snel veranderende activiteiten en resultaten in een beleidsstrategie. Dit wordt ook gemakkelijk beïnvloed door onvoorspelbare, contextuele factoren. Coffman (2007) adviseert daarom om vaker, in 'real-time' of na een significante gebeurtenis of actie te rapporteren.

EINDOVERWEGINGEN

We maken van de gelegenheid gebruik om nog even terug te blikken op wat in dit handboek allemaal aan bod kwam. Dit boek is in de eerste plaats een inleiding over wat preventie en evidence-based preventiewerk betekent en waarom het belangrijk is. We schetsten de reikwijdte van ons werk aan de hand van de epidemiologie van middelengebruik in Europa. We gaven vervolgens een inleiding op preventietheorieën en technieken voor gedragsverandering om de mechanismen achter gedragsverandering te begrijpen.

De *EDPQS* en de *International Standards* (UNODC) werden besproken als belangrijke instrumenten om je preventiewerk te sturen om de beste evidence-based interventies of beleidsmaatregelen te selecteren die momenteel beschikbaar zijn. We leerden ook hoe we onze interventies en beleid kunnen evalueren.

We presenteerden verschillende settings zoals het gezin, de school, de werkplek, de gemeenschap, de media en de grotere omgeving – elk met hun specifieke kenmerken voor preventiewerk. Dat moet ons helpen om effectieve preventieve interventies of beleid te creëren of te selecteren voor onze doelgroep en rekening te houden met de uitdagingen en de drempels waarop die kan botsen.

We hopen en willen dat je met deze kennis en opleiding een waardevolle kracht wordt om het preventiewerk in je regio en context te versterken en je eraan kan bijdragen een sterk Europees preventielandschap te creëren.

REFERENTIES

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Anderson, S.A. & Sabatelli, R.M. (2010). *Family Interaction: A Multigenerational Perspective*. New York: Pearson.
- Axford, N., Lehtonen, M., Kaoukji, D., Tobin, K. & Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2061–2071.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barden, J. & Tormala, Z. L. (2014). Elaboration and attitude strength: The new metacognitive perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(1), 17–29.
- Bartholomew, L.K. & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions. *Journal of public health dentistry*, 71(1), 20–33.
- Bergsma, L. J. & Carney, M. E. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. [Review]. *Health Education Research*, 23(3), 522–542.
- Biglan, A. & Hinds, E. (2009). Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 169–96.
- Bloom, D.E., Caferio, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z. & Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Brand, D.A., Saisana, M., Ruynn, L.A., Pennoni, F. & Lowenfels, A.B. (2007). *Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries*. PLoS Medicine, 4, e151.
- Brinn, M.P., Carson, K.V., Esterman, A.J., Chang, A.B. & Smith, B.J. (2012). Cochrane review: Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Evidence-based child health*, 7(1), 86–144.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. & The European Prevention Standards Partnership (2013). *European drug prevention quality standards: A quick guide*. Liverpool: Centre for Public Health.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. & the European Prevention Standards Partnership (2015). *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts (“Adaptation and Dissemination Toolkit”)*. Step 3: Undertaking the adaptation. Liverpool: Centre for Public Health.
- Burkhart (2013). *North American drug prevention programmes: Are they feasible in European cultures and contexts?* EMCDDA: Lisbon.
- Castro, FG, Barrera, Jr. M., and Martinez, Jr., CR. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5, 41–45.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. & Kopak, A. (2010). A methodology for conducting integrative mixed-methods research

and data analyses. *Journal of Mixed Methods Research*, 4, 342–360

Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S. & Hawkins, J. D. (1999). *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. Washington, DC: U. S. DHHS, NICHD.

Center for Disease Control and Prevention (2010). *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*. Atlanta, GA: Centers for disease control and prevention, National center for environmental health, division of environmental hazards and health effects, air pollution and respiratory health branch.

Chatvat, M., Jurystova, L. & Miovsy, M. (2012). Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system. *Adiktologie*, 12(3), 190-211.

Clarkson, J. J., Tormala, Z. L. & Rucker, D. D. (2008). A new look at the consequences of attitude certainty: The amplification hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(4), 810-825.

Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D. & Dugan, R. G. (2013). The malleable influence of social consensus on attitude certainty. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(6), 1019-1022.

Club Health (n.d.). *A set of standards to improve health and safety in recreational nightlife venues: Introduction*.

Club Health (n.d.). *Media influence on nightlife: Media guidelines on nightlife for public health workers*.

Coffman, J. (2007). What's different about evaluating advocacy and policy change? In J. Coffman (Red.), *The evaluation exchange: A periodical on emerging strategies in evaluation* (p. 2-4). Harvard: Harvard Family research project.

Communities That Care. Dr. Kevin Haggerty, Director, Center for Communities that Care; Developers: Dr. David Hawkins and Dr. Richard F. Catalano. Social Development Research Group, University of Washington. See www.communitiesthatcare.net.

Considine, M. (2004) *Community Strengthening and the Role of Local Government, A Discussion Paper*. Local Government Victoria, Victoria.

Council of the European Union (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU action plan on drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*.

D'Eath, M., Barry, M.M. & Sixsmith, J. (2014). *A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases. Stockholm: European Centre for Disease and Control*.

Degenhardt, L., Chiu, W-T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Gureye, O., Huang, Y., Karam, A., Kostuychenko, S., Lepine, J.P., Mora, M.E.M., Neumark, Y., Ormel J.H., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Takeshima, R., Wells, J.E. (2008) Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 5(7), e141.

Dunifon, R. (2005). *How to read a research article?* Cornell University Cooperative Extension.

Durlak, J. A., Taylor, R. D., Kawashima, K., Pachan, M. P., DuPre, E. P., Celio, C. I., Berger, S. R., Dymnicki, A. B. & Weissberg, R. P. (2007). Effects of positive youth development programs on school, family, and community systems. *American Journal of Community Psychology*, 40, 269-286.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social

and emotional learning: A meta-analysis of schoolbased universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432.

Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E. & Wells, K. C. (2014). Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 475-486.

European Commission (2015). *Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals*. Spain.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early warning System (March 2015)*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *European Drug Report 2017: Trend and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Society for Prevention Science [website]. (n.d.). Consulted on 30/09/2017, www.euspr.org/prevention-science/

Evidence-based Practice Institute (2012). <http://depts.washington.edu/ebpi/>.

Flay, B.R. & Petraitis, J. (2003). Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. In: Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.). *Handbook on Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice (pp. 289-306)*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Feinberg, M. E., Kim J. Y. & Greenberg, M. T. (2008). Personality and

community prevention teams: Dimensions of team leader and member personality predicting team functioning. *Evaluation and Program Planning*, 31, 403-409.

Fong, G.T., Graig, L.V., Guignard, R., Nagelhout, G.E., Tait, M.K., Driezen, P., Kennedy, R.D., Boudreau, C., Wilquin, J.L., Deutsch, A. & Beck, F. (2013). Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: Findings from the ITC France survey. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Paris France)*, 20, 217-223.

Foxcroft DR & Tsertsvadze A. (2011). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

Foxcroft DR & Tsertsvadze A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

Frone, MR. (2013). *Alcohol and Illicit Drug Use in the Workforce and Workplace*. Washington, DC: American Psychological Association.

Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A.M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L., Mulligan, K. (2015). *Quality plan for prevention science education and training in Europe*. Oxford: Science for prevention academic network – SPAN.

Gaspar, J. (2011). Revisiting the relationship between adolescent substance use and high school dropout. *Journal of substance Use Issues*, 41(4), 587.

Glantz, M. D. & Pickens, R. W. (1992). Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 1-14). Washington, DC: American Psychological Association.

Ginsburg, I. (1982). Jean Piaget and Rudolf Steiner: Stages of child

development and implications for pedagogy. *The Teachers College Record*, 84(2), 327-337.

Green, E. C. & Witte, K. (2006). Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence? *Journal of Health Communication*, 11, 245-259.

