



Kennistekort bij verpleegkundigen omtrent cannabisgebruik en behandeling bij adoles- centen

ONTWIKKELING VAN EEN EDUCATIEVE TOOL

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2017-2018

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Van den Brande Steven

Voorwoord

De keuze voor het onderwerp, startte vanuit persoonlijke ervaringen met (ex-)cannabismisbruikers en de onmacht die ik soms ervaarde om er op een gepaste wijze mee om te gaan. De verdieping in de literatuur en het maken van deze bachelorproef was voor mij een persoonlijke verrijking. Het laat mij als mens en als professional met een ruimere bril kijken naar cannabismisbruik en –behandeling bij adolescenten. Ik hoop dat ik door het maken van deze bachelorproef in de toekomst een bijdrage kan leveren tot kwaliteitsvolle zorg aan adolescenten met cannabismisbruik en hen kan behoeden voor de potentiële negatieve gevolgen.

Dit werk draag ik dan ook graag op aan al deze mensen die mij nauw aan het hart liggen, en in het bijzonder aan mijn beste vriend Bryan die, onder invloed van cannabis, uit het leven is gestapt.

Mijn dank gaat natuurlijk ook uit naar mijn begeleider van deze bachelorproef. Zij heeft met haar gerichte feedback de nodige bijsturing en aanmoediging gegeven om dit onderdeel van mijn opleiding tot een goed einde te brengen.

Bij voorbaat ook dank aan de lezers van deze bachelorproef. Tijdens het maken van de bachelorproef, heb ik door de informatie die ik vond, het onderwerp in een andere richting gestuurd. Hierdoor heb ik besloten om uiteindelijk verschillende onderwerpen toe te lichten, aangezien deze naar mijn gevoel wel een meerwaarde zijn.

Ik hoop dat de uitgebreidheid van het werk niet afschrikt en dat het lezen voor jullie voldoende boeiend kan zijn.

Verder gaat mijn dank uit naar alle docenten en verpleegkundigen van de stageplaatsen, die mij doorheen het gans opleidingstraject gecoacht hebben.

Tenslotte wil ik de mensen in mijn nabije omgeving bedanken voor hun geloof in mij en de blijvende aanmoediging en steun tijdens de afgelopen drie jaar.

Samenvatting

Cannabisgebruik is tegenwoordig meer en meer gedoogd in onze maatschappij. Het gebruik ervan is voor velen gelijkgesteld aan andere genots- en ontspanningsmiddelen zoals bijvoorbeeld alcohol. Het gevaar schuilt erin dat de mogelijke gevolgen van cannabis onvoldoende gekend zijn. Op het moment dat iemand verslaafd raakt, weet de persoon en zijn omgeving vaak niet meer hoe het verder moet of waar hulp kan gevonden worden. Vaak wordt (te) laat tijdig hulp gezocht.

Ik heb de fysische, psychische en sociale gevolgen van cannabismisbruik bij verschillende adolescenten ervaren en ik heb gemerkt dat evidence based kennis hieromtrent en adequate hulpverlening hiervoor in de praktijk niet altijd aanwezig was. Een toetsing van mijn ervaringen aan evidentie leek me daarom wenselijk om tot een professioneel standpunt hieromtrent te komen.

Een zoektocht doorheen de literatuur maakt het mogelijk om antwoord te krijgen op onderstaande onderzoeksvragen:

- Welke kennis, vaardigheden en attituden heeft een verpleegkundige nodig om effectieve interventies toe te passen bij adolescenten met cannabismisbruik?
- Welke is de meest aangewezen strategie om kennis, vaardigheden en attituden omtrent cannabisgebruik en –behandeling bij adolescenten bij te sturen?

Vaststellingen zijn dat er wel degelijk een kennistekort bestaat zowel omtrent het gebruik als de meest aangewezen behandeling. Er is ook een zekere terughoudendheid bij verpleegkundigen om een voortrekkersrol op te nemen in deze behandeling. Motiverende gespreksvoering wordt het meest geciteerd als effectieve strategie om het veranderingsproces, dat nodig is om tot een aangepaste levensstijl te komen, te initiëren en te begeleiden. Daarnaast worden cognitieve gedragstherapie en multidimensionele familie therapie gezien als complementaire behandelvormen doorheen het begeleidingstraject.

Het introduceren van motiverende gespreksvoering binnen een team is geen sinecure. Het vraagt inzicht in de filosofie, basisprincipes en vaardigheden/attituden van motiverende gespreksvoering. Het vraagt van verpleegkundigen een gedragsverandering en attitudewijziging. De cliënt dient benaderd en gemotiveerd te worden als centrale beheerder en verantwoordelijke voor het veranderingsproces. Gedragsverandering en attitudewijziging kan bekomen worden bij verpleegkundigen door het opzetten van een training waar theorie en praktijk aan elkaar gekoppeld worden op een interactieve wijze. Een trainingssessie kan echter alleen maar leiden tot effectieve verandering indien er nadien een goede opvolging is op de werkvloer. Een gedeelde visie omtrent de gekozen benadering en een open feedbackcultuur zijn daarbij essentieel.

Als educatieve tool werd daarom een trainingssessie uitgewerkt met bijhorende tools om interactief de theorie te koppelen aan de praktijk. De volgende tools werden uitgewerkt:

- een powerpoint van de training, waarin de veranderingstheorie en motiverende gespreksvoering wordt toegelicht;
- een quiz om de mythen en vooroordelen te ontcrachten zodat de bereidheid, interesse en het inzicht ontstaat dat gedragsverandering nodig is;
- een aantal schema's die de nodige linken leggen tussen de veranderingsfasen die een cliënt doormaakt en motiverende gesprekstechnieken;
- een simulatie om het inzicht in de veranderingsfasen en motiverende gespreksvoering in te oefenen.

Doordat stages in de verslavingszorg zich situeerden aan het einde van het tweede jaar en in het begin van dit jaar en door tijdsgebrek werd de training niet in de praktijk gebracht en werden de tools niet getoetst. Ervarendeskundigen die het werk gelezen hebben, herkennen wel de bevindingen. Een vervolgstudie is aangewezen om na te gaan of de tools effectief bruikbaar zijn en het trainingsconcept kan uitgerold worden. Of het geheel de outcome in de zorg zou verbeteren, is afhankelijk van een aantal essentiële randvoorwaarden, die vooral bepaald worden door de afdelingscultuur en gedeelde visie.

Inhoudstafel

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudstafel	4
Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen	6
1 Probleemstelling	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Definities	8
1.2.1 Cannabis	8
1.2.2 Misbruik	9
1.2.3 Afhankelijkheid	9
1.2.4 Verslaving	9
1.2.5 Tolerantie	10
1.2.6 Kennistekort	10
1.2.7 Adolescenten	11
1.3 Incidentie en prevalentie	11
1.3.1 Incidentie	11
1.3.2 Prevalentie	12
1.4 Epidemiologie en morbiditeit	13
1.5 Effecten van gebruik	13
1.5.1 Acute negatieve effecten	14
1.5.2 Chronische negatieve effecten	14
1.6 Motieven en beïnvloedende factoren	15
1.6.1 Motieven	15
1.6.2 Risico- en beschermende factoren	16
1.6.3 Theorieën	18
1.7 Interventies: preventie en behandeling	19
1.7.1 Preventie	19
1.7.2 Behandeling	20
1.8 Strategieën omtrent aanpak verpleegkundig kennistekort en gedragsverandering	24
1.10 Vraagstelling	30
2 Zoekstrategie	31
3 Antwoord	33
3.1 Doelstellingen	33
3.2 Kennistekort: mythen en feiten	34
3.3 Effectieve interventie: motiverende gespreksvoering	34
3.3.1 Filosofie van motiverende gespreksvoering	34
3.3.2 Directieve vaardigheden/attituden	35
3.3.3 Non-directieve vaardigheden/attituden	36
3.4 'Stages of change'	36
3.5 Draaiboek voor een trainingssessie MGV	39
3.5.1 Algemeenheden	39
3.5.2 Inhoudelijk verloop	41
Discussie	44

Besluit	48
Literatuurlijst	49
Bijlagen	60
Bijlage 1: Powerpoint van de trainingssessie	60
Bijlage 2: Quizvragen	70
Bijlage 3: Schema's veranderingsfasen – MGV-interacties	81
Bijlage 4: Voorbeeld van een simulatie	88
Bijlage 5: Evidentietabel met de analyse van geselecteerde bronnen	91

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

ACT	Acceptance and commitment therapy
ADHD	attention deficit hyperkinetic disorder
ASS	Autisme spectrum stoornis
ASSIST	Alcohol, smoking and Substance Involvement Screening Test
AUVB	Algemene unie van Belgische verpleegkundigen
bv.	Bijvoorbeeld
CBD	Cannabidiol
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CM	Contingency management
CRAFT	Community Reinforcement and Family Training
CWS	Cannabis withdrawal syndrome
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children (internationale studie)
m.b.t.	Met betrekking tot
MGV	Motiverende gespreksvoering
MS	Multiple sclerose
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health
NVKVV	Nationale vereniging voor katholieke verpleegkundigen en vroedvrouwen
o.a.	Onder andere
SUD	Substance use disorder
THC	Tetrahydrocannabinol
VAD	Vlaams expertisecentrum voor alcohol en drugs
VIGL	Vlaams Instituut Gezond Leven
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIV	Wetenschappelijk Instituut voor Epidemiologie

1 Probleemstelling

1.1 Inleiding

“Attitudegegevens van de Europese Unie en een Amerikaanse review wijzen uit dat de publieke opinie over geen enkele drug zo sterk verdeeld blijft als over cannabis. Die verdeeldheid heeft geleid tot een levendige maatschappelijke discussie, die onlangs nog werd gevoed door internationale ontwikkelingen met betrekking tot de beschikbaarheid en het gebruik van cannabis, vooral door de aanpassing in de wetgeving die in heel wat landen is doorgevoerd.” (EMCDDA, 2014; Szaflarski & Sirven, 2017) Attituden worden beïnvloed door cultureel bepaalde normen, maar helaas soms ook met vooroordelen die samen hangen met onvoldoende kennis. (Uritsky, McPherson & Pradel, 2011)

Door het “normaliseren” van cannabisgebruik, worden de risico’s die het met zich meedraagt vaak niet gerealiseerd. Er kan gesproken worden over een kennistekort met grote gevolgen (zie 1.5). Cannabisgebruikers zijn wel ervaringsdeskundigen, maar ze beschikken niet steeds over correcte informatie omtrent de potentiële gevolgen van cannabis waardoor ze het gebruik gaan banaliseren. Ouders zijn eveneens slecht geïnformeerd en weten niet waar ze terecht kunnen. Het probleem wordt niet met anderen besproken omdat ouders zich voor het gebruik van hun kind schamen. (Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), 2008, Vlaams expertisecentrum voor alcohol en drugs (VAD), 2010)

Ook bij verpleegkundigen wordt een kennistekort vastgesteld omtrent cannabisgebruik en -behandeling. Vooral in de eerstelijns- en tweedelijnszorg komt dit tot uiting. Dit terwijl vroegtijdige screening en bijsturing vooral plaatsvindt op deze niveaus. In de eerste lijn werd vastgesteld dat huisartsen vaak aangaven dat ze geen tijd en interesse hebben in het opvangen van cannabisproblematiek. Verpleegkundigen rapporteerden dan weer dat ze te weinig kennis en vaardigheden hadden in verband met deze problematiek. Ze voelden zich ook niet bevoegd om op te treden of door te verwijzen en nemen een afwachtende houding aan. Indien verpleegkundigen een regelmatige gebruiker kenden, stelden de onderzoekers een actiever optreden vast. (Norberg et al., 2012) Het is duidelijk dat naast kennis en vaardigheden ook attituden een belangrijke invloed hebben in de verslavingszorg. (Uritsky, McPherson & Pradel, 2011)

In een ander onderzoek wordt bevestigd dat gezondheidsmedewerkers screening en interventie bij drugsmisbruik vermijden. Ze halen hiervoor de volgende redenen aan: tijdsgebrek, het gevoel niet competent of vaardig te zijn in het verlenen van gepaste begeleiding en vrees dat ze op weerstand en verzet zullen stuiten bij de cliënt. (WGO, 2010) In het boek ‘Verslaving en verpleegkundige praktijk’ wordt verder aangehaald dat er in de verpleegkundige opleiding te weinig aandacht gaat naar het verslavingsprobleem. (Loth, Rutten, Huson-Anbeek & Linde, 2017) Dit wordt bevestigd in het boek ‘Verpleegkundige standaarden van zorg bij verslavingspsychiatrie’. (Loth, Slee, & Van de Peppel, 2012) Zo blijken verpleegkundigen ook niet steeds goed geïnformeerd over de aanpassingen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM) omtrent cannabisafhankelijkheid. (Katz et al, 2014)

Nochtans komt cannabismisbruik en -afhankelijkheid veel voor (zie 1.3) en zijn er veelvuldige effecten op fysisch, psychisch en sociaal vlak (zie 1.5). Daarom is vroegtijdige preventie, screening en een gepaste behandeling (zie 1.7) nodig om het gedrag in verband met cannabis bij te sturen. In onderzoeken (zie 1.5) wordt duidelijk aangetoond dat het regelmatig gebruik van cannabis vooral bij adolescenten psychosociale problemen zoals depressie, paranoia, psychotische problemen, schizofrenie, concentratie- en leerproblemen ... in de hand kan werken of versterken. (Drugslijn.be; Smolkina et al. 2017) Bij de groep van 18-25 jarigen zijn er ook zichtbaar meer hersenafwijkingen aangetoond en blijkt er een groter risico op het ontstaan van afhankelijkheid/verslaving. (Meier, et.al., 2012) Het risico op gezondheidsproblemen neemt toe met de mate van cannabisgebruik. (Heyndrickx, 2016)

Vermits cannabisgebruik kan leiden tot afhankelijkheid, treden bovendien bij onthouding ontweningsverschijnselen op. Deze zijn vooral zichtbaar op vlak van stemming en gedrag. Psychotische reacties en zelfdoding komen regelmatig voor. Het geslacht, hoeveelheid van gebruik en verscheidene erfelijke en omgevingsfactoren bepalen het risico op afhankelijkheid en de ernst van de ontweningsverschijnselen en hoe deze zich uiten (bv. vrouwen vertonen meer fysieke verschijnselen). (Bonnet & Preuss, 2017)

Cannabis is in Europa doorgaans in twee vormen verkrijgbaar, als marihuana (wiet) en als hasj (cannabishars). In beide vormen wordt het gewoonlijk samen met tabak gerookt, wat het risico op gezondheidsschade nog verder vergroot. (EMCDDA, 2016) Nieuwe trends veroorzaken nieuwe bedreigingen. Zo zijn er nieuwe productietechnieken voor cannabis die een uitwerking hebben op de sterkte van zowel cannabishars als bladeren. (EMCDDA, 2017) Het gemiddelde gehalte aan tetrahydrocannabinol (THC) is de laatste tien jaar bijna verdubbeld. (EMCDDA, 2016)

Omwille van de hoge prevalentie bij de groep van adolescenten (15 – 24 jarigen) blijkt het opnamepercentage omwille van cannabis het hoogst te zijn in deze groep. (Heyndrickx, 2016) De cannabis gerelateerde spoedgevallen nemen in sommige landen (Tsjechië, Denemarken, Spanje) toe, vooral bij jonge mannen. Vaak zijn deze gevallen gerelateerd aan de combinatie met alcoholvergiftiging. Verschijnselen die zich dan kunnen voordoen zijn o.a. psychose of psychotische verschijnselen en angstaanvallen. (EMCDDA, 2014)

Van de personen die voor de eerste keer in behandeling gaan, ligt het percentage beduidend hoger voor cannabis dan voor andere drugs. (EMCDDA, 2017) De eerste stap in de hulpverlening is vaak het bezoek bij de huisdokter. Voor de niet-dagelijkse gebruikers en gebruikers jonger dan 15 jaar blijkt een dergelijke korte interventie het kennistekort te verhelpen en dit heeft dan weer een positieve en preventieve invloed op het gebruik. Voor veelgebruikers blijken daarentegen bijkomende andere strategieën nodig zoals opname in gespecialiseerde instellingen en langdurige motiverende therapieën. In het bijzonder voor deze groep spelen verpleegkundigen een belangrijke rol in de begeleiding. Een effectieve begeleiding lukt alleen maar indien verpleegkundigen zelf voldoende kennis hebben over cannabisgebruik bij adolescenten en weten hoe ze dit best aanpakken. Uit onderzoek blijkt immers dat niet elke strategie leidt tot een verandering naar een 'leven zonder cannabis'. Het blijft natuurlijk altijd zorg op maat. Soms biedt een opname geen oplossing of werkt een opname zelfs bijkomende problemen in de hand (bv. andere verslavingen). Indien nodig moeten verpleegkundigen dan ook weten wanneer en naar waar doorverwezen kan worden. (Laporte et al., 2017) In het boek 'Verslaving en de verpleegkundige praktijk' wordt melding gemaakt van het feit dat gebruikers van de verslavingszorg maar matig tevreden zijn over de verstrekte zorg. (Loth, Rutten, Huson-Anbeek & Linde, 2017)

1.2 Definities

1.2.1 Cannabis

Hennep of zoals het beter bekend is cannabis, is een van oorsprong Aziatische plant, die vandaag overal ter wereld voorkomt. De plant bevat verschillende (meer dan zestig) chemische stoffen, cannabinoïden genaamd.

Delta-9-THC (tetrahydrocannabinol) is een van de cannabinoïden. Deze stof heeft een psychoactieve werking. Cannabis behoort daarom tot de psychodysleptica. De hersenen worden beïnvloed, de waarneming wordt verstoord en er kan een stemmings- of bewustzijnswisseling ontstaan. Dit is een psychotroop effect: zowel de wijze van hoe een persoon zich voelt als het gedrag worden erdoor beïnvloed. Afhankelijk van welke onderdeel (hars, blad of stengel) van de plant wordt gebruikt, verschilt het THC-gehalte. Vrouwelijke planten bevatten meer THC dan mannelijke. De gedroogde en verkruimelde bloemtoppen van de vrouwelijke cannabisplant wordt marihuana of wiet genoemd. Wanneer de hars van de plant tot plakjes wordt geperst krijg je hasj. Dit is een iets zuiverder en sterkere vorm. Zowel hasj als marihuana worden overwegend gerookt (blowen) soms als stickie of in

groepsverband als joint. Soms wordt een waterpijp gebruikt. De nicotine van tabak vermindert het bewustzijnsverruimend effect. Hasj kan ook zonder vermenging met tabak gebruikt worden, maar brandt dan minder gemakkelijk. Hasj kan ook verwerkt worden in een (space)cake of een aftreksel. Indien het onder deze vorm gebruikt wordt, krijgt de persoon soms een hoge dosis THC binnen. Dit heeft te maken met het feit dat de hoeveelheid moeilijk te doseren is in een cake/drank of doordat je blijft eten/drinken tot het effect gevoeld wordt (pas na ongeveer een uur). Door de overdosering kunnen extreme gevoelens van angst, paniek, onlust en depressie ervaren worden ('flippen'). Het THC-gehalte varieert afhankelijk van het soort cannabis en de teeltwijze. De (Neder)wiet van Nederland bevat bv. een hoger percentage. (De Jong, De Haan & Van de Wetering, 2009; Maat, 1997; PDQ Interactive, 2017; Villa, 2018)

Een tweede belangrijk cannabinoïd is cannabidiol (CBD). Dit is een niet-psychootroop bestanddeel van cannabis waaraan de volgende eigenschappen worden toebedeeld: anti-epileptisch, ontstekingsremmend, sedatief en hypnotisch, neuroprotectief. In dat opzicht wordt deze stof actief onderzocht om ingezet te worden bij diverse aandoeningen zoals bv. epilepsie, spasticiteit en andere symptomen ten gevolge van multiple sclerose (MS), ziekte van Huntington, Alzheimer en andere chronische neurodegeneratieve ziekten, overactieve blaas, angststoornissen, autisme spectrum stoornis (ASS), attention deficit hyperkinetic disorder (ADHD), neuropatische pijn, neurologisch herstel na een traumatisch hersenletsel bv. beroerte ... Er is echter nog veel onduidelijkheid over de juiste werkingsmechanismes. Daarom wordt in ons land bv. cannabisolie nog niet wettelijk toegelaten voor medische doeleinden tot er meer evidentie omtrent is. "Alleen de spray Sativex, op basis van cannabis, mag worden gebruikt, vooral door MS-patiënten." (Cleemput, 2017; Dawals, 2017; De Jong, De Haan, & Van de Wetering, 2009; Khalil, 2012; PDQ Interactive, 2017; Seshata, 2014; Villa, 2018)

1.2.2 Misbruik

Gebruik van cannabis wordt misbruik als het leidt tot onaangepast gedrag (bv. onderpresteren op school, veel meer geld gebruiken zonder duidelijke besteding, onredelijk agressief gedrag zonder aanwijsbare aanleiding...). (Matthys, 2001) In DSM V worden de termen misbruik en afhankelijkheid samengevoegd tot één nieuwe DSM V-diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie ernstniveaus. Hoe ernstig een probleem is, hangt van aan hoeveel criteria iemand voldoet. Een cliënt die voldoet aan twee of drie criteria heeft een lichte stoornis in het gebruik van middelen. Vier tot vijf is matig en zes of meer wordt beschouwd als ernstig. De filosofie van het nieuwe handboek is dat een psychiatrische ziekte in alle tussenvormen bestaat. De term verslaving is vervangen door de diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen'. Verder is ook de term 'craving' toegevoegd. DSM V erkent nu ook dat cannabis kan leiden tot ontwenningverschijnselen.

1.2.3 Afhankelijkheid

De term afhankelijkheid en verslaving worden vaak als synoniem gebruikt. Afhankelijkheid kan zowel psychisch als fysisch zijn. Psychische afhankelijkheid heeft vooral te maken met de situaties die men linkt aan het gebruik van het product bv. een bepaalde activiteit samen met vrienden is gezelliger wanneer er ook een jointje kan gerookt worden. Wanneer er naast een psychologische afhankelijkheid ook een fysische afhankelijkheid is spreekt DSM V van 'verslaving'. Fysische afhankelijkheid gaat gepaard met tolerantie, craving (hunkering naar) en ontwenningverschijnselen. Bij frequent cannabisgebruik kan zowel psychische als fysische afhankelijkheid optreden. Verslaving heeft een eerder negatieve connotatie en daarom wordt in sommige bronnen eerder geopteerd om de term afhankelijkheid te gebruiken.

1.2.4 Verslaving

In DSM V is het woord verslaving vervangen door de diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen'. Een stoornis in gebruik van een middel is een problematisch patroon dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de

onderstaande kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden. (Katz et al., 2014)

“Beperkte controle:

- middel wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan bedoeld was;
- er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het middelgebruik te minderen of in de hand te houden;
- veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen, te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan;
- hunkering sterke wens of drang tot gebruik ('craving').

Sociale beperkingen:

- recidiverend middelengebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, thuis of op school;
- aanhoudend middelengebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door effecten van het middel;
- belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd.

Risicogebruik:

- recidiverend gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert;
- het gebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persistent of recidiverend lichamenlijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door het middel.

Farmacologische criteria:

- tolerantie;
- onttrekkingssymptomen.”

De American Psychiatric Association (ASAM) definieert verslaving als een chronische ziekte in de hersendelen die betrokken zijn bij het belonings- en motivatiesysteem. Deze stoornis uit zich in het pathologisch nastreven van beloning en/of verlossing door het gebruik van de substantie die deze verandering in de hersenen veroorzaakte. De gebruiker kan niet zonder de substantie (craving) en erkent de bijhorende gedrags- en interpersoonlijke problemen en de inadequate emotionele reacties niet die met gebruik en/of abstinentie gepaard gaan. Net zoals bij andere chronische ziektes kenmerkt verslaving zich door een afwisselend patroon van herstel en hervat. Zonder gepaste behandeling of engagement tot zelfmanagement zal verslaving progressief verergeren en kan het resulteren in volledige hulpbehoefendheid of zelfs voortijdig overlijden. (ASAM, 2018)

1.2.5 Tolerantie

Tolerantie is de noodzaak om bij herhaald gebruik de dosis op te drijven om hetzelfde effect te bekomen. Tolerantie is ten aanzien van THC aangetoond, tenminste bij gebruik van hoge doses. Bij mensen die niet regelmatig cannabis gebruiken of eerder in kleine hoeveelheden, lijkt zich weinig of geen tolerantie te ontwikkelen. Bij zware cannabisgebruikers kan soms eerder het tegenovergestelde worden vastgesteld, een negatieve tolerantie of sensitivatie: ze schijnen gevoeliger te worden voor de werking van THC. (EMCDDA, 2014)

1.2.6 Kennistekort

Kennistekort wordt omschreven als “onvoldoende kennis of psychomotorische vaardigheden in verband met gezondheidstoestand of behandelingsplan” (Carpenito et al., 2015) In de inleiding werd deze problematiek reeds geduid.

1.2.7 Adolescenten

“Adolescentie is de overgang in de ontwikkeling tussen de jeugd en volledige volwassenheid, hetgeen een periode representeert waarin een persoon biologisch, maar niet emotioneel volgroeid is. De leeftijden die beschouwd worden als onderdeel van de adolescentie verschillen per cultuur. In de Verenigde Staten beschouwt men adolescentie als beginnend rond 13 jaar en het duurt tot ongeveer 24 jaar. De Wereldgezondheidsorganisatie daarentegen definieert adolescentie als de periode van iemands leven tussen de 10 en 20 jaar. De Dikke Van Dale stelt dat een adolescent een jongere is van ca. 15 tot 20 jaar. In het model van identiteitsontwikkeling van Erik Erikson wordt de adolescentie beschouwd als de periode van ongeveer 14 jaar tot grofweg midden twintig.” (Adolescentie, 2018)

In de meeste onderzoeken m.b.t. druggebruik worden cijfers en feiten weergegeven voor verschillende leeftijdsgroepen. De groep van 15 – 24 jarigen kan daarbij beschouwd worden als de groep van adolescenten. (EMCDDA, 2017; Wetenschappelijk Instituut voor Epidemiologie (WIV), 2017)

Als ontwikkelingsfase kenmerkt de adolescentieperiode zich door het zoeken naar de eigen identiteit en de ontwikkeling van het zelfbeeld. Vaak spiegelen ze zich hierbij aan hun leeftijdsgenoten en zetten ze zich af tegen hun ouders. Gedragingen die hiermee gepaard gaan zijn: het zich conformeren aan de peergroep, experimenteren, uitdagen en discussieren. Gevoelens van onzekerheid en een wisselend gemoed horen er ook bij. (Matthys, 2001; Rogowska, 2015; Terry-McElrath et al., 2009)

1.3 Incidentie en prevalentie

België is een van de weinige landen in Europa die geen repetitief onderzoek uitvoert naar de prevalentie van het middelengebruik in de algemene bevolking. In de nationale WIV-gezondheidsenquête zitten wel enkele vragen over middelengebruik. (WIV, 2013) Naar adolescenten toe gebeuren in Vlaanderen wel regelmatige bevestigingen via allerlei schoolonderzoeken. Bij schoolgaande adolescenten (secundair onderwijs) loopt sinds 2000 jaarlijks de VAD-bevestiging. Verder wordt om de vier jaar de studie Jongeren en Gezondheid herhaald. Deze studie maakt deel uit van de internationale studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) die onder toezicht van het WGO wordt uitgevoerd. Daarnaast doet Vlaanderen mee aan het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Middelengebruik bij studenten hoger onderwijs wordt om de vier jaar onderzocht via de studie ‘In hogere sferen’. (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017)

1.3.1 Incidentie

Het laatste decennium is het cannabisgebruik volgens de WGO sneller gegroeid dan dat van cocaïne en opiaten. Sinds 1960 is de groei het snelste in de ontwikkelde landen van Noord-Amerika, West-Europa en Australië. (WGO, 2018)

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in Europa. Cannabis is goed voor ongeveer 38 % van de retailmarkt voor illegale drugs en vertegenwoordigt een geschatte waarde van meer dan 9,3 miljard euro (8,4 tot 12,9 miljard euro) per jaar. (EMCCDA, 2016) Het cannabismisbruik in Europa blijft in tegenstelling tot in Amerika, voorlopig stabiel. Dit beeld is echter niet overal hetzelfde. In een aantal landen met een overwegend lage prevalentie is een recente toename in het gebruik te zien. De verschillen tussen landen heeft o.a. te maken met andere levensomstandigheden, wetgeving, preventie, doorverwijzing en behandelingsaanbod. (EMCDDA, 2012, 2014, 2017). Zo tonen bv. recente statistieken aan dat het levenslang gebruik van cannabis bij Poolse jongeren tussen 15-24 jaar oploopt tot 30 %. (Malczewski, 2011)

Schattingen geven aan dat ongeveer 87,7 miljoen 15- tot 64-jarigen- Europeanen ooit (dit is minstens één keer) in hun leven cannabis gebruikt. Dit is één op vier (26,4%) van de Europese volwassenen. (EMCDDA, 2017; Lombaert, 2011) Volgens de EMCDDA zouden 23,5 miljoen Europese volwassenen van 15 – 64 jaar (7 %) in het afgelopen jaar cannabis

hebben gebruikt. Ruim 1 % of ongeveer 4 miljoen Europese volwassenen gebruiken (vrijwel) dagelijks (=op 20 of meer van de laatste 30 dagen) cannabis.

Ook in België vormt cannabis de 'populairste' illegale drug. In een bevraging van 2013 gaven 40 % van de studenten in het hoger onderwijs in Vlaanderen aan dat ze ooit cannabis gebruikt hebben. (VAD, 2016) De drug komt veel voor in het uitgaansleven: 59 % van de uitgaande jongeren in Vlaanderen gaf aan in 2012 dat ze ooit cannabis hebben gebruikt. (VAD, 2016) Cijfers van het VAD-onderzoek in 2017 toont dat de groep van uitgaanders 10 % dagelijkse gebruikers telt. Afhankelijk van de ernst van het gebruik kunnen dagelijkse gebruikers gerekend worden tot de groep van cannabismisbruikers of verslaafden. (VAD, 2017) Drieskens et al. toonde in 2015 aan dat cannabis de meest gebruikte illegale drug is in Vlaanderen. In 2013 gebruikte 0,4 % van de Vlamingen tussen 15 tot 64 jaar het afgelopen jaar cocaïne, 0,3 % opiaten en 0,4 % xtc of amfetaminen. Cannabis werd daarentegen door 14 % van die leeftijdsgroep gebruikt (17 % mannen, 11 % vrouwen). In 2001 (eerste bevraging) was dit nog 11 %. Er is dus wel degelijke een significante toename van de incidentie van cannabisgebruik. In absolute cijfers betekent dit dat 150 000 mensen cannabis gebruikten in 2013 in Vlaanderen. Het gebruik situeert zich vooral bij 15 – 24 jarigen (11 %) en 25 -34 jarigen (6 %). Mannen gebruikten dat jaar meer cannabis ten opzichte van vrouwen (4,5 % versus 2,5 %). (De Donder & Van Damme, 2016; Drieskens et al., 2015)

1.3.2 Prevalentie

Er zijn voor Vlaanderen geen cijfers voorhanden die aangeven hoeveel procent van de algemene bevolking problemen heeft met het gebruik van cannabis. (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017) Vanuit het onderzoek 'hogere sferen' kan wel voor studenten hoger onderwijs besloten worden dat 22 % van de laatstejaarsgebruikers van cannabis kampen met één of meer uitingen van problematisch gebruik. Deze conclusie werd genomen op basis van de gemeten DSM IV-criteria. Problemen die voorkwamen zijn: langer gebruiken dan voorzien, langer dan een week, niet met cannabis kunnen stoppen, werk- of studieverplichtingen niet nakomen door het gebruik van cannabis. Hoe vaker cannabis gebruikt werd, hoe groter de kans was op meervoudige problematiek. (Rosiers et al., 2014)

De prevalentie voor cannabis ligt in België vijfmaal hoger dan voor andere drugs. De Gezondheidsenquête van 2013 vermeldt dat 15 % van de Belgische bevolking van 15 tot 64 jaar zegt minstens één keer in hun leven cannabis gebruikt te hebben, terwijl 5 % cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden aangeeft (= "recent gebruik") en 2,6 % in de afgelopen 30 dagen '(= "huidig gebruik"). Onder de huidige gebruikers, gebruikt 21 % intensief cannabis, dit wil zeggen minstens op 20 van de 30 dagen (bijna dagelijks gebruik). De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst cannabis wordt gebruikt, is 18 jaar en 5 maanden bij de bevolking van 15 tot 64 jaar.' (Gisle, 2014)

De prevalentiecijfers van Europese studies geven een algemeen zicht op het profiel van de cannabisgebruiker. Er is inderdaad een toegenomen populariteit, vooral bij jongeren tussen 15 – 34 jaar; 17,1 miljoen van hen zijn gebruikers (13,1 %). Twee derde van de dagelijkse gebruikers behoren tot de groep van 15 – 34 jarigen. Drie vierde van deze groep zijn mannen. Ook Malczewski (2011) toont in zijn onderzoek aan dat het cannabisgebruik twee keer zo hoog is bij jongens (12.4 %) dan bij meisjes (6.8 %). (Rogowska, 2015) Hetzelfde fenomeen blijkt ook uit cijfers van het ESPAD. (ESPAD, 2015) Het verschil in gebruik van mannen ten opzichte van vrouwen uit zich vooral in intensievere en regelmatigere gebruikspatronen. (EMCDDA, 2014, 2017)

In het WIV Belgium Country Drug Report van 2017 staat dat een op de zes studenten in de Vlaamse gemeenschap en een op vijf in de Franse gemeenschap ooit cannabis gebruikt heeft op de leeftijd van 15-16 jaar. In de groep van jongeren van 15-24 jaar is het percentage vrouwen dat cannabis heeft gebruikt bijna gelijk aan het percentage mannen (respectievelijk 11 % en 14 %). Terwijl het percentage vrouwelijke gebruikers na deze leeftijd afneemt (4 % van de jonge vrouwen van 25-34 jaar), blijft cannabis nog populair bij mannen van 25 tot 34 jaar (13 %). Verder wordt cannabis meer gebruikt door de inwoners van

het Brussels Gewest (8 %) dan door de inwoners van het Vlaams (4 %) of het Waals Gewest (6 %). (WIV, 2017; Gisle, 2014) Bij de groep van 15 tot 34 jarigen zou zo'n 10,1 % cannabis gebruiken, een verhouding die vooral door mannen wordt omhoog gedreven (13,2 % mannen, 7 % vrouwen).

