

Een onderzoek naar het effect van verslavingsbehandelingen voor jongeren op middelengebruik en participatie in de maatschappij.

Petros Petrosyan

s1242512

Masterscriptie

Dr. M.G. Postel & Dr. M. Fledderus

Master Positieve Psychologie en Technologie

15 april 2015

Samenvatting

Inleiding: De toename van hulpvragers voor cannabisproblematiek onder jongeren in de verslavingszorg en de negatieve gevolgen van verslaving voor de jongere zelf, zijn of haar omgeving en de maatschappij maakten het relevant om een evaluatiestudie te doen naar verslavingsbehandelingen binnen Tactus Verslavingszorg. De doelstelling was om te onderzoeken of het cannabis- alcohol- en gamegebruik gereduceerd kon worden en of jongeren meer zouden participeren in de maatschappij na afloop van de behandeling.

Methode: Aan de hand van een voor- en nameting met de MATE-Y en de MATE-Y-Uitkomsten werd bij 124 jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar gekeken in hoeverre het cannabis, alcohol- en gamegebruik afnam na een verslavingsbehandeling. Tevens werd er gekeken in hoeverre jongeren meer participatie in de maatschappij rapporteerden.

Resultaten: Cannabis was het meest gerapporteerde middel waar hulp voor werd gezocht gevolgd door alcohol en gamen. In dit onderzoek is aangetoond dat het cannabisgebruik onder jongeren significant gereduceerd kan worden na een verslavingsbehandeling. Daarnaast is aangetoond dat het alcohol- en gamegebruik onder jongeren gereduceerd kan worden. Voor de participatie in de maatschappij was alleen op het vlak belangrijke levensgebieden een significante afname van problemen gevonden. Voor de totaalscore participatie en activiteiten is een significant verschil gevonden, omdat het onderdeel belangrijke levensgebieden de totaalscore sterk heeft beïnvloed.

Conclusie: Verslavingsbehandelingen binnen Tactus Verslavingszorg zijn effectief gebleken voor jongeren met cannabis- alcohol en gameproblematiek. Voor de participatie in de maatschappij zijn behandelingen effectief gebleken op het vlak belangrijke levensgebieden, zoals op het werk/beroep en economische zelfstandigheid.

Abstract

Objective: Because of the increase of adolescents asking for help for their cannabis addiction and the negative consequences of their addiction for themselves, their environment and the society, this study was set up to evaluate substance abuse treatments within Tactus Addiction Treatment. The aim of this study was to determine if cannabis-alcohol and game-abuse could be reduced and if adolescents would report more participation in the society after a substance abuse treatment.

Methods: With a pre- and posttest using the MATE-Y and the MATE-Y-Outcomes questionnaires with 124 adolescents aging from 12 to 23 years old substance abuse treatment were evaluated to see if their cannabis, alcohol and gaming addiction would decrease. Also to see if they would report more participation in the society.

Results: Adolescents reported cannabis as their main substance abuse for getting in to treatment followed by alcohol and gaming. This study proved that cannabis-abuse among adolescents can be reduced after a substance abuse treatment. Also that alcohol- and game-abuse among adolescents can be reduced. For the participation in the society a significant decrease of problems was found only for important life areas. For the total score of participation and activity a significant decrease was found, because the part important life areas strongly influenced the total score.

Conclusions: Substance abuse treatments within Tactus Addiction Treatment have been proven effective for adolescents with cannabis- alcohol and game-abuse. For the participation in the society substance abuse treatments have been proven effective only for important life areas, such as school/occupation and economic independence.

Inleiding

Wat is een verslaving? Verslaving is een ernstige aandoening met psychologische, sociale, biologische en culturele componenten (GGZ Nederland, 2013). Er zijn verschillende soorten verslavingen, zoals internetverslaving, seksverslaving en gokverslaving (Wiers, 2004). Als we het hebben over verslaving in dit onderzoek, dan bedoelen we alcohol- en drugsverslaving. Volgens het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2011) kan men van een verslaving spreken *wanneer een persoon fysiek en/of mentaal van een gewoonte of een stof afhankelijk is, en deze gewoonte niet of moeilijk los kan laten of het lichaam kan moeilijk of niet buiten de stof*. Om van een verslaving te spreken zegt Wiers (2004) dat er in ieder geval een psychoactieve middel in het spel moet zijn. Daarnaast moet er sprake zijn van pathologische gewoontegedrag, zoals het herhaaldelijk willen stoppen met het gebruik van alcohol en drugs. Tot slot moeten er aan middel gerelateerde negatieve sociale gevolgen voor de verslaafde en zijn of haar omgeving zijn. In een beknopte definiëring van Rutten en De Haan (2009, p.24) wordt verslaving gezien als “het dwangmatig blijven gebruiken van drugs of alcohol ondanks de vele negatieve consequenties”. Van Wijngaarden-Cremers en van der Gaag (2010) definiëren verslaving als “een drang tot het zoeken naar en innemen van een middel, een verlies aan controle over het inperken van de inname en in toenemende mate emotionele en gedragsmatige ontregeling wanneer het middel niet beschikbaar is of onthouden wordt”. In de DMS-V komt het woord verslaving als term niet voor. Er wordt ook niet meer gesproken van misbruik en afhankelijkheid, zoals in de DSM-IV. De DSM-V hanteert de term *stoornis in het gebruik van een middel* met drie te onderscheiden ernstniveaus: beperkt, matig en ernstig (van den Brink, 2014). Volgens de DSM-V is het hoofdkenmerk van een stoornis in het gebruik van een middel een cluster van cognitieve, gedragsmatige en somatische symptomen waaruit blijkt dat de betrokkene het middel blijft gebruiken ondanks de significante problemen die dit oplevert (American Psychiatric Association, 2013).

Niet alleen de verslaafde en zijn of haar omgeving ervaren de negatieve gevolgen van verslaving, maar ook de maatschappij (Wiers & Theunissen, 2002). Zo kunnen er op individueel niveau ernstige lichamelijke, psychische en sociale problemen ontstaan door verslaving. Hersenen van jonge mensen raken beschadigd, gezinnen raken ontwricht en

opleidingen worden niet afgemaakt (GGZ Nederland, 2013). De negatieve gevolgen van verslaving op maatschappelijk niveau zijn onder andere schooluitval, dakloosheid, criminaliteit, huiselijk geweld, geluidsoverlast, de kosten voor de zorg, justitie, politie en de economie (Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2012).

Hoewel het totaal aantal hulpvragers in de verslavingszorg in 2013 met 2% is gedaald ten opzichte van 2012 zien we een toename van 0,8% van hulpvragers voor cannabis onder jongeren en jongvolwassenen (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013). Jongeren in behandeling rapporteren cannabis als het meest gebruikte middel (51%) gevolgd door alcohol (19%) (Wisselink et al., 2004; Wisselink et al., 2013).

