

Interventie

Brains4use

Samenvatting

Doelgroep

Brains4Use is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar, die zijn opgenomen in een JJI of in een niet gesloten residentiele setting en problematisch middelengebruik vertonen.

Doel

Het hoofddoel van Brains4Use is het verminderen van de kans op delict- en risicovol gedrag door middel van het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik bij jongeren. Dit doel wordt behaald middels het motiveren van de jongere en hem inzicht geven in het probleem alsmede het creëren van een positief sociaal netwerk en vrijetijdsbesteding.

Aanpak

Brains4Use is een cognitief-gedragsmatige interventie. In twaalf wekelijkse gesprekken komen verschillende relevante onderwerpen met betrekking tot middelengebruik aan bod. Door motiverende gespreksvoering en het aanleren van cognitieve en praktische vaardigheden krijgt de jongere controle over het middelengebruik. Ouders krijgen in één á twee gesprekken van een uur specifieke voorlichting over middelengebruik en de risico's hiervan voor de betreffende jongere.

Materiaal

Bij Brains4Use horen een Werkboek 'Brains4Use Weet Wat Je Doet' en een programmahandleiding Brains4Use voor de consulenten. Daarnaast is er een managementhandleiding en een opleidingshandleiding beschikbaar.

Onderbouwing

Jongeren binnen de residentiele jeugdzorg en delinquente jongeren hebben vaker problemen met middelengebruik. Dit middelengebruik hangt weer samen met andere risicofactoren voor een antisociale ontwikkeling en maatschappelijke uitval zoals gedrag- en/of emotionele problemen, psychiatrische problematiek, deviante 'peers' en gezinsproblematiek. Deze bundeling aan risicofactoren houdt elkaar in stand en versterkt elkaar. Daarbij belemmert middelengebruik de mogelijkheid te profiteren van andere behandelingen. Jongeren zijn echter niet altijd gemotiveerd voor behandeling, en behandeling van middelengebruik gaat met vallen en opstaan. Door middel van motiverende gespreksvoering en terugval zien als een natuurlijk verschijnsel bij behandeling van middelproblematiek, wordt in een aantal sessies gewerkt aan gedragsverandering. Hierbij wordt niet alleen gefocust op het niet meer gebruiken van middelen, maar juist ook op het creëren van andere coping strategieën.

Onderzoek

Een pilot studie Brains4Use laat een afname van drugsgebruik van 60% zien na het algemene en individuele programma. De scores op de urinetesten van de controlegroep zijn hetzelfde gebleven gedurende dezelfde periode. Zes maanden na afloop van de training bleek 7% van de urinecontroles afgenomen in de experimentele groep positief, tegenover 14% in de controlegroep (Hoekstra, 2002).

Uit een procesevaluatie onder vijf JJI's om te bepalen of over gegaan kon worden op grootschalig doelmatigheidsonderzoek bleek dat de programma integriteit op dat moment onvoldoende was. Op basis daarvan zijn vervolgens eerst een aantal aanscherpingen doorgevoerd.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie justitie d.d 11-12-2015

Oordeel: Goed onderbouwd

Toelichting:

De onderbouwing van Brains4use is goed uitgewerkt en de werkzame elementen zijn uitvoerig en consistent beschreven. Brains4Use is vooral gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, waarvan het effect in internationaal onderzoek is aangetoond.

De referentie naar dit document is:

Angela van den Berg, Lieke van Domburgh, Nicoline Hoekstra

(September 2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Brains4use'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Brains4Use is bedoeld voor jongeren die voor delinquent gedrag opgenomen zijn in een JJI of in een niet gesloten residentiële setting en die problematisch middelen gebruiken. Van problematisch gebruik wordt gesproken wanneer een jongere veelvuldig en langdurig alcohol of drugs gebruikt ondanks de problemen die dat veroorzaakt. Dit kunnen problemen zijn met het nakomen van zijn verplichtingen op school, op het werk of thuis of herhaaldelijk in aanraking komen met justitie (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Delicten kunnen op verschillende manieren aan middelen gerelateerd zijn. Ten eerste kunnen delicten worden gepleegd onder invloed van middelen. Ten tweede kunnen delicten gepleegd zijn om middelen te kunnen verkrijgen. Ten derde kunnen delicten gepleegd worden in de vorm van handel/teelt van middelen. Tot slot kunnen zowel het middelengebruik als het deel uitmaken van een deviante levensstijl (Cohen, Lipsey, Wilson & Derzon, 1994; Derzon & Lipsey, 1999). Brains4Use heeft als doel het voorkomen van (opnieuw) delinquent en risicovol gedrag door het middelengebruik.

Meerdere studies geven aan dat jongeren die in Nederland in een JJI verblijven, voorafgaand aan hun verblijf in de JJI beduidend meer middelen gebruikten dan scholieren uit de algemene bevolking.

Onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars zijn er relatief veel actuele gebruikers van cannabis. Zo is gemiddeld een op de drie (34%) jongeren in de residentiële jeugdzorg een actuele cannabisgebruikers. Van de jongens in justitiële jeugdinrichtingen heeft 65% in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting cannabis gebruikt (Van Laar, Cruys, Van Ooyen-Houden, Meijer, Croes & Ketelaars, 2012).

Niet alleen cannabisgebruik maar ook gebruik van andere drugs komt in bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen vaker voor dan in de doorsnee bevolking. Zo is het percentage drugsgebruikers relatief hoog onder dak- en thuislozen, spijbelaars, jongeren in de residentiële jeugdzorg, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven. In 2008/2009 was bijvoorbeeld het percentage XTC-gebruikers van 15-35 jaar onder bezoekers van clubs en grootschalige party's respectievelijk 16% en 31%, tegenover 3% onder leeftijdgenoten in de doorsnee bevolking (Van der Poel, Doekkie, Verdurmen, Wouters & Van Laar, 2010).

Middelengebruik of -verslaving kan lichamelijke en psychische problemen als gevolg hebben. Overmatig alcoholgebruik kan bijvoorbeeld leiden tot een verminderd denkvermogen of concentratiestoornissen. Cannabisgebruik in hoge doses kan angst, paniek en psychotische stoornissen als gevolg hebben. Een rookverslaafde loopt het risico longkanker te krijgen. Behalve negatieve gevolgen voor de gezondheid, kan er ook sprake zijn van maatschappelijke en sociale schade door alcohol- en drugsgebruik. Deze schade varieert van geluidsoverlast en vandalisme tot arbeidsverzuim, geweld of mishandeling en criminaliteit (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Een vroege start van het middelengebruik is van invloed op delinquentie en hangt samen met verslaving in de volwassenheid (Dowden & Latimer, 2006).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Brains4Use is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar, die zijn opgenomen in een JJI of in een niet gesloten residentiële setting en problematisch middelengebruik vertonen.

Problematisch middelengebruik kan blijken uit recente ernstige problemen die te maken hebben met alcohol- of drugsgebruik. Onder ernstige problemen wordt verstaan: veelvuldig misbruik van middelen, afhankelijkheid van middelen, aanzienlijke verslechtering op het gebied van sociaal functioneren of gezondheid, ernstige problemen met delinquentie in samenhang met middelengebruik, of incidenteel misbruik ondanks een verbod op het gebruik ervan (bijvoorbeeld gebruik tijdens verblijf in de instelling). Onder recent wordt verstaan in de afgelopen zes maanden.

