

Lian Smeets, Erik Jan de Wilde, Eefje Vercoulen,
Thijs Tuenter, Karin Monshouwer, Wouter den Hollander,
Gijs Jobse, Heleen Scholten, Jeroen de Greeff

Het IJslandse preventiemodel in Nederland

Eindevaluatie van het beleidsvormend
leertraject voor de aanpak van middelengebruik
onder jongeren



Lian Smeets, Erik Jan de Wilde, Eefje Vercoulen,
Thijs Tuenter, Karin Monshouwer, Wouter den Hollander,
Gijs Jobse, Heleen Scholten, Jeroen de Greeff

Het IJslandse preventiemodel in Nederland

Eindevaluatie van het beleidsvormend
leertraject voor de aanpak van middelengebruik
onder jongeren

Colofon

Opdrachtgever en financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs

Lian Smeets

Erik Jan de Wilde

Eefje Vercoulen

Thijs Tuenter

Karin Monshouwer

Wouter den Hollander

Gijs Jobse

Heleen Scholten (Universiteit Utrecht)

Jeroen de Greeff

Met medewerking van

Iryna Batyreva (Nederlands Jeugdinstituut)

Lex Lemmers

Lonneke van Leeuwen

Tekstredactie

Annemarie van den Berg

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer **AF1889**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030 - 297 11 00

F: 030 - 297 11 11

E: ijsland@trimbos.nl

www.trimbos.nl

© 2021, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

Samenvatting	5
1 Achtergrond	11
1.1 Wat is het IJslandse preventiemodel?	11
1.2 Beleidsvormend leertraject: de culturele vertaling van het IJslandse preventiemodel naar Nederland	14
1.3 Eindevaluatie	15
2 Methoden	17
2.1 Landelijke verkenning	17
2.2 Evaluatie van het leertraject	17
2.3 Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidmonitors	19
3 Resultaten	23
3.1 Landelijke verkenning	23
3.2 Evaluatie van het leertraject	28
3.3 Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors	58
4 Conclusie	67
4.1 Kansen en uitdagingen	67
4.2 Implementatie IJslands preventiemodel door gemeenten	68
4.3 Implementatie IJslandse monitor	72
4.4 Overall conclusie	73
5 Aanbevelingen	75
Literatuur	79
Bijlage 1 Gesprekspartners interviews (landelijke) organisaties	81
Bijlage 2 Lijst van onderwerpen en aanwezigheid in GGD GHOR-basisvragenlijst en eerste rapportage	83
Bijlage 3 Odds-ratio's van IJslandvragenlijst-items voor drie belangrijkste uitkomstmaten	87
Bijlage 4 IJslandmodule GGD-vragenlijst	93

Samenvatting

Achtergrond

Het IJslandse preventiemodel is een wetenschappelijk onderbouwde benadering (evidence based) om alcohol-, tabak- en drugsgebruik door jongeren te voorkomen. Het model is ontwikkeld door een non-profitonderzoeksinstituut: Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA) en richt zich op datagedreven en community based werken. Sinds de introductie van het IJslandse preventiemodel, twintig jaar geleden, is het middelengebruik onder IJslandse jeugd sterk gedaald.

De essentie van het IJslandse model is om een gezonde omgeving voor jongeren te creëren die is ingericht om middelengebruik te voorkomen en te werken aan het welbevinden van jongeren. Om deze gezonde omgeving te vormen wordt er een jaarlijkse cyclus doorlopen bestaande uit vier stappen: 1. Monitoring (vragenlijst onder jongeren). 2. Snelle terugkoppeling van de resultaten en dialoog met lokale partners. 3. Beleidsvorming op basis van de resultaten. 4. Uitvoering van beleid en acties. Het beleid en de acties richten zich op vier verschillende domeinen die worden uitgevraagd in een vragenlijst onder jongeren. Deze domeinen zijn door de IJslandse onderzoekers aangewezen als belangrijke thema's waarbinnen verandering kan plaatsvinden: gezin, school, peergroep en vrije tijd.

De veelbelovende cijfers over dalend middelengebruik in IJsland waren reden om te onderzoeken of het IJslandse model ook in Nederland te implementeren is en vertaald kan worden naar de Nederlandse context. Er werd daarom van april 2018 tot april 2021 een beleidsvormend leertraject opgezet waaraan zes Nederlandse gemeenten deelnamen: Amersfoort, Hardenberg, samenwerkingsverband Kempengemeenten (Bergeijk, Bladel, Eersel, Reusel-De Mierden), Súdwest-Fryslân, Texel en Urk.

Onderzoeksvraag

Dit rapport bevat uitkomsten uit de eerdere tussenevaluatie, aangevuld met inzichten uit de eindevaluatie van het leertraject. De hoofdonderzoeksvraag van dit rapport luidt:

In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?

Methodie

Om antwoord te geven op de hoofdonderzoeksvraag hebben we drie deelonderzoeken uitgevoerd.

Om te verkennen welke kansen het model biedt voor de Nederlandse situatie en welke uitdagingen er nog zijn, voerden we in mei-juli 2019 gesprekken met zeventien (landelijke) organisaties. De bijbehorende deelonderzoeksvraag is:

1. *Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel in Nederland?*

Vervolgens voerden we op twee momenten tijdens het leertraject evaluatiegesprekken met beleidsmedewerkers van de deelnemende gemeenten, namelijk halverwege het traject (eind 2019) en aan het einde van het traject (voorjaar 2021). Ook spraken we in twee rondes met contactpersonen van deelnemende scholen, namelijk begin 2020 (negen scholen namen deel) en begin 2021 (dertien scholen namen deel). De bijbehorende deelonderzoeksvragen zijn:

- 2a. *In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse preventiemodel implementeren, en in hoeverre vinden zij het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?*

- 2b. *Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel in hun gemeente?*

Ten slotte vergeleken we de door de IJslandse onderzoekers gebruikte vragenlijst middels een inhoudelijke en procesmatige analyse met de Nederlandse vragenlijst van de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor. Daarnaast onderzochten we hoe de GGD-vragenlijst verrijkt kan worden met een IJslandmodule. De bijbehorende deelonderzoeksvraag is:

3. *In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor?*

Resultaten

Landelijke verkenning

Uit de gesprekken met de landelijke organisaties is gebleken dat zij geïnteresseerd zijn in het IJslandse model. Een belangrijke reden hiervoor is dat de doelen van de IJslandse aanpak aansluiten bij die van het Nationaal Preventieakkoord (gericht op het verminderen van roken, overgewicht en met name alcoholgebruik). Ook de integrale aanpak van het model spreekt aan.

Ingezoomd op de elementen van het model blijken in verschillende aspecten kansen, maar ook uitdagingen te liggen. Zo wordt de IJslandse monitoring als een werkzaam bestanddeel gezien, maar organisaties vinden het ook een arbeidsintensieve onderneming. Idealiter wordt de monitor geïntegreerd in de bestaande Nederlandse monitoringssystemen (zoals de jeugdgezondheidsmonitor van de GGD). Daarnaast kan *community building* kansrijk zijn in Nederland, maar het kost waarschijnlijk wel veel moeite en tijd om dit te realiseren. Hetzelfde

geldt voor het betrekken van ouders en scholen: de organisaties zien dit als een belangrijke zaak die tevens lastig te realiseren is. Ten slotte zien de organisaties zinvolle vrijetijdsbesteding als een belangrijke factor in gezond en veilig opgroeien. Maar professionele begeleiding (waar in IJsland wordt mee gewerkt) is erg kostbaar.

Evaluatie van het leertraject

Tijdens het drie jaar durende leertraject (april 2018 - april 2021) hebben de zes gemeenten de IJslandse werkwijze geïmplementeerd. Hierin hebben zij ervaring opgedaan met het doorlopen van de IJslandse cyclus. De deelnemende gemeenten zijn positief over de IJslandse werkwijze. De positieve, integrale langetermijnvisie op het jeugdbeleid kan op enthousiasme rekenen. Verder waarderen de gemeenten dat wetenschap en lokale cijfers de basis vormen voor het beleid. De monitor vindt frequent plaats en geeft ook informatie over onderliggende beschermende en risicofactoren van gedrag. Door de snelle terugkoppeling van de resultaten lukt het de gemeenten om meer draagvlak en urgentiegevoel te creëren bij lokale partners. Het bespreken van de resultaten met lokale partners om samen prioriteiten te stellen, spreekt de gemeenten erg aan. Voor significante veranderingen in middelengebruik is het nog te vroeg, maar een van de grote, nu al zichtbare resultaten van het leertraject is de verbeterde en nieuwe samenwerking met lokale partners.

De gemeenten hebben de ondersteuning vanuit het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut gedurende het leertraject over het algemeen als positief ervaren. Ook de input vanuit de IJslandse onderzoekers werd gewaardeerd, gemeenten zagen met name hun vermogen om te inspireren als meerwaarde. Voor de toekomst zien de gemeenten in de lokale ondersteuning en in het uitvoeren van de monitor echter geen rol meer voor de IJslanders. De uitvoering van de monitor zien ze graag in handen van de GGD komen. Aan ondersteuning door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut blijft wel behoefte, met name met landelijke agenda setting en het blijven verspreiden van de boodschap.

Ook de scholen zijn te spreken over de IJslandse werkwijze. Met name het integrale karakter motiveerde hen om deel te nemen aan het leertraject: ze willen iets doen tegen het middelengebruik van hun leerlingen en willen daarnaast een positieve bijdrage leveren aan hun ontwikkeling. De samenwerking met andere lokale partijen, met name met de gemeente, is door de IJslandse werkwijze verbeterd. Daarnaast zijn de scholen positief over de IJslandse manier van monitoren, waarbij er meer uitwisseling is over de resultaten en er gezamenlijke doelen worden gesteld. Idealiter zouden de scholen meer tijd besteden aan het IJslandse model, maar dit past niet altijd in de uren die ze beschikbaar hebben.

Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors

De door de IJslandse onderzoekers gebruikte vragenlijst verschilt inhoudelijk van de in Nederland gebruikte jeugdmonitor-vragenlijsten: zowel van de GGD GHOR-basisvragenlijst als van de lokaal verschillend aangevulde GGD-lijsten. De IJslandse vragenlijst gebruikt meer vragen voor dezelfde onderwerpen en bestrijkt daarnaast ook meer onderwerpen: vooral vragen over het gezin, school en de omgeving. Voor de rapportage blijkt er een groter percentage van de antwoorden uit de GGD GHOR-basisvragen benut te worden dan bij de IJslandse vragenlijst het geval is. Dat is opmerkelijk omdat de GHOR-GGD-vragenlijst minder items en onderwerpen bevat. Dat de IJslandse vragenlijst lang is, blijkt uit het toenemende

gemiddelde aantal niet-ingevulde vragen aan het einde van de vragenlijst. De IJslandse lijst kan zeker korter, want er zitten redundanties in en niet alle vragen over buurt, omgeving en leeftijdgenoten hangen samen met middelengebruik door de jongeren.

Het is mogelijk om vragen en onderwerpen uit de IJslandse vragenlijst toe te voegen aan de basisvragenlijst van de GGD GHOR. Zelfs wanneer alle onderwerpen die de IJslanders in hun rapportage behandelen moeten worden uitgevraagd, is er voldoende plek in het facultatieve deel van de GGD GHOR-vragenlijst. Dan nog blijft het de vraag of de monitor ook aan de andere vereisten van het IJslandse preventiemodel kan voldoen: vaker meten, sneller terugkoppelen, betere steekproef en een prominentere plek binnen het lokale jeugdbeleid.

Conclusie

Op basis van deze evalueatie kunnen we concluderen dat het IJslandse preventiemodel goed implementeerbaar is in Nederlandse gemeenten. De werkwijze heeft op een aantal aspecten toegevoegde waarde ten opzichte van de bestaande programma's en werkwijzen. Met name de aspecten van *community building*, integrale benadering en de belangrijke rol van monitoring in het lokale beleidsproces worden als een meerwaarde ervaren. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is uiteraard dat de gemeente voldoende mankracht en middelen beschikbaar heeft om dit proces te trekken.

De betrokkenen zijn enthousiast en geven aan door te willen met de implementatie van het IJslandse model. Ook raden de deelnemende gemeenten andere gemeenten aan om met deze werkwijze aan de slag te gaan.

Aanbevelingen

1. *Stimuleer de verdere implementatie van het IJslandse preventiemodel in Nederland.*

Het IJslandse model voorziet in de behoefte van gemeenten aan een model voor lokaal, domeinoverstijgend en datagedreven jeugdbeleid met een wetenschappelijke onderbouwing.

2. *Laat gemeenten de regie voeren bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel.*

De gemeente is de aangewezen partij om de regievoerder te zijn in de implementatie. Zij is in staat de juiste partners te betrekken en in de randvoorwaarden te voorzien, namelijk:

- bestuurlijk en politiek draagvlak;
- voldoende capaciteit;
- gekwalificeerde projectleider;
- voldoende financiële middelen.

3. *Investeer in landurige, lokale samenwerking.* Het is van belang om lokale partners te enthousiasmeren en op de lange termijn te betrekken bij de implementatie van het model.

4. *Borg de voorwaarden van de IJslandse monitoring in de GGD GHOR-jeugd-gezondheidsmonitor.* De voorwaarden van de IJslandse monitoring zijn:

- hogere frequentie van dataverzameling (minimaal eens per twee jaar);
- terugkoppeling van resultaten binnen twee tot drie maanden, op gemeentelijk en schoolniveau;
- data worden verzameld onder een representatief gedeelte van jongeren (respons van minstens 80 procent);
- GGD -vragenlijst aangevuld met een IJslandmodule, met daarin aandacht voor beschermende en risicofactoren;
- de resultaten worden besproken met lokale partners en gebruikt als voeding voor het opstellen van jeugdbeleid.

5. *Ondersteun de implementatie van het IJslandse preventiemodel.* Bij verdere implementatie van het IJslandse model in Nederland bevelen we aan een communicatieve, faciliterende en ondersteunende rol te beleggen bij een of meer Nederlandse, landelijke organisaties die beschikken over de juiste kennis en capaciteit.

1 Achtergrond

Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) voeren tezamen het driejarige traject Leren van het IJslands Preventiemodel uit, gesteund door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het doel van dit traject is een visie te ontwikkelen waarin wordt onderbouwd in hoeverre het IJslandse preventiemodel vertaalbaar en implementeerbaar is in Nederland. In deze eindevaluatie brengen we de diverse elementen van het leertraject samen en beschrijven we in hoeverre het IJslandse preventiemodel in Nederland geïmplementeerd kan worden.

1.1 Wat is het IJslandse preventiemodel?

Het IJslandse preventiemodel is een op de wetenschap gebaseerde aanpak (evidence based) om middelengebruik (alcohol, tabak en drugs) door jongeren te voorkomen en welbevinden van jongeren te verbeteren. Het model is gericht op het implementeren van maatregelen en lokale interventies die risicofactoren voor middelengebruik (zoals bekend zijn uit literatuur) verminderen, en beschermende factoren versterken. Dit gebeurt op basis van lokale cijfers over jongeren en in overleg met lokale partners.

Het model is ontwikkeld door het Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA), een non-profit onderzoeksinstituut gevestigd in de hoofdstad Reykjavik. Sinds de introductie van het IJslandse preventiemodel, twintig jaar geleden, is het middelengebruik onder IJslandse jeugd sterk gedaald en behoort zij nu tot de minst gebruikende jongeren in Europa (Kristjánsson, Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Mann, Sigfússon, & Allegrante, 2016; Sigfússon, 2018).

1.1.1 De domeinen in de omgeving van jongeren

De essentie van het IJslandse preventiemodel is een gezonde omgeving te creëren die is ingericht om middelengebruik door jongeren te voorkomen. Om dit te bereiken, is het model gericht op vier domeinen die invloed hebben op middelengebruik door jongeren, namelijk gezin, peergroep (vrienden en leeftijdgenoten), school en vrije tijd (zie figuur 1). Binnen elk domein zijn factoren beschreven die het risico op middelengebruik verkleinen (beschermende factoren) of vergroten (risicofactoren). We lichten de domeinen hier nader toe.

Gezin

Volgens de grondleggers van het model zijn ouders de belangrijkste beschermende factor in het leven van hun kind. Door warmte en steun te geven, met elkaar tijd door te brengen, regels te stellen en te monitoren kunnen ouders een belangrijke beschermende factor zijn in het voorkómen van middelengebruik. Doordat ouders zo'n belangrijke rol hebben, worden ze in IJsland nadrukkelijk betrokken bij het preventiebeleid. Ouders praten mee over preventie van middelengebruik en het versterken van het welbevinden van hun kinderen. Ook dragen ze hun steentje bij door betrokken te zijn bij school en bij de vrijetijdsactiviteiten van hun kind, en door contact te onderhouden met andere ouders.

Figuur 1. Domeinen in het IJslandse preventiemodel



Peergroep

Het middelengebruik en ander gedrag van de peergroep (vrienden en leeftijdgenoten) heeft invloed op jongeren. Groepen jongeren die laat buiten rondhangen of naar feestjes zonder toezicht gaan, gebruiken in IJsland meer middelen dan jongeren die dit niet doen. Daarnaast heeft de relatie tussen ouders invloed op jongeren. In IJsland worden ouders gestimuleerd om de ouders van de vrienden van hun kinderen te leren kennen. Zo kunnen zij elkaar steunen in het stellen en bewaken van regels over middelengebruik.

School

School wordt in het IJslandse model gezien als de natuurlijke vindplek voor jongeren en hun ouders. Tegelijkertijd spelen scholen vaak een centrale rol in de wijk en is er een nauwe afstemming met culturele en sportactiviteiten die na schooltijd plaatsvinden. Veel van de activiteiten vinden daarom op, rondom of in samenspraak met school plaats. De scholen hebben daarbij doorgaans een faciliterende rol. Ze zijn daarom een belangrijke samenwerkingspartner voor IJslandse gemeenten.

Vrije tijd

Een uitgangspunt van het IJslandse model is jongeren een zinvolle vrijetijdsbesteding te bieden. De reden hiervoor is jongeren daarmee een gezonde ontwikkeling te bieden én te voorkomen dat ze zich vervelen en daarmee het risico lopen middelen te gebruiken of ander risicogedrag te vertonen. De vrijetijdsactiviteiten zoals beoogd in het IJslandse model dienen te voldoen aan een aantal randvoorwaarden. Zo dient de activiteit te worden begeleid door professionals. Ook dient de activiteit plaats te vinden in een gezonde omgeving, zonder verleidingen tot middelengebruik.

1.1.2 De jaarlijkse cyclus van het IJslandse preventiemodel

Het model verloopt volgens een jaarlijkse cyclus die bestaat uit vier stappen: monitoring; terugkoppeling en dialoog; beleidsvorming; en uitvoering (zie figuur 2). Daarin staat community building centraal: onderzoekers en beleidsmakers bouwen aan draagvlak onder lokale partners en stimuleren samenwerking tussen deze partijen in alle stappen. We lichten de stappen hier nader toe.

Figuur 2. Jaarlijkse cyclus van het IJslandse preventiemodel



Stap 1. Monitoring

Jaarlijks worden op bijna alle scholen in IJsland vragenlijsten afgenomen onder alle jongeren van 10 tot en met 20 jaar. De vragen hebben betrekking op middelengebruik, welbevinden en de aanwezigheid van de beschermende en risicofactoren. Doordat de vragenlijsten jaarlijks worden afgenomen, volgens dezelfde methodiek, kunnen trends en verschuivingen in het middelengebruik en de beschermende en risicofactoren in beeld worden gebracht (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, & Allegrante, 2009; Sigfúsdóttir, Kristjánsson, Gudmundsdottir, & Allegrante, 2010).

Stap 2. Terugkoppeling en dialoog

Binnen twee maanden worden de resultaten uit de vragenlijsten gerapporteerd op gemeentelijk en schoolniveau. Door de snelle terugkoppeling van informatie ontstaat een actueel beeld van de gezondheid en het welbevinden van de jeugd. De resultaten voeden de lokale dialoog tussen wetenschappers, beleidsmakers van de gemeente en andere lokale partners, zoals scholen, ouders en aanbieders van vrijetijdsactiviteiten. Samen bespreken zij wat de aandachtspunten zijn en op welke beschermende en risicofactoren zij zich gaan richten om de gezondheid en het welbevinden van jongeren te verbeteren.

Stap 3. Beleidsvorming

Er wordt niet gewerkt met een vaststaand interventiepakket dat ingezet wordt bij implementatie van het IJslandse model. Lokale partners bedenken samen welke acties, interventies en maatregelen ingezet worden om de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. Ieder levert een bijdrage vanuit zijn of haar expertise, wat de betrokkenheid bij preventie van middelengebruik vergroot.

Stap 4. Uitvoering

De acties, interventies en maatregelen worden uitgevoerd om de beschermende en risicofactoren te beïnvloeden.

Deze cyclus wordt jaarlijks herhaald. De resultaten van een nieuwe vragenronde worden gebruikt om de resultaten van de acties, interventies en maatregelen uit de voorgaande cyclus te evalueren, en te reflecteren op het proces (Kristjánsson et al., 2016; Sigfúsdóttir, 2013; Sigfússon, 2018).

Een uitgebreide verkenning en een beschrijving van het IJslandse preventiemodel zijn na te lezen in een eerder verschenen factsheet (Smeets, Monshouwer, Batyрева, De Wilde, & De Greeff, 2019) en literatuuronderzoek (Smeets, Monshouwer, & De Greeff, 2019).

1.2 Beleidsvormend leertraject: de culturele vertaling van het IJslandse preventiemodel naar Nederland

De veelbelovende cijfers over dalend middelengebruik in IJsland zijn reden geweest om te onderzoeken of het IJslandse model ook in Nederland te implementeren is. Nederland is echter anders dan IJsland. Bij de vertaling naar de Nederlandse context moet dan ook rekening gehouden worden met een aantal aandachtspunten en uitdagingen. Zo zijn er geografische en culturele verschillen (alcohol is bijvoorbeeld een belangrijker onderdeel van de sportcultuur in Nederland dan in IJsland) en verschilt de ouderbetrokkenheid in beide landen. Deze aandachtspunten worden toegelicht in het literatuuronderzoek (Smeets et al., 2019b) dat eerder verschenen is.

1.2.1 Bestaande preventieactiviteiten en -programma's in Nederland

In Nederland wordt al veel gedaan aan preventie voor allerlei verschillende thema's, zoals middelengebruik, welbevinden, voeding en beweging. Er bestaan losstaande interventies zoals het ROC Aanvalsplan en programma's die zich richten op de omgeving van de jongeren, zoals de Gezonde School, de Rookvrije Generatie of Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor het organiseren van het brede jeugdbeleid. In het kader van de transformatie van het jeugdveld investeren zij veel in integrale samenwerking met lokale partners. Bij implementatie van het IJslandse model in Nederland is het belangrijk dat niet wordt voorbijgegaan aan deze bestaande preventieprogramma's en activiteiten. Het is belangrijk om te bekijken op welke vlakken bestaande programma's uit Nederland en het IJslandse model elkaar kunnen versterken, om integraal aan preventie te werken in de verschillende domeinen in het leven van jongeren.

1.2.2 Monitoring

Binnen de IJslandse methodiek speelt monitoring (in de betekenis van het verzamelen van data via zelfrapportage-vragenlijsten en de terugkoppeling daarvan aan deelnemende scholen, gemeenten en lokale partners) een belangrijke rol. Nederland is een land met een lange traditie van monitoring bij scholieren. Naast regelmatige landelijke onderzoeken zoals Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en de Peilstationonderzoeken, voeren GGD'en (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) lokale onderzoeken uit op minstens één

contactmoment gedurende de middelbareschoolperiode. Eens in de vier jaar wordt door de GGD'en de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd, in samenwerking met GGD GHOR Nederland (Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio) en het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). Ook in deze onderzoeken worden vragen gesteld over middelengebruik en andere gezondheidskenmerken van middelbare scholieren. Het is van belang om te onderzoeken welke elementen van de IJslandse manier van monitoring iets kunnen toevoegen aan de Nederlandse werkwijze.

1.2.3 Beleidsvormend leertraject in Nederland

In Nederland is in 2018 een beleidsvormend leertraject opgezet om te onderzoeken of het IJslandse preventiemodel te vertalen en implementeren is in de Nederlandse context. Hierin is uiteraard aandacht voor de hierboven beschreven uitdagingen. Het beleidsvormend leertraject is opgezet door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut, in samenwerking met het ICSRA. Het traject is onderdeel van Planet Youth, de naam waaronder het ICSRA andere landen ondersteunt met de implementatie van het IJslandse preventiemodel. Zes Nederlandse gemeenten hebben deelgenomen aan dit traject, namelijk Amersfoort, Hardenberg, samenwerkingsverband Kempengemeenten (Bergeijk, Bladel, Eersel, Reusel-De Mierden), Súdwest-Fryslân, Texel en Urk. Het traject liep van april 2018 tot april 2021.

1.3 Eindevaluatie

Dit rapport is de eindevaluatie van het beleidsvormend leertraject met het IJslandse model in Nederland. In juni 2020 verscheen al een tussenevaluatie van dit leertraject. Deze eindevaluatie bevat uitkomsten uit de tussenevaluatie, aangevuld met de inzichten uit aanvullend onderzoek. De hoofdonderzoeksvraag van deze eindevaluatie luidt: *In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?*

Om de hoofdvraag te beantwoorden hebben we drie onderzoeken uitgevoerd, met elk een eigen deelonderzoeksvraag.

Onderzoek 1. Landelijke verkenning kansen en uitdagingen

Het doel van de landelijke verkenning is om te onderzoeken welke kansen het IJslandse model biedt voor de Nederlandse situatie, en welke uitdagingen er spelen bij de vertaling naar de Nederlandse context. Hiertoe hebben we medewerkers van diverse (landelijke) organisaties gesproken die actief zijn in het preventieve veld, of in een van de domeinen waar het IJslandse model zich op richt. De deelonderzoeksvraag voor dit onderzoek luidt:

Deelonderzoeksvraag 1: Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel in Nederland?

Onderzoek 2. Evaluatie leertraject

Het doel van de evaluatie van het leertraject is om de implementatie van het IJslandse model te beoordelen. Hiertoe zijn de beleidsmedewerkers van de deelnemende gemeenten, onderzoekers van de deelnemende gemeenten of GGD'en en contactpersonen bij deelnemende scholen

geïnterviewd over hun ervaringen met de implementatie van de IJslandse werkwijze. Deze interviews zijn op twee momenten uitgevoerd: halverwege en aan het einde van het traject. De twee deelonderzoeksvragen voor dit onderzoek luiden:

Deelonderzoeksvraag 2a: In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse preventiemodel implementeren, en in hoeverre vinden zij het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?

Deelonderzoeksvraag 2b: Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel in hun gemeente?

Onderzoek 3. Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors

Het doel van het onderzoek naar de IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors is te achterhalen welke inhoudelijke en procesmatige verschillen er zijn tussen de IJslandse monitor en de Nederlandse gezondheidsmonitor van de GGD. Op basis hiervan kunnen aanbevelingen gedaan worden over de eventuele structurele inbedding van de IJslandse methodiek in het Nederlandse lokale jeugdbeleid. In het leertraject vonden de eerste twee rondes van dataverzameling plaats (in het najaar van 2018 en 2020). Er is onderzoek uitgevoerd naar de data uit deze verzameling en naar de inhoud van de vragenlijst. De deelonderzoeksvraag voor dit onderzoek luidt:

Deelonderzoeksvraag 3: In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor?

2 Methoden

We voerden drie deelonderzoeken uit voor deze eindevaluatie, namelijk 1) Landelijke verkenning; 2) Evaluatie van het leertraject en 3) Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors. In figuur 3 is te zien op welke momenten data verzameld is voor ieder van deze onderzoeken. De getallen tussen haakjes geven aan over welk deelonderzoek het gaat. In de volgende paragrafen beschrijven we de werkwijze per deelonderzoek.

Figuur 3. Tijdlijn deelonderzoeken

2018	april	Start leertraject
2019	mei - juni nov - dec	Interviews landelijke oragnisaties (1) 1e ronde interviews gemeenten (2)
2020	jan feb - mar jun	Start vergelijking jeugdgezondheidsmonitors (3) 1e ronde interviews scholen (2) Tussenevaluatie
2021	jan - mar apr mei	2e ronde interviews scholen (2) Einde leertraject, 2e ronde interviews gemeenten (2) Einde vergelijking jeugdgezondheidsmonitors (3)

2.1 Landelijke verkenning

We hebben een verkenning gehouden met (landelijke) organisaties om na te gaan welke kansen het IJslandse model biedt voor de Nederlandse situatie en welke uitdagingen er zijn bij het vertalen van het IJslandse model naar de Nederlandse context. In de periode van mei 2019 tot en met juli 2019 hebben we gesprekken gevoerd over het IJslandse preventiemodel met gesprekspartners binnen 17 (landelijke) organisaties (zie bijlage 1). Tijdens deze gesprekken gebruikten we een topiclijst (op aanvraag beschikbaar). Afhankelijk van de expertise van de gesprekspartner werd op enkele onderwerpen dieper ingegaan. Tijdens de gesprekken maakten we aantekeningen, die achteraf zijn uitgewerkt. Deze uitgewerkte verslagen zijn door twee onderzoekers onafhankelijk gecodeerd met MAXQDA-software. Vervolgens hebben zij hun coderingen naast elkaar gelegd en zijn tot een consensus gekomen voor stukken tekst die verschillend gecodeerd waren.

2.2 Evaluatie van het leertraject

In het kader van deze eindevaluatie hebben we interviews gehouden om te inventariseren welke ervaringen de betrokkenen hebben met de implementatie van het IJslandse preventiemodel.

De interviews zijn gehouden met beleidsmedewerkers van de deelnemende gemeenten, soms aangevuld met medewerkers van de GGD of andere lokale partners van de gemeente, en met contactpersonen van deelnemende scholen.

2.2.1 Deelnemende gemeenten

Op twee momenten tijdens het beleidsvormend leertraject hebben we evaluatiegesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers van de zes deelnemende gemeenten. De eerste ronde gesprekken vond plaats halverwege het leertraject, in november en december van 2019. De tweede ronde gesprekken vond plaats aan het einde van het leertraject, in april 2021.

Bij de gesprekken was in ieder geval de projectleider van de deelnemende gemeente aanwezig, in de meeste gevallen aangevuld met leden van de projectgroep en in enkele gevallen met medewerkers van een GGD. Bij één gesprek waren ook contactpersonen aanwezig van lokale partners van de gemeenten, zoals van de vo-scholen en een instelling voor verslavingszorg.

Middels een toestemmingsformulier zijn de geïnterviewden akkoord gegaan met het maken van video- en audio-opnamen tijdens het gesprek. Voorafgaand aan het gesprek ontvingen de deelnemers een korte digitale vragenlijst over het leertraject (op aanvraag beschikbaar). Tijdens het gesprek maakten we gebruik van een topiclijst (op aanvraag beschikbaar) om het implementatieproces tot dan toe door te lopen.