Factoren die voor jongeren van invloed zijn op het wel of niet gebruiken van drugs en alcohol zijn volgens Burrell et al. (2014) onder andere de beschikbaarheid van drugs en alcohol, de gemeenschap, school, groepsdruk, persoonlijkheid, geestelijke gezondheid en het gezin. Zo brengen jongeren, die ooit cannabis hebben gebruikt, gemiddeld minder tijd door met hun ouders en gaan in hun vrije tijd vaker om met vrienden die alcohol en drugs gebruiken dan jongeren die nooit cannabis hebben gebruikt (Hammink, Altenburg en Schrijvers, 2012). Daarnaast is het gebruik van cannabis bij jongeren in verband gebracht met minder participatie in de samenleving, schooluitval, en inactiviteit. Erickson, Lane en Ranson (2009) hebben in hun onderzoek aangetoond dat een goede relatie met ouders en een actieve deelname in de maatschappij juist beschermende factoren zijn tegen verslaving. Ook Roberts en Bogg (2004) hebben laten zien dat jongeren zonder verslaving actiever deelnemen in de maatschappij dan jongeren met verslaving. Het toegenomen middelengebruik onder jongeren en de negatieve gevolgen daarvan voor de maatschappij maken het relevant om onderzoek te doen naar de effecten van verslavingsbehandeling van jongeren.

Uit het bovenstaande blijkt dat verslaving een ernstige aandoening is waarvoor een effectieve behandeling onontbeerlijk is. Er zijn verschillende evidence based behandelingen die in de verslavingszorg worden toegepast (Burrell et al., 2014). In Nederland zijn de cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering de meest toegepaste en best bewezen vorm van psychologische behandelingen (de Wildt & Vedel, 2013). Ongeacht de leeftijd van de patiënten blijkt 45-60% abstinente of het gebruik op een verantwoorde wijze onder controle te hebben na een behandeling met cognitieve gedragstherapie en/of motiverende gespreksvoering (de Wildt & Vedel, 2013). Giesen, Weijnen, Candel en Jansen (2013) vonden in hun onderzoek soortgelijke cijfers voor verslavingsbehandeling. In hun onderzoek bleek 49,5% van de patiënten abstinente na een behandeling met cognitieve gedragstherapie en/of motiverende gespreksvoering.

Cognitieve gedragstherapie combineert de cognitieve- en gedragstherapie samen (GGZ Noord-Holland-Noord). Dat betekent dat een patiënt leert zowel anders tegen de situatie aan te kijken (cognitief), als er anders mee om te gaan (gedragmatig). Enkele voorbeelden van effectieve cognitief-gedragstherapeutische interventies zijn: zelfregistratie, zelfcontroletraining, versterken van coping- en sociale vaardigheden. Bij motiverende gespreksvoering wordt een empathische gesprekstijl gecombineerd met directiviteit om de ambivalentie van de patiënt tegenover zijn middelengebruik te onderzoeken en te beïnvloeden richting verandering (de Wildt & Vedel, 2013). Een andere vorm van behandeling in de verslavingszorg is de Community Reinforcement Approach (CRA). Deze multidimensionele behandeling integreert de psychosociale en farmacologische benadering en is gebaseerd op de operante leerprincipes (Roozen, 2006).

Uit het review van Williams en Chang (2000) blijkt dat het behandelen van een verslaving, in welke vorm dan ook, effectiever is dan geen behandeling. Suijkerbuijk, Gils en de Wit (2014) constateren in hun review dat er qua effectiviteit geen individuele behandeling superieur is aan de andere en dat vrijwel alle behandelingen in de reguliere verslavingszorg voor alcohol en drugs die in de literatuur beschreven zijn kostenbesparend en kosteneffectief zijn.

In dit onderzoek wordt gekeken in hoeverre het cannabis- en alcoholgebruik onder jongeren gereduceerd is na een verslavingsbehandeling voor één van beide (of een combinatie van deze) middelen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen verslavingsbehandelingen. Op basis van de reeds beschreven literatuur wordt een afname van alcohol en cannabis verwacht. Om hier een antwoord op te vinden is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

In hoeverre rapporteren jongeren, die een verslavingsbehandeling hebben ondergaan, minder alcohol- en cannabisgebruik bij een nameting met de MATE-Y outcome?

Naast deze onderzoeksvraag wordt er nog gekeken of jongeren meer participeren in de maatschappij na een behandeling. Roberts en Bogg (2004) zeggen dat jongeren zonder verslaving actiever deelnemen in de maatschappij en dat deze deelname een beschermende factor is tegen middelengebruik. In dit onderzoek wordt verwacht dat jongeren, die hun verslaving de baas worden, al tijdens de behandeling actiever zullen participeren in de maatschappij. De volgende hypothese is opgesteld om dit te toetsen:

Jongeren die een verslavingsbehandeling hebben ondergaan zullen bij een nameting met de MATE-Y outcome een grotere participatie en activiteiten in de maatschappij rapporteren.

Methode

Deelnemers

640 jongeren (N=640) hadden bij de voormeting de MATE-Y vragenlijst ingevuld. Daarvan heeft 19% (N=124) bij de nameting de MATE-Y-uitkomsten ingevuld. Bij de resultaten werd gerapporteerd over de deelnemers die zowel de voor- als de nameting hebben gedaan. Door de lage response is verder gekeken in hoeverre de deelnemers die zowel de voor- als nameting hebben gedaan (N=124) representatief waren voor alle 640 jongeren. De deelnemers in dit onderzoek waren jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar die door de huisarts verwezen waren voor een verslavingsbehandeling bij Tactus Verslavingszorg in de periode van 18 mei 2012 tot en met 30 oktober 2014. De behandelingen kunnen zowel klinisch als ambulant hebben plaatsgevonden.

Design

Dit onderzoek was een evaluatiestudie naar verslavingsbehandelingen binnen Tactus Verslavingszorg met een voor- en nameting. Aan de hand van een voor- en nameting werd gekeken of een afname van cannabis- en alcoholgebruik en een toename van activiteiten en participatie in de maatschappij geconstateerd kon worden.

Materialen

Het instrument dat is gebruikt om de effectiviteit van de behandelingen te toetsen is de MATE-Y. Deze vragenlijst is ontwikkeld voor het vaststellen van belangrijke cliëntkenmerken voor het toewijzen van zorg en het monitoren en evalueren van verslavingsbehandelingen (Schippers & Broekman, 2013a). Aanvankelijk was de MATE ontwikkeld voor volwassenen. Later is deze verder ontwikkeld om ook voor jongeren ingezet te kunnen worden en staat nu bekend als de MATE-Y, waarbij de Y (Youth) staat voor jeugd.

