

2015

Diagnosticeren van comorbiditeit bij verslaafde jongeren

Een vergelijking van diagnostische
indicaties met de uiteindelijke diagnose

Bachelorthese Positieve Psychologie en Technologie (PPT)

Naam: Joyce Leerkes

Studentnummer: s1341073

1^e begeleider: Marloes Postel

2^e begeleider: Hester Trompetter

Externe begeleider: Martine Fledderus



Inhoudsopgave

Abstract	4
Samenvatting.....	5
Inleiding	6
Verslaving als een psychiatrische stoornis	6
Prevalentie	6
Risicofactoren.....	6
Comorbiditeit	7
Verslavingszorg.....	9
Screening van comorbiditeit	9
Onderzoeksopdracht.....	11
Methode.....	12
Proefpersonen.....	12
Procedure	12
Materialen	12
Module 2b	13
Scoring.....	14
Psychometrische gegevens	15
Checklist	15
Analyse	16
Resultaten	17
Intake.....	19
Respondenten	19
Indicatie.....	19
Diagnose	19
Behandeltraject	20
Aanvullende diagnostiek	20
Behandelingsgeschiedenis	21
Uitschrijvingen bij behandeling Tactus	22
Hulpverleners	24
Discussie	24
Antwoord op de onderzoeksvraag.....	24

Sterke en zwakke punten van het onderzoek	27
Suggesties voor onderzoek	29
Aanbevelingen voor de praktijk	29
Referentielijst	32

Abstract

Background

Comorbidity between addiction and other psychiatric disorders is a frequently occurring problem among youth. An addiction can be a cause or a consequence of psychopathology. Inside the care of drugs addicts youth are screened on among other things psychiatric disorders. A screening instrument is meant to distinguish the persons who are likely to have a disorder from the persons who aren't likely to have a disorder. In this study there will be investigated if the final diagnoses correspond to the indications obtained with the screening instrument.

Method

For this study an electronic care dossier has been used, just as a screening instrument for, among other things, psychiatric disorders. To answer the question, the client data of 20 persons (n=20) with an age varying between 14 and 22 years old are investigated. The correspondence between indications and diagnoses was investigated and there had been sought to additional information (such as amount of caregivers and additional diagnostics) to find an explanation.

Results

Despite there has been tested on disorders, there were 6 clients (30%) with a diagnose, (partly) corresponding with the indications obtained with the screening instrument. Beside that 5 clients (25%) had been tested on disorders, but they didn't get a diagnose. 9 clients (45%) remain by which they didn't diagnose for disorders on As I and at which the diagnose on As II has been postponed. Despite 20 clients had psychiatric indications, only 10 clients (50%) had additional diagnostics in the form of psychiatric consult or psychological test diagnostics. Eventually 3 of those clients (15%) had a diagnose. From the clients who had been in contact with a psychiatrist or psychologist (n=14) just 5 clients (25%) had a diagnose.

Discussion

The eventual diagnoses barely correspond to the received indications. There were no clients with a complete correspondence between the diagnoses and the indications. The reason could be that a screening instrument will give more indications for disorders than there will be actual diagnoses. Besides that, it seems to be that there is no univocal course of treatment (only half of the clients had follow-up diagnostics) and there is a large difference in amount and involvement of specific social workers. In this study no clear relation has been found between the received indications and the final diagnoses. This is not very promising.

Samenvatting

Achtergrond

Comorbiditeit tussen verslaving en andere psychiatrische stoornissen is een veelvoorkomend probleem onder jongeren. Een verslaving kan zowel een oorzaak als een gevolg zijn van psychopathologie. Binnen de verslavingszorg worden jongeren o.a. gescreend op psychische stoornissen. Een screeningsinstrument is bedoeld om de personen die waarschijnlijk een stoornis hebben te onderscheiden van de personen die deze stoornis waarschijnlijk niet hebben. In dit onderzoek zal worden gekeken of de uiteindelijke diagnoses overeenkomen met de indicaties verkregen uit het screeningsinstrument.

Methode

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een elektronisch zorgdossier, evenals van de MATE-Y als screeningsinstrument voor onder andere psychiatrische stoornissen. Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag zijn de cliëntgegevens van 20 personen (n=20) met een leeftijd variërend tussen de 14 en 22 jaar oud onderzocht. Hierbij is gekeken naar de overeenkomst tussen indicaties en diagnoses en werd gezocht naar aanvullende informatie (o.a. aantal hulpverleners, aanvullende diagnostiek) om een verklaring te zoeken.

Resultaten

Ondanks dat er getest is op stoornissen waren er uiteindelijk 6 cliënten (30%) met een diagnose, (gedeeltelijk) overeenkomstig met de indicaties verkregen uit de MATE-Y. Daarnaast was bij eveneens 5 cliënten (25%) wel getest op stoornissen, maar is geen diagnose gesteld. Resten er nog cliënten (45%) waarbij geen diagnose was op As I en waarbij de diagnose op As II is uitgesteld. Terwijl er bij 20 cliënten sprake was van psychiatrische indicaties, is er bij 10 cliënten (50%) aanvullende diagnostiek uitgevoerd in de vorm van een psychiatrische consult of psychologische testdiagnostiek. Hiervan is uiteindelijk bij 3 cliënten (15%) een diagnose gesteld. Van de cliënten die contact hebben gehad met een psychiater of psycholoog (n=14) waren er slechts 5 cliënten (25%) met een diagnose.

Discussie

De uiteindelijke diagnoses komen nauwelijks overeen met de verkregen indicaties. Geen enkele cliënt heeft een volledige overeenkomst tussen de diagnoses en de indicaties. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat een screeningsinstrument meer indicaties geeft dan dat er daadwerkelijk diagnoses worden gegeven voor een stoornis. Daarnaast blijkt er geen eenduidig vervolgtraject te zijn (slechts de helft van de cliënten heeft vervolgdagnostiek gehad) en is er een groot verschil in aantal en betrokkenheid van specifieke hulpverleners. Er is in dit onderzoek duidelijk geen relatie gevonden tussen de verkregen indicaties en de uiteindelijke diagnoses. Dit is weinig hoopgevend.

Inleiding

Verslaving als een psychiatrische stoornis

Er zijn veel dingen waar mensen verslaafd aan kunnen raken; roken, alcohol, diverse soorten drugs, internet, gokken, maar ook seks. Verslaving wordt gezien als een psychiatrische stoornis, waarbij definities als afhankelijkheid of misbruik van een middel worden benoemd, in combinatie met een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012; DSM IV; Gil, Wagner & Tubman, 2004). Misbruik gaat telkens vooraf aan afhankelijkheid. Volgens de DSM-IV wordt misbruik gedefinieerd als onaangepast gebruik dat leidt tot een disfunctioneren op meerdere levensdomeinen. Bij afhankelijkheid gaat het over fysiologische criteria, zoals onthouding en tolerantie, en psychologische criteria, waarbij de gebruiker geen controle meer heeft over zijn gebruik (Vandenbussche, Volckaert, d'Hont & Sools, 2006). In de DSM-V wordt echter geen onderscheid meer gemaakt tussen afhankelijkheid en misbruik, maar worden deze termen ondergebracht onder een nieuwe diagnose, 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie te onderscheiden niveaus van ernst: beperkt, matig en ernstig.

Prevalentie

Uit onderzoek onder middelbare scholieren van Verdurmen et al. (2012) blijkt dat in de maand voorafgaand aan het onderzoek 43% van de jongeren alcohol dronk, 19% rookte, 4% blowde, 1.6% een vorm van harddrugs (XTC, amfetamine, cocaïne of heroïne) gebruikte, 7% op een gokkast speelde en 60% energiedrankjes dronk. Bij een deel van deze jongeren slaat dit om in problematisch gebruik of een verslaving (Vandenbussche et al., 2006; Doreleijers, Boer, Huisman, Vermeiren & de Haan, 2006). Zo blijkt uit kerncijfers van LADIS dat er in 2013 bijna 66.000 personen in behandeling waren binnen de verslavingzorg, hiervan was 13.2% jonger dan 25 jaar. Ruim driekwart van deze hulpvragers zijn mannen (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013).

Risicofactoren

Uit onderzoek naar alcoholverslaving komen 'verwachtingen' naar voren als belangrijkste voorspeller voor verslaving. Dit zijn verwachte positieve en negatieve effecten van het drinken van alcohol. Deze verwachtingen zijn zeer goede voorspellers voor iemands drankgebruik, ze voorspellen namelijk ongeveer 25 tot 50% van de variantie in drankgebruik. Als de verwachte positieve effecten hoog zijn, is de kans groter dat de persoon meer drank

zal drinken. Dit geeft een veel sterkere voorspellende waarde dan andere psychologische variabelen (Wiers & Theunissen, 2002).

Tijdens de adolescentie experimenteren jongeren voor het eerst met middelen, bijvoorbeeld alcohol op feestjes, bij vrienden of thuis. Nieuwe ervaringen kunnen bij jongeren zorgen voor een 'kick'. Middelengebruik valt hier ook onder. De hersenen van adolescenten, vooral de gebieden die te maken hebben met emoties, zijn nog volop in ontwikkeling. Uit onderzoek is gebleken dat de nucleus accumbens gevoelig is voor beloning en voor de anticipatie op beloning en dat de reactie bij adolescenten erg hoog is. Daarnaast is er ook een grote activiteit te zien bij de orbitofrontale cortex, die gedrag stuurt richting het behalen van die beloning. Dat kan onder andere verklaren waarom jongeren zoveel gedrag vertonen wat een kick teweegbrengt (Huizink, 2011). Hoe eerder men start met het gebruik van middelen, hoe groter de kans is dat dit zich later uit in een verslaving (Gil et al., 2004; Vandenbussche et al., 2006).