Greenfield, T.K., Karriker-Jaffe, K.J., Giesbrecht, N., Kerr, W.C., Ye, Y. & Bond, J. (2014). Second-hand drinking may increase support for alcohol policies: new results from the 2010 National alcohol survey. *Drug and alcohol review*, 33, 259-267.

Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual Review of Psychology*, 62, 243-269.

Grusec, J. E. & Hastings, P. D. (2014) *Handbook of socialization (2nd Edition)*. New York: Guilford Press.

Hallfors, D., Cho, D., Livert, D. & Kadushin, C. (2002). Fighting back against substance abuse: Are community coalitions winning? *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 237-245.

Hanushek, E.A. & Wößmann, L. (2007). *The Role of Education Quality in Economic Growth. World Bank Policy Research Working Paper 4122*. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A. & Hahlweg, K. (2005). Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: Barriers to research and program participation. *Prevention Science*, 6(4), 275-286.

Hovland, C.I., Janis, I. & Kelley, H.H. (1953). *Communication and*

persuasion. New Haven: Yale University Press.

Hovland, C. I. & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15, 635-650.

Hughes, K., Stuart, J., Bennett, A.M. & Bellis, M.A. (2011). *The NightSCOPE manual*.

Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

Kaluzny, AP & Hernandez, SR (1988). Organizational change and innovation. In S. Shortell and A. Kaluzny (Eds.), pp 379-417, *Health care management: A text in organizational theory and behavior*. 2nd Edition. New York, NY: John Wiley.

Katikireddi, S.V., Bond, L. & Hilton, S. (2014). Changing policy framing as a deliberate strategy for public health advocacy: A qualitative policy case study of minimum unit pricing of alcohol. *Milbank quarterly*, 42, p.250-283.

Kretzmann, J. P. & McKnight, J. L. (1993). *Building Communities from the Inside Out—A Path Towards Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Chicago: Center for Urban Affairs and Policy Research, Northwestern University.

Lasswell, H. D. (1949). The structure and function of communication in society. In L. Bryson (Ed.), *The communication of ideas*. (pp. 37-51). Oxford, England: Harper.

Lazarsfeld, P. F., Berelson, B., Gaudet, H. (1944). *The People's Choice: How the voter makes up his mind in a Presidential campaign*. New York: Columbia University Press.

Lemstra, M. e.a. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents

- aged 10-15. *Addiction Research & Theory*, **18(1)**, 84-96.
- Livingston, G. (2013). *At Grandmother's house we stay: One in ten children are living with a grandparent*. Downloaded from www.pewresearch.org.
- Marlatt, G.A. e.a., eds. (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press.
- McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N. & Sumaya, C. V. (2003). Community- Based Interventions. *American Journal of Public Health*, **93(4)**, 529-533.
- Mendes, F.J.F. & Mendes, M.R. (2011). *Healthy and safer nightlife of youth project: Staff training for nightlife premises*.
- Mercer, S.L., Sleet, D.A., Elder, R.W., Cole, K.H., Shults, R.A. & Nichols, J.L. (2010). Translating evidence into policy: Lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers. *Annals of epidemiology*, **20**, 412-420.
- Metzler, C. W., Sanders, M. R., Rusby, J. C. & Crowley, R. N. (2012). Using consumer preference information to increase the reach and impact of media-based parenting interventions in a public health approach to parenting support. *Behavior therapy*, **43(2)**, 257-270.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, **6** (42).
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press: Washington D.C.
- NAMLE. (2010, September 29 2010). *The Core Principles of Media Literacy Education*, from <http://namle.net/publications/core-principles/>
- O'Neill, B. (2008). Media Literacy and the Public Sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland. Paper presented at the Media@lse Fifth Anniversary Conference, London. [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_O'Neill\(LSEROverion\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_O'Neill(LSEROverion).PDF)
- Orrell-Valente, J. K., Pinderhughes, E. E., Valente Jr, E., Laird, R. D., Bierman, K. L., Coie, J. D. & McMahon, R. J. (1999). If it's offered, will they come? Influences on parents' participation in a community-based conduct problems prevention program. *American Journal of Community Psychology*, **27(6)**, 753-783.
- Paschall, M.J., Grube, J.W. & Kypros, K. (2009). Alcohol control policies and alcohol consumption by youth: a multi-national study. *Addiction*, **104**, 1849-1855.
- Peloza, J. (2014). Triangle: *How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*. Ljubljana: Infokart.
- Plant Work. (2006). Coming Clean: Drug and Alcohol Testing in the Workplace. *World of Work: The Magazine of the ILO*, **57**, 33-36. Switzerland: ILO Turin.
- Poulin, F. e.a. (2001). 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied developmental science*, **5(4)**, 214-224.
- Ricordel, I. & Wenzek, M. (2008). Cannabis and safety of work. Evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF. *Annales Pharmaceutics Françaises*, **66**, 255-60.
- Ryan, R. & Burke, S. (2005) Literature Review – LCSA: *Strengthening Communities Project*. Elton Consulting.
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B. & Erausquin, J. T. (2014). The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in