De video- en audio-opnamen zijn gebruikt om de gesprekken achteraf uit te werken. De uitgewerkte verslagen zijn door twee onderzoekers gecodeerd met MAXQDA-software. Vervolgens hebben de onderzoekers de codering gebruikt om het verslag gezamenlijk uit te werken.

2.2.2 Deelnemende scholen

Op twee momenten zijn er interviews gehouden met contactpersonen van vo-scholen die meewerken aan de implementatie van het IJlandse preventiemodel in de deelnemende gemeenten. In februari en maart van 2020 hielden twee onderzoekers interviews met contactpersonen bij negen scholen. In januari, februari en maart 2021 hield een stagiair van de Universiteit Utrecht (UU) interviews met contactpersonen van dertien vo-scholen die meewerken aan de implementatie van het IJlandse preventiemodel. In beide rondes zijn uit elk van de zes deelnemende gemeenten medewerkers van een of meer scholen geïnterviewd. Middels een toestemmingsformulier gingen de geïnterviewden akkoord met het maken van audio-opnamen. Tijdens de gesprekken maakten de interviewers gebruik van een topiclijst (op aanvraag beschikbaar).

De audio-opnamen zijn gebruikt om de gesprekken achteraf uit te werken. De resultaten uit de eerste ronde gesprekken zijn door twee onderzoekers uitgewerkt. De gespreksverslagen van de tweede ronde gesprekken zijn door de stagiair van de UU gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het programma NVivo. Hieruit kwam een conceptrapport voort, geschreven door de stagiair van de UU. Dit conceptrapport is vervolgens, samen met de belangrijkste resultaten uit de eerste ronde, uitgewerkt in de resultatensectie van dit eindrapport.

2.3 Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors

In het onderzoek naar de IJslandse monitor willen we door een analyse van de inhoudelijke en procesmatige verschillen tussen de IJslandse jeugdgezondheidsmonitor en de Nederlandse jeugdgezondheidsmonitor van de GGD tot aanbevelingen komen over structurele inbedding van de (aan de Nederlandse situatie aangepaste) IJslandse methodiek in het lokale jeugd beleid.

2.3.1 Instrumentvergelijking

De in IJsland gehanteerde vragenlijst is het resultaat van jarenlange inhoudelijke aanpassingen van vragenlijsten die de onderzoekers ofwel zelf ontwikkeld hebben, ofwel hebben gekozen uit bestaande internationale onderzoeken. De vragenlijst als geheel was nog niet in het Nederlands vertaald. Op verzoek hebben het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut deze vertaling op zich genomen en vervolgens kortgesloten met de deelnemende onderzoekers vanuit de regio's. Vervolgens hebben we de lijst op itemniveau inhoudelijk vergeleken met de basisvragenlijst van de jeugdmonitor zoals opgesteld door GGD GHOR.

We hebben beide wijzen van monitoren vergeleken op drie aspecten: de inhoud van de vragenlijsten zelf; de manier waarop de gegevens verwerkt en teruggekoppeld worden; en de benutting van de gegevens in het gemeentelijke preventiebeleid.

De opzet van dit deelonderzoek en de bevindingen in dit hoofdstuk werden besproken in de voor dit onderzoek opgerichte Werkgroep Monitoring. Daaraan nemen sleutelfunctionarissen deel van GGD GHOR Nederland en RIVM, onderzoekers (van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut) en een selectie van epidemiologen uit regionale GGD'en.

Vergeleken vragenlijsten

Voor ons onderzoek hebben we de vragenlijst *Planet Youth* zoals opgesteld door ICSRA en vertaald door Trimbos/NJi (versie 2018) vergeleken met de Definitieve basisvragenlijst Gezondheidsmonitor Jeugd 2019 (versie 21 maart 2019). De gezondheidsmonitor omvat naast deze 'definitieve basisvragenlijst' vaak ook een lokaal te bepalen facultatief gedeelte. Deze regionale varianten van de vragenlijst zijn vervolgens gebruikt voor het ontwikkelen van bouwstenen voor de IJslandmodule.

Analyse: inhoudelijke vergelijking

De twee vragenlijsten hebben we op itemniveau vergeleken. Allereerst bekeken we welke overkoepelende thema's er in de vragenlijst voorkomen. Elke vraag hebben we gerubriceerd in een van de overkoepelende thema's. Voor de benaming van deze thema's sloten we aan bij de begrippen die gehanteerd werden in de respectievelijke terugkoppelingen: de lokale rapporten aan de zes gemeenten (voor de IJslandvragenlijst), en het rapport over de Gezondheidsmonitor Jeugd (voor de vragenlijst van de GGD GHOR op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS).

Analyse: benutting in rapportages

We hebben vergeleken of de vragen uit de twee vragenlijsten benut worden in de rapporten die op basis van de vragenlijsten worden opgeleverd. Voor de benutting van de IJslandse

vragenlijst hebben we in de eerste plaats bekeken welke gegevens uit de vragenlijst ook daadwerkelijk terechtgekomen zijn in de rapportages voor de deelnemende gemeenten. Daarmee is nog niet vastgesteld of de gegevens ook daadwerkelijk hebben geleid tot de inzet van nieuwe interventies of ander beleid. Voor de GGD GHOR-vragenlijst hebben we gekeken naar de landelijk beschikbare datasets bij CBS (CBS Statline en Volksgezondheidszorg.info). We hebben beoordeeld of de resultaten die verkregen werden met de vragenlijsten verwerkt werden in tabellen of figuren in de rapportages.

2.3.2 Analyse van beschikbare data

Beschikbare data

Na de eerste monitoringsfase in 2018 ontvingen we van de IJslandse onderzoekers een geanonimiseerde dataset van de deelnemende gemeenten. Uit deze dataset verwijderden we de vragen over de school, de specifieke klas en de gemeente van de respondenten. De verkregen dataset besloeg in totaal 4.925 ingevulde vragenlijsten (2.335 jongens en 2.544 meisjes). De mediane leeftijd van de respondenten bedroeg 15 jaar. 85 procent van de leerlingen zat ten tijde van de afname in het vierde leerjaar.

Missende waarden en redundantie

Een te lange vragenlijst kan leiden tot een verminderde kwaliteit van de antwoorden. Jongeren hebben mogelijk onvoldoende tijd om de vragenlijst in zijn geheel in te vullen (er is over het algemeen maximaal één lesuur beschikbaar), waardoor de vragen aan het eind van de lijst onbeantwoord blijven. Een ander gevolg van een te lange lijst kan zijn dat jongeren de lijst gaan afraffelen omdat ze hun concentratie verliezen of op tijd klaar willen zijn. Het is dus belangrijk dat de vragenlijst niet onnodig lang is. Allereerst is dan ook gekeken naar het patroon van oningevulde vragen, oftewel missende waarden in de dataset. Vervolgens bekeken we in hoeverre vragen 'overbodig' lijken omdat de antwoorden sterk samenhangen met die op andere vragen, de zogeheten redundantie. Deze redundantieanalyse geeft inzicht in welke vragen mogelijk overbodig zijn en geschrapt kunnen worden.

Samenhang binnen de verkregen informatie

Naast bovengenoemde analyses die meer gericht zijn op de kwaliteit van de verkregen informatie, hebben we ook onderzocht in hoeverre de risico- en beschermende factoren waarop het IJslandse model gericht is, ook in de Nederlandse context gevonden worden. Om dit te illustreren: het IJslandse model is sterk gericht op het stimuleren van sportdeelname omdat dit in IJsland een beschermende factor is gebleken voor het gebruik van alcohol en drugs. In Nederland lijkt de cultuur wat dit betreft echter te verschillen, en zijn er indicaties dat lidmaatschap van een sportclub een risicofactor is voor alcoholgebruik. Het is dus van belang om na te gaan in hoeverre beschermende en risicofactoren die in IJsland zijn gevonden, ook in Nederland aanwezig zijn. Omdat de data ten tijde van dit deelonderzoek op één moment zijn verzameld, moet hierbij worden opgemerkt dat we in de analyses alleen kunnen kijken naar al dan niet aanwezige verbanden. De richting van het verband kan dus niet worden vastgesteld. We kunnen daarom geen uitspraken doen over de oorzakelijkheid van het verband. Dat wil zeggen dat we niet kunnen beantwoorden of factor A een oorzaak is van B, factor B een oorzaak van A, of dat er alleen sprake is van een samenhang tussen A en B en geen direct oorzakelijk verband tussen beide.

Aan de hand van een correlatieanalyse (Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt) van de gegeven antwoorden hebben we bekeken in welke mate vragen met elkaar samenhangen. Hierbij moeten we aantekenen dat het een ruwe, verkennende analyse betreft, die niet gecorrigeerd is voor bijvoorbeeld leerjaar of geslacht.

Voorspellende waarde van de determinanten

In de tweede rapportage van de lokale analyses werden veel figuren weergegeven waarin de samenhang werd bekeken met drie aspecten van middelengebruik: dagelijks roken, *life time* cannabisgebruik en dronkenschap gedurende de laatste maand. Om verder te bekijken welke andere vragen en antwoorden het meest met deze uitkomsten samenhangen, voerden we afzonderlijke logistische regressie-analyses uit met deze afhankelijke variabelen. Geslacht en schooltype werden in het model meegenomen. Dit resulteerde in een overzicht van odds-ratio's (die weergeven hoeveel meer kans er op het betreffende middelengebruik is bij verandering van antwoorden op de vragen) per antwoord per afhankelijke variabele. Hieruit stelden we vervolgens een lijst samen van de dertig meest samenhangende determinanten (gecorrigeerd voor geslacht en schooltype).

2.3.3 Bouwstenen voor een IJslandmodule voor de GGD-vragenlijst

Tijdens het leertraject werd duidelijk dat alle betrokkenen er de voorkeur aan gaven om na de pilotfase verder te gaan met een voor de IJslandse aanpak aangepaste GGD-monitor als informatiebron. Op die manier kan er gebruikgemaakt worden van de expertise en infrastructuur van de GGD en de logische verbintenis van de lokale GGD met school en andere partners in het preventieve veld.

De GGD-vragenlijst bevat een basisvragenlijst, aangevuld met een flexibel gedeelte, dat op regionaal niveau kan worden ingevuld. We besloten om te onderzoeken of de lokale rapportages zoals opgesteld door ICSRA gereproduceerd konden worden met de GGD GHOR-basisvragenlijst, aangevuld met vragen die voor het flexibele gedeelte gebruikt worden. Alle twintig lokale GGD-vragenlijsten werden bestudeerd op overeenkomst met de laatste rapportages van *Planet Youth* in de zes pilotgemeenten. Elke figuur uit de lokale rapportage werd vervolgens geclassificeerd in een van de volgende zes categorieën:

- A. Volkomen identiek, zelfde figuur reproduceerbaar: *In dit geval wordt er een identieke vraag in een GGD-lijst gevonden, zodat de figuur uit de IJslandse rapportage ook met de betreffende GGD-vraag gereproduceerd wordt.*
- B. Verschillende vraag, zelfde figuur reproduceerbaar: *Hoewel er een andere vraag gesteld wordt (of bij dezelfde vraag andere antwoordcategorieën staan), is het toch mogelijk de figuur te reproduceren. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer slechts één van de antwoordcategorieën benut wordt voor de betreffende figuur.*
- C. Verschillende vraag, zelfde figuur gedeeltelijk reproduceerbaar: *Vergelijkbaar met categorie B, maar het komt voor dat een gedeelte van de figuur niet gereproduceerd kan worden. Meestal omdat niet dezelfde deelvragen of antwoordcategorieën worden aangeboden.*
- D. Verschillende vraag, andere figuur over zelfde concept reproduceerbaar: *Het onderwerp is weliswaar hetzelfde, de figuur niet 100 procent.*

E. Verschillende vraag, andere figuur over nabij concept reproduceerbaar: *Hier gaat het niet over het begrip zoals weergegeven in de IJslandse rapportage, maar wel over een begrip dat hier inhoudelijk bij in de buurt ligt. Zo ligt 'nee kunnen zeggen tegen vrienden bij alcoholgebruik' in de buurt van 'het is soms belangrijk om alcohol te gebruiken om bij de groep te horen'; beide concepten gaan over groepsdruk bij middelengebruik.*

F. Niet reproduceerbaar: *In de lokale vragenlijst wordt niet naar het begrip gevraagd en ook niet naar een begrip dat in de buurt daarvan ligt.*

We hebben de classificaties aan meerdere personen (waaronder onderzoekers van de GGD) ter beoordeling voorgelegd. Vervolgens hebben we bepaald in hoeverre de figuren over de zes categorieën verdeeld zijn en in hoeverre het mogelijk is om binnen de bestaande flexibele ruimte van de GGD-vragenlijst te voorzien in de inhoud die uit de IJsland-rapportage naar voren kwam. Tevens stelden we een lijst met items op vanuit de IJslandse vragenlijst, waarin we markeerden welke vragen nodig zijn om te kunnen voldoen aan de rapportage-inhoud van de IJslandse onderzoekers, en welke antwoorden het meest samenhangen met de drie uitkomstmaten zoals beschreven in 2.3.2.

3 Resultaten

In het kort: resultaten uit gesprekken met landelijke organisaties

- Landelijke organisaties zijn geïnteresseerd in het IJslandse model.
- De doelen van de IJslandse aanpak sluiten aan bij die van het Nationaal Preventieakkoord: roken, overgewicht en met name problematisch alcoholgebruik.
- Monitoring wordt erkend als werkzaam bestanddeel, maar is op de IJslandse manier een arbeidsintensieve onderneming en wordt idealiter geïntegreerd in bestaande Nederlandse monitoringssystemen.
- Community building kan kansrijk zijn in Nederland, maar het kost wel veel moeite en tijd om te realiseren.
- De integrale preventieve aanpak spreekt aan.
- Het betrekken van ouders en scholen bij de aanpak wordt gezien als positief, maar ook als moeilijk om te realiseren.
- Zinnige vrijetijdsbesteding is een duidelijke factor in gezond en veilig opgroeien. Meer professionele begeleiding daarbij is kostbaar.

3.1 Landelijke verkenning

In Nederland zijn er veel organisaties met expertise op het gebied van jeugd, gezondheid en preventie. Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit leertraject (*In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?*) hebben we in mei-juli 2019 een verkenning uitgevoerd onder zeventien (landelijke) organisaties (zie bijlage 1). Deze verkenning hebben we vervolgens gebruikt om mogelijke kansen en uitdagingen in beeld te krijgen, gedurende het leertraject te volgen en te betrekken in de evaluatiegesprekken met gemeenten en scholen. Tijdens deze gesprekken lag de focus daarom op deelonderzoeksvraag 1: *Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse model in Nederland?*

Over het algemeen waren alle organisaties zeer geïnteresseerd in het IJslandse model, en reageerden zij positief op het beleidsvormend leertraject in Nederland. De organisaties gaven aan dat het IJslandse model naar hun idee diverse kansen biedt om preventie in Nederland, en specifiek de rol van de jeugdgezondheidsmonitor daarbij, te versterken. Met name voor gemeenten zagen de geïnterviewden kansen om op een integrale manier aan meerdere gezondheidsthema's te werken. Bovendien sluit het IJslandse model goed aan bij de doelen van het Nationaal Preventieakkoord, aldus de landelijke organisaties.

Als aandachtspunt werd door de geïnterviewden genoemd dat goed bekeken moet worden hoe de IJslandse aanpak bestaande interventies en activiteiten kan versterken, omdat in

Nederland al veel gedaan wordt op het gebied van preventie. Ook werd een aantal keer genoemd dat er bij de implementatie aandacht moet zijn voor gezondheidsverschillen; mensen met een lage opleiding of lage sociaal-economische status (SES) moeten ook bereikt worden met de monitor en de activiteiten.

In dit hoofdstuk lichten we de kansen en uitdagingen vanuit het perspectief van de landelijke organisaties toe voor de thema's monitoring, *community building*, omgevingsgerichte preventie, ouders, school en vrije tijd.

3.1.1 De IJslandse monitor

De rol van monitoring in het IJslandse model (zie 1.2, 'De werkwijze van het IJslandse preventiemodel') spreekt veel van de door ons benaderde (landelijke) organisaties aan. Er is met name enthousiasme over het feit dat monitoring onderdeel is van het gemeentelijke beleidsproces. De geïnterviewden constateerden dat de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor in Nederland niet altijd aansluit op de beleidscyclus van gemeenten. Het vaker verzamelen van data en de snelle terugkoppeling op lokaal niveau kan ook rekenen op enthousiasme. Tegelijkertijd werd hierbij de kanttekening geplaatst dat vaker meten meer geld kost. Voldoende financiën is dus een randvoorwaarde voor een toename in het aantal meetmomenten. Een andere kanttekening die geplaatst werd, is dat er reeds veel monitors worden uitgevoerd in Nederland. Hierbij drong een aantal geïnterviewden erop aan gebruik te maken (en waar mogelijk te verbeteren) van de monitors die er al zijn, in plaats van een nieuwe (IJslandse) monitor toe te voegen.

De snelle terugkoppeling van de data en het bespreken met lokale partners, kan draagvlak creëren voor een integrale preventieaanpak, aldus meerdere landelijke organisaties. Het feit dat ook ouders een terugkoppeling krijgt van de lokale cijfers, spreekt de organisaties aan. Omdat het over hun kind gaat, wordt het persoonlijk. Op deze manier kunnen ouders geëmpowerd worden, zo liet een van de organisaties weten. Een andere organisatie gaf aan dat het per wijk en doelgroep verschilt of ouders dit belangrijk vinden. Verder kan de brede vragenlijst gemeenten en scholen helpen om niet alleen te kijken naar middelengebruik, maar ook naar andere thema's die aandacht verdienen, zoals welbevinden.

3.1.2 Community building

Community building is een essentieel onderdeel van het IJslandse model dat door veel organisaties als waardevol element wordt gezien.. Hoewel het betrekken van lokale partijen wellicht een open deur is, en dit in Nederland ook al onderdeel uitmaakt van diverse preventieprogramma's en -bewegingen (zoals de Rookvrije Generatie), wordt deze vorm van *community building* volgens de geïnterviewden nog maar weinig gebruikt in Nederland. Volgens hen kan de IJslandse manier van werken juist zorgen voor motivatie bij lokale partners om verandering in gang te zetten en problemen (met het gebruik van verslavende middelen) op te voorkomen. Volgens een van de geïnterviewden zijn in Nederlandse gemeenten de taken vaak verdeeld over verschillende beleidsmedewerkers. Zo is degene die over het alcoholbeleid gaat bijvoorbeeld vaak niet de persoon die contact heeft met de scholen. De kracht van het IJslandse model is dat iedereen samenwerkt aan dezelfde doelen en op de hoogte is van elkaars acties. Dat ook ouders hierbij worden betrokken, vinden de landelijke organisaties een positief element.

Tegelijkertijd constateerden de landelijke organisaties ook uitdagingen bij het werken aan *community building*. Ervaringen in IJsland laten namelijk zien dat het veel moeite en tijd kost om de gemeenschap te activeren en verbinden. Er is geen simpel trucje dat overal op dezelfde manier werkt. Deze taak vraagt de nodige capaciteit en kunde van de gemeente. Datzelfde geldt voor de lokale partners van wie ook investeringen in tijd (en soms geld) wordt gevraagd. Een andere geïnterviewde benoemde dat het betrekken van de community an sich niet voldoende is om de doelen te behalen. De lokale partners hebben namelijk niet altijd voldoende kennis om te bedenken welke interventies het beste aansluiten bij de lokale problematiek en voldoen aan de uitgangspunten van het IJslandse model. De gemeente heeft hierbij de taak om regie te voeren en waar nodig bij te sturen.

3.1.3 Omgevingsgerichte preventie

De integrale aanpak, waarbij alle vier de domeinen (gezin, peergroep, school en vrije tijd) een belangrijke rol spelen, spreekt een groot deel van de organisaties aan. Jongeren besteden hun tijd op verschillende plekken, dus het is goed om voor alle domeinen na te gaan wat je daar kunt veranderen. Geïnterviewden gaven aan dat het integrale karakter van het IJslandse model de mogelijkheid biedt om diverse beleidsterreinen binnen gemeenten (sport, onderwijs, jeugd, gezondheid) met elkaar te verbinden. Specifiek als kans werd hierbij benoemd dat diverse geldstromen kunnen worden verbonden, en samenwerkingen binnen het sociaal domein kunnen worden versterkt. Ook gaven geïnterviewden aan dat het mogelijkheden biedt om bepaalde interventies in te zetten in alle domeinen, bijvoorbeeld thuis, op school en op de sportclub.

Het feit dat het IJslandse model zich niet richt op het probleem zelf (middelengebruik), maar op de onderliggende factoren, spreekt verschillende organisaties aan. Ze gaven aan dat vaak wordt gedacht vanuit het probleem (bijvoorbeeld alcoholgebruik), maar dat gebrek aan kennis over de oorzaken een effectieve aanpak belemmert. Een aantal organisaties liet weten dat de inzet op het versterken van beschermende factoren bovendien goed aansluit op hun activiteiten.

Volgens de geïnterviewden is het de uitdaging om de omgevingsgerichte aanpak van het IJslandse model te laten aansluiten bij andere ontwikkelingen die landelijk en lokaal spelen op het gebied van preventie, zoals gezondheidsnota's en het *Nationaal Preventieakkoord*. Aansluiting op deze ontwikkelingen maakt de implementatie van de aanpak kansrijker.

3.1.4 Ouders

Veel van de organisaties gaven aan het positief te vinden dat ouders een belangrijke rol spelen in het IJslandse model. De manier waarop ouderbetrokkenheid wordt ingericht, noemden zij vernieuwend. Het wordt door de geïnterviewden gezien als een positieve manier om met ouders samen te werken. Het model biedt een kans om ouders meer te betrekken en een beroep op hen te doen in het kader van middelenpreventie.

Een aantal organisaties constateerde dat uitkomsten van de jeugdgezondheidsmonitor in Nederland niet structureel met ouders worden besproken. Een van de organisaties gaf aan dat het bespreken van resultaten zou kunnen bijdragen aan het creëren van draagvlak onder ouders. Dat dit een gewenste ontwikkeling zou zijn, blijkt uit de opmerking van een aantal

organisaties dat het moeilijk is om Nederlandse ouders te betrekken bij preventie. Nederlandse ouders willen, volgens de geïnterviewden, zelf bepalen hoe ze hun kind opvoeden. Ze willen niets opgelegd krijgen. Het blijkt ook lastig te zijn om ouders, met name met een lagere sociaal-economische status, te interesseren voor informatiebijeenkomsten.

Een van de organisaties gaf aan dat het organiseren van informatiebijeenkomsten waarschijnlijk niet voldoende is om ouders te mobiliseren. Ouders zouden meer in het algemeen betrokken moeten worden bij de school en hun kind. Gedurende de schoolcarrière van het kind vermindert het contact tussen ouders en school. Met name het verschil tussen primair en voortgezet onderwijs is groot. Op het voortgezet onderwijs blijft het contact tussen ouders en school beperkt tot een 10-minutengesprek en af en toe een ouderavond. Ouders blijken minder tijd hebben om te ondersteunen bij praktische zaken, zoals schoolreisjes, maar zijn juist heel erg betrokken als het om de ontwikkeling van hun kind gaat. Een aantal geïnterviewden merkte op dat het IJslandse model kan bijdragen aan het versterken van de relatie tussen ouders en school, op het gebied van middelenpreventie maar ook voor andere thema's. Volgens hen is er een cultuuromslag nodig om de ouderbetrokkenheid te verhogen.

Een aantal organisaties gaf echter ook aan dat er in Nederland al best veel ervaring is opgedaan met het betrekken van ouders. Die kennis zou moeten worden meegenomen bij de implementatie van het IJslandse model. De volgende tips werden in de interviews genoemd:

- Betrek ouders als het gaat om de ontwikkeling van hun eigen kind, bijvoorbeeld de overstap van primair onderwijs naar voortgezet onderwijs.
- Stem activiteiten die binnen de gemeente gericht zijn op ouders, op elkaar af, zodat zaken niet door elkaar gaan lopen. Denk hierbij aan activiteiten van de gemeente, school en een instelling voor verslavingszorg.
- Maak het voor ouders aantrekkelijk om naar bijeenkomsten te komen of deel te nemen aan preventieactiviteiten. Een informatiebijeenkomst kan bijvoorbeeld aantrekkelijk gemaakt worden met een theatervoorstelling of een bekende spreker.
- Middelbare scholen kunnen zodra het kind op school komt startgesprekken voeren met ouder en kind, om zo van begin af aan een band op te bouwen.
- Breng gedreven ouders in de gemeente bij elkaar.
- Laat ouders in gesprek gaan met andere ouders die een vergelijkbare achtergrond hebben.
- Breng ouders bij elkaar op een bepaald thema en laat hen zelf nadenken over de normen en regels die zij willen naleven voor dit thema.

3.1.5 School

Een groot deel van de organisaties is enthousiast over de rol van scholen in het IJslandse model. In Nederland worden veel preventieactiviteiten en monitors uitgevoerd op school. Er wordt volgens enkele geïnterviewden op veel verschillende onderwerpen, die niet altijd samenhangen, iets van Nederlandse scholen verwacht. Scholen worden vaak overladen met interventies en vragenlijsten. Geïnterviewden gaven aan dat het waardevol is dat het IJslandse model niet los op gezondheidsthema's inzet, maar juist op een integrale manier onderwerpen als middelengebruik en welbevinden met elkaar verbindt. De vragenlijst biedt scholen een brede blik op gezondheid en geeft inzicht in het welbevinden van hun leerlingen. Zo kan een school werken aan een positieve en gezonde omgeving voor jongeren. Dat ouders actief

worden betrokken bij school, werd door geïnterviewden ook als positief omschreven. Het IJslandse model kan een aanleiding zijn om beter te communiceren met ouders en om de ouderraad te activeren.

Een landelijke organisatie constateerde dat de relatie tussen gemeenten en scholen in Nederland een uitdaging vormt. Volgens de geïnterviewde hebben gemeenten over het algemeen geen goed contact met scholen. Scholen zijn autonome organen die voor sommige zaken met de gemeente te maken hebben. Vaak vinden beide partijen het lastig om aan een goede relatie te werken. Als gemeenten met het IJslandse model gaan werken, is het belangrijk om scholen echt betrekken en hun niet iets opleggen. Ook is het belangrijk om na het afnemen van de vragenlijsten daadwerkelijk iets te doen met de uitkomsten, zodat de energie en motivatie niet verdwijnen. Binnen de school zou iemand moeten worden aangesteld die betrokken is bij het project en zich verantwoordelijk voelt voor het IJslandse model binnen de school.

3.1.6 Vrije tijd

De manier waarop vrijetijdsbesteding voor jongeren in IJsland is ingericht, werd door veel van de organisaties beoordeeld als een sterk punt van het IJslandse model. Zinnige vrijetijdsbesteding is een belangrijk aspect in gezond en veilig opgroeien en een beschermende factor voor middelengebruik. Omdat ook Nederlandse jongeren veel vrije tijd hebben, is het volgens de geïnterviewden belangrijk om naar dit domein te kijken. De IJslandse aanpak biedt kansen om jongeren te enthousiasmeren om deel te nemen aan activiteiten. Zo kan het de afname van lidmaatschap bij sportverenigingen vanaf 12 jaar voorkomen, en biedt het mogelijkheden om meer jongeren te laten deelnemen aan kunst-, cultuur- en muziekactiviteiten. Ook bieden georganiseerde activiteiten in de vrije tijd de mogelijkheid om doorgaande leerlijnen te creëren. Op school kan een start gemaakt worden met een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld muziekles), dat in de vrije tijd kan worden voortgezet (bijvoorbeeld op de muziekschool).

Om in Nederland op de IJslandse manier te werken, moet er met een aantal zaken rekening gehouden worden. De behoeften van jongeren veranderen zodra ze naar de middelbare school gaan. Eén van de geïnterviewde noemt dat jongeren niet meer willen sporten, maar liever samen willen zijn met vrienden. Volgens een aantal geïnterviewden moet er naar manieren gezocht worden om jongeren betrokken te houden bij activiteiten.

Verder is het volgens een aantal organisaties belangrijk om niet alleen sportactiviteiten te organiseren, maar ook kunst-, cultuur- en muziekactiviteiten, om zo aan te sluiten bij de belevingswereld van een grotere groep jongeren. Om binnen muziekverenigingen meer jongeren te betrekken, is er meer flexibiliteit nodig om een keer laagdrempelig kennis te laten maken met muziek. Ook moeten activiteiten dicht bij huis georganiseerd worden, zodat ze gemakkelijk toegankelijk zijn.

Wat verder opvalt, is dat er voor basisschoolleerlingen veel wordt georganiseerd in de vrije tijd. Voor hen zijn er veel mogelijkheden om activiteiten laagdrempelig uit te proberen. Voor jongeren op de middelbare school zijn deze mogelijkheden er vaak niet meer.

Ouders

Een van de geïnterviewden gaf aan dat er een uitdaging ligt bij ouders. Niet alle ouders vinden

het belangrijk dat hun kind deelneemt aan activiteiten en niet alle ouders hebben voldoende financiële middelen ter beschikking om hun kind aan activiteiten te laten deelnemen. In Nederland bestaan er wel diverse subsidies om ouders met lage inkomens te ondersteunen, maar deze zijn niet altijd even toegankelijk of worden als stigmatiserend gezien. De vrijetijdspas uit IJsland spreekt veel van de organisaties die wij spraken aan. Doordat alle jongeren de pas met een vaststaand bedrag ontvangen, ongeacht het inkomen van de ouders, is de pas niet stigmatiserend. Daarnaast verlaagt de pas de drempel om eens een activiteit uit te proberen. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat het in Nederland lastig is om laagdrempelig activiteiten uit te proberen, omdat lidmaatschappen vaak meteen voor een jaar gelden.

Professionele begeleiding

Een andere uitdaging ligt in de begeleiding van veel sportactiviteiten. In de interviews werd genoemd dat in Nederland veel sportactiviteiten op sportverenigingen worden begeleid door vrijwilligers, die vaak niet pedagogisch geschoold zijn. Een aantal organisaties noemde het positief dat er in IJsland wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van de personen die het vrijetijdsaanbod verzorgen voor jongeren. Het wordt belangrijk gevonden dat bijvoorbeeld trainers van sportactiviteiten pedagogisch onderlegd zijn. In Nederland zijn er nog weinig kwaliteitscriteria voor sportverenigingen. Cultuuractiviteiten worden, in tegenstelling tot sportactiviteiten, vaak wel professioneel begeleid. In een branche waar reeds flink is bezuinigd, betekent dit dat de activiteiten vaak duurder zijn. Verder werd aangegeven dat er in het schoolcurriculum veel aandacht is voor sport, en minder voor cultuur. Op middelbare scholen is er bezuinigd op scholing van docenten in cultuur, en er is weinig aandacht voor muziek. Hierdoor komen jongeren hier minder mee in contact.