De MATE-Y bestaat uit verschillende instrumenten (negen modules) die in één vragenlijst zijn samengevoegd (Schippers & Broekman, 2007). Leeftijd en geslacht zijn de enige demografische gegevens opgenomen in de vragenlijst. De MATE-Y is zoveel mogelijk gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD) en de International

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO) (Broekman & Schippers, 2003a). Dit omdat een belangrijke doel van het MATE-project het ontwikkelen van een Europese vragenlijst was die gestoeld is op een goede conceptuele en empirische onderbouwing en geïntegreerd is in de algemene gezondheidszorg (Schippers & Broekman 2011). Naar de psychometrische eigenschappen van de MATE-Y is nog helemaal geen onderzoek gedaan (Schippers & Broekman, 2013b). Uitspraken over de resultaten dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

In dit onderzoek is gekeken naar de module middelengebruik en de module activiteiten en participatie. Bij de module middelengebruik is gekeken naar het primaire probleemmiddel. Dit is het middel waarvan de jongeren aangaven dat het de meeste problemen veroorzaakte of waar hulp voor werd gezocht. Volgens Schippers en Broekman (2013b) geldt bij de module middelengebruik dat men afname wil zien van het primaire probleemmiddel. Per probleemmiddel wordt gevraagd naar het aantal gebruiksdagen in de laatste dertig dagen en de hoeveelheid gebruik op een kenmerkende gebruiksdag. Cannabisgebruik wordt gemeten door te vragen naar het aantal dagen per maand waarop iemand cannabis had gebruikt (gebruiksdagen). Bij de voormeting, gemeten met de MATE-Y, wordt naast gebruiksdagen ook gevraagd naar eenheden, dat wil zeggen naar het aantal gram, joints en/of stickies die iemand gebruikte per dag. Bij de nameting, gemeten met de MATE-Y-Uitkomsten, wordt hier niet meer naar gevraagd en daarom werd daar ook niet naar gekeken in dit onderzoek. Alcoholgebruik wordt gemeten door te vragen naar het aantal dagen per maand waarop iemand alcohol had gebruikt (gebruiksdagen) en naar het aantal glazen alcohol die men per kenmerkende dag gebruikte (eenheden). Daarnaast werd bij alcoholgebruik een onderscheid gemaakt tussen gewoonlijk- en hoger alcoholgebruik. Hoger gebruik wil zeggen: afwisselend gebruik in de afgelopen 30 dagen, zoals bijvoorbeeld een veel hoger gebruik in het weekend dan door de week of bij incidenteel veel hoger gebruik. Gewoonlijk gebruik wil zeggen: geen fluctuaties in alcoholgebruik. Het kan voorkomen dat iemand 4 dagen doordeweeks drinkt en in de weekenden veel meer drinkt. In de behandeling werd gekeken welke van de twee de meeste problemen opleverde of waar de jongeren zelf aan wilden werken.

De module participatie en activiteiten is gebaseerd op de Internationale classificatie van het menselijk functioneren, de ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) en is ontwikkeld door Schippers en Broekman (2013). Menselijk functioneren verwijst in de ICF naar functies en anatomische eigenschappen, maar ook naar activiteiten en participatie, dat wil zeggen naar de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (Schipper & Broekman, 2013a). De module participatie en activiteiten

bestaat uit 19 subschalen die onderverdeeld zijn onder de schalen: tussenmenselijke interacties en relaties; belangrijke levensgebieden; maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven; huishouden; zelfverzorging; algemene taken en eisen. De scores bij de subschalen gaan van 0=geen beperking tot 4=ernstige beperking. Bij de schaal tussenmenselijke interacties en relaties gaat het om de subschalen moeilijkheden met intieme relaties, kind-ouder relatie, formele relaties en contacten aangaan. Bij de schaal belangrijke levensgebieden gaat het om moeilijkheden met opleiding, beroep, werk en economische zelfstandigheid. Bij maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven worden moeilijkheden met recreatie en vrije tijd verstaan, zoals geen hobby's hebben of moeite hebben om te ontspannen. Bij huishouden worden moeilijkheden met het werven en behouden van een woonruimte en huishoudelijke taken verstaan. Bij zelfverzorging gaat het om moeilijkheden met persoonlijke verzorging, zorg dragen voor voeding en fitheid en bescherming tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag. Bij algemene taken en eisen gaat het om moeilijkheden met het uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen en omgaan met stress en andere mentale eisen. Voor de analyses werd per schaal gekeken naar de toename of afname van problemen na een behandeling. Om een uitspraak te doen over de participatie in de maatschappij werden de schalen samengevoegd tot een totaalscore (Schipper & Broekman, 2013a). Voor meer verdiepende analyses werd per item gekeken naar hoeveel deelnemers geen verandering lieten zien na een verslavingsbehandeling bij Tactus Verslavingszorg ten opzichte van voor de behandeling en hoeveel deelnemers een af- of toename van problemen lieten zien. Op itemniveau werd gekeken naar de mensen met scores 0=geen problemen vóór de behandeling en naar de mensen met scores 0=geen probleem na de behandeling. Op deze manier werd gekeken hoeveel respondenten zowel voor als na de behandeling geen problemen ervoeren op de items.

Over de psychometrische eigenschappen van de MATE-Y is in de literatuur weinig bekend. Bij de vragenlijst voor volwassenen is wel onderzoek gedaan naar de psychometrische eigenschappen van de MATE. Uit het onderzoek van Schippers, Broekman, Buchholz, Koeter en van den Brink (2010) is gebleken dat de MATE een betrouwbaar en valide instrument is, afgezien van test-hertest betrouwbaarheid van module 7 (participatie en activiteiten). Er zijn twee onderzoeken gedaan om de test-hertest betrouwbaarheid van de module participatie en activiteiten in kaart te brengen. Een bij de GGD in Amsterdam (N=500) en een bij Tactus verslavingszorg (N=159). Volgens Schippers en Broekman (2007) waren de test-hertest betrouwbaarheid van de GGD in Amsterdam goed, omdat het onderzoek in een gecontroleerde omgeving plaatsvond. De interviews werden opgenomen, zodat ze later nog

terug geluisterd konden worden. De interviews werden telkens door 2 beoordelaars beoordeeld. Bij Tactus Verslavingszorg vond het onderzoek in een ongecontroleerde omgeving plaats. De vragenlijst werd door 29 verschillende interviewers afgenomen en beoordeeld. Verder was de vertraging tussen de twee interviews gemiddeld 8 dagen met een minimum van 1 dag en een maximum van 21 dagen. Daardoor zijn er voor de module participatie en activiteiten voor de test-hertest betrouwbaarheid geen goede resultaten gevonden. Aanbevolen werd om een onderzoek bij Tactus Verslavingszorg in een gecontroleerde omgeving uit te voeren. Voor dit onderzoek betekent het dat de resultaten van het onderdeel participatie en activiteiten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden.

Procedure

Jongeren die verwezen waren door de huisarts voor een verslavingsbehandeling bij Tactus Verslavingszorg kregen eerst een kennismakingsgesprek. Jongeren werden door het secretariaat op een professionele en gastvrije manier ontvangen en geïnformeerd over de aanmeldprocedure bij Tactus Verslavingszorg. Daarnaast verzamelde en controleerde het secretariaat de aanmeldgegevens van de jongere en maakte de eerste afspraak met een hulpverlener. Na de aanmelding volgde een intake waarbij de MATE-Y (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) face-to-face door de intakemedewerker werd afgenomen. De MATE-Y is bedoeld om belangrijke cliëntkenmerken in kaart te brengen. Deze informatie werd vervolgens door de (eerstverantwoordelijke) hulpverlener gebruikt ter ondersteuning bij het toewijzen van de best passende zorg aan de jongere. De hulpverlener stelde ook samen met de jongere het primaire probleem vast.

De vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen. Bij sommige onderdelen stelde de eerstverantwoordelijke hulpverlener vragen en schreef de antwoorden van de jongere op. Andere onderdelen waren zelfinvullijsten die de jongere zelf kon invullen. De afnameduur van een volledige MATE-Y vragenlijst is 45 minuten tot 1 uur. Aan de hand van de intakegegevens werd een zorgplan opgesteld door de eerstverantwoordelijke hulpverlener. Zodra een akkoord was bereikt tussen de jongere en de eerstverantwoordelijke hulpverlener over het zorgplan kwam de jongere op een wachtlijst te staan voor een behandeling. De eerstverantwoordelijke hulpverlener hoefde niet ook de behandelaar te zijn, maar dit kon wel. De eerstverantwoordelijke hulpverlener stelde het zorgplan op, bewaakte over de uitvoering van het zorgtraject, deed de begeleiding op de wachtmomenten en was contactpersoon voor de jongere. Aan het eind van het zorgtraject voerde de eerstverantwoordelijk hulpverlener de trajectevaluatie uit met de jongere en werd de MATE-Uitkomsten schriftelijk afgenomen.

Hoeveel tijd er tussen de voor- en nameting zat was afhankelijk van de soort behandeling die de jongere kreeg.

Analyse

Om de data te analyseren werd gebruik gemaakt van het programma SPSS 20 (IBM Corporation, Somers, NY, USA). Aan de hand van beschrijvende statistiek werd eerst een beschrijving van de deelnemers gegeven. Daarnaast werd per primaire probleemmiddel het aantal deelnemers beschreven. Om het verschil tussen de gemiddelde scores bij de voor- en nameting op de variabelen cannabis, gamen en alcohol en activiteiten en participatie te bepalen werd de gepaarde t-toets voor afhankelijk groepen gebruikt.

Resultaten

Demografische gegevens

Van de 124 deelnemers die de MATE-Y en de MATE-Y-Uitkomsten hadden ingevuld (N=124), was 86% man (N=107). De gemiddelde leeftijd was 17 jaar (M= 17,57, SD= 2,48). De jongste deelnemer was 12 jaar oud en de oudste deelnemer was 23 jaar. Jongeren waren gemiddeld 249 (M=249, SD=141) dagen in behandeling. De kortste periode van behandeling was 63 dagen en de langste was 694 dagen. Het meest gebruikte middel (primaire probleemmiddel) was cannabis (64,5%) gevolgd door alcohol (10,5%) en gamen (9,7%) (Tabel 1). Er is voor gekozen om ook gamen te betrekken in het onderzoek, omdat uit de resultaten bleek dat bijna 10% van de respondenten gamen als primaire probleemmiddel had gerapporteerd. In het vervolg van dit verslag zal worden gekeken naar deelnemers met primaire probleemmiddel cannabis, alcohol of gamen.

Tabel 1. Primair probleemmiddel (N=124)

Middel	N	%
Cannabis	80	64,5
Alcohol	13	10,5
Gamen	12	9,7
Cocaïne	9	7,3
Amfetamine	6	4,8
Gokken	1	,8
XTC	1	,8
Snoepgedrag/roken	1	,8
Shoppen	1	,8
Totaal	124	100

Door de lage response in dit onderzoek (19%) is in tabel 2 voor de variabelen cannabis- alcohol en gamegebruik en de totale score op participatie en activiteiten gekeken in hoeverre de respondenten, die een voor- en nameting hebben gedaan, verschilden met de jongeren die alleen een voormeting ondergingen.

Tabel 2. Verschil op baseline tussen de deelnemers met alleen een voormeting en deelnemers met een voor- en nameting (N=606).

Variabel	Alleen voormeting		Voor- en nameting		t(df)	p
	N	M (SD)	N	M (SD)		
Gewoonlijk alcohol gebruiksdagen	83	11,38 (8,02)	12	10,12 (7,04)	,57(15)	,571
Missing	2		1			
Gewoonlijk alcohol eenheden	83	8,47 (6,56)	12	8,83 (6,21)	-,19(14)	,859
Missing	2		1			
Hoger alcohol gebruiksdagen	76	2,78 (4,02)	12	2,75 (4,03)	,02(14)	,982
Missing	9		1			
Hoger alcohol eenheden	78	8,83 (11,41)	12	6,00 (10,03)	,89(15)	,381
Missing	7		1			
Cannabis gebruiksdagen	391	15,27 (11,28)	77	14,21 (10,80)	,78(110)	,437
Missing	9		3			
Gamen gebruiksdagen	56	23,95 (9,69)	12	26,50 (5,07)	-1,97(54)	,054
Missing	0		0			
Game-uren	55	5,02 (3,46)	12	5,13 (2,89)	-,12(18)	,911
Missing	1		0			
Participatie en activiteiten	606	12,92 (11,38)	116	13,13 (11,07)	-,19(164)	,852
Missing	44		8			

N = aantal deelnemers, M = gemiddelde, SD = standaard deviatie, t= t-waarde, df= vrijheidsgraden, p= significantieniveau (.05)

Er is geen significant verschil gevonden op baseline tussen de jongeren met alleen een voormeting en de jongeren met een voor- en nameting. Het lijkt erop dat de respondenten in dit onderzoek een goede representatie zijn van alle jongeren die een voormeting ondergingen. Om te onderzoeken of het cannabisgebruik onder jongeren was afgenomen na een verslavingsbehandeling werd gebruik gemaakt van de gepaarde t toets. Het alcohol- en

gamegebruik werd beschrijvend weergegeven, omdat het aantal deelnemers met alcohol of gamen als primaire probleemmiddel te beperkt was voor het uitvoeren van een t toets.

Tabel 3. Cannabisgebruik in aantal dagen per maand (N=67)

	Voormeting	Nameting		
	M (SD)	M (SD)	t (df)	p
Gebruiksdagen*	15,12 (10,94)	7,96 (10,00)	4,42 (66)	,000
Missing	3	10		

**aantal dagen per maand waarop cannabis is gebruikt, N= aantal deelnemers, M= gemiddelde, SD= standaard deviatie, t=t-waarde, df= vrijheidsgraden, p= significantieniveau (.05),*

Cannabis

Tabel 3 geeft het aantal gebruiksdagen voor cannabis weer. Uit de resultaten blijkt dat 3 (N=3) respondenten, die cannabis als primaire probleemmiddel hadden, niets hadden ingevuld bij de MATE-Y. Bij de MATE-Y-Uitkomsten hadden 10 (N= 10) respondenten niets ingevuld. Dit verklaart waarom er van 13 (N=13) respondenten gegevens ontbreken. Uit de tabel is af te lezen dat er een significant verschil is tussen de voor- en nameting op het aantal dagen cannabisgebruik. Het gemiddelde aantal gebruiksdagen was met 47,4% afgenomen van 15,12 gebruiksdagen voor de behandeling naar 7,96 na de behandeling, $t(66) = 4.42$, $p < .001$.