the context of parental and peer substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, **43(5)**, 717-728.

Sloboda, Z. e.a. (2014). Implementation Science and the Effective Delivery of Evidence- Based Prevention. In Sloboda, Z. & Petras, H. (eds.), *Advances in Prevention Science: Defining Prevention Science (pp. 293-314)*. New York: Springer Publishing.

Small, S & Supple, A. (1998). Communities as systems: Is a community more than the sum of its parts? Presented at the national forum on A community effects on children, adolescents and families. Pen State University, State college, P.A.

Spoth, R. & Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention*, **21(2)**, 267-284.

Stovall, E.E., Rossow, I., and Rise, J. (2014). Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. *Journal of Substance Use*, **19**, 38-43.

The Finance Project (2003). *The Finance Project*, publisher, 1401 New York Avenue NW, Suite 800, Washington, DC 20005.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *International Standard on Drug Use Prevention*. Vienna, Austria: UNODC. Available at: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

United States Society of Prevention Research. *Principles of Prevention Science*. Available at: <http://www.prevention-research.org/SocietyforPreventionResearchStandardsKnowledge.pdf>.

Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. & Van Havere, T. (2014). Factors affecting implementation: Cultural adaptation and training. In Sloboda, Z. & Petras, H. (eds.), *Advances in Prevention Science: Defining prevention science (p. 315 – 334)*. New York: Springer Publishing.

VeneKlasen, L. (2013). Planning moment Nr. 5 – Mapping advocacy strategies. *A new weave of powers, people & politics*, 185-208.

Wandersman, A. e.a. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology*, **41(3-4)**, 171-181.

Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L. & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: A three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, **97**, 161-169.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill Book Co.

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva.

World Health Organization [website]. (n.d.). Consulted on 30/09/2017, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/

BIJLAGE 1: ONTWIKKELINGSFASEN 3-16 JAAR

	SOCIAL	LANGUAGE	PHYSICAL	INTELLECTUAL	EMOTIONAL	BEHAVIOURAL
3-4 years	Shares, plays well with others, will play alone, use spoon/fork to eat, personal hygiene	Recites numbers but can only count to 3, converses, recites rhymes and songs, has favorite story	Thread beads, use scissors, tiptoes, can pedal and steer, balance, spatial awareness	Build a tower, paint, draw a head for a person, holds a pencil properly	Can wait for needs to be fulfilled, sense of humor, understands past and present	Ability to bargain but not reason, uses imagination, fear of dark and abandonment, enjoys humor
5-7 years	Shares, applies imagination to play, dresses and undresses	Enjoys stories and applies them to play, understands double meaning of words	Construction toys, coloring, games, play ball games, dances, hops, skips	Copy letters, counts on fingers, adds details to pictures, aware of time	Caring about friends and babies, better control of conduct and behaviour	Expresses anger and frustration less with action and more with words, more independent
8-12 years	Independent from parents, sense of right and wrong, sense of future	Reading and writing, more articulate, holds conversations, can debate, relates events	Variation in physical appearance more notable, early puberty in girls, improved eye-hand coordination	Talk about thoughts and feelings, thinks more logically, develop math and literacy skills	Learn by observation and talking, give support in stressful times, able to emphasize	Join clubs and associate more with peers, want acceptance of peers
13-16 years	More time with peers, form identity, test limits, more adult role models	Clarity of thinking, expression of own beliefs	Puberty for both sexes, rapid musculoskeletal growth, increased stamina	More concern for others and community, question and challenge rules, explore new ideas	Experiencing hormonal changes, preparing for independence from family, acting out	Increases desire for privacy, more time with peers