Gezonde omgeving vrijetijdsactiviteiten

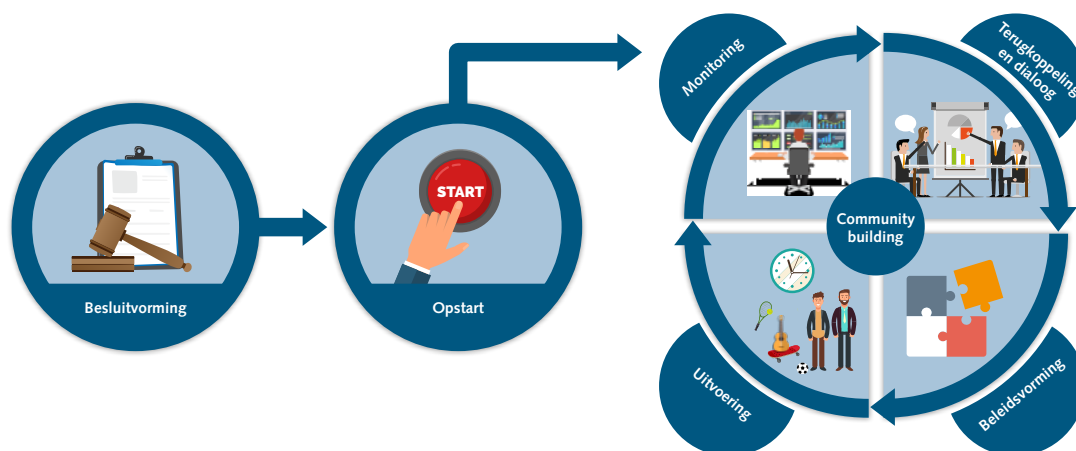
Een andere uitdaging in Nederland is om activiteiten in een gezonde omgeving te laten plaatsvinden. Via programma's als JOGG, activiteiten in het *Nationaal Preventieakkoord* en via de *Rookvrije Generatie* wordt er stevig ingezet op het creëren van gezonde omgevingen op de plekken waar jongeren hun vrije tijd doorbrengen. In sommige gevallen zijn deze locaties al overwegend gezonde omgevingen, zoals muziekscholen of plekken waar culturele activiteiten worden georganiseerd. Tegelijkertijd constateerden enkele geïnterviewden dat de plekken waar jongeren sporten niet altijd gezonde omgevingen zijn. In de sportkantines wordt vaak alcohol geschonken en op het sportterrein mag vaak nog worden gerookt.

3.2 Evaluatie van het leertraject

3.2.1 Deelnemende gemeenten

Zoals eerder beschreven, hebben zes Nederlandse gemeenten deelgenomen aan het beleidsvormend leertraject van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Tijdens dit drie jaar durende traject (april 2018 - april 2021) implementeerden deze gemeenten de IJslandse werkwijze. De stappen die zij hebben doorlopen zijn (zie figuur 4): 1) besluitvorming; 2) opstart; 3) monitoring; 4) terugkoppeling en dialoog; 5) beleidsvorming; 6) uitvoering; en 7) monitoring. De interviews met de gemeenten hebben we gehouden in november/december 2019 en april 2021. In deze interviews haalden we ervaringen op om het hele leertraject te kunnen evalueren.

Figuur 4. Stappen in het leertraject met het IJslandse preventiemodel



Hieronder werken we de projectfasen stap voor stap uit. We schetsen per stap de ervaringen van de gemeenten met de implementatie van het IJslandse model. Deelonderzoeksvraag 2a staat hierin centraal: *In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse model implementeren, en in hoeverre vinden zij het van meerwaarde vergeleken met reeds bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?*

Stap 1: Besluitvorming deelname (januari 2018-april 2018)

In het kort:

- Belangrijkste redenen voor deelname aan het leertraject zijn de integrale aanpak, de positieve insteek, de langetermijnvisie op preventie-, jeugd- en gezondheidsbeleid en datagestuurd werken.
- Randvoorwaarden voor deelname zijn financiering, voldoende capaciteit en draagvlak bij wethouders, gemeenteraad, ambtenaren en scholen.

In februari 2018 presenteerden het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut de opzet van het beleidsvormend leertraject aan de geïnteresseerde gemeenten. In maart 2018 konden de gemeenten zich aanmelden om deel te nemen aan het leertraject. Het traject ging in april 2018 van start.

In deze paragraaf bespreken we welke redenen hebben bijgedragen aan het besluit van de gemeenten om deel te nemen aan het beleidsvormend leertraject en de randvoorwaarden voor deelname.

Redenen voor deelname aan traject

Gemeenten noemden de volgende redenen om deel te nemen aan het beleidsvormend leertraject:

- **Integrale aanpak:** het IJslandse preventiemodel leent zich ervoor om diverse thema's aan elkaar te verbinden. Hierdoor biedt het gemeenten een kans om naast preventie van middelengebruik ook te werken aan bijvoorbeeld welbevinden en het behalen van gezondheidswinst. Ook de integrale samenwerking met diverse lokale partijen werd als een waardevol element gezien.
- **Positieve insteek:** het IJslandse model sluit aan bij wat jongeren graag doen en past in de gedachte achter positieve gezondheid, waar veel gemeenten aan werken. Door de positieve insteek is het niet belerend.
- **Gezondheidsbeleid op de lange termijn:** gemeenten zijn op zoek naar een model waar ze structureel op in kunnen zetten. Het IJslandse model biedt een duidelijke langetermijnvisie met een overzicht waarin wordt aangegeven welke stappen deelnemers kunnen zetten. Het interveniëren in de omgeving, in plaats van in het gedrag van de jongeren zelf, spreekt de gemeenten aan.
- **Vernieuwende aanpak:** eerdere inspanningen op het gebied van middelenpreventie hadden niet het gewenste effect. De effecten die in IJsland bereikt zijn, zorgen voor enthousiasme en het werken met deze nieuwe methode interesseert de gemeenten
- **Datagestuurd werken:** monitoring en data zijn belangrijke onderdelen van het IJslandse model. Het model biedt duidelijke handvatten voor wat gemeenten kunnen doen met data. Gemeenten zijn enthousiast over het gebruiken van data voor het onderbouwen van een keuze voor (gesubsidieerde) interventies.
- **Imago verbeteren:** een aantal gemeenten gaf aan te willen werken aan een beter imago op het gebied van middelengebruik. Hierdoor werd urgentie gevoeld om met dat thema aan de slag te gaan.
- **De IJslandse situatie sluit aan bij gemeente:** sommige gemeenten herkenden een aantal kenmerken van de IJslandse gemeenschap ook in hun eigen gemeenschap, zoals de hechte samenstelling in de gemeenschap. Dit heeft meegespeeld in de beslissing om deel te nemen aan het leertraject. Andere gemeenten twijfelden juist of IJsland niet te veel verschilt van en of de aanpak wel te vertalen is naar de Nederlandse situatie. Juist de verandering die IJsland in twintig jaar heeft doorgemaakt, gaf gemeenten toch het idee dat verandering in hun gemeente ook mogelijk is.

Randvoorwaarden voor deelname

De twee belangrijkste randvoorwaarden voor deelnemende gemeenten aan het leertraject waren draagvlak en financiering.

Draagvlak

Draagvlak bij wethouders, gemeenteraad, ambtenaren en scholen was een belangrijke voorwaarde voor gemeenten om te kunnen deelnemen aan het leertraject. Dit moest snel georganiseerd worden, omdat de periode om een besluit te nemen over deelname aan het leertraject kort was en bovendien in verkiezingstijd viel. De volgende zaken hebben bijgedragen aan het creëren of benutten van draagvlak bij betrokkenen:

- **Aansluiting bij politieke speerpunten:** een aantal gemeenten gaf aan dat de IJslandse aanpak goed aansluit bij politieke speerpunten in de gemeente, zoals preventie van

middelengebruik, het verhogen van het geluksgevoel van jongeren, alcoholmatiging of het werken aan preventief gezondheidsbeleid. Hierdoor was er onder wethouders en de gemeenteraad meteen of al snel draagvlak voor deelname aan het leertraject.

- Enthousiasme van belangrijke partners: wanneer belangrijke partners (ambtenaren, huisarts, school) enthousiast waren over de aanpak, dan droeg dit bij aan het draagvlak.
- Presentatie ICSRA op de Voor de Jeugd Dag 2017: veel van de ambtenaren en in sommige gevallen ook de wethouders waren aanwezig bij de *Voor de Jeugd Dag* in 2017 waar Jón Sigfússon van het ICSRA vertelde over de IJslandse aanpak. Zijn verhaal heeft ze geïnspireerd en geënthousiasmeerd.
- Media-aandacht voor het IJslandse model: in de zomer van 2017 verscheen in *de Volkskrant* een artikel over het IJslandse model (Sahadat, 2017). Een aantal ambtenaren en wethouders heeft dit artikel gelezen en is daardoor enthousiast geworden over het IJslandse model. Ook een documentaire van de *BBC* over het model heeft bijgedragen aan het enthousiasme van een wethouder. In een van de gemeenten zijn media-items over het model en over alcoholgebruik toegevoegd aan de aanvraag voor deelname aan het leertraject bij het college, om het voorstel meer kracht bij te zetten.

Financiering en capaciteit

Voor deelname aan het leertraject was er financiering nodig, namelijk voor de ondersteuning door ICSRA, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Daarnaast waren er mensen en middelen nodig om de werkwijze te implementeren en om preventieactiviteiten op te zetten. In gemeenten waar middelengebruik of andere elementen van de aanpak al een politiek speerpunt waren, was het relatief gemakkelijk om financiering rond te krijgen. Andere gemeenten hebben hier wat meer moeite voor moeten doen. Doorslaggevend hierin was dat het model past in de transformatiegedachte en dat kosten op de lange termijn voorkomen worden, zoals zorgkosten. Het feit dat het een landelijk ondersteund leertraject is, gaf gemeenten de hoop dat er in de toekomst ook meer financiële ondersteuning mogelijk is.

Stap 2: Opstart (april 2018 – augustus 2018)

In het kort:

- Aan het begin van het traject zijn de deelnemende gemeenten met het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut op studiereis in IJsland geweest.
- Gemeenten moeten flink investeren en merken dat het veel tijd en moeite kost om lokale partners te betrekken en activeren.
- Sommige gemeenten hebben ervoor gekozen om aan de slag te gaan in een afgebakend gebied (zoals enkele dorpskernen of juist meerdere kleine gemeenten bij elkaar).

In de opstartfase maakten de zes deelnemende gemeenten, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut een studiereis naar IJsland (mei-juni 2018), hebben zij de lokale partners betrokken bij het leertraject en een gebied binnen de gemeente geselecteerd. Hieronder beschrijven we de ervaringen van de gemeenten met de studiereis, met het betrekken van de lokale partijen en met het afbakenen van het gebied voor de toepassing van het model.

Studiereis

Van 29 mei tot en met 2 juni 2018 organiseerden het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut een studiereis naar IJsland voor de zes deelnemende gemeenten. De projectleider en een aantal werkgroepleden van elke gemeente namen daaraan deel. Een van de gemeenten had een eigen onderzoeker meegenomen en een andere gemeente nam twee GGD-collega's (een epidemioloog en een gezondheidsbevorderaar) mee. Op het programma stond onder meer de *Planet Youth*-workshop, georganiseerd door het ICSRA. Aan deze workshop namen personen deel uit veel verschillende landen. Tijdens deze workshop vertelden medewerkers van het ICSRA meer over de werkwijze van het IJslandse model, deelden ze hun eigen ervaringen en deelde een aantal landen die het IJslandse model al implementeren ook hun ervaringen. Een groot deel van de gemeenten gaf aan dat de studiereis naar IJsland aan het begin van het traject heel waardevol was. Door de studiereis begrepen de ambtenaren beter hoe de werkwijze in elkaar zit. Zo werd er dieper ingegaan op belangrijke elementen van de werkwijze, zoals het *community based* werken, het betrekken van onderwijs en het datagestuurde werken. Een aantal gemeenten noemde dat ze na de reis een beter beeld hadden van de IJslandse visie en hierdoor partners beter kunnen wijzen op wat wel en wat niet binnen het IJslandse model past.

De meeste gemeenten vonden het fijn dat de andere gemeenten, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut mee waren. Hierdoor konden ze met elkaar sparren, en voelden ze zich gesteund. Achteraf gezien gaf één gemeente aan graag een vertegenwoordiger van de scholen en de GGD uit haar gemeente meegenomen te willen hebben. Dan hadden deze lokale partners dezelfde voorkennis gehad als de gemeente, en hadden ze elkaar op de studiereis al beter leren kennen.

Een verbeterpunt voor de studiereis is om de lezingen te combineren met bezoeken aan initiatieven in de praktijk. Op die manier krijgen gemeenten een idee hoe ze het model in de praktijk kunnen implementeren. Daarnaast biedt het een toegevoegde waarde wanneer andere landen dan IJsland delen hoe ze de IJslandse aanpak in hun land geïmplementeerd hebben. Deze elementen waren in deze studiereis beperkt aanwezig.

Scholen betrekken

Scholen zijn belangrijke partners binnen het IJslandse model. In de opstartfase investeerden de gemeenten daarom in het betrekken van- en de samenwerking met scholen. De scholen werden gevraagd om mee te werken aan de implementatie van het IJslandse model om mee te werken aan de dataverzameling in het najaar van 2018.

De samenwerking met scholen was echter niet gelijk vanzelfsprekend. De gemeenten hebben verschillende manieren gebruikt om deze in goede banen te leiden. Enkele gemeenten kozen ervoor scholen met een een-op-een-gesprek te benaderen. Dit werkte goed, al kostte het ook veel tijd. Sommige gemeenten kozen ervoor de scholen formeel te benaderen met een brief. Weer andere gemeenten hebben een bijeenkomst georganiseerd.

Het contact met school verliep meestal via de directie, de zorg- of ondersteuningscoördinator, of het afdelingshoofd. De gemeenten merkten dat het belangrijk was om de juiste ingang bij een school te vinden. Het enthousiasme om deel te nemen was afhankelijk van de persoon die ze spraken. Het loonde vaak om verschillende personen binnen dezelfde school bij het proces te betrekken.

Sommige scholen wilden in eerste instantie niet meedoen. Zo gaven ze als reden dat ze al veel doen aan het welbevinden van leerlingen. Andere scholen hadden het idee dat er veel verantwoordelijkheid bij de school zou komen te liggen, terwijl ze daar geen capaciteit voor hebben. Een school zag veel beren op de weg met betrekking tot het betrekken van ouders omdat de ouderavonden daar vaak slecht werden bezocht. Op één school hielp een wisseling van schoolleiding bij het besluit voor deelname aan het traject. De eerdere schoolleiding stond er niet voor open, maar de nieuwe schoolleiding heeft de aanpak omarmd. Bij een van de scholen was er vrees dat de resultaten van de metingen het imago van de school zouden schaden.

Uiteindelijk is het alle gemeenten gelukt om scholen te betrekken. In kleinere gemeenten waren alle scholen betrokken. In grotere gemeenten was een groot deel van de scholen betrokken. Redenen voor scholen om niet mee te doen waren bijvoorbeeld tijdgebrek, of het al werken aan preventie en daar al tevreden over zijn. In sommige gevallen waren scholen uit het speciaal onderwijs wel aangehaakt bij het leertraject, maar hebben deze niet actief deelgenomen aan de dataverzameling.

GGD betrekken

De GGD is ook een belangrijke partner in het traject met het IJslandse model in Nederland. Zij hebben veel ervaring met dataverzameling en -analyse en met het opzetten van interventies ter preventie van middelengebruik. In de opstartfase, en soms al in de besluitvormingsfase, hebben gemeenten de GGD betrokken bij het proces.

De mate waarin de GGD was aangehaakt, verschilde per gemeente. In sommige gemeenten was de GGD meteen enthousiast en proactief. Eén gemeente had GGD-collega's meegenomen op de studiereis. Bij een andere gemeente dacht de GGD meteen mee over zowel de inhoud als de afname van de vragenlijst. In andere gemeenten was de GGD minder betrokken bij het proces vanwege een gebrek aan capaciteit. Eén gemeente had de GGD en scholen al vóór de studiereis gesproken. Op dat moment kon de gemeente het model nog niet goed uitleggen, waardoor het enthousiasme bij de aanwezigen beperkt was.

Overige partijen betrekken

Naast scholen en de GGD zijn in deze fase ook andere lokale partijen door gemeenten benaderd voor samenwerking, zoals interne collega's, zorginstellingen, sportverenigingen en -koepels, instellingen voor jongerenwerk of welzijnswerk, huisartsen, instellingen voor verslavingszorg, Halt, politie, de afdeling Handhaving van de gemeente en inwoners.

Alle gemeenten hebben een startbijeenkomst georganiseerd met de lokale partijen om het IJslandse model toe te lichten en om hen te vragen mee te denken over de implementatie. Deze bijeenkomsten vonden plaats in mei 2018, net voor de studiereis. Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut waren bij deze bijeenkomsten aanwezig om het model en het leertraject toe te lichten. In veel gemeenten waren de partijen meteen enthousiast om mee te denken en mee te doen.

Tijdens deze bijeenkomsten werden kritische vragen gesteld, bijvoorbeeld over het betrekken van ouders en het omgaan met lokale gewoontes. Bepaalde voorbeelden uit IJsland, zoals de avondklok, spraken niet aan.

Een aantal gemeenten had achteraf gezien, lokale partners eerder willen betrekken. Het was nu niet gelukt omdat ze snel moesten beslissen over de deelname aan het traject. Hierdoor was er niet genoeg tijd om bijvoorbeeld de scholen en de GGD meteen te betrekken bij het besluit.

Afbakenen gebied

Het gebied waarin het leertraject is uitgevoerd, is niet in alle gemeenten hetzelfde. Zo heeft een gemeente besloten om op één kern te focussen. Met een kern wordt een dorp of stad bedoeld die binnen de gemeente valt. De gemeente koos voor deze kern omdat deze goed af te kaderen was, ook wat betreft scholen: de meeste leerlingen uit deze kern zitten hier ook op school. Daarnaast was er in deze kern ook een urgentiebesef om aan dit thema te werken, waardoor de gemeente sneller op draagvlak kon rekenen.

Een aantal gemeenten heeft ervoor gekozen om op de hele gemeente te focussen. Andere gemeenten zijn begonnen in een afgebakend gebied, bijvoorbeeld een dorp. Daarnaast nam er een groep van vier samenwerkende gemeenten deel, die samen een logische regio vormen. De jongeren uit deze gemeenten gaan bijna allemaal naar de twee scholen in deze regio, en hun vrije tijd brengen ze ook in deze regio door.

Stap 3: Monitoring (juli 2018-november 2018)

In het kort:

- Toegevoegde waarde van de IJslandse monitor ten opzichte van reguliere Nederlandse monitor:
 - informatie over beschermende en risicofactoren;
 - snelle terugkoppeling;
 - in gesprek over resultaten met lokale partners;
 - resultaten als basis voor breed gedragen prioritering van preventiebeleid.

In het najaar van 2018 vond de eerste ronde plaats van dataverzameling in het kader van het IJslandse model. De IJslandse vragenlijst (vertaald naar het Nederlands) werd afgenomen onder zoveel mogelijk 15- en 16-jarige jongeren uit de gemeenten. Samen met de GGD en scholen hebben de gemeenten de dataverzameling voorbereid. In de volgende paragrafen beschrijven we de rol van monitoring in preventiebeleid, de samenwerking met GGD en scholen, het proces van voorbereiding, de kwaliteit en inhoud van de vragenlijst en de ervaringen van gemeenten met de uitvoering van de eerste monitoringsronde.

De rol van monitoring in preventiebeleid

Monitoring is een belangrijk onderdeel van het IJslandse model. In deze paragraaf beschrijven we hoe de gemeenten monitoring ervoeren voordat ze aan de slag gingen met het IJslandse model, en hoe ze de eerste ronde monitoring tijdens het leertraject ervoeren.

In gemeenten wordt gemonitord door de GGD. Denk aan de *Jeugdmonitor*, *Emovo* of *Jouw GGD Check*-onderzoeken. In de meeste gevallen gebeurt dit eens in de vier jaar. Verkregen cijfers worden in de meeste gevallen door de GGD teruggekoppeld aan een of een aantal beleidsmedewerkers. Veel gemeenten konden niet duidelijk aangeven wat er in het vervolg

met deze cijfers gebeurde. Er volgden geen automatische stappen op deze monitor. Sommige gemeenten gaven aan dat ze deze cijfers gebruikten om bepaalde zaken te constateren, of om te laten zien wat ze met beleid hadden bereikt. Maar door het grote gat tussen meetmomenten was het voor gemeenten lastig om beleid te schrijven op oude cijfers en om nieuwe trends te ontdekken in de snel veranderende leefomgeving van de jongeren. Daarnaast zit er normaliter veel tijd tussen het afnemen van de vragenlijst en het ontvangen van de resultaten. Een aantal gemeenten gaf aan dat de GGD-cijfers besproken worden met scholen, maar in een aantal gemeenten gebeurt dit niet.

In het leertraject werd om het jaar gemonitord, namelijk in het najaar van 2018 en in het najaar van 2020. Het ICSRA koppelde de resultaten binnen twee á drie maanden na afname van de vragenlijsten terug aan de gemeenten. Zij ontvingen een gemeenterapport en schoolrapporten. In februari 2019 kwam een aantal experts van het ICSRA naar Nederland om de resultaten van de eerste dataverzameling te bespreken met de deelnemende gemeenten en lokale partners.

Een vaak genoemd voordeel van de IJslandse manier van monitoring, is dat de resultaten van de monitor werden teruggekoppeld aan en besproken met betrokken partijen, zoals de scholen. Onderdeel van de werkwijze is dat gemeenten op basis van de resultaten in gesprek gaan met betrokken partijen over de vervolgstappen. De partners gaan hierbij op zoek naar gezamenlijke doelstellingen of aandachtsgebieden. Het momentum dat de data oplevert zorgt voor enthousiasme. Een dergelijke aanpak was in geen van de deelnemende gemeenten gekoppeld aan de GGD-resultaten. Enkele gemeenten gaven aan dat ze deze uitgebreide terugkoppeling ook zouden kunnen uitvoeren met de GGD-cijfers, mits deze sneller beschikbaar zouden zijn, maar dat ze hier zonder het IJslandse voorbeeld niet op waren gekomen.

Een ander voordeel is dat de cijfers van de IJslandse monitor recenter zijn. De vragenlijst wordt vaker afgenomen en de resultaten zijn sneller na afname beschikbaar dan bij de GGD-monitor. Alle gemeenten gaven aan dat dit heel waardevol is en dat het hiermee makkelijker is om het gesprek aan te gaan met partners en met ouders.

Samenwerking met GGD

Niet alle epidemiologen van GGD'en waren meteen enthousiast over de IJslandse monitoring. Monitoring is normaal gesproken de rol van de GGD, dus het feit dat de gemeente nu een andere monitor wilde afnemen, leidde in sommige gevallen tot spanningen. In één gemeente waren de schoolverpleegkundigen niet blij omdat met de komst van de IJslandse vragenlijst was besloten om de *Jouw GGD Check*-lijsten niet af te nemen. Hierdoor hebben de verpleegkundigen niet de kans gehad om met individuele leerlingen in gesprek te gaan en waar nodig te ondersteunen bij problematiek.

De meeste GGD'en hebben actief meegedacht en/of meegewerkt aan de monitor, doordat de gemeenten geïnvesteerd hebben in de relatie en begrip hebben getoond voor de GGD. De GGD'en hebben bijvoorbeeld ondersteund in het werven van scholen, of hebben meegedacht over het waarborgen van de privacy (AVG) en ethische waarborgen bij het implementeren van de vragenlijst. Sommige GGD'en hebben actief meegekeken met de vragenlijst en waren bijvoorbeeld aanwezig bij de afname van de eerste monitor. In veel gevallen heeft de GGD

een verpleegkundige beschikbaar gesteld, bij wie leerlingen terechtkonden met persoonlijke vragen of problemen naar aanleiding van de vragenlijst. Andere GGD'en waren ten tijde van de eerste meting niet zo betrokken, omdat ze niet voldoende capaciteit hadden.

Samenwerking met school

De vragenlijsten werden afgenomen op middelbare scholen, omdat jongeren uit de gemeenten daar het gemakkelijkst te bereiken zijn. Het was daarom cruciaal dat de scholen in de gemeenten wilden meewerken met de monitor.

Zoals besproken in het stuk over de opstartfase, is het in alle gemeenten gelukt om (een deel van) de scholen te betrekken in het traject. De gemeenten hoorden van scholen dat zij middelengebruik en welbevinden belangrijke thema's vonden, en daarom geïnteresseerd waren in de uitkomsten van de monitor. Deze uitkomsten gaven de school aanknopingspunten om aan te werken. Ook hoorden de gemeenten van de scholen dat zij kansen zagen om meer met de gemeente samen te werken en gebruik te maken van de mogelijkheden die de gemeente bood. Een aantal scholen stelde wel voorwaarden voor deelname. Zo gaf een school aan te verwachten dat de gemeente waar mogelijk taken voor de monitor zou uitvoeren. Andere scholen wilden niet dat de resultaten van de school openbaar gemaakt zouden worden door de gemeente.

De tijdsdruk die er op de afname van de vragenlijst zat, maakte het proces ingewikkeld. De afname van de eerste monitor moest in een korte periode ingepland worden, waardoor de scholen zich opgejaagd voelden. Een deel van de scholen wilde duidelijkheid over de inhoud van de vragenlijst, maar hier was vaak geen tijd voor. De gemeenten hadden ook niet alle informatie, dus konden vragen van de scholen niet altijd beantwoorden. Een aantal onderwerpen in de vragenlijst werd door sommige scholen als heftig ervaren. Andere scholen hebben zich niet inhoudelijk met de vragenlijst beziggehouden of hadden geen kritiek.

Proces voorbereiding monitor

De vragenlijsten werden op de deelnemende middelbare scholen digitaal afgenomen onder 15- en 16-jarige leerlingen, tijdens een lesuur. In de voorbereiding is de vragenlijst naar het Nederlands vertaald en door het ICSRA gedigitaliseerd. Vervolgens moest er op de middelbare scholen tijd voor afname worden ingepland.

In de opstartfase heeft het ICSRA de suggestie gewekt dat vragen konden worden aangepast aan de wensen van de gemeenten en GGD'en. De gemeenten en GGD'en hebben veel tijd gestoken in het bekijken van de vragenlijst en het doorgeven van veranderingen. Vervolgens bleek dat de vragenlijsten niet veranderd kon worden, alleen vertaald. Een aantal gemeenten gaf aan het jammer te vinden dat dit achteraf pas duidelijk werd: *'Het was teleurstellend dat ze zo stram bleven aan hun eigen vraagstellingen. Ze hebben hierover niet de juiste verwachtingen geschept. Ze gaven het idee dat er verandering mogelijk was, maar dat bleek uiteindelijk niet zo te zijn. De GGD heeft de hele vragenlijst bekeken en gekeken wat er verbeterd kon worden, maar uiteindelijk kon hier niks van worden aangepast.'*

De ervaring van het ICSRA met het digitaal afnemen van vragenlijsten was ten tijde van de eerste monitorronde beperkt. Het digitaliseren van de vragenlijst duurde hierdoor lang, waardoor er weinig tijd over was voor kwaliteitscontrole op de uiteindelijke vragenlijst. De planning op een aantal van de scholen moest hierdoor worden aangepast. Ook een geplande

testafname van de vragenlijst kon hierdoor niet plaatsvinden. Een aantal gemeenten had het fijn gevonden als er wel een test was geweest, zodat de vragenlijst beter aangepast had kunnen worden aan wat de leerlingen wel begrijpen en wat niet.

Daarnaast bleken er verschillen te zijn tussen IJsland en Nederland, die om verschillende werkwijzen vragen. Zo gaan in Nederland niet alle jongeren uit een gemeente ook in die gemeente naar school. In IJsland is dit wel het geval. Het ICSRA had geen duidelijk antwoord hoe de gemeenten hier het beste mee om konden gaan. In veel gemeenten is hier een oplossing voor gevonden, door vragenlijsten ook af te nemen op scholen buiten de gemeente, waar jongeren uit de deelnemende gemeente naar school gaan. Eén gemeente vond het erg belangrijk om de vragenlijst ook op het speciaal onderwijs uit te zetten. Ze hebben er moeite voor gedaan en een passende oplossing gevonden door de vragenlijst op deze school verdeeld over meerdere dagen af te nemen.

De gemeenten hebben de ouders van leerlingen die de vragenlijst zouden invullen vooraf op diverse manieren geïnformeerd. Sommige gemeenten hebben ouders een brief gestuurd waarin toestemming werd gevraagd voor deelname van het kind aan het onderzoek. Als ouders niet wilden dat hun kind de vragenlijst zou invullen, dan konden ze dit aangeven bij de school. Enkele andere gemeenten hebben de vragenlijst toegelicht tijdens een ouderavond. Voor de informatiebrieven aan ouders en scholen hebben gemeenten gebruikgemaakt van input van de GGD, het Trimbos-instituut, het Nederlands Jeugdinstituut en in sommige gevallen ook van een publicatie van het ICSRA.

Kwaliteit en inhoud vragenlijst

Veel gemeenten stelden het op prijs dat er in de IJslandse vragenlijst naar meer achterliggende beschermende en risicofactoren wordt gevraagd dan in de GGD-monitor. De IJslandse vragen zijn meer gericht op de omgeving, waardoor de gemeenten problematiek konden koppelen aan achterliggende factoren. Hierdoor konden ze prioriteiten stellen op basis van de resultaten en kwamen ze te weten waar ze interventies op konden inzetten.

Aan de andere kant zitten er ook thema's in de lijst die de gemeenten niet relevant vonden (op de korte termijn). Veel gemeenten gaven aan dat de vragenlijst te complex en te lang was. Voornamelijk voor lagere schoolniveaus (speciaal onderwijs en praktijkonderwijs) was de vragenlijst te ingewikkeld en te lang. Hier zagen gemeenten in de toekomst graag een oplossing voor. Ook misten ze bepaalde antwoordopties bij vragen, waardoor jongeren niet het juiste antwoord konden kiezen. Een ander kritiekpunt was dat alle vragen door de leerlingen beantwoord moesten worden. Als ze op een vraag 'nee' hadden geantwoord, waardoor volgende vragen niet meer relevant waren, moesten ze deze vragen toch beantwoorden. Eén medewerker van een gemeente vond het juist belangrijk om de vragenlijst in deze uitgebreide vorm te blijven gebruiken, zodat ze aangesloten blijven bij de database van *Planet Youth* van het ICSRA. Verder gaven gemeenten aan dat ze graag meer inzicht zouden krijgen in de onderbouwing van de vragenlijst en de bijbehorende procedures, zoals *data cleaning*.