Intermediaire doelgroep

De ouder(s) van de jongeren is de intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

De indicatiestelling en aanmelding worden gedaan door de hoofdbehandelaar / gedragsdeskundige van de betreffende JJI onder wiens verantwoordelijkheid de jongere valt. Na tussenkomst van de locatiecoördinator voert de toegewezen Brains4Use consulent vervolgens een gesprek met de hoofdbehandelaar over de aanmeldingsredenen, relatie middelengebruik van de jongere met zijn , leermogelijkheden, competenties van de jongere en overige bijzonderheden.

Voor Brains4Use gelden de volgende indicatie-criteria:

- . De leeftijd van de jongere is tussen de 12 en 23 jaar.
- . De jongere heeft een matig tot hoog risico op recidive. Dit blijkt uit een matig tot hoge score op de SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth: Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter & De Wit-Grouls, 2003).
- . Er is sprake van ernstige problemen in het middelengebruik zoals blijkt uit een hoge score op de dynamische risicofactor 'problemen met middelengebruik' op de SAVRY.

Voor de interventie gelden de volgende contra-indicaties:

- . Er is bij de jongere sprake van blijvende ongemotiveerdheid/weerstand om individuele gesprekken aan te gaan. Hiertoe wordt de jongere gevraagd de motivatiethermometer in te vullen. Het minimale vereiste aan motivatie is dat de jongere open staat voor individuele gesprekken over zijn/haar middelengebruik, dat blijkt uit een minimale score 2 op de thermometer.
- . Er is bij de jongere sprake van ernstige psychiatrische problematiek die het leervermogen belemmert (zoals een psychose). Dit wordt bepaald op basis van het oordeel van deskundigen (psychiater / psycholoog) en wordt nagegaan in gesprek met betrokken behandelaren
- . De jongere heeft een zeer gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal, tenzij de Brains4Use consulent de taal van de jongere spreekt.
- . De jongere heeft een IQ < 50, wat is vastgesteld door middel van een IQ onderzoek welke is vastgelegd in het dossier.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Brains4Use is het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik, waardoor de kans op delict- en risicovolgedrag vermindert.

Subdoelen

Om het hoofddoel te bereiken streeft Brains4Use de volgende subdoelen na:

1. De jongere heeft inzicht in zijn problematisch middelengebruik en zijn/haar motivatie is vergroot.
2. De jongere heeft inzicht in de relatie tussen zijn middelengebruik en het risico op delict en risicovolgedrag.
3. De jongere is in staat zijn middelenmisbruik te reguleren en bij voorkeur helemaal te stoppen.
4. De jongere kent zijn eigen risicosituaties en weet hoe deze te voorkomen en hoe te handelen als hij er toch in terecht komt.
5. De jongere heeft een netwerk en vrijetijdsbesteding buiten de instelling die ondersteunend is aan het niet-gebruiken.
6. De jongere weet om te gaan met (kleine) terugval.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Brains4Use is een cognitief-gedragsmatige interventie. Het bestaat uit een individueel traject voor de jongere en omvat twaalf gesprekken. Dit zijn elf wekelijkse gesprekken van een uur met de therapeut en een follow-up gesprek drie weken na afsluiting van de interventie. Binnen Brains4Use is er ruimte om rekening te houden met een hogere of lagere mate van problemen in het middelengebruik en ook met de snelheid waarmee een jongere de nieuwe vaardigheden oppakt. De interventie kan sneller worden uitgevoerd (minimaal tien weken en een follow-up gesprek) en kan uitlopen (maximaal veertien weken en een follow-up gesprek). Wanneer de jongere een LVB heeft, bestaat de interventie uit zestien gesprekken.

Ouders krijgen in één á twee gesprekken van een uur specifieke voorlichting over middelengebruik en de risico's hiervan voor de betreffende jongere.

Indien blijkt dat de jongere niet in staat is het problematisch middelengebruik te stoppen dan vindt doorverwijzing plaats naar

een externe verslavingszorginstelling. Indien de jongere in de instelling in staat blijkt te stoppen, de intentie en motivatie heeft om ook buiten de instelling te stoppen, maar waarbij de gezinsomstandigheden onvoldoende steun bieden en het risico op delictgerelateerd middelengebruik hoog is, dan kan Relationale gezinstherapie worden ingezet.

Inhoud van de interventie

Brains4Use is opgebouwd aan de hand van vijf fasen. De jongere doorloopt achtereenvolgens die fasen om zijn gedrag te veranderen. De rol van de Brains4Use consulent is te zorgen dat de jongere de tijd neemt om alle fasen te doorlopen en te zorgen dat alle fasen goed worden afgesloten.

1. Basis creëren

Het zonder meer starten met een begeleidingsprogramma is niet mogelijk. In het eerste gesprek wordt de jongere gemotiveerd om naar zijn eigen gedrag te kijken. Het doel van het eerste gesprek is om een basis van vertrouwen te creëren en uit te leggen wat het programma inhoudt (qua tijd, frequentie, enzovoorts). Middelen en technieken die de Brains4Use consulenten bij deze stap inzetten zijn motiverende gespreksvoering, informatie verschaffen, psycho-educatie en het uitreiken van het werkblad.

Voorbeeld uit gesprek 1

Leg de cirkel van verandering uit. Kom daarna terug op de motivatie thermometer zoals door de jongere ingevuld ten behoeve van de indicatiestelling. Vervolgens Brains4Use consulent: "Jan, je hebt samen met je hoofdbehandelaar de motivatiethermometer ingevuld en ik zie dat je in fase 2 zit. We gaan nu samen kijken bij welke fase van de cirkel van verandering dit hoort. Jij mag dan zelf aangeven welke fase dit volgens jou is."

2. Probleem inventariseren

In de twee volgende gesprekken inventariseert de jongere zijn probleem. Hierbij zijn vier onderdelen van belang:

- voor- en nadelen van drinken en/of blowen
- registratie van het gebruik
- delict en gebruik
- nagaan van de omstandigheden waaronder gebruikt wordt
- bepalen van veranderingsdoelen (stoppen of minderen en uiteindelijk stoppen)

Middelen en technieken die de Brains4Use consulenten in deze fase inzetten zijn:

- Motiverende gespreksvoering.
- Voorbeeldvignetten doornemen uit het werkboek en vervolgens zelf de relatie tussen het eigen middelengebruik en of risicovol gedrag uitwerken.
- Huiswerkopdracht: opsommen voor en nadelen.
- Inventariseren gebruik afgelopen week (of gedachten aan gebruik) incl. reden van gebruik, effect en alternatieven.
- Huiswerkopdracht: bijhouden gebruik (gedachten aan gebruik), reden, effect en alternatief.
- Psycho-educatie: objectieve informatie geven over middelengebruik.
- Opstellen contract met door de jongere geformuleerde doelen en daaraan gebonden beloningen.

Voorbeeld uit gesprek 3

De jongere leert samen met zijn Brains4Use consulent, terug te kijken naar situaties uit het verleden, waar hij door drugsgebruik delicten heeft gepleegd. Als de jongere in het kader van zijn behandeling al een delictanalyse heeft gemaakt waarbij er sprake was van een relatie tussen middelengebruik en het delict, dan kan die analyse hier als uitgangspunt genomen worden. Kies een of twee van deze situaties en werk deze met de jongere uit middels een rollenspel. Het doel van het rollenspel is dat de jongere inzicht krijgt in zijn eigen aandeel in het gebruik en daaruit voortvloeiend risicovol gedrag. Vervolgens is het de bedoeling dat hij nieuwe vaardigheden oefent om middelengebruik en daaraan gekoppeld delictgebruik in de toekomst te voorkomen.