Diverse tweelingenstudies in verschillende landen hebben aangetoond dat er een erfelijke factor bestaat voor alcoholafhankelijkheid. Naar afhankelijkheid van andere middelen is minder onderzoek gedaan, maar uit de verkregen gegevens kwam een vergelijkbaar antwoord. Daarnaast is gebleken dat sommige genen een invloed hebben op de kwetsbaarheid voor verslaving in het algemeen, terwijl andere genen slechts een invloed hebben op de kwetsbaarheid voor verslaving aan één bepaald middel. Dit neemt niet weg dat omgevingsfactoren geen invloed hebben op afhankelijkheid van een middel (Wiers & Theunissen, 2002).

Daarnaast blijkt ook nog dat een gebrekkige gedragscontrole een algemene kwetsbaarheidfactor vormt voor verslaving, en kunnen leeftijdsgenoten, sociaal economische status en geslacht invloed uitoefenen (Wiers & Theunissen, 2002).

Verwachtingen lijken de belangrijkste risicofactor voor verslaving onder adolescenten. De overig benoemde risicofactoren staan niet in volgorde van meest belangrijk naar minst belangrijk, maar zijn slechts enkele voorbeelden. De lijst van risicofactoren is dan ook niet uitputtend.

Comorbiditeit

Armstrong en Costello (2002) en Essau (2011) hebben met onderzoek aangetoond dat veel jongeren met een verslaving bijkomende psychiatrische stoornissen hebben. Bij 61 tot 88%

van de verslaafde jongeren blijkt sprake te zijn van een comorbide stoornis (Couwenbergh et al., 2006). De kans op comorbide stoornissen wordt versterkt wanneer de verslaving in ernst toeneemt. De verslaving kan zowel een oorzaak als een gevolg zijn van psychopathologie (Armstrong & Costello, 2002; Rutten, Loth & Hulshoff, 2009). Zo treedt verslaving vaak op ten gevolge van een gedragsstoornis (Doreleijers et al., 2006; Rutten et al., 2009).

Er zijn diverse stoornissen die veel comorbiditeit vertonen met een verslaving. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen internaliserende en externaliserende stoornissen. Onder internaliserend probleemgedrag worden angsten, depressies, somatische problemen en teruggetrokken gedrag verstaan. Bij jongeren met een middelenstoornis is vaker sprake van comorbiditeit met een bipolaire stoornis dan bij jongeren die geen middelstoornis hebben (Wilens, Biederman, Abrantes & Spencer, 1997). Zo vonden Bellack et al. (2006) een comorbiditeit met verslaving bij 56% van de mensen met een bipolaire stoornis. Daarentegen vormt een bipolaire stoornis een verhoogd risico voor de kans op een middelenstoornis (Steinbuechel et al., 2009). Middelengebruik zorgt daarnaast ook voor een verhoogde kans op depressie, Armstrong en Costello (2002) vonden bijvoorbeeld prevalentie cijfers van depressie variërend van 11% tot 32% bij verslaafde jongeren en cijfers van 5% tot 11% bij jongeren zonder verslaving. Zij vonden ook een verband tussen middelengebruik en angststoornissen (evenals Essau, 2011), met een prevalentie van 7% tot 40% bij jongeren met een verslaving en 3% tot 16% bij jongeren zonder een verslaving. De kans op verslaving bij jongeren is twee tot vier keer zo groot wanneer ze tijdens hun jeugd een traumatische ervaring hebben meegemaakt en hierdoor een posttraumatische stressstoornis (PTSS) hebben ontwikkeld (Doreleijers et al., 2006). Als laatste kan cannabisgebruik zowel leiden tot angst, paniek en psychotische symptomen, als psychotische stoornissen (Schubart et al., 2010). Externaliserende problemen daarentegen bevatten problemen omtrent agressie, opstandig gedrag en aandacht- en hyperactiviteitproblemen (McConaughy & Skiba, 1993). De meest voorkomende comorbiditeit bij jongeren is die tussen verslavingsproblemen en disruptieve gedragsstoornissen. Onder disruptieve gedragsstoornissen worden een antisociale gedragsstoornis (CD, conduct disorder) of een oppositionele gedragsstoornis (ODD, oppositional defiant disorder) verstaan (Couwenbergh et al., 2006; Essau, 2011). Armstrong en Costello (2002) vonden prevalentie cijfers van CD variërend van 44% tot 68% bij jongeren met een verslaving, terwijl dit bij jongeren zonder verslaving maar 0% tot 12% was. Een andere samenhang is die tussen 'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder' (ADHD)

en verslaving. Zo kan middelengebruik er voor zorgen dat de symptomen van ADHD worden versterkt of onderdrukt (Doreleijers et al., 2006). Uit onderzoek van Wilson en Levin (2005) blijkt dat jongeren met ADHD op een jongere leeftijd beginnen met het gebruiken van alcohol en drugs en dat zij daarnaast ook een grotere kans hebben vergeleken met leeftijdsgenoten om later stimulerende middelen of cannabis te gaan gebruiken. Volgens Armstrong en Costello (2002) heeft 12% van de verslaafde jongeren ADHD, in tegenstelling tot 2% van de niet-verslaafde jongeren.

Verslavingszorg

Uit de hoge cijfers wat betreft verslavingen bij jongeren kan worden geconcludeerd dat een goede zorg noodzakelijk is. De gezondheidszorg heeft als doel het bieden van effectieve zorg gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (evidence based) en het zo efficiënt mogelijk organiseren van deze zorg rondom de cliënt. Een recente ontwikkeling die hier goed bij aansluit is de vorming van zorgpaden: specifieke zorgtrajecten voor een groep cliënten met een specifieke hulpvraag (van der Werff, 2014). Wat het belangrijkste is, is dat de cliënt op het juiste moment de juiste zorg ontvangt. Aangezien de jeugdverslavingszorg erg complex is doordat verslavingsproblematiek veel comorbiditeit heeft met andere problematiek (zoals psychiatrische stoornissen) lijken de zorgpaden erg geschikt te zijn (Sermeus et al., 2009). Diverse instellingen voor verslavingszorg, waaronder Tactus, zijn bezig met de implementatie van zorgpaden en doen hiermee de eerste ervaringen op.

Screening van comorbiditeit

In dit onderzoek wordt gekeken naar de screening van comorbiditeit binnen de verslavingszorg. De meest voorkomende stoornissen waar op wordt gescreend bij jongeren zullen hier kort toegelicht worden.

Sociale fobie is een stoornis waarbij je ernstig in het functioneren wordt belemmerd omdat je heel angstig bent in één of meer sociale situaties. Tussen de 2 en 15 procent van de Nederlanders heeft last van deze fobie (Kragten, 2011). Wanneer een bedreigende situatie zich voordoet zal bij elk individu paniek ontstaan. Als er echter paniek ontstaat, zonder dat hier enige aanleiding voor is, kan dit duiden op een paniekstoornis (Sterk en Swaen, 2015). De gegeneraliseerde angststoornis wordt gekenmerkt door overmatig piekeren (Hirsch, Mathews, Lequertier, Perman & Hayes, 2013). Daarnaast is de bezorgdheid moeilijk in de hand te houden, wordt de angst niet beperkt tot één situatie en vormt het een significante

mate van lijden (APA, 2000). Mensen die last hebben van een posttraumatische stressstoornis hebben een traumatische gebeurtenis meegemaakt. Deze gebeurtenis herbeleven ze continu in gedachten. Daarnaast hebben ze zelfs soms verwachtingen dat de gebeurtenis zich zal herhalen waardoor fobische angst en vermijding kan ontstaan (Pagura, Stein, Bolton, Cox, Grant & Sareen, 2012). In de DSM-IV (APA, 2000) worden drie verschillende eetstoornissen benoemd. Als eerste 'bulimia nervosa', het herhaaldelijk optreden van eetbuien met als gevolg maatregelen om gewichtstoename te voorkomen. Daarnaast anorexia nervosa, waarbij sprake is van een verstoorde waarneming van het eigen lichaam en ten minste 15% ondergewicht en als laatste; eetstoornissen niet anderszins omschreven (NAO). Mensen met depressie hebben last van een sombere stemming en/of interesseverlies in de dingen waarin men voordien wel geïnteresseerd was (Comijs, 2013). Een specifieke vorm van depressie is de manisch-depressieve stoornis. Hierbij zijn continu schommelingen tussen diepe somberheid en vrolijkheid, beiden in hevige mate (Kragten, 2015). De hoofdkenmerken van Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) zijn aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. Hier komt bij dat men motivatieproblemen, problemen met plannen en organiseren en problemen op sociaal-emotioneel gebied kan hebben (Pieterse, Luman, Paternotte & Oosterlaan, 2013). Gedragsstoornissen kunnen zich in veel vormen voor doen. Een specifieke gedragsstoornis is de Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis. Volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) is het kenmerk van deze stoornis een terugkerend patroon van negativistisch, opstandig en vijandig gedrag gericht tegen autoriteitsfiguren.

Screeningsinstrumenten zijn ontwikkeld om de nadelen van gestandaardiseerde klinisch-psychiatrische interviews te beperken. Deze zijn namelijk erg tijdrovend en moeten altijd door een professional worden afgenomen. Aan de hand van een screeningsinstrument kunnen de personen die waarschijnlijk een stoornis hebben worden onderscheiden van de personen die waarschijnlijk geen stoornis hebben. Op basis van dit instrument kunnen geen diagnoses worden gesteld (Hilderson, Germans, Rijnders, van Heck & Hodiamont, 2011). Er bestaan al diverse screening-instrumenten voor de meest voorkomende DSM-IV stoornissen. Echter zijn deze instrumenten vaak gericht op slechts één type pathologie, zoals PTSS of bulimia (Zimmerman & Mattia, 2001). Een voorbeeld van een multidimensioneel screeningsinstrument is de PRIME-MD. Deze bleek echter beperkt bruikbaar vanwege de lange verwerkingstijd (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). Criteria van de verschillende DSM-

IV stoornissen overlappen vaak met elkaar. Dit kan zorgen voor vals positieve resultaten en een verklaring vormen voor de hoge comorbiditeit tussen DSM-IV stoornissen. Het is erg moeilijk om de grenzen tussen verschillende stoornissen te bepalen. Sommige symptomen zijn namelijk inclusie criteria voor meer dan 1 stoornis (Zimmerman & Mattia, 2001). Op basis van deze kennis kan worden verwacht dat een screeningsinstrument een indicatie geeft voor meer stoornissen dan dat er uiteindelijk diagnoses worden gesteld.