Uitvoering eerste monitor

De vragenlijst is op de meeste scholen zonder problemen uitgevoerd. Veel scholen hadden ervaring met het afnemen van vragenlijsten, en konden dit goed organiseren. Ze hebben voor de leerlingen tijd ingeroosterd om de vragenlijst in te vullen, bijvoorbeeld tijdens een

mentoruur. In sommige gevallen werd de afname begeleid door een docent, in andere gevallen was er een medewerker van de gemeente aanwezig. Via de GGD was er nazorg geregeld voor leerlingen die na het invullen van de vragenlijst (persoonlijke) vragen hadden. Hier is weinig gebruik van gemaakt.

De tijd die nodig was om de vragenlijst in te vullen, verschilde per leerling en per schoolniveau. Op de lagere onderwijsniveaus hadden de leerlingen doorgaans meer moeite met het invullen van de vragenlijst. Daarnaast waren er tussen scholen verschillen in de ingeplande tijd. Op lagere schoolniveaus waren op sommige scholen twee lesuren ingepland voor het afnemen van de vragenlijst. Op een school voor speciaal onderwijs is het niet gelukt om de vragenlijst af te nemen, omdat de leerlingen niet de concentratie hadden om de hele vragenlijst in te vullen. In een andere gemeente is afname op speciaal onderwijs wel gelukt, omdat het invullen van de vragenlijst daar verspreid werd over meerdere dagen.

Stap 4: Terugkoppeling en dialoog (februari 2019-juli 2019)

In het kort:

- De tevredenheid over de rapportage is wisselend: voor sommigen was het waardevolle input om het gesprek aan te gaan, anderen vonden het summier en misten de lokale interpretatie.
- Op bijeenkomsten zijn de gemeenten met lokale partners in gesprek gegaan over de uitkomsten.
- Gemeenten en lokale partners hebben op basis van de uitkomsten gezamenlijk prioriteiten gesteld voor het jeugdbeleid.

De gegevens die met de eerste ronde van de vragenlijsten zijn opgehaald, werden verwerkt door het ICSRA. Eind januari 2019 leverde het ICSRA rapporten met de resultaten op per gemeente en per school. In februari 2019 kwamen drie experts van het ICSRA naar Nederland om deze resultaten te bespreken in elke gemeente, samen met belangrijke partners. In de volgende paragrafen bespreken we de ervaringen van de gemeenten met de rapporten, de wijze waarop prioriteiten werden gesteld op basis van de resultaten, en hoe partners geactiveerd werden tot vervolgstappen.

Rapportage

De uitkomsten van de monitor werden door het ICSRA verwerkt tot rapporten op gemeente- en schoolniveau. In de rapporten staan aanbevelingen, diverse grafieken en (kruis)tabellen met de cijfers van de betreffende gemeente of school. Daarnaast zijn in elk rapport ook de uitkomsten van de andere gemeenten te zien, maar er is niet terug te leiden welk resultaat bij welke gemeente hoort. Er werd gerapporteerd over een deel van de vragen uit de vragenlijst. Belangrijke resultaten die gepresenteerd werden, gingen over middelengebruik, ouders, peergroep, school, vrije tijd en welzijnsindicatoren. In kruistabellen werd weergegeven in welke mate bepaalde indicatoren verschillen tussen verschillende groepen.

Een aantal gemeenten was erg blij met de rapportage. De uitsplitsing in de beschermende factoren hielp hen om de pijnpunten naar boven te krijgen. Een medewerker van een

gemeente zei: *'Het rapport is een duidelijk praatpapier om de actuele situatie van de jeugd in de regio te laten zien.'* Daarnaast noemden gemeenten dat de kruistabellen goed zichtbaar maken waar aan gewerkt kan worden. Ook in de discussie met partners en ouders hielpen de kruisverbanden. Een medewerker van een gemeente zei hierover: *'Als ouders zeggen: "als ik regels stel, gaat mijn kind juist meer drinken", dan kunnen we in de kruisverbanden laten zien dat dit juist niet het geval is. Zo kun je argumenten weerleggen op basis van feiten en het gesprek gemakkelijker maken.'*

Andere gemeenten, en met name onderzoekers van de gemeente of GGD, hadden meer verwacht van het rapport. Zo werd genoemd dat het rapport summier is, en dat de lokale interpretatie ontbreekt. De aanbevelingen waren voor alle gemeenten hetzelfde. Voor aanvullende analyses hebben de gemeenten in sommige gevallen de GGD ingeschakeld. Soms waren er interessante uitkomsten te vinden in variabelen die door het ICSRA niet gerapporteerd zijn. Verder werd genoemd dat het lastig was om de kruistabellen te begrijpen. Sommige gemeenten hadden meer kruistabellen gewild, omdat deze een waardevolle bijdrage konden leveren aan discussies.

Bepalen van prioriteiten

Alle deelnemende gemeenten hebben, in samenspraak met lokale partners en op basis van de resultaten, drie prioriteiten voor het preventiebeleid gekozen. In elke gemeente had een van deze drie prioriteiten te maken met ouders, ouderbetrokkenheid of ouderparticipatie. Ook vrijetijdsbesteding werd overal gekozen. Daarnaast kwamen de volgende thema's naar boven: welbevinden, school, preventie en handhaving, en bewustwording.

De meeste gemeenten organiseerden vervolgbijeenkomsten om op interactieve wijze met de deelnemers prioritering aan te brengen op basis van de uitkomsten. Daarbij werd meestal gekozen voor stickeren, mindmaps, of andere manieren om de uitkomsten te prioriteren. Welke maatschappelijke partners bij deze bijeenkomst(en) aanwezig waren, verschilde per gemeente. Meestal waren welzijnsorganisaties, scholen, GGD'en, jeugdprofessionals, en een enkele keer burgers en/of jongerenorganisaties aanwezig.

De inhoud en de resultaten van de vragenlijst, en daarmee de inhoud van de rapporten, waren bepalend voor de gekozen prioriteiten. Er was duidelijk waardering voor de kruistabellen (die het gesprek meteen een goede richting geven) en nieuwe en dus onbekende resultaten over de rol van ouders en vrije tijd. In de gegevens over middelengebruik en welbevinden werd vooral bevestigd wat al bekend was.

Stap 5: Beleidsvorming (augustus 2019 – december 2019)

In het kort:

- Gemeenten hebben flink moeten investeren in de samenwerking met lokale partners.
- Zodra lokale partners betrokken waren, verbeterde vaak de samenwerking.
- De gemeenten hadden een regievoerende en faciliterende rol in het proces van interventieontwikkeling en beleidsvorming.

Na het bespreken van de resultaten van de monitor met lokale partners en na gezamenlijk doelen en prioriteiten te hebben bepaald, gingen gemeenten aan de slag met beleidsvorming en het selecteren en/of ontwikkelen van interventies. In de volgende paragrafen bespreken we de ervaringen van de gemeenten met het activeren van lokale partners en de rolverdeling tussen gemeente en partners.

Activeren

Na het vaststellen van de prioriteiten op basis van de dataverzameling hebben de gemeenten de betrokken samenwerkingspartners aangezet om mee te denken over en mee te werken aan beleid en preventieactiviteiten. De manier waarop gemeenten in deze fase aan de samenwerkingsrelatie met lokale partners bouwden, was vrij generiek. De gemeenten organiseerden bijeenkomsten en gingen een-op-een met partners in gesprek. In de meeste gemeenten waren maatschappelijke partners betrokken of was de samenwerking met eerder betrokken partners geïntensiveerd, zoals: scholen, GGD, jongerenwerk, verslavingszorg, welzijnsinstelling, sport- en cultuurorganisaties, ouders, ziekenhuis en de politie. Ook werden diverse afdelingen binnen de gemeente betrokken, zoals Jeugd, Sport, Onderwijs, Sociaal domein en Handhaving. Om de partners samen te brengen en samen te laten werken, richtten de meeste gemeenten (soms voor elke gekozen prioriteit) een werkgroep of projectgroep op. Daarnaast werden in breder verband allianties gesloten of werd er een lokaal preventieakkoord opgesteld waarmee de inzet van diverse partners bekrachtigd werd.

Maar het samenbrengen ging niet vanzelf. '... je moet echt veel tijd investeren in netwerken, praten. Het is een kwestie van vertrouwen en enthousiasmeren. Je moet als gemeente echt wat doen om het op gang te krijgen', aldus een geïnterviewde. Ook merkte een groot deel van de gemeenten dat de wijze waarop zij het traject presenteerden, een groot effect had op de betrokkenheid van partners. Veel gemeenten waren gestart met een duidelijke focus op het voorkomen van middelengebruik onder jongeren. Dit schrok sommige partners af. Met een focus op het geluk en welbevinden van jongeren werd vaak meer enthousiasme bemerkt bij partners.

Een aantal gemeenten gaf aan dat de partners en de gemeente elkaar in het begin nog moesten leren kennen en zoekende waren op welke manier de samenwerking vorm kon krijgen. Een gemeente benoemde dat het belangrijk is dat er duidelijke afspraken gemaakt worden, zodat er geen wrijving van taken en belangen ontstaat tussen partners. Na verloop van tijd merkten de gemeenten dat veel van hun partners actief betrokken waren, meedachten met het traject en steeds vaker zelf met ideeën kwamen.

Rolverdeling

In de meeste gevallen zat een persoon vanuit de gemeente de werkgroepen voor. In sommige gevallen was dit iemand van een GGD of van een andere partner van de gemeente. Een aantal gemeenten benoemde dat het belangrijk is dat de voorzitter vanuit de gemeente of een onafhankelijke organisatie komt. *'Het plan ga je samen maken: hoe gaan we dat doen, waar richten we ons op, hoe gaan we doelen behalen? Het is belangrijk dat daar iemand bij is die onpartijdig is'*, aldus een geïnterviewde.

Een aantal gemeenten heeft in de subsidieverlening als voorwaarde opgenomen dat partners alleen subsidie ontvangen als hun activiteiten aansluiten bij de doelen van het IJlandse

model. Dit zorgde ervoor dat partners meer gemotiveerd waren en meedachten over het maatschappelijk belang van hun activiteiten. Bij partners voor wie deze voorwaarde niet gold, was er soms minder animo om dingen anders te gaan doen.

Stap 6: Uitvoering (januari 2020 – heden)

In het kort:

- Gemeenten en hun partners hebben activiteiten opgezet op het gebied van ouderbetrokkenheid, vrijetijdsbesteding en welbevinden.
- Gemeenten hebben diverse activiteiten georganiseerd om ouders te betrekken, maar het bleek lastig om ouders te bereiken en betrekken.
- In alle gemeenten is er een divers aanbod van vrijetijdsactiviteiten opgezet, die over het algemeen goed werden bezocht en waar positief op gereageerd is.
- In diverse gemeenten is er aandacht besteed aan welbevinden, met name via activiteiten op school. Deze activiteiten zijn echter nog minder goed ingebed dan de vrijetijdsactiviteiten..

Op basis van de monitorresultaten hebben de gemeenten samen met hun partners beleid gevormd en interventies geselecteerd en/of ontwikkeld. Vervolgens zijn de gemeenten en hun partners aan de slag gegaan met het uitvoeren van deze interventies en/of beleid. In de volgende paragrafen bespreken we de ervaringen van de gemeenten met het uitvoeren van activiteiten en interventies rondom ouderbetrokkenheid, vrijetijdsbesteding, welbevinden, school en communicatie.

Uitvoering van beleid en interventies

De activiteiten werden met name uitgevoerd door lokale partners van de gemeente, zoals jongerenwerk, scholen, GGD, organisatoren van vrijetijdsactiviteiten of welzijnsorganisaties.

Ouderbetrokkenheid

In de gemeenten zijn er diverse activiteiten georganiseerd om ouders meer te betrekken bij het leven van hun kind. Hieronder een greep uit de activiteiten die zijn opgezet:

- opvoedcursussen georganiseerd vanuit de school over thema's als grenzen stellen, alcohol en drugs, seksuele voorlichting en praten met pubers;
- schriftelijke informatie voor ouders, in de vorm van een nieuwsbrief of brochure, met opvoedtips en informatie over het traject;
- ouderbijeenkomsten of ouderavonden over onder andere het omgaan met middelengebruik. Soms in combinatie met theater waarin herkenbare situaties voor ouders met pubers werden uitgebeeld. De resultaten van de monitor zijn vaak ook gedeeld en besproken op deze avonden;
- besloten Facebookpagina voor ouders waarin informatie werd gedeeld en polls (een korte vraag) werden uitgezet.

Daarnaast staan er activiteiten op de planning die nog niet zijn uitgevoerd, zoals:

- ouders van een klas bij elkaar brengen om samen op school te eten en informatie te delen, in plaats van een ouderavond;
- huis-aan-huis verspreiden van een oudermagazine met ervaringsverhalen van ouders met kinderen in alle leeftijdsgroepen;
- online campagne met video's van lokale partners om uit te leggen met welke vragen ouders bij hen terecht kunnen;
- ouders meer betrekken bij sportverenigingen.

De gemeenten merkten dat het een uitdaging is om ouders te bereiken en betrekken. Zo werden ouderavonden niet altijd goed bezocht. Vanwege corona zijn er ook online ouderavonden georganiseerd. De ervaringen hiermee waren wisselend; in één gemeente was de opkomst laag, terwijl de opkomst in een aantal andere gemeente groter was dan normaal. In een aantal gemeenten is daarnaast actief input opgehaald bij ouders door hen te betrekken bij de projectgroep of via een ouderraad op school. Een aantal gemeenten gaf aan dat het hierbij lastig was om ouders op de langere termijn actief te laten meedenken.

Vrijtijdsbesteding

In alle zes de gemeenten zijn er vrijetijdsactiviteiten voor jongeren georganiseerd. Deze werden vaak opgezet in samenwerking met jongerenwerk, welzijnsorganisaties of andere aanbieders van activiteiten. Bij de activiteiten was er aandacht voor de IJslandse randvoorwaarden, zoals een gezonde omgeving en professionele begeleiding. Hieronder een greep uit de activiteiten die zijn opgezet:

- diverse sport-, muziek- en cultuuractiviteiten voor jongeren die gratis toegankelijk waren, ook in de schoolvakanties. In sommige gemeenten waren dit eenmalige activiteiten. In andere ging het om een blok van een aantal weken waarin jongeren iedere week dezelfde activiteit doen. In één gemeente organiseerde een groep jongeren als bijbaan bij de gemeente zelf activiteiten voor hun leeftijdgenoten;
- klussendienst waarbij jongeren klussen deden in de groenvoorziening en beloond werden met een voucher voor sport- of cultuuractiviteiten;
- een mobiel jeugdhonk in de vorm van een bus waar jongeren samenkwamen om activiteiten te ondernemen. De bus ging langs verschillende dorpen in de gemeente, zodat de activiteiten voor iedereen gemakkelijk toegankelijk waren;
- online activiteiten zoals e-sports-toernooien en online *escaperooms*;
- mogelijkheid voor jongeren om maatschappelijke diensttijd te vervullen.

Er is ook geïnvesteerd in randvoorwaarden voor vrijetijdsactiviteiten zoals:

- het trainen van trainers bij sportverenigingen om te zorgen dat ze de juiste skills hebben om een goede en veilige sfeer in de jeugdteams te onderhouden;
- heropening van een jongerencentrum waar jongerenwerkers de jeugd ontvangen;
- het plaatsen van rolmodellen bij activiteiten zoals het mobiele jeugdhonk;
- het verbeteren van zaken in de openbare ruimte, zoals een skatepark en mountainbikeroute.

Een aantal gemeenten was bij jongeren nagegaan – bijvoorbeeld via een vragenlijst op school of via gesprekken van een jongerenwerker met jongeren op school – welke activiteiten ze graag zouden willen doen. Daardoor sloten de activiteiten goed aan bij de wensen van de jongeren.

Over het algemeen waren de reacties van jongeren en hun ouders op de activiteiten erg positief en was de opkomst goed. Veel gemeenten werkten met een website waarop jongeren zich voor de activiteiten konden aanmelden (zoals de website van [Urk](#) of [Texel](#)). Hierdoor kregen gemeenten een goed beeld van het aantal aanmeldingen en de populariteit van de verschillende activiteiten. Eén gemeente gaf aan dat het belangrijk is dat de personen die de activiteiten begeleiden een goede aansluiting kunnen vinden bij pubers en hun leefwereld. De activiteiten waarbij dit niet het geval was, werden minder goed bezocht. Een andere gemeente gaf aan dat het lastig was om de jongeren in kleine dorpen te bereiken met de activiteiten.

Welbevinden

De gemeenten werkten op diverse manieren aan het verbeteren van het welbevinden van jongeren. Een aantal voorbeelden daarvan:

- Er is een interventie voor jongeren ontwikkeld door de GGD en uitgevoerd op scholen, gericht op het welbevinden van jongeren (*Je brein de Baas?!*). Deze interventie bestond uit een aantal lessen over het omgaan met je puberbrein in een crisis, gericht op de coronapandemie. Er wordt gekeken of deze interventie met een meer algemene insteek ook na de coronapandemie geïmplementeerd kan worden.
- Er is door één gemeente budget voor mentale gezondheid beschikbaar gesteld, waar jongeren zelf een beroep op konden doen (bijvoorbeeld voor huiswerkbegeleiding, coachgesprekken et cetera).
- In het beleid van de scholen was er een focus gelegd op welbevinden.
- Er is een lokale campagne uitgezet om jongeren duidelijk te maken wie ze kunnen inschakelen wanneer ze hulp nodig hebben, om zo jongerenwerk en het sociaal team onder de aandacht te brengen. Op die manier werd duidelijk bij wie jongeren terecht kunnen als ze ergens over willen praten.

School

De gemeenten betrokken de scholen op verschillende manieren bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel. Hieronder een aantal voorbeelden van de samenwerking met scholen:

- Scholen zijn gestimuleerd om aan de slag te gaan met de *Gezonde School*, met name op het thema welbevinden.
- Voor het *Gezonde School*-aanbod vanuit de GGD is er extra subsidie beschikbaar gesteld.
- Het maatschappelijk werk op school is uitgebreid.
- Op een van de scholen is er een chillplek gerealiseerd voor brugklassers, van waaruit een jongerencoach activiteiten organiseerde voor en met de jongeren.
- Er zijn weerbaarheidstraining en preventielessen op scholen georganiseerd.

Communicatie

De meeste gemeenten hebben een eigen logo met een eigen huisstijl ontwikkeld om alle activiteiten rond het traject in hun gemeente uit te dragen. Met jongeren werd er vaak via online platforms gecommuniceerd, zoals via een Instagramaccount of een website. Hierop werden activiteiten gedeeld, maar er werd ook input opgehaald van de jongeren, bijvoorbeeld via polls op Instagram Stories. Een gemeente gaf aan dat ze voor ouders een andere communicatiestrategie hadden dan voor jongeren, omdat deze doelgroepen op een andere manier bereikt kunnen worden. Ouders werden bijvoorbeeld via (een andere) website of via lokale media bereikt.

Stap 7: Monitoring (mei 2020 – december 2020)

In het kort:

- De tweede meting is minder soepel verlopen dan de eerste vanwege verschillende versies, ICT-problemen en de coronapandemie.
- Gemeenten willen graag dat de volgende dataverzameling door de GGD wordt uitgevoerd, en anticiperen daarop.

In het najaar van 2020 vond in de zes deelnemende gemeenten de tweede ronde plaats van de dataverzameling in het kader van het IJslandse model. Net als in 2018 is de IJslandse vragenlijst (vertaald naar het Nederlands) afgenomen onder zoveel mogelijk 15- en 16-jarige jongeren uit de deelnemende gemeenten. Samen met de GGD en de scholen hebben de gemeenten de dataverzameling voorbereid. In de volgende paragrafen beschrijven we de ervaringen van de gemeenten met het proces van monitoring door de IJslandse onderzoekers gedurende deze tweede ronde.

Voorbereiding en afname van de vragenlijsten

De meeste gemeenten waren tevreden over de voorbereiding van de tweede monitor. Ook de uitvoering op de scholen liep in de meeste gevallen goed. Wel merkten de gemeenten dat corona invloed had op de respons. Door de coronamaatregelen was het voor de meeste gemeenten niet mogelijk om op school aanwezig te zijn bij de afname van de vragenlijsten. Verder hadden docenten andere prioriteiten, en moest een aantal leerlingen de vragenlijst thuis invullen, waardoor de respons in deze gevallen lager was dan gehoopt. In een van de gemeenten liet de ICT de onderzoekers volledig in de steek, waardoor de resultaten niet volledig waren. Andere technische problemen werden in vrijwel alle gevallen opgelost, en de desbetreffende gemeenten waren positief over de reactiviteit van de IJslandse onderzoekers. In sommige regio's was vanwege de deelname van speciaal onderwijs de begeleiding tijdsintensief. Meerdere gemeenten gaven te kennen behoefte te hebben aan een draaiboek, waarin zaken beschreven staan als: hoe komen de vragenlijsten in de klas, wat zijn de acties zodra de resultaten er zijn, hoe zijn de taken verdeeld?

Er werd bij de tweede meting door de IJslandse onderzoekers meer flexibiliteit in de vragenlijst geboden: zo waren er vaste en facultatieve onderdelen, en werd er een lange en een korte versie (bedoeld voor jongeren in thuisonderwijs door corona) aangeboden. De meeste gemeenten hebben samen met een medewerker van de GGD bekeken welke facultatieve vragen er in de vragenlijst opgenomen moesten worden. De vragenlijst werd, ondanks het flexibele gedeelte, (wederom) te lang bevonden. Ook waren de vragen niet altijd goed te begrijpen, met name voor leerlingen op lagere onderwijsniveaus.

Rapportage, presentatie en bespreking

De rapportage van de tweede meting bestond uit een powerpoint met resultaten. De grote meerderheid van de gemeenten was niet tevreden over het rapport; de duiding van de resultaten en aanbevelingen die in het eerste rapport werden gegeven, ontbraken. Ook werd het inconsistent gevonden dat er vergelijkingen met de andere gemeenten in stonden, terwijl de boodschap eerder was om zichzelf alleen met de eigen eerdere meting te vergelijken.

Doordat sommige vragen in de tweede meting net anders werden gesteld, was het ook lastig om resultaten te vergelijken met de eerste meting.

Voordat de gemeenten de resultaten met hun lokale partners bespraken, vond er een sessie plaats met de IJslandse onderzoekers om de algemene resultaten te bespreken en per regio een korte toelichting te geven. Een deel van de gemeente vond het fijn het algemene verhaal van de IJslanders weer eens te horen. Wel vond de meerderheid dat het een te algemene bijeenkomst was, met weinig duiding en geen tot weinig concrete adviezen.

Ten tijde van de interviews voor dit evaluatierapport hadden enkele gemeenten de resultaten (online) met hun lokale partners besproken. Sommige gemeenten zijn ook een-op-een in gesprek gegaan met partners.

De duiding van de tweede rapportage was lastiger vanwege de coronacrisis. Het bleek moeilijker om te verklaren in hoeverre de verschillen met de vorige meting beïnvloed werden door de coronacrisis, of door andere factoren.

De resultaten van de rapportage stemden over het algemeen positief: volgens de deelnemers kwamen hierdoor ook nu weer onderwerpen op de agenda die te maken hebben met de omstandigheden waarin jongeren opgroeien, en ontstond er meer draagvlak voor acties. Genoemd werden bijvoorbeeld onderwerpen als het lidmaatschap van sportverenigingen waar gedronken wordt door minderjarigen, verbetermogelijkheden voor vrijetijdsbesteding van jongeren, en welbevinden. Eén gemeente noemde dat er dankzij de resultaten van de vragenlijst een grote impuls was gegeven aan het wijkgericht werken.

Samenwerking met lokale partners

In het kort:

- Zodra lokale partners betrokken waren, verbeterde vaak de samenwerking en waren zij actief betrokken.
- Het contact met de school was over het algemeen intensiever ten opzichte van de periode voordat er met het model werd gewerkt.
- Gemeenten en lokale partijen wisten elkaar makkelijker te vinden.

Het samenwerken met lokale partners is een belangrijk onderdeel van het IJslandse preventiemodel. In deze paragraaf beschrijven we hoe de gemeenten de samenwerking met de lokale partners oppakten, hoe deze is verlopen, welke rol de gemeenten op zich namen binnen deze samenwerking, en welke knelpunten hierin werden ervaren.

De deelnemende gemeenten gaven aan dat, met de implementatie van het IJslandse preventiemodel, de samenwerking met lokale ketenpartners op het gebied van jeugd en preventie is verbeterd. De gemeenten hebben samenwerkingen opgezet met partners met wie ze eerder niet samenwerkten. *'We kunnen elkaar makkelijker vinden en de partijen onderling kunnen elkaar ook makkelijker vinden. Dat is heel leuk om te zien,'* aldus een geïnterviewde.

Ook waren er nieuwe partijen die zelf naar de gemeente kwamen omdat ze enthousiast waren over het model. Hiermee sloot het model goed aan bij de ambitie die veel gemeenten hebben om meer integraal te werken.

Eén gemeente benoemde dat de versterkte samenwerking met scholen ook zeer helpend is geweest tijdens de coronacrisis: *'De scholen en de gemeente waren nooit zo intensief bij elkaar betrokken geweest als we niet met het model aan het werk waren. We hebben elkaars cultuur leren kennen.'* Dit gold ook voor de samenwerking met sport- en cultuurorganisaties. De gemeenten lieten weten dat deze partijen erg enthousiast waren en graag meedachten omdat er voor hen een podium ontstond voor het organiseren van interventies. Sommige gemeenten stelden dat zij en de aanbieders voorheen vooral los van elkaar opereerden. De gemeente was dan vooral opdrachtgever, en de aanbieders voerden uit. Nu gingen zij samen in gesprek over de cijfers, de kerndoelen en de benodigde interventies, en was de gemeente meer inhoudelijk betrokken.

Communicatie met samenwerkingspartners

De gemeenten communiceerden met lokale partners via aparte bijeenkomsten, een nieuwsbrief, een website of via sociale media. Daarnaast waren de lokale partners in sommige gemeenten onderdeel van de projectgroep of een van de werkgroepen. De structurele communicatie, met in veel gemeenten een vast aanspreekpunt, droeg volgens sommige gemeenten bij aan het verbeterde contact onderling. *'Er is meer structuur gekomen in de communicatie met partners. We hebben jongerenwerk, cultuur, sport en scholen nu eens in het kwartaal structureel aan tafel'*, aldus een geïnterviewde.

Waardoor liep de samenwerking beter?

Dat de samenwerking met partijen beter liep dan voorheen, had volgens de gemeenten verschillende oorzaken. Een aantal gemeenten benoemde dat minimaal één persoon binnen de gemeente zich op dat moment actief bezighield met het verbinden van partijen, het plannen van afspraken en het delen van ontwikkelingen. Hierdoor kon de gemeente beter sturen op samenwerking. Daarnaast noemde een deel van de gemeenten de kracht van het IJslandse verhaal als reden voor de betere samenwerking. Het succes uit IJsland en de wetenschappelijke onderbouwing van het model maakten dat veel lokale partners enthousiast waren om mee te werken. Verder noemden enkele gemeenten dat het kracht geeft aan de samenwerking als je vertrekt vanuit het bespreken van de cijfers en het benoemen van de kerndoelen. Hiermee ontstaat er een gevoel van urgentie bij de doelen waar de aanpak op gericht is. Volgens één gemeente hielp het hierbij dat de aanpak niet te breed was, maar specifiek gericht was op enkele thema's rondom jeugd.

Rol van gemeenten in samenwerking met lokale partners

De gemeenten waren de kartrekker en regievoerder in het traject. Zij waren actief bezig met het betrekken van partners, het stimuleren van interventies en het blijven benadrukken van de IJslandse boodschap. De projectleider moest hiervoor een proactieve houding aannemen. Een afwachtende houding kan ervoor zorgen dat partners afhaken, zo bleek bij een van de gemeenten. Volgens de gemeenten was het belangrijk om het project te verbinden aan landelijke en bestuurlijke ontwikkelingen. Ook was het belangrijk om intern draagvlak te creëren, onder meer door andere collega's binnen de gemeente te laten aanhaken. Hoewel

gemeenten en partners samen optrokken, gaven de meeste gemeenten aan dat ze het organiseren van activiteiten en interventies overlieten aan partners. De gemeente speelde hier meer een faciliterende rol in en zorgde dat er budget beschikbaar was voor de uitvoerende organisaties.

Uitdagingen in de samenwerking

Hoewel gemeenten over het algemeen positief waren over de samenwerking met lokale partners, verliep dit niet altijd even soepel. De aanjagersrol was voor een aantal projectleiders, die een achtergrond hadden als beleidsmaker, niet vanzelfsprekend, waardoor dit soms veel energie en tijd kostte. *'De gemeente had altijd regie op afstand. Nu moet zij de regie meer naar zich toe trekken. Dat is een cultuuromslag'*, aldus een van de geïnterviewden. Daarnaast hadden veel gemeenten te maken met enkele lokale partijen die weerstand toonden gedurende het traject. Ook kon er wrijving ontstaan doordat lokale partners in een project- of werkgroep verschillende belangen hadden, waardoor zij het niet eens konden worden over de aanpak. Veel gemeenten gaven aan dat het belangrijk is dat er binnen de gemeenten voldoende mankracht beschikbaar is om hier tijd en energie in te steken. Ten slotte werd genoemd dat zowel op uitvoerend als bestuurlijk niveau de randvoorwaarden van het IJslandse preventiemodel soms ontbraken. Interventies werden door lokale partners snel onder de noemer van het model geplaatst, terwijl dit soms niet helemaal passend was. Het was een uitdaging om de betrokkenen hier bewust van te maken.

Bestuurlijk draagvlak

De bestuurlijke commitment van de gemeenteraad en wethouders verschilde per gemeente. De meeste gemeenten stelden dat de bestuurlijke commitment aan het eind van het leertraject nog steeds aanwezig was of zelfs was toegenomen. In sommige gemeenten was het model echt een begrip, en waren betrokkenen erg enthousiast over hoe het paste binnen preventief jeugdbeleid. Enkele gemeenten gaven aan dat op bestuurlijk niveau niet altijd iedereen meeging. Het langetermijnperspectief maakte het lastig, en er werd soms snel resultaat verwacht. Het was dan ook belangrijk om te blijven herhalen dat het om een traject gaat dat zich richt op de lange termijn. In veel gemeenten was de aanpak al geborgd in een beleidsnota, meerjarenplan of preventieakkoord.

De invloed van de coronapandemie

In het kort:

- De coronapandemie had zowel negatieve (het afgelasten van activiteiten, vermindering van betrokkenheid/enthousiasme) als positieve (extra budget, grote groepen makkelijker online samen te krijgen) effecten op het leertraject.

In de evaluatiegesprekken stonden we stil bij de impact van de coronapandemie op het leertraject. In deze paragraaf bespreken we welk effect de pandemie heeft gehad op het implementeren van het IJslandse preventiemodel in de deelnemende gemeenten.

