

## **Jeugdverslavingszorg; belangrijk en onontbeerlijk onderdeel in de keten van de jeugdhulpverlening! - Versie 2024**

### 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 Dorsselaer, Scheffers-van Schayck, Tuithof, Kleinjan & Monshouwer, 2019). Dit blijkt onder andere wanneer de peiling van het Trimbos-instituut in 2019 wordt vergeleken met het HBSConderzoek in 2017. Het betreft een langer durende stabilisatie. Ook in 2021 blijkt dat het gebruik van alcohol, tabak en cannabis onder scholieren onveranderd is gebleven ([Trimbos](#)).

Het gebruik van de e-sigaret (vapes) heeft inmiddels een vlucht genomen onder jongeren, blijkt uit recente (2023) cijfers van het [Trimbos-Instituut](#). Bijna net zoveel jongeren roken als vaperen. 27,4 procent van de Nederlandse jongeren en jongvolwassenen (12 tot en met 25 jaar) heeft sigaretten gerookt in het afgelopen jaar. En 21,7% heeft afgelopen jaar een e-sigaret gebruikt. Het percentage jongeren die maandelijks e-sigaretten en gewone sigaretten rookt betreft 69,1%. Dit betekent dat zij worden blootgesteld aan de schadelijke vape-dampen en de schadelijke stoffen uit sigaretten. Onder de minderjarige jongeren was het gebruik van de vape opvallend hoog: 10,2 % bij 10-12 jarigen en 23,3% bij de 15-17 jarigen.

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 2021 ([Trimbos](#)). Het gebruik van cannabis lijkt vooral onder de oudere jongeren voor te komen en neemt versneld 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). Sinds 2019 neemt het gebruik van lachgas onder jongeren in het voortgezet onderwijs af naar 5% in 2021 ([Trimbos-Instituut](#)).

Uit het EXPLORE onderzoek van het Trimbos-Instituut (Rombouts, Scheffers-van Schayck, van Dorsselaer, 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 cluster 4-onderwijs, 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 gehanteerde 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.

### 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).

Wanneer we spreken over wel of niet kansrijk opgroeien verdient de groep kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslaving (KOPP/KOV problematiek) extra aandacht. Problematisch middelengebruik beïnvloedt het hele gezin en het vraagt van betrokken gezinsleden veel aanpassing. De kinderen ervaren al op jonge leeftijd stress, veroorzaakt door de psychische problemen en de levensstijl van de ouders. Een veilige gezonde hechting en een gezonde ontwikkeling worden belemmerd en de kans voor het zelf ontwikkelen van verslavingsproblematiek wordt vergroot; transgenerationale overdracht. Op basis van recente cijfers uit 2023 wordt ingeschat dat er in Nederland 671.000 ouders een psychische aandoening en/of middelstoornis hebben. Dit betekent dat ongeveer 900.000 kinderen onder de 18 jaar in Nederland opgroeien met een ouder met een stoornis in middelengebruik en/of psychische aandoening. Kortom, ruim een kwart (27,9%) van alle thuiswonende kinderen heeft een ouder met problematisch middelengebruik en/of psychische problemen ([Trimbos](#)). KOPP/KOV kinderen hebben twee tot vier keer meer kans dan andere jeugdigen om zelf een verslaving of psychische problematiek te ontwikkelen gedurende hun leven ([Trimbos](#)). Preventie, tijdig signaleren en anticiperen zijn belangrijk om schooluitval, complexe problemen, dure zorgtrajecten en veel problemen op latere leeftijd te voorkomen (Jeugdverslavingszorg). Uit onderzoek blijkt dat met inzet van preventieve interventies voor KOPP/KOV kinderen het risico op het ontwikkelen van psychopathologie bij het kind met 40% afneemt. Het is belangrijk dat het preventie-aanbod niet alleen wordt ingezet wanneer er zorgen zijn over de jeugdige, maar ook al voordat de zorgen ontstaan ([Trimbos](#)). Naast dat de interventies de jeugdigen veel opleveren, zijn de preventieve interventies ook kosteneffectief ([Trimbos](#)).

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<sup>e</sup> 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.

We zien binnen de jeugdverslavingszorg dat er vaak complexe problematiek speelt bij de doelgroep waar middelenmisbruik voorkomt. Wanneer jongeren zich aanmelden bij de verslavingszorg is meer dan 90% fors verslaafd ([jeugdverslavingszorg](#)). 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.