3. Verandering begeleiden

Hierna gaat de jongere oefenen met tips of adviezen om te minderen en uiteindelijk te stoppen. In de volgende zeven gesprekken worden zijn ervaringen besproken. Ook probeert hij alternatief gedrag uit in plaats van te gebruiken en inventariseert hij zijn sociaal netwerk. Dit onder andere door middel van rollenspelen met zijn Brains4Use consulent en huiswerkopdrachten.

Voorbeeld uit gesprek 4

Introduceer hier de inventarisatie van het sociaal netwerk. "We gaan nu samen kijken, aan de hand van een lijst die we gaan invullen, hoe belangrijk je familie voor je is, hoe vaak je ze ziet, en dat geldt ook voor je vrienden: hoe vaak zie je ze? Zijn dat

echte vrienden van je?"

Voorbeeld uit gesprek 5

Bespreek de cirkel met daarin het sociale netwerk van de jongere. Laat de jongere met kleuren aangeven wat de invloed van deze personen is op het niet meer gebruiken en op het plegen van of vertonen van risicovol gedrag, m.n. onder invloed van middelen (groen voor positief, rood voor negatief, zwart voor neutraal). Vul vervolgens met de jongere de lijst met namen in en de rol die zij spelen in het leven van de jongere (zie bijlage inventarisatie sociaal netwerk).

Voorbeeld uit gesprek 6

Vervolgens introduceer je opnieuw de inventarisatie van het sociaal netwerk dat die jongere al eerder heeft gedaan. Bekijk nogmaals wie een negatieve en wie een positieve invloed hebben op het stoppen van middelengebruik. Vervolgens bespreek je de cirkel van verandering maar dan met de nadruk op de invloed die dag- en vrijetijdsbesteding en sociale contacten hebben op het eigen gebruik en op het of het behoren tot een antisociale groep waarin zowel als middelengebruik voorkomen. Aan de hand daarvan kan de jongere zelf bepalen welke verandering/keuzes hij het best kan maken om zijn gebruik ook in de toekomst onder controle te houden. Let wel: de jongere moet zelf inzien dat hij bv z'n vrienden niet meer (of minder) moet gaan zien. Of op een andere avond uitgaan. Vul vervolgens het actieplan in.

Voorbeeld uit gesprek 9

Met de jongere bespreek je eerst de situaties waarin het moeilijk kan zijn om een drankje of blowtje te weigeren. Dat speelt vooral als hij uitgaat met vrienden. Vrienden dringen soms aan, of hij vindt het zelf moeilijk om nee te zeggen. Oefen dit daarna door middel van een soort rollenspel. Besteed hier zowel aandacht aan de vriendenclub of de jongeren waarmee hij omgaat binnen de instellingen als aan de vriendenclub buiten de instelling. Kom hier ook terug op het netwerk van de jongere middels de inventarisatie van het sociaal netwerk. Bespreek of de gewenste veranderingen in het sociale netwerk bereikt zijn. Bekijk nogmaals aan de hand van de cirkel van verandering met welke leeftijdgenoten het (in de toekomst) verstandig is om mee om te gaan en welke niet. Betrek hierin ook de vrijetijdsbesteding van de jongere zelf en van leeftijdgenoten. Laat de jongere ook onderzoeken wat het middelengebruik van zijn vrienden met hen doet en of zij bijvoorbeeld slechter meekomen op school/werk problemen hebben in relaties en delicten plegen. Als de jongere weinig inzicht heeft in wat risicovolle vrienden zijn en wat niet dan kan een dagschema worden gemaakt waarbij wordt opgeschreven welke soort gedragingen wel of niet duiden op een potentieel risicovol gedrag van vrienden.

4. Stabiliseren

In het laatste gesprek komt het voorkomen van terugval aan bod en vindt er een beoordeling van de vooruitgang plaats. Als de Brains4Use consulent hier tevreden over is, dan worden afspraken gemaakt over eventuele vervolcontacten. Is het gebruik onvoldoende veranderd, dan wordt een verwijzing naar een meer gespecialiseerde vorm van verslavingshulp voorbereid.

5. Terugval

Kleine terugvalletjes maken onderdeel uit van de veranderingsfase. Deze terugvalletjes worden dan ingezet in de behandeling. Terugval wordt geanalyseerd en er worden gedragsalternatieven bedacht. Bij ernstige terugval na afsluiting van het programma kan het programma, in verkorte vorm, opnieuw worden aangeboden.

Voorbeeld follow-up gesprek

Ga samen met de jongere na hoe het in de afgelopen drie weken is gegaan. Vraag vooral naar situaties waarin hij het moeilijk had en bespreek deze. Check ook of er sprake is geweest van een (dreigende) terugval. Bespreek samen wat hij in het vervolg in zo'n situatie kan doen.

Gesprek met de ouders

Voorafgaand aan het eerste onbegeleid verlov van de jongere tijdens de interventie Brains4Use wordt door de Brains4Use consulent een gesprek gevoerd met de ouders/verzorgers waarin zij worden geïnformeerd over het programma. Tevens worden signalen van de jongere besproken waaruit blijkt dat deze gebruikt (heeft) of het risico loopt te gaan gebruiken en wordt aangegeven dat het van belang is dat ouders het positieve gedrag bekrachtigen en potentieel risicogedrag ontmoedigen.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De jongeren zijn betrokken geweest bij de doorontwikkeling van Brains4Use door middel van evaluaties en gesprekken. Hierbij werd duidelijk dat de aansluiting belangrijk is bij de jongere en dat rollenspelen en ervaringsgerichte opdrachten een duidelijk verschil maakte in de behandeling. Op basis daarvan zijn aanscherpingen in de opdrachten van de sessies gedaan.

2.5 Vergelijkbare interventies

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

In een onderzoek onder jeugdige delinquenten en school-dropouts gaf ongeveer een derde van de 394 jeugdigen aan alcohol of drugs gebruikt te hebben voorafgaand aan ernstige geweldsincidenten (Korf, Benschop & Rots, 2005). De meer ernstige vormen van geweld bleken vaker gerelateerd aan middelen dan de minder ernstige. Onderzoek laat zien dat problematisch middelengebruik een dynamische risicofactor voor recidive onder jongeren is (Dembo & Turner, 1995; Dowden & Latimer, 2006).

Jongeren zijn kwetsbaarder dan volwassenen voor het ontwikkelen van verslavingsgedrag (Chambers, Taylor & Protenza (2003). Veranderingen in de functie en organisatie van het brein in de adolescentie leiden ertoe dat jongeren meer behoefte hebben aan nieuwe ervaringen en tegelijk gevoeliger zijn voor directe beloning.