Tabel 4. Alcoholgebruik in aantal dagen per maand en alcoholglazen op een kenmerkende dag (N=10).

		Voormeting	Nameting
	N	M (SD)	M (SD)
Gewoonlijk alcoholgebruik			
Gebruiksdagen*	10	8,85 (6,35)	7,00 (6,41)
Alcoholglazen**	10	8,10 (6,06)	3,60 (2,17)
Missing	3		
Hoger alcoholgebruik			
Gebruiksdagen*	8	2,50 (4,63)	2,38 (4,14)
Alcoholglazen**	8	4,00 (10,53)	5,50 (6,80)
Missing	5		

*aantal dagen per maand waarop alcohol is gebruikt, **alcoholglazen op een kenmerkende dag N= aantal deelnemers, M= gemiddelde, SD = standaard deviatie,

Alcohol

Tabel 4 geeft het aantal gebruiksdagen en alcoholglazen voor het gewoonlijke en hoger alcoholgebruik weer. Uit de resultaten blijkt dat 3 (N=3) respondenten, die alcohol als primaire probleemmiddel hadden, een ander primaire probleemmiddel hadden bij de MATE-Y-Uitkomsten. Dit verklaart waarom er van 3 respondenten gegevens ontbreken bij het gewoonlijk alcoholgebruik. Voor het hoger alcoholgebruik hadden 5 (N=5) respondenten niets ingevuld bij de MATE-Y en de MATE-Y-Uitkomsten. Voor het gewoonlijke alcoholgebruik is uit de tabel af te lezen dat na een behandeling het gemiddelde aantal gebruikersdagen per maand met 21,3% was afgenomen van 8,9 naar 7. Het gemiddeld aantal alcoholglazen op een kenmerkende dag was met 56% afgenomen van 8,1 naar 3,6 alcoholglazen. Voor het hoger alcoholgebruik was het gemiddelde aantal gebruikersdagen na een behandeling afgenomen van 2,5 naar 2,4 gebruiksdagen. Opvallend is dat het aantal alcoholglazen gemiddeld was toegenomen van 4 naar 5,5 alcoholglazen. Verwacht kon worden dat het gemiddelde aantal alcoholglazen voor het hoger gebruik meer zou zijn dan voor het gewoonlijk gebruik.

De Gezondheidsraad (2006) adviseert gezonde volwassen mannen niet meer dan 2 standaardglazen alcohol per dag te drinken en vrouwen niet meer dan 1 standaardglas. Een

analyse van het gemiddelde aantal alcoholglazen voor het gewoonlijk alcohol gebruik met alleen mannen (N=8) liet een daling van 7,6 alcoholglazen naar 3,8 alcoholglazen zien na een behandeling. Voor vrouwen (N=2) was dat een forse daling van 10 alcoholglazen naar 2,5. Het betreft wel kleinte aantallen, maar de daling van alcoholglazen is behoorlijk groot. Dit betekent dat de respondenten na een behandeling gemiddeld minder alcoholglazen dronken, maar dat beide groepen boven de richtlijnen van verantwoord alcoholgebruik zaten.

Tabel 5. Gamegebruik in aantal dagen per maand en game-uren op een kenmerkende dag (N=11)

	Voormeting	Nameting
	M (SD)	M (SD)
Gebruiksdagen*	27,00 (5,10)	17,36 (11,12)
Uren**	5,36 (2,91)	2,36 (1,19)
Missing		1

**aantal dagen per maand waarop is gegamed, ** Aantal uren gamen op een kenmerkende dag, N= aantal deelnemers, M= gemiddelde, SD= standaard deviatie,*

Gamen

Tabel 5 geeft het aantal gebruiksdagen en game-uren weer. Van 1 (N=1) respondent is bij de MATE-Y-Uitkomsten bij de gebruiksdagen en game-uren niets ingevuld. Om te bepalen of het gamegebruik was afgenomen na een behandeling werd gekeken naar het aantal dagen waarop een deelnemer had gegamed en hoeveel uur per kenmerkende dag werd gegamed. Het gemiddelde aantal gebruikersdagen per maand was met 35,7% afgenomen van 27 dagen naar 17,4 dagen. Het gemiddeld aantal uren gamen op een kenmerkende dag was met 56% afgenomen van 5,36 uur naar 2,36 uur.

Tabel 6. Verandering van activiteiten en participatie (N=121).

Schalen	N	Voormeting		Nameting	
		M (SD)	M (SD)	t (df)	p
Tussenmenselijke interacties en relaties	118	3,31 (3,41)	3,00 (3,85)	,98 (117)	,329
Missing	6				
Belangrijke levensgebieden	120	3,62 (2,98)	2,38 (2,76)	4,09 (119)	,000
Missing	4				
Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven	121	1,59 (2,04)	1,45 (2,09)	,76 (120)	,448
Missing	3				
Huishouden	120	0,48 (1,04)	0,53 (1,18)	-,54 (119)	,590
Missing	4				
Zelfverzorging	119	1,87 (2,58)	1,63 (2,82)	1,04 (118)	,301
Missing	5				
Algemene taken en eisen	121	2,36 (2,16)	2,00 (2,22)	1,61 (120)	,110
Missing	3				
Totaal	116	13,13 (11,07)	10,87 (12,57)	2,30 (115)	,023
Missing	8				
Totaal*	117	9,45 (8,88)	8,50 (10,30)	1,23 (116)	,222
Missing	7				

N = aantal deelnemers, *A* = Missing, *M* = gemiddelde, *SD* = standaard deviatie, *t* = *t*-waarde, *df* = vrijheidsgraden, *p* = significantieniveau (.05), * = Totale score zonder de schaal belangrijke levensgebieden

Activiteiten en participatie

Tabel 6 laat voor iedere schaal en de totaalscore de verandering zien. De ontbrekende gegevens zijn van respondenten die op sommige items van een aantal schalen bij de voor- en nameting niets hadden ingevuld. Voor de totale score participatie en activiteiten is een significant verschil gevonden tussen de voor- en nameting. De schaal belangrijke levensgebieden is de enige schaal waarop de respondenten significant lager scoorden bij de nameting. Een analyse van de totale score participatie en activiteiten zonder de schaal belangrijke levensgebieden laat zien dat er geen significant verschil is tussen de voor- en nameting (tabel 6). Dit betekent dat de schaal belangrijke levensgebieden de totale score participatie en activiteiten sterk beïnvloedt. Daarnaast valt op dat de scores op de schaal huishouden, in tegenstelling tot de rest van de schalen, bij de nameting gemiddeld hoger lag.