Wanneer we dit in cijfers uitdrukken is de meest voorkomende comorbide problematiek in de

jeugdverslavingszorg:

- Depressie (meer dan 50%)
- Angststoornissen
- Problemen tussen ouder en kind (36,4%)
- PTSS (30%)
- ADHD (26%)
- Problemen op school of studie (15,1%)

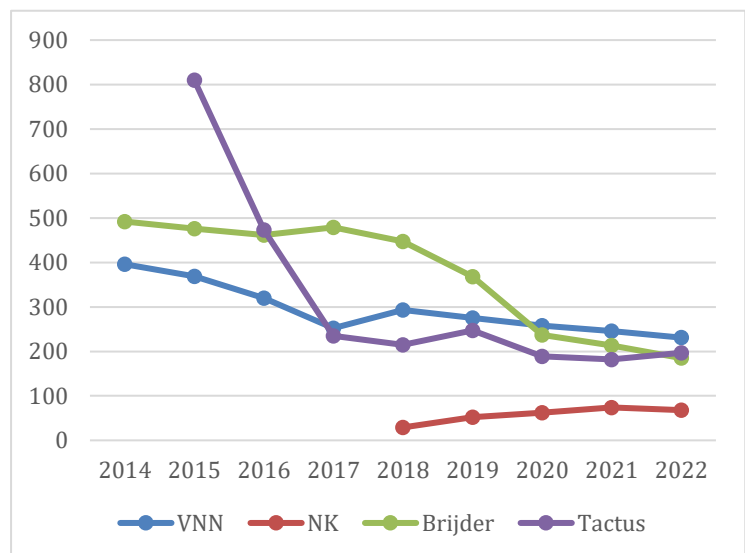
Dit betekent dat er bij de jongeren die terecht komen in de jeugdverslavingszorg bijna altijd sprake is van dubbel of triple problematiek of zeer regelmatig multi problematiek (als bij ouders ook sprake is van psychiatrie en/of verslaving). Er is dan ook sprake van een complexe zorgvraag, die een geïntegreerde 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 binnen de huidige jeugdhulp de verslavingsproblematiek en 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 drastisch terug lopen sinds de decentralisatie van de jeugdverslavingszorg naar de gemeenten in 2015 en de bezuinigingen die daarmee gepaard gingen. In de bijgevoegde grafiek is de instroom van jeugdigen bij enkele grote aanbieders van verslavingszorg in Nederland gevisualiseerd. Wat opvalt is het lage aantal jeugdigen die instromen in de verslavingszorg. Daarentegen daalt het aantal jongeren dat kampt met een verslaving niet (Over et al., 2016). Dit fundeert de conclusie dat de instroom van jeugdigen in de jeugdverslavingszorg achterblijft en dit baart zorgen. Vaak komen jeugdigen pas na hun 18<sup>e</sup> jaar in beeld bij de verslavingszorg, terwijl het problematische gebruik al veel eerder is begonnen. Bij binnenkomst in de verslavingszorg zijn deze jongeren veelal op meerdere levensgebieden vastgelopen. Wetende dat verslavingsproblematiek vaak in de prepuberteit begint, is dit een zorgwekkende ontwikkeling voor de toekomst.

Momenteel vindt een omvangrijk onderzoek plaats in de landelijke jeugdverslavingszorg. Dit onderzoek heet [Youth in Transition](#). Tijdens de dag van Verslavingskunde Nederland in oktober 2023 is het onderzoek nader toegelicht. In het YIT-onderzoek worden

jongeren die in behandeling komen in een verslavingszorginstelling langdurig (6 jaar) gevolgd. Er wordt onderzocht welke kenmerken en eigenschappen van jongeren "voordelig" en welke "nadelig" zijn voor het verloop van de behandeling en van de verslaving. 10% van de toen aanwezige populatie in de jeugdverslavingszorg is opgenomen in het onderzoek. Dit betekent 420 deelnemers. Deze 420 jongeren worden gevolgd tijdens de behandeling, bij afronden van de behandeling, 2 jaar en 4 jaar na afronden van de behandeling.



Aangaande de context van de deelnemers:

- 23% van de jeugdigen was eerder behandeld voor een verslaving.
- Ongeveer twee derde (60 à 66%) is eerder behandeld voor psychische problemen.
- Bij 43 % van de deelnemers heeft één of beide ouders een verslaving (alcohol/drugs).
- En bij 51% van de deelnemers heeft één of beide ouders een psychiatrische aandoening.