De escalatie in en persistentie van problematisch middelengebruik kan gezien worden als een samenspel van een range van factoren. Niet alleen biologische factoren, zoals depressie, impulscontrole en sensatie-zoeken, zijn van invloed op het ontwikkelen van problematisch middelengebruik. Ook de sociale context speelt een rol (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Komro, Hu, & Flay, 1997; Jainchill, Hawke & Messina, 2005). Escalaties in middelengebruik, delinquentie en agressief gedrag onder jongeren die middelen gebruiken, blijken samen te hangen met een verhoging in de omgang met deviante leeftijdgenoten (Poulin, Dishion & Haas, 1999). Aan de andere kant blijken ondersteunende contacten met prosociale jongeren en gezinsleden juist samen te hangen met stoppen (Colby, Lee, Lewis-Esquerre, Esposito-Smythers & Monti, 2004). Dowden en Latimer sommen in hun review (2006) de volgende beschermende factoren op: positief temperament, ondersteunende familie omstandigheden, functionele ondersteunende band met ten minste één volwassene en extern support systeem dat prosociale waarden uitdraagt. Fergusson, Boden & Horwood (2008) vonden als beschermende factoren een hoge intelligentie, afwezigheid van sensatie zoeken en de afwezigheid van antisociale vrienden. Over het algemeen is het zo dat hoe meer problemen een jongere vertoont op een van deze gebieden, des te hoger de kans dat hij ook op de andere gebieden problemen vertoont. Jongeren onderschatten over het algemeen de problemen die hun gebruik oplevert en zij zijn zelden uit eigen beweging gemotiveerd tot behandeling (Muck, Zempolich, Titus, Fishman, Godley & Schwebel, 2001).

3.2 Aan te pakken factoren

Zoals eerder naar voren kwam, is middelengebruik een belangrijke factor voor delinquent en risicovol gedrag. Daarom richt Brains4Use zich op het terugdringen van middelengebruik.

Met name de motivatie om te veranderen en de vaardigheden om gedrag te reguleren zijn van essentieel belang in de behandeling van het middelengebruik. Om het gedrag vervolgens vol te houden en te zorgen dat de jongere niet langer gevangen zit in een antisociale levensstijl lijkt het daarnaast essentieel aandacht te besteden aan het inrichten van een steunende en prosociale omgeving (gezin en vrienden). Deze factoren sluiten aan bij de subdoelen van de interventie, namelijk dat de jongere inzicht in de problematiek heeft zodat hij het probleem niet onderschat en gemotiveerd is om die situatie te voorkomen en veranderen. Daarnaast heeft de interventie als doel dat de jongere een netwerk en vrijetijdsbesteding buiten de instelling creëert die ondersteunend is aan het niet-gebruiken.

3.3 Verantwoording

Brains4Use gaat ervan uit dat bij verandering van gedragspatronen, specifiek bij middelengebruik, de meeste jongeren een cirkel van verandering doorlopen (Prochaska & DiClemente, 1985). In fase 1 is iemand onverschillig en ziet het gedrag niet als een probleem. In fase 2, de fase waarin de interventie insteekt, is iemand bereid om na te denken over zijn gedrag. In fase 3 neemt iemand een besluit over het al dan niet veranderen van het gedrag. Fase 4 bestaat uit actief veranderen. Fase 5 bestaat uit het volhouden van het nieuwe gedrag, hierbij horen kleine terugvallen in het oude gedrag. Eventueel kan er sprake zijn van een zesde fase, een substantiële terugval in het oude gedrag. Na een terugval zal iemand weer in een van de vijf andere stadia terechtkomen. Aanname bij de cirkel van verandering is dat de interventie alleen aanslaat wanneer wordt aangesloten bij de fase waarin de jongere zich bevindt. Daarnaast wordt aangenomen dat jongeren zowel vooruit als achteruit kunnen gaan in de cirkel van verandering en dat terugval een natuurlijk onderdeel is van het stoppen van gedrag. Daarom wordt in elk gesprek geïnventariseerd in welke fase van de verandering de jongere zich bevindt en wordt daarbij aangesloten. Het model is reeds een succesvol handvat geweest bij de ontwikkeling van effectieve zelfhulpprogramma's (DiClemente & Prochaska, 1992; DiClemente et al., 1994; Pallonen et al., 1994). Dat de toepassing van dit model toepasbaar is bij de populatie van justitiële behandelinstellingen is aangetoond door van Binsbergen (2003). Zij heeft haar onderzoek overigens niet specifiek gericht op middelengebruik, maar op het verbeteren van de behandelmotivatie in het algemeen.

Om de eerste fasen van verandering te doorlopen, onverschillig - nadenken - besluiten, wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005). Motiverende gespreksvoering bevat de volgende kernelementen: uitdrukken van empathie, ontwikkelen van discrepantie tussen iemands individuele doelen en huidige middelengebruik, meebewegen met weerstand en ondersteunen van zelfredzaamheid. Doel hierbij is dat er een motivatie ontstaat om te veranderen en dat de jongere uiteindelijk ook zelf het besluit neemt om zijn gebruik te gaan veranderen. Motiverende gespreksvoering is in verschillende studies effectief gebleken in het terugdringen van middelengebruik onder jongeren (Dennis & Godley, 2004); Copeland, Swift, Roffman & Stephens, 2001; Gullo & Dawe, 2008), met name indien gecombineerd met cognitieve gedragstherapie (Babor et al., 2004; Copeland et al., 2001). Motiverende gespreksvoering is ook sterk gericht op het creëren van een alliantie tussen de cliënt en de therapeut. Onderzoeken wijzen uit dat vroege alliantie vorming tussen cliënt en behandelaar samenhangt met het voorkomen van uitval en betere behandelresultaten op het gebied van drugsgebruik, internaliserende en externaliserende gedragingen (o.a. Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero & Liddle, 2006). Motiverende gespreksvoering is met name een aantrekkelijke interventie voor jongeren omdat zij weinig inzicht hebben in hun gebruik en over het algemeen geen problemen ervaren. Motiverende gespreksvoering stelt niet als voorwaarde dat jongeren zich bij een (eventuele) diagnose neerleggen. Doordat de jongere wordt geaccepteerd als individu en hem niets opgelegd wordt, kan dit voor een goede sfeer tussen hulpverlener en de (mogelijk) oppositionele jongere zorgen (zie Zoon, 2012). Door middel van de motiverende gespreksvoering dient de jongere te komen tot een besluit over zijn behandeldoelen met daaraan gekoppelde beloningen. Bij het stellen van deze doelen wordt gewerkt volgens het principe van harm reduction, waarbij stoppen met gebruik niet het enige mogelijke behandeldoel is (Colby et al., 2004). Dat geeft jongeren de mogelijkheid zelf hun doelen te bepalen, wat over het algemeen effectiever is. Daarbij kan het voor jongeren ook een onrealistisch doel zijn om direct te besluiten helemaal te stoppen met gebruiken voor de rest van hun leven.

In de tweede fase van de interventie wordt aandacht besteed aan het krijgen van zelfcontrole, het volhouden van het minderen in middelengebruik en het aanleren van nieuw, pro sociaal gedrag. Om de jongere de vaardigheden aan te leren om het middelengebruik te veranderen en die verandering ook vol te houden wordt gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapeutische technieken. Cognitieve gedragstherapie leidt niet alleen tot een vermindering in gebruik, maar ook een vermindering van problemen die samenhangen met gebruik, waaronder (Kaminer, Bureson, Blitz, Sussman & Rounsaville, 1998). Binnen de gehele interventie wordt de nadruk gelegd op het belonen van pro sociaal en gezond gedrag aangezien juist adolescenten gevoelig zijn voor beloning (Gullo & Dawe, 2008). Specifiek wordt voor het aanleren van zelfcontrole gebruik gemaakt van de volgende componenten: zelf-observatie, zelfmonitoring, zelf-evaluatie, zelf-beloning en zelf-bestrafing, uitdagen van cognities, aanleren van helpende gedachten en het aanleren van nieuw hanteringsgedrag. Dat laatste houdt ook in dat oplossingsstrategieën worden aangeleerd om met stress, woede of depressieve gevoelens om te gaan. Myers, Brown & Mott (1993) vonden dat met name het aanleren van probleemoplossende copingstrategieën voorspellend was voor een positieve behandeluitkomst. Studies hebben aangetoond dat dergelijke zelfcontrole vaardigheden leiden tot verminderd gebruik (Kaminer, Tarter, Bukstein & Kabene, 1998).