Jaarlijks gebeurt er in de Vlaamse scholen bij 12 tot 18 jarigen een bevraging rond alcohol, tabak en drugs door het VIGL in samenwerking met VAD (Vlaams expertisecentrum voor alcohol en drugs). Uit de resultaten blijkt duidelijk een stijgende trend. De cijfers tonen ook goed de scharnierleeftijd aan waarop jongeren overgaan tot cannabisgebruik. In de 1^e graad secundair maakt cannabis is het cannabisgebruik eerder beperkt, maar dat dit verandert in de loop van de 2^e graad. De meeste leerlingen blijken tussen de 15 en 16 jaar oud te zijn bij het roken van hun eerste joint, zo'n 70,5 %. (Vandamme, 2016)

1.4 Epidemiologie en morbiditeit

Uit diverse studies blijkt dat het aantal jongeren waarbij het gebruik van cannabis een probleem is geworden de afgelopen jaren is toegenomen. In vergelijking met bv. de trends bij alcoholgebruik en verslaving lijkt de verhouding hier extremer. Is er bij de verslavingszorg rondom alcohol sprake van enkele tientallen, bij cannabis is eerder sprake van enkele honderdtallen jongeren. Aangezien het gebruik in verhouding juist bij cannabis erg laag is, is dit een opvallende constatering. (EMCDDA, 2014; Wayne et al., 2011; Zwikker & Van den Berg, 2014)

Het risico op gezondheidsproblemen neemt ook toe met de mate van cannabisgebruik. Omwille van de hoge prevalentie bij de groep van adolescenten (15 – 24 jarigen) blijkt dat het opnamepercentage omwille van cannabis het hoogst is in deze groep. (Heyndrickx, 2016) De cannabis gerelateerde spoedopnamen nemen in sommige landen (Tsjechië, Denemarken, Spanje) toe, vooral bij jonge mannen. Dit heeft te maken met het beschikbaar zijn van hoger gedoseerde cannabisproducten. (Monte, Zane, & Heard, 2015) Vaak zijn deze gevallen ook gerelateerd aan de combinatie met alcoholvergiftiging. Verschijnselen die zich dan kunnen voordoen zijn o.a. psychose of psychotische verschijnselen en angst-aanvallen. (EMCDDA, 2014) Ook in België blijkt een derde van de nieuwe patiënten binnen de gespecialiseerde drughulpverlening in behandeling te zijn voor cannabis. In de gespecialiseerde drughulpverlening in Vlaanderen verdubbelde de laatste tien jaar het aantal nieuwe behandelingen voor cannabis. (VAD, 2017)

Van de personen die voor de eerste keer in behandeling gaan, ligt het percentage beduidend hoger voor cannabis dan voor andere drugs: 32 % cannabis, 10 % amfetamines, 19 % cocaïne, 23 % heroïne en 16 % andere. Opvallend is dat slechts een op vijf van de voor cannabis behandelde personen van het vrouwelijk geslacht zijn (18 %). (EMCDDA, 2017) Dit cijfer wordt bevestigd door het WIV Belgium Country Drug Report van 2017. (WIV, 2017)

1.5 Effecten van gebruik

Cannabis veroorzaakt als psychoactieve stof effecten die de gebruiker nastreeft zoals: slaperigheid, versterking van de euforische stemming, een vrijer associatievermogen, verhoogde gevoeligheid voor zintuigelijke waarneming en een verandering van de beleving van ruimte en tijd, een verhoogde fantasie, verhoogd libido, gevoel van ontspanning soms gepaard gaande met de slappe lach, het zwaar aanvoelen van de spieren ...

Er zijn echter ook een veelheid aan negatieve effecten zowel op lichamelijk, geestelijk als sociaal vlak. Het effect van cannabisgebruik is verschillend per persoon en hangt bovendien samen met de gebruikte hoeveelheid, de regelmaat, de plaats en het moment van het gebruik. Een opdeling naar acute en chronische effecten is daarom wenselijk.

1.5.1 Acute negatieve effecten

De acute gevolgen van cannabis zijn reeds langer gekend en worden hieronder weergegeven. (Amann et al., 2018; Atakan, Morrison, Bossong, Martin-Santos, & Crippa, 2018; Greydanus, Kaplan, Baxter, National Academies of Sciences, 2017; Matthys, 2001; Nevid et al., 2016; Patel, & Feucht, 2015; Villa, 2018; WGO, 2018):

- Er is aantasting van het **korte termijn geheugen en de concentratie** tot 48 uur na gebruik. Dit belemmert de cognitieve ontwikkeling en leermogelijkheden.
- De **psychomotorische prestaties** worden vertroebeld op diverse vlakken bv. motorische coördinatie, fijne motoriek, selectieve aandacht en waarneming, probleemoplossend vermogen en logisch nadenken, reactievermogen ... Uitvoerende taken, autorijden, het kunnen bedienen van complexe machines ... zullen daardoor gedurende 24 uur negatief beïnvloed worden na het roken van bv. 20 mg THC.
- Bij gebruik treedt een **veranderd tijdsbesef** op dat vaak gepaard gaat met **desinteresse en demotivatie voor andere activiteiten** en prestaties (werk, school, ...). Dit resulteert dan in problematisch 'spijbel- en verwaarlozingsgedrag' en onderpresteren op school. Ouders stellen vast dat de adolescent plots verandert van vriendenkring of de vriendenkring afschermt voor hen.
- Er kunnen tijdelijk **psychische stoornissen** optreden zoals: *paranoia, hallucinaties, angst, paniek en gemoedswisselingen*.
- Gebruik gaat samen met **vasodilatatie**. Dit uit zich door: posturale hypotensie en duizeligheid, tachycardie, hoofdpijn, *roodheid van het oogbindvlies, verwijde pupillen en wazig zicht*. Bij enkelen kan gebruik leiden tot een acute intoxicatie gepaard gaande met ernstige hypotensie, misselijkheid en zelfs braken, respiratoire depressie, ataxie, desoriëntatie, soms zelfs bewustzijnsverlies. Dit wordt bij gebruikers een **'white-out' of 'green-out'** genoemd. Deze toestand heeft meestal te maken met het gebruik van cannabis in combinatie met een aantal andere factoren zoals bv. alcohol, te weinig gegeten, te moe ...
- Andere fysiologische effecten zijn: **verminderde pijngevoeligheid, droge mond en het optreden van eetlustaanvallen**.

1.5.2 Chronische negatieve effecten

Bij dagelijkse gebruikers, die reeds op jonge leeftijd hiermee begonnen zijn, zijn zowel de fysische, psychische als sociale gevolgen niet te onderschatten. De gevolgen nemen progressief toe in aantal en ernst en ze worden hieronder weergegeven. (Amann et al., 2018; Bossong et al., 2012; Caulkins, 2016; Copeland & Swift, 2009; Fischer, Hill & Palastro, 2017; Horwood et al., 2010; Kuepper et al., 2011; Pope et al., 2003; Rehm & Hall, 2009; Solowij, 2010; VAD, 2015; WGO, 2018)

- **Cognitieve onomkeerbare veranderingen** blijken uit diverse onderzoeken. Het *korte termijn- en het werkgeheugen* verslechtert en de stofwisseling in het hersengebied striatum verandert. Dat gebied is betrokken bij de verwerking van informatie. In een internationale lange termijnonderzoek bij meer dan 1000 mensen die 25 jaar lang gevolgd werden tussen hun 13 en 38 jaar bleek dat wie vanaf jonge leeftijd regelmatig en voortdurend cannabis gebruikte een onomkeerbare *daling* was van het *intelligentiequotiënt* met 6 punten. Ook aandachts- en geheugenproblemen kwamen meer voor bij deze groep. Des te jonger dat men was begonnen met cannabis, des te schadelijker bleken de gevolgen. Dit is begrijpelijk aangezien de puberteit een kritieke periode is voor de ontwikkeling van de hersenen. Daardoor zijn adolescenten kwetsbaarder voor de negatieve gevolgen van cannabisgebruik dan volwassenen. Studenten die vroeg gestart zijn met cannabisgebruik presteren dan ook minder goed bij taken die concentratie, abstractie en verstandelijke flexibiliteit (probleemoplossend denken, inschatten van risico's) vragen. (Batalla et al., 2018; Bossong et al., 2012; Crane, Schuster, Fusar-Poli & Gonzalez, 2013; Fleming, 2010; Meier et al., 2012; Pope et al., 2003)
- **Een cannabis verslavingsyndroom** gekenmerkt door een verlies van controle over het cannabisgebruik, *tolerantie, craving, en ontwenningverschijnselen* ontwikkelt zich bij 15,3 % (of meer) van de adolescenten die dagelijks en

langdurig gebruiken. De volgende ontwenningssverschijnselen kunnen zich tot 20 dagen na het onthouden voordoen: onredelijk agressief gedrag zonder aanwijsbare aanleiding, angst, irritatie, nervositeit, rusteloosheid, nachtmerries, slapeloosheid, verminderde eetlust en gewichtsverlies. Alles draait om het gebruik en er wordt steeds meer geld gebruikt dan wenselijk voor het aanschaffen van cannabis. (Caulkins, 2016; Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016; De Jong, De Haan & Van de Wetering, 2009; Hall, 2015; Hall et al., 2016; Hasin et. al., 2015; Hasin, 2018; Matthys, 2001; Nevid, & et al., 2016).

- Daarnaast is er een **verhoogd risico op tabak en nicotine afhankelijkheid** (Ramo, Delucchi, Hall, Liu & Prochaska, 2013; Rubinstein, Rait & Prochaska, 2014) **en ander illegaal druggebruik**. Bijkomende verslavingen hebben te maken met het feit dat THC een wijziging veroorzaakt in het beloningssysteem van de hersenen. Dat wordt de 'Gateway-hypothese' genoemd (Ellickson et al., 2004; Villa, 2018)
- **Aantasting van het epitheel in de keel en de luchtwegen** door het langdurig roken van cannabis, waardoor er een *verminderde weerstand is tegen luchtweg-infectie en een toename van astma, chronische bronchitis, COPD en kanker*. Door een diepere inhalatie dan bij het roken van gewone sigaretten en het inhouden van de adem (vanuit het onjuiste geloof dat dit de THC-opname in de longen verhoogt), krijgt een cannabisgebruiker tot vijfmaal meer teer in de longen en kent hij een vijfmaal hogere opname van koolstofmonoxide. Het gecombineerd gebruik van tabak en marihuana houdt daarom een gecumuleerd risico in voor de gezondheid.
- Er is een negatief effect op de **foetale ontwikkeling**, het *geboortegewicht* en de *cognitieve functies* van het kind.
- **Toename van psychiatrische co-morbiditeit** door het aanscherpen van *schizofrenie, psychotische episodes en depressie*. (Villa, 2018; Hall, 2015; Nevid & et al., 2016; Niesink & van Laar, 2013)
- **Cardiale problemen** zijn mogelijk door het optreden van hypotensie en bij hoge dosis.
- **Totale desinteresse in het opnemen van rollen alsook verminderd libido**. Zowel in de familiale en school- of werkcontext doen zich heel wat problemen voor: financiële schulden, ziekteverzuim of afwezigheid op school of het werk, vermindering van de productiviteit, meer kans op arbeids- en auto-ongevallen, conflicten met belangrijke anderen ... (Amann et al., 2018; Bossong et al., 2012; Caulkins, 2016; Copeland & Swift, 2009; Fischer, Hill & Palastro, 2017; Horwood et al., 2010; Kuepper et al., 2011; Pope et al., 2003; Rehm & Hall, 2009; Solowij, 2010; VAD, 2015; WGO, 2018)
- Ook al kan geen enkel **overlijden** van de mens rechtstreeks worden toegeschreven aan een overdosis van THC, toch wordt steeds duidelijker dat de indirecte effecten van misbruik gelinkt zijn met bv. *zelfdoding in samenhang met depressie en psychose*. (EMCDDA, 2014, WGO, 2018) Cannabis is de ook meest vermelde drug bij *auto-ongevallen*. Indien minder dan 3 u voordien cannabis gebruikt werd, zou het risico op auto-ongevallen, wat al hoger is bij jongeren, verdubbelen. (Asbridge, Hayden & Cartwright, 2012)

1.6 Motieven en beïnvloedende factoren

Duidelijkheid omtrent mogelijke motieven en risico- of beschermende factoren die bepalend zijn bij het starten en/of blijven gebruiken van cannabis, maakt gerichte vroegtijdige preventie en behandeling mogelijk. (Niesink & van Laar, 2013; VAD, 2015)

1.6.1 Motieven

In de literatuur worden verschillende vragenlijsten gehanteerd om te peilen naar de motieven voor cannabisgebruik. (Blevins, Banes, Stephens, Walker, & Roffman, 2016a, 2016b) Algemeen worden zowel persoonsgebonden als socio-demografische motieven aangehaald. In bepaalde literatuur wordt ook het onderscheid gemaakt tussen directe en instrumentele motieven. (Rogowska, 2015)

De meest aangehaalde redenen (70 %) bij jongeren om cannabis te gebruiken zijn (Decorte et al., 2003; Nevid et al., 2016):

- ervaren van een goed gevoel;
- plezier ervaren met vrienden;
- conformeren aan de groep;
- verveling;
- relaxatie;
- om beter te kunnen genieten van muziek of van een film;
- om stoom af te blazen;
- ontspanning en slaapinductie;

Redenen die men aanhaalt maar meestal minder tot zelfs onbelangrijk vindt, zijn (Decorte et al., 2003; Nevid et al., 2016):

- de dag doorkomen;
- medische redenen;
- zich minder angstig voelen;
- depressies tegengaan
- beter kunnen communiceren;
- zich minder verlegen voelen;
- gezag uitdagen;
- vermoeidheid tegengaan onbelangrijk tot zeer onbelangrijk.

Daaruit leiden de onderzoekers af dat negatief geïnspireerde motieven voor de meeste cannabisgebruikers onbelangrijk zijn en dat de belangrijkste functies van het cannabisgebruik voor de meeste gebruikers te maken hebben met ontspanning, vrije tijd en sociale activiteiten met vrienden.

Uit onderzoek blijkt evenwel een verschil volgens het geslacht. Jongens gebruiken cannabis vooral om sociale en directe motieven (= het gebruik en het 'positief' effect op zich). Meisjes gebruiken eerder om instrumentele redenen om een bepaald doel te bereiken zoals bv. gemakkelijker contact leggen, het copen met stressvolle situaties enz. (Blevins et al., 2016a, 2016b; EMCDDA, 2014; De Schrijver, 2012; Lee et al., 2009; Terry-McElrath et al., 2009; Rogowska, 2015)

Er werden statistisch significante verschillen gevonden in leeftijd voor 4 variabelen. Cannabisgebruikers die meldden dat het gebruik van die drug in het afgelopen jaar hielp om opgetogen of euforisch te zijn of om te slapen waren beduidend ouder dan degenen die cannabis niet voor die doeleinden hadden gebruikt. Diegenen die cannabis hadden gebruikt om het vertrouwen op te krikken en te stoppen met piekeren waren jonger dan degenen die cannabis hadden gebruikt om andere redenen (Boys et al., 2001).

1.6.2 Risico- en beschermende factoren

Verschillende factoren voorspellen de start en de ernst van cannabisgebruik en de evolutie naar misbruik en afhankelijkheid bij jongeren. De onderstaande variabelen worden in de literatuur vermeldt.

- Incidenteel gebruik was meer gelinkt met de **beschikbaarheid, gebruik door peers en een meer positieve attitude ten opzichte van toekomstig druggebruik** waardoor de gebruiker zich de mogelijke gevolgen onvoldoende realiseert en regelmatig gebruik van legale drugs. (Niesink & van Laar, 2013; VAD, 2015)
- De typische **kenmerken van de adolescentie** is een risicofactor op zich voor initiatie tot cannabis. (Çağlar, 2017; Cohen & Kaal, 2001; Deblende, 2017; Decorte et al., 2003; Doremus-Fitzwater, Valinskaya en Spear, 2010; Kinable, 2008; Matthys, 2001; Oetting & Beauvais, 1987; Steinberg et al., 2008; Valinskaya, Vetter-O'Hagen & Spear, 2013)
 - De jongeren zijn op zoek naar hun *eigen identiteit*. Daardoor zijn ze gemakkelijker te beïnvloeden, willen ze experimenteren en 'erkend' worden door de peergroep. Omwille van onzekerheid en om erbij te horen gaan jongeren zich conformeren en samen experimenteren. De peer pressure blijkt het hoogst in de lagere jaren van het secundair onderwijs. Een logisch gevolg is

- dat het gebruik van cannabis hoger is indien jongeren verblijven in studentenhuisen. (Rogowska, 2015; Terry-McElrath et al., 2009)
- Jongeren ervaren tijdens hun adolescentie *veel veranderingen* op alle vlakken. Iedereen verwacht dat jongeren groeien op vlak van zelfstandigheid en dit veroorzaakt bij nogal wat jongeren stress en onzekerheid. Dat is een bijkomende reden waarom sommige jongeren starten met cannabis.
 - Andere jongeren beginnen met cannabis en roken omdat ze denken dat dit hen wereldwijd maakt en *volwassener laat lijken*. In dit verband is de relatie met de ouders bepalend en dit zowel op vlak van normbepaling als ondersteuning. Tieners die een hechte familieband hebben, zijn minder geneigd om cannabis te gaan gebruiken (Ellickson et al., 2004) Sterker nog, een slechte band met het gezin of een gezin dat uiteenvalt is een belangrijke factor die het drugsgebruik in de hand werkt (Oetting & Beauvais, 1987).
 - Het is dan ook niet verwonderlijk dat cannabisafhankelijkheid samenhangt met vroegtijdige dood van **ouders** voor de leeftijd van 15 jaar, familiale geschiedenis (bv. psychiatrische stoornissen bij de ouders), een lage socio-economische toestand en gebruik van illegale drugs. (Niesink & van Laar, 2013; VAD, 2015)
 - In sommige gevallen bv. in **stedelijke gebieden**, hebben jongeren eveneens een minder goed sociaal vangnet. De prevalentie van cannabisgebruik is daarom beduidend hoger in stedelijke gebieden. (Rogowska, 2015; Terry-McElrath et al., 2009) Jongeren gaan dan soms gebruiken om zich te verzetten tegen hun ouders en/of tegen de maatschappij in het algemeen. (Nevid & et al., 2016)
 - De factoren **gebruiksfrequentie, -intensiteit en -patroon** beïnvloeden in belangrijke mate de overgang naar cannabisafhankelijkheid. Het risico op afhankelijkheid en verslaving neemt toe naarmate grotere hoeveelheden geconsumeerd worden gedurende een langere tijd en vooral naarmate cannabis vaker gebruikt wordt.
 - Op jonge **leeftijd** (vr 16 jaar) starten met cannabisgebruik, geeft meer kans op een frequenter, hoger en levenslang gebruik en cannabisafhankelijkheid. (EMCDDA, 2014; Kinable, 2008)
 - In de literatuur wordt verder aangehaald dat initiatie van marihuana voor jongeren vaak start met het gebruik van **sigaretten en alcohol** en overgaat in het nemen van andere illegale drugs. (Ellickson et al., 2004). Gelijktijdig gebruik van cannabis met andere genotmiddelen (bv. tabak en alcohol) en/of andere psychische problemen verhogen het risico op afhankelijkheid. (Agrawal & Lynskey, 2009; EMCDDA, 2014; Kinable, 2008; Ream et al., 2008; Tu et al., 2008). Cannabisgebruik, -misbruik en/of -afhankelijkheid kwamen vaker voor bij de respondenten die aangaven dat ze ook rokers waren dan bij diegenen die niet regelmatig gebruikmaken van tabak. (Agrawal & Lynskey, 2009; Hammersley & Leon, 2006)
 - Uit onderzoek blijkt dat het **aantal en soort motieven** dat de gebruiker aanhaalt voor het gebruik van cannabis een goede indicator is voor regelmatig gebruik en afhankelijkheid. (Blevins et al., 2016a, 2016b)
 - Hoe *meer motieven* een persoon aanhaalt, hoe groter de kans op frequenter en hoger gebruik. (Terry-McElrath et al., 2009; Rogowska, 2015)
 - Gebruik omwille van het *copen met stressvolle situaties* zou een sterke rol spelen bij de evolutie naar misbruik en verslaving. Vaak is dit copinggedrag gelinkt met een eerder laag zelfbeeld. Dit 'instrumenteel' gedrag komt eerder voor bij meisjes. (Blevins et al., 2016a, 2016b; EMCDDA, 2014; De Schrijver, 2012; Lee et al., 2009; Terry-McElrath et al., 2009; Rogowska, 2015)
 - Lee et al. (2009) toont aan dat motieven zoals het zich willen ontspannen, ontsnappen aan verveling, het bekomen van gewijzigde waarneming en inzichten, het idee dat het een laag risico drug is en het bevorderen van slaap worden geassocieerd met een hoger gebruik ten opzichte van redenen zoals experimenteren en het gemakkelijk kunnen beschikken over de drug.
 - Op basis van een onderzoek van de motieven omtrent gebruik in combinatie met de 'self report substance use risk profile scale (SURPS) konden vier **persoonsongebonden kenmerken** worden geassocieerd met een verhoogd risico op gebruik/misbruik van cannabis namelijk: *angstgevoeligheid, introversie en hopeloos-*

heid, sensatiezucht en impulsiviteit. De angstgevoeligheid wordt voornamelijk geassocieerd met het conformeren aan wat verwacht wordt in een groep. Introversie en hopeloosheid vertoont een link met copingproblematiek. Sensatiezucht is gelinkt met een verhoogd gebruik. Impulsiviteit kan gelinkt worden met het al dan niet gemakkelijk beschikbaar zijn van het product. (Woicik, Conrod, Stewart & Pihl, 2009) De conclusie van dit onderzoek is dat gebruik van cannabis ook gerelateerd is aan omgevingsfactoren in combinatie met persoonlijke kenmerken.

Anderzijds zijn er **ook beschermende factoren** die ge(mis)bruik kunnen voorkomen. (Niesink & van Laar, 2013; VAD, 2015) Volgens Casselman & Kinable (2008) zouden volgende variabelen de nodige 'veerkracht' geven om met moeilijke ervaringen om te gaan:

- het zich onvoorwaardelijke aanvaard voelen;
- verbondenheid met gezin, school en buurt;
- positieve ouder-adolescentcommunicatie;
- zingeving;
- sociale vaardigheden;
- interne locus of control;
- eigenwaarde;
- humor.

1.6.3 Theorieën

In de literatuur worden linken gelegd met diverse theorieën over misbruik en afhankelijkheid van drugs. Deze theorieën worden hieronder kort toelichten. Algemeen wordt tegenwoordig evenwel aangenomen dat niet één paradigma (sociaal, neurobiologisch of psychologisch) verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek. Meestal gaat het om complexe interacties van een aantal mediërende factoren die leiden tot verslaving. (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017)

Een eerste theorie is de **biologische theorie**. Deze legt een link met neurotransmitters, het beloningssysteem en genetische voorbeschiktheid. Cannabis veroorzaakt namelijk meestal, net zoals andere drugs, plezierige effecten doordat ze de concentratie van dopamine in het genots- of het beloningscentrum in de hersenen verhogen. Bij langdurig gebruik zouden deze drugs beschadiging kunnen veroorzaken aan dit systeem waardoor de hersenen minder goed uit zichzelf dopamine kunnen vormen. Daardoor ervaart een chronisch gebruiker minder plezier in dagdagelijkse activiteiten die normaal ook dopamine vrijmaken (bv. lekker eten). Hierdoor wordt een chronisch gebruiker afhankelijk van cannabis om gevoelens van plezier te ervaren. Dit zou het intens hunkeren naar de cannabis (craving) bij onthouding en het afhankelijk zijn van het product kunnen verklaren. Volledige duidelijkheid is er nog altijd niet rond dit mechanisme. Wellicht spelen ook andere neurotransmitters zoals serotonine e.d. een rol. (De Jong, De Haan & Van de Wetering, 2009; Nevid et al., 2016) Wel is er reeds langere tijd geweten dat langdurig dagelijks gebruik resulteert in een verkleining van de amygdala en de hippocampus. (De Jong, De Haan & Van de Wetering, 2009) Indien er een familiegeschiedenis is van druggebruik hebben jongeren vier- tot achtmaal meer kans hebben op het ontwikkelen van een stoornis m.b.t. middelengebruik. Daarom is er de speculatie dat specifieke genetische invloeden een rol spelen bij het mechanisme van verslaving. Tot nog toe zijn deze genen die bepalen of iemand al dan niet verslaafd raakt nog gedetecteerd. Wel hebben onderzoekers de link gelegd tussen bepaalde genen en de werking van bepaalde neurotransmitters (bv. dopamine), Dit ondersteunt het idee van genetische voorbeschiktheid tot het ontwikkelen van verslaving. Een genetische voorbeschiktheid alleen leidt nog niet persé tot verslaving inducerend gedrag. Ook de omgeving speelt hierbij een rol. Meer en meer is er het inzicht dat verslaving te maken heeft met een samenhang tussen genen en andere sociale, culturele en psychische factoren. (Nevid et al., 2016)

Een tweede theorie kijkt naar verslaving vanuit **leerperspectieven**. Deze onderzoekers gaan er vanuit dat verslavingsgedrag grotendeels aangeleerd wordt. Bepaalde positieve gevoelens of effecten die een gebruiker systematisch ervaart bij gebruik van cannabis, leiden tot conditionering. Automatisch wordt het gebruik gekoppeld aan een positief effect

en dit kan dan leiden naar verslaving. Dit kan verklaren dat instrumentele motieven (bv. gebruik als copingmechanisme op spanning) meer risico op verslaving geeft (zie 1.6.2). Anderzijds kan het ervaren van negatieve gevoelens bij onthouding van het product leiden tot een negatieve bekrachtiging om terug te gebruiken. Daarnaast wordt het gebruik soms gelinkt met bepaalde beelden, situaties of omgeving. Ook hier treedt conditionering op wat het hunkeren (craving) naar het product in bepaalde omstandigheden kan verklaren. (Nevid et al., 2016) De definitie van verslaving die ASAM hanteert sluit aan bij deze theorie. (ASAM, 2018)

Een derde theorie gaat uit van **cognitieve perspectieven**. Het gaat dan vooral om de rol die verwachtingen spelen om over te gaan tot het gebruik. Bij jongeren worden de verwachtingen vaak sterk beïnvloed door de mening van hun groepsgenoten. (Nevid et al., 2016)

Een laatste theorie gaat uit van **sociaal-culturele perspectieven**. De normen en verwachtingen die leven in iemand zijn directe omgeving kunnen in die zin bepalend zijn om al dan niet over te gaan tot het gebruik van cannabis. Zoals beschreven hierboven spelen vooral de ouders, maar ook broers en zussen en vrienden daarbij een belangrijke rol (zie 1.6.2). (Nevid et al., 2016)

1.7 Interventies: preventie en behandeling

Gepaste maatregelen ter preventie en vroege signalering zijn belangrijk om de incidentie en prevalentie te verlagen. Çağlar (2017) haalt in zijn studie aan dat “hoewel het experimenteren passend is bij de ontwikkelingsfase van adolescenten, het middelengebruik schadelijke gevolgen heeft”. Op korte termijn draagt het bij aan een ongezonde leefstijl en op langere termijn kan het leiden tot ernstige gezondheidsproblemen (Kleinjan & Engels, 2010). Zo blijkt uit verschillende onderzoeken dat middelengebruik op jonge leeftijd niet alleen een belangrijke voorspeller is voor middelenmisbruik en verslaving op latere leeftijd, maar ook een risicofactor is voor het gebruik van meerdere middelen (Van Ryzin & Dishion, 2014). Daarnaast hangt middelengebruik samen met ander risicogedrag, psychische problemen en de verstoring van de hersenontwikkeling, allerhande sociale problemen zoals verminderde schoolprestaties, probleemgedrag zoals agressie, delinquentie en risicovolle seksuele gedragingen (Helseth, Samet, Johnsen, Bramness & Waal 2013; Malmberg, 2014) Daarom stelt hij dat het tegengaan van positieve attitudes ten opzichte van cannabisgebruik best zo snel als mogelijk wordt gestart.

1.7.1 Preventie

In de literatuur worden met betrekking tot cannabisgebruik/-misbruik zowel primaire, secundaire als tertiaire vormen van preventie beschreven. Preventie kan vele vormen aannemen zoals screening, informatieve sessies. Preventie kan zich ook toespitsen op het minimaliseren van de risicofactoren die leiden tot gebruik en het versterken van beschermende factoren. (Loth, Rutten & Van der Putten, 2014)

De **primaire preventie** bij schoolgaande adolescenten gaat onder meer om informatieve sessies en campagnes in de schoolomgeving, de lokale centra voor gezondheids promotie en de media. Het informeren over cannabis als product geeft echter geen garantie op preventie. Adolescenten worden soms juist uitgedaagd door de informatie om te gaan experimenteren. (Matthys, 2001) Uit een review blijkt dan ook dat het effect van dergelijke campagnes beperkt is, tenzij ze goed op elkaar afgestemd worden en in samenhang met andere interventies georganiseerd worden. Een combinatie van informatieve acties en sociale beïnvloeding vanuit het lessenpakket bijvoorbeeld levert betere resultaten en een afname van het drugsgebruik dan afzonderlijke acties. Benaderingen op dit gebied omvatten opleidingsprogramma's voor leraren, alsook maatregelen om de betrokkenheid van de scholieren te verhogen en een positief imago van de school uit te dragen. Andere preventie maatregelen zijn gericht op scholieren die aan hun zelfbeheersing en sociale vaardigheden willen werken, terwijl gezinsgerichte maatregelen tot doel hebben om de vaardigheden

van de ouders te verbeteren. Ook voor ouders wordt informatie voorzien, maar een gerichte individuele aanpak is tot nog toe beperkt. (EMCDDA, 2014; Faggiano, Minozzi, Versino & Buscemi, 2014; Ferri, Allara, Bo, Gasparrini & Faggiano, 2013; Jones et al., 2006)

De **secundaire preventie** betreft de vroege detectie van gebruik. Er zijn verschillende vormen van vroege detectie. Zo worden schoolgaande jongeren uit het secundair onderwijs systematisch elk jaar bevraagd op middelengebruik, gokken en gamen door het VAD. (VAD, 2015; Vandamme, 2016) Hierbij aansluitend worden er verschillende digitale hulpmiddelen aangeboden die jongeren informeren en helpen om het eigen gebruik te evalueren en bij te sturen (bv. zelftests van VAD en de drugslijn, de WGO zelfstopgids).