De gemeenten hebben zowel positieve als negatieve effecten van de pandemie op het leertraject ervaren. Een positief effect was met name het extra geld dat er vrijkwam door de aandacht die er kwam voor mentale gezondheid en welbevinden. Voor een van de gemeenten betekende dit dat er activiteiten georganiseerd konden worden waar eerst geen geld voor beschikbaar was. Deze extra mogelijkheden gaven het leertraject een boost. *'We moesten de jongeren wat bieden. Ik geloof dat er nog nooit zoveel activiteiten zijn georganiseerd als in de coronatijd'*, vertelde een geïnterviewde. Daarnaast waren bepaalde groepen juist gemakkelijker samen te brengen doordat er meer mogelijkheden waren voor online overleg.

Een als negatief ervaren effect dat door bijna alle gemeenten werd genoemd, is het moeten annuleren en/of verplaatsen van vele (geplande) activiteiten zoals vrijetijdsactiviteiten, campagnes en bijeenkomsten. *'We zijn daarmee van start gegaan, maar corona is er volledig doorheen gefietst'*, aldus een geïnterviewde. Verschillende gemeenten merkten dat hierdoor het enthousiasme en de betrokkenheid van bepaalde partijen afnam, waardoor de gemeenten veel tijd en energie moesten investeren om vooruit te blijven gaan. Naast de positieve ervaring met de toegenomen mogelijkheden voor online vergaderen, werd het online vergaderen ook als negatief effect benoemd. Niet alle overleggen kwamen online goed tot uiting, en met name de gesprekken 'bij de koffieautomaat' werden erg gemist. Ook is de dataverzameling op scholen door de coronapandemie en -maatregelen niet overal goed verlopen. Niet alle leerlingen konden op school zijn op het moment dat de vragenlijsten werden afgenomen, en de mogelijkheid om deze thuis in te vullen leverde weinig respons op. Daarbij gaven enkele gemeenten ook aan dat het lastig was om de cijfers van de tweede meting te duiden, aangezien niet duidelijk was wat het effect van corona op de uitkomsten was.

Ondersteuning door Trimbos, Nederlands jeugdinstituut en ICSRA

In het kort:

- De ondersteuning door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut is als waardevol ervaren. Gemeenten zien graag dat deze ondersteuning blijft.
- Verbeterpunten in de ondersteuning zijn het consequent en actiever benaderen van gemeenten en het aanbieden van en adviseren over passende interventies.
- De IJslanders vormden een grote inspiratiebron voor de gemeenten en konden met hun kennis en expertise lokale partijen enthousiasmeren.
- Volgens de gemeenten is er in het vervolg geen behoefte aan praktische ondersteuning door de IJslanders, zoals bij de monitor.

Gedurende het leertraject (2018-2021) hebben het Trimbos-instituut, het Nederlands Jeugdinstituut en de IJslandse organisatie ICSRA de zes deelnemende gemeenten ondersteund. In deze paragraaf bespreken we hoe de deelnemende gemeenten deze ondersteuning hebben ervaren.

Ondersteuning door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut

Over de ondersteuning van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut waren de gemeenten positief. Met name inhoudelijk was men te spreken over de bijdragen

vanuit beide instituten. Specifiek werden hier de themabijeenkomsten (bijvoorbeeld over ouderbetrokkenheid) genoemd, waarin de gemeenten handvatten kregen aangereikt om doelen en plannen concreet te maken.

De een-op-een ondersteuning werd door de gemeenten gewaardeerd. Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut werden als toegankelijk ervaren, en vragen werden snel en vakkundig beantwoord. Verschillende gemeenten gaven hierbij de tip om actiever en consequent contact met de gemeenten op te zoeken. Consequent contact vanuit de instituten kan tot waardevolle gesprekken leiden, ook al heeft de gemeente zelf geen specifieke vragen.

De gemeenten konden de expertise van de instituten inzetten tijdens bijeenkomsten met lokale partijen. De aanwezigheid van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut versterkte hierbij de boodschap richting de lokale partners. Gemeenten hadden echter ook graag gezien dat de expertise en kennis van de instituten meer was ingezet voor het aanbevelen van interventies. Gedurende het leertraject zochten gemeenten voornamelijk zelf naar passende interventies. Een toolbox met *evidence based* interventies die aansluiten op de IJslandse werkwijze en een persoonlijk advies werd aanbevolen voor het vervolgetraject. Een van de gemeenten gaf ook aan dat het goed zou zijn om het overleg tussen wethouders van de verschillende gemeenten in een bepaalde vorm te organiseren. Tot slot gaven enkele gemeenten aan het online platform voor informatie-uitwisseling niet tot nauwelijks te gebruiken. *'Het idee was heel goed, maar ik denk dat een forum alleen werkt als iedereen er consequent stukken in upload en vragen op stelt en allemaal beantwoordt. Zolang dat niet gebeurt, werkt het niet'*, aldus een geïnterviewde. Elkaar mailen en belangrijke updates in een WhatsAppgroep delen werd als prettiger ervaren.

De gemeenten gaven aan de ondersteuning graag te behouden voor het vervolgetraject. Ook gaven ze aan een blijvende rol te zien voor het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut om de verbindende schakel te zijn in het land, de boodschap uit te dragen, en te zorgen voor landelijke agenda setting.

Ondersteuning door ICSRA

Tijdens het leertraject hebben de gemeenten het IJslandse ICSRA met name als inspiratiebron ervaren. De ICSRA-medewerkers konden door de jarenlange ervaring en doordat ze bedenkers van het model zijn, het belang van de aanpak goed overbrengen in bijvoorbeeld een bijeenkomst met partners van de gemeenten. Meerdere gemeenten gaven aan dat deze boodschap zonder de ICSRA-medewerkers minder stevig bij hun partners was overgekomen, en zagen hierin de meerwaarde in de samenwerking. Het bezoek aan IJsland aan het begin van het leertraject werd door enkele gemeenten als meerwaarde van de samenwerking benoemd. Een groot aantal gemeenten gaf echter aan dat zij gedurende het traject weinig tot geen directe ondersteuning hebben ervaren vanuit ICSRA. De overige gemeenten gaven aan dat de ondersteuning enorm is afgenomen en dat ze met name vanaf de tweede helft van het leertraject geen ondersteuning hebben ervaren. Hier speelden mogelijk ook de fysieke afstand en de taal een rol. Voor de toekomst gaven de meeste gemeenten aan geen behoefte te hebben aan praktische ondersteuning vanuit IJsland (zoals ondersteuning bij de monitor).

Contact tussen deelnemende gemeenten

De deelnemende gemeenten vonden het onderlinge contact erg prettig. De intervisiebijeenkomsten boden de mogelijkheid om kennis en ervaringen uit te wisselen, wat een boost gaf aan het enthousiasme en inspiratie. *'Je bent met hetzelfde doel bezig, dat vond ik echt heel prettig'*, vertelde een geïnterviewde. Een van de gemeenten gaf aan dat de verbinding tussen de beleidsmedewerkers van de verschillende gemeenten wel sterker had gekund. In de toekomst zouden de meeste gemeenten met elkaar verbonden willen blijven voor verdere uitwisseling.

De toekomst van het IJslandse preventiemodel in Nederland

In het kort:

- Alle deelnemende gemeenten gaan door met de implementatie van het IJslandse preventiemodel, waarin ze de focus breder trekken dan alleen middelengebruik.
- Een deel van de gemeenten heeft het gedachtegoed voor langere periode kunnen borgen in het beleid. De overige gemeenten zijn voornemens dit te regelen.
- De gemeenten willen de waardevolle kenmerken van de IJslandse monitor graag inbedden in de GGD-jeugdgezondheidsmonitor.
- Alle deelnemende gemeenten raden andere gemeenten aan om te werken volgens het IJslandse model.

Aan de gemeenten werd gevraagd hoe ze de toekomst van het IJslandse preventiemodel voor zich zien; gaan ze ermee door en zo ja, wat blijven ze doen of gaan ze anders doen, en waar ligt de ondersteuningsbehoefte?

Focus

Alle gemeenten gaven aan na afloop van het leertraject door te gaan met de implementatie van de IJslandse werkwijze en daarmee cyclisch, datagedreven en *community based* te blijven werken. Een aantal gemeenten gaf aan de werkwijze in het gehele sociale domein te willen inzetten. Hierbij verleggen ze de focus van middelengebruik naar het welbevinden van de jeugd in het algemeen.

De gemeenten waren enthousiast over de datagedreven werkwijze van het IJslandse model. Een gemeente gaf aan dat ze hierdoor zijn blijven zoeken naar de aanleiding van de aanleiding, doelend op de beschermende en risicofactoren die van invloed zijn op middelengebruik en welbevinden van jongeren. Een andere gemeente liet weten aan de hand van de resultaten samen met de partners echt te kijken naar wat nodig is, in plaats van ieder jaar hetzelfde doen omdat ze dat gewend waren.

Borging van het IJslandse preventiemodel

Een aantal gemeenten heeft het IJslandse gedachtegoed al kunnen borgen in bijvoorbeeld het lokale preventieakkoord, de beleidskaders of het regionaal gezondheidsakkoord. De andere gemeenten waren hierover nog in gesprek met het college. Wel waren er bij enkele gemeenten nog zorgen over de beschikbare financiën binnen de gemeente voor de komende jaren. Volgens

een van de gemeenten is het procesmatig gezien belangrijk om de projectgroep te behouden. Zonder projectgroep zou de kans bestaan dat het samenwerken weer zou vervallen in een eilandjescultuur. Een andere manier waarop de werkwijze geborgd werd in het beleid, was door de IJlandse kaders op te nemen in de subsidievoorwaarden. Op deze manier werkten de subsidieontvangers automatisch mee aan het implementeren van het IJlandse gedachtegoed.

Monitoring

Een groot deel van de gemeenten gaf al na de eerste monitoringsronde aan dat zij de IJlandse vragenlijst en de GGD-monitor in de toekomst inhoudelijk willen integreren. De gemeenten gaven aan graag met de GGD te willen samenwerken, omdat zij een belangrijke partner is op dit gebied. De basisvragenlijst van de GGD wordt idealiter aangevuld met de beschermende en risicofactoren uit het IJlandse model. Een reguliere positie voor de GGD bij afname en rapportage zou ook kunnen leiden tot meer landelijke steun, opert een gemeente. Daarnaast maakt dataverzameling door de GGD het gemakkelijker om toe te zien op de privacy van de deelnemers en het voldoen aan de AVG, dan wanneer de dataverzameling wordt uitgevoerd door een IJlandse organisatie.

De gemeenten waren het erover eens dat frequentere afname van de vragenlijst een cruciaal element is om de IJlandse aanpak uit te voeren. De meeste gemeenten benadrukten de 'politieke' waarde van tweejaarlijks meten en de noodzaak om 'het verhaal levendig te houden'. Eén onderzoeker van een GGD opperde dat eens in de vier jaar meten genoeg is om trends te signaleren, maar dat de inzet van activiteiten beter geëvalueerd zou moeten worden.

Ook zijn de gemeenten het erover eens dat de resultaten van de monitoring eerder terug moeten naar de gemeenten dan normaal gesproken het geval is bij de GGD. De snelle terugkoppeling door de IJlandse onderzoekers was van enorme meerwaarde. Dat dit ook in Nederland mogelijk is, heeft de coronacrisis laten zien, waarin resultaten van onderzoeken binnen een paar maanden werden teruggekoppeld. Daarnaast gaven gemeenten aan de resultaten te willen blijven bespreken met lokale partners.

De te monitoren leeftijdsgroep lag voor sommigen nog niet vast: jonger meten of meer trachten de hele leeftijdsrange van 12-18 jaar te bestrijken vielen onder de mogelijkheden. Een enkeling schetste de ideale situatie dat alle jeugd van 8-20 jaar zou worden gemonitord, al erkende deze persoon dat dat een idealistisch beeld is.

Ondersteuning

De gemeenten gaven aan ook na het leertraject nog behoefte te hebben aan ondersteuning door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut. De deelnemende gemeenten zouden met name graag zien dat het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut de landelijke discussie blijven voeren en de IJlandse werkwijze landelijk blijven uitdragen. Gemeenten gaven aan dat ze hopen op een landelijke beweging en meer investering vanuit de rijksoverheid. *'De ondersteuning van de overheid is belangrijk om het optimale effect te behalen'*, aldus een van de geïnterviewden. Daarnaast benoemden enkele gemeenten dat ze in de toekomst meer advies zouden willen over welke interventies binnen de IJlandse werkwijze passen.

Aanbeveling voor andere gemeenten

Alle deelnemende gemeenten raadden andere gemeenten aan om met het IJlandse preventiemodel te gaan werken. Ze raadden aan de werkwijze breder in te zetten dan alleen op middelengebruik. De positieve benadering, datagedreven en *community based* werken sprak de deelnemende gemeenten aan. Een van de gemeenten wees op het belang van voldoende capaciteit en budget voor het starten met deze werkwijze, en adviseerde om alleen gemeenten te gaan ondersteunen die aan de gestelde voorwaarden voldoen. Nieuwe gemeenten zouden het werken met de IJlandse werkwijze ook kunnen zien als een mogelijkheid om met bezuinigingen om te gaan; *'Niemand wil het met minder doen, maar als het dan toch moet, dan kun je het beter effectief, evidence based en datagedreven doen'*, aldus een van de geïnterviewden.

3.2.2 Deelnemende scholen

In het kort: resultaten uit interviews met deelnemende scholen

- Scholen deden mee vanwege het integrale karakter, omdat ze iets wilden doen aan middelengebruik en omdat ze een positieve bijdrage wilden leveren aan de ontwikkeling van jongeren.
- Resultaten van de IJlandse monitor werden uitgebreider besproken en met meer partijen dan bij de GGD-monitor het geval was. Scholen willen idealiter dat deze monitors worden samengevoegd.
- Scholen willen een rol spelen in de implementatie van preventieactiviteiten, maar vinden dat de gemeenten dit proces moeten trekken.
- Deelname kostte veel tijd. Scholen vinden dit het waard als ze zien dat er nieuwe activiteiten worden opgezet.
- In veel gevallen is de samenwerking met lokale partijen verbeterd; sommige scholen zien nog kansen daartoe.
- Scholen willen dat gemeenten hen op de hoogte houden van de ontwikkelingen binnen het traject, ook al zijn de scholen daar zelf niet direct bij betrokken. Dit zou bijdragen aan draagvlak onder de scholen.
- Scholen willen het liefst meer uren en budget voor deelname.

In alle deelnemende gemeenten waren er scholen betrokken bij het traject. De scholen zijn een belangrijke vindplek voor jongeren en hun ouders. Daarnaast zijn scholen een centraal punt waar de monitor kan worden uitgezet. In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van een aantal deelnemende scholen met het IJlandse model. We bespreken hoe zij tot het besluit zijn gekomen om deel te nemen aan het traject, hoe de monitoring is verlopen (in vergelijking met de reguliere monitoring), hoe zij de rapporten beoordelen, wat hun rol is in de implementatie, hun kijk op de rol van ouders en vrijetijdsbesteding, of het werken met het IJlandse model belastend voor hen is, hoe de samenwerking verloopt met de gemeente en andere lokale partijen, hoe zij de toekomst zien en welke aanbevelingen/suggesties ze hebben. Tijdens de gesprekken stond deelonderzoeksvraag 2b centraal: *Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJlandse model in hun gemeente?*

Op twee momenten tijdens het traject hebben we gesprekken gevoerd met deelnemende scholen, namelijk in het voorjaar van 2020 en het voorjaar van 2021. Uit elke deelnemende gemeente hebben we op beide momenten met minstens één school gesproken. In sommige gevallen hebben we bij de eindevaluatie dezelfde scholen gesproken als bij de tussenevaluatie.

Deelname aan het leertraject

De scholen werden door de gemeente benaderd met de vraag om deel te nemen aan het leertraject met het IJslandse preventiemodel. Veelal informeerden de gemeenten de school(directeur) of het samenwerkingsverband waarvan de school deel uitmaakt over het voornemen met het IJslandse model te willen gaan werken.

Deelname werd in algemene zin gemotiveerd vanuit de pedagogische verantwoordelijkheid van de school. Een geïnterviewde sprak bijvoorbeeld van *'de noodzaak om als een van de spelers in het maatschappelijke veld [...] het welbevinden van jongeren te bevorderen'*. Daarnaast noemden scholen ook andere beweegredenen om mee te doen: het ontvangen van subsidies; contact en kennisoverdracht met externe organisaties en kennisinstellingen; het meedoen aan een meerjarig plan vanuit *good practices*.

De scholen zagen het IJslandse model in het algemeen als een aantrekkelijke methodiek: de thema's waar het vooral op inhaakt (middelengebruik, vrijetijdsbesteding, welbevinden) werden onderkend en waren op sommige scholen al een reden om interventies in te zetten voordat men van de IJslandse methode gehoord had. Maar *'achter het IJslandse model zit echt een plan'*, aldus een van de geïnterviewden, en gaf daarom aanleiding tot deelname.

Een kleine groep scholen zag middelengebruik, met name alcoholgebruik, onder hun leerlingen als een actueel probleem waar ze iets aan willen doen. Op sommige scholen wist men moeilijk een antwoord te vinden op het voorkomen van middelengebruik buiten schooltijd en buiten het schoolterrein. Programma's die alleen op school plaatsvinden, hebben namelijk maar een beperkt effect.

De vier domeinen van het model spraken aan, omdat daarmee breder dan alleen naar school wordt gekeken. Scholen worden vaak gezien als organisaties die verantwoordelijk zijn voor problemen met jeugdigen en het verhogen van het welbevinden. De scholen waardeerden het dat bij het IJslandse model deze verantwoordelijkheid niet primair bij hen werd gelegd, maar bij alle lokale partners samen. *'Een traject in de gezamenlijkheid met de hele gemeenschap: dat spreekt aan en daar is behoefte aan'*, aldus een geïnterviewde.

Vorbereiding en uitvoering van de monitoring

De uitvoering van de monitoring in het kader van het leertraject was in de meeste gevallen niet anders dan bij de GGD-enquêtes: de vragenlijsten werden op school afgenomen (meestal tijdens een mentoruur). In sommige gemeenten werd de monitoring geheel door de gemeente gecoördineerd (net als de te organiseren ouderavonden en informatiebijeenkomsten ter voorbereiding van de monitor), op andere scholen coördineerden de mentoren de afname en gaven voorlichting vooraf aan de ouders zelf. Er was op alle scholen al de nodige ervaring met die manier van dataverzameling vanwege de GGD-jeugdmonitor, *Emovo* of *Jouw GGD Check-vragenlijsten*.

De geïnterviewden noemden enkele positieve en enkele negatieve ervaringen met (het uitvoeren van) de monitoring. Zo ervoeren ze de voorbereiding door de gemeente (informatiebrief voor de ouders, *informed consent*) als positief: hierdoor hoefden zij de vragenlijsten zelf *'alleen nog maar uit te zetten'*, aldus een geïnterviewde. Verder vonden ze het fijn dat er voorafgaand aan de vragenlijst tijd was voor uitleg aan de leerlingen. Sommige geïnterviewden benoemden dat de vragenlijst iets *'steviger en schokkender'* was dan de GGD-vragenlijst. De geïnterviewden gaven verder aan dat het bij de tweede dataverzameling lastiger was om de monitoring af te nemen vanwege de coronapandemie: het handhaven van de maatregelen slokte al veel van hun tijd op. Ten slotte vonden enkele scholen de vragenlijst te lang en/of de vraagstelling te moeilijk: dit werkte volgens hen demotiverend voor de leerlingen, waardoor zij de lijst vermoedelijk niet altijd serieus invulden. Een belangrijke wens was het samenvoegen van de IJslandse vragen met de GGD-vragenlijst. Op sommige scholen werd de IJslandse vragenlijst in dezelfde periode afgenomen als de GGD-vragenlijst.

Rapporten over de resultaten van de monitor

De IJslanders leverden per deelnemende school een rapport met daarin de resultaten van de monitor. De scholen ontvingen deze rapportages van de gemeente en op de meeste scholen werden de resultaten ook met de gemeente besproken. Dat leverde voor sommige scholen geen nieuwe informatie op, al gaven ze soms wel een schokkend beeld van het middelengebruik op de school. De rapporten leidden volgens sommige geïnterviewden ook tot nieuwe vragen: *'Er kwam bijvoorbeeld uit dat er niet genoeg aanbod is in de vrije tijd. Terwijl veel leerlingen lid zijn van een sportvereniging. Dus is er dan te weinig aanbod in de vrije tijd? Of is het niet gevarieerd genoeg? Dat soort vragen komt dan op. En ook als je naar buiten treedt met de resultaten, wordt dit soort vragen opgewekt.'*

Op sommige scholen werden de resultaten van GGD-vragenlijsten ook al besproken voordat het IJslandse leertraject van start ging. Met een aantal scholen werd ook bekeken welke vervolgacties uitgezet konden worden. Andere scholen gaven aan dat er voorheen weinig opvolging was op de resultaten van GGD-onderzoek, of dat er voornamelijk heel individueel per leerling werd ingezet op een vervolg. Het merendeel van de scholen heeft ervaren dat er door het IJslandse model meer uitwisseling was met de gemeente, GGD en andere partijen over de uitkomsten. De betrokkenen stelden gemeenschappelijke doelen, dachten samen na over vervolgacties, en het proces werd versneld en verstevigd. *'Het voelt meer als een samenwerking'*, gaf een geïnterviewde aan.

Rol van de school in de implementatie

De meeste scholen zagen zichzelf als *'een belangrijke speler in het bevorderen van het welbevinden van jongeren'*. Ze gaven aan dat ze op het thema van middelengebruik en/of welbevinden een verantwoordelijkheid hebben naar jongeren en de gemeenschap. Zij zagen hun taak breder dan alleen lesgeven, en gaven aan het belangrijk te vinden om mee te werken aan dit beleidsvormend leertraject. Daarbij vonden ze het belangrijk om op dit thema samen te werken met organisaties in het maatschappelijke veld.

De meerderheid van de scholen gaf aan dat de school een vindplaats kan zijn voor jongeren. Zo kan de school de dataverzameling faciliteren en ook aanvullende enquêtes over bijvoorbeeld de wensen van leerlingen over vrijetijdsbesteding. De school kan ook de plaats zijn waar vrijetijdsactiviteiten worden georganiseerd of gepromoot, bijvoorbeeld door jongerenwerkers.

Daarnaast kan de school een vindplaats zijn voor ouders. Zo gaf een aantal scholen de gemeente of de instelling voor verslavingszorg de ruimte om op een ouderavond aandacht te besteden aan middelengebruik.

De scholen gaven aan dat het bij de rol van de school hoort om korte lijnen binnen de zorgstructuur te waarborgen. Het gaat hierbij om het contact met de wijkagenten, de gemeente en andere hulpinstanties. Er was geen consensus over de rol van de school op het gebied van preventie en welzijn: de helft vond dat lesgeven prioriteit heeft. Ook vond ongeveer de helft dat de school een signalerende rol heeft. Iets minder dan de helft vond dat de school daarnaast ook een coachende, faciliterende en/of informatievoorzienende rol heeft.

De meeste scholen vonden dat de gemeente de trekker moest zijn van het traject met het IJslandse model. De scholen verschilden van mening over de mate waarin de gemeente het proces moet trekken. Op sommige plekken kwam de gemeente met ideeën en bekeek de school of het mogelijk was om deze op de school te organiseren. In een aantal gemeenten namen de scholen deel aan werkgroepen en dachten ze actief mee over het opstellen van activiteiten. Een enkele school nam zelf het voortouw in het opzetten van activiteiten. Een aantal scholen probeerde, soms op eigen initiatief, om het IJslandse model te borgen in hun beleid door vignetten van de *Gezonde School* te behalen. De scholen vonden het belangrijk dat niet alleen zij, maar de hele omgeving van de jongeren bij het traject betrokken werd.

Scholen werkten op verschillende manieren aan het voorkomen van middelengebruik bij leerlingen. Alle scholen zetten groepsinterventies in, waarvan de meeste uitbesteed werden aan een externe organisatie. Ook hebben de meeste scholen preventieve interventies opgenomen in hun curriculum. Daarnaast zetten de meeste scholen ook individuele interventies in. De helft van de scholen gaf aan dat ze interventies hebben ingezet en/of ontworpen aan de hand van de resultaten die uit de eerste ronde van de dataverzameling gekomen zijn.

Ook was er op de helft van de scholen een jongerenwerker aanwezig die zich bezighield met de preventie van middelengebruik en het verbeteren van het welzijn van jongeren. Scholen waren erg positief over deze samenwerking, ze vonden dat de jongerenwerkers veel initiatief toonden, activiteiten organiseerden die aansloten bij de behoeften van leerlingen en dat ze goede gesprekken met leerlingen voerden en middelengebruik signaleerden.

De rol van ouders

In de rapportage van de dataverzameling staan ook resultaten over de ouderbetrokkenheid. Deze laten zien dat ouders betrokken zijn bij het leven van hun kind. Alcoholgebruik van jongeren onder de 18 jaar wordt door ouders echter veelal geaccepteerd. Deze resultaten kunnen goed gebruikt worden om met de ouders in gesprek te gaan.

Een groot deel van de geïnterviewden gaf aan zich samen met de ouders verantwoordelijk te voelen voor de opvoeding van de jongeren. Soms speelde een coach daar ook een rol bij. Scholen vonden echter dat zij niet de verantwoordelijkheid hebben om ouders op te voeden. Een geïnterviewde: *'De school is niet verantwoordelijk voor het opvoeden van ouders, die kun je niet dwingen of een sanctie opleggen'*. Daarnaast is het nog wel een probleem om verschillende doelgroepen ouders te benaderen: dit gaf meer dan de helft van de scholen aan.

De rol van vrijetijdsbesteding

De scholen gaven aan meer aanbod te willen op het gebied van vrijetijdsbesteding. Alle scholen gaven aan behoefte te hebben aan sportactiviteiten na school. Ongeveer de helft van de geïnterviewden vertelde dat ze graag vrijetijdsbesteding zouden willen aanbieden, maar nog niet goed weten wat precies. Daarnaast gaf een deel van de scholen aan dat de activiteiten die door de gemeente georganiseerd werden in het kader van IJslands preventiemodel niet aansloten bij de doelgroep. Sommige scholen zijn nog zoekende naar een manier om verschillende doelgroepen te bereiken. Het gaat dan vaak om een bepaalde sfeer die bij activiteiten aanwezig is: *'Een veilige plek waar je even, ja "leuk kan zitten"'. Want thuis is het soms gewoon te druk of is er geen plek'*, aldus een geïnterviewde.

Belastbaarheid voor de school

Een aantal scholen gaf aan dat hun inspanningen in verhouding staan tot de opbrengsten van het werken met het IJslandse model. In het begin van het traject ging er veel tijd zitten in bijeenkomsten met de gemeente en andere partners, maar hier zien de scholen nu wel iets voor terug. Zo gaven ze bijvoorbeeld aan dat de samenwerking met de gemeente en andere partijen echt verbeterd is, dat de gemeente geïnvesteerd heeft in extra mensen en middelen, of dat er vanuit andere partijen meer begrip is voor mogelijkheden en knelpunten bij de school.

Een deel van de scholen gaf aan dat ze geen extra uren krijgen voor het uitvoeren van de taken voor het IJslandse model. Een geïnterviewde: *'De samenwerking vraagt wel veel van de school, door alle verschillende overleggen waar we aan deelnemen. Dit komt bovenop het normale werk, hier krijg ik geen uren voor beschikbaar. Ik doe het graag, maar daardoor is het wel kwetsbaar. Dit is de eerste taak die ik moet laten vallen bij drukte, omdat dit er bovenop komt. Dat kan een gevaar zijn voor de continuïteit'*. Doordat het IJslandse model geen structureel onderdeel van hun takenpakket is, is er een groot risico op verloop van contactpersonen bij de scholen. Daarnaast hadden ze hierdoor ook niet de ruimte om meerdere collega's binnen de school te betrekken. Een enkele school gaf aan een stagiair te willen aanstellen om op die manier extra ondersteuning te organiseren.

Ongeveer driekwart van de scholen gaf aan dat ze graag meer budget of uren zouden hebben voor activiteiten in het kader van het IJslandse model. Daarnaast constateerde een krappe meerderheid van de scholen dat er door een gebrekkige communicatie vanuit de gemeente op dat moment geen activiteiten plaatsvonden. Ook de langetermijnplanning vanuit de gemeente was voor de scholen niet altijd duidelijk.

Samenwerking met de gemeente en lokale partijen

De samenwerking tussen de scholen en de gemeente is sinds de start van het leertraject beter geworden, al gold dit niet voor alle scholen. Voor het leertraject bleken er geduld en een lange adem nodig te zijn. In veel gemeenten ging het proces van dataverzameling en het bespreken van de resultaten goed, maar duurde het daarna lang voor het ontwikkelen van activiteiten op gang kwam. Bureaucratie en de coronapandemie werden als oorzaken hiervoor genoemd. De meeste scholen gaven echter aan dat de gemeente op dit moment wel initiatief neemt. Een aantal scholen vond dat de gemeente een leiderschapsrol op zich nam, korte lijnen onderhield met school en/of hen van informatie voorzag.

Desondanks waren er verbeterpunten. Zo was het voor de geïnterviewden niet altijd duidelijk wie er verantwoordelijk was voor het traject. Iets minder dan de helft van de geïnterviewden zei behoefte te hebben aan een meer faciliterende gemeente en wilde meer informatie ontvangen. De communicatie tussen de school en de gemeente bleek een belangrijke factor te zijn voor de wijze waarop de scholen het proces ervaren hebben. Enkele scholen die aangaven dat het proces goed loopt, gaven ook aan dat de communicatie met de gemeente goed verloopt. Het is duidelijk wat de gezamenlijke doelen zijn en waar verantwoordelijkheden liggen. Er is structureel contact, vaak via een vaste contactpersoon bij de gemeente, die kan doorverwijzen naar andere personen binnen de gemeente. Ook worden betrokkenen bijvoorbeeld via een projectgroep, werkgroep of mailing door de gemeente op de hoogte gehouden.

Scholen die het proces als langzaam en stroperig ervaren hebben, gaven aan dat er weinig communicatie was met de gemeente. Deze scholen benoemden gebrekkige communicatie vanuit de gemeente als reden dat er op dat moment geen activiteiten op de scholen zijn. Er was weinig duidelijkheid over de stand van zaken. In sommige gevallen waren er wel bijeenkomsten, maar deze waren niet frequent. Zo vertelde een geïnterviewde: *'Kijk als de gemeente zegt: dit zijn onze plannen, of dit is ons tijdsplan, of dit zijn onze korte termijn doelen, dan helpt dat mij in mijn denken wat ik misschien nu al zou willen op school.'* Deze scholen werden niet meegenomen in het proces, maar zouden dit wel willen. Het lage tempo en de onduidelijkheid gaan ten koste van het draagvlak, gaf een van de scholen aan. Een aantal scholen noemde als oplossing een digitaal platform dat de betrokken partijen zouden kunnen gebruiken om elkaar op de hoogte te houden van ontwikkelingen.