Om daadwerkelijk te kunnen veranderen heeft de jongere inzicht nodig in het eigen problematische middelengebruik. Uit een overzichtsartikel van Zoon (2012) blijkt dat de sterkste effecten worden behaald wanneer motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke feedback over het middelengebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met middelengebruik van andere jeugdigen (normatieve feedback). Dit wordt binnen Brains4Use gedaan. Persoonlijke feedback kan bestaan uit verschillende componenten, zoals het geven van een overzicht van het gemiddelde wekelijks middelengebruik, de risico's van probleemgebruik of het bieden van zelfhulpriichtlijnen om problematisch middelengebruik te veranderen (Zoon, 2012). Hiertoe wordt vanaf het tweede gesprek elke week door de jongere bijgehouden wanneer hij gebruikt heeft of wanneer hij aan gebruiken gedacht heeft. Daarnaast wordt met de jongere nagegaan wat zijn stemming, reden van gebruik, effect en een eventueel alternatief was. Verder wordt inzicht verkregen doordat met de jongere wordt geanalyseerd welke rol middelengebruik gespeeld heeft in en agressie. De gedachte van normatieve feedback is dat een vergelijking met de algemene bevolking of met een objectieve standaard, zoals een aanbeveling, leidt tot een bewustwording over het eigen risicogedrag, waardoor men gemotiveerd wordt om het eigen gedrag aan te passen. Uit onderzoek blijkt dat persoonlijke feedback op de korte termijn effectief is in het verminderen van alcoholgebruik (zie Zoon, 2012). Daarnaast worden met de jongere hoogrisicosituaties geanalyseerd. Hierbij is er ook aandacht voor de rol die het sociale systeem rondom de jongere en zijn dagbesteding in het middelengebruik hebben gespeeld. Door hoogrisico situaties te identificeren kunnen deze in de toekomst deels vermeden worden. Hiertoe is het van belang pro sociale gedragsalternatieven te ontwikkelen, zoals een pro sociale vrijetijdsbesteding, omgang met pro sociale en ondersteunende vrienden, maar ook probleemoplossende copingstrategieën. Wil gedragsverandering blijvend zijn dan is het van groot belang dat de omgeving van de jongere het nieuwe gedrag aanmoedigt, en het oude gedrag afwijst. Binnen Brains4Use wordt een analyse gemaakt van personen en bezigheden die beschermend zijn en aan personen en bezigheden die juist risicovol zijn. Het blijkt dat het betrekken van ouders/verzorgers bij een interventie gericht op het verminderen van middelengebruik, de kans op succes vergroot (Drugs Strategies, 1996; Dusenbury & Falco, 1995).

Tot slot wordt ervan uitgegaan dat gedragsverandering vaak gepaard gaat met terugval. Wanneer iemand gedrag, en met name verslavingsgedrag, probeert te veranderen is het normaal dat men tijdens het proces soms terugvalt in het oude gedrag. In een interventie is het belangrijk dat te erkennen omdat anders terugval snel tot een gevoel van falen en daarmee demotivatie kan leiden. Binnen Brains4Use wordt terugval tijdens de interventie aangegrepen als leermoment. Tevens wordt de jongere geleerd dat hij niet helemaal terug bij af is, maar dat hij een kleine dip heeft gehad die erbij hoort en waarvan hij kan leren. Ook wordt tijdens Brains4Use een plan opgesteld hoe met terugval om te gaan mocht deze zich voordoen.

Aangezien in de interventie nieuw gedrag wordt aangeleerd, is het van groot belang voor het beklijven en generaliseren van het nieuwe gedrag dat dit in verschillende situaties wordt geoefend. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten en rollenspelen. Huiswerkopdrachten dienen zowel in de instelling als ook buiten de instelling te worden uitgevoerd. Tot slot blijkt dat nieuw gedrag beter beklijft indien het door de cliënt zelf is aangedragen. Vandaar dat de jongere zoveel mogelijk wordt uitgedaagd zelf situaties te identificeren en gedragsalternatieven te formuleren. Hierbij wordt de jongere ook uitgedaagd meerdere gedragsalternatieven uit te proberen en te kiezen welke methode het best bij hem past.

3.4 Werkzame elementen

- Motiverende gespreksvoering
- Persoonlijke (normatieve) feedback
- Het stellen van concrete en haalbare doelen
- Het gebruik van een beloningssysteem, cognitieve gedragstherapeutische technieken, rollenspel, ervaringsgerichte opdrachten en huiswerkopdrachten
- Het betrekken van de sociale omgeving van de jongere
- Het maken van een terugvalpreventieplan

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Bij Brains4Use horen een Werkboek 'Brains4Use Weet Wat Je Doet' en een programmahandleiding Brains4Use voor de consulenten. Daarnaast is er een managementhandleiding en een opleidingshandleiding beschikbaar.

4.2 Type organisatie

Brains4Use kan binnen JJI's, JeugdzorgPlus en jeugdzorginstellingen worden uitgevoerd.

4.3 Opleidingen en competenties

Er zijn drie functies voor uitvoering van Brains4Use:

1. Brains4Use consulenten. Een Brains4Use consulent moet minimaal een aantoonbaar HBO werk- en denkniveau en de volgende vereiste competenties hebben: goede gespreksvaardigheden, kennis van de problematiek van de doelgroep, interesse in de materie, didactisch kunnen werken en beschikken over een professionele en niet veroordelende opstelling in confrontatie met andere waarden en normen. Brains4Use consulenten krijgen een intensieve opleiding van acht dagen.
2. Locatiecoördinatoren Brains4Use. De locatiecoördinator moet aan alle eisen voldoen waar een Brains4Use consulent aan voldoet. Daarnaast dient hij ervaring te hebben met het geven van gedragsinterventies, ervaring te hebben met het coachen van medewerkers, kennis te hebben van gedragsverandering, kunnen enthousiasmeren, kunnen omgaan met weerstanden.
3. Programmacoördinator Brains4Use. De programmacoördinator Brains4Use is een gezondheidszorgpsycholoog die zich in Brains4Use heeft gespecialiseerd. Hij is verantwoordelijk voor de monitoring en controle of op alle locaties Brains4Use op de juiste manier wordt ingevoerd en/of uitgevoerd. De programmacoördinator dient managementkwaliteiten, ervaring met kwaliteitscontrole, kennis van relevante ontwikkelingen binnen de strafrechtelijke sector in het bijzonder op het gebied van ontwikkelingen in de verslavingszorg, kennis van effectieve interventies t.b.v. delictvermindering en het bewaken van programma-integriteit te hebben.