Er zijn ook ruimere initiatieven die kaderen in Europese projecten (o.a. EMCDDA). Zo wordt het rioolwater in België geanalyseerd op drugsgebruik. Dit geeft een indicatie over welke middelen er in een bepaalde regio gebruikt worden en in welke mate. Zo worden trends duidelijk en kunnen wijzigende gebruikspatronen en gebruikersgroepen geïdentificeerd worden. (Smet, 2013; Valkenhoef, 2015)

De **tertiaire preventie** betreft de aanpak van misbruik zodat de negatieve effecten worden voorkomen en het gebruik tijdig stopt. Zo wordt voorkomen dat de jongere evolueert naar afhankelijkheid en verslaving en/of overgaat naar polygebruik van drugs. Programma's die focussen op het aanleren van gedragsverandering in het dagelijkse leven, open communicatie omtrent gebruik, versterking van interpersoonlijke communicatie, begeleiding van introspectie en zelfreflectie omtrent de voor- en nadelen van gebruik (motieven) blijken positief te werken bij kwetsbare jongeren. (EMCDDA, 2018; Faggiano et al., 2014; Springer, et al., 2004) Verslaving aan cannabis blijkt immers niet alleen een omvangrijk probleem maar is, ondanks de 'liberale' attitude van jongeren, nog altijd voor velen omgeven met stigma's, vooroordelen en foute ideeën. Hierdoor wachten nogal wat gebruikers en ook de omgeving te lang om hulp te gaan zoeken bij verslavingszorg. Uit cijfers blijkt dat in totaal iets meer dan drie procent van de mensen met een verslavingsprobleem in behandeling is, een percentage dat veel lager ligt dan bij andere ziekten. Niet alleen stigma speelt een rol, ook het feit dat jongeren zich niet bewust zijn van de nadelige gevolgen op lange termijn van hun cannabisgebruik. Meestal zijn het de mensen in de omgeving die zich zorgen maken om het druggebruik en het veranderd gedrag van de jongeren. Zij trekken dan aan de alarmbel, niet de jongeren zelf. De jongeren zelf onderschatten vaak het probleem. Daarom is het belangrijk dat stigma's rondom verslaving worden doorbreken en juiste kennis vlot beschikbaar wordt gesteld zowel voor hulpverleners, hulpvragers, gebruikers als de omgeving. De inzet en betrokkenheid van ervaringsdeskundigen kan helpen hierbij zodat de drempel naar verslavingszorg verlaagd wordt. (GGz Nederland, 2008)

1.7.2 Behandeling

Naast preventie dient er ingezet te worden op een kwaliteitsvolle, (kosten)effectieve evidence based behandelingsaanbod, dat gericht is op herstelondersteunende zorg met het oog op (re-)integratie in het dagelijks leven, zonder cannabisgebruik. (Verslavingszorg, s.a.) Bijna in alle Europese landen verloopt het **herstelondersteunend** proces in twee fasen: het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie in het kader van het opmaken van een beoordeling van de situatie samen met de adolescent en het coachen van de adolescent om te komen tot gedragsverandering die leidt naar herstel zowel op fysisch, psychisch als sociaal/maatschappelijk vlak. (Lascaux & Phan, 2015; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017) Afhankelijk van de ernst van het misbruik kan een ambulante hulpverlening volstaan of is een residentiële opname in de tweede- of derde lijn nodig. De interventies moeten altijd afgestemd zijn op de individuele vraag en mogelijkheden van de cliënt. De behandeling start daarom altijd met een intake assessment, gevolgd door het opstellen van een behandelplan. Om herstelgericht te kunnen werken, is de eerste stap in het behandelproces vaak detoxificatie. Nadien kan pas effectief gestart worden met het proces naar gedragsverandering en sociale re-integratie. De meest effectieve technieken

om te komen tot gedragsverandering worden hieronder beschreven. (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017)

In zijn beleidsbrief 2017-2018 benadrukt Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, het belang van zowel de nulde (mantelzorgers, zelfhulpgroepen en vrijwilligers) als de eerste lijn. (Vandeurzen, 2017) In **de eerste lijn** wordt in België en andere landen veelal gebruik gemaakt van **ASSIST-gebonden interventies** bij cannabismisbruik. De verpleegkundigen in de eerste lijn zijn ideaal geplaatst om de screening uit te voeren en het adviesgesprek te starten. Cliënten geven aan dat ze vertrouwen hebben in eerstelijns werkers en dat ze verwachten dat ze hen helpen in het behoud van hun gezondheid in de brede zin van het woord. Vaak is er reeds een goede vertrouwensband zodat ook het gevoelig onderwerp van cannabisgebruik aan bod kan komen. (WGO, 2010) Gebruikers kunnen gescreend worden aan de hand van de ASSIST. Dit is een digitale tool waarmee de risicoscores van de gebruiker bepaald worden. De scores worden automatisch opgetekend in een ASSIST-feedback document. Op basis hiervan vraagt de gezondheidsmedewerker of de gebruiker geïnteresseerd is om de behaalde score samen te bespreken. Op die manier is het mogelijk om een niet-confronterend gesprek te starten met de gebruiker. Deze ASSIST-gebonden korte interventie duurt gemiddeld genomen 3 tot 15 minuten en blijkt een succesvolle manier om gebruikers, in het bijzonder deze met een middelmatig risico, inzicht te laten verwerven om vervolgens te komen tot een verandering in hun gebruik. Onder gebruikers met een middelmatig risico verstaat de WGO personen die niet afhankelijk zijn, maar cannabis gebruiken op een manier die schade toebrengt op de volgende vlakken: gezondheid, sociaal, wettelijk, dagelijks leven en werk, financieel. Tijdens deze sessie wordt informatie gegeven over mogelijke effecten en wordt een informatiebrochure meegegeven om thuis te bekijken. Bij een hoog risico kan deze korte interventie een aanzet zijn om de gebruiker te laten inzien dat behandeling in een gespecialiseerde dienst nodig is. Bij een hoog risico zal steeds ook informatie gegeven worden voor doorverwijzing. Samengevat worden in de ASSIST-gebonden interventie tien te volgen stappen beschreven. De eerste vijf stappen kunnen uitgevoerd worden bij een kortere interventie van drie minuten. **De stappen zijn de volgende** (WGO, 2010):

- Vraag aan de cliënt of hij geïnteresseerd is om zijn score te zien.
- Voorzie gepersonaliseerde feedback naar de cliënt over zijn score aan de hand van de ASSIST-feedback kaart.
- Geef advies over hoe het risico verbonden met het cannabisgebruik verminderd kan worden.
- Laat de cliënt toe om de uiteindelijke verantwoordelijkheid te nemen voor zijn keuzes.
- Vraag de cliënt hoe bezorgd hij is over zijn score.
- Weeg de voordelen van het gebruik af tegen
- De nadelen van het middelengebruik. Overtuig tot verandering door samen met de cliënt de voordelen en de nadelen van het middelengebruik af te wegen.
- Vat de vaststellingen van de cliënt over zijn middelengebruik samen, reflecteer erover en leg hierbij de nadruk op de nadelen.
- Vraag aan de cliënt hoe bezorgd hij is over de nadelen.
- Geef de cliënt 'take home materialen' mee om de korte interventie te ondersteunen.

De ASSIST-gebonden interventie is gebaseerd op het **FRAMES-model** en de motiverende gespreksvoering (zie 3.3). Uit onderzoek blijkt dat cliënten na een dergelijke interventie een beduidend lagere score hebben na drie maanden in vergelijking met de controlegroep die geen interventie ontving. (WGO, 2010) Hester en Miller ontwikkelden het FRAMES model voor de behandeling van alcoholici. Dit model wordt nu in bijna alle korte interventies bij drugmisbruik gebruikt omdat het zijn nut reeds bewezen heeft. (Hester & Miller, 1995) FRAMES is een letterwoord dat staat voor de motiverende basisprincipes die systematisch gehanteerd worden in dit model: feedback, responsibility, advice, menu of options, empathy, self-efficacy

- Geef *feedback* over de risico's en de negatieve gevolgen van het gebruik en beluister de reactie van de cliënt hierop.
- Benadruk de *eigen verantwoordelijkheid* van de gebruiker bij elke beslissing die hij neemt omtrent het druggebruik.

- Geef *eerlijk en onverbloemd advies* over verandering van het druggebruik.
- Geef de cliënt een aantal *keuzes* waaruit hij zelf moet kiezen zodat hij zich medeverantwoordelijk voelt in het beslissingsproces (*shared decision-making*).
- Wees *empathisch, respectvol en onbevooroordeeld*.
- Druk je *geloof en optimisme* uit over de mogelijkheden van de cliënt om zijn gebruiksgedrag te wijzigen.

De volledige versie van de ASSIST, de antwoordkaart en de feedbackkaart inclusief informatie over een kortdurende interventie is terug te vinden op de WGO en de VAD website.

De motiverende technieken van het FRAMES model kunnen perfect geïntegreerd worden in de motiverende gespreksvoering. **Motiverende gespreksvoering** (MGV) wordt in alle benaderingen van verslaving gebruikt. MGV bevat elementen uit de cognitieve therapie, de client-centered

therapie, de systeemtheorie en het sociaalpsychologisch denkkader. (De Donder, 2004) Deze gespreksvoering bevat specifiek ontworpen strategieën om de motivatie tot verandering bij cliënten te verhogen door hen aan te spreken over de ambivalentie tot verandering. Er zijn namelijk drie belangrijke aspecten in verband met de motivatie tot verandering namelijk: willen veranderen, kunnen veranderen en klaar zijn om te veranderen. Bij het willen veranderen gaat het om het afwegen van de voor- en nadelen van de gedragsverandering. Kunnen veranderen veronderstelt het hebben van voldoende vaardigheden en vertrouwen dat het lukt om te veranderen. Klaar zijn om te veranderen is dat de omstandigheden geschikt zijn en dat verandering dus haalbaar is voor de persoon. Bij MGV richt de hulpverlener zich op het vergroten van zowel de wil van de cliënt tot veranderen, diens vertrouwen en de vaardigheid om te veranderen, als het klaar zijn om de verandering in gang te zetten. Als hulpverlener ondersteun je de cliënt bij het overdenken van zijn situatie, zijn motieven en zijn mogelijkheden tot verandering. De cliënt wordt daarbij uitdrukkelijk aangesproken op zijn verantwoordelijkheid. Er wordt vooral nadruk gelegd op de mogelijkheden die de cliënt zelf heeft tot het maken van keuzes. Samenwerking met en begrip voor de cliënt zijn daarbij essentieel. (Zie ook 3.3) (Abdolrahimi, Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Ebadi, 2017; Blevins et al, 2018; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014)

In de tweede- of derde lijn vindt in eerste instantie **detoxicatie** plaats. Nadien kan pas gestart worden met de individuele begeleiding naar herstel. In de derde lijn vindt gespecialiseerde zorg plaats en een meer langdurige begeleiding. Belangrijk is dat er actief aan de slag gegaan wordt met de gebruiker en dat bij ontslag uit een residentiële setting reeds een eerste ambulante afspraak of een contact met eerstelijnsopvang vastligt voor opvolging (continuïteit). Dit is erg belangrijk om terugval te voorkomen. Ambulant blijkt een intensieve benadering (minimum eenmaal per week en meer dan vier sessies over langere tijd, meer dan een maand) meer effect te verzekeren ten opzichte van minder intensieve programma's. (Laporte, C., et al. 2017; WGO, 2010)

Naast het symptomatisch herstel, wordt er gestreefd naar een herstel in het functioneren en in het (her)opnemen van betekenisvolle rollen. Een dergelijk zorg vraag interdisciplinaire samenwerking over de verschillende zorgniveaus heen, waarbij de gebruiker zelf ook partner in de zorg wordt. Via shared decision making wordt een gedrag-veranderende therapie op maat van het individu afgesproken. (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017) In zijn visietekst van 2015 'Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem', hanteert Vandeurzen de volgende definitie voor herstel: "Herstel van verslavingsgedrag en eraan gerelateerde problemen is een individueel proces van positieve verandering op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling. Herstel is een dynamisch proces dat bepaald wordt door persoonlijke keuzes en verantwoordelijkheden en steun vanuit de ruime omgeving." (Vandeurzen, 2015) "De visietekst vormde de basis voor een conceptnota en een 'Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019' opgesteld door de Vlaamse regering in 2016. (Vlaamse regering, 2016a; Vlaamse regering, 2016b) Leamy et al. (2011) besluiten op basis van uitgebreid literatuuronderzoek dat vijf elementen de basis vormen van goede praktijken die herstel ondersteunen. Ze vatten deze elementen samen in het letterwoord

CHIME. Dit letterwoord staat voor: connectedness, hope, intity, meaning, empowerment. Verbondenheid (connectedness) door respect en aanvaarding te voelen, hoop, zingeving (meaning) en autonomie (identity) zijn de basisbehoeften die voldaan moeten zijn om tot autonome of interne motivatie te komen bij een cliënt. Empowerment is nodig voor het ontwikkelen van bepaalde vaardigheden om blijvende gedragsverandering te bekomen.

In diverse onderzoeken wordt aangeraden om in de tweede- en derde lijn meerdere therapievormen tezamen (= eclectische therapie of **integrale psychotherapie**) te gebruiken. Er worden dan principes en concepten van verschillende psychotherapeutische vormen (bv. CGT en systeemtheorie) gebruikt om tot een herstel te komen. (Nevid et al., 2016; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017) Een toenemend aantal landen, waaronder ook België bv. in 'De Sleutel', biedt daarom verschillende specifiek op cannabis gerichte behandelingen aan, waarbij het huidige beschikbare bewijsmateriaal het gebruik van een **combinatie van positief gerichte cognitieve gedragstherapie (CGT)** (met onder meer *acceptance and commitment therapy (ACT)*, en *contingency management (CM)*, **motiverende gespreksvoering** (zie p. 22 en zie 3.3) **en multidimensionele familie therapie** ondersteunt. Deze gecombineerde benadering heeft statistisch positief effect op:

- therapietrouw en het volledig doorlopen van het begeleidingstraject;
- afbouw gebruik van cannabis;
- abstinentie (geen gebruik de laatste 30 dagen);
- vermindering van afhankelijkheidssymptomen;
- vermindering cannabis gerelateerde problemen.

(Cooper, Chatters, Kaltenthaler, & Wong, 2015; Gates, Sabioni, Copeland, Le Foll & Gowing, 2016; Hogue et al., 2014; WGO, 2010; Verslavingszorg, s.a.; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017; De Jong, De Haan & Van de Wetering, 2009)

Acceptance and commitment therapy wordt meermaals gebruikt in combinatie met motiverende gespreksvoering. ACT is een positief gerichte vorm van gedragstherapie die de nadruk legt op de directe leefomgeving, de eigen beleving en de herkenning en aanvaarding van de interne processen die verband houden met het cannabismisbruik. (Nevid et al., 2016; Thurstone, Hull, Timmerman & Emrick, 2017) Wat helpt is het onbevooroordeeld bespreekbaar maken van de beïnvloedende factoren bij het al dan niet gebruiken van cannabis (zie 1.6.2). Het versterken van de veerkracht van de gebruiker om te komen tot een persoonlijk herstel en onafhankelijkheid van cannabis is essentieel. Om dit te bereiken moet de patiënt als partner in de zorg worden benaderd en moet er vraaggestuurd gewerkt worden. De huidige tendens in de gezondheidszorg is dat gezondheidswerkers rekening houden met deze aspecten en via *shared decision making* komen tot effectief zelfmanagement bij chronische ziekten. Ook bij zorgvragers met cannabisverslaving blijkt dit de meest effectieve methode te zijn om op lange termijn tot gedragsverandering te komen. (Friedrichs, Spies, Härter & Buchholz, 2016, Stolp, Schouten, Den Boer, & Zegers, 2017)

Contingency management sluit eveneens aan bij CGT. Het onderliggend principe van CM is gebaseerd op het bekrachtigend effect van cannabis op korte termijn. Bij probleemgebruikers is abtinent zijn een gedrag dat echter niet gevolgd wordt door een beloning en daardoor minder frequent gekozen wordt. Bij CM wordt daarom gedurende bv. een periode van bv. 12 weken een beloning gegeven voor vooraf afgesproken, gewenst en haalbaar gedrag. Indien de beloning voldoende groot is en toeneemt bij elk opeenvolgend drugvrij urinestaal, ontstaat er ambivalentie tussen oud, ongewenst gedrag (misbruik) en nieuw, gewenst gedrag (gebruik stoppen). Abstinentie wordt op die manier een aantrekkelijk alternatief waar frequenter voor gekozen wordt. (De Neve & Keymeulen, 2009)

Naast de individuele therapie blijkt het betrekken van de context van de gebruiker cruciaal. Dit sluit aan bij de holistische benadering en is gebaseerd op de systeemtheorie. Zeker bij jonge cannabisgebruikers kan het gebruik niet los gezien worden van zijn omgeving (zie ook 1.6.2) en daarom wordt *multidimensionele familie therapie* vermeld als een zinvolle aanvullende benadering. Positieve ondersteuning van de directe omgeving van de jongeren bij de gedragsverandering is noodzakelijk om op lange termijn effect te sorteren. Vaak zorgt een stukgelopen of afwezige communicatie tussen jongeren en ouders voor een struikelblok om in een open gesprek (sfeer van vertrouwen) met elkaar over cannabis te praten.

Bij ouders is ook vaak een kennisgebrek omtrent cannabis. Professionele ondersteuning is in dat geval absoluut nodig. Er wordt aangeraden om de ouders minimum eenmaal per maand in de bespreking te betrekken. (EMCDDA, 2014; Gates, McCambridge, Smith & Foxcroft, 2006; Jordaens, 2014; Lascaux & Phan, 2015; Liddle, Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum., 2008; Nevid et al., 2016) Een multidimensionale familiebenadering samen met individuele therapie blijkt statistisch tot betere resultaten te leiden dan individuele therapie alleen en dit op vier vlakken (Rigter et al. 2012; EMCDDA, 2014):

- frequentie van gebruik;
- de prevalentie van cannabis misbruik tot 12 maanden later;
- afhankelijkheidssymptomen;
- therapietrouw.

In dezelfde lijn blijkt de **peer-based aanpak** eveneens een positief effect te hebben vooral bij jongeren met cannabisgebruik. Je kan het in feite vergelijken met groepstherapie. De gebruiker ervaart dat hij niet alleen worstelt met deze problematiek. In groep kunnen ervaringen worden uitgewisseld en kan geleerd worden van elkaars vaardigheden om op zwakke momenten neen te zeggen tegen cannabis. Door onder begeleiding in gesprek te gaan met elkaar houden gebruikers als het ware een spiegel voor en worden zo de redenen van gebruik/misbruik blootgelegd. Ondanks deze voordelen voelen sommige gebruikers zich niet geroepen om hun problemen in groep te bespreken en kiezen sommigen voor een meer individuele begeleiding. (Mason, & et al., 2015; Nevid, & et al., 2016) Meer en meer worden daarom ook online tools aangereikt aan drugsgebruikers om te komen tot zelfinzicht om zo het eigen gedrag bij te sturen. De online chat met een professionele psychotherapeut, in combinatie met een online dagboek met wekelijkse gepersonaliseerde geschreven feedback gebaseerd op CBT/MI, blijkt het meeste effectief. (Hoch et al., 2016)

Om een bestendinging te krijgen van resultaten op langere termijn en terugval te voorkomen zijn continuïteit en follow up erg belangrijk na elke vorm van behandeling. (EMCDDA, 2014) **Interdisciplinaire samenwerking en geïntegreerde zorgverlening** zijn noodzakelijk. Er moet immers op diverse vlakken de nodige hulp aangereikt worden om te komen tot volledig herstel en maatschappelijke re-integratie. (NVKVV direct, 2016) Van de cliënten die in 2012 in Europa in gespecialiseerde behandeling gingen, was namelijk 47 % werkloos en had bijna 9 % geen vaste woon- of verblijfplaats. "Er is bij deze groep ook vaak sprake van een laag opleidingsniveau. Door hun kans op tewerkstelling te verhogen kunnen cliënten die voor hun drugsprobleem in behandeling zijn sneller re-integreren in de maatschappij. De kans op tewerkstelling van een persoon hangt af van zijn kennis, vaardigheden en houding, de manier waarop hij deze zaken gebruikt en de richting waarin hij werk zoekt. Dit kan onder meer bereikt worden door een op kansarmen gericht ondersteuningssysteem op te zetten dat tot doel heeft om de kloof tussen langdurige werkloosheid en de arbeidsmarkt te dichten. Hoewel maatschappelijke re-integratie van drugsgebruikers als hoofddoelstelling van de nationale drugsstrategieën wordt genoemd, zijn er tussen de landen aanzienlijke verschillen met betrekking tot het aanbod van deze interventies." (EMCDDA., 2014; Dupont et al., 2015; verslavingszorg, s.a.)

1.8 Strategieën omtrent aanpak verpleegkundig kennistekort en gedragsverandering

In de wetenschappelijke literatuur wordt meermaals aangehaald dat verpleegkundigen onvoldoende kennis hebben over verslavingsproblematiek en de meest effectieve interventies in casu motiverende gespreksvoering. Zij tonen ook een zekere terughoudendheid om een voortrekkersrol te spelen in deze problematiek. Nochtans wordt van elke zorgbeoefenaar (dus ook van verpleegkundigen) verwacht dat zij over de nodige kennis (blijven) beschikken. In de toekomst zal de verplichting tot verder professionalisering wellicht wettelijk vastgelegd worden. Een van de speerpunten bij de hervorming van het KB 78 is namelijk de erkenning van zorgbeoefenaars op basis van verworven en onderhouden bekwaamheden. "In de toekomst zullen zorgverleners hun bekwaamheid, en eventueel hun specialisatie, moeten kunnen aantonen en onderhouden door voortgezette vorming. Een **professionele identiteitskaart (portfolio)** moet de bekwaamheden van de zorgverleners garanderen en de mogelijkheid geven die te controleren om zo te komen tot een betere

kwaliteit van zorg. Diagnose, behandeling en preventie moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn door in te zetten op Evidence Based Practice.” (NVKVV direct, 2016; De Cuyper, 2018)

Gekende **leertheorieën** kunnen gebruikt worden voor zowel het begrijpen en leren van nieuwe kennis, vaardigheden als attitudeverandering. Alhoewel verschillende leertheorieën waardevol zijn en complementair een onderbouw kunnen geven om tot gedragsverandering te komen, sluit de humanistische theorie het meest aan bij MGV en de principes kunnen daarom toegepast worden bij het uitrollen van een trainingsprogramma. Hieronder volgt een overzicht van de leertheorieën. (Aliakbari, Parvin, Heidari, & Haghani, 2015)

- Gedragstheorie baseert zich vooral op oefening en herhaling van het geleerde door positieve bekrachtiging. Het probleem daarbij is dat er niet uitgegaan wordt van interne motivatie.
- Cognitieve-sociale leertheorieën geven aan dat ‘het instuderen als papegaaien door herhaling’ niet werkt. Zij zeggen dat leren gecombineerd moet worden met het begrijpen en dat het moet overeenstemmen met eerdere ervaringen of bestaande kennis zodat men bewust wordt van de waarde van het nieuwe. Zij gaan er vanuit dat er vooral geleerd wordt door observatie.
- De constructivisten gaan er vanuit dat de beste trainingsmethode gebaseerd is op het ontdekkend leren.
- De humanisten baseren zich op de Maslow theorie waarbij zelfactualisatie een van de belangrijke behoeften is van een mens. Leren komt dus neer op het **stimuleren van het groeipotentieel door het opwekken van de nieuwsgierigheid**, de interesse in een thema. Zo ontstaat **interne motivatie** tot leren en eventuele gedragsaanpassing. De ‘trainer’ heeft niet de rol van beoordelaar of leerkracht, maar heeft een faciliterende rol bij het leren en het groeien van diegene die bereid is om te leren. In aansluiting hierbij, wordt gesteld dat volwassenen, in casu de verpleegkundigen, een grotere korf aan ervaringen hebben dan adolescenten en daarom anders leren dan adolescenten. Adolescenten hebben meer sturing en ondersteuning nodig. Hij raadt daarom aan om de onderstaande 4 principes in gedachte te houden tijdens een training van volwassenen.
 - Gebruik de schat aan ervaringen die volwassenen hebben tijdens het leerproces.
 - Laat het geleerde toepassen.
 - Leren is een investering in zichzelf en verhoogt het zelfwaardegevoel.
 - Toon wederzijds respect en houd rekening met de professionele autoriteit.

Aangezien verpleegkundigen hun kennis/vaardigheden met betrekking tot cannabisgebruik bij adolescenten onvoldoende is en hun attitude eerder negatief, ondersteunt hun benadering namelijk vaak niet het totale herstel van de cliënt. Vaak steken verpleegkundigen veel energie in het vertellen aan de cliënt wat goed voor hem is en ze zijn dan verwonderd en teleurgesteld dat de cliënt niet meewerkt. Motiverende gespreksvoering werkt wel bij verslavingsproblematiek. (Jianfei, 2013; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014) Opdat verpleegkundigen de juiste kennis, attitude en interventies integreren in hun praktijkvoering bereiken, moet er in feite bij de verpleegkundigen een gedragsverandering teweeg worden gebracht. Bij de uitwerking van een educatieve tool voor het aanleren van motiverende gespreksvoering kan daarom het **veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente** worden toegepast (zie 3.4). (Widder, 2017) Een eerste stap is dat verpleegkundigen zelf de feiten over de meest evidence based benadering ontdekken op een actieve manier. Door de discrepantie te zien tussen hun huidige kennis/attituden/gedrag en de meest wenselijke, zullen ze interesse tonen in een aangepaste evidence based benadering. Een volgende stap bestaat in het actief aanleren en zich eigen maken van MGV en de toepassing ervan vervolgens in verschillende situaties. **Zinvol leren ontstaat volgens Ausubel alleen indien er interesse is en theorie gekoppeld wordt aan (inter)actie.** (Oliveira de Sousa, & et al., 2015) **Simulatie is een geschikte leerstrategie** voor het trainen van communicatieve vaardigheden en dus ook voor het trainen van motiverende gespreksvoering. (Martino, Canning-Ball, Carroll, & Rounsaville, 2011) Simulatie is een geschikte be-

krachtigende tool doordat er actief geleerd wordt door participatie, observatie en het toepassen van gedeelde kennis. (Bailey, Curington, Brown, Brug, Van Assema & Lechner, 2012; Buring et al, 2011; Hegener, & Espel, 2017; De Cuyper, 2018; GGz Nederland, 2008; Ingham, Fry, O'Meara & Tourle, 2015; Iavoie, & et al., 2017; Martino, Canning-Ball, Carroll, & Rounsaville, 2011; The Health Foundation, 2011) (Shorey, 2018). Door het aanreiken van individuele feedback op basis van een gefilmde simulatie vergroot het persoonsgebonden leereffect en het leren bij de groep die observeert. (Bailey, Curington, Brown, Hegener, & Espel, 2017; Martino, Canning-Ball, Carroll, & Rounsaville, 2011) Modeling en visualisering van al dan niet gewenst gedrag komen op die manier ook spelenderwijze aan bod en bevorderen zowel integratie van kennis als attitudeverandering(en). (Brug, Van Assema & Lechner, 2012) Natuurlijk zijn verpleegkundigen ook maar mensen en zullen ze soms, ondanks de training, niet altijd consequent het aangeleerde model volgen. Regelmatige bijscholing over het onderwerp en bekrachtiging door collega's en de leidinggevende is belangrijk om opnieuw over te gaan naar de aangeleerde techniek. (Madson, Loignon, & Lane, 2009) De tevredenheid van de cliënt zal toenemen, waardoor verpleegkundigen die de techniek toepassen positieve bevestigende feedback krijgen en de autonome motivatie om het nieuwe aangeleerde gedrag verder te zetten nog toeneemt. (Bailey, Curington, Brown, Hegener, & Espel, 2017; Buring et al, 2011; De Cuyper, 2018; GGz Nederland, 2008; Ingham, Fry, O'Meara & Tourle, 2015; Martino, Canning-Ball, Carroll, & Rounsaville, 2011; Söderlund, Madson, Rubak, & Nilsen, 2011; The Health Foundation, 2011)

Volgens Miller & Moyers moeten tijdens een **MGV-training 8 stappen** doorlopen worden. Uit een review bleek dat niet steeds alle stappen doorlopen worden in trainingen. De vraag bleef onbeantwoord wat hiervan de redenen zijn en wat de gevolgen zijn op de effectiviteit van de trainingen. (Madson, Loignon, & Lane, 2009) De onderstaande doelstelling (stappen) worden vooropgesteld door Miller & Moyers (2006).

- Openheid creëren voor het integreren van de MGV-filosofie in de dagelijkse praktijk door het aanreiken van kennis over MGV en het duiden van de link met ander conceptuele modellen die aan de basis liggen (bv. Mensbeeld, zelf-determinatie theorie enz.). Ook andere auteurs geven aan dat de eerste stap het aanreiken van context en kennis is, alvorens overgegaan kan worden tot het leren van de communicatieve vaardigheden. (Denniston, Molloy, Nestel, Woodward-Kron, & Keating, 2017)
- Verwerven van basis vaardigheden omtrent cliënt-centered counseling vaardigheden (niet-directief): het stellen van open vragen, positieve bevestiging van de cliënt, reflectief luisteren en reageren, samenvatten wanneer nodig.
- Het bewust en directief beïnvloeden van veranderingsgedrag: het kunnen detecteren wanneer een cliënt redenen, behoefte, verlangen en voordelen tot verandering aangeeft (veranderingstaal) en het kunnen uitlokken van veranderingstaal.
- Inoefenen van het bewust detecteren en uitlokken van veranderingstaal.
- Leren omgaan met weerstand door te reflecteren met de cliënt in plaats van te confronteren en te argumenteren. Bewust worden dat weerstand een natuurlijk element is in het veranderingsproces en dat wanneer op de juiste manier gereageerd wordt het zelfs bevorderend kan werken in het veranderingsproces.
- Aanvoelen wanneer over kan gegaan worden naar de fase van actie en de vaardigheid leren om samen met de cliënt een actieplan op te stellen.
- Leren hoe ze de cliënt zelf hun 'commitment in verband met het actieplan kunnen laten verwoorden zodat ze de stap zetten van ik kan/zou willen veranderen, naar ik zal veranderen. Inzicht geven dat vanaf dat moment ook andere therapievormen zoals cognitieve gedragstherapie een bijdrage kunnen leveren.
- Integratie van MGV met andere interventies die een bijdrage kunnen leveren.

Voor het opzetten van een MGV-training wordt een variatie aan educatieve strategieën besproken in de literatuur. Het is daarom niet simpel om te zeggen wat wel en niet werkt. (Barwick, Bennett, Johnson, McGowan, & Moore, 2012). The Health Foundation (2011) vat de mogelijkheden aan strategieën samen in een uitgebreid rapport. In dit rapport noteren zij dat een **effectieve training voldoet aan de volgende kenmerken:**

- toelichting over de onderliggende filosofie en principes van motiverende gespreksvoering;

- voldoende tijd om zich de vaardigheden eigen te maken;
- de faciliteiten om de vaardigheid te oefenen door simulaties en rolspelen;
- kansen om nadien tijdens het werk nog feedback te krijgen van iemand die superviseert.

Ook in 2015 werd een systematic review uitgevoerd om het **effect van MGV-trainingen** te onderzoeken. (Hall, Staiger, Simpson, Best, & Lubman, 2015) De conclusies zijn de volgende:

- Er zijn 3 vormen MGV te trainen: zelfstudie, training gegeven door een expert en een train-the-trainer model. De training door een expert blijkt het duurst te zijn, maar levert wel de beste resultaten.
- Wat de resultaten betreft, leveren veel MGV-trainingen maar beperkt resultaat op, tenzij:
 - de competentie werd gebenchmarkt en gemonitord;
 - de training werd verder gezet 'on the job';
 - er voldoende ondersteuning was vanuit het team en de leidinggevende onder de vorm van supervisie en counselingmogelijkheid.
- Wat de impact van training was op de outcome bij cliënten vraagt nog verder onderzoek.

In de Nederlandse richtlijn voor cannabisbehandeling van jongeren wordt een bruikbaar **schema voorgesteld waarbij elke veranderingsfase gelinkt wordt met een specifieke behandelingsfase en bijhorende sessies** gebaseerd op MGV.

Tabel: Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassene

Noot: GGz Nederland, 2008

Fase van gedragsverandering	Behandelfase	Sessies
Voorbeschouwing	Probleemherkenning	Probleeminventarisatie Cannabisvoorlichting
Overwegen	Motivering	Voorlichting Veranderen van gebruik Toekomstperspectief en dagbesteding
Vorbereiding en beslissen	Vorbereiden en beslissen	Blowsignalen en blowpatronen Doelen stellen
Actie	Actie, terugval en consolidatie	Zelfcontrole
Consolidatie		Omgaan met groepsverleiding Omgaan met craving

Terugval		Omgaan met uitglijders en terugval Problemen oplossen, onderhandelen Tussenevaluatie Veranderen van gedachten Omgaan met tegenslag en frustratie, boosheid, somberheid Impulscontrole
	Nazorg	Beëindigen behandelcontact Nazorg

Deze Nederlandse richtlijn geeft aan dat de adolescent tijdens de 'actiefase' vooral **vaardigheden aangeleerd moet krijgen om nieuw gedrag en gedachten aan te leren om te kunnen omgaan met moeilijke situaties** (= coping). Om deze trainingen te doen, moeten de verpleegkundigen de onderstaande vaardigheden trainen. (GGZ Nederland, 2008)

- *Modeling*
Modeling wil zeggen dat de verpleegkundige effectieve copingvaardigheden voor doet.
- *Rollenspel*
Het inoefenen van effectieve vaardigheden kan door middel van het spelen van een rollenspel tijdens een individuele sessie. De verpleegkundige ondersteunt het rollenspel door de cliënt een recent ervaren situatie, die zich leent om de vaardigheden te oefenen en toe te passen, te laten beschrijven. Ze vraagt daarbij naar specifieke details over de situatie zoals plaats, tijdstip, aanwezigen, het probleem, gedachten, gevoel en het resultaat. Vervolgens wordt gespeeld door de cliënt hoe ermee op een andere manier kan omgaan. Door het oefenen maakt de cliënt zich de nieuwe copingvaardigheden eigen en gaat hij ook begrijpen wat daarbij voor hem een rol speelt.
- *Visualiseren*
"Het visualiseren houdt in dat de cliënt zich in gedachten verplaatst in de situatie en zichzelf het nieuwe gedrag ziet uitvoeren. De cliënt kan dit gedurende de week oefenen zodat op het moment suprème de kans groot is dat hij het nieuwe gedrag uitvoert."

Deze principes zijn toepasbaar wanneer tijdens een training verpleegkundigen MGV-vaardigheden aangeleerd krijgen. Ook in andere bronnen is de conclusie dat actief leren, participatie en persoonlijke relevantie aan de hand van het spelen van een rollenspel/simulatie sterker de attitude en daardoor het gedrag veranderen ten opzichte van het passief ontvangen van informatie of het observeren bij een rollenspel/simulatie. Tijdens de simulatie kan probleemoplossend denken eveneens aan bod komen. (Brug, Van Assema & Lechner, 2012; Roh, Kim, & Kim, 2014) Een essentiële randvoorwaarde is het creëren van een psychologische veilige leeromgeving. De volgende factoren worden hierbij als bepalend vermeld:

- de mogelijkheid om fouten te maken zonder dat dit gevolgen heeft;
- een goede facilitator om het geheel te begeleiden;
- duidelijke doelstellingen en verwachtingen duiden;
- het wegbrengen van de simulant naar de simulatieruimte;
- aanreiken van voorbereidende kennis;
- adequate casuïstiek;
- duidelijke voorafgaandelijke briefing;
- het afspreken van een tijdslijm en een time out mogelijkheid;

- een degelijke nabespreking (debriefing) die gebaseerd is op constructieve feedback en die geen consequenties heeft.

