

Jeugdverslavingszorg; belangrijk en onontbeerlijk onderdeel in de keten van de jeugdhulpverlening!

Actualiteit cijfers middelengebruik onder jongeren

De dalende trend die we sinds 2003 zagen in het gebruik van alcohol, tabak en cannabis onder jongeren op het VMBO, HAVO en VWO lijkt anno 2019 te stagneren en te stabiliseren (Rombouts, van Dorselaer, Scheffers-van Schayck, Tuithof, Kleinjan & Monshouwer, 2019). Dit blijkt onder andere wanneer de peiling van het Trimbos-instituut in 2019 wordt vergeleken met het HBSC-onderzoek in 2017. In deze vergelijking wordt allereerst zichtbaar dat het gebruik van tabak onder jongeren onveranderd is. Gezien de grote gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan roken is deze stabilisatie die nu voor het eerst sinds 2003 zichtbaar is, zorgelijk. Daarnaast lijkt het alcoholgebruik onder scholieren sinds 2015 gestabiliseerd. Gezien de bevinding dat binge drinken onder drinkers niet daalt, kunnen we constateren dat als jongeren eenmaal drinken, ze veel drinken. VMBO-b (basisberoepsgerichte leerweg) leerlingen vallen hierin op, omdat zij dit doen in forse hoeveelheden. Ook zien we dat het percentage scholieren dat ervaring heeft met cannabis stabiel blijft tussen 2017 en 2019. Het gebruik van cannabis lijkt vooral onder de oudere jongeren voor te komen en neemt versnelt toe naarmate de leeftijd vordert. Ook in het gebruik van cannabis en andere drugs valt de groep VMBO-b leerlingen op. Ten slotte had in 2015 nog één op de twaalf jongeren ervaring met lachgas, in 2019 is dat één op de tien. Ook hierin is te zien dat met name jongeren op het VMBO-b ervaring hebben met het gebruik van lachgas (Rombouts, et al., 2019).

Uit het EXPLORE onderzoek van het Trimbos-Instituut (Rombouts, Scheffers-van Schayk, van Dorselaer, Kleinjan, Onrust & Monshouwer, 2020) blijkt het middelengebruik binnen het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs behoorlijk gedaald in de afgelopen 11 jaren. Voor alle middelen, met uitzondering van het ooit gebruik van XTC binnen het praktijkonderwijs, is een daling zichtbaar. Deze bevindingen zijn grotendeels in lijn met de ontwikkeling binnen het VMBO, HAVO en VWO (Rombouts e.a., 2020a). Echter is het middelengebruik op het VMBO-b relatief hoog vergeleken met HAVO en VWO. Daarnaast ligt voor bijna alle middelen de prevalentie beduidend hoger in het cluster 4-onderwijs in vergelijking met het praktijkonderwijs en VMBO-b. Dit geldt voor roken (ooit, afgelopen maand en dagelijks), cannabisgebruik (ooit en afgelopen maand) en het gebruik van harddrugs, paddo's en lachgas ooit in het leven. Hiermee lijken cluster 4-leerlingen aanzienlijk kwetsbaarder voor middelengebruik en daaraan gerelateerde problematiek. Het cluster 4-onderwijs richt zich op jongeren met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen. Vanuit de onderzoeksliteratuur is bekend dat juist bij deze jongeren meer middelengebruik voorkomt (Kepper, 2013; Lammers, 2019; Lynskey & Fergusson, 1995; Nation & Heflinger 2006). Hieruit kunnen we concluderen dat zowel leerlingen binnen het VMBO-b als leerlingen binnen het praktijkonderwijs een risicogroep vormen voor middelengebruik.

Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- Onderzoek wijst uit dat jongeren die kwetsbaar zijn voor alcoholmisbruik en verslaving onvoldoende baat hebben bij universele preventie activiteiten (Preventure Lammers, 2019).

- Bij een deel van de cliënten die terecht komen in de verslavingszorg is sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB), waardoor de gebruikte benadering mogelijk onvoldoende aansluit.

Om het middelengebruik verder naar beneden te krijgen, om (het risico op) overmatig middelengebruik te voorkomen én om aanverwante problemen zoals comorbiditeit en uiteindelijk chroniciteit tegen te gaan, zal meer ingezet moeten worden op groepen die een hoger risico lopen op middelenmisbruik en verslavingsproblematiek. Daarnaast moet specialistische jeugdverslavingszorg sneller beschikbaar zijn waar preventieactiviteiten onvoldoende zijn.