Meerdere scholen gaven aan dat zij door het traject met het IJslandse model beter zijn gaan samenwerken met verschillende lokale partijen, zoals de gemeente, de GGD, jongerenwerk en instellingen voor verslavingszorg. Zo vertelde een geïnterviewde: *'Het is gemakkelijker om af te stemmen over deze thema's en het proces gaat gemakkelijker en sneller. Hierdoor leren we samen te werken. Door al het werk te bundelen bereik je meer dan wanneer iedereen in z'n eigen hokje blijft'*. Er is een gedeelde basisvisie, waardoor het voelt als een gezamenlijk traject en doel waar de partijen aan werken. Hierdoor was er ook een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel ontstaan. De verschillende partijen zagen in dat ze van elkaar afhankelijk waren om iets te bereiken. In enkele gevallen weten de organisaties elkaar door de verbeterde samenwerking ook op andere thema's al te vinden.

Andere scholen zagen het belang in van samenwerken op deze thema's, maar vonden dat deze samenwerking nog kan worden verbeterd. Meerdere scholen gaven aan dat de uitwisseling tussen de verschillende organisaties nog beperkt is. Zij zagen graag dat het contact intensiever zou worden en de samenwerking verder zou groeien. In sommige gevallen zijn er nog geen gezamenlijke doelen opgesteld, of zijn deze niet voor iedereen helder. Voor sommige scholen was het niet duidelijk welke organisaties er betrokken waren en wat ieders taak was. Ook noemde een aantal scholen dat bepaalde partners nog betrokken moesten worden.

In een aantal gemeenten is er een lokaal preventieakkoord of convenant getekend door alle betrokken partijen, waarin zij zich committeren aan gezamenlijke doelen op het gebied van preventie. Alle scholen die hiermee te maken hebben, gaven aan dat ze het belang van ondertekenen inzien. Een medewerker van een school merkte op dat dit akkoord eigenlijk voorafgaand aan het traject getekend had moeten worden.

Toekomstvisie van de scholen op het IJslandse preventiemodel

Een deel van de geïnterviewden had het idee dat er door het leertraject meer bewustwording is gecreëerd en/of dat er meer structuur is ontstaan en dat de partijen elkaar beter weten te vinden. Mede hierdoor vond de helft van de scholen dat het leertraject een vervolg zou moeten krijgen. Echter benoemde net zo'n grote groep dat het leertraject ook een tijdrovend proces is.

Daarnaast speelde de coronapandemie een rol in het verloop van het traject. Meer dan de helft van de scholen gaf aan dat de pandemie belemmerend werkte voor het maken en uitvoeren van de plannen. Ongeveer een kwart van de scholen gaf aan meer hulp te willen op het gebied van mentaal welzijn van leerlingen: *'Op mentaal gebied zullen we nu echt wel wat meer werk krijgen. Ik denk dat het nog lang niet helder is wat die lockdowns hebben gedaan met onze leerlingen.'*

Verder zouden sommige scholen graag meer trainingen voor docenten zien op het gebied van het herkennen en bespreekbaar maken van middelengebruik onder leerlingen. Daarnaast zou een kwart van de scholen de preventieactiviteiten graag eerder dan het vierde leerjaar willen inzetten, omdat ze merken dat leerlingen al op jongere leeftijd met middelengebruik bezig zijn.

3.3 Vergelijking IJslandse en Nederlandse jeugdgezondheidsmonitors

Tijdens dit onderzoek stond deelonderzoeksvraag 3 centraal: *In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de reeds bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor?*

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van het gedeelte van het onderzoek dat gericht is op de inhoud van de vragenlijst van de IJslandse monitor (paragraaf 3.3.1, 'Instrumentvergelijking') en de eerste analyse van de verkregen data uit de eerste meetronde (paragraaf 3.3.2, 'Analyse van beschikbare data'). De contextuele kenmerken van de IJslandse monitor, zoals de frequente afname en snelle terugkoppeling, zijn in dit deelonderzoek niet meegenomen.

3.3.1 Instrumentvergelijking: eerste vragenlijst en GGD GHOR-basisvragenlijst

In het kort: de IJslandse monitor

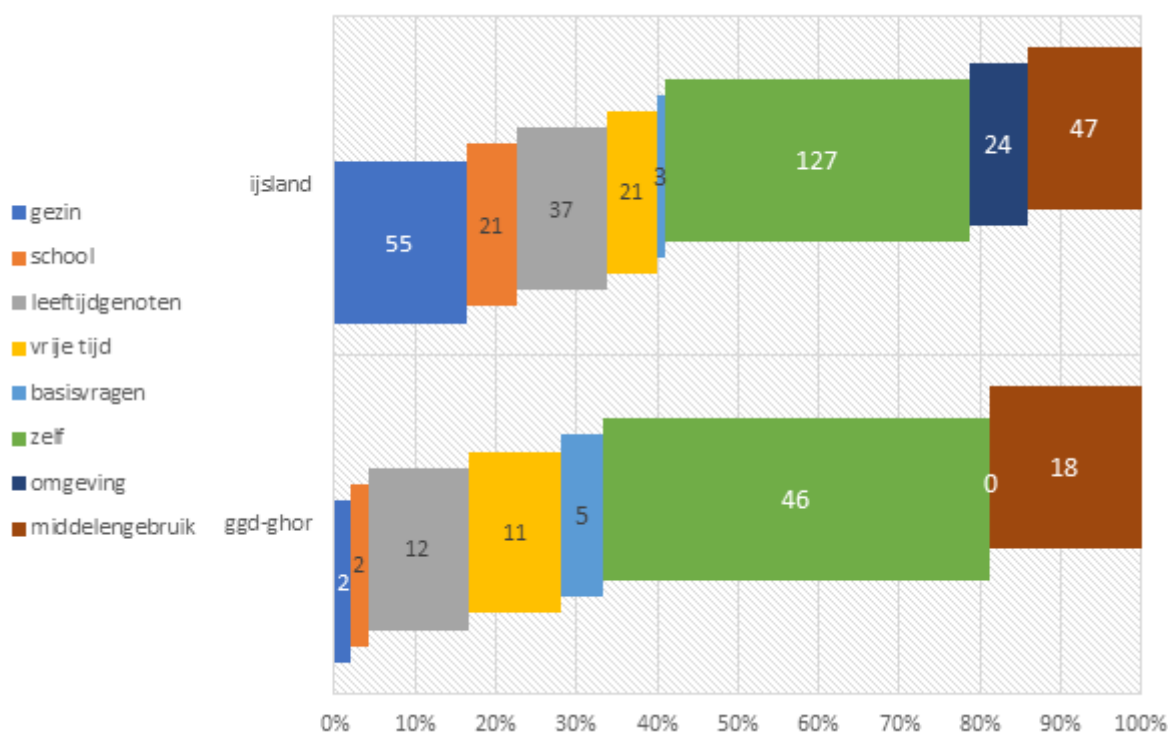
- De IJslandse vragenlijst is aanmerkelijk langer dan de GGD GHOR-basisvragenlijst.
- De IJslandse vragenlijst heeft vaak meer vragen nodig voor dezelfde onderwerpen, en bestrijkt meer onderwerpen.
- De relatieve benutting van de GGD GHOR-basisvragenlijst is groter dan die van de IJslandse vragenlijst.
- Om aan te sluiten bij de IJslandse methode, kan de GGD GHOR-basis- vragenlijst aangevuld worden met vragen over gezin, school en omgeving.

Inhoudelijke vergelijking

Om de IJslandse en de GGD GHOR-vragenlijst met elkaar te kunnen vergelijken, hebben we elk item uit de vragenlijsten geassocieerd met hoofdtermen. In bijlage 2 geven we de resultaten van de globale vergelijking weer; het gaat hier dus om onderwerpen die in de vragenlijsten behandeld worden. Bijlage 2 is gebaseerd op de gegevens uit bijlage 3, waarin elk item toegeschreven is aan de betreffende onderwerpcategorie.

Figuur 5 geeft een grafische samenvatting van bijlage 2, met daaraan toegevoegd het aantal items dat binnen elke onderwerpcategorie gebruikt wordt in beide vragenlijsten. De IJslandse vragenlijst omvat meer dan driemaal zoveel items als de hier gebruikte lijst van GGD GHOR: 338 versus 104. De meeste items bij GGD GHOR worden besteed aan onderwerpen die te maken hebben met gedrag en gezondheid van de jongere zelf, gevolgd door vragen die te maken hebben met school en middelengebruik. Ook in de IJslandse lijst gaan de meeste vragen over gedrag en gezondheid (zij het procentueel minder), maar zijn vragen over gezin en ouders de meest voorkomende categorie daarna. Niet verwonderlijk is dat de IJslandse lijst voor elke onderwerpcategorie meer vragen gebruikt dan de GGD GHOR-lijst. Vragen over de omgeving (waardering van de wijk, verhuizing, betrokkenheid burens, het veiligheidsgevoel en de plek waar alcohol gebruikt wordt) zijn in het geheel niet opgenomen in de GGD GHOR-vragenlijst.

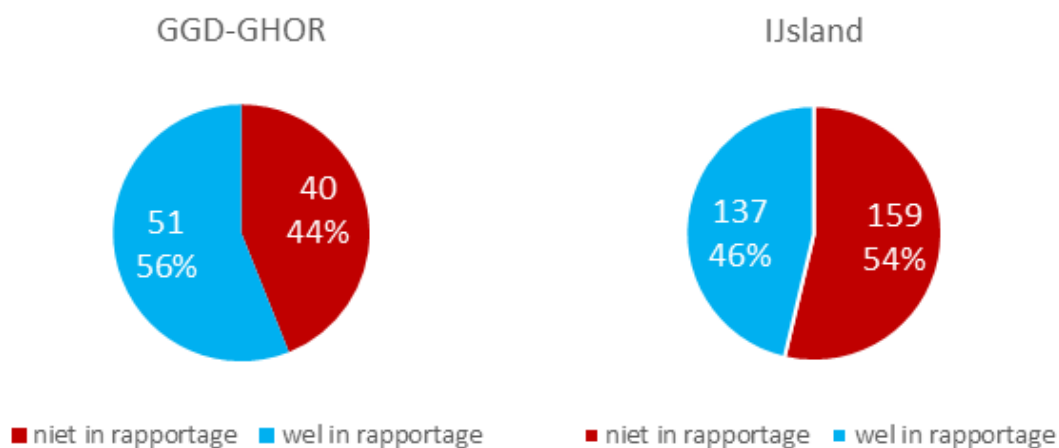
Figuur 5. Globale onderwerpvergelijking IJslandse vragenlijst en GGD GHOR-vragenlijst



Benutting in rapportages

In figuur 6 zien we de mate waarin de door de scholieren gegeven antwoorden benut zijn. Daarbij moet bedacht worden dat het hierbij ook om antwoorden op vragen gaat die überhaupt niet bedoeld zijn om in een rapportage te worden verwerkt, maar alleen een administratieve functie hebben. Denk daarbij aan vragen over de inkomensituatie van het gezin, het geslacht van de respondent, de invulmanier (digitaal of papier) of de leeftijd van de respondent.

Figuur 6. Aantal en percentage items dat in eerste rapportage terechtkwam



De GGD GHOR-vragenlijst kende weliswaar minder items en onderwerpen, maar een groter percentage daarvan kwam terecht in de bestudeerde rapportages. Bij de IJslandse vragenlijst kwam een minderheid van de gestelde vragen terecht in een lokale rapportage.

3.3.2 Analyse van beschikbare data: lengte en redundantie

In het kort: analyse van beschikbare data

- Het percentage missende waarden neemt toe naarmate de vraag verder in de vragenlijst geplaatst is.
- De redundanties in de vragenlijst zijn logisch.

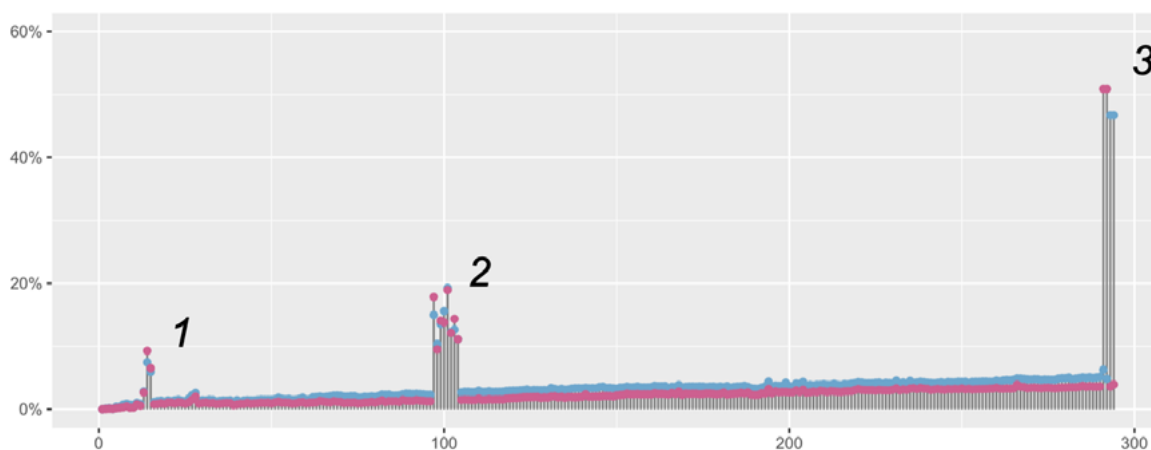
We doen hier geen verslag van de lokale resultaten van de monitor; het is aan de lokale partijen om deze te benutten. Daarbij moet bedacht worden dat de data vanuit deze zes bijzondere regio's weinig generaliseerbare informatie over landelijke prevalenties kunnen opleveren. In deze paragraaf kijken we als het ware met een helicopterview naar de data, in het bijzonder naar de missende waarden, redundanties, en veronderstelde samenhangen.

Missende waarden en redundantie

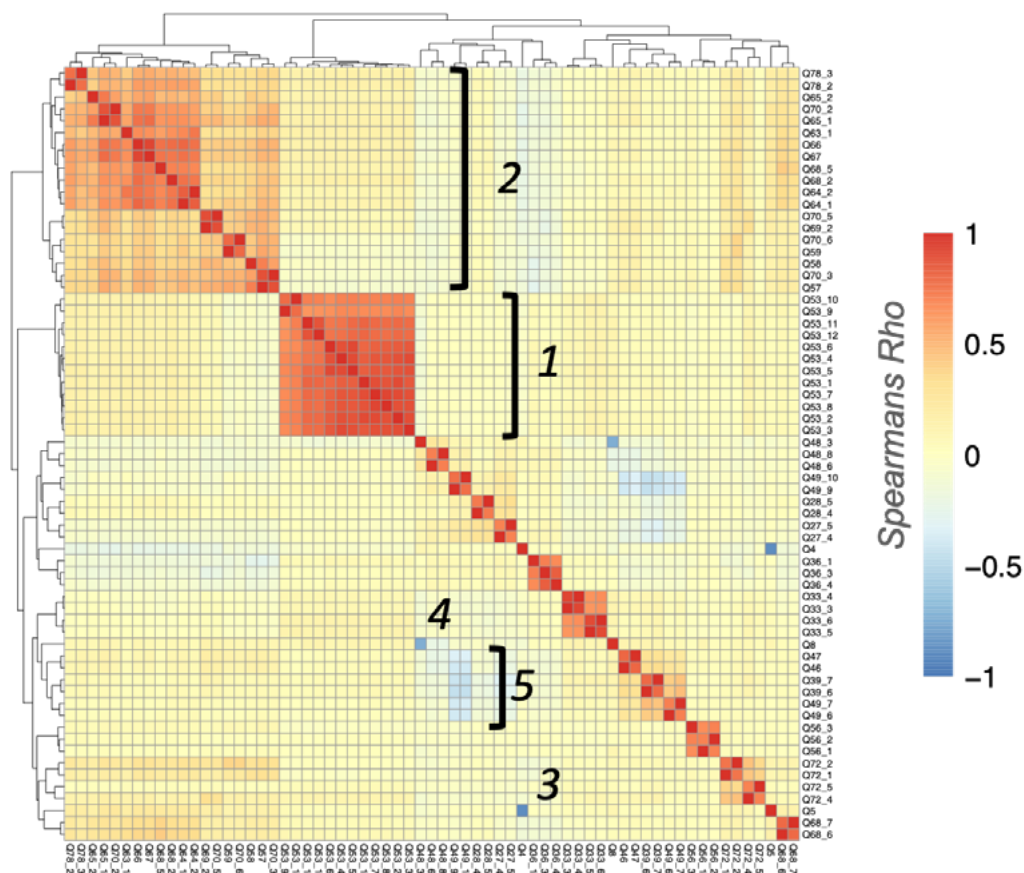
In figuur 7 wordt het percentage missende waarden uitgezet per vraag, waarbij we drie pieken zien. Bij piek 1 gaat het met name over vragen over absentie van school; bij 2 gaan de vragen over het volgen en breken van regels; en bij 3 over de ervaren aantrekkelijkheid ten opzichte van het andere geslacht. Deze vragen bevatten logischerwijs een hoog percentage missende

waarden, omdat ze alleen aan jongens dan wel aan meisjes zijn gesteld. In het algemeen valt breder op dat het percentage missende waarden bij jongens hoger ligt dan bij meisjes. We zien verder dat het percentage missende waarden toeneemt naarmate de vraag verder in de vragenlijst is opgenomen, en dat de waarde aan het eind van de vragenlijst (met uitzondering van de logische piek 3) rond de 6 procent is.

Figuur 7. Percentage missende waarden (Y-as) bij elke vraag in de IJlandse vragenlijst (X-as)



Figuur 8. Redundanties in de IJlandse dataset



Om redundancies in beeld te krijgen, hebben we de mate van samenhang tussen alle items gevisualiseerd (zie figuur 8). In deze figuur staan de vragen in de volgorde van de vragenlijsten zowel van links naar rechts als van boven naar beneden geordend. De mate van samenhang wordt weergegeven door de kleur. De figuur bevat alleen de vragen die sterk samenhangen met ten minste één andere vraag (absolute Spearman's Rho > 0.7). De gevonden samenhangen blijken in de lijn der verwachting te liggen: er is een grote mate van samenhang tussen alle vragen over religiositeit (in figuur 8 aangegeven met 1). Een grotere (zij het minder sterk) samenhangende set vragen beslaat vragen over de leeftijd waarop voor het eerst verschillende middelen (tabak, alcohol, drugs) zijn gebruikt (2). Verder blijkt dat vragen die onderling negatief samenhangen gaan over de leeftijd en het geboortjaar (3); de woonsituatie en het hebben meegemaakt van een ouderlijke echtscheiding (4); en het ervaren levensgeluk en het hebben van gevoelens van onbehagen (5).

3.3.3 Bouwstenen voor een IJslandmodule voor de GGD

In het kort: Naar een IJslandmodule voor de GGD

- Zo'n 20 procent van de dia's uit de tweede rapportage is geheel reproduceerbaar door gebruik te maken van bestaande GGD-vragen
- 27 procent is geheel niet reproduceerbaar vanwege ontbrekende vragen. Vooral items over school en gemeenschap ontbreken.
- De GGD GHOR-basisvragenlijst is goed uit te breiden met items uit de IJslandse vragenlijst om een vergelijkbare rapportage te bereiken. Dat kan binnen de bestaande flexibele ruimte.

Na de eerste ronde van de monitor werd al duidelijk dat de gemeenten er de voorkeur aan gaven om de vragenlijst van de IJslandse onderzoekers te integreren in de jeugdgezondheidsmonitor van de GGD. De regionale GGD'en voeren vierjaarlijks de jeugdmonitor uit voor de gemeenten in hun regio. De vraagstellingen in de vragenlijsten zijn deels hetzelfde: ongeveer de helft van de vragen behoort tot de GGD GHOR-basisvragenlijst die we in voorgaande paragrafen vergeleken. De rest kan bepaald worden door de regionale GGD en daarmee worden afgestemd op de lokale behoefte.

In deze paragraaf bekijken we of, en zo ja hoe, het flexibele gedeelte van de regionale GGD-vragenlijst benut zou kunnen worden voor de informatiebehoefte in het IJslandse preventiemodel. Daarvoor hebben we eerst gekeken hoe vergelijkbaar de items van de verschillende versies zijn (de instrumentvergelijking). Om een verdere afweging te kunnen maken, bekeken we vervolgens welke items samenhangen met drie door de IJslanders gehanteerde uitkomsten voor middelengebruik.

Instrumentvergelijking: tweede rapportage en regionale GGD-vragenlijsten

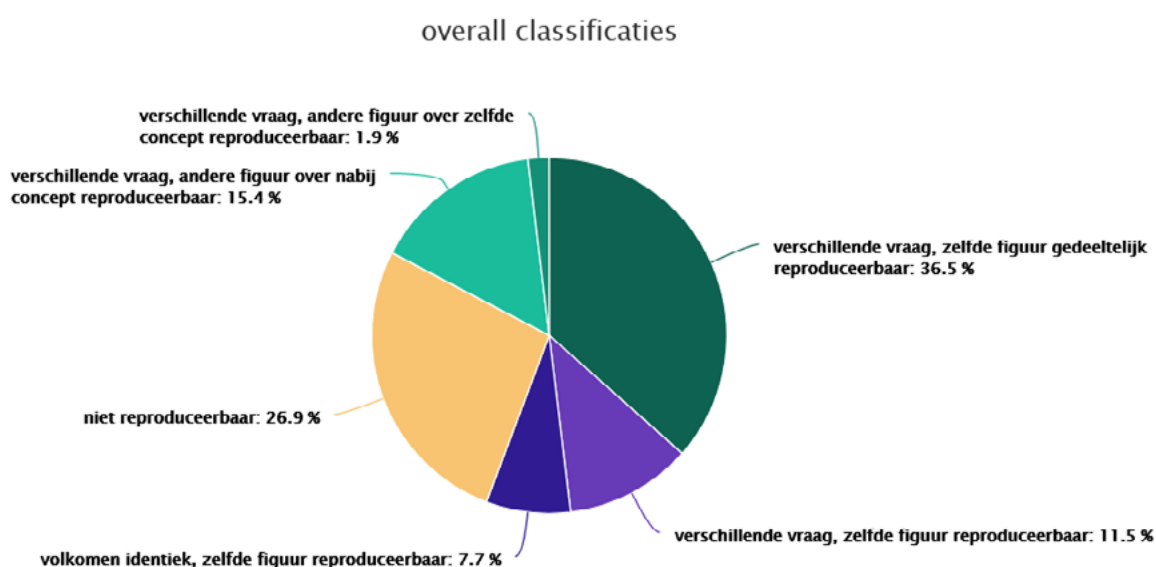
De tweede rapportage door de IJslandse onderzoekers bestond uit een powerpoint met zo'n 80 dia's, waarvan 11 algemeen inleidende dia's, 9 dia's over specifieke inhoud met betrekking tot COVID-19, en 8 titeldia's. De overige 52 dia's behandelden de onderwerpen uit de (niet-COVID-19-gerelateerde gedeelten van de) vragenlijst. Deze dia's werden ingedeeld in een

van de volgende categorieën:

- A. Volkomen identiek, zelfde figuur reproduceerbaar
- B. Verschillende vraag, zelfde figuur reproduceerbaar
- C. Verschillende vraag, zelfde figuur gedeeltelijk reproduceerbaar
- D. Verschillende vraag, andere figuur over zelfde concept reproduceerbaar
- E. Verschillende vraag, andere figuur over nabij concept reproduceerbaar
- F. Niet reproduceerbaar

Classificaties van dekking

Figuur 9. Classificaties van de dekking van de IJslandse vragenlijst met de GGD GHOR-vragenlijst

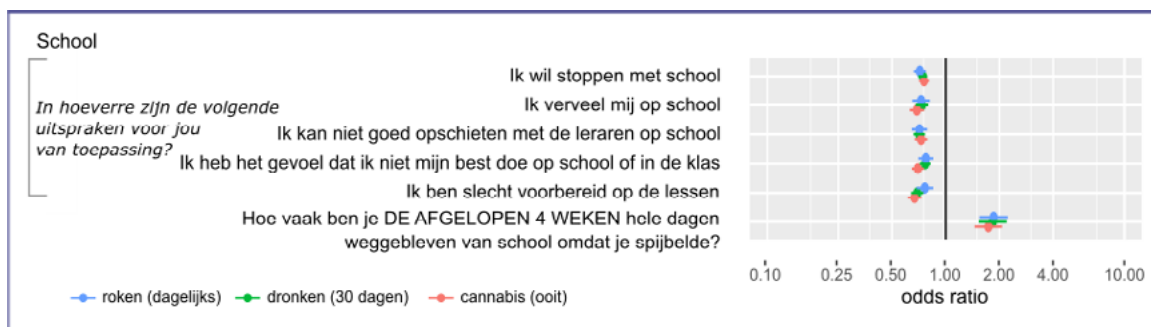
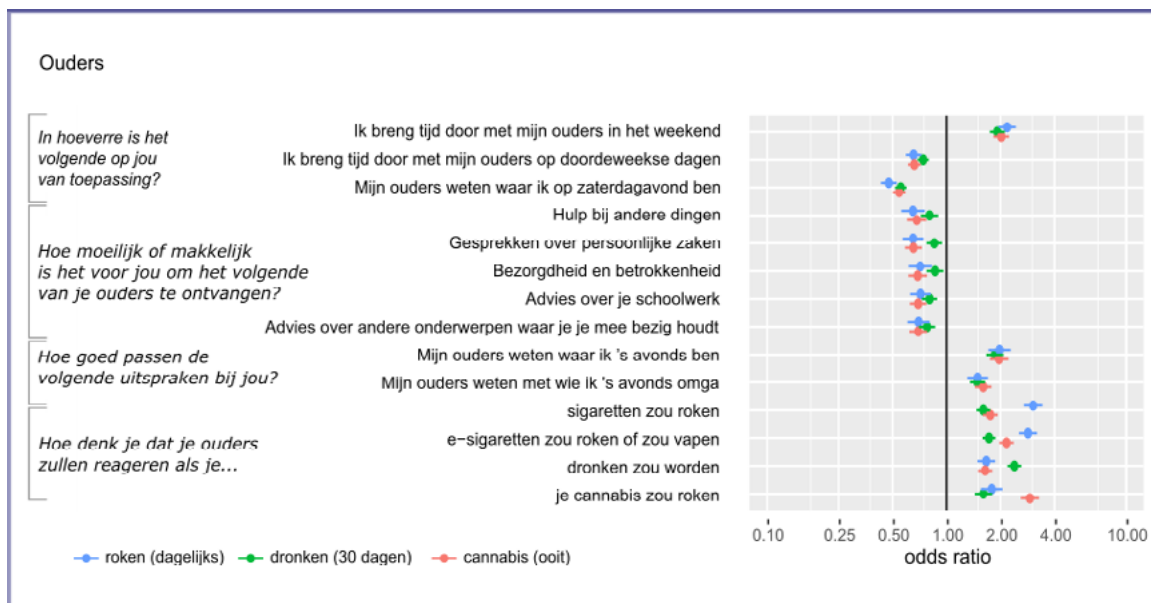
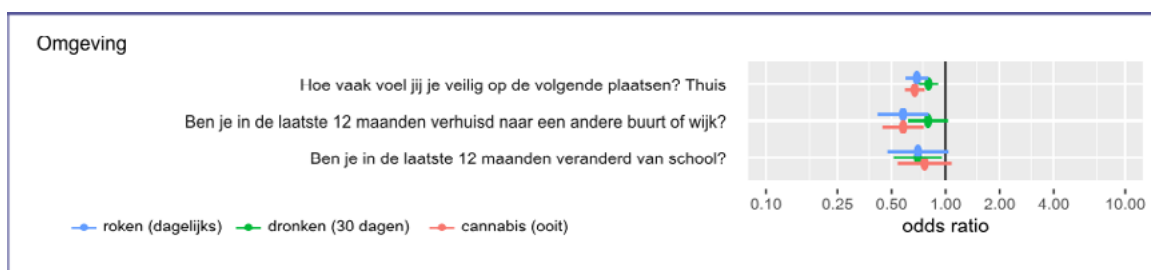
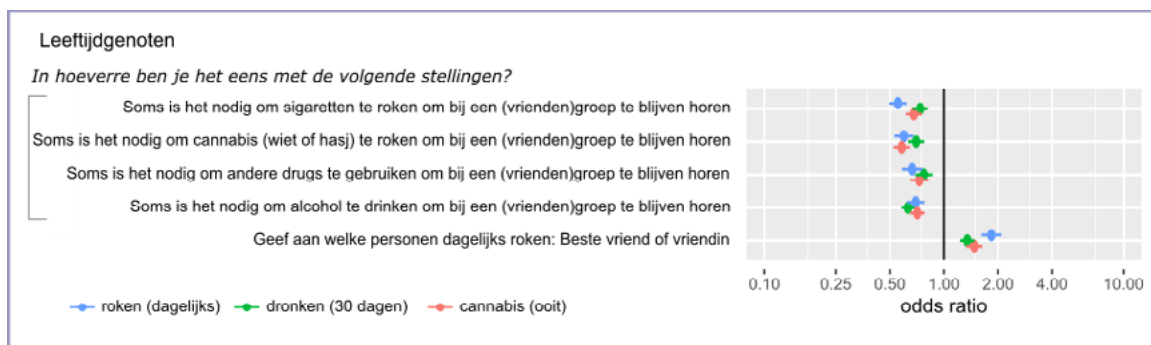


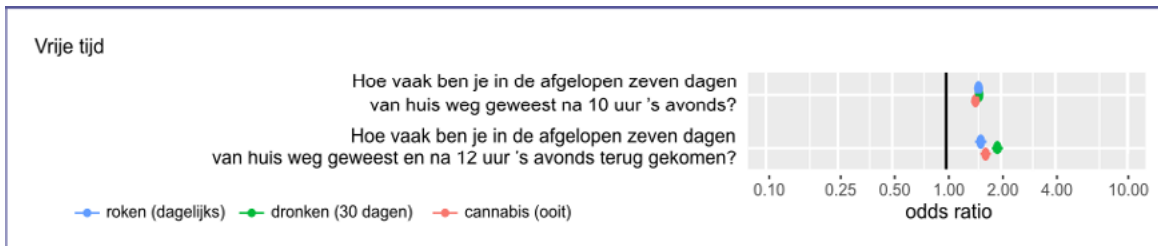
Uit de vergelijking bleek dat de inhoud van de meeste dia's goed te reproduceren is wanneer gebruikgemaakt wordt van de reeds afgenomen items uit de lokale GGD-vragenlijst (zie figuur 9). Slechts 27 procent van de dia's bleek op geen enkele wijze reproduceerbaar. Dit kwam vooral door het ontbreken van vragen over school en omgeving (community). De hogere dekking bij vragen over ouders bleek te verklaren door het feit dat GGD Fryslân vragen over ondersteuning door ouders reeds overgenomen had uit de IJslandse vragenlijst. Deze vragen waren in geen enkele andere regionale GGD-vragenlijst opgenomen.