In oktober 2023 zijn de eerste voorlopige resultaten van de meting na twee jaar verzameld en geanalyseerd. De publicatie van deze voorlopige resultaten volgt.

#### De zorgen in de jeugdverslavingszorg

Er zijn verschillende zorgen in de jeugdverslavingszorg.

De ervaringen zijn dat in de jeugdhulp, maar ook in de eerste lijn, zoals bij wijkteams en Gecertificeerde Instellingen, onvoldoende en niet systematisch gescreend wordt op verslavingsproblemen, of dat deze problematiek niet op waarde wordt geschat.

Daarnaast lijdt de jeugdverslavingszorg onder de enorm versnipperde zorginkoop, hoofd- en onderaannemer constructies zoals die veelvuldig worden toegepast door gemeenten en de lage tarieven. 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+). Zoals in de [Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028](#) wordt erkend is de marktwerking doorgeschoten. Het zorglandschap is onoverzichtelijk geworden en de noodzakelijke samenwerking wordt hierdoor bemoeilijkt. Ook schort het aan beschikbare en passende zorg voor de meest kwetsbare kinderen.

De jongeren die gebruik maken van het jeugdhulplandschap lopen een verhoogd risico om problematisch gebruik te ontwikkelen. Daarom dient er breed kennis aanwezig te zijn van middelengebruik en -misbruik in het jeugdhulplandschap. Dit kan door het geven van preventie, deskundigheidsbevordering van personeel, beschikbaar zijn voor consultatie vanuit de verslavingszorg en structurele afspraken tussen jeugdhulp en verslavingszorg over behandeling.

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 en voorkomen wordt op scholen, in de 1<sup>e</sup> lijn, bij de kinderen van de volwassenen in de GGZ, door medewerkers in de wijkteams en in jeugdzorgvelden. Dan kunnen jongeren eerder profiteren van verslavingskunde (voorlichting op maat, advies, korte interventies en/of behandeling) en kunnen we vroeg interveniëren voordat middelengebruik uit de hand loopt. Hiermee wordt ernstigere problematiek bij de jongeren voorkomen. Als dat het geval is, zal de verslavingszorg terecht komen in het veld “specialistisch, veel voorkomend”.



### De toekomst van de jeugdverslavingszorg

De jeugd heeft de toekomst. En daarom is een goede start erg van belang, zo staat ook vermeld in de [Hervormingsagenda jeugd 2023-2028](#). 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. Het bereik moet worden vergroot.

In de samenleving is een verschuiving zichtbaar in het denken over gezondheid en ziekte, te weten van de behandeling van ziekte naar het voorkomen van ziekte. En het inzetten op een gezonde leefstijl. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt steeds dat het belangrijk is in te zetten op preventie, zowel mentaal als fysiek. Volgens de Sociaal-Economische Raad (SER) is 'preventie de sleutel' ([ZorgWelzijn](#)). Deze beweging is eveneens omarmd in het [Integraal Zorgakkoord](#), het [Nationaal Preventieakkoord](#) en het [Gezond en Actief Leven Akkoord](#) (GALA).

Het is daarbij ook van belang te investeren in verslavingspreventie en op de gehele breedte van preventie actief te zijn.

Een beweging naar de voorkant is van belang. Dit betreft een investering in het voorkomen van problematisch gebruik en van (toekomstige) problemen die door het gebruik kunnen ontstaan. Immers, riskant gebruik kan problemen op verschillende leefgebieden teweegbrengen. Daarnaast heeft middelenmisbruik ook bredere maatschappelijke gevolgen, zoals overlast, geweld, criminaliteit en verkeersovertredingen. Met verslavingspreventie wordt dus meer dan alleen verslaving voorkomen (Berg & Schoemaker, 2010). Verslavingskunde Nederland maakt zich sterk voor kwalitatief goede verslavingspreventie met een zo groot mogelijk bereik. Er is [één integraal basispakket preventie](#) ontwikkeld die gemeenten en lokale partners kunnen benutten in het kader van verslavingspreventie in hun regio. In dit basispakket staat opgenomen wat gemeenten en lokale partners zouden moeten inzetten in het kader van verslavingspreventie. Structurele bekostiging en inzet van dit basispakket in alle gemeenten is dan ook gewenst en noodzakelijk om problematisch gebruik en de vele (maatschappelijke) gevolgen hiervan zoveel mogelijk te voorkomen.