Nadat er screening heeft plaatsgevonden is het volgende doel een diagnose te stellen. Volgens Meyer et al. (2001) kan men een cliënt nooit compleet begrijpen als er alleen uitgegaan wordt van een klinisch interview. Het beste is om daarnaast ook gebruik te maken van psychologische tests, de validiteit hiervan is namelijk net zo hoog als die van medische testen. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat het van belang is om psychologische testen af te nemen bij cliënten, zo ook bij de verslaafde jongeren bij Tactus.

Onderzoeksopdracht

Er is al veel onderzoek gedaan naar de comorbiditeit tussen verslavingsproblematiek en psychiatrische stoornissen. Echter is er niet bekend in hoeverre indicaties van psychiatrische stoornissen op basis van de intake overeenkomen met uiteindelijke diagnoses. In dit onderzoek zal daarom nader worden gekeken naar het diagnostisch vervolgonderzoek dat wordt uitgevoerd bij jongeren waarbij hier een reden toe is. Dit zijn de jongeren die positief scoren in de intakevragenlijst op een indicatie voor een psychiatrische stoornis. Hierbij willen we graag uitzoeken of uit dit diagnostisch vervolgonderzoek blijkt dat de indicaties voor een stoornis overeenkomen met de gestelde diagnose. De onderzoeksvraag luidt in dit geval: **'In hoeverre blijkt uit diagnostisch vervolgonderzoek dat de indicaties omtrent psychische stoornissen, verkregen uit de intakevragenlijst (MATE-Y) voor verslaafde jongeren, overeenkomen met de uiteindelijke diagnose?'**

Methode

Proefpersonen

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een steekproef van 20 personen ($n = 20$) uit een cliëntpopulatie bestaande uit 650 verslaafde jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar. Deze gegevens zijn vanuit het reguliere zorgproces bij Tactus verzameld met de MATE-Y (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie voor jongeren) in de periode van april 2012 tot april 2015. De steekproef bestaat uiteindelijk uit 12 mannen (60%) en 8 vrouwen (40%). De leeftijd van deze proefpersonen loopt van de 14 tot 22 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de proefpersoon is 17.6 jaar ($SD = 2.54$).

Procedure

Van de oorspronkelijke cliëntpopulatie zijn enkel de cliënten geselecteerd met 2 of meer indicaties voor comorbide stoornissen. Hiervan is vervolgens telkens de 10^e persoon getrokken. Dit bracht het totaal op 20 personen. Via het elektronisch zorgdossier van USER, het systeem dat gehanteerd wordt binnen Tactus, konden alle gegevens van cliënten worden opgevraagd. Alle gegevens werden anoniem verwerkt. Door bij de 1^e cliënt alle mogelijke pagina's af te gaan in het elektronisch zorgdossier, kon een begin worden gemaakt aan het vormen van een checklist. Vervolgens werd er bij de volgende cliënt gekeken of er nog iets toegevoegd kon worden aan deze lijst, etcetera. Indien dit het geval was, werd ook bij de voorgaande cliënten gecontroleerd of nieuwe onderdelen van de checklist niet over het hoofd waren gezien. Deze checklist zal verderop aan bod komen en nader worden toegelicht.

Materialen

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de baseline van de MATE-Y (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie voor jongeren)¹, met name het gedeelte met betrekking tot psychiatrische stoornissen. De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een vragenlijst ontwikkeld door prof. dr. Gerard Schippers en drs. Theo Broekman om klinisch relevante patiëntkenmerken in de verslavingszorg vast te kunnen stellen, ten behoeve van het stellen van de indicatie voor behandeling en daarnaast voor de evaluatie van verleende zorg en behandeling. De MATE-Y is wat betreft opzet, achtergrond en uitgangspunten identiek aan die van de MATE. De meeste modules daarentegen zijn (sterk) gewijzigd en er

¹ De MATE-Y is te vinden op <http://www.mateinfo.eu/>

zijn ook enkele nieuwe modules opgenomen, zoals de motivatie voor behandeling (deze komt niet voor in de MATE, maar wel in de MATE-Y). Verder is er meer aandacht voor aanwijzingen voor comorbide psychopathologie, aangezien de prevalentie daarvan erg hoog is bij jongeren en het verweven is met middelengebruik. De MATE-Y bevat verschillende modules, te weten: 1. Middelengebruik en gedragsverslavingen, 2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult, 3. Behandelingsgeschiedenis, 4. Stoornissen in het gebruik van middelen en gedragsverslavingen, 5. Lichamelijke klachten, 7. Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning (MATE-Y-ICN), 8. Externe factoren van invloed op het herstelproces (MATE-Y-ICN), 10. Motivatie voor behandeling en Q1. Middelen: verlangen. De onderdelen die niet voorkomen in de MATE-Y, maar wel aanwezig zijn in de MATE zijn; 6. Persoonlijkheid en Q2. Depressie, Angst en Stress (Schipper & Broekman, 2013a).

Module 2b

Waar in dit onderzoek de aandacht aan werd besteed is module 2b, indicatie voor psychiatrische stoornissen. Module 2b is een onderdeel van de Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren (IPSJ). Dit is een gestandaardiseerd interview voor het screenen van psychiatrische stoornissen bij jongeren. De vragen vormen een selectie uit een bredere set, gebaseerd op een in Amerika van de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV) afgeleide itemset. Hierop zijn ook de drempelwaarden gebaseerd. De selectie voor 14 stoornissen uit de DISC-IV is gemaakt door Chen, Killea-Jones en Vega (2005). Voor de schaal Post Traumatische Stress Stoornis zijn vervolgens aan de IPSJ vijf items toegevoegd, omdat deze schaal in het Amerikaanse instrument ontbrak. Dit bracht het totaal van stoornissen op 15 (IPSJ, 2015).

Module 2b geeft aan of het waarschijnlijk is dat de diagnose van ieder van tien psychiatrische stoornissen aanwezig is. De stoornissen waar in totaal 50 ja/nee-vragen over werden afgenomen zijn: sociale fobie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen, depressie, manie/manische depressie, aandachtstekort/hyperactiviteit, oppositionele stoornis en gedragsstoornis. Deze stoornissen zijn in de inleiding aan bod gekomen. De keuze is gevallen op slechts 10 van de stoornissen, met als reden dat voor deze stoornissen geldt dat de prevalentie onder jeugd met verslavingsproblemen relatief hoog is. Deze keuze is gemaakt door Schipper en Broekman zelf, mede op grond van Couwenbergh et al. (2010). De uitkomst van dit

onderdeel van de vragenlijst is geen diagnose, maar betekent enkel dat er bij een score op of boven de drempelwaarde reden is tot nader diagnostisch onderzoek (Schippers & Broekman, 2013a).

Scoring

De module bestaat uit 50 ja/nee vragen. Voor elke stoornis geldt dat er 1 punt wordt toegekend voor iedere 'ja' en 0 punten voor iedere 'nee'. Aan het eind werden de punten per stoornis bij elkaar opgeteld. Iedere stoornis heeft een ander bereik en een andere drempelwaarde. Deze zijn weergegeven in de onderstaande tabel 1. Voor iedere stoornis, behalve voor eetstoornissen, geldt dat er met een somscore wordt bepaald of de drempelwaarde bereikt is. Bij een score gelijk aan of hoger dan de drempelwaarde werd een positieve indicatie gegeven voor de specifieke stoornis. Bij eetstoornissen werd de drempelwaarde anders berekend, namelijk: #1 en #2 Ja, of #2, #3 en #4 Ja, betekende dat de drempelwaarde was bereikt en er een positieve indicatie werd gegeven. In dit onderzoek werden sociale fobie, paniekstoornis en de gegeneraliseerde angststoornis samengevoegd tot 'angststoornis', depressie en manie/manische depressie tot depressie en werden de oppositionele stoornis en de gedragsstoornis gezien als een disruptieve gedragsstoornis (DBD).

Tabel 1. Bereik en drempelwaarde per stoornis van module 2b.

Score	Bereik min.-max.	Drempelwaarde
Sociale Fobie	0-2	2
Paniekstoornis	0-2	2
Gegeneraliseerde Angststoornis	0-4	≥ 3
Post Traumatische Stress Stoornis	0-4	≥ 3
Eetstoornissen	0-4	#1 en #2 Ja, of #2, #3 en #4 Ja
Depressie	0-7	≥ 5
Manie/Manische depressie	0-5	5
Aandachtstekort/Hyperactiviteit	0-6	≥ 5
Oppositionele Stoornis	0-7	≥ 5
Gedragsstoornis	0-8	≥ 3

Psychometrische gegevens

Schippers en Broekman (2013b) gaven aan dat er nog geen goed onderzoek is uitgevoerd naar de validiteit en betrouwbaarheid van de MATE-Y, evenals naar de subonderdelen van de MATE-Y. Cronbach's Alpha van module 2b van de MATE-Y was in dit onderzoek 0.83. Voor iedere stoornis apart was Cronbach's Alpha; paniekstoornis: 0.27, gegeneraliseerde angststoornis: 0.40, Posttraumatische Stresstoornis: 0.85, Eetstoornis: 0.24, Depressie: 0.65, Manie/manische depressie: 0.64, Aandachtstekort/hyperactiviteit: 0.57, Oppositionele stoornis: 0.55 en Gedragsstoornis: 0.70

Checklist

De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek werden verwerkt in Excel. In een tabel werden verschillende gegevens van de cliënt genoteerd. Aan het begin van het onderzoek was nog niet vastgesteld welke gegevens hier allemaal in zouden worden weergegeven. Gaandeweg het onderzoek is een checklist gevormd. De onderdelen van de checklist zullen hier benoemd en eventueel toegelicht worden waar nodig:

1. Geslacht:

Man (m) of vrouw (v)

2. Leeftijd

3. Indicaties voor psychiatrische stoornissen:

Verkregen uit module 2b van de MATE-Y, te weten; een angststoornis, PTSS, eetstoornis, depressie, ADHD of een disruptieve gedragsstoornis (DBD).