4.4 Kwaliteitsbewaking

Er is een individueel verplicht supervisietraject voor Brains4Use consulenten (zij voeren de individuele gesprekken met jongeren), wat bestaat uit twee video-opnames in combinatie met gespreksverslagen, een tussen- en eindevaluatie en een doorlopend groepsgewijs intervisietraject. Hiermee wordt de behandelintegriteit gemonitord. De scoreformulieren video-opnames worden verzameld bij Stichting 180.

Er wordt jaarlijks minimaal één landelijke terugkomdag voor alle Brains4Use consulenten georganiseerd waarbij nieuwe kennis wordt uitgewisseld.

Op elke locatie is er een locatiecoördinator die controleert of het drugsbeleid correct wordt uitgevoerd, Brains4Use consulenten superviseert en voorlichting geeft over het drugsbeleid. De locatiecoördinatoren komen twee keer per jaar bij

elkaar voor groepsgewijze supervisie, afstemming en het bewaken van de behandelintegriteit.

Er is een programmacoördinator die verantwoordelijk is voor de monitoring en controle of op alle locaties het Brains4Use beleid op de juiste manier wordt ingevoerd en/of uitgevoerd. Hiertoe wordt o.a. de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de gespreksverslagen en de video-opnamen tussen de verschillende locatiecoördinatoren periodiek bepaald, tijdens de landelijke intervisie.

4.5 Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van de interventie moet er voldoende draagvlak zijn bij de medewerkers. Het beleid m.b.t. middelengebruik moet consequent en met overtuiging worden (uit)gedragen door alle medewerkers. Hiervoor is het nodig medewerkers goed voor te lichten en bij te scholen over middelengebruik. In de begroting moet rekening worden gehouden met de kosten die het invoeren van de methodiek met zich meebrengt, inclusief scholingsaanbod, urinecontroles, tijdinvestering medewerkers, aanschaf werkboeken en evaluatie instrumenten et cetera.

Documentatie, recente formats zijn verkrijgbaar bij Stichting 180.

Werkboekjes kunnen bij Stichting 180 aangeschaft worden.

De organisatie dient minimaal te beschikken over:

- Video apparatuur.
- Ruimte om de interventie uit te voeren.
- Gedragswetenschapper als behandelverantwoordelijke.
- Getraind personeel om de SAVRY af te nemen.
- Beschikking over de UCL.

4.6 Implementatie

De randvoorwaarden en de organisatie m.b.t. de uren van de consulente/locatiecoördinator is voorwaarde om de interventie te kunnen implementeren.

Doordat tijdens de opleiding gestart wordt met de begeleiding van de jongere (is de aanmelding geborgd) en wordt de cursist intensief begeleid vanaf de start tot bij afronding traject.

De landelijk programmacoördinator kan de locatiecoördinator ondersteunen in de uitvoering van het programma. De consulente kunnen na afronding opleiding ondersteuning vragen bij de opleiders van de training.

4.7 Kosten

Zie bijlage voor een overzichtstabel van de kosten.

Enmalige tijdsinvestering voor de opleiding

8 x 8 uur de opleiding Brains4Use per persoon. Zelfstudie ongeveer 12 uur. De consulente start direct met de begeleiding van een jongere, 1,5 uur per jongere (voorbereiding, gesprek en uitwerking verslag)

Hieronder zijn de kosten voor uitvoer uiteengezet. Dit zijn de kosten voor een interne training;

Tijdsinvestering, voor gesprekken Brains4Use consulente, coördinatortaken, supervisie in uren/FTE's:

- Voor een gesprek met één jongere moet zeker anderhalf uur gerekend worden (15 min voorbereiding, 60 min gesprek, 15 min verslaglegging). Inclusief bijscholing en supervisie komt dit neer op 0.2 FTE bij caseload van vier jongeren.
- Benodigde FTE voor coördinatietaken van de locatiecoördinator 0.2 FTE.
- Benodigde FTE voor programmacoördinator 0,2 FTE.
- Benodigde FTE voor opleider 0.2 FTE per opleidingsgroep (acht dagen door twee opleiders + voorbereiding en begeleiding).

Na afronden opleiding:

Landelijke dag 1x per jaar: kosten per deelnemer: €60,00 verplicht

Boosterdagen maximaal 1x per jaar: kosten €50,00 volgt pas na twee jaar na afronding opleiding of bij indicatie.

Werkboekje: €5,00 per stuk

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

ONDERZOEK NAAR DE UITVOERING

A. Abraham, M., & Byusse, W. (2014). Procesevaluatie Brains4Use. DSP-Groep.

B. Er is een procesevaluatie uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van een analyse van bestaand schriftelijk materiaal en

interviews. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview waarin er sprake was van een structurering maar er ook ruimte was voor eigen invulling voor de respondent. In vijf JJI's zijn de locatiecoördinatoren (5), consultants (11), gedragswetenschappers (12) en jongeren (7) geïnterviewd. Daarnaast zijn de landelijke programmacoördinator en drie opleiders geïnterviewd. Er is dossieronderzoek (inclusief registratiegegevens) verricht naar 60 deelnemers van Brains4Use tussen 1 januari 2012 en 1 juli 2013. Het dossieronderzoek had betrekking op de inclusiecriteria en contra-indicaties, verloop van interventie en resultaten van de afgenomen instrumenten. Bij een selectie van 14 deelnemers heeft een verdiepend dossieronderzoek plaatsgevonden naar de uitvoeringspraktijk van de interventie. Tot slot is de betrouwbaarheid van het scoreformulier voor videomonitoring onderzocht.

C. De conclusie van de procesevaluatie is dat er onvoldoende garantie is dat Brains4Use op uniforme wijze wordt uitgevoerd zoals beoogd en de programma-integriteit op uniforme wijze wordt geborgd.

Met betrekking tot de borging van de programma-integriteit wordt niet conform de handleiding gewerkt. Locatiecoördinatoren bewaken de randvoorwaarden meer dan de kwaliteit van de interventie en de programma-integriteit. In geen van de JJI's vindt intervisie en supervisie plaats conform de voorgeschreven methode in de handleiding. De belangrijkste reden daarvoor is dat de methode voor intervisie en supervisie niet geschikt is voor het huidige (kleine) aantal Brains4Use consultants per JJI. Ook de landelijke programmacoördinator houdt zich vooral bezig met randvoorwaardelijke aspecten van Brains4Use en doet geen toets op de kwaliteit van de uitgevoerde trajecten. Er vindt (nog) geen standaard videomonitoring plaats tijdens gesprekken met jeugdigen en gespreksverslagen worden niet standaard door locatiecoördinatoren gecontroleerd. Bij de uitvoering van Brains4Use wordt tegen organisatorische knelpunten aangelopen met betrekking tot de beschikbare tijd van Brains4Use consultants en locatiecoördinatoren, al dan niet in combinatie met hun andere werkzaamheden. Daardoor schiet - volgens de uitvoerders - met name de borging van de programma-integriteit er bij in (onder andere verslaglegging, supervisie (video monitoring en screening vindt onvoldoende plaats) en intervisie). Er wordt onvoldoende voldaan aan de voorwaarden voor het uitvoeren van een doeltreffendheidsonderzoek. Er is onvoldoende garantie dat Brains4Use in alle JJI's wordt uitgevoerd conform de programmahandleiding. Niet alle instrumenten uit de evaluatiehandleiding worden in alle JJI's standaard als voor- en nameting afgenomen. Er worden vraagtekens gezet bij de bruikbaarheid van de geselecteerde instrumenten voor het in kaart brengen van de doeltreffendheid van Brains4Use.