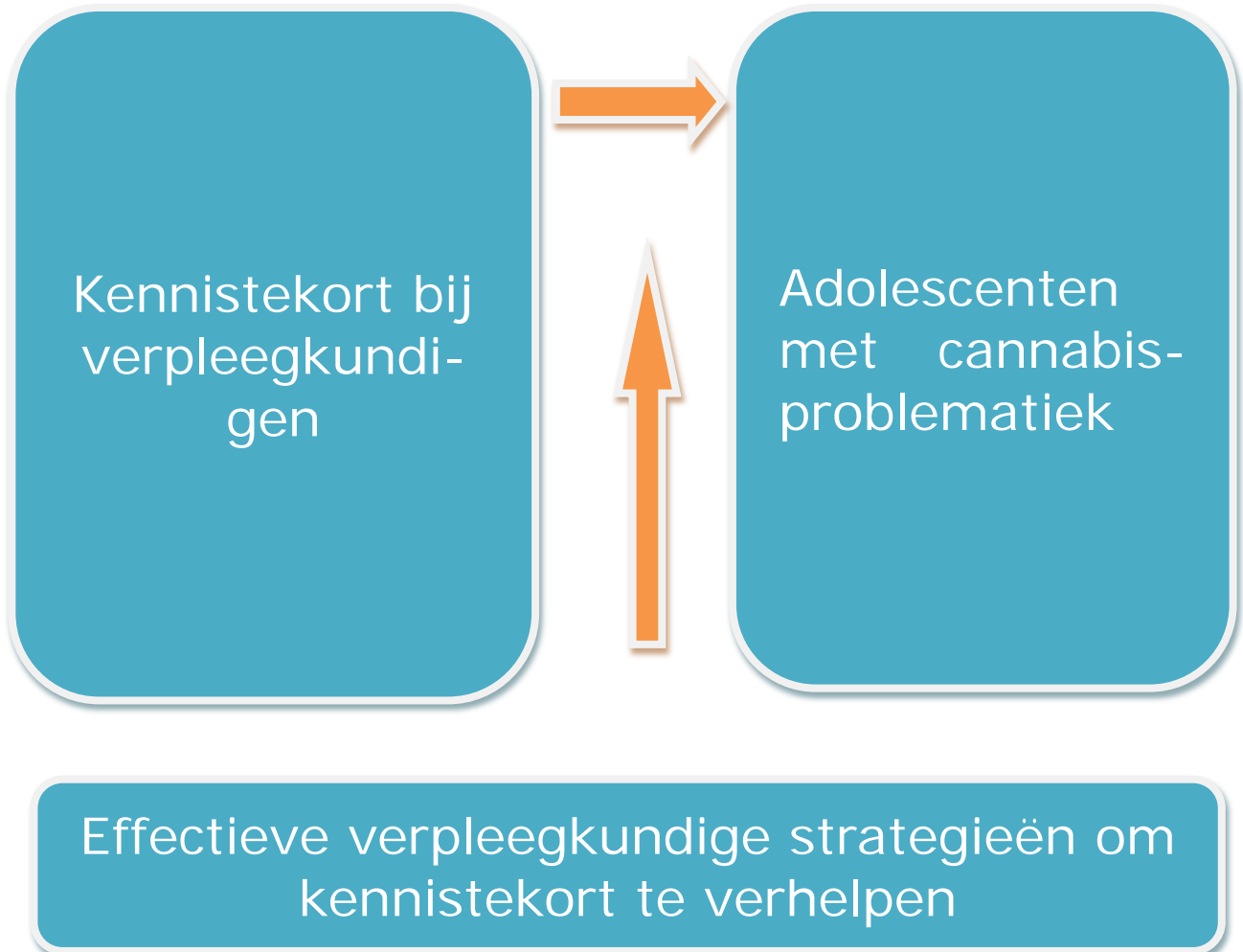
(Cant, Cooper, & Roodbol, 2010; Fey, & Jenkins, 2015; Decker, & et al., 2013; Meakim, & et al., 2013; Turner, & Harder, 2018)

Om effectief **leren in een team te bevorderen** is psychologische veiligheid sowieso van belang. Constructieve onenigheid mag, mits voldoende ruimte en tijd gelaten wordt voor uitklaring binnen het team. Verder worden vertrouwen, verbinding en autonomie/verantwoordelijkheid genoemd als sleutelwoorden. Een gedeelde visie, een sfeer van samen leren omtrent de benadering van een patiëntengroep bevordert het gevoel van verbinding binnen een team. (Decuyper, Dochy, Van den Bossche; Van der Haar, Leroy, et al., 2012; Manni, & van der Maale, 2016) Nadruk leggen op sterktes in plaats van op gebreken, biedt meer zekerheid op persoonlijke groei. (Van Woerkom & De Bruijn, 2016) Uit onderzoek blijkt dat wanneer mensen negatieve feedback krijgen, ze hun competenties lager gaan inschatten en hun zelfwaarde en self-efficacy vermindert. (Tolli & Schmidt, 2008) Het positief inschatten van de eigen mogelijkheden blijkt belangrijk te zijn om een gedragsverandering, zoals MGV, te realiseren. (Madson, Loignon, & Lane, 2009)

1.10 Vraagstelling

In deze bachelorproef wordt een antwoord geformuleerd op volgende twee onderzoeksvragen.

- 1) Welke kennis, vaardigheden en attituden heeft een verpleegkundige nodig om effectieve interventies toe te passen bij adolescenten met cannabismisbruik?
- 2) Welke is de meest aangewezen strategie om kennis, vaardigheden en attituden omtrent cannabisgebruik en –behandeling bij adolescenten bij te sturen?



Figuur 1: Conceptueel model

2 Zoekstrategie

Er werden diverse artikels opgezocht via PubMed met de zoektermen "cannabis AND comorbidity", "cannabis AND addiction", "cannabis AND young adults AND lack of knowledge", "cannabis AND risk factors", "cannabis AND psychosis", "cannabis AND schizophrenia", "cannabis AND youth" en "cannabis AND treatment", "motivational interviewing AND nursing", "learning strategies AND nursing", "learning strategies AND motivational interviewing", "simulation AND nursing". Er werd afgebakend op bronnen die de laatste 5 jaar werden gepubliceerd en waarvan free full-text beschikbaar was. Verder werd er ook afgebakend op reviews en human. De oudere bronnen die vermeld werden in recente bronnen, werden ook wel bekeken op inhoud.

Cochrane Library werd doorzocht met de zoektermen "cannabis", "cannabidiol" en "cannabis AND addiction", "cannabis and motivational interviewing", "cannabis and medical use", "cannabis and guidelines", "cannabis and nurses", "cannabis and screening", "cannabis and prevention". Er werd afgebakend op bronnen die de laatste 5 jaar werden gepubliceerd.

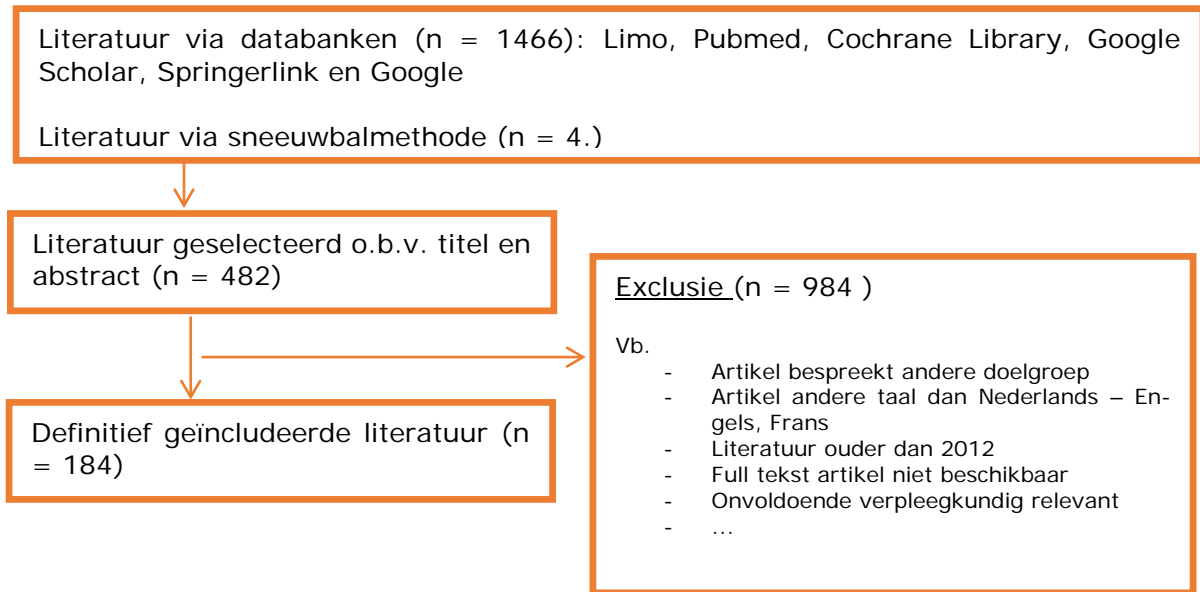
Limo werd doorzocht voor Engelse bronnen met de zoektermen "cannabis AND addiction", "cannabis AND risks" en "cannabis AND treatment", afgebakend op uitgaven van de laatste 5 jaar. Voor Nederlandstalige bronnen werd er breed gezocht op Limo, zonder afbakening van publicatiedatum (door de geringe hoeveelheid) met zoektermen als "cannabis" en "cannabis AND verslaving", "leerstrategieën AND verpleegkunde", "leertheorieën AND verpleegkunde".

Op Google en Google Scholar werden zoekopdrachten uitgevoerd omtrent cannabisverslaving, prevalentie, aanwezige zorginstanties, guidelines, leerstrategieën, leertheorieën, veranderingsstrategie en teamleren.

Verder werd een zoektocht gedaan op sites van gekende organisaties zoals: Hoge gezondheidsraad (HGR), Wetenschappelijk instituut voor epidemiologie (WIV), het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Vlaams Instituut Gezond Leven (VIGL), Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD), de drugslijn.be, drugsforum.nl, resultatenscoren.nl, De Sleutel, het Trimbos instituut, de Vereniging voor verslavingsgeneeskunde Nederland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), American Society of addiction Medicine (ASAM), Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA). Daarnaast werd de sites van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggy De Block, en van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen geraadpleegd. Deze sites leverden vooral veel leesvoer met achtergrondinformatie.

Daarnaast werden er recente boeken geraadpleegd over het onderwerp. Soms zijn ook boeken van oudere datum als bron gebruikt omwille van hun zinvolle wetenschappelijke onderbouw voor deze bachelorproef.

Tenslotte werd ook een bijscholing over het onderwerp bijgewoond die werd georganiseerd door het NVKVV. De werkgroep van geestelijke gezondheidszorg van het NVKVV werd ook gemaïld met de vraag naar hun ervaringen omtrent het onderwerp. Het antwoord was dat zij hierover weinig konden meedelen.

Figuur 2: Flowchart zoekstrategie

3 Antwoord

Verpleegkundigen spelen een cruciale rol in de vroege detectie, risicobepaling, preventie en behandeling van cannabismisbruik bij adolescenten. Deze opdracht situeert zich voornamelijk in de ambulante eerstelijnszorg. Indien het cannabisgebruik geleid heeft tot verslaving, dan situeert de aanpak zich eerder in de tweedelijns- en derdelijnszorg. Opvallend is dat verpleegkundigen in de eerste- en tweedelijnszorg minder kennis hebben over cannabis dan verpleegkundigen in de derdelijnszorg. (Norberg et al., 2012) Uit onderzoek blijkt verder dat verpleegkundigen een eerder negatieve attitude hebben ten opzichte van de cannabisgebruikers. Er wordt vaak een eerder afwachtende houding aangenomen in vergelijking met andere ziektes. Indien verpleegkundigen in hun eigen leefomgeving ervaringen hebben met cannabisge(mis)bruik, dan is er een grotere openheid over. (Norberg et al., 2012) Ook de Belgische federale regering meldt letterlijk in de beleidsnota (2015) in verband met de drugproblematiek' van de federale regering: "De expertise rond problemen in de basisopleiding van alle gezondheidswerkers (verplegend personeel, artsen, maatschappelijk werk, ...) moet uitgebreid worden".

De bachelorproef en het antwoord op de onderzoeksvragen werd voorgelegd aan ervaringsdeskundigen ((ex-)cannabismisbruikers en hun ouders). Ze (h)erkenden wat ik aan bevindingen noteerde. Het toetsen van de proef aan experts was niet vanzelfsprekend omdat de stages die ik heb gelopen op een verslavingsafdeling zich situeerden vorig jaar (kijkstage) en in het begin van dit academiejaar. Ik heb de training dus niet kunnen uittesten in de praktijk. Tijdens mijn laatste stageperiode heb ik de proef nog voorgelegd, maar de tijd ontbrak om nog wijzigingen aan te brengen. Het concept van de training werd wel voorgelegd aan mijn ouders die beiden docent zijn. Het concept werd vervolgens bijgestuurd rekening houdende met hun didactische feedback. Mijn moeder, die in het verleden ook hoofdverpleegkundige is geweest gaf ook feedback over de 'organisatorische' aspecten waarmee ik best rekening hield. Ook deze feedback werd nog in een laatste fase verwerkt. Vermits de ontwikkelde tools die horen bij het uitgewerkt voorstel van trainingsprogramma niet getest werden, zou het goed zijn om een vervolgstudie te laten gebeuren om te zien wat het effect is en welke aanpassingen nodig zijn. Een vervolgstudie kan ook onderzoeken welke factoren bepalend zijn opdat een dergelijke training ook echt effect heeft. Volgende factoren spelen zeker een rol: leiderschapsstijl (gedeelde verantwoordelijkheid en autonomie), (gedeelde) visie van het team (verbondenheid), soort en samenstelling van het team (psychologische veiligheid, feedbackstijl), individuele kenmerken van de teamleden (voorkennis en ervaring), eigenschappen en stijl van de trainer (facilitator/coach) enz.

3.1 Doelstellingen

Het is belangrijk dat verpleegkundigen kennis aangereikt krijgen over cannabisgebruik in het algemeen en in het bijzonder bij adolescenten. Daarnaast dienen zij een duidelijk inzicht te krijgen op de meest effectieve interventies bij adolescenten met cannabismisbruik. Hiervoor werd in deze bachelorproef een literatuurstudie verricht (zie 1.7). Deze toonde aan dat motiverende gespreksvoering in combinatie met positieve gerichte cognitieve gedragstherapie en familietherapie het meeste kans biedt op het stoppen met cannabisgebruik. Motiverende gespreksvoering maakt shared decision making mogelijk, wat theoretisch gezien het engagement van de adolescent met cannabismisbruik positief beïnvloedt.

Verder is het nodig om verpleegkundigen inzicht te laten verwerven in het veranderingsproces dat cliënten met afhankelijkheidsproblematiek doormaken en deze kennis te laten toepassen tezamen met het concept van motiverende gespreksvoering. De belangrijkste vragen daarbij zijn:

- Wat gaat er in de adolescent om wanneer gedragsverandering verwacht wordt en welke fazen kan hij daarbij doorlopen?
- Wat wordt verstaan onder motiverende gespreksvoering en welke vaardigheden/attituden zijn hierbij belangrijk?
- Hoe kan motiverende gespreksvoering gelinkt worden aan de specifieke veranderingsfasen?

Kennis aanreiken alleen is echter niet voldoende. Ook training van deze aanpak is nodig. Uit onderzoek blijkt dat het trainen best kan verlopen via een simulatie (WGO, 2014). Een voorbeeld van simulatie werd daarom uitgewerkt (zie bijlage 4). De simulatie is bruikbaar voor zowel studenten en verpleegkundigen in het werkveld die zich verder willen bekwaamen in deze techniek.

Naast training is verdere ondersteuning vanuit het team en de leidinggevende nodig om tot een blijvende gedragsverandering te komen. Een gedragen visie omtrent deze benadering is een essentiële voorwaarde. Daarom dient het ganse team de training te volgen.

3.2 Kennistekort: mythen en feiten

Belangrijke misvattingen omtrent cannabis en behandeling zijn (Martino, et al., 2015):

- bijna alle jongeren gebruiken tegenwoordig cannabis;
- cannabisgebruik leidt niet tot verslaving;
- cannabis kan niet slecht zijn vermits het nu ook medicinaal gebruik toegelaten is;
- verslaafden hebben een zwakke persoonlijkheid;
- verslaafden zijn onbetrouwbaar en zijn probleemzoekers;
- als de onderliggende problemen aangepakt worden, lost de verslaving zichzelf op;
- repressief optreden is de beste reactie om cannabisgebruik bij adolescenten te voorkomen;
- ik heb onvoldoende kennis en bekwaamheid om personen met drugsverslaving te begeleiden.

Het is belangrijk om bovenstaande en andere misvattingen bij verpleegkundigen recht te zetten. Cannabisgebruik in het algemeen, ook bij jongeren, is enorm toegenomen. Ondertussen is duidelijk dat regelmatig gebruik kan leiden tot verslaving. Indien er op jonge leeftijd gestart wordt met cannabis is het risico op verslaving groter. Naast de jonge 'start'leeftijd spelen verschillende andere variabelen een rol. Deze werden uitgebreid toegelicht in 1.5.2. Om het gebruik te wijzigen moet er een veranderingsproces in gang gezet worden. Hiervoor is inzicht nodig in de risico's die het misbruik met zich meebrengt. De gebruiker moet hiervan bewust gemaakt worden, zodat hij ook gemotiveerd geraakt om zijn gedrag naar gebruik toe bij te sturen. Dit veranderingsproces loopt niet vanzelf. Ondersteuning en motivering zijn hierbij essentieel om te komen tot een blijvende gedragsverandering. De manier waarop dit veranderingsproces begeleid wordt, is cruciaal. Inspirerende inzichten hieromtrent worden aangereikt vanuit het FRAMES model (zie 1.7.2) en de visie en techniek van motiverende gespreksvoering. Bij de start van de training kan via een **kennisquiz** bij de verpleegkundigen afgetoetst worden wat hun visie/attitude is over de problematiek en kunnen misvattingen gecorrigeerd worden. Pas dan zullen verpleegkundigen ook bereid zijn om zelf te veranderen in hun benadering van deze problematiek. (Martino, et al., 2015)

3.3 Effectieve interventie: motiverende gespreksvoering

Kennisverruiming en attitudeverandering van verpleegkundigen is nodig om motiverende gesprekken adequaat te kunnen voeren. Deze techniek blijkt namelijk een van de meest effectieve interventies in de verslavingszorg. **Deze techniek wordt stapsgewijs toegelicht.**

3.3.1 Filosofie van motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering werd oorspronkelijk ontwikkeld door William Miller om alcoholverslaving aan te pakken bij zware drinkers. Deze vorm van gespreksvoering wordt nu algemeen aangeraden bij mensen met verslavingsproblematiek. Verslaving wordt gezien als een moeilijk maar toch te beïnvloeden of te wijzigen gedrag. De verpleegkundige helpt de cliënt een beslissing tot gedragsverandering te nemen en daarna de gewenste verandering door te voeren. Om dit te bereiken wordt er een atmosfeer gecreëerd waarin de

cliënt vertrouwen ervaart en zichzelf motiveert. Er worden hiertoe een aantal basisprincipes en –vaardigheden gehanteerd. (De Donder et al., 2014)

Net zoals iedere mens hebben cannabisgebruikers behoeften aan erkenning en positieve bekrachtiging van hun eigenwaarde, ondanks het gebruik. Ze hebben daarom nood aan een respectvolle benadering wanneer zij hulp zoeken. Uiteindelijk zijn zij de ervaringsdeskundigen en moeten zij leren leven met hun verslaving. Verslaving is immers een chronische ziekte. Adolescenten zijn omwille van de levensfase waarin ze zich bevinden, bovendien een bijzondere groep. Zij zijn sowieso op zoek naar hun eigen identiteit. Goede rolmodellen zijn erg belangrijk voor adolescenten. (Adolescentie, 2018)

Motiverende gespreksvoering betekent samen op weg gaan met de adolescent om zijn kennis en inzicht te verruimen omtrent de gevolgen van cannabisgebruik. Op die manier is het mogelijk om te komen tot een kantelmoment waarop een engagement aangegaan wordt door de gebruiker om de levensstijl aan te passen (zie 1.7.2).

3.3.2 Directieve vaardigheden/attituden

Deze gespreksvoering bevat specifiek ontworpen strategieën om de motivatie tot verandering bij cliënten te verhogen door hen aan te spreken over de ambivalentie tot verandering (zie 1.7.2). Verder wordt de cliënt uitdrukkelijk aangesproken op zijn verantwoordelijkheid. Er wordt tijdens de begeleiding tevens sterke nadruk gelegd op de mogelijkheden die de cliënt zelf heeft tot het maken van keuzes. De cliënt wordt partner in zorg en er wordt samen met hem doelen en een behandelingsplan opgesteld (= shared decision making). Deze attitude sluiten aan bij de beleidsvisie van de Minister van Volksgezondheid De Block. Het bloemmodel dat de basis zou worden van de aangepaste 'Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen' (KB 78), benadrukt de centrale rol en autonomie van de cliënt en de samenwerking. De 'spirit' van motiverende gespreksvoering is: "mensen veranderen niet door wat ze anderen horen zeggen, maar door wat ze zichzelf horen zeggen in reactie op anderen". (Loth, Rutten & Van der Putten, 2014) Motivatie is namelijk afhankelijk van drie componenten: (Zorg voor beter, s.a.)

- Willen: het belang van verandering inzien;
- Kunnen: het hebben van vertrouwen in verandering;
- Klaar zijn: het stellen van prioriteiten

De onderstaande vijf principes maken integraal deel uit van motiverende gespreksvoering.

- Een eerste principe is **zorgvuldig uitgedrukte empathie**. Door het tonen van empathie voelt de cliënt dat je met hem begaan bent en voelt hij zich begrepen. Hij ervaart de relatie als veilig en onbevooroordeeld en durft zich hierdoor beter uit te drukken over zijn problemen met het cannabisgebruik. Met zorgvuldig uitgedrukte empathie wordt bedoeld dat je keuzes maakt als verpleegkundige wanneer en hoe je empathie uit, rekening houdend met de fasen van het veranderingsproces dat de cliënt doormaakt. (Loth, Rutten & Van der Putten, 2014)
- Het tweede principe is het **ontwikkelen van discrepantie** tussen het huidige gedrag (vanuit het perspectief van de cliënt) en het toekomstig gedrag. Dit kan bekomen worden door het stellen van provocerende vragen.
- Het derde principe is het **vermijden van discussies/argumentaties** met de cliënt over hun gebruik en de gevolgen ervan. Discussies lokken verdedigingsgedrag uit. De cliënt komt zo niet tot een echt gesprek over zijn motivatie om zijn gebruik te verminderen of af te stoppen.
- Het vierde principe is het **'walsen of meeveren' met weerstand** tegen de behandeling of de doorverwijzing. Weerstand moet gezien worden als een uiting van de ambivalentie die de cliënt ervaart in verband met zijn druggebruik. Een voortdurende afstemming op de cliënt en zijn gemoedstoestand door reflectief te luisteren op een respectvolle en niet-veroordelende manier zijn de manier om weerstand om te buigen.
- Tenslotte dient de **zelfwerkzaamheid ondersteund** te worden door het aanhouden van een positieve focus. De verandering moet van de cliënt zelf komen (autonome en interne motivatie). De cliënt is partner in de zorg en hij bepaalt de agenda,

de doelstellingen en hoe het actieplan eruit ziet. Geloof in de eigen mogelijkheden tot verandering zijn essentieel; het vergroot de kans op een effectieve gedragsverandering.

3.3.3 Non-directieve vaardigheden/attituden

De vaardigheden die verpleegkundigen moeten beheersen om op een goede manier aan motiverende gespreksvoering te doen en gedragsverandering te initiëren en te ondersteunen, zijn samen te vatten in vijf grote punten. (Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Ten Have, 2015)

- Het stellen van **open vragen** (wie, wat, waar, hoe, wanneer / niet: waarom) nodigt de cliënt uit om informatie te verstrekken. Het geeft hen het gevoel dat je werkelijk geïnteresseerd bent om hen te begrijpen eerder dan dat je hen wilt forceren tot het nemen van een beslissing tot verandering. Op die manier laat je de cliënt zelf aan het woord en kan je zicht krijgen op zowel de positieve als negatieve effecten die het cannabisgebruik heeft. Het maakt ook duidelijk in welke fase van het veranderingsproces de cliënt zich bevindt. Verder kan op die manier 'veranderingstaal' worden uitgelokt bij de cliënt.
- Door **actief te luisteren en te reflecteren** over wat de cliënt zegt over zijn gebruik en de gevolgen ervan, houd je hem als het ware een spiegel voor (cf. spirit van MGv) en nodig je hem uit om meer te vertellen. Door actief en reflectief te luisteren toon je een *niet-veroordelende houding* en dat op zich nodigt de cliënt uit om meer te vertellen.
- **Positief bekrachtigen** van uitspraken en gewenst gedrag versterkt de wil om te veranderen en de verandering vol te houden. Het geeft zelfvertrouwen en moedigt aan tot vooruitgang in het veranderingsproces. Bevestigen (bv. dat het moedig is om over het gebruik te spreken) getuigt ook van *respect en begrip*. De cliënt voelt zich ook vrijer om minder positieve informatie over zichzelf te delen.
- **Het uitlokken van zelf-motiverende uitspraken** (cf. spirit van MGv) kan bekomen worden door gericht open vragen te stellen (**doorvragen**) aan de gebruiker over een viertal gebieden namelijk: probleemherkenning, bezorgdheden, intentie tot verandering, positieve inschatting van de eigen mogelijkheden. Door hierover vragen te stellen waarop de cliënt zelf het antwoord moet geven, zal hij meer gemotiveerd geraken. Voorbeelden van dergelijke vragen zijn:
 - Hoe heeft het gebruik problemen veroorzaakt voor jou?
 - Wat denk je dat er kan gebruiken als je blijft gebruiken?
 - Vertrekkend van een schaal van een tot tien, hoe belangrijk is het voor jou om te stoppen met cannabis? Indien de cliënt bv. zes zegt, kan je vragen waarom hij geen acht heeft gezegd. Zo kunnen redenen om te stoppen uitgelokt worden.
 - Welke moeilijke dingen heb je het afgelopen jaar verwezenlijkt? Geef je zelf een score op tien wat betreft jouw mogelijkheden tot verandering.
- **Samenvatten** wat de cliënt verteld heeft, maakt aan de cliënt duidelijk wat jij als hulpverlener gehoord hebt.

De vaardigheden hangen samen met attituden en kunnen samengevat worden in letterwoorden of ezelsbruggetjes. (Zorg voor beter, s.a.; Van Gestel, 2016)

- Gebruik LSD: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen;
- Laat OMA thuis: Laat Oordelen, Meninge(n), Adviezen, achterwege;
- Neem ANNA mee: Altijd Navragen, Nooit (zomaar) Aannemen;
- Maak je niet druk, maar DIK: Denk in Kwaliteiten;
- Wees een OEN: Open, Eerlijk, Nieuwsgierig...

3.4 'Stages of change'

Het model van gedragsverandering dat werd ontwikkeld door Prochaska en DiClemente levert een **bruikbaar kader om te begrijpen via welke processen mensen hun gedrag veranderen**. (Rutten & Van der Putten, 2014) Het is ook een bruikbaar model om te evalueren wat de bereidheid is om gebruik te veranderen. Uitgangspunt is dat motivatie

tot verandering een proces is dat geremd of bevorderd kan worden. Motivatie wordt beschouwd als het resultaat van een samenspel van een aantal beïnvloedende factoren op niveau van de cliënt, zijn omgeving (inclusief de verpleegkundige) en de relatie tussen beide. (De Donder et al., 2004) De interventies die verpleegkundigen al dan niet doen zijn in die zin bepalend voor de motivatie tot verandering. Motiverende gespreksvoering is de aangewezen benadering om het veranderingsproces te bevorderen.

In de Nederlandse GGZ richtlijn 'Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (2008) wordt aangehaald dat het model van Prochaska en DiClemente een kader biedt om het behandelproces te sturen door interventies af te stemmen op het meest passende stadium van gedragsverandering bij de jongere (zie tabel p. 27). Bepalend zijn het inzicht in de bereidheid tot verandering en het stadium van verandering waarin de jongere zich bevindt.

Het veranderingsmodel vermeldt de volgende mogelijke fases in het veranderingsproces: voorbeschouwing, overweging, voorbereiding en beslissing, actie en consolidatie van het veranderde gedrag. Door verslavingsexperts wordt er meestal nog een zesde fase aan toegevoegd namelijk herval. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGZ Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015)

Voorbeschouwing is de eerste fase waarin de cliënt zelf niet gelooft dat hij een probleem heeft met cannabisgebruik. Ze leggen het probleem bij de anderen. Hij vindt dat het gebruik alleen maar voordelen heeft en nauwelijks nadelen. Hij ontkent dat het probleemgedrag. De cliënt is dan ook niet gemotiveerd om te veranderen en hij zet daarom het gebruik verder. De omgeving kan dit niet begrijpen omdat het gedrag (cannabisgebruik) als negatief of verstoring ervaren wordt. *Gerichte informatie geven en probleemverkenning* zijn in deze fase de belangrijkste interventies. Natuurlijk moet er altijd eerst gevraagd worden of de persoon het probleem wel verder wilt bespreken en of hij informatie wil. Verder dient de verpleegkundige te peilen naar de voorkennis van de gebruiker als ervaringsdeskundige, zonder hierover een oordeel te geven. Indien informatie gewenst wordt, kan informatie gegeven worden op een neutrale manier. Nadien kan de mening van de cliënt gevraagd worden. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGZ Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015)

Tijdens de **overwegingsfase** (ook wel beschouwings- of overpeinzingsfase genoemd) die daarop volgt, vraagt de cliënt zich af of ze al dan niet een probleem hebben met het gebruik van cannabis. De cliënt ziet steeds meer nadelen van zijn gedrag. Voordelen wegen op dat moment even zwaar als de nadelen. Er komt langzaam een verandering in het denken over het gebruik; de cliënt erkent dat er mogelijk een probleem is. Meestal is er nog geen keuze tot verandering. In deze fase is er een ambivalentie. De gebruiker kampt namelijk met twee tegenstrijdige wensen: de wens te gebruiken en de wens het gebruik te veranderen. *De ambivalentie herkennen en benoemen en verandertaal gebruiken* horen vooral bij deze fase. Vragen over de ervaren nadelen en voordelen van het gebruik dienen zodanig geformuleerd te worden, dat de cliënt zelf uitspreekt waarom hij zou willen/moeten/kunnen veranderen. De cliënt zelf laten noteren wanneer en hoe vaak hij gebruikt kan ook helpen om meer inzicht te geven en het bewustzijn tot de noodzaak om te veranderen verhogen. Het geloof in het 'kunnen veranderen' kan bevorderd worden door de cliënt antwoord te laten geven op vragen omtrent de eigen kracht (vroegere positieve ervaringen) en de wens om te veranderen. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGZ Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015)

In de derde fase, **de voorbereidings- en beslissingsfase**, wegen de nadelen zwaarder dan de voordelen. De balans slaat door en er komt een ommekeer in de attitude. Er groeit de bereidheid tot verandering van het probleemgedrag en te experimenteren met nieuw gedrag. Sommigen zoeken tijdens deze fase ondersteuning bij hulpverleners, of andere ervaringsdeskundigen (bv. zelfhulpgroep). Ook in deze fase blijft de cliënt onzeker over de kans van slagen en zijn eigen vaardigheden en heeft hij nood aan *bevestiging* bij deze voorzichtige verkenning tot verandering. Belangrijk is om de verandering in *concrete realistisch haalbare doelen* vast te leggen samen met de cliënt. Omdat jongeren meer moeite

hebben in het vastleggen van realistische doelen, is ondersteuning absoluut nodig. Verder dienen *belemmeringen die verandering in de weg staan open besproken* te worden. Anderzijds kan op dit moment ook de keuze gemaakt worden om niet te veranderen en wordt er uit de cirkel gestapt tot verandering, om er eventueel later weer in te stappen. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGz Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015)

In de **actiefase** gaat de cliënt effectief zijn gedrag bijsturen en het gebruik verminderen of beëindigen (gedragsverandering). Behandelmethoden en technieken als *cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstraining* kunnen worden ingezet. Tijdens dit stadium is het 'normaal' dat de cliënt uitglijders maakt. Het is belangrijk om deze *uitglijders positief te labelen* als leermoment en niet als begin van een terugval. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGz Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015)

Langzaam kan er tot **consolidatie** gekomen worden van het nieuwe gedrag in het dagelijkse leven. De gebruiker komt tot een *nieuwe levensstijl*. Indien er minimum zes maanden met gebruik is gestopt kan gesteld worden dat het individu in de laatste fase van consolidatie zit. De verandering is voltooid en de cirkel wordt verlaten. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGz Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015)

Empirische gegevens tonen echter aan dat dit hele proces niet lineair verloopt, vaak zijn er kleine **terugvallen** en soms kan het snel omkeren naar volledig herval in het cannabisgebruik. De cliënt twijfelt in de eigen mogelijkheden en stelt hetgeen aangeleerd werd in vraag. (De Bruyn, 2014; Brug, Van Assema & Lechner, 2012; GGz Nederland, 2008; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; Schriel, 2015) *Opvolging na de begeleidingsfase* is daarom aangewezen.



Afbeelding: Circulair model van de motivatie tot verandering

Noot: Schriel, 2015

Belangrijk om dit veranderingsproces goed te doorlopen is de goede samenwerking met de cliënt en de open, eerlijke en onbevooroordeelde communicatie. Dit verhoogt het (zelf)vertrouwen, de motivatie en het engagement van de cliënt. Er dient een therapeutische relatie te zijn waarbij de cliënt benaderd wordt als **partner in de zorg**. De relatie dient gebaseerd te zijn op respect voor de cliënt en zijn **autonomie**. De cliënt wordt aangesproken op zijn verantwoordelijkheid in het veranderingsproces. De mogelijkheden tot

verandering in de cliënt worden gemobiliseerd zodat hij terug de volledige regie heeft over zijn situatie. Dit wordt ook **empowerment** of emancipatorische hulpverlening genoemd. (De Bruyn, 2014; Loth, Rutten & Van der Putten, 2014; GGz Nederland, project Resultaten Scoren, 2008; Goossens et al., 2014, p. 66-67; Schriel, 2015)

Er zijn naast het besproken model van Prochaska en DiClemente ook **nog andere modellen** die aanvullende bruikbare elementen aanreiken. Zo wordt er melding gemaakt van het *'Beredeneerd Gedrag Model'*. Volgens dit model wordt de gedragsintentie bepaald door de drie onderstaande determinanten:

- de eigen opvattingen of attitudes;
- de opvattingen van anderen of de ervaren norm;
- de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag uit te voeren of waargenomen gedragscontrole. (Brug, Van Assema & Lechner, 2012)

Deze auteurs halen ook aan dat verpleegkundigen soms in gezondheidsvoorlichting onvoldoende aandacht geeft aan hoe bestaande attitudes veranderd kunnen worden. Vaak wordt er te veel nadruk gelegd op de gezondheidsrisico's en de voordelen die gedragsverandering teweeg kan brengen. Attitudes zijn te veranderen door zich te richten op:

- het corrigeren van foute veronderstellingen over voor- en nadelen (Brug, Van Assema & Lechner, 2012);
- het versterken van bestaande veronderstellingen over voor- en nadelen;
- het verstrekken van informatie over 'nieuwe' voor- en nadelen die nog niet bekend waren;
- het beïnvloeden van de mate waarin nadelen als nadeel en voordelen als voordeel worden beoordeeld.