BIJLAGE 2: WOORDENLIJST

Adaptation	Modification of program content to accommodate the needs of a specific consumer group.
Advocacy	A political process initiated by an individual or group, which aims to influence public policy and resource allocation decisions within political and social systems and institutes (Peloza, 2014).
Aetiology model	This model includes the micro- and macro-level environments which influence people as they grow from infancy to adulthood. These environments interact with the personal characteristics of individuals that make them more or less at risk to substance use and other problem behaviours. These environments operate at two-levels, namely—the macro-level, the bigger environment of the neighborhood, community, state, or country, while the micro-level involves the environments closer to the individual—family, peers, school, faith-based organizations, and the workplace.
Audience	The target of a communication; to whom a message is directed.
Behavioural interventions	These interventions target the individual directly with efforts to modify their attitudes and behaviours in regard to substance use or through others, such as parents, teachers, employers, etc. This contrasts with environmental interventions, which primarily target the context where substances are obtained or used.
Best practices	The best application of available evidence to current activities in the drugs field.
Brief interventions	Systematic, focused processes that aim to investigate potential substance use and motivate individuals to change their behaviour. The goal is to reduce substance use before the individual experiences harm or develop more risky use behaviours or substance use disorders.
Campaign, media	A series of planned activities or a combination of activities designed to persuade individuals and groups.
Cognitive contest	Counter-argumentation; a mental resistant reaction to a persuasive message that is contrary to the individual's established beliefs.
Cognitive skills	The ability for people to think for themselves and address problems in a reasoned way, conceptualize and solve problems, and draw conclusions and come up with solutions through analysis.
Collaborative evaluation	A collaborative approach involves both parties, the programme staff and the evaluation staff—they become a team. Other members of the team under a collaborative model may include stakeholders with an interest in the outcomes of the prevention intervention. However, it is important that team roles, activities, responsibilities and interactions be clearly defined, and clear role differentiation is also required.

Communication	The message that is broadcast by the media; can involve only words, only pictures, or a combination of both words and pictures. If developed properly, the communication that is delivered, and the message the audience receives, are the same.
Community	A geographically defined entity, where effective prevention systems can be developed and implemented. Most prevention coordinators work at various levels of the community which can include the broader community which involves the macro-level environment and also includes many micro-level settings..
Community-based multi-component initiatives	These generally involve a wide range of evidence-based interventions and policies that can impact many age groups within many settings. Typical efforts include support for the enforcement of tobacco and alcohol policies; interventions and policies in schools and family services.
Community level evaluation	Measurements that reflect the general or average beliefs, attitudes, or values across a large group (e.g., a community, school, nation), in contrast to individual level evaluations.
Cost-effective	Economically worthwhile.
Demand reduction	Preventing or at least delaying youths' substance use by attempting to instill anti-substance use values, norms, beliefs and attitudes against substance use and to improve resistance skills.
Drug testing	Chemical analysis of biological samples (including blood, urine, hair, and sweat) to detect the presence of drug or their metabolites (NB this is different from drug checking, which is designed to chemically analyse drug products).
Effectiveness trials	Tests whether interventions are effective under 'real-world' conditions or in 'natural' settings. Effectiveness trials may also establish for whom, and under what conditions of delivery, the intervention is effective.
Efficacy	Efficacy is the extent to which an intervention (technology, treatment, procedure, service, or programme) does more good than harm when delivered under optimal conditions.
Empirical	Based on observation and experiment.
Empirically validated research	Research based on observation and experiment that has been systematically confirmed and corroborated.
Environmental interventions	Environmental interventions involve policies, regulations, and laws that control access to and availability of substances, especially to young people. They also affect the substance use norms as a result of the laws themselves and their enforcement. Most research relates to alcohol and tobacco control efforts. Environmental interventions often address the context where the behaviour–substance use–takes place whether in the community or in specific places like taverns, parks, or entertainment venues.