A. Groen, D. (2015). Hoe kunnen locatiecoördinatoren in de zes betrokken instellingen conform de handleiding van de interventie Brain4Use programma-integer uitvoeren? MWD Windesheim.

B. In vervolg op de procesevaluatie van DSP is middels een kwalitatief evaluatief onderzoek met semigestructureerde interviews aanvullend de meningen en ervaringen verzameld van de zes locatiecoördinatoren die niet in het onderzoek van de DSP groep betrokken zijn geweest.

C. De locatiecoördinatoren zijn bereid de interventie Brains4Use programma-integer uit te voeren. Dit lukt hen echter niet altijd. Locatiecoördinatoren kiezen nadrukkelijk voor de jongere en maatwerk. Het aansluiten bij de jongere is cruciaal in het werken met jongeren omdat dit onder andere zorgt voor een adequate werkrelatie. Doordat maatwerk in geringe mate mogelijk is binnen de interventie, wordt er weleens afgeweken van het protocol. Ook de tijd die staat voor het uitvoeren van de taak 'locatiecoördinator' speelt een rol in het uitvoeren van de coördinatorschap. De handleiding van Brains4Use geeft aan dat er 0,2 fte voor het uitvoeren van de interventie staat, voor een aantal locatiecoördinatoren is dit niet gefaciliteerd binnen de instelling. De meeste locatiecoördinatoren hebben naast hun coördinatorschap een andere functie binnen de instelling namelijk: groepsleid(st)er, ggz-agoog, gedragswetenschapper of methodiektrainer. Dit zorgt ervoor dat locatiecoördinatoren soms afwijken van het protocol en andere prioriteiten stellen in het werk. De transitie houdt vele locatiecoördinatoren bezig waardoor zij minder tijd en aandacht investeren in de interventie Brains4Use.

A. Kok, D. & Soorsma, E. (2015). Verdoof je middelen?! Hogeschool Ede.

B. Middels een kwalitatief onderzoek (literatuurstudie, documentanalyse, semigestructureerde interviews) wordt naar de beweegredenen, weerstanden, meningen en ideeën van vijf consultants en vijf jongeren over Brains4Use.

C. Hoofdvraag van dit onderzoek: Hoe werd het interventieprogramma Brains4Use (2009) in 2014 uitgevoerd en ervaren door Brains4Use consultants en jongeren van 12 tot en met 18 jaar, die werkzaam en woonachtig zijn binnen de locatie Eefde van Internetzo?

Resultaten laten zien dat de jongeren niet op de hoogte zijn van de cirkel van verandering. Consultants volgen de vijf stappen zoals beschreven door Prochaska & Diclemente (1992) wel, maar beschrijven dit niet in hun evaluatieverslagen. Motiverende gespreksvoering blijkt geautomatiseerd te zijn en wordt als positief ervaren. Het werkboek wordt als leidraad gezien voor de gesprekken, echter vinden de consultants de lay-out van onvoldoende kwaliteit. Jongeren ervaren de werkvormen als helpend, de consultants voelen zich echter niet altijd comfortabel bij het uitvoeren hiervan.

Acties naar aanleiding van de evaluaties

Naar aanleiding van de procesevaluaties is de interventie verder door ontwikkelt. Hierbij zijn geen inhoudelijke wijzigingen aangebracht. Wel zijn aanpassingen gedaan aan de intervisie/supervisie structuur, checks op behandelintegriteit, explicitering van ondersteunende werkvormen en certificering. We hebben de volgende aanscherpingen gedaan:

- . Checks op programma integriteit: hebben we ook al zicht op verbeteringen? Scoreformulieren, gespreksverslagen en evaluatieverslagen zijn aangepast. De uitzonderingen op de programma (bijv. bij situaties die gelinkt zijn m.b.t. drugsgebruik, maar niet onder het gespreksonderwerp van dat moment vallen) maar essentieel vanwege aansluiting bij de jongere worden apart weggeschreven.

Jongeren geven aan dat de interventie helpen is bij minderen in middelengebruik.

- . landelijke dag (programma integriteit en motiverende gespreksvoering). Koppeling van praktische opdrachten aan de gespreksonderwerpen en hiermee oefenen, zorgt voor meer handvatten voor de consulent per programma onderdeel. Craving was een onderdeel, de interactiewijzer plus werd er casuïstiek door middel van intervisie besproken.

- . opleidingsprogramma (interactiever, start gesprekken jongeren, zelfreflectie, erkenning SKJ): vanuit het onderzoek van Kok en Soorsma (2015), is te zien dat motiverende gesprekstechnieken goed uitgevoerd wordt aan de hand van de scoreformulieren.

- . aanscherping certificering (borging scoreformulieren videofragmenten)

Certificering geborgd door (Stichting 180) van minimaal 2 scoreformulieren n.a.v. videofragment voor maart 2015. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen consulent (minimaal 2 videofragmenten) en excellent consulent (meer dan 2 videofragmenten).

Vervolgens per jaar per traject 2 videofragmenten inleveren, gespreksverslagen en evaluatieverslagen inleveren, plus bijwonen. Boosterdagen bij onvoldoende functioneren

- . landelijke supervisie: de landelijke supervisie wordt niet langer gedaan door de landelijk programma coördinator, maar door een erkend supervisor, waardoor de inhoud van de supervisie substantieel is veranderd en de focus op de inhoud is komen te liggen. Knelpunten met consulenten worden besproken en zorgvuldig behandeld. Videofragmenten van de supervisie met de consulent worden daar ingebracht, in verband met de privacy van de jongere (blijven de videofragmenten met een jongere erop binnen de instelling)

- . Het onderzoeksplan wordt aan de hand van de procesevaluatie van DSP en de ontwikkeling van ROM binnen de JeugdzorgPlus en JJI opnieuw bekeken.

ONDERZOEK NAAR BEHAALDE EFFECTEN

Er is geen onderzoek gedaan of de interventie Brains4Use leidt tot recidivevermindering. Er zijn naar ons weten ook geen andere onderzoeken bekend in Nederland gericht op de populatie jongeren in een JJI waarin is onderzocht of interventies gericht op terugdringen middelengebruik leiden tot recidivevermindering. Tot nu toe is niet voldaan aan de implementatie vereisten om tot doelmatigheidsonderzoek over te gaan. De eerste stap in het doelmatigheidsonderzoek zal zijn het onderzoeken of de interventie leidt tot minder middelengebruik en toename van gezonde copinstrategieën. Vervolgens zal pas onderzocht kunnen worden of dit ook leidt tot minder recidive op de lange termijn. Voorafgaand aan indiening is wel onderzoek gedaan naar het effect van Brains4Use op middelengebruik. Ook loopt op dit moment effectonderzoek bij GGZe. De resultaten daarvan zijn nog niet openbaar.

A. Hoekstra, N. (2002). Effectonderzoek Brains4Use. Rentray.

B. Dit onderzoek betreft een semi-experimenteel onderzoek volgens een matched control design met twee condities: 1) 40 jongeren die Brains4Use volgen en 2) een controlegroep van 20 vergelijkbare jongeren die geen individuele interventie aangeboden.