Volgens het Trimbos-instituut telt Nederland jaarlijks 405.000 ouders met een psychische stoornis en/of verslaving. Deze ouders hebben tezamen 577.000 kinderen onder de 18 jaar, waarvan 423.000 kinderen van 12 jaar of jonger. Dit is de doelgroep Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV). We weten dat minderjarige KOPP/KOV-kinderen twee tot drie keer zoveel kans hebben om zelf ook psychische problemen of verslaving te ontwikkelen in hun leven ten opzichte van kinderen die opgroeien zonder ouders met deze problemen. Daarnaast doen minderjarige KOPP/KOV-kinderen vijf keer vaker een beroep op de gespecialiseerde jeugd-GGZ dan kinderen van ouders zonder psychische problemen en lopen KOPP/KOV-kinderen twee tot drie keer zoveel risico op kindermishandeling in de thuissituatie dan andere kinderen. Om schooluitval, complexe problematiek, gesloten jeugdzorg, dure zorgtrajecten en vele andere problemen op latere leeftijd te voorkomen is preventie, signaleren en tijdig ingrijpen bij KOPP/KOV-kinderen van belang. Hierbij helpt lokale en regionale samenwerking om tijdig de juiste zorg en ondersteuning te bieden.

Kenmerken doelgroep

Het belangrijkste verschil tussen wel of niet kansrijk opgroeien ontstaat in de eerste 1.000 dagen van een kind (preconceptieperiode, zwangerschap en de eerste twee levensjaren). Deze ontwikkelingsfase blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor zowel fysieke als mentale problemen op latere leeftijd (Struijs, Suijkerbuijk, van Dorst, de Bruin-Kooistra, Baan & 2019). Dit kan dan ook een belangrijke bron zijn voor comorbiditeit (hechtingsproblematiek, emotie regulatie problematiek, trauma, angsten, gedragsproblemen) dat later een risico kan vormen voor middelengebruik of verslaving. Ook de adolescentie is een belangrijke fase in de ontwikkeling van een kind. Dit is de periode waarin de basis wordt gelegd voor de rest van het volwassen leven. In deze fase is het de bedoeling dat jongeren een aantal ontwikkelingsfasen (Dreher & Dreher, 2002; Oerter & Dreher, 2008) tot een goed einde weten te brengen, zoals emotioneel onafhankelijk worden van ouders, een opleiding afmaken, werk vinden, zelfstandig wonen (Dekovic, Noom & Meeus, 1997), een eigen identiteit vormen (Erikson, 1950, 1968, 1982; Loose, Graaf & Zarbock, 2013) en zich (sociaal) verhouden tot leeftijdsgenoten en relaties aangaan (Delfos, 2011). Hier ontstaat dan ook het verschil tussen wel of niet kansrijk opgroeien. Uit onderzoek blijkt dat regelmatig middelengebruik allerlei negatieve gevolgen heeft zoals slechter presteren op school, schoolverzuim en ruzies in de thuissituatie (Ter Bogt, Van Lieshout, Doornwaard & Eijkemans, 2009). Ook komt in Nederlands onderzoek naar voren dat alcohol en cannabis gebruik risicofactoren zijn voor spijbelen, geringe

schoolmotivatie en schoolprestaties. Dit zijn sterke factoren voor schooluitval. Naast de gevolgen voor de jongere zelf en zijn gezin heeft verslaving ook grote maatschappelijke gevolgen. Denk aan overlast op straat, geweld, verwervingscriminaliteit en verkeersongevallen (Over et al., 2016).

Jongeren krijgen veelal in de (pre)puberale levensfase last van problematisch middelengebruik of een (gedrags)verslaving. Uit Europees onderzoek (ESPAD Group, 2020) blijkt dat de beginleeftijd van cannabis gebruik in Nederland 15,2 jaar is. Uit onderzoek blijkt dat 75% van de psychische aandoeningen (inclusief verslaving) voor het 25^e levensjaar ontstaat (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Daarnaast is vroeg begin van middelengebruik (vooral onder de 15 jaar) geassocieerd met een hoger percentage van symptomen van afhankelijkheid, zowel gelijktijdig als 20 jaar later, de verhoging van kans op uitbreiding naar het gebruik van meerdere stoffen en het begin van andere psychiatrische problemen (Anthony & Petronis, 1995). Daarom is het vroeg signaleren en ingrijpen bij middelengebruik en onderliggende comorbiditeit van groot belang.