De jeugdverslavingszorg-keten in Nederland bestaat niet alleen uit preventie. Er zijn verschillende belangrijke schakels, te weten:

- Preventie,
- Consultatie en advies,
- Ambulante jeugdverslavingszorg (JVZ)
- Klinische detox, crisisopname, diagnostiek en behandeling
- Deelname van JVZ-medewerker in de keten, zoals een FACT-team.

Zie onderstaand figuur voor een visualisatie van de keten ([jeugdverslavingszorg](#)).



Als expert in de jeugdverslavingszorg vinden we het belangrijk om in het gehele jeugdhulpverleningslandschap aanwezig te zijn. Het bereik moet groter. Daarom brengen we onze verslavings-expertise graag naar de voorkant van de keten.

Dit betekent dat het basispakket preventie in alle gemeenten ingezet zou moeten worden. En zoals eerder genoemd zijn we graag beschikbaar om onze expertise van de jeugdverslavingszorg te delen met de lokale professionals ten behoeve van het welbevinden van de jeugdigen, middels consultatie & advies. De ambulante jeugdverslavingszorg dient landelijk beschikbaar te zijn voor alle jeugdigen. Zeker bij de jeugdigen die kwetsbaar zijn en reeds bekend zijn in de jeugdhulpverlening is aandacht voor (het voorkomen van) problematisch gebruik van belang. Daarom is structurele samenwerking tussen de instanties voor jeugdhulp en de jeugdverslavingszorg onontbeerlijk. Juist deze kwetsbare jongeren profiteren immers onvoldoende van de universele preventie. Outreachende zorg is noodzakelijk om deze jongeren te bereiken, te motiveren en toe te leiden naar zorg. Daarom is de jeugdverslavingszorg bij voorkeur op de locaties van de jeugdhulpaanbieders aanwezig. Daarom pleiten we ervoor dat financiers in hun contractuele voorwaarden met de jeugdhulpaanbieders structurele samenwerking met de jeugdverslavingszorg opneemt.

De klinische, hoog specialistische, complexe en weinig voorkomende jeugdverslavingszorg concentreert zich op 4 locaties in Nederland. Dit betreffen VNN in noord-Nederland, De Brijder in het westen van Nederland, Tactus Verslavingszorg in het oosten van Nederland en Novadic-Kentron in het zuiden van Nederland. Door deze zorg te concentreren verhogen we kwaliteit van de klinische jeugdverslavingszorg.



Concluderend kunnen we stellen dat ons grote gezamenlijke belang is om verslaving te voorkomen. En vroegsignalering en toeleiding naar passende zorg indien toch problematisch gebruik ontstaat. Daarom vinden we het belangrijk om beschikbaar en ondersteunend te zijn in het gehele veld van de jeugdhulp. We delen onze specialistische kennis door preventieve werkzaamheden, advies en consultatie, mee te behandelen en deskundigheidsbevordering.

De investering in de verslavingszorg levert daarnaast daadwerkelijk wat op. 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.

**Actiepunten die nodig zijn om de actualiteit vanuit de jeugdverslavingszorg te beïnvloeden**

Nr.	Uitwerking	Actiepunten
1.	<p>Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt steeds dat het belangrijk is in te zetten op preventie, zowel mentaal als fysiek. Volgens de Sociaal-Economische Raad (SER) is 'preventie de sleutel' (<a href="#">ZorgWelzijn</a>). Deze beweging is eveneens omarmd in het <a href="#">Integraal Zorgakkoord</a>, het <a href="#">Nationaal Preventieakkoord</a> en het <a href="#">Gezond en Actief Leven Akkoord</a> (GALA).</p> <p>Het is daarbij ook van belang te investeren in verslavingspreventie en op de gehele breedte van preventie actief te zijn. <a href="#">Lokaal samenwerken aan verslavingspreventie</a> is een must. Net als aandacht voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Afspraken maken over geormerkte structurele budgetten voor de inzet van het <a href="#">basispakket verslavingspreventie</a> in alle regio's.</li> <li><input type="checkbox"/> In alle regio's is het voor jeugdigen mogelijk om deel te nemen aan KOPP/KOV groepen of individueel KOPP/KOV aanbod.</li> </ul>
2.	<p>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. Vroegsignalering is dus belangrijk. Daarom vinden we het noodzakelijk dat er binnen alle vormen van jeugdhulp structureel gescreend wordt op problematisch gebruik. Zowel in de laagdrempelige jeugdhulp aan de voorkant als in de hoog-specialistische zorg. We stellen onze expertise beschikbaar voor scholing en advies en indien nodig wordt snel verwezen naar de verslavingszorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Structurele screening op problematisch gebruik binnen alle vormen van jeugdhulp.</li> <li><input type="checkbox"/> Snelle verwijzing naar de verslavingszorg indien sprake is van problematisch gebruik.</li> </ul>
3.	<p>In de <a href="#">Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028</a> is de ambitie geformuleerd om de jeugdhulp laagdrempelig en dichtbij huis te organiseren. In lokale teams werken goed opgeleide professionals die in goede verbinding staan met de specialistische zorg. De jeugdverslavingszorg wil nauw samenwerken met de lokale teams en er zijn mogelijkheden voor consultatie en advies. De jeugdverslavingszorg kan op die wijze expertise toevoegen aan het lokale veld, de (residentiële) jeugdhulp, en binnen de regionale expertiseteams Jeugd .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> In de lokale teams werken goed opgeleide professionals die nauw samenwerken met de specialistische verslavingszorg.</li> <li><input type="checkbox"/> De jeugdverslavingszorg biedt o.a. advies,</li> </ul>