Epidemiology	The study of the distribution and determinants of health-related states or events (including disease), the onset of the health-related state/event/disease (incidence), the existing cases of the health-related state/event/disease (prevalence), and the application of this study to the control of diseases and other health problems.
Evaluation	A rigorous and independent assessment of either completed or ongoing activities.
Evidence-based practice	Systematic decision-making processes or provision of services which have been shown, through available scientific evidence, to consistently improve measurable client outcomes. Instead of tradition, gut reaction or single observations as the basis of decision-making, EBP relies on data collected through experimental research and accounts for individual client characteristics and clinician expertise. (Evidence-based Practice Institute, 2012)
Evidence-based prevention interventions and policies	Prevention interventions and policies which have been shown through research to be effective in preventing the onset of substance use.
Exposure	Refers to the reach of the media – the extent to which the communication reaches the intended audience.
External validity	The extent to which the outcomes from a prevention intervention can be transferred to another population or condition.
Family	Families can be defined in simple terms by their structure, meaning who is considered to be part of the family, and by their function, meaning what the family's purpose is and what a family does. Definitions of who constitutes 'family' may differ between countries. In the US, Canada and many European countries, for example, 'family' is most commonly defined as the nuclear family, meaning mother, father and children. In other countries, 'family' may include extended members, such as grandparents, aunts, uncles and cousins.
Implementation	Actual delivery of a prevention intervention, policy, or, preferably multiple interventions and policies which research has shown can have a greater impact on populations.
Implementation systems	Several components of interventions that are connected to achieve a specific outcome; often involves special sequencing of the components to be effective.
Individual level measures	Measurements that are taken on individual respondents, rather than across entire groups.
Infrastructure	The basic physical and organizational structures and facilities needed for the operation of a society (Oxford Dictionaries). In this curriculum, infrastructure includes the community teams, training and technical assistance, and financial and human resources needed to implement evidence-based prevention interventions and policies.

Internal validity	The extent to which the outcomes from a prevention intervention can be accredited to the intervention itself.
Intervention	An action that focuses on altering substance use trajectories by promoting positive developmental outcomes and reducing risky behaviours and outcomes.
Intervention content	The objectives of the intervention and has to do with what information, skills, and strategies are used to achieve the desired objectives. For example, inclusion of both peer refusal skills and social norm development, inclusion of family communications training.
Intervention delivery	How the intervention or policy is to be implemented and how the intervention or policy is expected to be received by the target audience. For example use of interactive instructional strategies for adolescents and adults, offering parenting skills programs at times that are convenient for families, monitoring the implementation of an intervention or policy to enhance fidelity to the intervention's core elements.
Intervention fidelity	The measure of how closely an intervention was delivered compared to how delivery was originally planned. Implementation quality is often quantified with measures of fidelity, dose, quality of delivery, and elements added to the intervention protocol.
Intervention mediators	The factors that the intervention intends to manipulate and that are directly linked to the desired outcomes.
Intervention structure	How the prevention intervention or policy is organized and constructed. For example, the necessary number of sessions or boosters; the organization of sessions.
Macro-level environments	Examples are the social and physical environment/neighbourhood, the economy, the political environment and social and natural disasters.
Mass media	The general category of communications including television, radio, broadcasting, newspapers, etc. that reach a broad group of people.
Media	Any form of mass communication. This can involve television, radio, magazines, websites, newspapers, posters, billboards, social media including Facebook, Twitter and YouTube, and so on
Media-based prevention	Use of the mass media, usually through coordinated campaigns, to prevent the initiation of substance use or to encourage individuals to cease use of a targeted substance.
Messaging	Process by which persuasive communication is developed; it is concerned with the persuasive components built into communications to influence people's beliefs and actions.
Micro-level environments	Examples: family, peers, school administrators, religious leaders, workplace administrators and colleagues.
Monitoring (process evaluation)	The ongoing process by which stakeholders obtain regular feedback on the progress being made towards achieving their goals and objectives.