In de periode september 1999 t/m oktober 2001 is binnen Rentray de pilot "Brains4Use" uitgevoerd. In deze pilot was het individuele traject van Brains4Use ingebed in het algemeen preventieve programma m.b.t. alcohol en drugs. Bij de pilot zijn 60 jongeren van Rentray betrokken; 40 in de experimentele groep en 20 in de controlegroep. De groepen zijn nagenoeg vergelijkbaar gematched op leeftijd, sekse en fase van behandeling. In het kader van deze pilot zijn diverse metingen onder medewerkers en jongeren verricht om de tevredenheid, de bruikbaarheid en de effectiviteit ten aanzien van de verschillende onderdelen te kunnen meten. Er is een nulmeting, tussenmeting en een eindmeting gedaan. Tegelijk met het afnemen van de vragenlijsten, zijn ook urinecontroles uitgevoerd.

C. Het effect van het programma op alcoholgebruik is niet duidelijk, omdat de base rate in de controle en experimentele groep te klein was. Het percentage positieve urine controles was voorafgaand aan de interventie gelijk in zowel de controle als de experimentele groep. Uit de urinetesten van de experimentele groep blijkt een afname van drugsgebruik van 60% na het algemene en individuele programma. De scores op de urinetesten van de controlegroep zijn hetzelfde gebleven gedurende dezelfde periode. In een follow-up meting zes maanden later was 7% van de urinecontroles die werden afgenomen in de

experimentele groep positief, terwijl in de controlegroep 14% van de urinecontroles positief was. Dit wijst op de effectiviteit van het programma (Lodewijks & Emmerik, 2006). Niet kan worden aangetoond of deze afname in gebruik te danken is aan het algemene of het individuele programma.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

N.v.t.

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

Intermetzo

E-mail : info@intermetzo.nl

Telefoon : 088 547 7000

7.2 Websites

<http://www.nji.nl/Middelenmisbruik-en-verslaving>

8. Aangehaalde literatuur

Binsbergen, M.H. van (2003). Motivatie voor behandeling: ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling. Apeldoorn: Garant.

Chambers, R.A., Taylor, J.R. & Potenza, M.N. (2003). Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.

Cohen, M. A., Lipsey, M. W., Wilson, D. B., & Derzon, J. H. (1994). The role of alcohol consumption in violent behavior: Preliminary findings. Nashville: Vanderbilt University.

Colby, S. M., Lee, C. S., Lewis-Esquerre, J., Esposito-Smythers, C., & Monti, P. M. (2004). Adolescent alcohol misuse: methodological issues for enhancing treatment research. *Addiction*, 99, 47-62.

Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens, R. A. (2001). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55- 64.

Dembo, R., Turner, G., Chin Sue, C., Schmeidler, J., Borden, P., & Manning, D. (1995). Predictors of recidivism to a juvenile assessment center. *International Journal of the Addictions*, 30, 1425-1452.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197- 213.

Derzon, J. H., & Lipsey, M. W. (1999). A synthesis of the relationship of marijuana use with delinquent and problem behaviors. *School Psychology International*, 20, 57-68.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

Dowden, C. & Latimer, J. (2006). Providing effective abuse treatment for young-offender populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2, 517-537.

Drug Strategies (1996). Making the Grade: A Guide to School Prevention Programs. Washington, DC: Drug Strategies.

Dusenbury, L., Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.

Emmerik, C., & Lodewijks, H.P.B. (2002). In G.M. Schippers & T.G. Broekman (Eds.). Alcohol, drugs, and tobacco research 2001-2002 Register of research in the Netherlands and Flanders on the use, the users, and the effects of alcohol, drugs, and tobacco in 2001-2002. Nijmegen: Bureau Bêta.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.

Groen, D. (2015). Hoe kunnen locatietoördinatoren in de zes betrokken instellingen conforma de handleiding van de interventie Brains4Use programma-integer uitvoeren? Zwolle: Hogeschool Windesheim, 36

Gullo, M. J., & Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 32, 1507-1518.

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*, 11, 64-105.

Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment

outcome in individual and family therapy for adolescent problem behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 121-129.

Hubble et al., 2. (2010). The Big Four. In V.J. Daniel, *Relatie als sleutel? Ervaringen van jongeren en hulpverleners in de residentiële jeugdzorg (p14)*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

Jainchill, N., Hawke, J., & Messina, M.. (2005). Post-treatment outcomes among Adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Substance Use & Misuse*, 40:975-996.

Kaminer, Y., Burleson, J. A., Blitz, C., Sussman, J., & Rounsaville, B. J. (1998). Psychotherapies for adolescent substance abusers - A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 684-690.

Kok, D., & Soorsma, E. (2015). *Verdoof je middelen?! Ede: Hogeschool CHE 51-52*

Komro, K. A., Hu, P. B., & Flay, B. R. (1997). A public health perspective on urban adolescents. In: H. J. Walberg, O. Reyes & R. P. Weissberg (eds). *Children and Youth: Interdisciplinary Perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Korf, D. J., Benschop, A., & Rots, G. (2005). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47, 239-254..

Laar M.W. Van, Cruts A.A.N., Van Ooyen-Houben M.M.J., Meijer R.F., Croes E.A., Ketelaars A.P.M. *Nationale Drugmonitor, Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos instituut (2012).

Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T., Ruiters, C. de, & Wit-Grouls, H. de (2003). *Savry. Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren*. Eefde: Rentray.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.

Myers, T. (1982). Alcohol and violent crime re-examined: Self-reports from two sub-groups of Scottish male prisoners, *British Journal of Addictions*, 77, 399-413.

Myers M.G., Brown S.A. & Mott M.A. (1993). Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of Substance Abuse*. 5(1):15-29.

Muck, R., Zempolich, K. A., Titus, J. C., Fishman, M., Godley, M. D., & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth & Society*, 33, 143-168.

Pallonen, U. R., Leskinen, L., Prochaska, J. O., Willey, C. J., Kaariainen, R., & Salonen, J.T. (1994). A two-year self-help smoking cessation manual intervention among middle-aged Finnish men: An application of the Transtheoretical Model. *Preventive Medicine*, 23, 507-514.

Poel A. Van der, Doekkie J., Verdurmen J., Wouters M. & Laar M. Van. *Feestmeter 2008-2010: Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van perty's en clubs*. Utrecht/Amsterdam Trimbos-instituut/Bonger Instituut, 2010

Poulin, F., Dishion, T. J., & Haas, E. (1999). The peer influence paradox: Friendship quality and deviancy training within male adolescent friendships. *Merrill-Palmer Quarterly Journal of Developmental Psychology*, 45, 42-61.

Prochaska, J. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1985). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1112.

Schippers, G. M., & Jonge, J. M. de (2010). *Motiverende gespreksvoering bij jongeren*. Kind en adolescent, *Verslaving: themanummer*. 31(4), 247-254.

Vandernagel, J., & Ouden, R. den (2011). *De Kleine Gids Jongeren en verslaving*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Vermeulen-Smit, E., Kepper A., Monshouwer, K. (2014) *Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettingen*. Utrecht: Trimbos

Vollebergh, W. A. M., Monshouwer, K., Stevens, G., Veen, V. & Kepper, A. (in voorbereiding). *Middelengebruik bij jongeren in justitiële jeugdinrichtingen*.

Vreugdenhil, C., Brink, W. van den, Wouters, L. F. J. M., & Doreleijers, Th. A. H. (2003), *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 372-378.

Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij middelengebruik?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