4. Status behandeling:

Hierbij waren 3 opties. (1) De cliënt heeft de behandeling compleet afgerond, wat wil zeggen dat er geen hulpvraag meer is voor Tactus of dat de behandeling afgelopen is, (2) de cliënt is nog in behandeling of (3) de cliënt is om welke reden dan ook vroegtijdig gestopt met de behandeling. De redenen hiertoe werden tevens genoteerd.

5. Eerdere behandeling psychische stoornis:

Er werd genoteerd of de cliënt eerder is behandeld voor een psychische stoornis en zo ja, waar.

6. Eerdere diagnose psychische stoornis:

Er werd genoteerd of de cliënt al eerder een diagnose heeft gekregen voor een psychische stoornis en zo ja, welke.

7. Aanvullende diagnostiek:

In eerste instantie werd er gekeken of er überhaupt sprake is geweest van aanvullende diagnostiek. Indien dit het geval was waren er 2 opties:

- a. Psychiatrisch consult: Er werd gekeken wat er binnen dit psychiatrisch consult werd behandeld.
- b. Psychologische testdiagnostiek: Indien er sprake is van psychologische testdiagnostiek, werd gekeken welke testen er zijn afgenomen.

8. Contact met hulpverleners:

Er werd genoteerd met hoeveel hulpverleners de cliënt in contact is gekomen en met welke. Mogelijke hulpverleners zijn: Medisch personeel, psychiater, klinisch psycholoog, orthopedagoog, maatschappelijk werker, GZ-psycholoog, sociotherapeut, medewerker preventie, hoofd behandeling, outreachend medewerker, secretaresse, systeemtherapeut, psychotherapeut, ANW-medewerker, cliëntmanager omnizorg en sportleider.

9. Primair middel:

Er werd genoteerd wat het primaire probleemmiddel is.

10. Diagnose psychiatrische stoornissen:

Er kan een diagnose worden gesteld op zowel As I, As II, As III, As IV als As V. Omdat er in dit onderzoek werd gekeken of de diagnoses overeenkomen met de indicaties verkregen uit de MATE-Y, werden alleen de eventuele diagnoses van As I en As II genoteerd. Dit zijn immers de diagnoses voor de stoornissen die met module 2b van de MATE-Y worden gemeten. Er werd genoteerd of er wel of geen diagnose is gesteld en zo ja, of er dan sprake is van een angststoornis, PTSS, Eetstoornis, Depressie, ADHD of een disruptieve gedragsstoornis (DBD). Het kan ook voorkomen dat de diagnose is uitgesteld. Wanneer een diagnose is uitgesteld is het nog niet uitgesloten dat iemand (g)een diagnose heeft voor een bepaalde stoornis. Verder onderzoek is nodig om een goede uitspraak te kunnen doen.

Analyse

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek was om te kijken in hoeverre de diagnoses overeenkomen met de verkregen indicaties. Om een conclusie te kunnen trekken werd gekeken of er een patroon te vinden was in de verzamelde informatie. In eerste instantie

werd gekeken of de diagnoses überhaupt overeen kwamen met de indicaties. Vervolgens werd gezocht naar een patroon om deze (eventuele) overeenkomsten te verklaren. Dit werd gedaan door te zoeken naar overeenkomstigheden tussen cliënten met een diagnose of zonder een diagnose, maar ook door te zoeken naar verschillen tussen cliënten met een diagnose en cliënten zonder een diagnose. Wat kan een reden of een voorwaarde vormen voor het diagnosticeren?

Resultaten

In tabel 2 zijn alle gegevens weergegeven van de verslaafde jongeren die zijn onderzocht, toegespitst per cliënt. De tabel is globaal ingedeeld in twee onderdelen; de intake en het behandeltraject. Bij de intake worden de demografische gegevens en de indicaties voor psychische stoornissen aangegeven. Bij het behandeltraject wordt aangegeven of de behandeling is afgerond, of er sprake is geweest van eerdere behandeling en of een diagnose van een psychiatrische stoornis is gegeven. Daarnaast is terug te vinden of men aanvullende diagnostiek heeft gehad en welke hulpverleners hierbij betrokken zijn geweest. Als laatste wordt beschreven wat de uiteindelijke diagnose is wat betreft primair probleemmiddel en As I en As II stoornissen.

Tabel 2. Individuele behandelgegevens verslaafde jongeren (n=20)

Intake			Behandeltraject						Diagnose																
Cliënt	Geslacht	Leeftijd	Indicatie						Behandeling compleet afgerond	Eerdere behandeling (1)/ eerdere diagnose psychische stoornis (2)	Aanvullende diagnostiek: psychiatrisch consult (1), of test-diagnostiek (2)	aantal hulpverleners	welke hulpverleners ^b	primair middel	Angst	PTSS	Eet	Depressie	ADHD	DBD ^a	geen (As I)	uitgesteld (As II)	geen (As II)		
			Angst	PTSS	Eet	Depressie	ADHD	DBD ^a																	
1	v	14									1	8	cannabis								x	x			
2	m	16									5	2,3,4,5,11	cannabis									x	x		
3	m	17									9	1,2,4,5,6,7,9,10,11	cannabis									x	x		
4	m	19									8	1,4,5,7,8,9,11,12	speed/ghb									x	x		
5	m	18				x	x				7	1,2,4,5,6,9,11	wiet									x	x		
6	m	15				x		x			9	2,4,5,6,7,8,9,10,11	cannabis							x				x	
7	m	21				x		x	x		8	2,4,5,6,7,9,10,11	gokken									x	x		
8	m	21		x		x			nog bezig	1	8	1,2,4,5,6,11,12,13	cannabis		x									x	
9	m	18	x			x					7	2,4,5,7,9,10,11	gamen				x							x	
10	v	21	x				x				13	1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,14,15	cannabis					x						x	
11	v	14		x							0		cannabis									x	x		
12	v	15			x	x					5	1,4,5,9,11	social media										x	x	
13	v	15				x	x	x			8	1,4,5,7,8,9,11,12	wiet		x									x	
14	m	16	x			x		x	x		10	1,2,3,4,5,6,7,9,11,12	cannabis										x	x	
15	m	19				x	x	x			9	1,2,3,4,5,6,8,11,12	gokken										x	x	
16	v	20				x	x	x	x	1	7	1,2,4,5,7,9,11	alcohol										x	x	
17	m	22	x			x	x		x		9	1,2,4,5,6,7,9,10,11	cannabis				x							x	
18	m	16	x			x	x	x		2	5	1,4,5,9,11	cannabis										x	x	
19	v	19	x	x		x	x		x	1	8	2,4,5,6,7,9,10,11	cocaïne										x	x	
20	v	16	x	x		x	x	x	nog bezig	1	9	1,2,4,5,6,7,9,11,16	cannabis										x	x	

^a. Disruptieve gedragsstoornis

^b. 1) Medisch personeel, 2) psychiater, 3) klinisch psycholoog, 4) orthopedagoog, 5) maatschappelijk werker, 6) GZ-psycholoog, 7) sociotherapeut, 8) medewerker preventie, 9) hoofd behandeling, 10) outreachend medewerker, 11) secretaresse, 12) systeemtherapeut, 13) psychotherapeut, 14) ANW-medewerker, 15) cliëntmanager omnizorg, 16) sportleider

Intake

Respondenten

De totale steekproef bestond uit 20 personen, onderverdeeld in 12 jongens (60%) en 8 meisjes (40%). De leeftijd van de cliënten liep van 14 tot en met 22 jaar en de gemiddelde leeftijd is 17.6 jaar met een SD van 2.54. Voor dit onderzoek minder belangrijk, maar wel interessant om te bekijken, is het primaire probleemmiddel per cliënt. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd bij Tactus, was er bij iedere cliënt sprake van verslavingsproblematiek. Het viel op dat er maar liefst 11 cliënten (55%) waren die als primair probleemmiddel cannabis hebben. Dit werd opgevolgd met (maar) 2 cliënten (10%) die gokken, 2 cliënten (10%) die wiet gebruiken, en respectievelijk 1 cliënt die speed/ghb (5%), alcohol (5%) of cocaïne (5%) gebruikt. Daarnaast was er 1 cliënt (5%) die gamen als primair probleemmiddel heeft en 1 cliënt (5%) social media.

Indicatie

Wat opvalt was dat er veel indicaties zijn voor depressie, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) en disruptieve gedragsstoornis (DBD) namelijk voor elke stoornis 14 cliënten (70%). Er waren daarentegen 7 cliënten (35%) met een indicatie voor een angststoornis en 4 cliënten (20%) met een indicatie voor PTSS. Slechts 2 van de onderzochten (10%) hadden een indicatie voor een eetstoornis. Daarnaast blijken er in verhouding heel weinig diagnoses gesteld te zijn voor de stoornissen met de meeste indicaties. Er waren namelijk 2 diagnoses voor depressie (10%), 1 voor ADHD (5%) en 1 voor DBD (5%).