Samenhang van items met drie belangrijkste uitkomstvariabelen

De IJslandse onderzoekers hanteren in hun tweede rapportage drie uitkomsten waarmee verschillende andere kenmerken tezamen worden weergegeven. Dit zijn: dagelijks roken, dronkenschap gedurende de laatste maand en *life time* cannabisgebruik. Om het aantal items verder te kunnen reduceren, keken we naar de samenhang van deze afhankelijke variabelen met de antwoorden op vragen over leeftijdgenoten, ouders, omgeving, vrijetijdsbesteding en school. In figuur 10 geven we, gegroepeerd naar onderwerp, de dertig (deel)items weer met de hoogste voorspellende waarden met betrekking tot deze drie uitkomstvariabelen.

Figuur 10. Dertig meest samenhangende (sub)items uit de IJslandse vragenlijst met de uitkomsten dagelijks roken, dronkenschap in afgelopen 30 dagen en ooit cannabisgebruik. Weergegeven als odds ratio, naar thema.





Naarmate de gekleurde bolletjes verder van de verticale lijn af staan (die de waarde 0 weergeeft), is de samenhang tussen de vraag en de uitkomst groter. Of ze links (de kans op de uitkomstvariabele wordt lager bij oplopende waarden op de vraag) of rechts (de kans neemt toe met oplopende waarden op de vraag) staan, hangt af van de richting van de antwoordcategorieën bij de vraag. De samenhangen blijken op de theoretisch te verwachten plek te staan: zo wordt bijvoorbeeld de kans dat een jongere gaat roken sterk verhoogd wanneer zijn of haar vrienden ook dagelijks roken. Hierboven staan de dertig meest samenhangende items, zie bijlage 3 voor een volledig overzicht.

Samenstelling bouwstenen voor een IJslandmodule

Bijlage 4 geeft de items weer die voor de IJslandmodule gebruikt kunnen worden. In totaal gaat het in dit flexibele gedeelte om 28 items. Met deze items is het mogelijk om alle figuren uit de rapportage 100 procent te reproduceren. Voor een minder uitvoerige variant, waarmee alle onderwerpen behandeld kunnen worden (maar dan niet alle onderwerpen op exact dezelfde manier) zijn de items blauw gearceerd; deze bestaat uit 9 items (categorie F).

Om dit in perspectief te plaatsen: in de regionale vragenlijst van GGD Twente zijn momenteel 58 van de 103 items opgenomen in het flexibele deel van de vragenlijst. Opname van de IJslandmodule zou bij gelijkblijvende lengte van de vragenlijst nog plaats geven aan 30 van deze 58 items. Daarbij zal overigens ook het verschil in invulvolume (het aantal reacties dat van de jongere gevraagd wordt per vraag) moeten worden meegewogen.

Een minimalere variant zou kunnen bestaan uit alleen een selectie van items die aanzienlijk samenhangen met vragen over middelengebruik (top 30). Ook dit is aangegeven in bijlage 4.

4 Conclusie

In dit onderzoek hebben we de implementatie van het IJslandse preventiemodel in de zes Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het beleidsvormend leertraject onder de loep genomen. De ambitie van dit onderzoek was niet om effecten van deze aanpak vast te stellen. De uiteindelijk beoogde effecten van het programma, namelijk gezondheidsverbetering en vermindering van middelengebruik, zijn op deze korte termijn niet te bepalen; in IJsland duurde het jaren voordat er effect zichtbaar was. Wat wel bepaald kan worden, is in hoeverre de methode uitvoerbaar is in Nederland en in hoeverre de werkwijze toegevoegde waarde heeft voor bestaande werkwijzen van gemeenten om middelengebruik onder jongeren te voorkomen en welbevinden te verbeteren.

De hoofdonderzoeksvraag luidt: *In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?*

Om de hoofdvraag te beantwoorden, hebben we drie onderzoeken uitgevoerd. Allereerst hebben we interviews afgenomen bij (landelijke) organisaties om na te gaan welke kansen en uitdagingen het IJslandse model biedt voor de Nederlandse situatie. Daarnaast hebben we het leertraject zowel tussentijds als tegen het einde van het traject geëvalueerd met de deelnemende gemeenten en een aantal deelnemende scholen. Ten slotte hebben we een nadere verkenning van de IJslandse monitor uitgevoerd in vergelijking tot de Nederlandse GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor. In dit concluderende hoofdstuk geven we de antwoorden op de onderzoeksvragen per deelonderzoek weer, en sluiten we af met de beantwoording van de hoofdonderzoeksvraag.

4.1 Kansen en uitdagingen

Deelonderzoeksvraag 1: Welke kansen en uitdagingen zien (landelijke) organisaties bij de implementatie van het IJslandse model in Nederland?

Over het algemeen zijn de zeventien geïnterviewde medewerkers van (landelijke) organisaties – zoals GGD GHOR, RIVM, VNG, VO-raad, JOGG, et cetera – zeer geïnteresseerd in het IJslandse model. De visie en de kernelementen van dit model spreken aan en bieden volgens de geïnterviewden aanknopingspunten voor verbetering van de bestaande werkwijzen in Nederland. Zo spreekt het aan dat het IJslandse preventiemodel een integrale aanpak is, waarbij de hele community actief wordt betrokken. *Community building* is volgens de geïnterviewden kansrijk in Nederland, al vraagt het realiseren ervan veel investering in tijd. Met name het actief betrekken van ouders en scholen wordt van belang geacht, al wordt daarbij de kanttekening geplaatst dat het in Nederland tot op heden lastig is gebleken om deze doelgroepen bij preventiebeleid te betrekken.

Verder wordt de IJslandse manier van monitoren (regelmatig en uitgebreid meten, snelle terugkoppeling van de resultaten en de monitor als onderdeel van het lokale beleidsproces) gezien als een belangrijk en interessant onderdeel van de aanpak. Idealiter zien de landelijke organisaties dat de goede en haalbare punten van de IJslandse monitor worden geïntegreerd in de bestaande Nederlandse monitoringssystemen.

Ten slotte zien de landelijke organisaties kansen voor Nederland om zinvolle vrijetijdsbesteding beter uit te werken. Het is volgens hen duidelijk een belangrijke factor in het gezond en veilige opgroeien van kinderen. De professionele begeleiding, die als randvoorwaarde wordt gesteld in het IJslandse model, is echter kostbaar en vormt daarmee een uitdaging voor Nederland.

4.2 Implementatie IJslands preventiemodel door gemeenten

Deelonderzoeksvraag 2a: In hoeverre kunnen de Nederlandse gemeenten die deelnemen aan het leertraject het IJslandse model implementeren, en in hoeverre vinden zij het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen in hun gemeente?

We kunnen concluderen dat het IJslandse preventiemodel goed implementeerbaar is in Nederlandse gemeenten. Alle deelnemende gemeenten hebben succesvol draagvlak gecreëerd en financiële middelen vrijgemaakt om aan het leertraject mee te doen. Het is gemeenten gelukt samenwerking met lokale partijen op te zoeken en te verbeteren om zo samen de werkwijze te implementeren. Ook hebben alle gemeenten, vaak in samenwerking met onderzoekers van de GGD, de IJslandse monitor twee keer uitgevoerd en zijn resultaten met lokale partners besproken. Op basis van de resultaten hebben de gemeenten en hun partners beleid gevormd en activiteiten uitgevoerd op het gebied van ouderbetrokkenheid, vrijetijdsbesteding, school en welbevinden. De ondersteuning van het traject door het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut werd gewaardeerd. De gemeenten zien een blijvende rol voor deze instituten om de verbindende schakel te blijven in het land, de boodschap te blijven uitdragen en te zorgen voor de landelijke agenda setting.

Het is niet alleen mogelijk gebleken om de IJslandse werkwijze naar de Nederlandse context te vertalen, de implementatie is ook van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen in gemeenten. Een onmiskenbaar resultaat van de, voor gemeenten, nieuwe werkwijze dat door alle deelnemers genoemd werd, is de verbeterde en vernieuwde samenwerking tussen lokale partijen die betrokken zijn bij jeugdigen. Deze vorm van *community building* vraagt echter veel tijdsinvestering. Ook het werken met de IJslandse manier van monitoring wordt als meerwaarde gezien. De gemeenten willen in de toekomst de positieve elementen van de IJslandse monitor graag integreren in de GGD-jeugdgezondheidsmonitor.

De betrokkenen zijn enthousiast en gaan door met de implementatie van het IJslandse model. Ook raden de deelnemende gemeenten andere gemeenten aan om met deze werkwijze aan de slag te gaan.

De onderbouwing voor bovenstaande conclusies is te vinden in de alinea's hieronder.

Besluitvorming

De belangrijkste redenen voor gemeenten om deel te nemen aan het leertraject met het IJslandse model waren: integrale aanpak, positieve benadering, langetermijnvisie op gezondheidsbeleid en datagestuurde werken. Om deel te kunnen nemen, was financiering en draagvlak bij wethouders, gemeenteraad, ambtenaren en scholen nodig. Ondanks de korte periode voor aanmelding zijn gemeenten erin geslaagd dit te realiseren. Bevorderende factoren waren: aansluiting van het IJslandse model bij de lokale politieke speerpunten; enthousiasme van belangrijke partners; en aandacht voor het IJslandse model in de media en op een congres.

Opstart

Een belangrijke randvoorwaarde voor het implementeren van het IJslandse model is dat de gemeenten zich kunnen verdiepen in de inhoud van het model. Voor dit leertraject vond de verdiepingsslag plaats tijdens de studiereis naar IJsland.

Het betrekken van scholen is in alle gemeenten (grotendeels) gelukt. Niet alle scholen waren direct enthousiast, omdat ze bijvoorbeeld zelf bezig waren met preventiebeleid, of bang waren dat er te veel verantwoordelijkheid bij hen zou komen te liggen. Uiteindelijk heeft het merendeel van de scholen hun medewerking en betrokkenheid toegezegd.

De mate waarin de GGD gedurende het traject betrokken is geweest, verschilt per gemeente. Sommige GGD'en zijn proactief en vanaf het begin betrokken bij het proces. Andere GGD'en hadden hier in eerste instantie niet de capaciteit voor, maar haakten uiteindelijk toch aan.

In alle gemeenten zijn diverse lokale en regionale organisaties betrokken bij de uitwerking van het IJslandse model in hun gemeente. De gezamenlijke startbijeenkomst heeft bijgedragen aan het enthousiasme voor het model en bood partners de gelegenheid om (kritisch) mee te denken. Een les achteraf is om de belangrijkste partners ook al te betrekken in de besluitvormingsfase.

Monitoring

De deelnemende gemeenten hebben de vragenlijst van het IJslandse model twee keer uitgezet onder vierdeklassers van het voortgezet onderwijs. De uitvoering verliep niet altijd soepel. Zo was de vragenlijst erg lang, waren de vragen ingewikkeld voor sommige groepen leerlingen, en waren de mogelijkheden om de lijst naar wens aan te passen beperkt. Ook leidde de monitor tot spanningen tussen gemeenten en GGD'en, doordat de GGD de monitor normaal gesproken uitvoert. Toch zijn de gemeenten zeer enthousiast over de monitor, in het bijzonder over: a) de snelle terugkoppeling van resultaten; b) de informatie in het rapport over risico- en beschermende factoren voor middelengebruik door jongeren; c) de mogelijkheid om aan de hand van actuele data over middelengebruik en onderliggende factoren in gesprek te gaan met lokale partners. Deze elementen van de IJslandse monitor integreren de gemeenten in de toekomst graag in de GGD-jeugdgezondheidsmonitor.

Terugkoppeling en dialoog

De zes deelnemende gemeenten gingen aan de hand van de resultaten van de monitor in gesprek met lokale partners om de belangrijkste onderwerpen te selecteren en doelstellingen te formuleren. De resultaten van de monitor vormden de basis voor een breed gedragen prioritering in het gemeentelijke preventiebeleid. Een belangrijke randvoorwaarde voor dit

draagvlak is volgens de gemeenten het beschikken over actuele data en het bespreken hiervan tijdens een of meer bijeenkomsten met lokale partners.

Beleidsvorming

Na het vaststellen van de prioriteiten hebben de gemeenten hun samenwerkingspartners betrokken bij de beleidsvorming en de selectie van preventieactiviteiten. De gemeenten namen hierin een regievoerende en faciliterende rol. Het kostte veel tijd om de samenwerking met lokale partners te realiseren, met als resultaat een sterk verbeterde samenwerking. De gemeenten vormden project- of werkgroepen om samen met lokale partners na te denken over het beleid en de interventies die op basis van de prioritering moesten worden ingezet.

Uitvoering

Op basis van de monitorresultaten hebben de gemeenten samen met hun partners beleid ontwikkeld en interventies geselecteerd. Vervolgens zijn zij samen aan de slag gegaan met de uitvoering. Gemeenten en hun partners hebben activiteiten opgezet op het gebied van ouderbetrokkenheid, vrijetijdsbesteding en welbevinden. In de gemeenten werden diverse activiteiten georganiseerd om ouders te betrekken, zoals ouderavonden, opvoedcursussen of communicatie in de vorm van nieuwsbrieven of brochures. Middels deze activiteiten zijn al vele ouders bereikt, maar toch blijkt het lastig om een grote groep ouders voor de lange termijn te bereiken en betrekken. In alle gemeenten is een divers aanbod vrijetijdsactiviteiten opgezet. Dit zijn bijvoorbeeld sport-, muziek- en cultuuractiviteiten, die vaak gratis toegankelijk zijn. Over het algemeen worden de activiteiten goed bezocht en wordt er positief op gereageerd door jongeren en hun ouders. Verder wordt er in diverse gemeenten aandacht besteed aan welbevinden, met name via activiteiten op school. Deze activiteiten zijn echter nog minder goed ingebed dan de vrijetijdsactiviteiten.

Samenwerking partners

De gemeenten ervaren dat het IJslandse model een boost geeft aan de samenwerking. Gemeenten en lokale partners zijn dicht bij elkaar gekomen en weten elkaar makkelijker te vinden. Met name het contact met de school is over het algemeen intensiever ten opzichte van de periode voordat er met het model werd gewerkt. Ook is er contact ontstaan tussen partners die eerder weinig met elkaar te maken hadden. Hoewel gemeenten over het algemeen positief zijn over de samenwerking met partners, ervaren zij wel dat het veel tijd en energie kost om partijen mee te krijgen in de aanpak.

Invloed coronacrisis

Vlak na de start van de implementatie van interventies en beleid kregen we te maken met de coronapandemie. Deze heeft zowel negatieve als ook enkele positieve effecten op het leertraject gehad. Door de maatregelen moesten veel activiteiten die op de planning stonden worden geannuleerd, en bleek het lastiger om lokale partners aangehaakt en enthousiast te houden. Wel zorgde de extra gelden die vanuit de overheid vrijkwamen voor extra mogelijkheden om activiteiten op te zetten, en konden bepaalde groepen die lastig samen te brengen waren online gemakkelijker samenkomen.

Ondersteuning Trimbos-instituut, Nederlands Jeugdinstituut, ICSRA

De gemeenten zijn positief over de ondersteuning door het Trimbos-instituut en het Nederlands

Jeugdinstituut. Ze maken dankbaar gebruik van de kennis die beide instituten hebben en vinden de medewerkers toegankelijk en vakkundig. Voor het implementatietraject adviseren de gemeenten de instituten om de nieuwe gemeenten actiever en consequent te benaderen en om een grotere rol te spelen in advisering over interventies. De deelnemende gemeenten blijven graag gebruikmaken van de ondersteuning en hopen dat het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut zich blijven inzetten voor de landelijke agenda setting van het IJlandse preventiemodel.

De ervaring met het IJlandse ICSRA is gedurende het leertraject veranderd. Waar de gemeenten in de tussenevaluatie overwegend positief waren, met name met betrekking tot de inspirerende rol die de IJlanders hebben, spraken de gemeenten in de eindevaluatie minder positief over de samenwerking met IJland. De ondersteuning vanuit IJland die een aantal gemeenten in de eerste helft wel heeft ervaren, was vanaf de tweede helft van het leertraject niet meer aanwezig. De gemeenten hebben geen behoefte meer aan praktische ondersteuning door de IJlanders, zoals bij de monitoring. De gemeenten zien graag dat de GGD dit overneemt, waarbij het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut deze overgang ondersteunen.

Toekomst

Alle gemeenten gaan door met de implementatie van het IJlandse preventiemodel en hebben de werkwijze in het beleid geborgd of zijn voornemens dit te organiseren. De focus wordt verbreed van middelengebruik naar welbevinden in het algemeen, en gemeenten die nu slechts gericht zijn op een deel van hun gemeente, hebben het voornemen de gebieden te gaan uitbreiden. Alle gemeenten zijn goed op weg, maar hopen nog een aantal verbeterlagen door te voeren.

Deelonderzoeksvraag 2b: Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren scholen bij de implementatie van het IJlandse model in hun gemeente?

De meeste scholen zijn enthousiast over de implementatie van het IJlandse model. Ze willen werken aan het voorkomen van middelengebruik en willen een positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling van jongeren. Meerdere bevorderende factoren zorgen ervoor dat implementatie goed verloopt. Zo spreekt het integrale karakter van de IJlandse werkwijze de scholen aan. Ze ondersteunen de visie achter het model, waarbij gekeken wordt naar diverse domeinen in de omgeving van de jongeren. De verantwoordelijkheid wordt niet alleen bij de scholen gelegd, maar wordt gezamenlijk gedragen. Ze ervaren een verbeterde samenwerking met de gemeente en andere lokale partners. Ze waarderen dat er aan een gezamenlijk doel wordt gewerkt. Ook over de rol van de monitor als uitgangspunt voor het vormen van beleid zijn de meeste scholen enthousiast. Verder stellen de scholen het op prijs als de gemeente hen goed op de hoogte houdt van het proces.

Tijdens het proces hebben de gemeenten wel een aantal belemmerende factoren ervaren die de implementatie niet ten goede kwamen. Zo hebben de scholen beperkte tijd. Een groot deel van de scholen zou graag meer uren hebben om aan het traject te besteden. Daarnaast was de communicatie van de gemeenten niet altijd optimaal. De scholen werden niet altijd op de hoogte gehouden van wat er speelde of over de taakverdeling. Dit kan een negatief effect hebben op het draagvlak bij scholen.

4.3 Implementatie IJslandse monitor

Deelonderzoeksvraag 3: In hoeverre kan de IJslandse monitor worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op de bestaande GGD GHOR- jeugdgezondheidsmonitor?

De IJslandse monitor is in de zes deelnemende gemeenten tweemaal uitgevoerd. In deze paragraaf bespreken we de toegevoegde waarde van de IJslandse vragenlijst en van de context van de IJslandse monitor voor de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

De vragenlijst

De diverse analyses van de IJslandse vragenlijst en manier van rapportage lieten zien dat de IJslandse vragenlijst meer items en onderwerpen bestrijkt dan de bestaande GGD GHOR-vragenlijst. Met name vragen over ouders, school en omgeving uit de IJslandse monitor vormen een aanvulling op de bestaande vragenlijst. De IJslandse vragenlijst werd echter als te lang beoordeeld, en niet alle vragen waren voor alle leerlingen te begrijpen. Daarom is een reductie van het aantal vragen en een aanpassing in sommige formuleringen nodig om de IJslandse vragen te implementeren in de GGD GHOR-vragenlijst. De extra vragen kunnen opgenomen worden in het facultatieve gedeelte, daar kan de in bijlage 4 opgenomen IJslandmodule voor gebruikt worden. Op die manier kunnen alle onderwerpen uit de IJslandse vragenlijst terugkomen in de rapportage, zij het dat sommige door de GGD iets anders worden uitgevraagd dan door de IJslanders.

De context

In de IJslandse monitor gaat het niet alleen om de vragenlijst, maar ook om kenmerken in de context van de IJslandse monitor. Naast de inhoud van de vragenlijst bleek vooral de manier waarop de gegevens uit de monitor geduid en besproken worden van meerwaarde voor de deelnemende gemeenten. Hierbij werd met name positief geoordeeld over de frequentie van afname, de snelheid van de terugrapportage en de plek van de uitkomsten in het cyclische proces van de IJslandse methode.

Tijdens het leertraject is de IJslandse monitor in de deelnemende gemeenten uitgevoerd door de IJslandse organisatie ICSRA. In Nederlands voeren normaal gesproken de lokale GGD'en de jeugdgezondheidsmonitor uit. Zij hebben dan ook veel expertise op dit gebied, en monitoren al jarenlang de gezondheid van jongeren. Idealiter worden de kenmerken van de IJslandse monitor geïntegreerd in de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor. Op basis van het leertraject is nog niet volledig te bepalen of een aantal van deze kenmerken geïmplementeerd kan worden in de Nederlandse context. Daarom doen we een aanbeveling over de integratie van deze kenmerken in de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor (zie aanbeveling 4).

4.4 Overall conclusie

In hoeverre kan het IJslandse preventiemodel worden geïmplementeerd in Nederland en is het van toegevoegde waarde op bestaande programma's en werkwijzen ter bevordering van de gezondheid van jongeren?

Op basis van deze eindevaluatie kunnen we concluderen dat het IJslandse preventiemodel goed implementeerbaar is in Nederlandse gemeenten. De werkwijze heeft op een aantal aspecten toegevoegde waarde ten opzichte van de bestaande programma's en werkwijzen. Met name de aspecten van *community building*, integrale benadering en de belangrijke rol van monitoring in het lokale beleidsproces worden als een meerwaarde ervaren. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is uiteraard dat de gemeente voldoende mankracht en middelen beschikbaar heeft om dit proces te trekken.

De betrokkenen zijn enthousiast en geven aan door te willen met de implementatie van het IJslandse model. Ook raden de deelnemende gemeenten andere gemeenten aan om met deze werkwijze aan de slag te gaan. In het volgende hoofdstuk formuleren we, op basis van de bevindingen, aanbevelingen voor de toekomstige implementatie van het IJslandse model in Nederland.

5 Aanbevelingen

De ervaringen van de zes gemeenten die aan het leertraject met het IJslandse preventiemodel meedoen, geven veel aanknopingspunten voor een verbeterde preventieaanpak van meerdere vormen van jeugdproblematiek. Niet alleen wat betreft middelengebruik, maar ook voor welbevinden en andere ontwikkelings- en leefstijlthema's. We concluderen dat de ervaringen met het IJslandse model overwegend zeer positief zijn. Tegelijkertijd zijn er ook uitdagingen om de rol van de gemeenten in het IJslandse model beter te omschrijven en te borgen. We doen daarvoor de volgende vijf aanbevelingen:

Aanbeveling 1: Stimuleer de verdere implementatie van het IJslandse preventiemodel in Nederland.

Op basis van de resultaten van de evaluatie kunnen we concluderen dat een verdere implementatie van het IJslandse model in Nederland kansrijk is. De grote opkomst bij inspiratiesessies over het IJslandse model en het aantal vragen dat het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut ontvangen van (partners van) gemeenten, getuigen van veel interesse. Daarnaast voorziet het model in de toenemende behoefte aan lokaal, domeinoverstijgend datagedreven jeugdbeleid met een wetenschappelijke onderbouwing.

Aanbeveling 2: Laat gemeenten de regie voeren bij de implementatie van het IJslandse preventiemodel.

Het IJslandse preventiemodel is bij uitstek een werkwijze om tot een lokaal gedragen aanpak te komen. De gemeente is als regievoerder van het lokale jeugdbeleid en gezondheidsbeleid de aangewezen partij om de kar te trekken bij dit innovatieve traject. Het scheppen van de juiste randvoorwaarden gaat van het organiseren van politiek draagvlak en bestuurlijke borging, tot het installeren en faciliteren van het proces. De gemeente beschikt over de juiste autoriteit om lokale partners te betrekken en samen te brengen, zoals scholen, GGD, jongerenwerk, verslavingszorg, welzijnsinstellingen, sport- en cultuurorganisaties en ouders. De aanbeveling luidt daarom om gemeenten de regie te laten voeren bij het implementeren van het IJslandse preventiemodel.

Daarbij gelden de volgende randvoorwaarden:

- **Bestuurlijk en politiek draagvlak.** De IJslandse aanpak houdt een structureel andere invulling van het preventieve beleid in, die ver over een collegeperiode heen reikt. De resultaten zijn pas na een aantal jaren zichtbaar en meetbaar. Dit vraagt om een langetermijnvisie die idealiter wordt geborgd in een meerjarenbeleid, gesteund door het college en de gemeenteraad.
- **Voldoende capaciteit.** Om het proces in goede banen te leiden, collega's en externe partijen te verbinden, en de visie achter het IJslandse model scherp voor ogen te blijven houden, schatten we in dat elke gemeente 1,5 fte dient vrij te maken voor een team met daarin ten minste 0,6 fte voor de projectleider. Een kernteam van ten minste drie personen is wenselijk.

- **Gekwalificeerde projectleider.** De projectleider heeft een belangrijke rol in het trekken van het traject met het IJslandse model. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn dat deze persoon in staat is om partners te mobiliseren, initiatief te nemen en communicatief vaardig is om iedereen op de hoogte te houden.
- **Voldoende financiële middelen.** De verdubbeling van de gebruikelijke monitoringsfrequentie door de GGD, de inzet van effectieve preventieve interventies en de landelijke ondersteuning vragen een financiële impuls of herverdeling van bestaande middelen.

Aanbeveling 3: Investeer in langdurige, lokale samenwerking.

Het samenwerken met lokale partners is een essentieel onderdeel van de IJslandse aanpak. Gezamenlijke deelname aan een methode waarin partners een gemeenschappelijke en complementaire aanpak nastreven met gezamenlijke doelen, monitoring, en interventies, heeft in de deelnemende gemeenten tot meer onderlinge verbondenheid geleid. De samenwerking is essentieel voor het draagvlak onder lokale partners en daarmee voor succesvolle implementatie. Het is daarom van belang lokale partijen al vroeg in het traject te betrekken en te enthousiasmeren. Daarbij moet er langdurig geïnvesteerd worden in deze aanpak, om zo gezamenlijk, op een duurzame manier te werken aan jeugdbeleid.

Aanbeveling 4: Borg de waardevolle kenmerken van de IJslandse monitoring in de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

De gemeenten zijn enthousiast over kenmerken van de IJslandse monitoring. Om de functie van de monitor in de IJslandse werkwijze te optimaliseren, stellen wij voor de waardevolle kenmerken uit de IJslandse monitor te integreren in de bestaande GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor:

1. De meting moet in hogere frequentie plaatsvinden (minimaal eens per twee jaar).
2. De resultaten van de vragenlijst (in rapportvorm) dienen binnen twee tot drie maanden na afname beschikbaar te zijn op gemeente- en schoolniveau.
3. Data moeten afkomstig zijn van een representatief gedeelte van de betreffende leeftijdsgroep met een minimale respons van 80 procent. Daarvoor zijn wellicht nauwere allianties met het onderwijs noodzakelijk en dient dit soort monitoring een vanzelfsprekend onderdeel van het systeem te worden.
4. Voor gemeenten die werken volgens het IJslandse model dient de IJslandmodule opgenomen te worden in het flexibele deel van de GGD-vragenlijst, met daarin aanvullende beschermende en risicofactoren.
5. De resultaten worden kort na afname op een heldere, voor ieder begrijpelijke manier met lokale partners besproken, worden geduid en dienen als voeding voor het opstellen en bijstellen van preventiebeleid.

De vergelijking van de IJslandse vragenlijst met de (ook lokale) vragenlijsten van de GGD GHOR laat zien dat het toevoegen van een IJslandmodule met aanvullende beschermende en risicofactoren mogelijk is binnen de vragenlijst die in Nederland gebruikt wordt (kenmerk 4). Ook laat het leertraject zien dat het mogelijk is om de resultaten met lokale partners te bespreken (kenmerk 5). Over de haalbaarheid van de implementatie van de overige kenmerken van de monitor (kenmerken 1-3) is in dit onderzoek nog geen uitsluitsel te geven, omdat de

IJslandse organisatie ICSRA dit heeft verzorgd. In een vervolgtraject moet blijken of deze kenmerken te integreren zijn in de werkwijze van de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

Aanbeveling 5: Ondersteun de implementatie van het IJslandse preventiemodel.

Tijdens het leertraject hebben de IJslandse organisatie ICSRA, het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut gemeenten ondersteund bij de vertaling en implementatie van het IJslandse model naar de Nederlandse context. Het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut hielpen de gemeenten actief bij het interpreteren en implementeren van de kennis over het IJslandse model. Dit deden zij door kennis over preventie van middelengebruik te verrijken; advies te geven bij het veranderingsproces; presentaties te geven als externe experts; intervisiebijeenkomsten te organiseren voor de deelnemende gemeenten; en te fungeren als sparringpartner en tussenpersoon met IJsland. Deze rol is door de zes deelnemende gemeenten als zeer waardevol beoordeeld. Het betrekken van ICSRA voor het gehele implementatietraject is niet gewenst, maar zou nog wel onderdeel kunnen uitmaken van de beginfase van nieuwe trajecten.

Wij bevelen de Rijksoverheid aan om, bij een verdere implementatie van het IJslandse model in Nederland, een communicatieve, faciliterende en ondersteunende rol te beleggen bij een of meer Nederlandse, landelijke organisaties die beschikken over de juiste kennis en capaciteit. Deze ondersteuning zou aan de volgende aspecten moeten voldoen:

- Voor verdere implementatie is het van belang de kennis over het IJslandse model en de ervaringen van Nederlandse gemeenten helder te beschrijven, zodat nieuwe gemeenten de geleerde lessen kunnen meenemen in de implementatie. Een handreiking voor gemeenten, met een beschrijving van de noodzakelijke voorwaarden, en een implementatiestappenplan, ligt hierbij voor de hand.
- De kennis en expertise kunnen het beste worden gedeeld middels trainingen, kennissessies en andere vormen van kennisbevordering. De gemeenten dienen hierbij op het juiste moment in het traject de juiste ondersteuning te ontvangen.
- Hierbij is ondersteuning op maat van belang die intensiever en pro-actiever is dan de ondersteuning tijdens het leertraject.
- Het is belangrijk dat kennis over relevante effectieve interventies door de kennisinstututen beter ontsloten wordt dan tijdens het leertraject het geval was.
- Uitwisseling tussen deelnemende gemeenten dient te worden gefaciliteerd.
- De GGD GHOR, RIVM en lokale GGD'en dienen begeleid te worden bij het integreren van de IJslandse kenmerken in de GGD GHOR-jeugdgezondheidsmonitor.

Literatuur

Kristjánsson, Á. L., Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfússon, J., & Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, 111(4), 645-652. <https://doi.org/10.1111/add.13248>

Sahadat, I. (2017). Hoe IJslandse tieners drank en sigaretten inruilden voor sport. *de Volkskrant*, 2 juli.

Sigfúsdóttir, I. D. (2013). Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents : The Youth in Europe Study Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents : The Youth in Europe Study. *Journal of School Health* 83(9), 662-667. <https://doi.org/10.1111/josh.12079>

Sigfúsdóttir, I. D., Kristjánsson, Á. L., Gudmundsdottir, M. L., & Allegrante, J. P. (2010). A collaborative community approach to adolescent substance misuse in Iceland. *International Psychiatry* 7(4), 86-88. <https://doi.org/10.1192/S1749367600006007>

Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, Á. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents : The Icelandic Model. *Health Promotion International*, 24(1), 16-25. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan038>

Sigfússon, J. (2018). *Evidence based primary prevention : 20 years of succes*. Reykjavik: Planet Youth.

Smeets, L., Monshouwer, K., Batyreva, I., De Wilde, E. J., & De Greeff, J. (2019a). *De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren: Kansen van dit preventiemodel voor de Nederlandse situatie*. Factsheet. Utrecht: Trimbos-instituut & Nederlands Jeugdinstituut.

Smeets, L., Monshouwer, K., & De Greeff, J. (2019b). *De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren: Een verkenning van de wetenschappelijke literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bijlage 1 Gesprekspartners interviews (landelijke) organisaties

Organisatie	Gesprekspartner
Raad voor Cultuur	Renske van der Zee
KNMO	Dorrie Besouw
RIVM	Djoeke van Dale, Annerike Gorter
GGD GHOR	Jelle Doosje, Anja Koorstra
JOGG	Linda Schonewille, Caroline Peeck
VNG	Elly Dekker
VO-raad	Boukje van Vlokhoven
Gemeente Rotterdam	Geert Bruinen
Kenniscentrum Sport en Bewegen	Peter Barendse
Rookvrije Generatie	Bart de Wolf
LKCA	Josefiene Poll, Claudia Marinelli
Fonds voor cultuurparticipatie	Jeroen van Dijk
Trimbos-instituut	Jeroen Lammers, Daniëlle Meije
PO-raad	Anneke Risselada
Moedige Moeders Volendam	Tiny Tol
Nederlands Jeugdinstuut	Caroline Vink, Sofie Vriends
Pharos	Bart Looman, Frea Haker

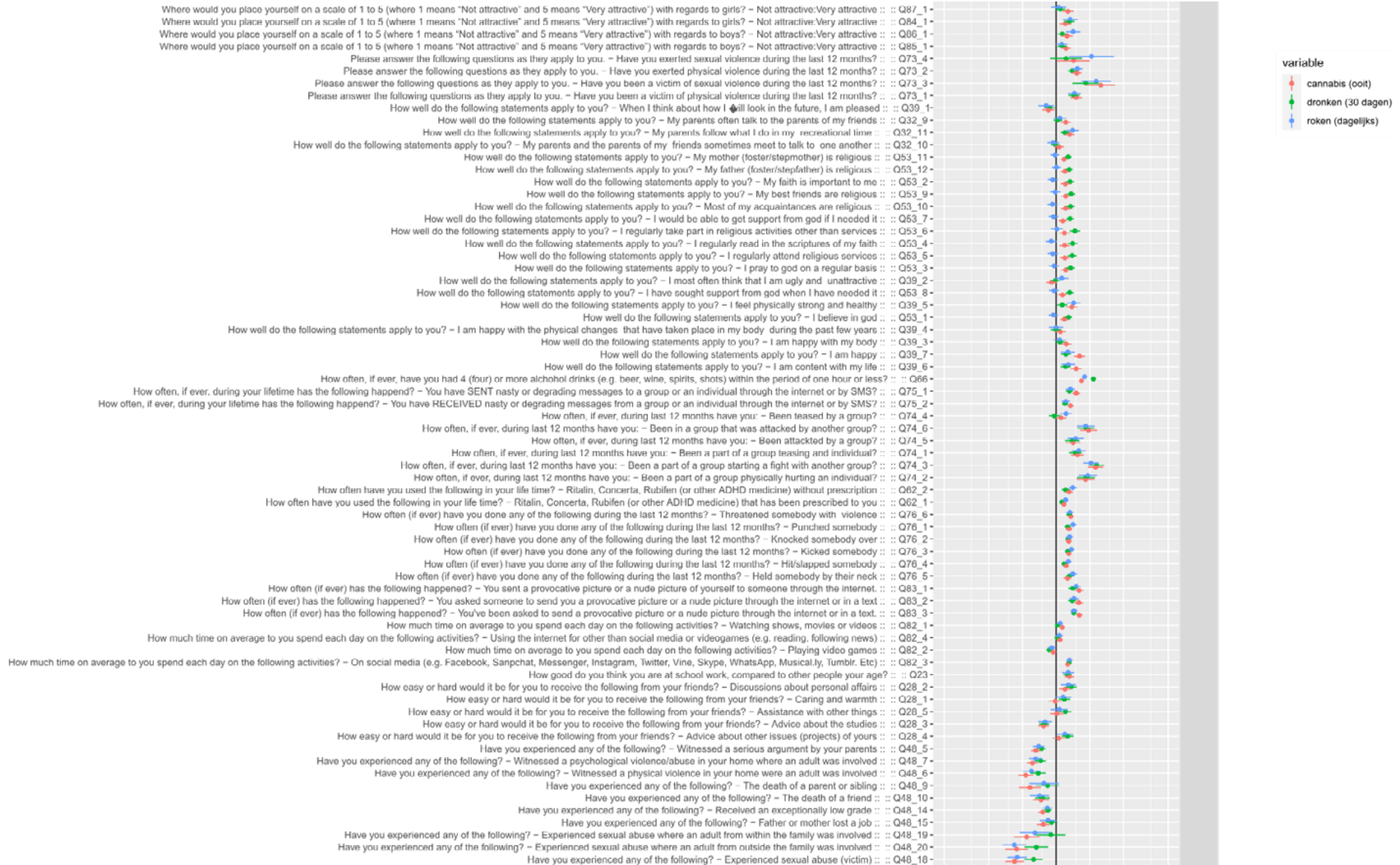
Bijlage 2 Lijst van onderwerpen en aanwezigheid in GGD GHOR-basis vragenlijst en eerste rapportage

		in vragenlijst GGD GHOR?	in vragenlijst IJsland?	in rapport GGD GHOR?	in rapport IJsland?
introductie en slot					
	introductie	Ja	Ja		
	slot	Ja	Nee		
basisvragen					
	invulmanier	Ja	Nee	Nee	Nee
	geslacht	Ja	Ja	Nee	Nee
	leeftijd	Ja	Ja	Nee	Nee
	wijk	Ja	Ja	Nee	Nee
gezin					
	woonsituatie	Ja	Ja	Nee	Nee
	opleiding/werk ouders	Nee	Ja	Nee	Nee
	etnische achtergrond	Nee	Ja	Nee	Nee
	taal thuis	Nee	Ja	Nee	Nee
	inkomenssituatie gezin	Ja	Ja	Nee	Nee
	steun ouders	Nee	Ja	Nee	Ja
	betrokkenheid ouders	Nee	Ja	Nee	Ja
	ouderlijk toezicht	Nee	Ja	Nee	Ja
	betrokkenheid ouders met buurt	Nee	Ja	Nee	Nee
	veiligheidsgevoel	Nee	Ja	Nee	Ja
	plek alcoholgebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
	verwachte reacties ouders	Nee	Ja	Nee	Ja

	in vragenlijst GGD GHOR?	in vragenlijst IJsland?	in rapport GGD GHOR?	in rapport IJsland?
school				
school/klas	Ja	Ja	Nee	Nee
schoolwijziging	Nee	Ja	Nee	Nee
schoolprestaties	Nee	Ja	Nee	Nee
schoolverzuim	Nee	Ja	Nee	Ja
schoolmotivatie	Nee	Ja	Nee	Ja
veiligheidsgevoel	Nee	Ja	Nee	Ja
leeftijdgenoten				
steun leeftijdgenoten	Nee	Ja	Nee	Nee
groepsdruk/weerbaarheid	Ja	Ja	Ja	Ja
pesten / gepest worden	Ja	Ja	Ja	Nee
cyberpesten	Ja	Ja	Ja	Nee
sexting	Ja	Ja	Nee	Nee
aantrekkelijkheid	Nee	Ja	Nee	Nee
middelengebruik vrienden	Nee	Ja	Nee	Ja
crimineel gedrag vrienden	Nee	Ja	Nee	Nee
suïcidaliteit in omgeving	Nee	Ja	Nee	Nee
vrije tijd				
uitgaansgedrag	Nee	Ja	Nee	Ja
culturele vrijetijdsactiviteiten	Nee	Ja	Nee	Nee
sporten en bewegen	Ja	Ja	Ja	Ja
schermtijd/social media/gaming	Ja	Ja	Nee	Ja
plek alcoholgebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
omgeving				
waardering wijk	Nee	Ja	Nee	Ja
verhuisd	Nee	Ja	Nee	Nee
betrokkenheid burens	Nee	Ja	Nee	Nee
veiligheidsgevoel	Nee	Ja	Nee	Ja
plek alcoholgebruik	Nee	Ja	Nee	Ja

		in vragenlijst GGD GHOR?	in vragenlijst IJsland?	in rapport GGD GHOR?	in rapport IJsland?
middelengebruik					
	non-alcoholisch drankgebruik	Ja	Ja	Nee	Nee
	alcoholgebruik	Ja	Ja	Nee	Ja
	dronkenschap	Ja	Ja	Nee	Ja
	roken in omgeving	Nee	Ja	Nee	Nee
	roken	Ja	Ja	Ja	Ja
	drugsgebruik	Ja	Ja	Ja	Ja
	leeftijd eerste middelengebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
gedrag en gezondheid					
	psychosociale gezondheid	Ja	Nee	Ja	Nee
	inschatting psychische gezondheid	Nee	Ja	Nee	Ja
	psychosomatische klachten	Nee	Ja	Nee	Ja
	slaap	Nee	Ja	Nee	Ja
	ervaren gezondheid	Ja	Ja	Ja	Ja
	tevredenheid met lichaam	Nee	Ja	Nee	Nee
	zelfwaardering	Nee	Ja	Nee	Nee
	gedachten en gevoelens	Nee	Ja	Nee	Nee
	boosheid	Nee	Ja	Nee	Ja
	suïcidaliteit	Nee	Ja	Nee	Nee
	zelfbeschadiging	Nee	Ja	Nee	Nee
	medicatiegebruik	Nee	Ja	Nee	Ja
	seksueel gedrag	Ja	Nee	Ja	Nee
	geluk	Ja	Ja	Nee	Nee
	stress	Ja	Nee	Nee	Nee
	life events	Ja	Ja	Nee	Nee
	seksueel misbruik	Nee	Ja	Nee	Nee
	crimineel gedrag	Nee	Ja	Nee	Nee
	geweld	Nee	Ja	Nee	Nee
	pesten / gepest worden	Ja	Ja	Ja	Nee
	cyberpesten	Ja	Ja	Ja	Nee
	sexting	Ja	Ja	Nee	Nee
	aantrekkelijkheid	Nee	Ja	Nee	Nee
	geloof	Nee	Ja	Nee	Nee
	houden aan regels	Nee	Ja	Nee	Nee

Bijlage 3 Odds-ratio's van IJslandvragenlijst-items voor drie belangrijkste uitkomstmaten







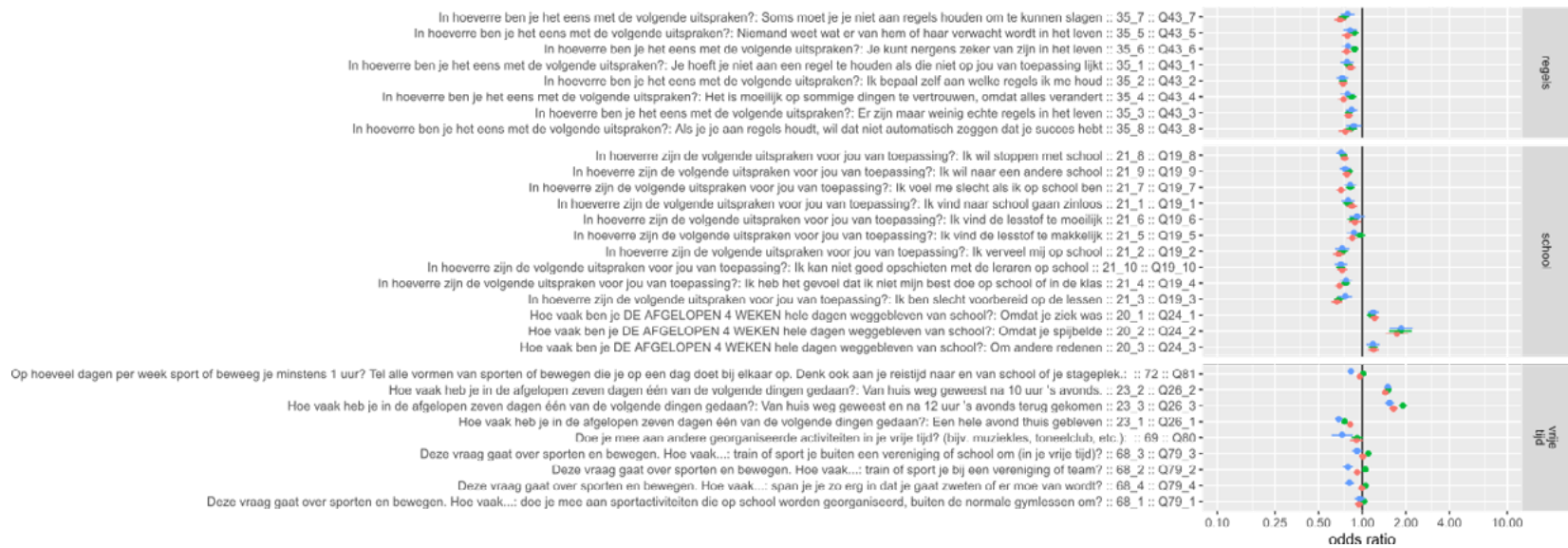
variable

- ♦ cannabis (ooit)
- ♦ dronken (30 dagen)
- ♦ roken (dagelijks)



variable

- red dot: cannabis (oort)
- green dot: dronken (30 dagen)
- blue dot: roken (dagelijks)



Bijlage 4 IJslandmodule GGD-vragenlijst

Onderstaande lijst bevat de vragen die kunnen worden toegevoegd aan de basisvragenlijst van de GGD GHOR om de laatste rapportage door de IJslandse onderzoekers te kunnen reproduceren.

Voor de donkerblauw gearceerde vragen werd geen vergelijkbare vraag of vraag over een vergelijkbaar concept gevonden in de regionale vragenlijsten van de GGD. Deze vormen dus een minimale variant voor de IJslandmodule. In onderstaande lijst is ook vraag 24 (*Hoe moeilijk of makkelijk is het voor jou om het volgende van je ouders te ontvangen?*) blauw gearceerd, omdat GGD Fryslân deze IJslandvraag als enige al had opgenomen in de eigen lokale vragenlijst.

Vragen/deelvragen die gemarkeerd zijn met een sterretje komen ook voor in de top 30-lijst van de analyses waarin de samenhang met middelengebruik werd bestudeerd.

Extra vragen over de omgeving

29. Hoe waarschijnlijk is het dat jouw burens iets doen tegen of iets zouden zeggen over de volgende situaties?

- | | |
|--|---|
| 1. Als er jongeren spijbelen en in jouw buurt rondhangen tijdens schooltijd* | • Heel waarschijnlijk |
| 2. Als er jongeren graffiti spuiten in jouw buurt/wijk | • Een beetje waarschijnlijk |
| 3. Als jongeren onbeleefd zijn tegen volwassenen | • Niet waarschijnlijk / niet onwaarschijnlijk |
| 4. Als er een gevecht uitbreekt vlak voor jouw huis | • Een beetje onwaarschijnlijk |
| 5. Als iemand probeert in te breken in een auto of huis in jouw straat | • Heel onwaarschijnlijk |

26. Hoe vaak voel jij je veilig op de volgende plaatsen?

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. Thuis | • (Bijna) nooit |
| 2. Op school | • Zelden |
| 3. In mijn wijk of buurt | • Soms |
| | • Vaak |
| | • (Bijna) altijd |

38. In hoeverre ben je het eens met de volgende uitspraken?

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Er zijn veel dingen om met anderen te doen in onze wijk2. Het is goed wonen in onze wijk*3. Ik wil graag in mijn wijk blijven wonen ook als ik ouder ben4. Ik wil graag naar een ander dorp of stad verhuizen als ik ouder ben5. Ik wil graag naar een ander land verhuizen als ik ouder ben. | <ul style="list-style-type: none">• Helemaal mee eens• Beetje mee eens• Niet eens en niet oneens• Beetje mee oneens• Helemaal mee oneens |
|--|--|

Extra vragen over school

20. Hoe vaak ben je DE AFGELOPEN 4 WEKEN hele dagen weggebleven van school?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Omdat je ziek was2. Omdat je spijbelde*3. Om andere redenen* | <ul style="list-style-type: none">• Geen één dag• 1 dag• 1 dagen• 1-4 dagen• 5-6 dagen• 7 dagen of meer |
|---|--|

21. In hoeverre zijn de volgende uitspraken voor jou van toepassing?

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ik vind naar school gaan zinloos2. Ik kan niet goed opschieten met de leraren op school*3. Ik verveel mij op school*4. Ik ben slecht voorbereid op de lessen*5. Ik heb het gevoel dat ik niet mijn best doe op school of in de klas6. Ik vind de lesstof te makkelijk7. Ik vind de lesstof te moeilijk8. Ik voel me slecht als ik op school ben9. Ik wil stoppen met school10. Ik wil naar een andere school | <ul style="list-style-type: none">• Is (bijna) altijd waar• Is vaak waar• Is soms waar• Is zelden waar• Is (bijna) nooit waar |
|--|---|

22. In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. De volwassenen op mijn school geven om mij2. Mijn school helpt mij doelen te bereiken die voor mij belangrijk zijn3. Ik doe mijn best op school4. Mijn school helpt mij het beste uit mezelf te halen5. Ik vind het leuk om mee te doen aan activiteiten op mijn school6. Mijn school helpt me te ontdekken waar ik goed in ben7. Goed mijn best doen op school helpt me om later een goed leven te leidenDe volwassenen op mijn school zijn eerlijk8. k en aardig tegen mij9. Het is veilig om bij de volwassenen op mijn school te zijn10. De volwassenen op mijn school merken het wanneer ik het moeilijk heb en bieden mij dan hulp aan11. De volwassenen op mijn school geloven erin dat ik iets goeds kan doen voor de wereld12. Ik heb vrienden op school die om mij geven13. Mijn vrienden vinden dat we ons best moeten doen op school14. De leerlingen op mijn school zijn aardig voor elkaar15. Op mijn school is het niet erg om fouten te maken, als je maar je best doet | <ul style="list-style-type: none">• Helemaal mee eens• Beetje mee eens• Niet mee eens/niet mee oneens• Beetje mee oneens• Helemaal mee oneens |
|--|---|

Extra vragen over ouders / thuis

23. Hoe vaak heb je in de afgelopen zeven dagen één van de volgende dingen gedaan?

- | | |
|---|----------|
| 1. Een hele avond thuis gebleven | • Nooit |
| 2. Van huis weg geweest na 10 uur 's avonds* | • 1 keer |
| | • 2 keer |
| 3. Van huis weg geweest en na 12 uur 's avonds terug gekomen* | • 3 keer |
| | • 4 keer |
| | • 5 keer |
| | • 6 keer |
| | • 7 keer |

24. Hoe moeilijk of makkelijk is het voor jou om het volgende van je ouders te ontvangen?

- | | |
|---|------------------|
| 1. Bezorgdheid en betrokkenheid | • Heel moeilijk |
| 2. Gesprekken over persoonlijke zaken* | • Moeilijk |
| 3. Advies over je schoolwerk | • Makkelijk |
| 4. Advies over andere onderwerpen waar je je mee bezig houdt* | • Heel makkelijk |
| 5. Hulp bij andere dingen* | |

25. In hoeverre is het volgende op jou van toepassing?

- | | |
|--|------------------|
| 1. Ik breng tijd door met mijn ouders op doordeweekse dagen* | • (Bijna) nooit |
| | • Zelden |
| 2. Ik breng tijd door met mijn ouders in het weekend* | • Soms |
| | • Vaak |
| 3. Mijn ouders weten waar ik op zaterdag-avond ben* | • (Bijna) altijd |

27. Hoe goed passen de volgende uitspraken bij jou? Mijn ouders...

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. ... vinden het belangrijk dat ik het goed doe op school | • past heel goed bij mij |
| | • past goed bij mij |
| 2. ... hebben duidelijke regels over wat ik thuis mag doen | • past niet bij mij |
| | • past helemaal niet bij mij |
| 3. ... hebben duidelijke regels over wat ik buitenshuis mag doen | |
| 4. ... hebben duidelijke regels over hoe laat ik thuis moet zijn 's avonds | |
| 5. ... weten met wie ik 's avonds omga* | |
| 6. ... weten waar ik 's avonds ben* | |
| 7. ... kennen mijn vrienden | |
| 8. ... kennen de ouders van mijn vrienden | |

28. Hoe goed passen de volgende uitspraken bij jou?

- | | |
|--|--|
| 1. Mijn ouders hebben vrienden die dicht bij ons in de buurt wonen | <ul style="list-style-type: none">• past heel goed bij mij• past goed bij mij |
| 2. Mijn ouders kennen veel burenen persoonlijk van naam | <ul style="list-style-type: none">• neutraal• past niet bij mij |
| 3. Mijn ouders gaan bij burenen op visite | <ul style="list-style-type: none">• past helemaal niet bij mij |
| 4. Burenen komen bij mijn ouders op visite | |
| 5. Mijn ouders lenen spullen van burenen (bijv. gereedschap of een kopje suiker) | |
| 6. Burenen lenen spullen van mijn ouders | |

65. Hoe denk je dat je ouders zullen reageren als je een van de volgende dingen zou doen?

Als je...

- | | |
|---|--|
| 1. sigaretten zou roken* | <ul style="list-style-type: none">• Ze zouden er heel erg op tegen zijn |
| 2. e-sigaretten zou roken of zou vaperen* | <ul style="list-style-type: none">• Ze zouden er tegen zijn• Ze zouden er een beetje tegen zijn |
| 3. dronken zou worden* | <ul style="list-style-type: none">• Het zou hen niets uitmaken |
| 4. cannabis zou roken* | |
| 5. andere drugs zou gebruiken* | |

Extra vragen over leeftijdgenoten

31. In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

- | | |
|---|--|
| 1. Soms is het nodig om sigaretten te roken om bij een (vrienden)groep te blijven horen* | <ul style="list-style-type: none">• Helemaal mee eens• Beetje mee eens• Niet eens, niet oneens |
| 2. Soms is het nodig om alcohol te drinken om bij een (vrienden)groep te blijven horen* | <ul style="list-style-type: none">• Beetje mee oneens• Helemaal mee oneens |
| 3. Soms is het nodig om cannabis (wiet of hasj) te roken om bij een (vrienden)groep te blijven horen* | |
| 4. Soms is het nodig om andere drugs te gebruiken om bij een (vrienden)groep te blijven horen* | |
| 5. Soms is het nodig om te spijbelen om bij een (vrienden)groep te blijven horen | |

67. Kun je inschatten hoeveel van jouw vrienden het volgende doen of gedaan hebben?

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Sigaretten roken2. Alcohol drinken3. Minstens 1 keer per maand dronken worden4. Hasj of wiet roken5. In ruzies terecht komen of ruzie zoeken | <ul style="list-style-type: none">• Geen• Een paar• Sommige• Meeste• (Bijna) alle |
|---|---|

Extra vragen over vrijetijdsbesteding

71. Hoe vaak doe je het volgende:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Chillen bij een vriend thuis zonder dat er een volwassene aanwezig is2. Chillen met vrienden op een parkeerplaats3. Chillen met vrienden in een park of andere natuur4. Chillen met vrienden in een winkelcentrum of bij winkels in het centrum5. Chillen met vrienden bij school als de school dicht is6. Chillen met vrienden in een verlaten gebouw of huis | <ul style="list-style-type: none">• (Bijna) nooit• minder dan 1 keer per maand• 1-3 keer per maand• 1-3 keer per week• 4 keer per week of vaker |
|--|---|

70. Hoe vaak per week doe je buiten schooltijd mee aan de volgende activiteiten die door een volwassene begeleid worden?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Sporten bij een vereniging of team2. Een groep van de kerk, moskee, etc.3. Les in muziek, kunst, toneel of dans4. Vrijwilligerswerk5. Andere clubjes buiten school zoals scouting, schaken, etc. | <ul style="list-style-type: none">• (Bijna) nooit• Minder dan 1 keer per week• 1 keer per week• 2 keer per week• 3 keer per week• 4 keer per week• 5 keer per week• 6 keer per week• 7 keer per week |
|---|--|

Extra vragen over gezondheid

36. Hoe vaak had je de afgelopen week last van de volgende klachten?

- | | |
|---|-----------------|
| 1. ik was zenuwachtig | • (Bijna) nooit |
| 2. Ik werd niet meer blij van dingen doen | • Zelden |
| 3. Ik was sloom of had geen energie | • Soms |
| 4. Ik zag de toekomst somber in | • Vaak |
| 5. Ik dacht er aan om een einde aan mijn leven te maken | |
| 6. Ik was opeens bang zonder aanleiding | |
| 7. Ik voelde me gespannen | |
| 8. Ik was verdrietig of had weinig zin om iets te doen | |
| 9. Ik had geen eetlust | |
| 10. Ik voelde me eenzaam | |
| 11. Ik huilde snel of wilde huilen | |
| 12. Ik had moeite met slapen | |
| 13. Ik voelde me droevig of somber | |

32. Hoeveel uur slaap je gemiddeld per nacht?

- Meer dan 9 uur
- Ongeveer 9 uur
- Ongeveer 8 uur
- Ongeveer 7 uur
- Ongeveer 6 uur
- Minder dan 6 uur

64. Hoe vaak heb je een van de onderstaande dingen gedaan in de afgelopen 12 maanden?

- | | |
|---|-------------------|
| 1. iets gestolen dat minder waard was dan 30 euro | • Nooit |
| 2. iets gestolen dat meer waard was dan 30 euro | • Een keer |
| 3. Lichamelijk geweld gebruikt om iets te kunnen stelen | • 2-5 keer |
| 4. In een gebouw of auto ingebroken om iets te kunnen stelen | • 6-9 keer |
| 5. iets met opzet stuk gemaakt of beschadigd dat niet van jou was | • 10-13 keer |
| 6. Een andere overtreding begaan | • 14-17 keer |
| | • 18 keer of meer |

Extra vragen over middelengebruik

46. Hoeveel sigaretten heb je gemiddeld gerookt in de afgelopen 30 dagen?

- Geen
- Minder dan sigaret per week
- Minder dan 1 sigaret per dag
- 1-5 sigaretten per dag
- 6-10 sigaretten per dag
- 11-20 sigaretten per dag
- Meer dan 20 sigaretten per dag

49. Hoe kom jij meestal aan je sigaretten?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ik koop ze in een winkel2. Een familielid geeft ze aan mij3. Een andere volwassene geeft ze aan mij4. Ik neem ze uit een winkel mee zonder te betalen5. Ik neem ze van een familielid zonder dat deze dat weet6. Ik krijg ze van mijn vrienden of klasgenoten | <ul style="list-style-type: none">• (Bijna) nooit• Zelden• Soms• Vaak |
|---|--|

50. Hoe vaak heb je een waterpijp (shisha) gebruikt?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. In je hele leven2. In de afgelopen 30 dagen | <ul style="list-style-type: none">• Nooit• 1-2 keer• 3-5 keer• 6-9 keer• 10-19 keer• 20-39 keer• 40 keer of meer |
|---|--|

57. Hoe vaak ben je dronken geweest door het drinken van alcohol?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. ... in je hele leven2. ... in de afgelopen 30 dagen3. ... in de afgelopen 12 maanden | <ul style="list-style-type: none">• Nooit• 1-2 keer• 3-5 keer• 6-9 keer• 10-19 keer• 20-39 keer• 40 keer of meer |
|---|--|

59. Hoe kom jij meestal aan de alcohol die je drinkt?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ik koop ze in een winkel2. Een familielid geeft ze aan mij3. Een andere volwassene geeft ze aan mij4. Ik neem ze uit een winkel mee zonder te betalen5. Ik neem ze van een familielid zonder dat deze dat weet6. Ik krijg ze van mijn vrienden of klasgenoten | <ul style="list-style-type: none">• (Bijna) nooit• Zelden• Soms• Vaak |
|---|--|

60. Hoe vaak heb je ooit cannabis (hasj of wiet) gebruikt?

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. In je hele leven2. In het afgelopen jaar3. In de afgelopen 30 dagen | <ul style="list-style-type: none">• Nooit• 1-2 keer• 3-5 keer• 6-9 keer• 10-19 keer• 20-39 keer• 40 keer of meer |
|--|--|

61. Hoe vaak heb je ooit één van de volgende middelen gebruikt?

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Slaappillen of kalmeringspillen zonder recept van een dokter2. Anabole steroïden (anabolen)3. Zelf gebrouwen drank4. Natuurlijke psychedelica of herbal drugs5. Lachgas (ballonnetjes)6. GHB7. Opioiden die niet door een arts voorgeschreven zijn/zonder recept (bijv codeïne, morfine, methadon, fentanyl, oxycontin, hydrocodone et8. Qat (khat)9. Ritalin, Concerta, Equasym XL of Medikinet (of andere ADHD medicijnen) zonder recept van een dokter10. 3-M, 3-MMC11. Clenbuterol12. Amfetamine (speed)13. Ketamine14. LSD (acid)15. XTC (ecstasy, MDM)16. Cocaïne17. Heroïne18. Relevine19. Paddo's, truffels20. Lijm snuiven | <ul style="list-style-type: none">• Nooit• 1-2 keer• 3-5 keer• 6-9 keer• 10-19 keer• 20-39 keer• 40 keer of meer |
|---|--|

63. Hoe oud was je toen je voor het eerst de volgende dingen deed?

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. alcohol drinken2. dronken worden3. je eerste sigaret roken4. dagelijks sigaretten roken5. wiet of hasj proberen6. een elektronische sigaret gebruiken7. een ander soort drugs gebruiken | <ul style="list-style-type: none">• Ik heb dat nog nooit gedaan• 11 jaar oud of jonger• 12 jaar oud• 13 jaar oud• 14 jaar oud• 15 jaar oud of ouder |
|--|--|

58. Drink je alcohol op een van de volgende plekken?

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ergens anders2. Bij je thuis3. Bij anderen thuis4. In het winkelcentrum5. Buiten op straat, in een park etc.6. In een uitgaansgelegenheid, kroeg, disctheek7. Op een klassenfeest8. Op een schoolfeest9. In een jeugdhonk of jeugdcentrum10. In de sportkantine of tijdens een trainingskamp | <ul style="list-style-type: none">• (Bijna) nooit• Zelden• Soms• Vaak |
|--|--|