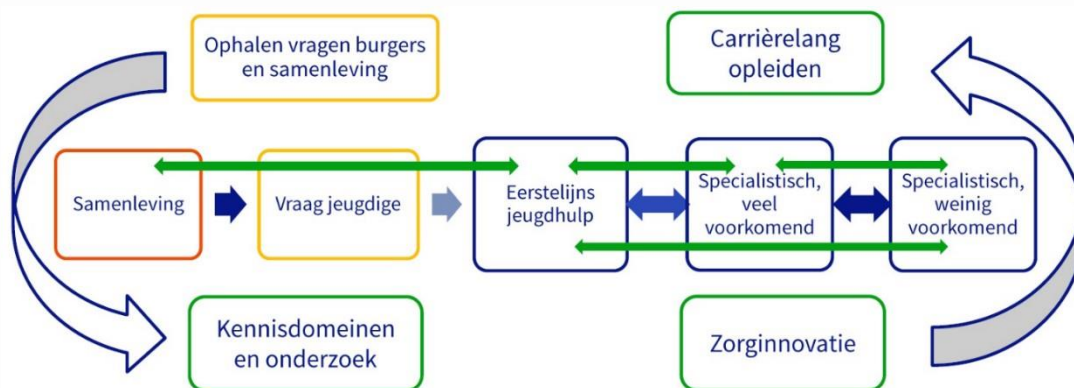
Binnen de jeugdverslavingszorg zien we dat in de doelgroep waar middelenmisbruik voorkomt, vaak complexe problematiek speelt. Naast middelenmisbruik of verslaving hebben de meeste jonge cliënten die worden behandeld in de jeugdverslavingszorg een stoornis in de psychosociale ontwikkeling en hechting die problemen veroorzaakt in de sociaal-emotionele ontwikkeling en de autonomie- en identiteitsvorming. Veel jongeren hebben daarnaast een psychiatrische aandoening (welke zich juist vaak in de adolescentie openbaart) en bij sommige jongeren is sprake van een licht verstandelijke beperking. Dit betekent dat er bij de jongeren die terecht komen in de jeugdverslavingszorg bijna altijd sprake is van dubbel of triple problematiek of zeer regelmatig multi problematiek (als bij ouders ook sprake is van psychiatrie en/of verslaving). Er is dan ook sprake van een complexe zorgvraag, die een geïntegreerde behandeling vraagt. Het gebruik van middelen kan in deze gevallen dan ook nogal eens als middel dienen om de gevolgen van deze problemen te verzachten (zoals trauma, angst, depressie of ADHD). De intrinsieke motivatie om zich te melden bij de jeugdverslavingszorg ontbreekt daardoor in veel gevallen bij de jongeren. Ook kan er sprake zijn van schaamte (zelfstigma), waardoor de drempel om hulp te zoeken hoger wordt. Ten slotte is de behandeling voor de comorbide problematiek niet effectief wanneer er niet wordt behandeld op de verslaving. Daarom is het van belang altijd eerst de verslaving of tenminste de verslaving in combinatie met andere problematiek gezamenlijk te behandelen.

Relevantie van de jeugdverslavingszorg

Het probleem is echter dat in het huidige jeugdhulpverleningslandschap de jeugdverslavingszorg nauwelijks in beeld is. Ter illustratie: uit onderzoek blijkt dat 75.000 jongeren in Nederland kampen met problematisch cannabisgebruik en hiervan maar 5% de verslavingszorg bereikt (Over, van Gils, Suijkerbuijk, Lokkerbol, de Wit, 2016). We zien het aantal aanmeldingen in de jeugdverslavingszorg terug lopen met 30-90% sinds de decentralisatie van de jeugdverslavingszorg naar de gemeenten in 2015 en de bezuinigingen die daarmee gepaard gingen. Daarentegen daalt het aantal jongeren dat kampt met een verslaving niet (Over et al., 2016). Ook zien we dat de jongeren die bij de verslavingszorg binnen komen veelal op meerdere levensgebieden zijn vastgelopen.

De ervaringen zijn dat in de eerste lijn, zoals bij wijkteams en Gecertificeerde Instellingen, onvoldoende gescreend wordt op verslavingsproblemen, al dan niet deze problematiek op waarde schatten. Ditzelfde geldt in het jeugdhulplandschap. Daarnaast wordt ervaren dat door onvoldoende kennis, maar ook financiën, de jeugdverslavingszorg lijdt onder de hoofd- en onderaannemer constructies zoals die veelvuldig worden toegepast door gemeenten. Tenslotte is er sprake van ongewenste schotten tussen Preventie, Outreachend jongerenwerk en Bemoeizorg (subsidie middels centrumgemeenten), Jeugdwet 18- (per gemeente of regio) en de Zorgverzekeringswet (18+).