Diagnose

Ondanks dat er getest is op stoornissen, kwam bij 6 cliënten de diagnose (deels) overeen met de indicaties verkregen uit de intakevragenlijst. Deze cliënten zijn: cliënt 6, 8, 9, 10, 13 en 17. Hierbij gold echter wel voor cliënt 8, 10, 13 en 17 dat een diagnose op As II nog is uitgesteld. Cliënt 6 heeft indicaties voor depressie en een disruptieve gedragsstoornis (DBD). Uit de diagnose bleek dat er sprake was van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. Er is geen diagnose gesteld voor depressie. Cliënt 8 had indicaties voor 2 stoornissen, namelijk PTSS en depressie. Uiteindelijk is er een diagnose gesteld voor PTSS. Cliënt 9 had indicaties voor een angststoornis en depressie, met een diagnose voor depressie. Cliënt 10 had indicaties voor zowel ADHD als een angststoornis en kreeg de diagnose ADHD. Bij cliënt

13 waren indicaties voor depressie, ADHD en een disruptieve gedragsstoornis (DBD), waar PTSS is gediagnosticeerd. Cliënt 17 had indicaties voor een angststoornis, depressie en ADHD. De diagnose die is gesteld is die van depressie, een aan cannabis gebonden stoornis NAO. De indicaties en diagnoses van de cliënten met een diagnose zijn weergegeven in tabel 3. Daarnaast is bij eveneens 5 cliënten (25%) wel getest op stoornissen, maar is geen diagnose gesteld. Dit geldt voor de volgende cliënten: 5, 7, 16, 19 en 20. Er blijven dan 9 cliënten (45%) over waarbij geen diagnose was op de As I en waarbij de diagnose op de As II, zoals aangegeven in USER, was uitgesteld. Dit geldt voor de cliënten: 1, 2, 3, 4, 11, 12, 14, 15 en 18.

Tabel 3. *Indicaties en diagnoses van cliënten met een positieve diagnose (n=6).*

Cliënt	Indicatie	Diagnose	
		As I	As II
6	depressie en DBD	oppositieel-opstandige gedragsstoornis	geen
8	PTSS en depressie	PTSS	uitgesteld
9	angststoornis en depressie	depressie	geen
10	ADHD en angststoornis	ADHD	uitgesteld
13	depressie, ADHD en DBD	PTSS	uitgesteld
17	angststoornis, depressie en ADHD	depressie (een aan cannabis gebonden stoornis NAO)	uitgesteld

Behandeltraject

Aanvullende diagnostiek

Hoewel er bij alle 20 cliënten sprake was van psychiatrische indicaties, werd slechts bij de helft van de gevallen (n= 10) aanvullende diagnostiek toegepast. Bij 4 van deze cliënten (20%) was dit in de vorm van een psychiatrisch consult en bij 5 van de cliënten (25%) was sprake van psychologische testdiagnostiek. Bij 1 cliënt (5%) was sprake van zowel een psychiatrisch consult als van psychologische testdiagnostiek. De andere helft van de 20 cliënten (n=10) zijn nooit aanvullend onderzocht. Van de cliënten die aanvullend zijn onderzocht, hebben er 3 cliënten een diagnose gekregen. De andere 3 cliënten met een diagnose zijn nooit aanvullend onderzocht. Er zal nog verder ingegaan worden op de aanvullende diagnostiek die heeft plaatsgevonden. In tabel 4 staat aangegeven welke testen er zijn afgenomen indien er sprake was van psychologische testdiagnostiek en/of wat er heeft plaatsgevonden tijdens een psychiatrisch consult. De testen die voor zijn gekomen tijdens de psychologische testdiagnostiek zijn: Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) III en IV, Child Behavior Check List (CBCL), Youth Self Report (YSR), Opvoedingsbelastingsvragenlijst (OBVL), Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst voor Jeugdigen (NPV-J), Zinnen Aanvullijst Curium (ZALC), Vragenlijst Inventarisatie Sociaal Gedrag van Kinderen (VISK), een

persoonlijkheidsverkennend gesprek, een semigestructureerd interview, Diagnostisch Interview voor ADHD bij Volwassenen (DIVA), Zelfinventarisatielijst (ZIL) en Montreal Cognitive Assessment (MoCa).

De YSR werd het meest afgenomen, namelijk bij 4 cliënten (20%). De CBCL werd daarnaast bij 3 cliënten afgenomen (15%). Het persoonlijkheidsverkennend gesprek werd bij 2 cliënten (10%) uitgevoerd, evenals het semigestructureerde interview (10%). De rest van de vragenlijsten werd allen bij 1 cliënt (5%) afgenomen.

Indien er sprake was van een psychiatrisch consult, werd in alle gevallen (25%) een anamnese en een psychiatrisch onderzoek gehouden. Er werd getracht om een diagnose te stellen wat betreft de klachten van de cliënt.

Tabel 4. Aanvullende diagnostiek per cliënt indien van toepassing ($n = 10$).

Cliënt	Testdiagnostiek	Psychiatrisch consult
3	WAIS III, CBCL 4-18, YSR	
5	YSR, CBCL, OBVL	anamnese en psychiatrisch onderzoek
6	NPV-J, ZALC, YSR, CBCL, VISK, persoonlijkheidsverkennend gesprek, semigestructureerd interview en ontwikkelingsanamnese met ouders	
7		anamnese en psychiatrisch onderzoek
10	DIVA en semigestructureerd interview	
14	ZIL	
15		anamnese en psychiatrisch onderzoek
16		anamnese en psychiatrisch onderzoek
17		anamnese en psychiatrisch onderzoek
20	YSR, MoCa, persoonlijkheidsverkennend gesprek en WAIS IV	

Behandelingsgeschiedenis

Wanneer er al eerder een diagnose is gesteld, of sprake is geweest van behandeling voor een psychische stoornis, zouden deze diagnoses en/of bevindingen kunnen worden gebruikt voor het huidige diagnostische onderzoek bij Tactus. Hoewel er bij 8 cliënten (40%) sprake is geweest van eerdere behandeling voor een psychische stoornis en bij 3 cliënten (15%) al eerder een diagnose is gesteld met betrekking tot een psychische stoornis, is er bij 1 van deze cliënten een diagnose gesteld, te weten: cliënt 8. Zo is cliënt 1 in behandeling geweest bij een kinderkliniek i.v.m. medicatie en ADHD. Cliënt 2 is in behandeling geweest bij BJZ (Bureau Jeugdzorg), de Waag² en Fornhese³. Cliënt 3 heeft zorg ontvangen van Accare⁴ en

² De Waag biedt een gespecialiseerd zorg aan mensen die grensoverschrijdend gedrag combineren met een psychische stoornis. Hierbij kan ook problematisch middelengebruik aan de orde zijn (De Waag, 2015).

heeft hier de diagnose ADHD gekregen, waarvoor de cliënt ook medicatie ontvangt. Cliënt 5 is in behandeling geweest bij een GZ-psycholoog van ROC Aventus.

Cliënt 8 krijgt op dit moment een psychiatrische behandeling vanuit het RGC⁵. Cliënt 16 is in behandeling geweest bij Trajectum Zutphen⁶. Cliënt 18 had de diagnose ADD, maar heeft hiervoor nooit behandeling ontvangen. Cliënt 19 is in behandeling geweest bij GGNet⁷ en Gelre ziekenhuizen en heeft een klinische opname gehad bij PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis). En als laatste, cliënt 20 is in behandeling geweest bij Dubbeldiagnose kliniek Dimence⁸. Deze informatie is overzichtelijk weergegeven in tabel 5. De behandelingsgeschiedenis leek geen invloed te hebben op het stellen van een diagnose.

Tabel 5. *Behandelingsgeschiedenis per cliënt, indien van toepassing (n=9).*

Cliënt	Behandelingsgeschiedenis
1	Kinderkliniek i.v.m. medicatie en ADHD
2	BJZ, de Waag en Fornhese
3	Accare en diagnose ADHD
5	GZ-psycholoog van ROC Aventus
8	psychiatrische behandeling vanuit het RGC
16	Trajectum Zutphen
18	Geen behandeling gehad, maar wel een diagnose voor ADD
19	GGNet en Gelre, klinische opname PAAZ
20	Dubbeldiagnose kliniek Dimence

Uitschrijvingen bij behandeling Tactus

Het zou kunnen dat er eerder een diagnose wordt gesteld indien een cliënt de volledige behandeling heeft afgerond, in tegenstelling tot het vroegtijdig beëindigen van de behandeling. Van de 10 cliënten die de behandeling hebben afgerond of nog bezig zijn, is bij slechts 3 cliënten een diagnose gesteld. Daarentegen is er bij nog 3 cliënten een diagnose gesteld. Deze hadden de behandeling echter niet afgerond. Er zijn in totaal 8 cliënten (40%) die de behandeling hebben afgerond, 2 cliënten (10%) zijn nog bezig en 10 cliënten (50%) zijn om een bepaalde reden eerder gestopt. De exacte redenen voor deze uitschrijvingen zijn

³ Kinderen en jongeren – van 0 tot 18 – met psychiatrische problemen kunnen voor het stellen van een diagnose en behandeling terecht bij Fornhese (GGZ Centraal, 2015)

⁴ Accare biedt hulp bij alle problemen die met opvoeden en opgroeien te maken hebben. Ze behandelen normaal begaafde en (licht) verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar met psychische of psychiatrische problemen. Ouders en/of andere opvoeders worden nauw bij de behandeling betrokken en zo nodig zelf begeleid (Accare, 2015).

⁵ Het RGC (Regionaal geestelijk gezondheidszorgcentrum) is een centrum voor geestelijke gezondheidszorg waar mensen met psychiatrische en/of psychologische problemen terecht kunnen (RGC, 2015).

⁶ Trajectum biedt een toonaangevende behandeling aan mensen met een lichte verstandelijke beperking (Trajectum, 2015).

⁷ GGNet is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) (GGNet, 2015)

⁸ Bij dubbeldiagnose kliniek Dimence wordt begeleiding en behandeling geboden aan jongeren en volwassenen bij wie sprake is van een combinatie van psychische en verslavingsproblemen (Dimence, 2015).

te vinden in tabel 6. In totaal zijn er 18 (90%) van de jongeren uitgeschreven bij Tactus, 2 van de 20 (10%) zijn op dit moment nog steeds in behandeling. Bij 8 cliënten (40%) was de behandeling in overleg beëindigd, hiervan was bij 5 cliënten (25%) de behandeling afgelopen, 2 cliënten (10%) hadden geen hulpvraag meer voor Tactus en 1 cliënt (5%) was als vervolg op de behandeling opgenomen. Bij 4 van de onderzochten (20%) lag de reden van uitschrijving bij de cliënt. De helft van hen (10%) gaf duidelijk aan niet meer in behandeling te willen en de andere 2 (10%) kwamen niet meer opdagen. Een andere reden was dat de cliënt is overgegaan naar een andere instelling. Dit gebeurde bij 4 van de 20 cliënten (20%). Hiervan zijn 2 cliënten (10%) opgenomen, 1 cliënt (5%) is overgegaan naar verslavingszorg IRIS zorg en de andere cliënt (5%) is overgegaan naar de KIJ⁹. Als laatste zijn er nog andere redenen, dit kwam voor bij 2 cliënten (10%). Zo is één cliënt (5%) buiten de regio van Tactus gaan wonen en had één cliënt de papieren niet op orde waardoor de behandeling niet kon worden doorgezet (5%). Of de behandeling afgerond is of niet leek geen rol te spelen in het stellen van een diagnose.