Monitoring, parental	Parents knowing where their children are and what they are doing.
Non-communicable diseases	A disease that cannot be passed from person to another.
Outcome evaluation	The purpose of the outcome evaluation is to characterize the extent to which the knowledge, attitudes, behaviours, and practices have changed for those individuals or entities who received the intervention or who were targeted by the policy compared to non-recipients (often thought of as short- and intermediate-outcomes). Long-term outcomes relate to the desired end-product of the intervention in our case reduced or elimination of substance use. Often, evaluations end with the long-term outcomes.
Persuader	The individual or entity trying to change the opinions, attitudes, beliefs, or behaviours of others.
Persuasion	The act of influencing others to adopt a belief set of beliefs or position, or to change behaviour(s).
Policy-makers	Someone who decides new policies for a government, political party, etc. (Cambridge Dictionary, 2017).
Prevention	The act of stopping something from happening or of stopping someone from doing something (Cambridge Dictionary, 2017).
Programme	A specific manualised and named intervention.
Protective factors	Characteristics that reduce the likelihood of substance use.
Psychoactive substances	Substances that, when taken in or administered into one's system, act on the CNS to affect mental processes, e.g. cognition or affect. This term and its equivalent, 'psychotropic drug', are the most neutral and descriptive terms for the whole class of substances, licit and illicit, of interest to drug policy. 'Psychoactive' does not necessarily imply dependence-producing and, in common parlance, the term is often left unstated, as in 'drug use' or 'substance use' (WHO, n.d.).
Reach	In media, the number of viewers exposed to a communication
Receiver	A person or group to whom communications are directed.
Reinforcement	In persuasion, an inducement to accept the information being delivered.
Reliability of a measurement	How stable are the measurements when repeated over time? Also termed consistency.
Research	A systematic investigation, including development, testing and evaluation, designed to develop or contribute to generalisable knowledge.
Risk factors	Characteristics that interact with personal vulnerabilities to increase the likelihood of substance use.
School	A place where children go to be educated (Cambridge Dictionary, 2017).

Socialisation	A lifelong process by which culturally-appropriate and acceptable attitudes, norms, beliefs, and behaviours are transferred and internalized.
Source	The person or entity delivering the persuasive message.
Stakeholder	A person, group or organization, that has interest or concern in an organization, affected by a course of action.
Stigma	A set of negative and often unfair beliefs that a society or group of people have about something; disapproval of personal characteristics or beliefs that are against cultural norms; stigma often leads to status loss, discrimination, and exclusion from meaningful participation in society.
Substance use	Substances can be defined as tobacco products, alcohol, inhalants and other substances such as heroin, cocaine, cannabis and psychoactive prescription drugs (for non-medical use)
Substance use disorder	Substance use disorders span a wide variety of problems arising from substance use. These include dependence and physical harm, but also adverse social consequences, such as failure to meet social, family, educational or work obligations. Importantly, the individual will continue to use substances despite having experienced recurrent psychological and physical harms. The most well-known descriptions of substance use disorders are provided in the American Psychiatric Association's DSM-V and the WHO's ICD-11.
Supply reduction	Developing reasonable, clear and consistently enforced policies targeting the possession, use and sale of all substances, including alcohol and tobacco, on and around school grounds, and at all school-sponsored events.
Sustainability	The long-term, quality implementation of EBIs and the implementation systems that support their continuation.
Target group	The group of people whom a persuader hopes to influence or to whom the persuasive attempts are directed.
TOT model	Training of Trainers model This is a cascade model, where people certified as trainers can further ensure the training of new professionals.
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (VN-bureau voor drugs- en criminaliteitsbestrijding)
UPC-Adapt	The name of the project which enhanced the adaptation of the Universal Prevention Curriculum. This project was funded by the European Commission. Eleven partners from 9 European countries cooperated in this project.
Vulnerability	An individual disposition, determined by genetic, psychological and social factors, that makes the development of risky behaviours and mental disorders more likely. The obverse is known as resilience (Federal Office of Public Health, 2006)

BIJLAGE 3: INFOFICHE

- **EMCCDA – Quality Standards**

The European Drug Prevention Quality Standards provide a set of principles to help develop and assess the quality of drug prevention. They offer a comprehensive resource outlining all the elements of drug prevention activities. The EDPQS were developed by the European Prevention Standards Partnership from a research project co-funded by the European Union. The Partnership undertook a review and synthesis of existing international and national standards as well as consultations with more than 400 professionals in six European countries to identify what quality standards should apply to drug prevention activities.