Deze bevindingen maakten het interessant om de schalen huishouden en belangrijke levensgebieden verder te analyseren. Dat is gedaan door per schaal op itemniveau te kijken hoeveel respondenten meer problemen, minder problemen of geen verandering lieten zien na een behandeling (tabel 7). Tevens is gekeken hoeveel deelnemers 0=geen problemen hadden op de items zowel vóór als na de behandeling. Op de schaal belangrijke levensgebieden zien we dat jongeren na een behandeling minder problemen ervoeren op de items problemen met het naar werk/school gaan, problemen op het werk/beroep en gebrek aan bestaansmiddelen. Dit suggereert dat jongeren na een behandeling vaker naar school/werk gaan, minder problemen ervaren op school of op het werk en economisch onafhankelijker worden.

We zien voor de schaal huishouden dat de deelnemers na een behandeling meer problemen rapporteren op de items gebrek aan onderdak/andere problemen met huisvesting en moeite met huishoudelijke taken. Een verklaring voor meer problemen met huishoudelijke taken is wellicht dat jongeren minder prioriteit stellen aan het doen van huishouden, omdat zij veel energie stoppen om van hun verslaving af te komen tijdens en vlak na een behandeling. Op de item gebrek aan onderdak of andere problemen met huisvesting zien we dat 86,3% van de deelnemers vóór behandeling al geen problemen ervoer. Een verklaring hiervoor kan zijn dat jongeren vaak nog bij hun ouders wonen en daardoor minder problemen hebben met onderdak.

Opvallend is verder dat 91,1% van de deelnemers zowel voor als na de behandeling geen problemen ervoer op de item moeite om een veilige slaappleats of beschermende kleding te vinden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de vragenlijst oorspronkelijk ontwikkeld was voor volwassenen en dat verslaving bij volwassenen, meer dan bij jongeren, samenhangt met dakloosheid, omdat jongeren vaak nog thuis wonen (Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2012). De grootste verandering is te zien op het item gebrek aan bestaansmiddelen van de schaal belangrijke levensgebieden (tabel 7). Deze verandering zou kunnen betekenen dat jongeren meer geld over houden wanneer ze minder uitgegeven aan hun drugsgebruik. Het geld dat ze overhouden kunnen ze uitgeven aan bijvoorbeeld het kopen van nieuwe kleding.

Tabel 7. Verandering op itemniveau (N=123)

		<prob		=prob	>prob	0 Score	
		N	%	%	%	N	%
<u>Schaal</u>	<u>Itemniveau</u>						
Belangrijke levensgebieden	Problemen met het naar werk/school gaan	122	32,8	42,7	23,4	123	32,3
	Problemen op werk/school	121	32,2	49,2	17	124	37,1
	Gebrek aan bestaansmiddelen	120	41,7	38,7	15,7	123	30,6
Maatschap pelijk, sociaal en burgerlijk leven	Moeite met het vinden of besteden van vrije tijd	121	33,9	44,4	20,1	124	36,3
	Moeite om in vrije tijd dingen samen met anderen te doen	121	15,7	62,1	20,1	122	56,5
Huishoud en	Gebrek aan onderdak/ andere problemen met huisvesting	120	3,3	86,3	7,2	120	86,3
	Moeite met huishoudelijke taken	120	10,8	71	15,3	122	65,3
	Moeite met persoonlijke verzorging	119	6,7	80,6	8,8	119	79
Zelfverzorging	Moeite om een veilige slaappleats of beschermende kleding te vinden	120	1,7	91,9	3,2	120	91,1
	Moeite om gezond te eten en te drinken of zorg dragen voor conditie	121	24,8	57,3	16,1	123	50
	Moeite medische adviezen volgen of mee te werken aan behandelingen	120	13,3	67,7	16,1	122	65,3
	Gevaar voor de gezondheid door riskant gedrag	120	23,3	59,7	14,5	121	52,4
Tussenmenselijke interacties en relaties	Moeite met intieme relaties	120	15	67,7	14,5	121	65,3
	Moeilijkheden met vrienden	119	11,8	69,4	15,3	120	62,1
	Moeilijkheden in relatie met ouders	120	34,2	37,7	26	123	22,6
	Moeilijkheden in de omgaan met leraren, zorgverleners et cetera.	120	16,7	66,1	14,5	121	55,6
Algemene taken en eisen	Moeite om contact te maken en om te gaan met andere mensen	121	17,4	69,4	11,2	122	62,1
	Moeite met het plannen, regelen of voltooien van dagelijkse activiteiten	121	30,6	40,3	27,3	124	28,2
	Moeite om in lastige situaties met stress en druk om te gaan	121	32,2	42,7	23,3	124	28,2

<prob= minder problemen, =prob= geen verandering, >prob= meer problemen, N = aantal deelnemers, % = percentage deelnemers

Discussie en aanbevelingen

Belangrijkste bevindingen

Aan de hand van een voormeting met de MATE-Y en een nameting met de MATE-Y-

Uitkomsten werd gekeken of het middelengebruik onder jongeren na een verslavingsbehandeling afnam en of de participatie in de maatschappij toenam.

De deelnemers rapporteerden cannabis als het meest gebruikte middel waar hulp voor werd gezocht gevolgd door alcohol en gamen. Deze bevindingen sluiten aan bij het onderzoek van Wisselink et al., 2004. In hun onderzoeken werd cannabis ook gerapporteerd als het meest gebruikte middel door jongeren in behandeling gevolgd door alcohol. In het onderzoek van Wisselink et al. (2013) lag het percentage hulpvragers voor alcoholproblematiek onder jongeren op 19%. Opvallend in dit onderzoek is dat bijna evenveel jongeren hulp zochten voor gamen (9,7%) als voor alcoholgebruik (10,5%). Het IVO, wetenschappelijk bureau voor onderzoek, expertise en advies op het gebied van leefwijzen en verslaving schatte dat 4% van de Nederlandse jongeren tussen 13-16 jaar gameverslaafd was in 2012 en dat dit percentage in de toekomst zou toenemen. In dit onderzoek is deze trend al zichtbaar.

Volgens de Wildt en Vedel (2013) en Suijkerbuijk, Gils en de Wit (2014) zijn verslavingsbehandelingen in Nederland effectief en zorgen zij voor afname van gebruik.