Tabel 6. *Individuele redenen voor uitschrijving (n=20).*

Clïënt	Reden voor uitschrijving
1	De cliënt wilde niet meer in behandeling
2	De cliënt is plots opgenomen
3	De behandeling is afgelopen
4	De cliënt is buiten de regio gaan wonen
5	De cliënt is overgegaan naar IRIS zorg
6	De cliënt is overgegaan naar de KIJ
7	De behandeling is afgelopen
8	N.v.t. (cliënt staat nog ingeschreven)
9	De cliënt is als vervolg op de behandeling opgenomen
10	De cliënt wilde niet meer in behandeling
11	De cliënt is opgenomen
12	De cliënt heeft geen hulpvraag meer voor Tactus
13	Men heeft niks meer van de cliënt gehoord
14	De behandeling is afgelopen
15	De cliënt komt niet meer opdagen
16	De behandeling is afgelopen
17	De cliënt heeft geen hulpvraag meer voor Tactus
18	De papieren waren niet op orde
19	De behandeling is afgelopen
20	N.v.t. (cliënt staat nog ingeschreven)

⁹ Pactum De KIJ begeleidt jongeren van 12 tot 25 jaar in Deventer die te maken hebben met een of meerdere problemen. Ze bieden specialistische ambulante hulp thuis en op school, pleegzorg en diverse vormen van (tijdelijk) verblijf (Pactum, 2015).

Hulpverleners

Gedurende het hele behandeltraject zijn de cliënten in contact gekomen met verschillende hulpverleners. Het aantal en de soort hulpverleners kunnen van invloed zijn op het stellen van een diagnose. Van de cliënten met een bovengemiddeld (>7,25) aantal hulpverleners (n= 12) hebben 5 cliënten een diagnose gekregen. Van de cliënten die in aanraking zijn gekomen met een psychiater, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog (n= 14) zijn er eveneens 5 cliënten met een diagnose. In tabel 2 staat aangegeven hoeveel hulpverleners er bij een cliënt betrokken zijn geweest en vervolgens staat verder toegespitst welke hulpverleners dit zijn geweest. Het aantal hulpverleners per cliënt varieerde van 0 tot 13, waarbij een gemiddelde gold van 7,25. Bijna elke cliënt heeft te maken gehad met een maatschappelijk werker, namelijk 18 (90%). Daarnaast zijn 17 cliënten (85%) in contact gekomen met een orthopedagoog, 15 (75%) met een medewerker preventie, 14 (70%) met een psychiater, 13 (65%) met medisch personeel en 12 (60%) met een sociotherapeut. Onder medisch personeel werden hulpverleners verstaan als artsen, verslavingsartsen, verpleegkundigen, verpleegkundige specialisten en verzorgende. Slechts 6 cliënten hebben contact gehad met een systeemtherapeut (30%), 6 met een outreachend medewerker (30%), 4 met een (klinisch) psycholoog (20%), en voor elk 1 cliënt met een psychotherapeut (5%), een ANW-medewerker (5%), een cliëntmanager omnizorg (5%) en een sportleider (5%). Bijna alle cliënten met een diagnose zijn in contact geweest met een psychiater of psycholoog en hadden een bovengemiddeld aantal hulpverleners. Er zijn daarentegen ook veel cliënten wel in contact geweest met een bovengemiddeld aantal hulpverleners en een psycholoog of psychiater, maar deze hebben geen diagnose gekregen. Dit lijkt dan ook geen verklaring te vormen voor het stellen van een diagnose.

Discussie

Antwoord op de onderzoeksvraag

De vraag van dit onderzoek luidde als volgt: 'In hoeverre blijkt uit diagnostisch vervolgonderzoek dat de indicaties omtrent psychische stoornissen, verkregen uit de intakevragenlijst (MATE-Y) voor verslaafde jongeren, overeenkomen met de uiteindelijke diagnose?'

In eerste instantie kan hier een heel zwart-wit antwoord op worden gegeven. De uiteindelijke diagnoses komen nauwelijks overeen met de verkregen indicaties. Ten eerste,

indien er sprake is van vervolgdagnostiek, komt de uiteindelijke diagnose vaker niet overeen met de indicatie dan wel. Ten tweede, ondanks de hoge aantallen indicaties voor bepaalde stoornissen, zijn er vrijwel geen diagnoses voor gesteld. Ten derde is gebleken dat indicaties niet leiden tot een eenduidig vervolgtraject. Ondanks dat de behandeling volledig is afgerond, komt de uiteindelijke diagnose vaker niet overeen met de indicatie dan wel. Als laatste is een bovengemiddeld aantal betrokken hulpverleners of de betrokkenheid van een psycholoog of psychiater niet van invloed op de overeenkomst tussen een diagnose en de verkregen indicaties.

Van het totaal aantal cliënten uit dit onderzoek is bij slechts een kwart een diagnose gesteld die (gedeeltelijk) overeenkomt met een indicatie uit de intakevragenlijst. Er was telkens sprake van één diagnose, terwijl er altijd twee of meer indicaties waren voor een stoornis. Hoe kan het zo zijn dat, ondanks dat er vervolgdagnostiek heeft plaatsgevonden, geen enkele diagnose exact overeenkomt met de indicatie verkregen uit de MATE-Y? Ligt de oorzaak hiervan bij het stellen van de diagnoses, of bij het verzamelen van de indicaties? Geen enkele cliënt heeft een volledige overeenkomst tussen de diagnoses en de indicaties. Het is voor de hand liggend dat een screeningsinstrument meer stoornissen signaleert dan dat er uiteindelijk diagnoses worden gesteld. Zoals gesteld door Hilderson et al. (2011) zijn screeningsinstrumenten bedoeld om de personen die 'waarschijnlijk' een stoornis hebben te onderscheiden van de personen die 'waarschijnlijk' geen stoornis hebben. De groep die 'waarschijnlijk' een stoornis heeft zal voor de hand liggend groter zijn dan de groep die uiteindelijk ook daadwerkelijk een diagnose krijgt voor deze stoornis. Anders zouden bij wijze van spreken op basis van het screeningsinstrument al wel diagnoses kunnen worden gesteld. Een andere bijkomende oorzaak voor het verschil in indicaties en uiteindelijke diagnoses kan de overlap zijn van de criteria voor de verschillende DSM-IV stoornissen, benoemd door Zimmerman en Mattia (2001). Zo kan een bepaald criteria (bijv. neerslachtigheid) gelden voor zowel depressie als angststoornis, waardoor het aantal indicaties groter wordt.

De oorzaak kan daarnaast ook liggen bij de vervolgdagnostiek en het stellen van de diagnoses. Zoals vermeld was er in dit onderzoek sprake van een psychiatrisch consult of psychologische testdiagnostiek. Bij de helft van de cliënten met een diagnose is vervolgonderzoek uitgevoerd. Bij de meerderheid van hen was dit in de vorm van

psychologische testdiagnostiek en zijn er testen afgenomen. Zoals Meyer et al. (2001) stelden is het beter om naast een klinisch interview gebruik te maken van psychologische tests, gezien de hoge validiteit. Er is in dit onderzoek bij slechts één cliënt gebruik gemaakt van zowel een klinisch interview als psychologische testdiagnostiek, maar deze cliënt heeft geen enkele diagnose gekregen. De cliënten die enkel psychologische testdiagnostiek hebben gehad hebben vaker geen als wel een diagnose gekregen. De uitkomst van dit onderzoek lijkt de bevinding van Meyer et al. (2001) niet te steunen. Er had meer overeenkomst mogen worden verwacht.

Uit de resultaten bleek dat er veel indicaties waren voor depressie, ADHD en DBD. Er zijn echter maar opvallend weinig diagnoses gesteld voor deze stoornissen. Uit onderzoek van Schippers en Broekman (2013b) naar de indicaties verkregen met de MATE-Y zijn prevalentiecijfers gekomen wat betreft psychische stoornissen. De prevalentie voor depressie was 27% en voor ADHD geldt een prevalentie van 25%. In dit geval zijn de oppositionele stoornis en de gedragsstoornis samen genomen, maar in hun onderzoek was de prevalentie voor oppositionele stoornis 28% en voor de gedragsstoornis 27%. In dit onderzoek is sprake van een veel hogere prevalentie voor deze stoornissen. Dit kan komen doordat er alleen geselecteerd is op cliënten met 2 of meerdere indicaties. Wat wellicht heeft gezorgd voor een vervormd beeld van de werkelijkheid.