		consultatie en deskundigheidsbevordering.
4.	In veel gezinnen waar jeugdhulp wordt ingezet, speelt ggz-problematiek waaronder verslavingsproblematiek bij de ouders. Uit recente cijfers blijkt dat 27,9% van alle thuiswonende kinderen een ouder heeft met problematisch middelengebruik en/of psychiatrische problemen ( <a href="#">Trimbos</a> ). Die problematiek is van invloed op de jongere en andersom. Het is daarom belangrijk voor de effectiviteit van de zorg voor het gehele gezin dat de samenwerking tussen de jeugdhulp en volwassenen-ggz goed verloopt. Om die reden zetten we in op het vergroten van mogelijkheden en beschikbaarheid van expertise uit de jeugdverslavingszorg.	<input type="checkbox"/> Passende zorg voor het hele gezin, door goede samenwerking tussen jeugdhulp en volwassenen-ggz. <input type="checkbox"/> Beschikbaarheid van consultatie, advies, duaal behandelen vanuit de jeugdverslavingszorg.
5.	In de hoog-specialistische en/of residentiële jeugdhulp is sprake van complexe problematiek. Vaak zijn er comorbide verslavingsproblemen, die nog niet altijd onderkend zijn. Nauwe samenwerking met de verslavingszorg is noodzakelijk om de problematiek integraal en in samenhang op te pakken. Ook structurele en bovenregionale financiering is hiervoor noodzakelijk.	<input type="checkbox"/> Beschikbaarheid van consultatie, advies, duaal behandelen vanuit de jeugdverslavingszorg. <input type="checkbox"/> Samenwerking met jeugdverslavingszorg opnemen als contractuele voorwaarde in de overeenkomst tussen financier en aanbieder van jeugdhulp. <input type="checkbox"/> Structurele en bovenregionale financiering van de hoog-specialistische jeugdverslavingsbehandeling.

6.	Samenwerking is essentieel. Participatie in de regionale expertise teams is dan ook belangrijk om te zorgen dat er voldoende aandacht is voor verslaving(sgerelateerde problematiek).	<input type="checkbox"/> De jeugdverslavingszorg participeert in ieder RET-team.
7.	Samenwerking met Jeugdzorg Nederland, de Nederlandse GGZ en Gecertificeerde Instellingen is onontbeerlijk.	<input type="checkbox"/> Structurele samenwerking tussen de jeugdverslavingszorg en Jeugdzorg Nederland, de Nederlandse GGZ en Gecertificeerde Instellingen.
8.	Er wordt een handreiking jeugdverslavingszorg geformuleerd en wanneer dit kan toegewerkt naar een GGZ Standaard jeugdverslavingszorg. Dit levert een bijdrage aan een uniforme werkwijze binnen de jeugdverslavingszorg. Gevolg is het vergroten van de kwaliteit van de geleverde zorg.	<input type="checkbox"/> Ontwikkeling van een handreiking jeugdverslavingszorg.
9.	Samenwerking met VWS en VNG over de financiering en maatschappelijke ontwikkeling van de jeugdverslavingszorg.	<input type="checkbox"/> Structurele samenwerkingsafspraken tussen de jeugdverslavingszorg, VWS en VNG.

### 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.

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. Bootsm 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.