In dit onderzoek is daar ondersteuning voor gevonden. Er is aangetoond dat verslavingsbehandelingen binnen Tactus Verslavingszorg voor cannabisgebruik onder jongeren effectief zijn. Jongeren rapporteren significant minder cannabisgebruik na een verslavingsbehandeling. Deze bevindingen zijn erg positief, aangezien cannabis het meest gebruikte middel is waar jongeren hulp voor zoeken. Voor het gamegebruik lijken verslavingsbehandelingen binnen Tactus verslavingszorg voor een gemiddelde afname van het aantal gebruiksdagen te zorgen. Behandelingen voor het alcoholgebruik lijken een zeer gunstig effect te hebben voor jongeren met alcoholproblematiek. Voor het gewoonlijke alcoholgebruik neemt na een behandeling het aantal alcoholglazen met meer dan de helft af. Ook voor het aantal gebruiksdagen is een flinke afname geconstateerd. Voor het aantal alcoholglazen van het hoger alcoholgebruik is een gemiddelde toename geconstateerd na een behandeling. Volgens Twisk en Stelling (2014) zou dit onder andere verklaard kunnen worden door het feit dat jongeren die alleen tijdens bepaalde gelegenheden erg veel drinken,

door groepsdruk, veel meer drinken dan ze zouden zonder die groepsdruk. Zij zouden moeite hebben om de dingen die zij in de therapie geleerd hebben toe te passen in omstandigheden waar zij onder groepsdruk staan. Een andere verklaring is dat er te weinig respondenten waren met hoger alcoholgebruik als primaire probleemmiddel. Dit zou betekenen dat een aantal deelnemers die toevallig niet hebben geprofiteerd van de behandeling de totale score sterk hebben kunnen beïnvloeden.

Jongeren rapporteerden na een verslavingsbehandeling bij Tactus Verslavingszorg minder problemen op het gebied van participatie in de maatschappij. De enige afname van problemen is echter op het vlak belangrijke levensgebieden. Deze afname houdt in dat jongeren minder problemen ervaren in hun opleiding, beroep, werk en economische zelfstandigheid. Op de meeste vlakken vinden we geen verandering. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat jongeren zowel vóór als na de behandeling geen problemen ervoeren op die vlakken. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat sommige items niet van toepassing zijn op jongeren. Vragen over bijvoorbeeld onderdak en huisvesting lijken niet direct van toepassing op jongeren, omdat zij meestal nog thuis wonen. Met de verkregen resultaten wordt de hypothese dat jongeren na een verslavingsbehandeling meer participatie in de maatschappij zouden rapporteren gedeeltelijk aangenomen. We zien dat jongeren vaker rapporteren dat ze naar school gaan en minder problemen ervaren op school na een behandeling. Ook rapporteren zij minder problemen op het werk en dat zou voor economische zelfstandigheid kunnen zorgen.

Beperkingen

Er zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid en validiteit. Om te beginnen moeten er op een voorzichtige wijze uitspraken gedaan worden over resultaten die zijn verkregen met de MATE-Y vragenlijst, omdat er geen onderzoek is gedaan naar de psychometrische eigenschappen van deze vragenlijst.

Dit onderzoek had een response rate van slechts 19%. Volgens Johnson en Owens (2006) en Schutt (1999) is een response rate van 60% of meer acceptabel in wetenschappelijke studies. Hoewel er in de literatuur geen overeenstemming is over een minimaal acceptabel response rate, is er een consensus dat tenminste de helft van de respondenten het onderzoek volledig zou moeten afronden (Draugalis, Coons, & Plaza, 2008). Het streven naar een hoger response is van belang voor de representativiteit van de respondenten en om de resultaten te kunnen generaliseren naar de populatie (Dillman, 2007;

Baruch & Holtom, 2008). Volgens de Wildt en Vedel (2013) is een groot probleem bij de behandeling van verslaving de relatief hoge uitval (30-50%) en de geringe therapietrouw. Het wegblijven op behandelafspraken komt relatief vaak voor en de inzet bij huiswerkopdrachten is relatief laag. Volgens Palmer, Murphy, Piselli en Ball (2009) zijn de grootste oorzaken van uitval onder andere de ernst van de verslaving, logistieke en financiële problemen en het behandelresultaat van de cliënt zoals die wordt ingeschat door de therapeut en cliënt. Voor jongeren zijn onder andere logistieke, afwisselende behandelaars en de strenge regels van een behandeling de grootste redenen voor uitval (Gogel, Cavaleri, Gardin, & Wisdom, 2011). Dit zouden redenen kunnen zijn voor de lage response in dit onderzoek. Hoewel de response in dit onderzoek laag was, bleek uit de resultaten dat de respondenten, voor de participatie in de maatschappij, het cannabis- alcohol en gamegebruik, een goede representatie waren van alle jongeren die aan dit onderzoek begonnen waren.

Uitspraken over het alcohol- en gamegebruik zijn beperkt tot beschrijvende weergaven van de resultaten, omdat er te weinig deelnemers waren met alcohol en gamen als primair probleemmiddel.

In dit onderzoek is niet gekeken naar de verschillende behandelingen die deelnemers hebben gekregen. Met dit onderzoek is niet duidelijk geworden welke behandelingen effectiever zijn dan andere behandelingen.

Aanbevelingen en implicaties voor vervolgonderzoek

Er zijn een aantal maatregelen welke wellicht geïmplementeerd kunnen worden door Tactus Verslavingszorg om de response te verhogen. Ten eerste kunnen hulpverleners de MATE-Y-Uitkomsten in verschillende settings proberen in te zetten. Zo kan de vragenlijst telefonisch afgenomen worden, als de jongere niet face-to-face gezien kan worden. De hulpverlener zou ook online via Skype bijvoorbeeld de vragenlijst af kunnen nemen. Een andere maatregel om de response te verhogen is om jongeren te belonen voor hun deelname aan het onderzoek (Baruch & Holtom, 2008). Dit kan door bijvoorbeeld vier VVV bonnen van 25 euro te verloten aan de jongeren die alle evaluatiemetingen hebben ondergaan.

Voor nader onderzoek is het aan te bevelen om te werken met een gevalideerde vragenlijst, de MATE-Y op haar psychometrische eigenschappen te onderzoeken of de MATE-Y te gebruiken nadat deze op haar psychometrische eigenschappen is onderzocht.

Voor de module participatie en activiteiten zijn voor een aantal schalen items naar voren gekomen waarvan de toegevoegde waarde discutabel is voor deze doelgroep. De items

moeite om een veilige slaappleats of beschermende kleding te vinden, gebrek aan onderdak/ andere problemen met huisvesting en moeite met persoonlijke verzorging lijken weinig toegevoegde waarde te hebben voor jongeren. Meer dan 75% van de deelnemers in dit onderzoek had zowel vóór als na de behandeling geen problemen op deze items. Het is aan te bevelen om eerst een algemene vraag te stellen over een schaal. Zodra de respondent met een ja heeft geantwoord kan de schaal uitgevouwen worden door de items van die schaal uit te vragen. Wanneer de vraag met een nee wordt beantwoord, kunnen de rest van de items overgeslagen worden en door worden gegaan naar de volgende schaal. Voor de wetenschap betekent dit dat een onderzoek gedaan kan worden naar de MATE-Y en MATE-Y-Uitkomsten met deze constructie van uitvouwen.

Bij het middel cannabis wordt bij de MATE-Y-Uitkomsten niet gevraagd naar de eenheden, omdat cannabis geen vaste standaardhoeveelheid kent. Desondanks zou een dergelijke vraag waardevolle informatie kunnen verschaffen over het aantal gram, stickies, joints die iemand op een kenmerkende dag gebruikte en of dat afneemt na een behandeling. Op deze manier kan gekeken worden of jongeren na een behandeling minder cannabis gebruiken op een kenmerkende dag.