(<http://prevention-standards.eu/standards/>)

- **UNODC/WHO: International Standards on Drug Use Prevention (second updated edition)**

These global International Standards summarise the currently available scientific evidence, describing interventions and policies that have been found to result in positive prevention outcomes and their characteristics. Concurrently, the global International Standards identify the major components and features of an effective national drug prevention system.

(http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf)

- **Council of the European Union (2015)**, Council conclusions on the implementation of the EU action plan on drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union.

- **Best practice portal – standards and guidelines:** <http://www.emcdda.europe.eu/best-practice/guidelines>

- **Health and social responses to drug problems: a European guide:** <http://www.emcdda.europe.eu/responses-guide>

Registers

Name	Country/Region	Website
Xchange	Europe	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange
Best Practice Portal	Europe	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en
The Green List	Germany	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
The Spanish Registry	Spain	http://prevencionbasadaenlaevidencia.net
Centre for Analysis of Youth Transitions database	United Kingdom	http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/
Blueprints	United States	https://www.blueprintsprograms.org
National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP)	United States	https://www.samhsa.gov/nrepp
Preventing drug use among children and adolescents	United States	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf



Met dit handboek kun je aan de slag als iemand die beslissingen neemt over preventie. Daarnaast is het een handig naslagwerk voor preventieopiniemakers en beleidsvoerders.

Het Europees preventiehandboek is een uitgave van het gerenommeerde European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) en gebaseerd op robuuste en recente gegevens uit de internationale preventiewetenschap.

De meeste studies die in het handboek beschreven worden, komen vanuit het werkveld van drugproblemen en -verslaving. Veel theorieën, modellen en methodes zijn echter ook bruikbaar op het bredere terrein van preventie. Hogeschool Gent stond aan de leiding van het Europees team dat het handboek samenstelde. De auteurs van de Nederlandse versie zijn alle drie actief in het preventieonderzoek en de opleiding Sociaal Werk van de Hogeschool Gent.



Annemie Coone is criminologe en sociaal werker. Ze gaf verschillende jaren als coördinator op intergemeentelijk niveau, vorm aan het gemeentelijk drugpreventiebeleid. Ze is mastertrainer voor het EMCDDA en verbonden aan de opleiding Sociaal Werk van de Hogeschool Gent waar ze onder andere preventie in de gezondheidscontext en onderzoek in het sociaal werk doceert.



Johan Jongbloet is cultureel antropoloog en socioloog. Hij werkt meer dan tien jaar aan ontwikkeling, implementatie en evaluatie van preventieve interventies, waarvan vijf jaar bij VAD – partnerorganisatie van de Vlaamse overheid. Daarnaast geeft hij wereldwijd trainingen voor intermediairs in preventie en geeft hij les in de bacheloropleiding Toegepaste Gezondheidswetenschappen aan Howest.



Peer van der Kreeft geeft als vormingswerker sinds 1989 training aan leerkrachten en andere jongerenwerkers in de kneepjes van het preventievak. Dat doet hij de laatste twintig jaar ook in andere continenten voor de EU en de Verenigde Naties. Hij geeft les op Hogeschool Gent, sociaal werk en is sinds 2019 voorzitter van de European Federation for Prevention Research (EUSPR)



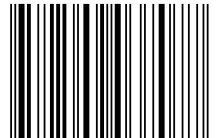
Medegefinancierd door
de Europese Unie



EUPC

politeia

ISBN 978-2-509-03707-7



9 782509 037077 >