Er kan worden verwacht dat aan het eind van een behandeling bij Tactus een diagnose is gesteld voor een stoornis, of dat een diagnose voor een stoornis is uitgesloten. Het compleet afronden van een behandeling bij Tactus lijkt echter geen voorwaarde voor het stellen of uitsluiten van een diagnose. Slechts de helft van de cliënten heeft de behandeling compleet afgerond of is nog bezig met de behandeling. De andere helft van de cliënten is uitgevallen. Volgens Kazdin (1996) is uitval bij psychotherapie rondom kinderen en adolescenten een veelvoorkomend probleem. Het komt namelijk voor bij 40 tot 60% van de casussen. Ravndal en Vaglum (2002) stellen dat een groot percentage van individuen die gebruik maken van verslavingszorg vroeg uitvallen van de behandeling of weer terugvallen kort na de behandeling. Bij de cliënten die hun behandeling compleet hebben afgerond komt de diagnose vaker niet overeen met de indicatie dan wel. Het merendeel is echter wel getest op stoornissen, maar slechts enkelen hebben daadwerkelijk een diagnose gekregen. De oorzaak

kan liggen in het niet volgen van een eenduidig vervolgtraject. Om te beginnen heeft maar de helft van de cliënten vervolgdagnostiek gehad. Zelfs wanneer er bekend was dat een cliënt al eerder behandeld of gediagnosticeerd was voor een bepaalde stoornis, werd er niet standaard vervolgdagnostiek uitgevoerd. Indien er sprake was van psychologische testdiagnostiek werden er ook nog eens hele verschillende testen afgenomen. Daarnaast is er een groot verschil in aantal en betrokkenheid van specifieke hulpverleners. Er lijkt geen eenduidig vervolgtraject te zijn voor alle cliënten. Op deze manier is niet makkelijk een oorzaak te vinden voor het lage aantal gestelde diagnoses, overeenkomstig met de indicaties. Wellicht wordt dit duidelijker wanneer er sprake is van een eenduidig vervolgtraject, of worden de overeenkomsten überhaupt groter.

Een hoger of lager aantal betrokken hulpverleners dan het gemiddelde of de betrokkenheid van een psycholoog of psychiater vormt geen verklaring voor het stellen van een diagnose. Om een diagnose te kunnen stellen op het gebied van psychische stoornissen, zal een psychiater, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog betrokken moeten worden. Bij bijna alle cliënten waarbij een diagnose is gesteld overeenkomstig met de indicatie is dit inderdaad het geval. Zij hebben bijna allemaal meer dan het gemiddelde aantal hulpverleners in het behandeltraject en bijna allemaal contact gehad met een psycholoog of psychiater. Echter zijn er nog vele andere cliënten waarbij de betrokkenheid van hulpverleners hoger ligt dan gemiddeld en waarbij een psycholoog of psychiater betrokken is. Deze personen hebben daarentegen geen diagnose gekregen voor een stoornis. In hoeverre het aantal betrokken hulpverleners of de betrokkenheid van een psycholoog of psychiater een rol speelt in het stellen van een diagnose, overeenkomstig met de indicaties, blijft hierdoor onduidelijk.

Het mag duidelijk zijn geworden dat in dit onderzoek geen relatie is gevonden tussen de verkregen indicaties en de uiteindelijke diagnoses. Op basis van aanvullende informatie kon ook geen duidelijke verklaring worden gevonden. Dit is weinig hoopgevend. Er zijn dan ook vele suggesties voor onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk. Deze zullen verderop besproken worden.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is het onderzoek op zich. Voor zover bekend is er nog niet eerder een onderzoek gedaan naar de overeenkomstigheden tussen indicaties en

uiteindelijke diagnoses. Dit onderzoek kan dan ook als vernieuwend worden beschouwd, omdat er dieper in wordt gegaan op de praktische toepassing. Het feit dat uiteindelijke diagnoses nauwelijks overeenkomen met de verkregen indicaties wijst erop dat onderzoek op dit gebied van belang is.

Waar over kan worden gespeculeerd is het aantal cliënten die zijn onderzocht. Doordat er maar 20 cliënten zijn onderzocht kan er geen betrouwbaar antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag en kan er niet worden gegeneraliseerd. Er zit ook nog eens veel variatie in alle cliënten. In eerste instantie zit de variatie al in het primaire probleemmiddel. Daarnaast heeft iedere cliënt een andere leefomgeving en andere eventuele comorbide stoornissen. Er is tijdens dit onderzoek geprobeerd rekening te houden met zo veel mogelijk aspecten die van invloed kunnen zijn op het stellen van een diagnose, om toch te zoeken naar een verklaring voor de gevonden resultaten.

Een ander zwak punt is de kwaliteit van het meetinstrument MATE-Y. Zoals vermeld is er nog helemaal geen onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument. Indien er geen psychometrische gegevens aanwezig zijn, kan er geen goede conclusie worden getrokken op basis van deze gegevens. Na het uitvoeren van dit onderzoek lijkt de MATE-Y redelijk betrouwbaar, omdat de meeste gestelde diagnoses ook daadwerkelijk overeenkomen met een gestelde indicatie. Echter, dit kan nooit met zekerheid worden gesteld wanneer er geen onderzoek naar is gedaan.

Als laatste kan de verwerking in het programma USER in twijfel worden gesteld. In het programma kan erg veel informatie worden verwerkt. Echter is het van belang dat de belangrijkste punten snel naar voren gehaald kunnen worden. Ploem et al. (2011) hebben onderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgverleners met elektronische zorgdossiers. Daarnaast is er ook onderzoek gedaan naar de knelpunten met betrekking tot de betrouwbaarheid en kwaliteit van gegevens. De geïnterviewden gaven aan dat zij door de elektronische informatie-uitwisseling toegang hebben tot een toenemende hoeveelheid patiëntgegevens van andere zorgverleners. Het is hierdoor soms lastig om de essentiële informatie er uit te pikken. Een ander knelpunt is dat essentiële informatie gemist kan worden of verkeerd kan worden begrepen als gegevens over een bepaalde patiënt niet goed in het systeem worden geregistreerd. Ook bij dit onderzoek lijkt niet alle informatie goed te worden geregistreerd. Sommige informatie is alleen te vinden in het onderdeel 'voortgang', terwijl deze informatie essentieel is en eigenlijk beter toegankelijk zou moeten zijn. De kans

is groot dat hierdoor informatie is gemist, die wel van belang zou zijn voor het behandeltraject van de cliënt.

Suggesties voor onderzoek

Om een meer betrouwbaar antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag zal het aantal onderzochte cliënten kunnen worden uitgebreid. Op deze manier kunnen er betere uitspraken worden gedaan en kan er eventueel worden gegeneraliseerd. Een ander voordeel van het onderzoeken van meer cliënten is dat er profielen kunnen worden gevormd waar de cliënten in zijn onder te verdelen. Het idee was om dat bij dit onderzoek ook uit te voeren, maar de profielen werden te beperkt, of er kwamen te veel verschillende profielen waardoor er te weinig cliënten overbleven voor een bepaald profiel.

In dit onderzoek wordt in principe enerzijds gekeken naar de indicaties en anderzijds naar de diagnoses. De methode voor het verkrijgen van de indicaties is van tevoren vastgesteld. Het enige wat hoeft te gebeuren is het afnemen van de vragenlijst. Het stellen van diagnoses vergt echter meer inspanning en is afhankelijk van het behandeltraject binnen Tactus en zoals we hebben gezien, van enkele andere factoren. Zoals vermeld hebben Schippers en Broekman (2013b) nog helemaal geen onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de MATE-Y of naar de subonderdelen daarvan. Het feit dat er minder diagnoses zijn gesteld dan indicaties zou kunnen worden verklaard doordat een screeningsinstrument bredere aspecten meet dan wanneer er uiteindelijk wordt gediagnosticeerd, zoals eerder besproken. Echter, als we niet zeker weten of de indicaties überhaupt wel betrouwbaar zijn, hoe kunnen we dan een verantwoord antwoord geven op de onderzoeksvraag? Indien er eerst een onderzoek wordt gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de MATE-Y zouden er betere uitspraken kunnen worden gedaan dan wanneer er wordt gespeculeerd waar de oorzaak ligt van de weinig overeenkomstige indicaties en diagnoses.

Aanbevelingen voor de praktijk

Zoals vermeld is er bij het uitvoeren van dit onderzoek gebruik gemaakt van het programma USER. Dit elektronische zorgdossier wordt gehanteerd binnen Tactus. Alle gegevens over cliënten worden in dit dossier verwerkt, zodat er een duidelijk overzicht is. Er zijn diverse handleidingen te verkrijgen op Intranet binnen Tactus, echter lijkt men zich hier niet aan te houden.

Er valt momenteel geen touw vast te knopen aan de gevonden resultaten in dit onderzoek. Waarom hebben bepaalde cliënten wel een diagnose, en anderen niet? Hier valt geen algemene verklaring voor te geven. Er zijn bijvoorbeeld, zoals eerder vermeld, een groot deel cliënten waarbij diagnose op As II is uitgesteld. Uitgesteld betekende dat het nog niet is uitgesloten dat iemand (g)een diagnose heeft voor een bepaalde stoornis. Er kan daardoor nog geen definitieve uitspraak worden gedaan. Echter is het onduidelijk of alle hulpverleners deze term op dezelfde manier gebruiken. Om welke reden is het uitgesteld? Is men er nog niet aan toegekomen om dit te onderzoeken? Wilde de cliënt er niet aan mee werken? Daarnaast; als uit de MATE-Y blijkt dat men meerdere indicaties heeft voor stoornissen, waarom wordt er dan geen aanvullend onderzoek gedaan om een diagnose te stellen? Het lijkt toch van belang te zijn om deze mensen te behandelen voor hun psychische stoornis. Zeker omdat er uit onderzoek blijkt dat er veel comorbiditeit is tussen psychische stoornissen en verslavingsproblematiek (Armstrong & Costello, 2002; Essau, 2011; Couwenbergh et al., 2006), en dat psychische stoornissen een oorzaak kunnen zijn van verslavingsproblematiek (Armstrong & Costello, 2002; Rutten, Loth & Hulshoff, 2009). Daarnaast zijn er vele cliënten die al eerdere behandeld zijn voor een psychische stoornis. Er is wel bekend waar zij deze zorg hebben ontvangen, maar er staat niet duidelijk aangegeven waarvoor ze deze zorg hebben ontvangen. Als blijkt dat iemand al voor een psychische stoornis wordt behandeld, zou het handig zijn om dit ook duidelijk aan te geven in het zorgdossier. Nu lijkt echter alsof er niet naar wordt omgekeken.