Een model dat vergelijkbaar is met het Stages of Change model is het *Precaution Adoption Process Model van Weinstein et. al.* (Weinstein, 2008) Volgens dit model is het bewust zijn van het risicogedrag de eerste essentiële stap tot het overgaan van de voorbeschouwingsfase naar de overwegingsfase. Er zijn drie stadia van bewustzijn te weten:

- Het niet bewustzijn van het gezondheidsprobleem;
- Het zich bewust zijn van het risicogedrag maar het niet op zichzelf betrekken;
- Het bewustzijn dat men zelf het risicogedrag vertoont.

Volgens dit model kunnen mensen alleen gemotiveerd worden tot verandering van het risicogedrag als ze zich in het derde stadium van bewustzijn bevinden.

3.5 Draaiboek voor een trainingssessie MGV

Rekening houdende met de bevindingen uit de literatuurstudie en bovenstaande werd een training van motiverende gespreksvoering bij cannabismisbruik bij adolescenten uitgewerkt. Voor het geven van de training werd een bijhorende powerpoint uitgewerkt. (Zie bijlage 1) Idealiter zou een proefles vooraf aangewezen zijn, om de sessie met voldoende ervaring te kunnen geven. Zoals hierboven reeds aangegeven, heb ik door omstandigheden en tijdsgebrek de training en bijhorende tools niet kunnen 'testen'. Er wordt bij de gemeenschappen daarom uitgegaan van 'de ideale wereld'.

3.5.1 Algemeenheden

De beginsituatie van de groep die de training zal volgen, betreft een team waar men een open communicatie- en feedbackcultuur heeft. In het verleden werden reeds verschillende trainingen gevolgd m.b.t. communicatieve basisvaardigheden. Deze vaardigheden (cf. 8 stappen op p. 26) worden dus niet als afzonderlijke stappen herhaald in deze training. De groep bestaat uit verpleegkundigen. De training wordt georganiseerd na een bespreking op de teamvergadering over de outcome effecten van behandeling van cannabismisbruikers op de afdeling. De doelstelling is de outcome effecten te verhogen door het systematisch integreren van MGV bij verslavingsproblematiek. De bedoeling is om de interne motivatie van het team tot actieve deelname aan de training te verhogen.

Uit haalbaarheidsoverweging (organisatorisch/financieel) verloopt de training in groep en wordt deze beperkt tot 1 dag, alhoewel in de literatuur wordt aangegeven dat het meeste effect bereikt wordt door opeenvolgende interactieve individuele trainingen.

Om voldoende gedragenheid te krijgen tot gedragsverandering neemt de hoofdverpleegkundige deel en zal het ganse team een introductiedag volgt. De hoofdverpleegkundige prikt de datum en plant in het dienstrooster wie wanneer kan gaan. De namen worden vooraf doorgegeven aan de presentator van de bijscholing. De bijscholing geldt als werktijd en de verplaatsing wordt vergoed door de werkgever. Er wordt op het einde van de dag ook een bijscholingsattest voorzien. (externe motivator) De dag wordt ook afgesloten met belangrijke take home messages die bekrachtigend moeten werken naar het verder 'trainen' on the job.

Praktisch gezien omvat de training de volgende onderdelen:

- peiling naar de voorkennis en attitude omtrent cannabisgebruik en –behandeling bij adolescenten;
- bespreken van het theoretisch kader van motiverende gespreksvoering;
- bespreken van de 'stages of change';
- verband tussen stages of change en motiverende gespreksvoering schematisch duiden;
- oefening van motiverende gespreksvoering bij een adolescente cannabismisbruiker via een simulatie.

Het tijdschema van de dag wordt door de presentator in de gaten gehouden. Het schema van de dag: 'Motiverende gespreksvoering en cannabisgebruik' ziet er als volgt uit:

- 8.30u Ontvangst van de deelnemers met koffie, koude dranken en cake
- 8.55u Inleiding van de dag en de spreker door de hoofdverpleegkundige
- 9.00u Mythen en feiten op een rij
- 9.40u Stages of change
- 9.55u Motiverende gespreksvoering (MGV)
- 10.30u Koffiepauze
- 11u Stages of change en MGV, een vertaalslag naar de praktijk
- 12u Middagpauze met walking diner buffet
- 13.30u Interactieve trainingssessie 1
- 15u Koffiepauze
- 15.30u Interactieve trainingssessie 2
- 16.45u Conclusie en take home messages
- 17u Ter afsluiting: receptie

Wat de accommodatie betreft worden rekening gehouden met onderstaande punten.

- De bijscholing gaat door op een externe rustige locatie zodat de deelnemers niet gestoord worden tijdens de bijscholing.
- Om de dag goed te starten is er bij het onthaal koffie, drank en cake voorzien. Om de onderlinge uitwisseling tijdens de dag te bevorderen zijn de pauzes voldoende ruim genomen en wordt er gekozen voor een 'walking diner buffet'.
- Om de dag positief te eindigen en de groepsband te bevorderen door informele nabespreking, wordt er afgesloten met een kleine receptie.
- Voor de algemene sessie wordt een voldoende groot lokaal voorzien dat een cirkelopstelling mogelijk maakt. Deze opstelling wordt vooraf in orde gebracht. Er is ook een projectiebord aanwezig om de powerpoint van de spreker te projecteren. Een grote klok aan de muur is voorzien, zodat de presentator de tijd gemakkelijk zelf kan bewaken zonder op zijn klok te moeten zien.
- Er zijn voor alle deelnemer verplaatsbare, gemakkelijke stoelen met een schrijftafeltje voorzien.
- Per deelnemer liggen de volgende dingen klaar op de tafeltjes: schrijfgierief, drie kleurenkaartjes en een glas water.
- Elke deelnemer krijgt bij het onthaal een map met hun naam en stylo. Daarin zit een leeg blad voor de eerste interactieve oefening, een afdruk van de powerpoint met plaats om iets te noteren, de schema's die in de loop van de interactieve sessies

gebruikt kunnen worden, een voldoende groot gedrukt naamkaartje en een evaluatieformulier.

- Alvorens de eerste sessie start, worden de deelnemers attent gemaakt op het naamkaartje en op het evaluatieformulier. Aan de deelnemers wordt gevraagd om het naamkaartje op de schrijftafel te plaatsen. Zo kan de presentator hen bij naam aanspreken. Inzake de formulieren wordt gemeld dat de deelnemers verwacht worden ze in te vullen zodat bij een volgende training rekening kan worden gehouden met de opmerkingen. Zowel het proces als het product worden geëvalueerd. De formulieren mogen op het einde van de dag in een gesloten doos gestopt worden die achteraan in het lokaal staat.
- Voor de simulatiesessie, is een extra lokaal gereserveerd dat voorzien is van opnamemogelijkheden met streamingsmogelijkheden. Er is een externe simulant ingehuurd om de rol van cliënt te spelen. Geplastificeerde schema's zijn voorzien als hulpmiddel tijdens de simulatie.
- Het aantal deelnemers wordt omwille van interactieve sessies beperkt tot tien.
- De hoofdverpleegkundige neemt actief deel aan de dag en ondersteunt op die manier het uitdragen van een gezamenlijke teamvisie.
- Afhankelijk van de grootte van het team wordt de dag herhaald voor een volgende groep zodat iedereen van het team getraind wordt.

3.5.2 Inhoudelijk verloop

3.5.2.1 Peiling naar de voorkennis en attitude omtrent cannabisgebruik bij adolescenten

Om de interesse in de training en de behoefte tot verandering op gang te brengen wordt in een eerste stap gepeild naar de voorkennis en attitudes in verband met cannabis. Dit verloopt in groep aan de hand van een quiz. (Zie bijlage 2) Er werd bij het opstellen van deze quiz gebruik gemaakt van wetenschappelijke informatie vanuit de literatuur en de digitaal aangeboden multiple choice quizvragen van de druglijn.be. Bij elke vraag moeten de deelnemers een kleurenkaart opsteken. Het juiste antwoord wordt vervolgens telkens met de groep besproken om hun inzicht en motivatie te vergroten tot verandering. Op spelenderwijze wordt er gelijktijdig gepeild naar het kennisniveau en de attitudes om de beginsituatie van de deelnemers in te schatten.

3.5.2.2 Bespreking van de 'stages of change' en het theoretisch kader van motiverende gespreksvoering

Omdat achtergrondkennis nodig is om interactief te kunnen trainen, wordt in een tweede deel een interactieve toelichting gegeven over:

- de veranderingsprocessen die iemand doorloopt als hij zijn cannabismisbruik wilt wijzigen;
- de motiverende gespreksvoering als evidence based strategie bij gedrag-veranderende interventies;
- de linken tussen de veranderingsprocessen en MGV aan de hand van uitgewerkte schema's (zie bijlage 3), die gebaseerd zijn op een schema van de universiteit van Arizona en andere gekende inzichten vanuit de literatuurstudie en de lessen communicatieve vaardigheden in de opleiding. (GGz Nederland, 2008; University of Arizona, s.a.; Van Gestel, 2016)

3.5.2.3 Interactieve oefeningen

Uit onderzoek blijkt dat naast het aanreiken van theorie ook het praktisch trainen van communicatieve vaardigheden nodig is om een betekenisvol leereffect te creëren. Daarom gaan de deelnemers praktisch aan het werk op basis van de eigen voorkennis en de kennis die reeds werd aangereikt. Dit verloopt in twee delen.

Ter voorbereiding van een simulatie wordt aan de deelnemers gevraagd om zelf beknopt een casus op te schrijven, waarbij ze zelf positieve of negatieve gevoelens hadden. Ze worden ook gevraagd om aan te geven in welke fase de cliënt zich volgens hen bevond en welke actie(s) ze ondernamen of hadden kunnen ondernemen (rekening houdend met de

voorafgaande bespreking cf. 3.5.2.2). Vervolgens worden deze casussen interactief besproken. Als hulpmiddel kunnen ze de eerder besproken schema's gebruiken. (Zie bijlage 3) De tijd wordt vooraf afgesproken: 5 minuten voorbereiding, 5 minuten voorstellen, 5 minuten bespreken/casus.

Vervolgens wordt overgegaan tot een oefening aan de hand van een simulatie. (Zie bijlage 4) Het is erg belangrijk dat dit goed gestructureerd wordt aangepakt met de nodige toelichting zodat er een sfeer is van psychologische veiligheid. Een eerste stap is de bespreking in groep (max. 10 minuten) van de doelstellingen van de simulatie. De spreker schets de gegevens van de simulantsituatie. Vervolgens worden er duidelijke afspraken gemaakt over het verloop en de verwachtingen.

- Geplastificeerde schema's (zie bijlage 3) worden meegegeven aan diegene die simuleert. Ze mogen, zo nodig, gebruikt worden als hulpmiddel tijdens de simulatie.
- Er wordt op een respectvolle manier omgegaan met de simulant en diegene die de simulatie doet.
- What happens in the room, stays in the room.
- Fouten maken mag, time out is mogelijk.
- Tekens die gebruikt zullen worden om een time out te vragen.
- Hoe lang maximaal gesimuleerd wordt (12 minuten).
- De simulatie gaat door in een ander lokaal en wordt gestreamd naar het lokaal waar de anderen een observerende rol hebben.
- Het observeren verloopt stilzwijgend. Iedereen neemt notities. Er wordt rekening gehouden met de doelstellingen: de principes van MGV effectief en op een goede manier toepassen in functie van de veranderingsfase van de cliënt. Door deze actieve rol, gaan ook de observatoren als het ware actief leren en vergroot het leereffect.
- De spreker brengt diegene die simuleert weg en komt die ook ophalen op zijn stop-teken.
- Wie de simulatie wil doen. Meerdere personen mogen zich kandidaat stellen. Zij beslissen onderling wie uiteindelijk simuleert en wie eventueel als tweede zal simuleren.
- Na de simulatie wordt een bespreking in groep gehouden. Eerst vertelt de verpleegkundige speler hoe ze de simulatie ervaren heeft. Nadien laatste wordt aan de simulant zijn ervaring bevraagd. Als laatste mogen de andere cursisten feedback geven.
- Er wordt alleen constructieve feedback gegeven.
- Iedereen laat elkaar uitspreken.
- Iedere deelnemer wordt uitgenodigd om feedback te geven

Een aantal standaardvragen die helpend zijn om de nabespreking gestructureerd te laten verlopen zijn toegevoegd in de simulatie in bijlage 4. Een degelijke debriefing is namelijk essentieel voor het leereffect. Er wordt doorgevraagd of geduid waar nodig, maar vooral de deelnemers komen aan het woord. Stiltes worden toegelaten. Er wordt afgesloten met een conclusie en de mogelijkheid om nog vragen en/of aanvullingen te doen.

3.5.2.4 Afsluiting

Tijdens de afsluitingsfase wordt nagegaan of er nog 'prangende' vragen en/of opmerkingen zijn die men met de groep wenst te bespreken. De dag wordt daarna afgesloten met belangrijke take home messages die bekrachtigend moeten werken naar het verder 'trainen' on the job. Deze zijn:

- resultaten worden bij cliënten alleen bereikt indien het ganse team zich engageert;
- falen mag;
- use it, or lose it: oefening baart kunst;
- respect voor ieders eigenheid is nodig om elkaar te vertrouwen;
- positieve constructieve feedback aan elkaar bevordert ieders competentie;
- de som van ieders engagement, competentie is meer dan de som van de delen;
- vertrouwen in elkaar begint bij vertrouwen in jezelf;
- TEAM: together everyone achieves more!
- Yes we can!

De deelnemers worden bedankt door zowel de presentator als door de hoofdverpleegkundige. Tenslotte wordt nogmaals gevraagd om het evaluatieformulier in te vullen en worden de deelnemers uitgenodigd om de receptie bij te wonen zodat ze nog wat kunnen napraten.

Discussie

Wat de cijfers omtrent cannabismisbruik betreft, valt het op dat in België weinig cijfers te vinden zijn voor de algemene bevolking. Een regelmatigere update van de cijfers is ook wenselijk. Vaak gaat het over cijfers van een paar jaar geleden. Een ander probleem met de statistieken is dat ze vaak gebaseerd zijn op zelfrapportage-instrumenten. Mogelijks geven gebruikers sociaal wenselijke antwoorden, waardoor het reëel cijfer van gebruikers nog hoger ligt dan uit de statistieken blijkt.

Omwille van de afbakening van het onderwerp wordt in deze bachelorproef niet ingegaan op de co-morbiditeit tussen cannabisgebruik en bepaalde ontwikkelingsstoornissen of psychiatrische ziektebeelden (bv. ADHD, ASS, mensen met een verstandelijke beperking, schizofrenie, depressie, psychose enz.). Meer kennis hierover is echter noodzakelijk om in de praktijk cannabismisbruikers effectief te kunnen helpen. Co-morbiditeit komt namelijk veel voor. Dit heeft verschillende redenen. Meer inzicht in deze redenen, maakt het mogelijk om begrip op te brengen en de cliënt gericht te benaderen. (Matthys, Joostens, Tremmery, Stes, & Sabbe, 2013; Mcloughlin, & et al., 2014; Mies, 2008) Verder komt in de literatuur naar voor dat een training over MGv alleen maar op lange termijn effect sorteert indien er de juiste groeps cultuur aanwezig is binnen een team. Veranderingen binnen een team opzetten, blijkt sowieso geen sinecure te zijn. Tijdens het maken van de bachelorproef werd mijn nieuwsgierigheid dan ook getriggerd en dit maakte dat het soms moeilijk was om de 'afbakening' binnen de proef te respecteren.

Uit de literatuur over preventie van cannabisgebruik blijkt duidelijk dat het beste resultaat bereikt wordt indien er naast informatie ook gewerkt wordt aan de sociale weerbaarheid van jongeren. Literatuur over hoe dit praktisch in Vlaanderen georganiseerd wordt in bv. het onderwijs werden niet gevonden. Vroegtijdige screening (bv. aan de hand van de ASSIST) is daarnaast ook essentieel, maar in hoeverre bv. huisartsen zich in België hier actief mee bezig houden, daar is geen literatuur over te vinden.

Aangezien cijfers aantonen dat cannabismisbruik in opmars is, is het belangrijk dat verpleegkundigen en studenten verpleegkunde beter geïnformeerd worden. Het gevaar is dat het gebruik van cannabis gebanaliseerd wordt omdat er hierover zoveel controversiële boodschappen circuleren. Misverstanden omtrent gebruik worden ook veelvuldig verspreid en in stand gehouden via o.a. het internet door belanghebbende partijen.

Vanuit persoonlijke ervaringen heb ik ondervonden dat het probleem van cannabis vaak onderschat wordt ook op psychiatrische afdelingen. Ook de behandeling verloopt navenant. Het aantal drop out gevallen blijkt hoog en kan gelinkt worden aan cliëntkenmerken, maar ook aan bv. het behandelklimaat en therapeutkenmerken. Gebrek aan interesse voor de cliënt, permissief of introvert gedrag, een negatieve houding en een gebrek aan ervaring zijn therapeutkenmerken die in verband staan met drop-out. De kwaliteit van de therapeutische werkrelatie is voorspellend voor het verloop, de duur en het resultaat van de behandeling. (Quataert, 2015). Een andere vaststelling is dat personen die niet meer (lijken te) gebruiken, worden ontslagen zonder verdere ondersteuning te garanderen. Meestal moet de cliënt zelf een vervolgspraak regelen en een andere hulpverlener contacteren voor opvolging in de ambulante sector. Bij dit laatste wordt hij geconfronteerd met een lange wachttijd. Nochtans komt voor een gebruiker de zwaarste periode na de behandeling en bijna de helft van de behandelde hervalt. Er zijn echter weinig cijfergegevens over de behandelresultaten op lange termijn. (Giesen, Weijnen, Candel, & Jansen, 2013). Wat nog opvalt in de praktijk is dat therapie meestal in groep verloopt. Individuele sessies zijn beperkt en betreffen meestal een onderhoud met de psycholoog en/of psychiater. Er is weinig te vinden over de resultaten van face-to-face behandelingen bij verslavingen. Nochtans is MGv van oorsprong ontworpen om te gebruiken bij individuele therapie. Bovendien toonde een onderzoek in de 'Tactus Verslavingszorg' aan dat face-to-face behandelingen positieve effecten hebben op middelengebruik, depressie, angst, stress en craving 9 maanden na intake. (Vos, M.A., 2014) Wellicht spelen financiële overwegingen een rol bij de keuze voor groepstherapie.

Een goede zaak is dat DSM V officieel erkent dat cannabismisbruik een chronische ziekte is, gepaard gaande met afhankelijkheid, craving en ontweningsverschijnselen. Cannabismisbruik wordt hierdoor hopelijk in de toekomst au serieus genomen en op een meer systematische en professionele manier benaderd. DSM V promoot verder de term 'afhankelijkheid' in plaats van 'verslaving'. Misschien dat dit anders overkomt voor de cliënt, maar in de sector wordt de term verslaving nog veel gehanteerd.

Het model van Prochaska en DiClemente geeft een goede beschrijving van het proces van gedragsverandering. Niettemin is het een eerder kunstmatig model, dat blijkbaar empirisch nooit bewezen is. De valkuil is dat er te veel gefocust wordt op de fasen en te weinig op de processen die aan de basis liggen zoals bv. het versterken van het bewustzijn omtrent de ambivalentie tussen bv. waar de cliënt zich bevindt en waar hij naartoe wilt. (Brug, Van Assema, & Lechner, 2012) Niettemin blijkt het model zelfs bruikbaar te zijn om na te denken over de opzet van een trainingssessie en de educatieve tool die ontwikkeld moest worden voor deze bachelorproef. De intentie is namelijk het stimuleren van een gedragsverandering bij verpleegkundigen.

Het beïnvloeden van gedrag is niet gemakkelijk, het veranderen van verslavingsgedrag nog minder. Het gevaar bij gedragstherapie is dat er te veel gefocust wordt op externe motivatie alleen (cf. contingency therapie). Er wordt dan alleen maar tijdelijk gedragsverandering bekomen zolang de externe motivator wordt ervaren. Essentieel is daarom dat er naast een positieve bekrachtiging bij aangepast gedrag ook gestreefd wordt naar het bevorderen van de interne motivatie en aangepaste manieren om te ontspannen of om te gaan met stress. Motiverende gespreksvoering wordt hier als de techniek geadviseerd. Een denkfout die nogal eens gemaakt wordt in de praktijk, is dat confronteren met de gevolgen van het gebruik motiveert. Dat klopt niet. Het bevorderen van interne motivatie start bij het bewust worden van het probleem en de ambivalente gevoelens die de gebruiker daarbij heeft. Het vervolgens zelf opnemen van verantwoordelijkheid in het veranderingsproces is noodzakelijk. De verpleegkundige moet hiervoor de nodige ruimte laten. Ook dat is niet altijd het geval; het te veel willen helpen is een grote valkuil bij veel verpleegkundigen. (Loth, Rutten & Van der Putten, 2014) Wat verpleegkundigen vooral moeten doen, is de motivatie en het vertrouwen in het eigen kunnen versterken bij de cliënt. Eenmaal dat de cliënt klaar is voor verandering is het belangrijk om naast MGV nog andere therapievormen te hanteren. Trainingen voor verpleegkundigen dienen ook deze therapievormen te behandelen om het competentieplaatje compleet te maken.

Gedragsverandering teweeg brengen bij een cliënt kan verlopen via ups en downs. Als hulpverlener dit proces op een empathische, niet betuttelende of confronterende manier te ondersteunen door motiverende gespreksvoering is niet vanzelfsprekend. Het volgen van een gepaste trainingssessie is belangrijk, maar is onvoldoende om een blijvende gedragsverandering (toepassen van MGV) teweeg te brengen bij verpleegkundigen. Dezelfde redenering over externe versus interne motivatie die in de bovenstaande alinea werd vermeld voor de cliënt, geldt ook voor verpleegkundigen. Cruciaal is dat het ganse team en de leidinggevende achter de benadering staat en elkaar daarop aanspreekt. Verder is een open cultuur van de afdeling van belang. Alleen als men bij elkaar terecht kan voor debriefing en intervisie na een interventie, wordt de eigen competentie continu bevorderd.

Om effectief aan motiverende gespreksvoering te doen, is niet alleen kennis maar ook het inoefenen van de techniek nodig. Simulatie blijkt een goede manier hiervoor, maar vindt omwille van economische redenen (intensieve training in kleine groep = tijd = geld) zelden plaats bij trainingen van verpleegkundigen. Bovendien vraagt het doen van een simulatie het overschrijden van een zekere psychologische drempel. De persoon die oefent, geeft zich als het ware bloot aan de trainer en andere collega's. Het is positief dat deze manier in de huidige opleiding reeds gebruikt wordt bij het oefenen van communicatieve vaardigheden. De vaardigheden die horen bij de motiverende gespreksvoering werden ook in de opleiding geoefend: actief luisteren, het stellen van open vragen, positief bekrachtigen en feedback geven ... De link met de techniek en gedragsverandering aanleren zou nog meer geoefend mogen worden.

In de literatuur werd ook een review gevonden over technologisch-ondersteunende middelen die gebruikt worden voor MGV-behandelingen en/of –trainingen. Dit is een goedkopere vorm van training dan face-to-face. Men gebruikt allerhande media zoals computer, video, mobiele telefoons, chat rooms om geautomatiseerde informatie en antwoorden te verstrekken, gebaseerd op MGV. De vraag blijft of dergelijke tools de menselijke interactie kan vervangen vermits de sterke nadruk die gelegd wordt in de MGV-filosofie op de therapeutische stijl en interpersoonlijke interacties. Bijvoorbeeld: voelen mensen zich comfortabel(er) om informatie te delen op deze onpersoonlijke manier, wat is de invloed op de outcome enz. Een echte vergelijking is tot nog toe niet mogelijk omdat tot nog toe geen onderzoeken werden gedaan met een controle groep die wel face-to-face MGV volgden. De onderzoeken die gedaan werden tonen wel aan dat dergelijke middelen algemeen ‘aanvaard’ worden en dat ze positieve gedragsveranderingen teweeg kunnen brengen. Nagegaan dient te worden voor welke groepen dit al dan niet geldt. Misschien dat een toepassing bestaat voor regio's waar er weinig face-to-face aanbod is en voor groepen die zich gestigmatiseerd voelen. (Shingleton, & Palfai, 2016).

Tabak- en cannabisgebruik komen vaak samen voor, maar de huidige interventieprogramma's focussen meestal alleen op een van de twee. Uit onderzoek blijkt dat er een duidelijke vraag is naar een gelijktijdige aanpak van beiden. (Becker, Hungerbuehler, Berg, Szamrovicz, Haubensack, Kormann, & Schaub, 2013).

Uit de literatuur en praktijk blijkt dat taboe rond het thema ‘cannabis’ toch nog sterk speelt en ‘vooruitgang’ tegenhoudt. Belangenvermenging zowel vanuit de medische hoek, als vanuit drugmilieu speelt daarbij een grote rol. Dit verhindert gecoördineerd onderzoek en maakt dat er niet voldoende openlijk wordt gediscussieerd om tot evidence based conclusies te komen. Onderzoeken spreken elkaar bijvoorbeeld tegen over o.a.:

- mogelijks zinvolle medische toepassingen van bepaalde extracten van cannabis voor bepaalde ziektesymptomen:
Tegenstrijdige berichten scheppen veel verwarring en terughoudendheid bij medici. De meeste artsen voelen zich sowieso ook niet comfortabel bij het idee dat ze een middel zouden voorschrijven waarvan zij de dosering mogelijks niet helemaal in de hand hebben.
- bepaalde negatieve neveneffecten van cannabisgebruik:
Zo blijkt uit cijfers dat er een aanscherping van schizofrenie mogelijk is, zeker bij jongeren. Anderzijds blijkt uit cijfers dat, ondanks een verhoogde incidentie van cannabisgebruik er geen verhoogde incidentie is van schizofrenie in de algemene bevolking... De juiste verklaring hiervan is niet te vinden in de literatuur. Verder is er ook inconsistentie over de precieze oorzaak en chroniciteit of omkeerbaarheid van neurocognitieve effecten, zeker degene gestuurd door het frontaal- limbisch systeem. Om hieromtrent duidelijkheid te krijgen zijn in de toekomst meer longitudinaal onderzoeken nodig die uitgevoerd worden op een grote populatie en dit over de hele range van lichte, incidentele tot zware en langdurige gebruikers. Deze onderzoeken moeten daarbij ook systematisch dezelfde individuele variabelen (bv. geslacht) opnemen die ook een invloed kunnen hebben op het neuropsychisch functioneren. Zo kan er meer duidelijkheid ontstaan over de interacties met cannabis en de onafhankelijke invloed van cannabis op neurocognitieve functies.

(Crane, 2013; Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2012; Uritsky, McPherson, & Pradel, 2011)

Ondanks de nadruk die tegenwoordig gelegd wordt op shared decision-making hebben ik slechts 1 onderzoek teruggevonden over de effectiviteit ervan binnen de verslavingszorg. In deze Nederlandse studie bleek het wel succesvol te werken. (Joosten, & et al., 2015) Shared decision-making is gebaseerd op de universele menselijke basisbehoeften van zelfontplooiing en behoefte aan waardering en erkenning. Mits het creëren van een ondersteunende omgeving lijkt het logisch dat shared decision-making, ook in de verslavingszorg kan toegepast worden.

Alhoewel MGV algemeen aanbevolen wordt om gedragsveranderingen te bereiken, is er een gebrek aan algemeen gestandaardiseerde instrumenten om de graad van zelfvertrouwen en de mate van integratie van MGV-kennis, -attituden na training te meten. De ontworpen instrumenten zijn meestal specifiek aan een bepaalde studie gekoppeld of zijn gericht op het meten van competenties op zich (bv. Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI), the Behaviour Change Counselling Index (BECCI) and the Motivational Interviewing Supervision and Training Scale. Verder blijken outcome metingen meestal te focussen op de pre- en post trainingsfase. Wat het effect van MGV-trainingen op langere termijn is (integratie van MGV-vaardigheden en -attituden), daar zijn geen onderzoeksresultaten van. (Madson, Loinon, & Lane, 2009; Söderlund, Madson, Rubak, & Nilsen, 2011)

Besluit

Cijfers tonen algemeen een stijgende incidentie en prevalentie van cannabisgebruik aan en dit vooral bij de groep van adolescenten. Uit onderzoek blijkt bovendien dat des te jonger iemand start met het gebruik van cannabis, des te groter het risico op verslaving en co-morbide verschijnselen. In tegenstelling tot wat velen denken, kan cannabis dus, net zoals bij andere vormen van druggebruik, verslaving en allerhande daarmee gepaard gaande fysische, sociale en psychische negatieve gevolgen hebben. Bovendien is er een evolutie te zien van nieuwe productietechnieken waardoor de sterkte van cannabis toeneemt en er meer neveneffecten zijn. (EMCDDA, 2017; Montanari et al., 2017; Vandamme, 2016; WIV, 2017) Effectieve preventie en behandeling zijn daarom noodzakelijk.

Zowel in wetenschappelijk onderzoek als in recente beleidsnota's wordt het belang van zelfmanagement bij alle chronische ziekten en in het bijzonder bij mensen met cannabismisbruik beklemtoond. Motiverende gespreksvoering is een evidence based methode om adolescenten te begeleiden in dit proces. De cliënt wordt door zijn ervaringskennis beschouwd als een gelijkwaardige partner in zijn zorg tot gedragsverandering.

Het model van gedragsverandering dat werd ontwikkeld door Prochaska en DiClemente levert een bruikbaar kader om te begrijpen via welke processen mensen hun gedrag veranderen. (Rutten & Van der Putten, 2014) Het is ook een bruikbaar model om te evalueren wat de bereidheid is om het gebruik te veranderen. Uitgangspunt is dat motivatie tot verandering een proces is dat geremd of bevorderd kan worden door de interventies van de omgeving. Daarom is het belangrijk dat verpleegkundigen bewust kiezen voor evidence based acties zoals motiverende gespreksvoering. Op die manier komt de cliënt gemakkelijker tot zelfinzicht. Het ondersteunt ook de autonome motivatie en daarmee ook het engagement om het cannabisgebruik aan te pakken.

In de literatuur wordt aangehaald dat verpleegkundigen niet altijd over de nodige kennis, vaardigheden en juiste attitudes beschikken om adolescenten met cannabismisbruik op weg te helpen. Specifieke opleidingen voor verpleegkundigen zijn wenselijk om vaardigheden zoals motiverende gespreksvoering kunnen toe te passen. Daarom wordt in deze bachelorproef een aanzet geformuleerd voor een training 'Motiverende gespreksvoering en cannabis'. Als educatieve tools werden de volgende elementen van de training uitgewerkt:

- een powerpoint van de bijscholing;
- een kennisquiz;
- gebruiksklare schema's die duidelijk maken op wat er moet gelet worden in het veranderingsproces en de toepassing van MGv;
- een simulatie.

Literatuurlijst

Abdolrahimi, M., Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Ebadi, A., (2017). Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis. *Electronic Physician*, 9 (8), 4968-4977, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/4968>

Adolescentie (2018). Gevonden op internet, 15 maart 2018: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Adolescentie>

Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M., & Haghani, F. (2015). Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*, 4 (2).

Amann, A. et al. (2018). The Effects of Social Presence on Adherence-Focused Guidance in Problematic Cannabis Users: Protocol for the CANreduce 2.0 Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocol*, 7 (1) doi: 10.2196/resprot.9484.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

American Society of Addiction Medicine. (2018). *Definition of Addiction*.

Asbridge, M., Hayden, J., & Cartwright, J. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *British Medical Journal*, p344.

Atakan, Z., Morrison, P., Bossong, M.G., Martin-Santos, R., & Crippa, J.A. (2018). The effect of cannabis on perception of time: a critical review. *Current Pharmaceutical Design*, 18 (32), 4915-22.

Avonts, D. 2002, Cannabis als antibraakmiddel bij chemotherapie, *Minerva*, volume 31, 149-150.

Bailey, L., Curingto, R., Brown, B., Hegener, M., & Espel, M. (2017). Motivational interviewing education: Creation and assessment of a learning module implemented among advanced pharmacy practice students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 9 (5), 786-793, doi: 10.1016/j.cptl.2017.06.007. Epub 2017 Aug 19.

Barwick, M.A., Bennett, L.M. Johnson, S.N., McGowan, J., Moore, J.E. (2012). Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34, 1786–1795.

Batalla, A. et al. (2018). *The Influence of DAT1, COMT, and BDNF Genetic Polymorphisms on Total and Subregional Hippocampal Volumes in Early Onset Heavy Cannabis Users*.

Becker, J. et al. (2013). Development of an integrative cessation program for co-smokers of cigarettes and cannabis: demand analysis, program description, and acceptability. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8, 33.

Belgische kamer van volksvertegenwoordigers en senaat. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Gevonden op internet, maart 2018, : <http://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcoIObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=33576073>

Blankers, M., Ketelaars, T., Uitterhaegen, B., & van Laar, M. (2017). *Cannabisregulering in de Verenigde Staten: Modellen en effecten op het terrein van de volksgezondheid*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Blevins, C. et al. (2016a). Change in motives among frequent cannabis-using adolescents: Predicting treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 167, 175–181

- Blevins, C. et al. (2016b). Motives for marijuana use among heavy-using high school students: An analysis of structure and utility of the Comprehensive Marijuana Motives Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 57, 42–47.
- Blevins, C. et al. (2018). Changing social norms: The impact of normative feedback included motivational enhancement therapy on cannabis outcomes among heavy-using adolescents. *Addictive Behaviors*, 76, 270-274.
- Bonnet, U., & Preuss, U. (2017). The cannabis withdrawal syndrome: current insights. *Substance abuse and rehabilitation*, 8, 9-37.
- Bossong, M. et al. (2012). Effects of Delta9-tetrahydrocannabinol administration on human encoding and recall memory function: a pharmacological fMRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience*.
- Bossong, M. et al. (2012). Effects of Delta9-Tetrahydrocannabinol on Human Working Memory Function. *Biological Psychiatry*.
- Bossong, M. et al. (2014). Role of the endocannabinoid system in brain functions relevant for schizophrenia: an overview of human challenge studies with cannabis or Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC). *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 3, 52-69.
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen : Van Gorcum.
- Buret, L. (2016). Is medicinaal cannabisgebruik een therapeutische optie? *Minerva*, 15 (9), 221-224.
- Buring, S.M. et al. (2011). Implementation and evaluation of motivational interviewing in a Doctor of Pharmacy curriculum. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 3 (2), 78–84.
- Çağlar, M. (2017). *Timing preventieprogramma Frisse Start: het voorkomen van middelengebruik bij brugklassers. Een onderzoek naar de invloed van timing van deze interventie op de attitude tegenover middelengebruik en het modererend effect van risicoprofielen hierop*. Scriptie i.k.v. Master Klinische Kinder- en Jeugdpsychologie aan de Universiteit Utrecht.
- Cant, R.P., Cooper, S.J., & Roodbol. P.F. (2010). Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 10 (1), 15-16.
- Carney, T., et al. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 20 (1).
- Carpenito, L. J., Brinksma, A., Hellema, F., Jansen, G., Kleve, R., & Van Der Cingel, M. (2015). *Zakboek verpleegkundige diagnoses*. Groningen: Noordhoff.
- Casselmann, J., & Kinable, H. (2008). *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken*. Kortrijk-Heule : UGA.
- Caulkins, J. (2018). The Real Dangers of Marijuana. *National affairs*, 34.
- Cleemput, E. (2017). Maggie De Block: "Altijd bereid nieuwe studies te bekijken". Gevonden op internet, mei 2018: <http://www.deblock.belgium.be/nl/rd-het-nieuwsblad-maggie-de-block-%E2%80%9Caltijd-bereid-nieuwe-studies-te-bekijken%E2%80%9D>

- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E., & Wong, R. (2015). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technology Assessment*, 9 (56), DOI: 10.3310/hta19560
- Damjanović, A. et al. (2015). Cannabis and psychosis revisited. *Psychiatria Danubina*, 27 (1), 97-100.
- Deblende, A. (2017). *Peer pressure in het secundair onderwijs: een kwalitatieve studie aan de hand van focusgroepen*.
- De Bruyn, P. (2014). *Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- Decker, S. et al. (2013). Standards of Best Practice: Simulation. Standard VI: The Debriefing Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 9 (6), 26-29.
- Decuyper, S., Dochy, F. & Van den Bossche, P. (s.a.). *Teamleren. De sleutel voor effectief teamwerk*. Gevonden op internet, mei 2018: http://www.blits-teamleren.be/sites/default/files/teamleren_de_sleutel_voor_effectief_teamwerk.pdf
- De Cuyper, K. (2018). NVKVV nieuwseditie. Up-to-date verpleegkundigen: goed voor je patiënt en voor je zelfvertrouwen. *Nursing*, 24, 1-3.
- De Donder, E. et al. (2004). *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening*. Mechelen: Kluwer.
- De druglijn. (2015-2018). *Kan je verslaafd raken aan cannabis?* Gevonden op internet, 4 november 2017: <https://www.druglijn.be/drugs-abc/cannabis/veelgestelde-vragen/kan-je-verslaafd-raken-aan-cannabis>
- De Jong, C.A.J., De Haan, H.A., & Van de Wetering, B.J.M. (2009) . Verslavingsgeneeskunde. *Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.
- De Neve, P., & Keymeulen, R. (2009). *Evidenced based werken dankzij beloningstraject op basis van contingency management*.
- Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J.L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: a systematic literature review and qualitative synthesis. *British Medical Journal Open*, 7.
- De Schrijver, S. (2012). *Het telescoping effect bij cannabisgebruik: worden vrouwen sneller afhankelijk dan mannen?* Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de criminologische wetenschappen.
- Dewals, P. (2017). *'Tijd is rijp voor een open en eerlijk debat over cannabis'*. Gevonden op internet, 2 maart 2018: <http://www.knack.be/nieuws/belgie/tijd-is-rijp-vooreen-open-en-eerlijk-debat-over-cannabis/article-opinion-856611.html>
- Druglijn. (s.a.). *Kennistest cannabis*. Gevonden op internet, maart 2016: <https://www.druglijn.be/test-jezelf/test/kennistest-cannabis---moeilijk>
- Dupont, H. et al. 2015, *Assessing the Efficacy of MOTI-4 for Reducing the Use of Cannabis Among Youth in the Netherlands: A Randomized Controlled Trial*. Gevonden op internet, November 2017: http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/2_en#newsDownloads
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies. Luxembourg: Publications Office of the European Union,

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2014). Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union, doi:10.2810/144609

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2016). *Europees drugsrapport. Trends en ontwikkelingen*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, doi:10.2810/36272

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union, doi:10.2810/144609

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS EN SENAAT for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.

Faggiano, F. et al. (2014). *Multidimensional Family Therapy (MDFT) for adolescent illicit drug misusers: a systematic review*, EMCDDA Thematic Paper.

Ferri, M. et al. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.

Fey, M.k-K., & Jenkins, L. (2015). Debriefing Practices in Nursing Education Programs: Results from a National Study. *Nursing Education Perspectives*, 36 (6), 361-366.

Fleming, N. (2010). *De relatie tussen cannabisgebruik en een verminderde prestatie van het werkgeheugen*. Masterproject aan de Universiteit Leiden, studierichting Orthopedagogiek.

Franken, I., & Van den Brink, W. (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.

Friedrichs, A., Spies, M., Härter, M., & Buchholz, A. (2016). *Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature*.

Furer, T., Nayak, K., & Shatkin, J. (2018). *Exploring Interventions for Sleep Disorders in Adolescent Cannabis Users*.

Gates, P. et al. (2016). *'Psychosocial interventions for cannabis use disorder'*.

Gates, S., Mac Cambridge, J., Smith L.A., & Foxcroft, D. (2006). 'Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings'. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, 1.

GGZ Nederland. (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen. Richtlijn en protocol voor de behandelaar*. Gevonden op internet, 5 februari 2018: <http://www.resultatenscoren.nl/data/upload/Publication/files/cannabisprotocolcannabisprotocol-2008-342.pdf>

Giesen, J., Weijnen, I., Candel, I., & Jansen, A. (2013). *Weten begint met meten: Effectiviteit van de behandeling van verslaving. MGv medium voor ggz en verslavingszorg*. Epen: U-center, 1-4.

Gloss, D. & Vickrey, B. (2014). Cannabinoids for epilepsy.

Goossens, A., De Bruyne, S., De Frène, V., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., & Vandaele, B. (2014). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

- Greydanus, D.E., Kaplan, G., Baxter, L.E., Patel, D.R., & Feucht, C.L. (2015). Cannabis: The never-ending, nefarious nepenthe of the 21st century: What should the clinician know? *Disease-a-Month*, *61*, 118–175.
- Gruber, S. et al. (2017). *The Grass Might Be Greener: Medical Marijuana Patients Exhibit Altered Brain Activity and Improved Executive Function after 3 Months of Treatment*.
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, *110*, 19–35, doi:10.1111/add.13014
- Hasin, D. S. et al. (2015). Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States Between 2001–2002 and 2012–2013. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, *72* (12), 1235-1242.
- Hasin, D. S. (2018). US Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems. *Neuropsychopharmacology*, *43*, 195–212. doi:10.1038/npp.2017.198
- Helseth, V. et al. (2013). *Independent or substance-induced mental disorders? An investigation of comorbidity in an acute psychiatric unit*.
- Hill, K. & Palastro, M. (2017). *Medical cannabis for the treatment of chronic pain and other disorders: misconceptions and facts*.
- Hill, K. et al. (2017). Nabilone pharmacotherapy for cannabis dependence: A randomized, controlled pilot study. *American Journal of Addiction*, *26*, 795–801.
- Hindocha, C., Freeman, T., & Curran, H. (2017). Anatomy of a Joint: Comparing Self-Reported and Actual Dose of Cannabis and Tobacco in a Joint, and How These Are Influenced by Controlled Acute Administration. *Cannabis and Cannabinoid Research*, *2* (1), 217-223.
- Hoch, E., Preuss, U., Ferri, M. & Simon, R. (2016). Digital Interventions for Problematic Cannabis Users in Non-Clinical Settings: Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis. *European Addiction Research*, *22* (5), 233-242.
- Hogue, A., Henderson, C., Ozechowski, T., & Robbins, M. (2014). Evidence Base on Out-patient behavioural treatments for adolescent substance use: updates and recommendations 2007–2013. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43* (5), 695-720.
- Humeniuk, R. et al., World Health Organization (2010). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use Manual for use in primary care*.
- Ingham, G., Fry, J., O'Meara, P., & Tourle, V. (2015). Why and how do general practitioners teach? An exploration of the motivations and experiences of rural Australian general practitioner supervisors. *BMC Medical Education*, *15*.
- Jianfei, X., Ding, S., Wang, C., & Liu, A. (2013). An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. *Nurse Education Today*, *33*, 823–827.
- Jones L. et al. (2006). *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, John Moores University.
- Joosten, E. et al. (2015). Samen beslissen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, *13* (3), 18-20, <https://doi.org/10.1007/s12468-015-0031-4>

- Jordaens, N. (2014). *En waar kunnen wij terecht? Een kwalitatieve studie naar de ondersteuning voor ouders van drugverslaafde kinderen in de regio Antwerpen*. Scriptie voorgelegd met het oog op het behalen van de graad van Master Sociologie.
- Katz, G., Lobel, T., Tetelbaum, A., & Raskin, S. (2014). *Cannabis Withdrawal - A New Diagnostic Category in DSM-5*.
- Kenniscentrum Verslaving. (2018). *Publicaties Resultaten Scoren*. gevonden op internet, maart 2018: <http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/>
- Khalil, R.B. (2012). Would some cannabinoids ameliorate symptoms of autism? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 237–238, DOI 10.1007/s00787-012-0255-z
- Kleinjan, M., & Engels, R. (2010). Universele preventie van middelengebruik onder jongeren. *Kind en adolescent, verslaving*, 31 (4), 221-233.
- Kuepper, R. et al. (2011). Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *British Medical Journal*, 1.
- Lambrechts, M., & Speleers, B. (2014). Cannabis wereldwijd: dossier legalisering cannabis. gevonden op het internet, februari 2018: <https://www.mo.be/analyse/cannabis-wereldwijd>
- Laporte, C. et al. (2017). Cannabis and Young Users—A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 15 (2), 131-139.
- Lavoie, P. et al. (2017). Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: A theoretical review. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 239–250, <https://doi.org/10.1111/jan.13416>
- Leamy, M. et al. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of psychiatry*, 199 (6), 557-588.
- Lee, D. et al. (2013). Oral fluid/plasma cannabinoid ratios following controlled oral THC and smoked cannabis administration. *Analytical and Bioanalytical Chemistry*, 405, 7269–7279.
- Leroy, H. et al. (2012). Behavioral Integrity for Safety, Priority of Safety, Psychological Safety, and Patient Safety. A Team-Level Study. *Journal of Applied Psychology*, 97 (6), 1273-1281, doi:10.1037/a0030076
- Little, H. et al. (2008). 'Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy'. *Addiction*, 103, 1660–1670.
- Lombaert, G. (2011). *Middelengebruik bij 12 tot 18-jarige scholieren in Brugge, Gent*.
- Loth, C., Rutten, R., Huson-Anbeek, D., & Linde, L. (1999). *Verslaving en de verpleegkundige praktijk*. Maarssen.
- Loth, C., Rutten, R., & Van der Putten, B. (2014). *Verslavingszorg in de praktijk. Voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Maat, L.H.C. (1997). *LSD, hasj en andere bewustzijnsveranderende stoffen*.
- Madson, M.B., Loignon, A.C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 101–109.

- Malczewski, A. (2011). *"POLAND" New Development, Trends and in-depth information on selected issues draft: 2011 National Report.*
- Malmberg, M. (2014). *Take it or leave it!: prevention and personality in early adolescent substance use.* Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Marijuana – Cannabis addiction: and recovery information.* (s.a.). Gevonden op het internet, 5 november 2017: <https://www.addictionsandrecovery.org/marijuana.htm>
- Markovic, D. et al. (2017). *Cannabinoids for the treatment of dementia.*
- Marshall, K., Gowing, L., Ali, R., & Le Foll, B. (2014). Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Marsot, A. et al. (2016). Comparison of cannabinoid concentrations in plasma, oral fluid and urine in occasional cannabis smokers after smoking cannabis cigarette. *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 19, 411–422.
- Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K.M., & Rounsaville, B.J. (2011) A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 357–365.
- Martino, S. et al. (2015). See One, Do One, Order One: a study protocol for cluster randomized controlled trial testing three strategies for implementing motivational interviewing on medical inpatient units. *Implementation Science*, 10, 138, doi: 10.1186/s13012-015-0327-9.
- Mason, M. (2015). Peer Network Counseling with Urban Adolescents: A Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 58, 16–24.
- Matthys, F. (2001). *Leven met een verslaafde.* Leuven-Apeldoorn; Garant.
- Matthys, F. Joostens, P., Tremmery, S., Stes, S., & Sabbe, B. (2013). ADHD en verslaving; toepassing van Nederlandstalige richtlijn met bijzondere aandacht voor co-morbide stemmingsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (9), 715-719.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2012). Cannabis, a valuable drug that deserves better treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 87 (2), 107-109, doi:10.1016/j.mayocp.2011.12.002
- McLoughlin, B. et al. (2014). Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 10, doi: 10.1002/14651858.CD004837.pub3.
- Meakim, C. et al. (2013). Standards of Best Practice: Simulation. Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9 (6), 3-11.
- Meier, M. et al. (2012), Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (40), <https://doi.org/10.1073/pnas.1206820109>
- Mies, M. (2008). *Cannabisgebruik en Autisme Spectrum Stoornis Een theoretisch kader over de effecten en risico's van cannabisgebruik bij mensen met een Autisme Spectrum Stoornis.* Afstudeerproject in het kader van Fontys Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5, 3–17.

- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2011) *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., & Simon, R. (2017). Cannabis Use among People Entering Drug Treatment in Europe: A Growing Phenomenon? *European Addiction Research*, 23, 113-121.
- Monte, A., Zane, R. & Heard, K. (2015). The implications of marijuana legalization in Colorado. *Journal of the American Association*, 313, 241–242.
- Natania, A. (2013). Effects of Cannabis on Neurocognitive Functioning: Recent Advances, Neurodevelopmental influences, and Sex Differences. *Neuropsychology Review*, 23 (2), 117–137.
- National Academy of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids. The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, DC: National Academies Press, DOI: [10.17226/24625](https://doi.org/10.17226/24625).
- Nevid, J. et al. (2016). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. Amsterdam: Pearson Benelux BV.
- Niesink, R. (2010). *Cannabis: een persoonlijk drama*.
- Niesink, R., & van Laar, M. (2013). Does cannabidiol protect against adverse psychological effects of THC? *Frontiers in Psychiatry*, 4 (130).
- Niesink, R., & van Laar, M. (2013). *Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age*.
- Norberg, M. et al. (2012). *Screening and managing cannabis use: comparing GP's and nurses' knowledge, beliefs, and behavior*.
- Oliveira de Sousa, A.T., & et al. (2015). Review. Using the theory of meaningful learning in nursing education. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 68 (4), <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>
- Ouwens, M., Van der Burg, S., Faber, M., & Van der Weijden, T. (2009). *Shared Decision Making & Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begripsbepaling*. Radboud University Nijmegen Medical Centre, Scientific Institute for Quality of Healthcare.
- PDQ Interactive. (2017). *Cannabis and Cannabinoids*.
- Perucca, E. (2017). *Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy: Hard Evidence at Last?*
- Pirone, A. et al. (2017). New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 40, 82-94.
- Quataert, S. (2015). *Drop-out binnen de verslavingszorg Een belevingsonderzoek bij jonge cliënten. Bachelorproef voorgedragen tot het behalen van het diploma Bachelor in de Toegepaste Psychologie*. Howest, West-Vlaanderen.
- Rigter, H. et al. (2012). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130 (1-3), 85-93, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013.
- Roh, Y.S., Kim, S.S., & Kim, S.H. (2014). Effects of an integrated problem-based learning and simulation course for nursing students. *Nurses and health science*. 16 (1), 91-6, doi: 10.1111/nhs.12069. Epub 2013 Sep 3.

- Rosiers, K. et al. (2014). *In hogere sferen? Volume 3. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten*. Brussel: VAD.
- Seshata. (2014). *De neuroprotectieve effecten van cannabis*. Gevonden op internet, februari 2018: <https://sensiseeds.com/nl/blog/de-neuroprotectieve-effecten-van-cannabis/#comment-90089878>
- Shingleton, R.M., & Palfai, T.P. (2016). Technology-delivered adaptations of motivational interviewing for health-related behaviors: A systematic review of the current research. *Patient Education and Counseling*, 99, 17–35.
- Shorey, S., Siew, A.L., & Ang, E. (2018). Experiences of nursing undergraduates on a redesigned blended communication module: A descriptive qualitative study. *Nurse Education Today*, 61, 77–82.
- Smolkina, M. et al. (2017). Cannabis and Depression: A Twin Model Approach to Co-morbidity. *Behavior Genetics*, 47 (4), 394-404.
- Söderlund, L.L., Madson, M.B., Rubak, S., Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care. *Practitioners. Patient education and counseling*, 84, 16 – 26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.025>
- Stolp, J., Schouten, I., Den Boer, F., & Zegers, M. (2017). *Evidence Based Practice: Handboek voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). Protracted Withdrawal. *Substance Abuse Treatment Advisory*. 9 (1), 1–8.
- Szaflarski, M. & Sirven, J.I. (2017). Review of social factors in marijuana use for medical and recreational purposes. *Epilepsy & Behavior*, 70, 280–287, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.11.011>
- Tabitha, A., & Bossong, M., (2015). A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophrenia Research*, 162, 153–161.
- Ten Have, E. (2015). *De verpleegkundige als communicator: Leerboek communicatieve vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Terry-McElrath, Y., O'Malley, P., & Johnston, L. (2009). *Reasons for Drug Use among American Youth by Consumption Level, Gender, and Race/Ethnicity: 1976–2005*.
- The Health Foundation. (2011). *Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing*.
- Thurstone, C., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, C. (2017). Empirical research Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. *Elsevier*, 6 (4), 375-379.
- Tolli, A. P., & Schmidt, A. M. (2008). The role of feedback, causal attributions, and self-efficacy in goal revision. *Journal of Applied Psychology*, 93 (3), 692-701, doi: 10.1037/0021-9010.93.3.692
- Trigo, J. et al. (2018). *Nabiximols combined with motivational enhancement/cognitive behavioral therapy for the treatment of cannabis dependence: A pilot randomized clinical trial*.
- Turner, S., & Harder, N. (2018). Psychological Safe Environment: A Concept Analysis. *Clinical Simulation in Nursing*, 18, 47-55, <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.02.004>

- Uladag, Y., & Guleç, G. (2016). Prevalence of Substance Use in Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry*, 53 (1), 4-11.
- University of Arizona. (s.a.). *Motivational Interviewing and Stages of Change*. Gevonden op internet, april 2018: <http://methode.fcm.arizona.edu/infocenter/index.cfm?stid=244>
- Uritsky, T., McPherson, M., & Pradel, F. (2011). Assessment of Hospice Health Professionals' Knowledge, Views, and Experience with Medical Marijuana. *Journal of palliative medicine*, 14, (12), 1291-5, doi: 10.1089/jpm.2011.0113.
- Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol, alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD). (2010). *Aanpak van problematische cannabisgebruik en aanverwante problemen richtlijn voor klinici*.
- VAD. (2015). *Cannabis. De meest gestelde vragen*.
- Vandamme, K. (2016). *Leerlijn tabak, alcohol en drugs*.
- Van der Haar, S., Manni, M., & van der Maale, D. (2016). Teams die werken! *Opleiding & Ontwikkeling*, 1, 13-17. Gevonden op internet, mei 2018: https://www.stroomzuid.nl/application/files/1014/6764/4037/Teams_die_werken.pdf
- Vanderplasschen, W., & Vander Laenen, F. (2017). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: Praktijk en beleid*. Leuven: Acco.
- Van Deurzen, J. (2017). *Nota van de Vlaamse Regering, ingediend door minister Jo Vandeurzen. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019*. Gevonden op internet, maart 2018: <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1272142>
- Van Erp, N. (Trimbos-instituut) & Van der Meulen, A. (VNN). (2015) *Factsheet Stigma en Verslaving Een uitgave van Verslavingskunde Nederland*.
- Van Gestel, D. (2016). *Onuitgegeven nota's bij een cursus voor het eerste jaar van de opleiding Verpleegkunde*, Thomas More Lier.
- Van Hooft, S. (2017). *Tussen verwachtingen en realiteit. Zelfmanagementondersteuning in de verpleegkundige praktijk en in de verpleegkundige opleiding*. Proefschrift, Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Van Ryzin, M., & Dishion, T. (2014). Adolescent deviant peer clustering as an amplifying mechanism underlying the progression from early substance use to late adolescent dependence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 1153–1161.
- Van Valkenhoef, J. (2015). *Kennis voor beleid: Een casestudie naar kennisgebruik in lokaal softdrugsbeleid*. Masterscriptie i.k.v. 'Management van de Publieke sector' aan de Universiteit Leiden.
- Van Wilgenburg, H. (2006). Farmacologie van cannabis. *Verslaving*, 2 (4), 172-175.
- Van Woerkom, M., & de Bruijn, M. (2016). Why performance appraisal does not lead to performance improvement: Excellent performance as a function of uniqueness instead of uniformity. *Industrial and Organizational Psychology*, 9 (2), 275-281, <https://doi.org/10.1017/iop.2016.11>
- Volksgezondheidszorg.info. (2018). *Drugsgebruik→Cijfers & Context→Huidige situatie: jongeren*. Gevonden op internet, 5 maart 2018: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/drugsgebruik>

- Vos, M.A. (2014). *Lange termijn evaluatie face-to-face verslavingsbehandelingen*. Masterthesis Positieve Psychologie & Technologie, Enschede. Gevonden op internet, mei 2018: [http://essay.utwente.nl/68703/1/Vos,%20M.A.%20-%20s0183377%20\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/68703/1/Vos,%20M.A.%20-%20s0183377%20(verslag).pdf)
- Vlaamse regering. (2016a). *Conceptnota: verslavingszorg*. Gevonden op internet, 17 maart 2018: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/verslavingszorg-conceptnota>
- Vlaamse regering. (2016b). *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019*. Gevonden op internet, 17 maart 2018: http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Vlaams_Actieplan_GG_0.PDF
- Visser, H. (1997). *Verslaving het labyrinth van de drugs*. Baarn: Nelissen.
- Villa, L. (2018). *Guide to Marijuana Addiction and Treatment*.
- Walitt, B. et al. (2016). *Cannabinoids for fibromyalgia*.
- Wayne, H. (2016). Alcohol and cannabis: Comparing their adverse health effects and regulatory regime. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 6–12.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Belgium country drug report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, doi: 10.2810/840990.
- Wereld Gezondheidszorg Organisatie (WGO). (2018). Cannabis.
- Widder, R. (2017). Learning to Use Motivational Interviewing Effectively: Modules. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48 (7), 312-319, doi.org/10.3928/00220124-20170616-08.
- Winters, K., & Lee, C. (2008). *Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age*.
- Woicik, P.A., Stewart, S.H., Pihl, R.O., & Conrod, P.J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34 (12), 1042-55, doi: 10.1016/j.addbeh.2009.07.001.
- Zimmer, A. et al. (2017). A chronic low dose of Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) restores cognitive function in old mice. *Nature Medicine*, 23 (6), 782-787. doi: 10.1038/nm.4311.
- Zorg voor beter. (s.a.). *Goed gesprek*. Gevonden op internet, mei 2018: <https://www.zorgvoorbeter.nl/communiceren-in-de-zorg>

Bijlagen

Bijlage 1: Powerpoint van de trainingssessie

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING (MGV) EN CANNABIS

- **Inleiding (max. 5')**
 - Aanleiding training (hoofdverpleegkundige)
 - Pauzes en receptie
 - Info map
 - Afspraken: 'respect en geheim' / GSM uit
- **Topics van de dag**
 - Mythen en feiten op een rij
 - Stages of change
 - Motiverende gespreksvoering (MGV)
 - Vertalen naar de praktijk
 - Trainingssessie 1
 - Trainingssessie 2
 - Conclusie en take home messages

MYTHEN EN FEITEN OP EEN RIJ

- **Opwarmer: Juist = groen / Fout = rood (5')**
 - Bijna alle jongeren gebruiken ooit cannabis.
 - Cannabisgebruik leidt niet tot verslaving.
 - Cannabis kan niet slecht zijn want het wordt ook bij bepaalde ziekten gebruikt.
 - Verslaafden hebben een zwakke persoonlijkheid.
 - Verslaafden zijn onbetrouwbaar.
 - Verslaafden zoeken altijd problemen.
 - Verslaving kan je best aanpakken door repressief op te treden.
 - Ik heb voldoende kennis en bekwaamheid om cannabisverslaafden te screenen en te begeleiden.
 - Ik heb de bevoegdheid om de screening/begeleiding te doen.

MYTHEN EN FEITEN OP EEN RIJ

- **Quiz ([link naar quiz](#)) (max. 35')**
 - De vragen worden systematisch overlopen.
 - Ze worden in groep beantwoord door het opsteken van een kleurkaart.
 - Nadien wordt telkens het antwoord geprojecteerd en kort toegelicht.
- Fout of A = rood
- Juist of B = groen
- C = geel
- D = oranje

STAGES OF CHANGE

(MAX. 15')

- **Motivatie hangt af van:**
 - Willen veranderen = belang inzien
 - Kunnen veranderen = vertrouwen in verandering
 - Klaar zijn voor ... = actie en stellen van prioriteiten

- **Fasen: kader hoe mensen hun gedrag veranderen**
 - Voorbeschouwing
 - Overwegingsfase
 - Voorbereidings- en beslissingsfase
 - Actiefase
 - Consolidatiefase
 - terugval

STAGES OF CHANGE

- **Duiding fasen: circulair model**
 - *Voorbeschouwing*: cliënt overweegt verandering, maar wil/kan nog niet veranderen
 - *Overweging*: cliënt bevestigt bezorgdheden en overweegt mogelijkheid om te veranderen maar er is nog veel ambivalentie
 - *Voorbereiding en beslissing*: cliënt plant verandering, maar concrete uitvoering is nog niet duidelijk
 - *Actie*: cliënt onderneemt actief stappen tot verandering a.h.v. gezamenlijk opgesteld actieplan
 - *Consolidatie*: cliënt heeft initiële doelen bereikt en werkt aan onderhoud
 - *Terugval*: cliënt heeft terugval en moet nu omgaan met gevolgen en beslissen wat als volgende te doen

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

(MAX. 35')

- **Achterliggende filosofie** (max. 10')
 - Cliënt-centered benadering
 - Cliënt = partner in zorg
 - Respectvolle omgang
 - Interne motivatie
 - Autonomie cliënt
 - Zelfbeschikkingsrecht
 - Shared decision making
 - Veranderen is een groeiproces
 - Empowerment

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

- Basisprincipes: directieve vaardigheden (max. 10')
 - *Zorgvuldig uitgedrukte empathie*
 - In functie van de veranderingsfase
 - *Ontwikkelen van discrepantie*
 - Tussen huidig gedrag, doelen en gewenste
 - *Meeveren met weerstand*
 - Weerstand is normaal cf. ambivalentie: willen/kunnen/klaar zijn voor verandering
 - Niet in discussie gaan, argumenteren, adviseren
 - Verandertaal uitlokken en/of gebruiken
 - *Zelfwerkzaamheid ondersteunen*
 - Interne motivatie en autonomie
 - Shared decision making
 - Positief bekrachtigen

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

- Non-directieve vaardigheden / attituden (max. 10')
 - *Open vragen*
 - *Actief luisteren en reflecteren*
 - *Positief bekrachtigen*
 - *Uitlokken van zelf-motiverende uitspraken*
 - *Samenvatten*

COMMUNICATIEVE BASISVAARDIGHEDEN (MAX. 5')

Ezelsbruggetjes	Staat voor
OEN	Wees open, eerlijk en oprecht nieuwsgierig
ANNA	Altijd navragen, niet aannemen
LSD	Luisteren, samenvatten en doorvragen
NIVEA	Niet invullen voor een ander
OMA	Oordelen, meningen, adviezen achterwege laten
DIK	Denk in kwaliteiten
IJSBERGMODEL	Sluit ruis van interpretatie en beoordelingen uit door te zeggen wat je met je zintuigen kan waarnemen
4 G-METHODE	Feedback formuleer je als volgt: <ul style="list-style-type: none"> - waargenomen Gedrag - welk het Gevolg voor jou is - welk Gevoel dit bij jou veroorzaakt - welk het Gewenst gedrag is voor jou



PAUZE
Ten laatste
Terug om 11u

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV

(MAX. 10')

Profielen i.f.v. fase	Vaardigheden/attituden MGV
Cliënt wil niet en kan niet	Wees empathisch: OEN, ANNA, LSD, NIVEA, ijsbergmodel
Cliënt wil niet, maar kan het wel	Ontwikkel discrepantie en veer mee met weerstand: LSD, OMA
Cliënt wil wel, maar kan het niet Cliënt wil wel en kan het	Ondersteun en versterk het geloof in eigen kunnen door verandertaal: DIK, 4G-methode bij feedback

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV (MAX. 25')	
Profielen i.f.v. fasen	Vaardigheden/attituden MGV
Cliënt wil niet en kan niet -> Bevestig geloof en vertrouwen in veranderingsmogelijkheid en ontwikkel discrepantie	Wees empathisch: OEN, ANNA, LSD -> Stel open vragen -> Luister actief en reflecteer -> Houd rekening met ruis (ijsbergmodel)
Cliënt wil niet, maar kan het wel -> Vergroot discrepantie tussen huidige gedrag, waarden en doelen en gewenste -> Veer mee met weerstand	Ontwikkel discrepantie en veer mee met weerstand: LSD, OMA, NIVEA -> Belangenliniaal -> Bevestig keuzevrijheid, persoonlijke kracht door gebruik van verandertaal -> Vat samen, vermijd 'maar' en verander de blikrichting -> Bekrachtig selectief -> Onderzoek vroegere successen en hulpmiddelen en houd vooral de deur open
Cliënt wil wel, maar kan het niet -> Bevestig vertrouwen in besluitvaardigheid en eigen mogelijkheden tot verandering Cliënt wil wel en kan het -> Ondersteun, bevestig en overleg actieplan met concrete redenen, doelen, acties, hulpbronnen, mogelijke hindernissen en alternatieve coping strategieën en bespreek zo wenselijk een 'gedragscontract'	Ondersteun en versterk het geloof in eigen kunnen door verandertaal (DIK) -> Geef constructieve feedback: 4G-methode -> Denk in kwaliteiten (DIK) -> Vertrouwensliniaal -> Herkader eventuele terugval

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV	
Noteer zelf voorbeelden van open vragen om veranderingstaal uit te lokken – we overlopen nadien samen (max. 10')	
Nadelen van niet veranderen	Wat vind je vervelend aan de huidige situatie? ...
Voordelen van verandering	Wat zou je graag veranderen i.v.m. jouw gebruik? ...
Vertrouwen in verandering (kunnen)	Als je beslist om te veranderen, welke eigenschappen maken dat je dit zou kunnen? ...
Intentie om te veranderen (willen)	Wat vind je zelf momenteel van je cannabisgebruik? ...

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV (MAX. 15')	
Voorbeelden open vragen om veranderingstaal uit te lokken	
Nadelen van niet veranderen	Wat vind je vervelend aan de huidige situatie? Welke moeilijkheden kan je linken met je gebruik? Over welke dingen maak jij of anderen zich bezorgd? Hoe heeft cannabis je soms weerhouden om te doen wat je wilde in je leven? Hoe houdt dit je bezig? Wat zal er volgens jou gebeuren als je niet verandert?
Voordelen van verandering	Wat zou je graag veranderen i.v.m. jouw gebruik? Wat zijn voor jou de belangrijkste redenen om te veranderen? Wat zijn mogelijke voordelen als je het gebruik zou minderen/stoppen? Waar wil jij in je leven staan over vijf jaar? Wat moet dan volgens jou veranderen om dit te bereiken? Als je kon toveren, wat zou je dan veranderen? Welke voordelen/invloed zou dit op jou, jouw leven en/of anderen hebben?
Vertrouwen in verandering (kunnen)	Als je beslist om te veranderen, welke eigenschappen maken dat je dit zou kunnen? Wat/wie zou volgens jou kunnen helpen, indien je beslist om te veranderen? Geef eens een voorbeeld waarin je zelf geslaagd bent om dingen te veranderen in je leven. Hoeveel vertrouwen heb je dat je kan veranderen?

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV

Voorbeelden open vragen om veranderingstaal uit te lokken

Nadelen van niet veranderen	Wat vind je vervelend aan de huidige situatie? ...
Voordelen van verandering	Wat zou je graag veranderen i.v.m. jouw gebruik? Wat zijn voor jou de belangrijkste redenen om te veranderen? ...
Vertrouwen in verandering (kunnen)	Als je beslist om te veranderen, welke eigenschappen maken dat je dit zou kunnen? ...
Intentie om te veranderen (willen)	Wat vind je zelf momenteel van je cannabisgebruik? Ik zie dat je vastzit. Wat moet er volgens jou veranderen? Wat denk je dat je zelf zou kunnen doen? Hoe belangrijk is dit voor jou op een schaal van 10? Hoe groot is je wil om dit te doen op een schaal van 10? Wat zou je willen proberen? Wat spreek jou het meest aan bij de mogelijkheden die we overlopen hebben? Wat neem je jezelf voor om te gaan doen?

PAUZE
SMAKELIJK!
Ten laatste
Terug om 13.30 u

INTERACTIEVE OEFENING 1

(MAX. 90' + TOT 15U)

1. Individuele opdracht (max. 3')
 - Noteer een concrete situatie waarbij je een positief, negatief of gemengd gevoel had
 - Noteer in welke fase van verandering de cliënt zit
 - Noteer welke acties je ondernam/had kunnen ondernemen vanuit MGV

2. Groepsbespreking
 - Iedereen schetst kort (max. 3') de situatie, gevoel, veranderingsfase en geeft zelf aan welke acties hij ondernam/zou kunnen ondernemen hebben vanuit MGV
 - Groepsleden vullen nadien acties eventueel aan op een respectvolle niet-beoordelende manier (max. 3'/casus)



INTERACTIEVE OEFENING 2: SIMULATIE

(MAX. 75' = TOT 16.45U)

- Afspraken vooraf: (10')
 - Simulatie wordt gefilmd en gestreamd vanuit ander lokaal
 - Wegbrengen en terug ophalen door presentator
 - Maximumduur simulatie: 12 minuten
 - Schema's = hulpmiddel, indien nodig
 - Fouten maken mag, time out is mogelijk -Time out teken
 - What happens in the room, stays in the room
 - Respect voor elkaar
 - Observeren in stilte, noteren i.f.v. doelstellingen
 - Debriefing:
 - Eerst diegene die simuleert, dan simulant, dan observatoren (max. 10' telkens)
 - Alleen constructieve feedback volgens 4 G-methode: gedrag, gevolg, gevoel, gewenst gedrag
 - Iedereen geeft feedback en laat de andere uitspreken

INTERACTIEVE OEFENING 2: SIMULATIE

- Casus (2')
 - Jongen van 23
 - Initiatie gebruik: jeugdbeweging, sinds 16^{de}
 - Mate van gebruik: langdurig en veelvuldig
 - Gevolgen: recent ontslagen om dringende redenen omwille van te laat komen, slordig werk, frequente afwezigheden zonder melding enz.
 - Inschatting gevolgen: ontslag is onterecht, baas liet overuren doen zonder te betalen en dat was reden van afwezigheden en minder inzet
 - Aanleiding opname: na ontslag ontredderd, op aanraden van de moeder
 - Aanleiding huidig gesprek: na een week hospitalisatie vraagt Marc of hij nog niet terug naar huis mag
 - Aanvoelen verpleegkundige: dit is nog te vroeg, veel dingen zijn nog niet uitgeklaard met Marc
- Vragen? (3') - nalezen mogelijk (cf. info map)

INTERACTIEVE OEFENING 2: SIMULATIE

- Doelstellingen (5')
 - Peilen naar in welke fase van verandering Marc zich situeert
 - Hanteren van MGV-principes en -vaardigheden
 - Zorgvuldig uitgedrukte empathie
 - Ontwikkel discrepantie tussen huidige en gewenste gedrag
 - Vermijd discussies en veer mee met weerstand
 - Ondersteun de zelfwerkzaamheid
 - Open vragen, actief luisteren en reflecteren, samenvatten (LSD; ANNA; OEN)
 - Positief bekrachtigen (DIK)
 - Uitlokken zelf-motiverende uitspraken (LSD; DIK; NIVEA)
 - Samenvatten (LSD)
- Voorlichting op maat
- Peilen naar context, ondersteuning en copingvaardigheden
- Maakt afspraken in verband met door cliënt bepaalde doelen
- Afspreken van eventuele incentives bij positieve gedragsverandering

INTERACTIEVE OEFENING 2: SIMULATIE

- Wegbrengen van oefenpersoon (3')
- Simulatie (12')
- Terug halen oefenpersoon en simulant (3')
- Debriefing (max. 30')

DEBRIEFING SIMULATIE

- Hoe was dit voor de persoon die simuleerde? Mogelijke vragen (max. 10'):
 - Hoe is het gesprek voor jou verlopen?
 - Welke dingen voelden voor jou oké/niet oké? Wat was voor jou het gevolg? Welk gevoel had je daarbij? Welke (re-)actie/gedrag had jij gewenst?
 - Hoe denk je dat het gesprek voor Marc verlopen is?
 - In welke fase van verandering zit Marc volgens jou? Met welk profiel komt dit overeen?
 - Welke principes en vaardigheden heb je proberen toe te passen en hoe ervaren jij dat? Hoe denk je dat Marc er zich bij voelde? Wat was voor hem het gevoel denk je?
 - Denk je dat je Marc 'geholpen hebt' / gemotiveerd hebt om te willen blijven en aan de slag te gaan met verandering?
 - Heb je het gevoel dat je Marc op weg geholpen om te blijven, te willen veranderen en te geloven in zijn eigen veranderingsmogelijkheden?
 - Wat zou je een volgende keer anders doen?
 - Hoe kwam het dat het anders verliep dan jij voor ogen had?
 - Formuleer concreet wat je wel had kunnen doen/zeggen.
 - Wat zou je anders doen als je het gesprek kon overdoen?
 - ...

DEBRIEFING SIMULATIE (MAX. 30')

- Hoe was het voor de simulant? Mogelijke vragen (max. 10'):
 - Hoe voelde het voor jou? Voelde jij je begrepen?
 - Werd jij gemotiveerd om te willen blijven om jouw veranderingsproces verder te zetten? Waardoor kwam dit?
 - Werd jouw geloof in je eigen veranderingsmogelijkheden versterkt? Waardoor kwam dit?
 - Op welke momenten vond jij het gesprek goed verlopen? Waardoor kwam dit? Wat was voor jou het gevolg? Welk gevoel gaf dit?
 - Waar vond jij dat het gesprek niet 'aansloeg' of weerstand opriep? Waaraan lag dit volgens jou? Wat was voor jouw het gevolg? Welk gevoel had je daarbij? Welke (re-)actie/gedrag had jij gewenst of zou jou meer geholpen hebben?
 - Wat deed de verpleegkundige precies waardoor jij dit gevoel kreeg en wat was voor jou het gevolg?
 - ...

DEBRIEFING SIMULATIE

- Wat hebben anderen geobserveerd? Mogelijke vragen (max. 10'):
 - Welke principes/technieken werden gebruikt?
 - Empathie
 - Open vragen, actief luisteren, doorvragen en samenvatten
 - Oordeelvrij, zonder commentaar te leveren, in discussie te gaan
 - Positieve bekrachtiging en verandertaal
 - Meeveren met weerstand
 - Bekrachtiging interne motivatie
 - Respect voor autonome zelfdeterminatie
 - ...
 - Welke dingen zouden nog een bijdrage aan het goed verloop van het gesprek kunnen leveren?
 - Hoe werd er rekening gehouden met de fase van verandering waarin Marc zich bevindt?
 -

DEBRIEFING SIMULATIE

Conclusie (max. 5'):

- Oefening baart kunst!
- Denk aan:
 - OEN, LSD, ANNA, DIK, OMA, NIVEA
 - Ijsbergmodel (ruis)
 - 4 G-methode bij feedback
 - Willen / kunnen / klaar zijn // profiel cliënt fase van verandering
 - Interne motivatie en zelfdeterminatie
 - Belangenliniaal en vertrouwensliniaal
 - Verandertaal uitlokken en/of gebruiken
- Aanvullingen / vragen?

TAKE HOME MESSAGES (MAX. 15')

- Resultaten worden alleen bereikt met team engagement
- Falen mag
- Use it, or lose it
- Respect eigenheid = vertrouwen in elkaar
- Applaus voor jezelf!
- Constructieve feedback = geven om elkaar = groei
- De som is meer dan de delen
- TEAM: together everyone achieves more
- Yes we can!

EN DAN NU ... samen genieten van de receptie

Bijlage 2: Quizvragen

Deze quizvragen werden gebaseerd op de literatuurstudie in deze bachelorproef. Een aantal vragen zijn voor een deel gebaseerd op de 'kennistest cannabis' van de druglijn.be (<https://www.druglijn.be/test-jezelf/test/kennistest-cannabis---moeilijk>). Zowel de vragen als de toelichting werden echter aangepast betreft inhoud en lay-out. Hiervoor werd toelating gevraagd via mail, maar bij het afronden van het eindwerk had ik nog geen antwoord gekregen.

WAT WEET JE OVER CANNABIS?

Verloop quiz (max. 35')

- Vragen worden systematisch overlopen.
- Antwoord in groep met kleurkaart.
- Nadien telkens projectie van het antwoord met toelichting.

- Fout of A = rood
- Juist of B = groen
- C = geel
- D = oranje

Hasj en wiet worden gemaakt van:

- A. Bloemen van de vrouwelijke hennepplant;
 - B. Bladeren van de mannelijke hennepplant;
 - C. Bladeren van de vrouwelijke hennepplant;
 - D. Bloemen van de mannelijke hennepplant.
- **Het goede antwoord is: A.**
- De hars in de bloemen van de vrouwelijke hennepplant bevat meer psychoactieve stof t.o.v. de mannelijke. Wiet wordt gemaakt van gedroogde en verpulverde bloemtoppen. Hasj is een meer gezuiverde vorm dan wiet, waardoor het een sterker effect heeft.

De psychoactieve stof in cannabis is:

- A. DMT (dimethyltryptamine) en PCP (phencyclidine);
 - B. GHB (gammahydroxybutyraat);
 - C. cannabidiol;
 - D. THC (tetrahydrocannabinol).
- **Het goede antwoord is: D**
- Cannabis bevat cannabidiol en THC. Alleen THC veroorzaakt de verandering in waarneming, stemming en bewustzijn. De mogelijke positieve effecten (anti-epileptisch, ontstekingsremmend, sedatief en hypnotisch, neuroprotectief ?) van cannabidiol worden op dit moment nog steeds onderzocht. Meer onderzoek is op dit vlak nog nodig. **GHB** is een narcosemiddel is gekend op de markt als 'vloeibare XTC', DMT is een hallucinogene stof. PCP is een narcosemiddel dat het gevoel veroorzaakt los te staan van de werkelijkheid.

Wat hoort niet in het rijtje:

- A. ganja;
 - B. cannabis;
 - C. marihuana;
 - D. morning glory.
- **Het goede antwoord is: D**
- Ganja is een Indisch woord voor hasj en is dus net zoals marihuana een vorm van cannabis. Marihuana bestaat uit de gedroogde bloemtoppen van de vrouwelijke cannabisplant en wordt vaak gerookt als een joint. Het wordt ook wiet genoemd. Hasj is een meer gezuiverde vorm van marihuana, die ook harsdelen bevat en dus sterker is Morning glory is een plant waarvan de zaden gegeten worden als tripmiddel. Het bevat LSA, een stof die lijkt op LSD (= synthetisch tripmiddel).

Wiet kost per gram momenteel gemiddeld:

- A. 20€;
- B. 2€;
- C. 10€;
- D. 30€.

• **Het goede antwoord is: C**

Het roken van een joint is:

- A. Niet schadelijk;
- B. schadelijker dan een gewone sigaret.
- C. minder schadelijk dan een gewone sigaret;
- D. even schadelijk als een gewone sigaret;

• **Het goede antwoord is: B**

- Een joint roken is schadelijker dan een gewone sigaret omdat de rook van cannabis drie keer meer teer en vijf keer meer koolmonoxide bevat dan een sigaret. Vaak houden blowers ook de rook langer binnen omdat ze onterecht denken dat dit meer effect zou geven. Bovendien kan je ook afhankelijk worden van nicotine.

Stelling: als je in de buurt zit van iemand die blout, is dit niet schadelijk.

- | Juist | Fout |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• **Het goede antwoord is: fout.**

- Ook bij verbranding van cannabis komt teer en koolmonoxide vrij; het is dus even schadelijk als passief roken van een sigaret.

Het effect van een joint voel je:

- A. onmiddellijk;
- B. na 2 tot 6 minuten;
- C. na 15 minuten;
- D. na een half uur.

- **Het goede antwoord is: B**

- Na 2-6 minuten komt de THC al in de bloedbaan, na 30 minuten is de piek van het 'high' gevoel en meestal is men 2 à 3 u onder invloed.

Stelling: door bij het inademen de rook langer vast te houden, wordt er meer THC opgenomen.

	Juist	Fout
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		

- **Het goede antwoord is: Fout**

- De THC (gemiddelde 20 %) wordt direct opgenomen uit de rook. De rook langer inhouden is zinloos en door nog de rook nog dieper te inhaleren, raakt vijfmaal zoveel teer en koolmonoxide in de longen.

Stelling: cannabis roken met een waterpijp is gezonder dan een joint.

	Juist	Fout
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		

- **Het juiste antwoord is: fout.**

- Doordat rook afkoelt, vermindert wel de schade aan de longen door de hitte, maar er zit evenveel teer en andere schadelijke stoffen in de rook. Bovendien gaat men vaak meer roken omdat een deel van de THC uitgefilterd wordt door de waterpijp.

Wanneer treden de eerste effecten op na het eten van cannabis bv. in een spacecake:

- A. na 2 tot 6 minuten;
- B. na 30 tot 60 minuten;
- C. na 60 tot 90 minuten;
- D. na meer dan 90 minuten.

• **Het goede antwoord is: C**

- Na 60 - 90 minuten komt de THC pas in de bloedbaan. Op dat moment kan je al veel cake gegeten hebben, waardoor de kans op hallucinatie en misselijkheid groot is. Je kan nooit exact bepalen hoeveel THC in een stuk cake zit, de reactie is dus veel onvoorspelbaarder dan bij een joint. Er wordt in een cake hasj verwerkt, wat een sterkere vorm is dan marihuana.

Hoelang blijft hasj en wiet maximaal aantoonbaar in de urine?

- A. 2 tot 4 dagen;
- B. 2 weken;
- C. zodra de uitwerking niet meer voelbaar is, is het niet meer aantoonbaar;
- D. 3 weken.

• **Het goede antwoord is: D**

- Aangezien THC opgeslagen wordt in het vetweefsel blijft THC ook na gebruik aantoonbaar. Hoe lang het aantoonbaar is, hangt af van hoe regelmatig er gebruikt wordt. Bij regelmatig gebruik is dat 3 weken, bij eenmalig gebruik is dat 5 tot 7 dagen.

Het goed gevoel van cannabis wordt veroorzaakt door:

- A. rechtstreekse stimulatie van het beloningscentrum in de hersenen;
- B. de beïnvloeding van de waarneming waardoor alles veel rooskleuriger wordt;
- C. onrechtstreekse stimulatie van het beloningscentrum in de hersenen;
- D. de beïnvloeding van het geheugen, waardoor negatieve dingen vergeten worden.

• **Het goede antwoord is: C**

- THC werkt onrechtstreeks op dopamine. Dopamine is de stof die vrijkomt na bepaald gedrag zoals bv. lekker eten en daardoor wordt het (positieve) gevoel dat daaraan gekoppeld is, versterkt. Blowen versterkt de gevoelens die er al waren, daardoor kan je je ook slechter voelen na een joint. Het korte termijngeheugen en concentratievermogen wordt bij beperkt gebruik aangetast, maar dit herstelt zich als men stopt. Bij langdurig misbruik wordt het geheugen in al zijn aspecten permanent aangetast en daalt het IQ met 6 punten.

Stelling: in België is cannabis toegelaten vanaf 16 jaar.

Juist	Fout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Het goede antwoord is: fout.**
- Cannabis is, zowel voor minderjarigen als voor meerderjarigen verboden in België. Bezit voor persoonlijk gebruik kent wel de laagste vervolgingsprioriteit voor een meerderjarige, tenzij in bezwarende omstandigheden bv. gebruik in aanwezigheid van minderjarigen...

Stelling: cannabis is de meest gebruikte drug bij jongeren.

Juist	Fout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Het goede antwoord is: Juist.**
- 14,6 miljoen adolescenten en jong volwassenen hebben het afgelopen jaar cannabis gebruikt, ofwel 11,2 % van deze populatie (15–34 jaar). Cannabis is de meest gebruikte drug onder jongeren. 73,6 miljoen volwassenen hebben ooit cannabis gebruikt, ofwel 21,7 % van de volwassen populatie (15–64 jaar). Voor amfetamines, XTC en cocaine liggen deze cijfers lager.

Welke zijn de meest aangehaalde redenen bij mannelijke/vrouwelijke adolescenten om cannabis te gebruiken?

- Bij jongens en iets oudere adolescenten zijn dit sociale (plezier hebben met peers) en directe motieven (relaxatie, intenser ervaren muziek, opgetogen zijn, ontspanning en slaapinductie ...);
 - Bij meisjes en iets jongere adolescenten zijn dit sociale (plezier hebben met peers) en directe motieven (relaxatie, intenser ervaren muziek, opgetogen zijn, ontspanning en slaapinductie ...);
 - Bij jongens en iets oudere gebruikers zijn dit eerder instrumentele redenen met een bepaald doel bv. cope met een moeilijke situatie, vertrouwen op te krikken, te stoppen met piekeren ...;
 - Bij meisjes en iets jongere gebruikers zijn dit eerder instrumentele redenen met een bepaald doel bv. cope met een moeilijke situatie, vertrouwen op te krikken, te stoppen met piekeren ...;
- **Het goede antwoord is: A en D**
 - Goed om te weten is dat, het aantal en soort motieven dat iemand aanhaalt om te gebruiken, een goede indicator is voor afhankelijkheid. Geslacht en leeftijd spelen daarbij een rol. Jongens en oudere adolescenten gebruiken vaker om sociale en directe motieven, terwijl meisjes en jongere adolescenten vaker gebruiken om instrumentele redenen. Uit cijfers blijkt verder dat het gebruik bij jongens twee keer zo hoog is (12,4 %) dan bij meisjes (6,8 %). (Malczewski, 2011; Rogowska, 2015; ESPAD, 2015) Het verschil uit zich vooral in intensievere en regelmatigere gebruikspatronen. (EMCDDA, 2014, 2017)

Persoonskenmerken zoals introversie, angstgevoeligheid, hopeloosheid, sensatiezucht en impulsiviteit zijn geassocieerd met een verhoogd risico op misbruik en afhankelijkheid.

Juist	Fout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Het goede antwoord is: Juist.**
- Omwille van de volgende linken met motieven tot gebruik, geven deze persoonskenmerken een verhoogd risico tot misbruik en afhankelijkheid:
- Introversie en hopeloosheid vertoont een link met copingproblematiek.
- Angstgevoeligheid wordt geassocieerd met het conformeren aan peer pressure.
- Sensatiezucht is gelinkt met een verhoogd gebruik.
- Impulsiviteit kan gelinkt worden met een verhoogd gebruik indien cannabis gemakkelijk beschikbaar is.

De typische kenmerken van adolescentie is een risicofactor op zich voor initiatie tot cannabis.

Juist	Fout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Het goede antwoord is: Juist.**
- Typische kenmerken van de adolescentie die gelinkt zijn met cannabisgebruik:
- Adolescenten zijn **op zoek naar de eigen identiteit**, waardoor ze gemakkelijker te beïnvloeden zijn, willen experimenteren en erkend willen worden door de peergroep. Initiatie gebeurt meestal in groep van peers.
- Tijdens hun groei naar volwassenheid, komt verzet tegen ... vaak voor en dit kan zich uiten in gebruik van cannabis.
- Jongeren ervaren veel veranderingen en worden verwacht te groeien naar zelfstandigheid. Dit veroorzaakt bij nogal wat jongeren stress en onzekerheid en dat kan op zich een reden zijn tot het overgaan naar cannabisgebruik (instrumentele redenen).
- Jongeren willen volwassen lijken en spiegelen zich bij deze ontwikkeling aan de normen van vooral de ouders. Door het hoge aantal scheidingen ervaren jongeren hierbij veel impulsen en vaak ook tegenstrijdigheden. Scheidingen of vroegtijdig verlies van een ouder is op zich een risicofactor.
- Belangrijk om te weten is: des te jonger men start met cannabis, des te groter het risico op cannabismisbruik en –afhankelijkheid.

Hoeveel procent van de mensen die ooit geblowd hebben krijgt problemen met cannabis?

- A. 5 %;
- B. 10 %;
- C. 15 %;
- D. 20 %.

- **Het goede antwoord is: B**
- 10 % van de mensen die ooit gebruikt hebben, wordt op een gegeven moment afhankelijk van cannabis. Des te jonger men ermee start, des te groter de kans. Het opnamepercentage is ook het hoogst voor de groep van adolescenten.

Hasj en wiet veroorzaken:

- A. Geestelijke afhankelijkheid;
 - B. lichamelijke afhankelijkheid;
 - C. geestelijke en lichamelijke afhankelijkheid;
 - D. geen afhankelijkheid.
- **Het goede antwoord is: C**
- Zowel geestelijk als lichamelijk verslavend. Bij langdurig en veelvuldig gebruik is er craving en bij stoppen ontstaan ontweningsverschijnselen zoals beven, slaapproblemen, beven enz.

Is er een verband tussen psychose en cannabis?

- A. cannabis kan een psychose uitlokken bij iedereen;
 - B. er is geen samenhang tussen psychose en cannabis;
 - C. cannabis kan een psychose uitlokken en verergeren;
 - D. cannabis kan alleen een kortdurende psychose uitlokken.
- **Het goede antwoord is: C**
- Bij mensen die een zekere voorbeschiktheid (familiale of persoonlijk) hebben kan cannabis de ontwikkeling van psychotische stoornissen versnellen of verergeren. Meer onderzoek over de origine ervan is nodig.

Stelling: iemand die veel joints rookt, gebruikt na een tijd ook andere drugs.

	Juist	Fout
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Het goede antwoord is: niet noodzakelijk.**
- Er is een theorie die zegt dat wie cannabis gebruikt ook vatbaarder wordt om andere drugs te gaan gebruiken (gateway theorie). Duidelijke analytische studies zijn er niet, maar het is wel zo dat multigebruikers, bijna ook altijd cannabis gebruiken. Cannabisgebruikers komen ook in contact met het drugmilieu. Anderzijds stoppen gelukkig veel cannabisgebruikers voor hun dertigste met gebruik. 10 % die ooit gebruikt, wordt op een gegeven moment ook afhankelijk van cannabis.

Wordt de vruchtbaarheid aangetast door het gebruik van cannabis?

- A. Ja, bij de vrouw;
 - B. Ja, bij de man;
 - C. Ja bij man en vrouw;
 - D. Bij geen van beiden.
- **Het goede antwoord is: C**
 - Zolang cannabis gebruikt wordt, is er een onderdrukking van de vruchtbaarheid.

Heeft cannabis een invloed op de ongeboren vrucht?

- A. ja, als de vrouw gebruikt;
 - B. ja, als de man gebruikt;
 - C. ja zowel als de vrouw gebruikt alsook in de situatie dat de man alleen gebruikt;
 - D. neen, het heeft geen invloed.
- **Het goede antwoord is: C**
 - De kans op vroeggeboorte, laag geboortegewicht neemt toe. THC en andere schadelijke stoffen van het roken (ook in de buurt van de vrouw) beïnvloeden de toevoer van zuurstof en voedingsstoffen langs de moederkoek negatief.

Stelling: cannabis heeft een medicinale werking

- | | Juist | Fout |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| • | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- **Het goede antwoord is: Juist.**

Cannabis heeft een medicinale werking bij:

- A. AIDS;
- B. MS;
- C. epilepsie;
- D. alle drie genoemde ziektes.

• **Het goede antwoord is: D**

- Bij alle drie genoemde ziektes heeft het effect op bepaalde symptomen maar het geneest niet. In België is alleen Sativex, een cannabisspray, op doktersvoorschrift toegelaten en dit voor MS-patiënten (spasticiteit). Er is nog veel onduidelijkheid omtrent de toepassingen.

Veelvuldig en langdurig cannabisgebruik veroorzaakt:

- A. cardiale problemen;
- B. verstandelijke problemen;
- C. sociale problemen;
- D. bovenvermelde en nog andere problemen.

• **Het goede antwoord is: D**

- Chronisch gebruik heeft de volgende effecten: cognitieve onomkeerbare veranderingen, een cannabis verslavingsyndroom, een verhoogd risico op tabak en nicotine afhankelijkheid en ander illegaal druggebruik, aantasting van het epitheel in de keel en de luchtwegen, slechte foetale ontwikkeling, verlaging van het geboortegewicht en de cognitieve functies van het ongeboren kind, toename van psychiatrische co-morbiditeit, cardiale problemen, totale desinteresse in het opnemen van rollen alsook verminderd libido, zelfdoding in samenhang met depressie en psychose, meer ongevallen.

De beste aanpak van cannabismisbruikers is gebaseerd op:

- A. motiverende gespreksvoering;
- B. cognitieve gedragstherapie;
- C. systeemtheoretische aanpak bv. familietherapie;
- D. geïntegreerde hersteltherapie.

• **Het goede antwoord is: A (B,C,D)**

- Motiverende gespreksvoering wordt gebruikt tijdens het ganse begeleidingsproces tot herstel. Eenmaal de gebruiker de stap heeft gezet om zijn gedrag te veranderen (willen/kunnen/klaar zijn) wordt aangeraden om de motiverende gespreksvoering verder te zetten in combinatie met cognitieve gedragstherapie en multidimensionale familietherapie. Een geïntegreerde zorg is belangrijk om terugval na behandeling te voorkomen. "Herstel is een dynamisch proces dat bepaald wordt door persoonlijke keuzes en verantwoordelijkheden van de cliënt en steun vanuit de ruime omgeving." (Vandeurzen, 2015) Via shared decision making wordt een gedrag-veranderende therapie steeds op maat van het individu afgesproken. Ondersteuning, motiveren en empowerment zijn sleutelwoorden om te komen tot autonome of interne motivatie. Autonome motivatie is de beste garantie op een blijvende gedragsaanpassing wat betreft levensstijl.

Als verpleegkundige speel ik een belangrijke rol in de screening, opvang en begeleiding van cannabismisbruikers:

- A. neen, want ik heb hier niet de nodige tools en opleiding voor;
- B. ja, ik ben hiervoor goed geplaatst en opgeleid;
- C. neen, want uiteindelijk beslist de cliënt toch wat hij al dan niet wilt;
- D. ja, mits een goede opleiding en de steun van het team en de leidinggevende.
 - **Het goede antwoord is: ???**
 - Motiverende gespreksvoering kan je leren. Kennis en training van de basis communicatieve vaardigheden vooraf is nodig. Voortdurende training dagelijks, feedback van collega's en leidinggevende blijven nodig. Outcome metingen moedigen aan en bevestigen dat het werkt. Andere trainingen van aanvullende complementaire therapievormen zijn nodig. Cliënten hebben meestal vertrouwen in verpleegkundigen omdat ze met hen het meeste contact hebben.

Bijlage 3: Schema's veranderingsfasen – MGV-interacties

(Van Gestel, 2016; Miller & Rollnick, 2010)

1. Hulpmiddel 1: Ezelsbruggetjes communicatieve basisvaardigheden

COMMUNICATIEVE BASISVAARDIGHEDEN (MAX. 5')	
Ezelsbruggetjes	Staat voor
OEN	Wees open, eerlijk en oprecht nieuwsgierig
ANNA	Altijd navragen, niet aannemen
LSD	Luisteren, samenvatten en doorvragen
NIVEA	Niet invullen voor een ander
OMA	Oordelen, meningen, adviezen achterwege laten
DIK	Denk in kwaliteiten
IJSBERGMODEL	Sluit ruis van interpretatie en beoordelingen uit door te zeggen wat je met je zintuigen kan waarnemen
4 G-METHODE	Feedback formuleer je als volgt: <ul style="list-style-type: none"> - waargenomen Gedrag - welk het Gevolg voor jou is - welk Gevoel dit bij jou veroorzaakt - welk het Gewenst gedrag is voor jou

2. Hulpmiddel 2: Profielen cliënt / vaardigheden, attitude MGV

Motivatie hangt af van:

- **Willen:** belang van verandering inzien.
- **Kunnen:** vertrouwen in verandering.
- **Klaar zijn voor:** het stellen van prioriteiten.

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV (MAX. 10')	
Profielen i.f.v. fase	Vaardigheden/attituden MGV
Cliënt wil niet en kan niet	Wees empathisch: OEN, ANNA, LSD, NIVEA, ijsbergmodel
Cliënt wil niet, maar kan het wel	Ontwikkel discrepantie en veer mee met weerstand: LSD, OMA
Cliënt wil wel, maar kan het niet Cliënt wil wel en kan het	Ondersteun en versterk het geloof in eigen kunnen door verandertaal: DIK, 4G-methode bij feedback

Tabel met uitgebreidere toelichting bij het schema: profielen / basisprincipes, vaardigheden en attituden MGv

<p>Profielen:</p> <p>1. De cliënt wil niet en kan het niet. → Bevestig het geloof en vertrouwen in de eigen mogelijkheden en werk aan de veranderbereidheid door het ontwikkelen van discrepantie.</p> <p>2. De cliënt wil niet, maar kan het wel. → Vergroot de discrepantie tussen het gedrag en de waarden en doelen die cliënt vooropstelt. Veer mee met de weerstand.</p> <p>3. De cliënt wil wel, maar kan het niet. → Speel in op het vertrouwen in de eigen mogelijkheden.</p> <p>4. De cliënt wil wel en kan het. → Ondersteun en versterk het geloof in eigen kunnen door veranderingstaal te gebruiken. Stel prioriteiten en overleg een actieplan met concrete redenen, doelen, acties, hulpbronnen, mogelijke hindernissen en alternatieve copingmechanismen en keuzes tot actie (prioriteiten) en bespreek zo wenselijk een 'gedragscontract'.</p>	<p>Basisprincipes- Vaardigheden – Attituden MGv:</p> <p>1. Wees empathisch Wees een OEN: Open, Eerlijk, en oprecht Nieuwsgierig. Neem ANNA mee: Altijd Navragen, Niet Aannemen. → Stel open vragen. → Luister actief en reflecteer. → Houd rekening met ruis van interpretatie/beoordelen (cf. ijsbergmodel)</p> <p>2. Ontwikkel discrepantie Gebruik LSD: luisteren, samenvatten en doorvragen. → Bevestig de keuzevrijheid / de persoonlijke kracht en lok verandertaal uit. Gebruik bv. een 'belangenliniaal': hoe belangrijk is voor jou verandering op een schaal van 10 ... → Vat samen, vermijd 'maar', verander blikrichting.</p> <p>3. Veer mee met weerstand Laat OMA thuis: Oordelen, Adviezen, Meninge achterwege laten. Gebruik NIVEA: niet invullen voor een ander. → Bekrachtig selectief. → Blick terug op vroegere successen, onderzoek hulpmiddelen. → Houd de deur open.</p> <p>4. Ondersteun en versterk het geloof in eigen kunnen door veranderingstaal te gebruiken Maak je niet DIK: Denk in Kwaliteiten. → Geef constructieve feedback volgens de 4G-methode: bv. 'ik hoor je zeggen dat ... (gedrag), dat geeft weer dat je wil en kan veranderen ... (gevolg), dat stemt me optimistisch (gevoel) en daarom geloof ik erin dat je kan stoppen met het gebruik van cannabis (gewenst gedrag)'. → Terugval: herkader door het gedrag een andere betekenis te geven of in een andere context te plaatsen en verleg focus. → Vertrouwensliniaal</p>
---	--

3. Hulpmiddel 3: Voorbeelden open vragen om veranderingstaal uit te lokken

Voorbeelden open vragen om veranderingstaal uit te lokken

Nadelen van niet veranderen

- Wat vind je vervelend aan de huidige situatie?
- Welke moeilijkheden kan je linken met je gebruik?
- Over welke dingen die verband houden met jouw cannabisgebruik maak jij of anderen zich bezorgd?
- Hoe heeft cannabis je soms weerhouden om te doen wat je wilde in je leven?
- Hoe houdt dit je bezig? Wat zal er volgens jou gebeuren als je niet verandert?

Voordelen van verandering (willen)

- Wat zou je graag veranderen i.v.m. jouw cannabisgebruik?
- Het feit dat je erover praat, geeft al aan dat je voor een deel vindt dat het tijd is om iets te gaan veranderen. Wat zijn voor jou de belangrijkste redenen om te veranderen?
- Wat zijn mogelijke voordelen als je het gebruik zou minderen/stoppen?
- Waar wil jij in je leven staan over vijf jaar? Wat moet dan volgens jou veranderen om dit te bereiken?
- Als je kon toveren, wat zou je dan veranderen? Welke voordelen/invloed zou dit op jou, jouw leven en/of anderen hebben?

Vertrouwen in verandering (kunnen)

- Als je beslist om te veranderen, welke eigenschappen maken dat je dit zou kunnen?
- Wat/wie zou volgens jou kunnen helpen/steunen, indien je beslist om te veranderen?
- Geef eens een voorbeeld op welk moment in je leven je zelf geslaagd bent om iets belangrijk te veranderen in je leven.
- Hoeveel vertrouwen heb je dat je kan veranderen op een schaal van tien?
- Waar haal je kracht vandaan om te veranderen, als je dat wil?

Intentie om te veranderen

- Wat vind je zelf momenteel van je cannabisgebruik?
- Ik zie dat je vastzit. Wat moet er volgens jou veranderen?
- Wat denk je dat je zelf zou kunnen doen?
- Hoe belangrijk is dit voor jou op een schaal van 10?
- Hoe groot is je wil om dit te doen op een schaal van 10?
- Wat zou je willen proberen?
- Wat spreek jou het meest aan bij de mogelijkheden die we overlopen hebben?
- Hoe kunnen we later nog bespreken. Wat neem je jezelf voor om te gaan doen?

(Miller & Rollnich, 2010)

4. Hulpmiddel 4: Veranderingsfasen en vaardigheden, attituden MGV

LINK STAGES OF CHANGE EN MGV (MAX. 25')	
Profielen i.f.v. fasen	Vaardigheden/attituden MGV
Cliënt wil niet en kan niet -> Bevestig geloof en vertrouwen in veranderingsmogelijkheid en ontwikkel discrepantie	Wees empathisch: OEN, ANNA, LSD -> Stel open vragen -> Luister actief en reflecteer -> Houd rekening met ruis (ijsbergmodel)
Cliënt wil niet, maar kan het wel -> Vergroot discrepantie tussen huidige gedrag, waarden en doelen en gewenste -> Veer mee met weerstand	Ontwikkel discrepantie en veer mee met weerstand: LSD, OMA, NIVEA -> Belangenlineaal -> Bevestig keuzevrijheid, persoonlijke kracht door gebruik van verandertaal -> Vat samen, vermijd 'maar' en verander de blikrichting -> Bekrachtig selectief -> Onderzoek vroegere successen en hulpmiddelen en houd vooral de deur open
Cliënt wil wel, maar kan het niet -> Bevestig vertrouwen in besluitvaardigheid en eigen mogelijkheden tot verandering Cliënt wil wel en kan het -> Ondersteun, bevestig en overleg actieplan met concrete redenen, doelen, acties, hulpbronnen, mogelijke hindernissen en alternatieve coping strategieën en bespreek zo wenselijk een 'gedragscontract'	Ondersteun en versterk het geloof in eigen kunnen door verandertaal (DIK) -> Geef constructieve feedback: 4G-methode -> Denk in kwaliteiten (DIK) -> Vertrouwenslineaal -> Herkader eventuele terugval

Tabel met uitgebreidere toelichting bij het schema: Veranderingsfasen en vaardigheden, attituden MGV

Staat van verandering van de cliënt	Motiverende strategieën
Voorbeschouwingsfase	Probleemherkenning
De cliënt overweegt verandering nog niet of wilt/kan niet veranderen	Ga het gesprek aan, vraag toestemming om het probleem te bespreken en bouw vertrouwen op door open vragen te stellen, actief te luisteren en te reflecteren. Roep twijfels of bedenkingen op bij de cliënt i.v.m. patronen van middelengebruik door het: <ul style="list-style-type: none"> • verkennen van de betekenis van gebeurtenissen die de cliënt hebben gebracht tot behandeling of de resultaten van vorige behandelingen; • uitlokken van de perceptie van de cliënt op het probleem • aanbieden van correcte informatie omtrent de risico's van middelengebruik; • geven van gepersonaliseerde feedback over aangevoelde bevindingen of eerdere testresultaten; • verkennen van voor- en nadelen van middelengebruik • helpen bij een tussenkomst van een voor de cliënt belangrijke naaste; • bestuderen van discrepanties tussen de percepties van de cliënt en die van anderen op het gedrag bij het probleem.

	Druk bezorgdheid uit en hou de deur open.
<i>Overwegingsfase: willen</i>	<i>Motivering</i>
De cliënt bevestigt de bezorgdheden en overweegt de mogelijkheid om te veranderen maar is ambivalent en onzeker.	<p>Help de cliënt om besluitvaardig t.o.v. verandering te staan door het:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitlokken en afwegen van de voor- en nadelen van middelengebruik en verandering; • veranderen van extrinsieke naar intrinsieke motivatie; • bekijken van de vrije keuze, verantwoordelijkheid en zelfdoeltreffendheid tot verandering van de cliënt; <p>Lok zelfmotiverende uitdrukkingen van voornemens en toewijding van de cliënt uit. Bv. hoe belangrijk is het voor jou om te stoppen op een schaal van 10? Hoe komt het dat je niet nul scoort?</p> <p>Lok ideeën omtrent de waargenomen zelfdoeltreffendheid van de cliënt en verwachtingen omtrent verandering uit. Bv. hoeveel vertrouwen heb je erin dat je kan stoppen op een schaal van ? Hoe komt het dat je niet nul scoort? Wanneer heb je in je leven eens besloten om iets te gaan doen en heb je het ook gedaan? Hoe voelde dat toen?</p> <p>Vat zelfmotiverende uitdrukkingen samen.</p>
<i>Vorbereidings- en beslissingsfase: willen en kunnen</i>	<i>Informer, ondersteun, samen opstellen van veranderingsplan en gedragscontract</i>
De cliënt is toegewijd en plant een verandering in de nabije toekomst, maar bedenkt zich nog altijd wat hij gaat doen.	<p>Verduidelijk de eigen doelen en strategieën van de cliënt tot verandering van de cliënt.</p> <p>Bied een overzicht aan van keuzemogelijkheden om te komen tot verandering en behandeling (inclusief aanvullende therapieën bv. gedragscontract cf. cognitieve gedragstherapie).</p> <p>Mits toestemming, bied expertise en advies aan.</p> <p>Onderhandel een veranderingsplan en gedragscontract. Een veranderingsplan bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de belangrijkste redenen waarom ik een verandering wil doorvoeren zijn ... • de voornaamste doelen die ik met verandering beoog zijn... • om mijn doelen te bereiken, neem ik mij de volgende acties voor ... • de volgende mensen kunnen mij helpen op de volgende manier met de verandering ...

	<ul style="list-style-type: none">• de hindernissen die eventueel tegenaan deze resultaten kan ik zien dat het me gelukt is om te veranderen ... <p>Overweeg en verlaag de barrières om te veranderen.</p> <p>Help de cliënt om sociale steun te bekomen.</p> <p>Verken de verwachtingen van behandeling en de rol van cliënt hierin.</p> <p>Ontlok bij de cliënt wat in het verleden voor hem/haar heeft gewerkt, of voor anderen die de cliënt kent.</p> <p>Ondersteun de cliënt bij financiën, zorg van kinderen en werk.</p> <p>Zorg dat de cliënt zijn plannen tot verandering kenbaar maakt naar zijn omgeving.</p>
--	---

Actiefase: willen, kunnen en op weg naar klaar zijn	Uitrol veranderingsplan en gedragscontract, zelfcontrole, ondersteunen, tussenevaluaties en bijsturing
De cliënt onderneemt actief stappen tot verandering, maar heeft nog geen stabiel stadium bereikt.	<p>Ondersteun een realistisch beeld van verandering door kleine stappen te nemen.</p> <p>Erken moeilijkheden voor de cliënt in de vroege stadia van verandering.</p> <p>Help de cliënt om high-risk situaties te herkennen en adequate copingstrategieën te gebruiken om deze te doorstaan.</p> <p>Ondersteun de cliënt bij het vinden van nieuwe steunmiddelen om tot positieve verandering te komen.</p> <p>Help de cliënt om te beoordelen of zij/haar een sterke familie en sociale ondersteuning heeft.</p>
Consolidatiefase: willen, kunnen en klaar zijn	Bevestigen, ondersteunen, impulscontrole, opvolging en bijsturende evaluaties
De cliënt heeft de initiële doelen bereikt zoals onthouding en is nu werkende om deze te onderhouden.	<p>Help de cliënt om drugsvrije bronnen van genot te herkennen.</p> <p>Ondersteun veranderingen van levensstijl.</p> <p>Bevestig de beslissingen en zelfdoeltreffendheid van de cliënt.</p> <p>Help de cliënt om nieuwe copingstrategieën te gebruiken om een terugkeer naar het gebruik te voorkomen.</p> <p>Behoud een ondersteunend contact.</p> <p>Ontwikkel een noodplan, indien de cliënt hervalt in middelenmisbruik.</p> <p>Herbekijk lange termijn doelen met de cliënt.</p>
Terugval	Nazorg, positieve heroriëntering
De cliënt heeft terugval van symptomen ervaren en moet nu omgaan met de gevolgen en beslissen wat als volgende te doen.	<p>Help de cliënt om de veranderingscyclus opnieuw toe te treden en prijs de bereidheid om positieve verandering opnieuw te overwegen.</p> <p>Verken de betekenis van het herval als zijnde een leerkans.</p> <p>Ondersteun de cliënt bij het vinden van alternatieve copingstrategieën.</p> <p>Behoud een ondersteunend contact.</p>

(GGz Nederland, 2008; Miller & Rollnick, 2010; University of Arizona, s.a., Van Gestel, 2016)

Bijlage 4: Voorbeeld van een simulatie

Bepaling van doelstellingen

- Neemt een empathische, respectvolle en niet veroordelende houding aan: oordelen, meningen en adviezen worden achterwege gelaten. (OEN, OMA, ANNA)
- Luistert actief naar het verhaal van de cliënt.
Durft door te vragen en te confronteren.
Vat regelmatig samen wat er gezegd is door de cliënt. (LSD)
- Vraagt na hoe de cliënt zijn situatie inschat.
- Vult niet in voor de ander. (NIVEA)
- Toont oprechte en eerlijke interesse.
- Stelt open vragen.
- Vraagt regelmatig na of hij het juist begrepen heeft wat de cliënt bedoelt in plaats van zomaar aan te nemen dat hij het begrijpt. (
- Treedt niet in discussie.
- Peilt naar de ambivalentie (positieve/negatieve aspecten van gebruik) en de fase van gedragsverandering bij de cliënt.
- Doet aan cognitieve herstructurering door voorlichting op maat van de cliënt te geven.
- Bespreekt samen met de cliënt de negatieve aspecten en buigt deze om tot motivator voor verandering.
- Identificeert dysfunctionele gedachten.
- Peilt naar de context en de ondersteuning die de cliënt van daaruit heeft.
- Bevordert de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt door te vragen welke verandering hij zelf zou willen realiseren.
- Bekrachtigt de cliënt in zijn krachten en drukt geloof uit in zijn kwaliteiten. (DIK)
- Bevestigt de mogelijkheid tot verandering.
- Maakt afspraken in verband met de door de cliënt bepaalde doel in zijn herstelproces.
- Maakt afspraken in verband met incentives bij positieve gedragsverandering.
- Bespreekt mogelijke alternatieven bij 'craving' en andere moeilijke momenten.

Rol simulant

Je bent een jongen van 23 jaar en gebruikt al sinds je 16^{de} cannabis. De initiatie gebeurde op de jeugdbeweging, samen met jouw vrienden. Sinds de scheiding van je ouders heb je periodes waarin je meermaals per dag een joint rookt. Je woont bij jouw vader en die merkt er toch niets van want hij is altijd bij zijn vriendin. Je moeder heeft jou er al wel meermaals op aangesproken over jouw gebruik. Af en toe word je heel kwaad als zij vraagt om haar te helpen met bepaalde dingen. Als ze jou er nadien op aanspreekt, zeg je dat je depressief bent omdat je het niet verwerkt krijgt dat jouw vriendin het uitmaakte een half jaar geleden. Soms zit je uren op het terras van het appartementsgebouw van je moeder voor je uit te staren terwijl je muziek beluistert en een jointje rookt. Je moeder is bang dat je eraf zou springen. De zoon van haar vriendin heeft namelijk pas zelfmoord gepleegd en die rookte ook wiet. Het afgelopen jaar heb je het steeds moeilijker om tijdig op je werk te geraken. Er zijn ook steeds meer conflicten op het werk. Vroeger deed je regelmatig overuren maar dat kan je echt niet meer opbrengen. Je vindt ook dat jouw baas die maar eens moet uitbetalen. Jouw baas gaat hier echter niet op in. Om jezelf te ontspannen na het werk rook je elke avonds meerdere joints. Je gamed ook vaak tot drie uur 's nachts. Meermaals valt het voor dat je 's morgens niet op tijd wakker wordt en je dan maar ziek meldt. Die baas van jouw profiteert toch alleen maar van jou. Op den duur escaleert deze situatie en het eindigt in een 'ontslag op staande voet'. Je baas vermeldt: nonchalant gedrag bij het nakomen van afspraken, slordige uitvoering van het werk, chaos in de bestelwagen, niet tijdig melden van te laat komen en ziekte ... Op aanraden van jouw moeder meld je jezelf aan bij de psychiater. "Kwaad kan dat niet," denk je bij jezelf en "dan is je moeder ook weer gesust". Je gaat er vanuit dat je straks weer naar huis mag. Bij de psychiater leg je uit dat je depressief bent door het volgens jouw onterechte ontslag. Je uit je woede en frustratie naar je baas toe uit. Je vertelt dat als deze situatie van ontslag niet recht kan getrokken worden je jouw baas of jezelf iets

zult aandoen. De psychiater raadt een opname aan op de PAAZ afdeling. Je zegt dat je er nog een nachtje moet over slapen en dat je nog een aantal dingen moet regelen. Je moeder laat jou beloven dat je morgenvroeg jezelf laat opnemen. In het naar huis rijden wilt je moeder weten wat er zo belangrijk was dat je nog naar huis wou. Je vertelt haar dat je nog een 'cannabisschuld' moet gaan betalen en je vraagt haar of ze 150 euro kan storten op jouw rekening want je rekening staat op nul. Je vertelt niet tegen je moeder dat je nog een flinke portie wiet hebt en die wilt oproken voor je naar het ziekenhuis gaat. Je bent nu een week op de afdeling en wilt eigenlijk naar huis. Je hebt het gevoel dat de begeleiding weinig bijbrengt. Er is trouwens een Chiro fuif van de oud leiding in het weekend waar je naartoe wilt. Dan kan je al jouw vrienden van vroeger nog eens terug zien. Daarom spreek je de verpleegkundige aan met de vraag of je nog niet terug naar huis mag. Je hebt nu toch al een week geen cannabis gebruikt ...

Rol verpleegkundige

Marc is een jongen van 23 jaar. Hij gebruikt al sinds zijn 16^{de} cannabis. De initiatie gebeurde op de jeugdbeweging, samen met zijn vrienden. Sindsdien heeft hij periodes waarin hij meermaals per dag een joint rookt. Het afgelopen jaar heeft hij het steeds moeilijker om tijdig op zijn werk te geraken. Er zijn ook steeds meer conflicten op het werk. Vroeger deed Marc regelmatig overuren maar dat kan hij echt niet meer opbrengen. Hij vindt ook dat zijn baas die maar eens moet uitbetalen. Zijn baas gaat hier niet op in. Om zich te ontspannen na het werk rookt Marc 's avonds meerdere joints. Meermaals valt het voor dat hij 's morgens niet op tijd wakker wordt en zich dan maar ziek meldt. Die baas van hem profiteert toch alleen maar van hem... Op den duur escaleert deze situatie en eindigt in een 'ontslag op staande voet'. Zijn baas vermeldt: nonchalant gedrag bij het nakomen van afspraken, slordige uitvoering van zijn werk, chaos in de bestelwagen, niet tijdig melden van te laat komen en ziekte ... Marc voelt aan dat hij iets moet ondernemen en op aanraden van zijn moeder meldt hij zich aan bij de psychiater voor een opname op de PAAZ afdeling. Marc is een week op de afdeling en spreekt je aan met de vraag of hij nog niet terug naar huis mag. Je vindt dit echt nog te vroeg in de behandelingsfase en wilt dit dan ook met hem bespreken.

Nabespreking simulatie a.h.v. doelstellingen

- Mogelijke vragen aan de verpleegkundige:
 - In welke fase van het veranderingsproces zit Marc volgens jou?
 - Welke principes en vaardigheden heb je kunnen gebruiken en hoe ervaarde je dit?
 - Wat was volgens jou het effect ervan?
 - Wat zou je zelf de volgende keer anders doen?
 - Hoe kwam het dat je anders reageerde dan je eigenlijk voor ogen had? Speelde een oordeel, emotie mee?
 - Formuleer concreet wat je wel had kunnen zeggen?
- Mogelijke vragen aan de simulant:
 - Voelde je je echt begrepen en geholpen?
 - Wat deed de verpleegkundige precies waardoor jij dit gevoel kreeg?
 - Wat was het resultaat voor jezelf?
- Mogelijke vragen aan de observatoren:
 - Welke principes en vaardigheden werden er gebruikt?
 - Welke principes en vaardigheden kunnen ook nog een bijdrage leveren in deze situatie?
 - Waren de juiste houdingen aanwezig?
 - Werde er zorgvuldige empathie getoond?
 - Werden er open vragen gesteld?
 - Werde er oordeelvrij geluisterd en gecommuniceerd?
 - Werde er positief bekrachtigd?
 - Werde er op een goede manier omgegaan met weerstand?

- Werd de 'helpende' reflex onderdrukt en de verantwoordelijkheid tot verandering bij de cliënt gelaten met respect voor zijn autonomie?
- Werd er op de juiste wijze gereageerd, rekening houdende met de fase van het veranderingsproces bij Marc?

Conclusies

- Oefening baart kunst!
- Denk aan:
- OEN, LSD, ANNA, DIK, OMA, NIVEA
- Ijsbergmodel (ruis)
- 4 G-methode bij feedback
- Willen / kunnen / klaar zijn
- Interne motivatie en zelfdeterminatie
- Belangenliniaal en vertrouwensliniaal
- Verandertaal uitlokken en/of gebruiken

Bijlage 5: Evidentietabel met de analyse van geselecteerde bronnen

	Referentie (auteur et al., jaartal)	Titel	Gevonden via (zoekmachine – trefwoorden)	Type bron (tijdschriftartikel, boek, expert ...)	Setting (vb. ZH, WZC ...) – doelgroep (vb. ouderen, baby's ...)	Doelstelling - vraagstelling
1	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)	Belgium country drug report	Google	Statistische Database	Europa	Het verwerven en aantonen van data omtrent drugsproblemen in Europa en evidence based data te gebruiken bij het drugsdebat.
2	Laporte, C., et al. 2017	Cannabis and Young Users—A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care	PubMed	Onderzoeksartikel	Randomized controlled trial bij 77 huisartsen in Frankrijk. Elke cannabisgebruiker tussen 15-25 jarige die minstens 1 joint per maand rookten kwamen in aanmerking. Mensen met ernstige mentale problemen, mensen die eerder een behandeling voor verslaving hadden ondergaan, mensen die aan andere studies rond can-	Het onderzoeken van de doeltreffendheid van korte interventies uitgevoerd door huisartsen bij cannabisgebruikers tussen 15 en 25 jaar oud.

					nabis hadden meegedaan en ten slotte mensen met een slechte kennis van Frans werden allemaal afgewezen.	
3	Martino, & et al. 2015	See One, Do One, Order One: a study protocol for cluster randomized controlled trial testing three strategies for implementing motivational interviewing on medical inpatient units	Springerlink	Onderzoeksartikel	De zorg voor de alsmaar groeiende groep van patiënten die middelenafhankelijk of misbruikend zijn, die hierdoor ook het meest kostelijk is om te behandelen en de slechtste kans hebben op herstel. Deelnemers zijn hulpverleners, als ook de gebruikers zelf.	Randomized control trial om de effectiviteit te onderzoeken van integratieve motiverende gespreksvoering binnen de algemene medische hulpverlening.
4	Mcloughlin, B., et al., 2014	Cannabis and schizophrenia	Cochrane Library	Onderzoeksartikel	Randomized control trial rond cannabinoïden en schizofrenie of gelijkaardige ziektebeelden, die het gebruik probeerden te verminderen of de effecten ervan onderzochten.	Beoordelen van de effecten van specifieke psychologische behandelingen voor het verminderen van cannabisgebruik bij mensen met schizofrenie. Beoordelen van de effecten van antipsychotica bij vermindering van cannabisgebruik

						bij mensen met schizofrenie. Beoordelen van de effecten van cannabinoiden bij het verminderen van symptomen bij mensen met schizofrenie.
5	Furer, T., Nayak, K. & Shatkin, J., 2018	Exploring Interventions for Sleep Disorders in Adolescent Cannabis Users	PubMed	Review	Adolescente cannabisgebruikers met slaapproblemen	Het samenvatten van de beschikbare literatuur rond adolescentie cannabisgebruikers met slaapproblemen.
6	Batalla, A., et al., 2018	The Influence of DAT1, COMT, and BDNF Genetic Polymorphisms on Total and Subregional Hippocampal Volumes in Early Onset Heavy Cannabis Users	PubMed	Onderzoeksartikel	59 blanke mannen tussen 18 en 30 jaar oud. 30 van deze waren chronische cannabisgebruikers, waarvan vaak al op zeer jonge leeftijd werd begonnen met gebruik (>16 jaar) en 29 voor de rest relatief identieke personen.	Onderzoeken hoe totale en subregionale volumes volumes in de hippocampus aangetast worden door cannabisgebruik en functionele polymorfismes van dopamine geralteerde genen.
7	Amann, A., et al., 2018	The Effects of Social Presence on Adherence-Focused Guidance in Problematic Cannabis Users: Protocol for the CANreduce 2.0	PubMed	Onderzoeksartikel	Er werden 528 deelnemers geselecteerd via de CANreduce website. Er werd reclame voor gemaakt op internetfora en in de krant.	Het bevorderen van therapietrouw bij cannabisgebruikers door een web-based self-help tool om hun gebruik te minderen.

		Randomized Controlled Trial				
8	Bonnet, U. & Preuss, U., 2017	The cannabis withdrawal syndrome: current insights, Substance abuse and rehabilitation	PubMed	Review	Pubmed werd doorzocht met een hele reeks zoekopdrachten rond het onderwerp. Er gebeurde een afbakening op artikels t.e.m. 2016 in het Engels en Duits.	Proberen een samenvatting te geven omtrent de biologische en klinische karakteristieken van het menselijk cannabis onthoudingsyndroom en de behandeling hiervoor.
9	Niesink, R. & van Laar, M., 2013	Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age	Limo	Onderzoeksartikel	Het gebruikt data van de nationale bevraging omtrent drugsgebruik en gezondheid van 2003. Er werd gekeken naar alcohol en cannabisgebruikers van de leeftijdscategorieën 12 tot 21 jaar oud en 22 tot 26 jaar oud.	Het versterken van literatuur omtrent het vroeg beginnen van drugsgebruik en het inschatten van risico's tot ontwikkeling van een stoornis rond middelengebruik door dit vroege gebruik.
10	Damjanović, A. et al. 2015	Cannabis and psychosis revisited	PubMed	Review	Er worden preventiekansen aangeboden voor zorgverleners die in contact komen met de doelgroep (cannabisgebruikers + psychose)	Het duidelijk maken of cannabis psychose in de hand werkt.

	Methodologie (aanpak auteurs)	Resultaten	Besluit – discussie	Aanbevelingen voor praktijk
1	De statistische data wordt aan het EMCDDA bezorgd via nationale punten. In België wordt het drugsbeleid gedefinieerd door 2 documenten: het federaal drugsnota van 2001 en het gemeenschappelijk besluit van 2010.	Een prevalentie van 10.1% bij 15-34 jarigen. Gebruikers die behandeling zoeken zijn 18% vrouwen en 82% mannen. Gemiddeld eerste gebruik begint rond de leeftijd van 16 jaar en de eerste vraag naar hulp rond de leeftijd van 24 jaar.	/	/
2	Een pragmatische cluster gerandomiseerde studie om de effectiviteit te testen van een korte interventie, uitgevoerd door huisartsen in de eerste lijn, om het gebruik van cannabis bij jonge gebruikers te verminderen. De huisartsen werden getraind in motivationele gespreksvoering. De studie werd aan de artsen voorgesteld in 2011 en degenen onder hen die in aanmerking kwamen en zich aanboden, werden er dan 50 per regio gekozen. Hierna gebeurde er een verdeling in een interventie en een controle groep. Elke huisarts moest in het 1 ^e jaar de eerste 5 in aanmerking komende patiënten kiezen, waarmee follow-ups werden gepland. Bij de interventie groep werd elke follow-up een korte interventie gedaan, terwijl bij de controle groep routinezorg werd uitgevoerd.	Er was niet meteen een verschil merkbaar in de totale hoeveelheid gerookte joints bij de twee groepen, maar er was wel een zichtbare daling bij de interventie groep. Bij het bekijken van subgroepen binnen de 2 groepen, zo blijkt de korte interventies een gunstig effect te hebben bij -18 jarigen en het dagelijks gebruik zou ook lager worden bij de interventiegroep.	Na 1 jaar is er een zichtbare daling in de hoeveelheid gerookte cannabis, maar niet in zo'n mate dat het de controlegroep overschaduwde. Bij niet-dagelijkse gebruikers verlaagden interventies het gebruik aanzienlijk in vergelijking met zij die slechts routinezorg kregen. Na 6 maanden was het mediaanaantal gerookte joints hoger bij de interventiegroep dan de controlegroep. Bij -18 jarigen hadden korte interventies een verlagend effect op hoeveelheid gerookte joints. De conclusie was dat de studie geen effect vertoonde op cannabis door korte interventies op groot vlak gezien, maar wel een positief effect had bij -18 jarigen en niet-dagelijkse gebruikers.	/

3	Er werd een randomized-control trial uitgevoerd, om de effectiviteit van drie verschillende strategieën van integrerende motivationele gespreksvoering door hulpverleners. De eerste, een permanente medische educatieworkshop die achtergrondinformatie verstrekt en toont hoe hulpverleners zich moeten gedragen. De tweede, een leerlingmodel met workshoptraining met persoonlijke begeleiding. Het derde, gebruikmakend van een psychiatrische liaison gespecialiseerd in motivationele gespreksvoering. Of een combinatie van de drie.	/	De grote kosten en schadelijke gevolgen van middelengebruik, dicteert dat evidence-based verslavingsbehandelingen beschikbaar worden gesteld voor patiënten op alle niveaus van de zorgverlening. Verder onderzoek is nodig om te onderzoeken in welke mate kosteneffectieve zorg kan verstrekt worden.	/
4	Er werden eerdere onderzoeken opgezocht en contact opgenomen met de auteurs, alsook de sneeuwbal methode werd toegepast. Alle randomized controlled trials rond cannabinoïden en schizofrenie of gelijkaardige ziektebeelden werden geïncludeerd, indien ze handelden rond vermindering van gebruik of de effecten van gebruik.	Er werden 8 studies gekozen met zo'n 530 deelnemers. Voor het verminderen van gebruik van cannabis bleek er geen enkele behandeling superieur. Data collectie verliep moeizaam en bleek vaak niet interessant op langere termijn.	De resultaten zijn beperkt en niet sluitend, door het kleine aantal en groepen van de randomized control trials en ook de kwaliteit van de aanwezige studies. Er is meer onderzoek nodig om de effecten van adjunctieve psychologische therapieën specifiek voor cannabis en psychose, aangezien er momenteel geen bewijs is dat nieuwe behandeling beter zouden zijn dan de standaardbehandeling. Er moet ook verder beoordeeld worden wat de effectiviteit is van cannabidiol bij psychose en of het eventueel een antipsychoticum kan zijn.	/
5	De review vat alle beschikbare literatuur samen omtrent adolescenten die cannabis gebruiken en slaapstoornissen hebben, alsook omtrent de interventies bij deze groep.	Het gebruik van THC kan leiden tot cognitieve beperkingen, alsook acute psychose.	Cannabisgebruik en slaapstoornissen gaan hand in hand en hebben een tweerichtingsverkeer, waardoor ze elkaar beïnvloeden.	Hulpverleners worden voorlopig aangeraden om vooral terug te vallen op gedragsmethodieken om slaap te verbeteren bij

		<p>Algemeen gezien is duidelijk dat chronisch cannabisgebruik leidt tot slechtere slaapkwaliteit en slaaponderbrekingen. Er wordt echter ook aangenomen dat er tweerichtingsverkeer is qua effecten bij regulier cannabisgebruik en slaapstoornissen, maar de literatuur hierrond is niet sluitend.</p> <p>Cannabidiol heeft een interessante interactie met slaap naargelang de dosis. Een lage dosis leidt tot een stimulerend effect, terwijl een hoge dosis tot een sederend effect leidt.</p> <p>De interactie van de chemische stoffen in cannabis terzijde, is merkbaar dat slaap een belangrijke rol speelt bij eventueel stoppen van gebruik of hervul hierin.</p>	<p>Hoewel er goede farmacologische strategieën en gedragsmethodieken bestaan, is het voor deze doelgroep belangrijk dat er een gerichte aanpak komt (gemengd).</p> <p>Toekomstige studies moeten focussen op gedrags- en psychofarmaca behandelingsmodellen, aangezien de moeilijkheid om de doelgroep te bestuderen.</p>	adolescenten met cannabisgebruik.
6	<p>Er werden 59 mannelijke participanten geselecteerd, waarvan 30 cannabisgebruikers en 29 controlepersonen die gematched werden op basis van: intelligentie, leeftijd, educatie, symptomen van depressie, psychose en angst.</p> <p>De participanten werden gerecruteerd via flyers en een webpage, waarna ze een uitgebreid interview ondergingen.</p> <p>Iedereen werd volledig ingelicht omtrent de studie en werd financieel vergoed.</p>	<p>Cannabisgebruik en dopaminerge genpolymorfisme hebben beiden interactieve effecten op de hippocampus.</p>	<p>De bevindingen suggereren dat blootstelling aan cannabis de normale relatie tussen DAT1 polymorfisme en de anatomie van de hippocampus beïnvloed (cf. geheugen en desoriëntatie).</p>	/

7	<p>De paper presenteert een driedelige randomized control trial.</p> <p>Ten eerste op naleving gerichte, op richtlijnen gebaseerde, op het web gebaseerde zelfhulpinterventie met sociale aanwezigheid. Ten tweede op naleving gerichte, op richtlijnen gebaseerde, op het web gebaseerde zelfhulpinterventie zonder sociale aanwezigheid. Tenslotte een gebruikelijke behandeling om het gebruik van cannabis bij problematische gebruikers te verminderen</p>	<p>Het project is begonnen in 2016, maar de eerste resultaten zullen pas in 2019 bekend worden gemaakt.</p>	/	/
8	<p>Er werden artikels opgezocht op PubMed en Scopus met een combinatie van de zoektermen "cannabis withdrawal", "humans", "disability", "clinical studies", "epidemiology", "case reports", "clinical trials", "cannabis use disorder", "treatment", "cannabis dependence", "psychosocial", "psychotherapy", "exercise", "pharmacotherapy" en "potency". Er werd ook naar artikels gezocht in de referenties van de gevonden artikels.</p> <p>Er werden uiteindelijk 2440 artikels gescreend, vooral in het Engels of Duits gepubliceerd tot 25 november 2016.</p>	<p>De intensiteit van Cannabis Withdrawal Syndrome (CWS) is afhankelijk van de hoeveelheid cannabisgebruik voor het stoppen met gebruik, het geslacht en verscheidene erfelijke-/omgevingsfactoren.</p> <p>Bij vrouwen werd vastgesteld dat ze sterker CWS ervaren, vooral fysieke symptomen als buikpijn en misselijkheid.</p> <p>Er zijn veelbelovende onderzoeken m.b.t. behandelingen met gabapentin en delta-9-tetrahydrocannabinol voor CWS. Mirzapine kan ook gebruikt worden om CWS insomnie te behandelen. Stemingsstabilisatoren hebben geen relevant effect bij CWS.</p>	<p>CWS is een criterium voor Cannabis Use Disorder (CUD) volgens DSM-V. Een veelheid van studies toont aan dat stoppen na langdurig cannabisgebruik, steeds een specifieke ontwenningsverschijnselen teweeg brengt met voornamelijk wijzigingen in gemoed en gedrag met lichte intensiteit. Deze symptomen kunnen gemakkelijk behandeld worden in een buitenshuis setting.</p> <p>Echter bij co-morbiditeit met mentale en somatische aandoeningen, vereisen een behandeling binnen een zorginstelling. Dit vanwege de hevige ontwenningsverschijnselen en de post-acute rehabilitatie of lange termijn behandeling.</p>	/
9	<p>De studie gebruikt data van het volledige publieke dossier van 2003 van de National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). Er werd vooral gericht op de groep 12-21 jaar oud.</p>	<p>De resultaten tonen aan dat de tienerjaren een sterk verhoogd risico hebben om een SUD te ontwikkelen.</p>	<p>Men deed 3 belangrijke bevindingen. Ten eerste dat de enige demografische variabele gerelateerd met</p>	/

			<p>CUD, chronologische leeftijd was. Geslacht, inkomen, alsook densiteit van bevolking lijken geen verhoogd risico te veroorzaken. Ten tweede, dat de tienerjaren overeenkwamen met een verhoogd risico tot ontwikkelen CUD en de cijfers daalden vanaf de leeftijd van 19 jaar. Ten derde, dat het risico voor cannabisverslaving groter was tijdens de tienerjaren dan dat voor alcohol. De onderzochte data bevestigt dat adolescenten een zeer kwetsbare groep zijn om een SUD te ontwikkelen.</p>	
10	<p>Een groot aantal studies toont de link aan tussen cannabisgebruik en psychose. Er wordt vooral dieper ingegaan op een Zweedse cohortstudie met een groot aantal deelnemers (50465) over een periode van 15 jaar.</p>	<p>Mensen die voor de leeftijd van 18 jaar reeds cannabis misbruikten lopen 2,4 keer meer kans op het ontwikkelen van psychose in hun latere leven. Cannabisgebruik alleen zou tevens niet voldoende zijn voor het ontstaan van psychotische symptomen, maar het is zeker een belangrijke omgevingsfactor bij een al kwetsbaar persoon.</p>	<p>Cannabismisbruik voorspelt een verhoogd risico op schizofrenie, zeker bij jongvolwassenen. Het is duidelijk dat er vanuit een dubbel perspectief moet gekeken worden naar het probleem. Enerzijds moeten er bij het begin adequate maatregelen worden genomen bij degenen die risico lopen. Anderzijds is bij degenen waarbij het probleem zich al heeft gemanifesteerd, de vraag hoe terugval te voorkomen.</p>	<p>Men legt de nadruk op educatie, gemikt op het jonge doelpubliek. Alsook de onderliggende gevolgen van cannabismisbruik moet duidelijk gemaakt worden. Tenslotte is het belangrijk dat de zorg wordt aangeboden in een professionele setting en is het belangrijk om degenen waarbij de psychose zich al heeft gemanifesteerd tot te blijven betrekken bij psycho-educatie.</p>