Onderstaand figuur (figuur 1) geeft een schematische weergave van het totale jeugdhulplandschap. De verslavingszorginstellingen aangesloten bij de netwerkorganisatie Verslavingskunde Nederland bevinden zich veelal in de categorie “specialistisch, weinig voorkomend”, terwijl middelengebruik juist veel voorkomt onder jongeren. We willen dat middelenproblematiek en verslaving eerder herkend wordt (op scholen, in de 1^e lijn, in de volwassen GGZ, door medewerkers in de wijkteams en in jeugdzorgvelden), zodat jongeren eerder verwezen kunnen worden en sneller in zorg komen bij de verslavingszorg. Hiermee wordt ernstigere problematiek bij de jongeren voorkomen. Als dat het geval is, zal de verslavingszorg terecht komen in het veld “specialistisch, veel voorkomend”.



Figuur 1 Schematische weergave van het totale jeugdhulplandschap¹

Als we kinderen en jongeren de kans willen bieden om veilig en gezond op te groeien is het essentieel dat de jeugdverslavingszorg bekend, erkend en herkend wordt in het jeugdhulplandschap. Wanneer middelengebruik laat of niet wordt gesignaleerd en niet tijdig wordt ingegrepen, kunnen problemen verergeren en wordt ontstane scheefgroei in de ontwikkeling steeds lastiger te herstellen. De investering in de verslavingszorg levert daarnaast daadwerkelijk wat op.

¹ <https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/handreiking-passende-zorg-en-behandeling-voor-jeugdigen/2017-03-schematische-weergave-totale-jeugdhulplandschap-kl/>.

Dit blijkt onder andere uit de maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) “CGT bij alcohol- en cannabisverslaving”, welke is uitgevoerd door het RIVM. Per persoon die Cognitieve Gedragstherapie heeft doorlopen zijn de baten over een periode van tien jaar 10.000 tot 14.000 euro. Dit betekent dat elke geïnvesteerde euro, zo’n zes euro oplevert.

Literatuurlijst

Anthony, J.C. & Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and alcohol dependence*, 40(1), 9-15. doi:10.1016/0376-8716(95)01194-3

Dekovic, M., Noom, M.J., Meeus, W. (1997). Verwachtingen van jongeren en ouders over ontwikkelingstaken in de adolescentiefase. *Kind en adolescent*, 18(77)

Delfos, M. F. (2011). *Ontwikkeling in vogelvlucht. Ontwikkeling van kinderen en adolescenten*, Amsterdam. Pearson.

Dreher, E. & Dreher, M. (2002). Familienstatus und Ablosing. In B. Rollet & H. Wernek (red.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (pp. 137-157). Gottingen: Hogrefe.

ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg. doi:10.2810/877033

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed* (paperback reprint ed.). New York: Norton.

Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic reviews*, 26. DOI: 10.1093/epirev/mxh007

Kepper, A. (2013). *Substance use among adolescents in special education and residential youth care*. (Doctoral dissertation). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Kessler, R., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

Lammers, J. (2019). *Curbing young adolescents' alcohol abuse: Time to revisit the Prevention Paradox?* (Doctoral dissertation). Utrecht: Trimbos-instituut & Universiteit Utrecht.

Loose, Graaf & Zarbock, 2013. Oorspronkelijke titel: Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen, Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013. Nederlandse vertaling, M. Bootsma 2015, Uitgeverij Nieuwezijds.

Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(3), 281-302.

Nation, M., & Heflinger, C. A. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: The role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 415-433.

Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (2008). *Entwicklungspsychologie (6. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.

Over, E.A.B., van Gils, P.F., Suijkerbuijk, A.W.M., Lokkerbol, J. & de Wit, G.A. (2016). Maatschappelijke kosten-baten analyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol- en cannabisverslaving. *RIVM Briefrapport 2016-0193*

Rombouts, M., Scheffers-van Schayck, T., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., Onrust, S. & Monshouwer, K. (2020). Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster-4 onderwijs. Trimbos-Instituut, Utrecht.

Ter Bogt, T., van Lieshout, M., Doornwaard, S. & Eijkemans, Y. (2009). Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten. Universiteit Utrecht en Trimbos-instituut

M. Rombouts, S. van Dorsselaer, T. Scheffers-van Schayck, M. Tuithof, M. Kleinjan, K. Monshouwer. Jeugd en riskant gedrag, kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek 2019 scholieren 2019, Trimbos-Instituut.

Struijs, J., Suijkerbuijk, A., van Dorst, H., de Bruin-Kooijstra, M. & Baan, C. (2019). Indicatoren Kansrijke Start. Een Dephi-studie. *RIVM*

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