Een efficiënte informatieverwerking is van groot belang voor de juiste hulp voor de cliënten. De vraag is hoe de informatieverwerking in USER kan worden verbeterd. Alle medewerkers van Tactus die met het programma USER moeten werken krijgen hiervoor een cursus op maat. De secretaresse daarentegen krijgt een zeer uitgebreide cursus, zodat deze precies weet wat waar moet worden ingevuld. Echter, waar gaat het dan mis? Het is duidelijk dat niet iedere hulpverlener de gegevens van de cliënten op dezelfde manier en accuraat genoeg invoert in het zorgdossier. Een mogelijke optie is om de hulpverleners die werken met USER te vragen naar hun ervaringen. Vinden ze de cursus nuttig? Hoe ervaren ze de bruikbaarheid van USER? Begrijpen ze waar ze wat moeten invullen of is er sprake van verwarring? Als blijkt dat de hulpverleners niet content zijn met het zorgdossier kan er een plan worden opgesteld om dit te verbeteren. Het zou eventueel een optie kunnen zijn om het programma zo te maken dat er bijvoorbeeld eerst een bepaald veld moet worden

ingevuld, alvorens men verder kan. Echter, dit moet ook niet te ver worden doorgevoerd, omdat men dan niet meer genoeg vrijheid heeft. Een andere optie is om een duidelijker overzicht te maken van de handleidingen. Een handleiding kan zorgen voor een efficiënte informatieverwerking. Het NHG, de wetenschappelijke vereniging van Nederlandse huisartsen, heeft bijvoorbeeld een richtlijn opgesteld voor het invoeren van gegevens in het elektronisch dossier. De richtlijn 'Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD)' geeft aanwijzingen voor een goede, uniforme registratie (Jabaaij, et al., 2009). Op dit moment zijn er allemaal losse onderdelen voor de handleiding van USER. Echter lijken dit meer handleidingen te zijn die uitleggen hoe het programma werkt, in plaats van de informatie die er in moet worden verwerkt. Wellicht zou dit kunnen worden verbeterd.

Uit dit onderzoek zijn belangrijke bevindingen naar voren gekomen. Zo is gebleken dat de diagnoses, ondanks vervolgdagnostiek nauwelijks overeenkomen met de indicaties verkregen uit het screeningsinstrument MATE-Y en dat er geen sprake is van een eenduidig vervolgtraject. De oorzaak van het lage aantal overeenkomsten kan op meerdere vlakken liggen. De grote vraag is of deze ligt bij het screeningsinstrument of bij het proces van diagnosticeren. De resultaten van dit onderzoek zijn niet erg hoopvol. Er zal dan ook meer onderzoek moeten worden gedaan naar dit onderwerp zodat er een passende oplossing kan worden gevonden.

Referentielijst

- Accare (2015). <https://www.accare.nl/professionals/verwijzen/>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- Armstrong, T.D., & Costello, E.J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1224-1239.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of general psychiatry, 63* (4), 426-432.
- Chen, K.W., Killea-Jones, L.A. & Vega, W.A. (2005). Prevalence and co-occurrence of psychiatric symptom clusters in the U.S. adolescent population using DISC predictive scales. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health, 1*, 22.
- Comijs, H. (2013). De diagnostiek van depressie bij ouderen. *Psychopraktijk, 5* (1), 26-29.
- Couwenbergh, C., Brink van den, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., Wijngaarden-Cremers van, P., & Gaag van der, R.J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*, 319-328.
- De Waag (2015). <http://dewaag-nederland.nl/>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- Dimence (2015). <https://www.dimence.nl/Locaties/zwolle/grasdorpstraat/Paginas/Circuit-Verslavingspsychiatrie.aspx>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- Doreleijers, T., Boer, F., Huisman, J., Vermeiren, R., & Haan de, E. (2006). *Leerboek psychiatrie: kinderen en adolescenten*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Essau, C.A. (2011). Comorbidity of substance use disorders among community-based and high-risk adolescents. *Psychiatry Research, 185*, 176-184.
- GGNet (2015). <https://www.ggnet.nl/site/Over%20GGNet/>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- GGZ Centraal (2015). <http://www.ggzcentraal.nl/merken/fornhese/fornhese>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- Gil, A.G., Wagner, E.F., & Tubman, J.G. (2004). Associations between early-adolescent

- substance use and subsequent young-adult substance use disorders and psychiatric disorders among a multiethnic male sample in South Florida. *American Journal of Public Health*, 94, 1603-1609.
- Hilderson, K.M.I., Germans, S., Rijnders, C.A.Th., van Heck, G.L., & Hodiamont, P.P.G. (2011). Is de SCID-II persoonlijkheidsvragenlijst bruikbaar als screeningsinstrument? *Psychopraktijk*, 3 (2), 32-36.
- Hirsch, C.R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G., & Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 388-395.
- Huizink, A.C. (2011). Biologische factoren bij riskant middelengebruik door jongeren. *Grensoverschrijdend gedrag van pubers*, 3, 71-83.
- IP SJ (2015). <http://www.ipsj.nl/>, laatst geraadpleegd op 22 mei 2015.
- Jabaaij, L., Njoo, K., Visscher, S., van den Hoogen, H., Levelink, H., & Verheij, R. (2009). Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. *Huisarts en Wetenschap*, 52(5), 240-246.
- Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1 (1), 133-156.
- Kragten, J. (2011). *Leven met een sociale fobie/druk 1*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Kragten, J. (2015) *Leven met een manisch-depressieve stoornis/druk 1*. Bohn Stafleu van Loghum.
- McConaughy, S.H., & Skiba, R.J. (1993). Comorbidity of externalizing and internalizing problems. *School Psychology Review*, 22, 421-436.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn, T.W., & Reed, G.M. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment: a Review of Evidence and Issues. *American Psychologist*, 56 (2), 128-165. Doi: 10.1037//0003-033X.56.2.128
- Pactum (2015), <http://www.pactum.org/hoe-en-waar-werken-wij/de-kij/>, laatst geraadpleegd op 9 mei 2015.
- Papura, J., Stein, M.B., Bolton, J.M., Cox, B.J., Grant, B., & Sareen, J. (2012). Een gerandomiseerd onderzoek naar risperidonadditie bij posttraumatische stressstoornis met onvoldoende reactie op antidepressiva Posttraumatische stressstoornis (ptss) wordt in. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (8), 759.

- Pieterse, K., Luman, M., Paternotte, M.A., & Oosterlaan, J. (2013). Leerkrachtinterventies voor de aanpak van adhd in de klas: een overzicht van effectstudies. *Kind & Adolescent, 34* (1), 2-29.
- Ploem, M.C., Zwaanswijk, M., Wiesman, F.J., Verheij, R.A., Friele, R.D., & Gevers, J.K.M. (2011). *Vertrouwen van zorgverleners in elektronische informatie-uitwisseling en het landelijk EPD: Een juridische en sociaal wetenschappelijke studie naar de positie van zorgverleners*. Amsterdam/Utrecht: AMC/NIVEL.
- Popma, A., Blaauw, E., & Bijlsma, E. (2012). *Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit*. Handboek forensische verslavingszorg (21-39): Bohn Stafleu van Loghum.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (2002). Psychopathology, treatment completion, and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15* (2), 135-142.
- RGC (2015). <http://www.rgc.nl/over-rgconline>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving: Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schippers, G.M., & Broekman, T.G. (2013a). MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-jeugd. Nederlandse bewerking: G.M. Schippers & T.G. Broekman. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schippers, G.M., & Broekman, T.G. (2013b). MATE-Y: Samenstelling, toetsing en verspreiding. Eindverslag. Amsterdam/Nijmegen.
- Schubart, C.D., Gastel van, W.A., Breetvelt, E.J., Beetz, S.L., Ophoff, R.A., Sommer, I.E.C., Kahn, R.S., & Boks, M.P.M. (2010). Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences. *Psychological Medicine, 7*, 1-10.
- Sermeeus, W., Vleugels, A., Vanhaecht, K., Alewaters, M.H., Glorieux, M.A., Gerven van, M.E., Heyrman, J., Aertgeerts, B., Lepeleire de, J., & Peers, J. (2009). *Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen*. Leuven: Centrum Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KULeuven.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., & Williams, J.B.W. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. *JAMA 282* (8), 1737-1744. Doi: 10.1001/jama.282.18.1737.
- Steinbuchel, P.H., Wilens, T.E., Adamson, J.J., & Sgambati, S. (2009). Posttraumatic stress

- disorder and substance use disorder in adolescent bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *11*, 198-204.
- Sterk, F., & Swaen, S. (2015). *Leven met een paniekstoornis/druk 1* (Vol. 2). Bohn Stafleu van Loghum.
- Trajectum (2015). <https://www.trajectum.info/>, laatst geraadpleegd op 26 mei 2015.
- Vandenbussche, I., Volckaert, K., d'Hont, I., & Sools, J. (2006). De behandeling van jongeren met drugsmisbruik en psychiatrische problemen in een residentiële setting. *Psychopraxis, jaargang 2006*, *8* (6), 231-234.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorselaer van, S., Vermeulen, E., Lokman, S., & Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Werff van der, A.P.W. (2014). *Zorg voor verslaafde jongeren; cliëntprofielen als basis voor zorgpaden*. Utrecht: masterscriptie Universiteit Utrecht.
- Wiers, R.W., & Theunissen, N. (2002). Alcohol en de jeugd: gebruik, misbruik, kwetsbaarheid en interventie. *Bosch JD et al (red). Jaarboek ontwikkelingspsychol, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie*, *5*, 143-167.
- Wilens, T.E., Biederman, J., Abrantes, A.M., & Spencer, T.J. (1997). Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 941-947.
- Wilson, J.J., & Levin, F.R. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Early-Onset Substance Use disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *15*, 751-763.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., & Mol, A. (2013). Kerncijfers verslavingszorg 2013 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). *Houten: SIVZ*.
- Zimmerman, M., & Mattia, J.I. (2001). A Self-Report Scale to Help Make Psychiatric Diagnoses. *Arch Gen Psychiatry*, *58* (8), 787-794. Doi: 10.1001/archpsyc.58.8.787.