In dit onderzoek is niet gekeken naar welke behandeling de jongeren hebben gekregen. Dit staat wel in het elektronisch dossier van de jongeren. Volgens Barrett, Slesnick, Brody, Turner en Peterson (2001) is het interessant om te analyseren welke behandeling zorgt voor afname van gebruiksdagen en welke voor afname van eenheden of een afname van beiden. Het is denkbaar dat het aantal gebruiksdagen van een jongere niet afneemt na een behandeling, maar dat de hoeveelheid van het middel dat hij of zij gebruikt op een kenmerkende dag significant afneemt. In een vervolgonderzoek kan gekeken worden naar de relatie tussen de verschillende behandelingen en de uitkomsten per middel.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Barrett, B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 802-813.
- Baruch, Y. & Holtom, B.C. (2008). Survey response rare levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61(8), 1139-1160. DOI: 10.1177/0018726708094863
- Brannigan, R., Schackman, B.R., Falco, M., & Millman, R.B. (2004). The Quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment Programs Results of an In-depth National Survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 158(9), 904-909. doi:10.1001/archpedi.158.9.904
- Brink, van den, & Schippers, G.M. (2008). Verslaving en verslavingszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50, 91-97.
- Brink, van den. (2014). Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 206-210.
- Burrell, T.M.A., Cahalan, C., Cimaglio, B., Dennis, M.L., Rochelle, H.D., Henggeler, S.W.,... Riggs, P.D. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Dillman DA. Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2007. (2007 Update)
- Draugalis, J.R., Coons, S.J., & Plaza, C.M. (2008). Best Practices for Survey Research Reports: A Synopsis for Authors and Reviewers. *Am J Pharm*, 72(1), 11.
- Eijnden, R. van den & Rooij, T van (2007). Monitor Internet en Jongeren 2006 en 2007: Ontwikkelingen in internetgebruik en de rol van opvoeding. Rotterdam: IVO
- Erickson, A. E., Lane, J., & Ranson, K. (2009). An overview of risk and protective factors for adolescent substance use and gambling activity: A review of the literature for The Alberta Youth Experience Survey 2008. *Alberta Health Services—Alberta Alcohol and Drug Abuse*

Commission

- Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/21.
- GGZ Nederland (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. *Verslavingszorg: hoofdlijnen en perspectieven*. Ede: Uitgeverij Case Communicatie.
- GGZ Noord-Holland-Noord. (2013). *Cognitieve gedragstherapie*. Verkregen op 25 oktober 2014 via: <http://www.ggz-nhn.nl/Folders/623.pdf>
- Giesen, J., Weijnen, I., Candel, I., & Jansen, A. (2013). Weten begint met meten: Effectiviteit van de behandeling van verslaving. Epen: U-center, 1-4
- Gogel, L.P., Cavaleri, M.A., Gardin, J.G., & Wisdom, J.P. (2011). Retention and Ongoing Participation in Residential Substance Abuse Treatment: Perspectives from Adolescents, Parents and Staff on the Treatment Process. *J Behav Health Serv Res*, 38(4), 488-496. Doi: 10.1007/s11414-010-9226-7
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). Een state of the art studie naar versterking van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving. *IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving*
- Johnson T, & Owens L. (2006). Survey response rate reporting in the professional literature. American Association for Public Opinion Research. Verkregen op 22 februari 2015 via: http://www.srl.uic.edu/publist/Conference/rr_reporting.pdf.
- Luiten, A. (2009). Responsverhogende maatregelen bij sociale statistieken. *Centraal Bureau voor de Statistiek*. Den Haag: Heerlen
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2011). Middelengebruik en verslaving: Definitie. Verkregen op 12 december, 2014, via <https://www.ncj.nl/programmalijs-kennis/themas/knooppunt/artikel/?artid=16&dossier=35>
- Palmer, R.S., Murphy, M.K., Piselli, A., & Ball, S.A. (2009). Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. *Subst Use Misuse*, 44(7), 1021-1038. Doi: 10.1080/10826080802495237
- Roberts, B. W., & Bogg, T. (2004). A Longitudinal Study of the Relationships Between Conscientiousness and the Social-Environmental Factors and Substance-Use Behaviors That

Influence Health. *Journal of Personality*, 72, 325-354.

Rooij, van, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., Van Den Eijnden, R. J. J. M., & Van De Mheen, D. (2011). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, 106(1), 205-212.

Roozen, H. (2006). De Community Reinforcement Approach (CRA). *Verslaving*, 2, 3-18.

Rutten, R. & De Haan, H. (2009). Verslaving. In R. Rutten, C. Loth, & A. Hulshoff (Red.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Santor, D. A., Messervey, D., & Kusumakar, V. (2000). Peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes, and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 163-182.

Schippers, G.N., & Broekman, T.G. (2007). Development of an instrument assessing patiënt characteristics in substance abuse treatment. Resultaten Scoren / ZonMw.

Schippers, G.M., & Broekman, T. G. (2013a). MATET-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nederlandse bewerking: G.M. Schippers & T.G. Broekman. Nijmegen: Beta Boeken.

Schippers, G.M., & Broekman, T.G. (2013b). MATE-Y: Samenstelling, toetsing en verspreiding. Resultaten Scoren/ZonMw.

Schippers, G.M, Broekman, T.G., Buckholz, A., Koeter, M.W., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105(5), 862-871.

Schoenmakers, T., Meerkerk, G.J. (2010). Nieuwe vormen van verslaving in de zorg: ghb- en gameverslaving. *Verslaving*, 6(4), 36-49. DOI: 10.1007/s12501-010-0699-0

Schutt RK. Investigating the Social World: The Process and Practice of Research. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Pine Forge Press; 1999.

Suijkerbuijk, A., Gils, P., van, Wit, A., de, (2014). *De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen: Een review van de literatuur*. RIVM Rapport 133499001.

Bilthoven: RIVM.

Twisk, D.A.M., & Stelling, A. (2014). Risicogedrag van jongeren vraagt integrale aanpak. *Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)*. Den Haag.

Wiers, R. W., & Theunissen, N. (2002). Alcohol en de jeugd: gebruik, misbruik, kwetsbaarheid en interventie. In: J. D. Bosch, H. A. Bosma, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsenaars & A. Vijt (Redactie). *Jaarboek ontwikkelingspsychol, orthoped en kinderpsychiatrie*, 5, (pg. 143-167). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

Wiers, R. W. (2004). De noodzaak van een conceptuele herdefiniëring van het begrip verslaving. *Gedrag & gezondheid*, 32, 164-174.

Wijngaarden-Cremers, P.J.M. van, Gaag, R.J. van der (2010). Verslaving als ontwikkelingsstoornis. *Kind & Adolescent*, 31 (4), 174-178

Wildt, de, W. A. J. M., & Vedel, E. (2013). Psychologische behandeling van verslaving: focus voor de toekomst. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55 (11), 907-913.

Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 138- 166.

Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2013). *Kerncijfers verslavingszorg 2013*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ).