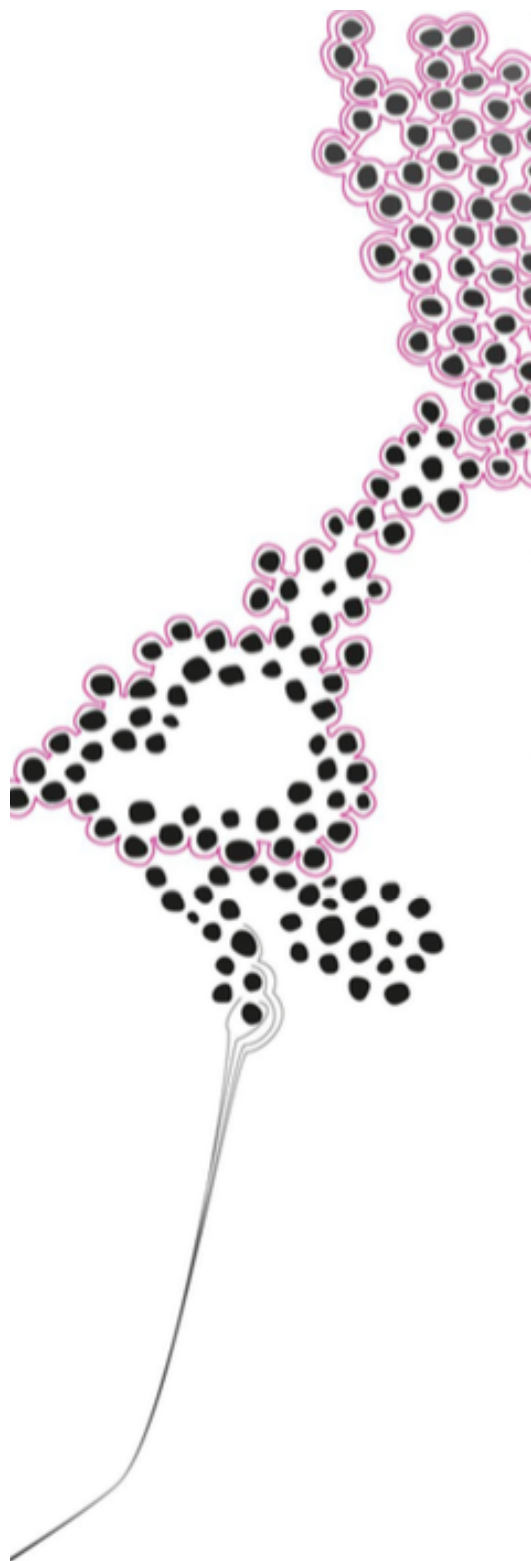




Het effect van de verslavingsbehandeling van
Tactus op het middelengebruik, lichamelijke
klachten en het verlangen bij verslaafde
jongeren

Enschede, juli 2015

Margit Ronk [s1386255]
Faculteit Gedragswetenschappen
Master Positieve Psychologie en Technologie

Begeleidingscommissie:
Interne eerste begeleider: Mw. Dr. M. Postel
Interne tweede begeleider: Mw. H. Trompetter, Msc.
Externe begeleider: Mw. Dr. M. Fledderus

Het effect van de verslavingsbehandeling van
Tactus op het middelengebruik, lichamelijke
klachten en het verlangen bij verslaafde
jongeren

Margit Ronk
Universiteit Twente

SAMENVATTING

Het aantal jongeren met een verslaving is de afgelopen jaren gestegen en steeds meer jongeren melden zich als hulpvrager voor een verslavingsbehandeling. Een adequate en effectieve behandeling is daarom van groot belang. Het doel van deze studie is om meer inzicht te krijgen in de effecten van de door Tactus aangeboden verslavingsbehandeling voor jongeren op de gebieden: middelengebruik, lichamelijke klachten en middelenverlangen. Dit onderzoek betreft een cross-sectioneel onderzoek bestaande uit twee metingen, waarbij gebruik gemaakt is van een steekproef van 124 jongeren die aan het begin en einde van de verslavingsbehandeling bij Tactus de MATE vragenlijst hebben ingevuld. Door middel van het statistiekprogramma IBM SPSS Statistics 20 zijn de verkregen gegevens uit de MATE-lijsten geanalyseerd. Met een gepaarde t-test is er bepaald of er significante verschillen bestaan op de variabele middelengebruik, lichamelijke klachten en verlangen tussen de twee metingen. In dit onderzoek wordt cannabis door de meeste respondenten aangegeven als primair verslavingsmiddel, gevolgd door alcohol en cocaïne. Uit de resultaten blijken respondenten met cannabis als primair verslavingsmiddel het meest te profiteren van de verslavingsbehandeling. Bij deze respondenten is er een significante afname gevonden in het middelengebruik, de lichamelijke klachten en het middelenverlangen. Gekeken naar lichamelijke klachten en middelenverlangen is er ook een significante afname gevonden bij de respondenten met als primair verslavingsmiddel alcohol. Respondenten met cocaïne als primair verslavingsmiddel laten enkel een significante afname zien in het middelenverlangen.

ABSTRACT

The number of juveniles with an addiction has significantly increased in the last couple of years. More and more young people seek help with addiction treatment. An adequate and effective treatment is therefore of great importance. The purpose of this study is to gain more insight into the effects of the youth addiction treatment offered by Tactus for the areas: substance use, physical complaints and substance craving. It is a cross-sectional study consisting of two measurements. A sample of 124 juveniles has been used who have completed the MATE questionnaire at the beginning and at the end of the Tactus addiction treatment. Through the statistic program IBM SPSS Statistics 20 the data obtained from the MATE lists were analyzed. A paired t-test was used to determine whether there are significant differences between the two measurements for the variables: substance use, physical symptoms and substance craving. In this particular study, most respondents indicated cannabis as their primary addictive substance, followed by alcohol and cocaine. The results show that respondents with cannabis as their primary addiction benefit the most from the addiction treatment. These respondents have significantly decreased their substance use, physical complaints and substance craving. It is also found that respondents with alcohol as their primary addiction show a significant decrease in physical complaints and substance craving. Respondents with cocaine as their primary addiction only show a significant decrease in the substance craving.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING/ABSTRACT

INLEIDING	1 – 5
Definitie	1
Verskil in verslaving tussen jongeren en volwassenen	1 – 2
Gevolgen middelenmisbruik	2
Behandelinterventies voor jongeren	3 - 4
Motivatieverhoging	3
Multidimensionele Familie Therapie	3
Gedragsgesichte interventies	3
Behandeling van comorbiditeit	3 - 4
Verslavingsbehandeling bij Tactus	4
Doel van het onderzoek	4
Onderzoeksvraag	4 - 5
METHODE	5 – 9
Design	5
Respondenten	5
Meetinstrument	5
De MATE-Y	5 - 6
De MATE-Y-Uitkomsten	6 - 8
Variabelen	6 - 8
<i>Middelen: gebruik</i>	6 - 7
<i>Lichamelijke klachten</i>	7 - 8
<i>Middelen: verlangen</i>	8
Procedure	8 - 9
Statistische analyse	9
RESULTATEN	9 – 13
Clientkenmerken	9
Middelengebruik	9 - 11
Lichamelijke klachten	12 - 13
Middelenverlangen	13
DISCUSSIE	14 – 17
Resultaten onderzoeksvraag	14
Onderbouwing onderzoeksresultaten	14 - 15
Sterke en zwakke punten van het onderzoek	15 - 16
Aanbevelingen	16 - 17
REFERENTIES	18 – 19
BIJLAGEN	20 - 28
Bijlage 1: Scoreformulier MATE-Y-uitkomsten	20 – 28

INLEIDING

Een groot gedeelte van de Nederlandse jongeren maakt gebruik van één of meerdere verslavingsmiddelen (Verdurmen et al., 2012). Het aantal jongeren onder de vijfentwintig jaar met een verslaving is de afgelopen tien jaar dan ook gestegen (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013). Steeds meer jongeren melden zich als hulpvrager voor een verslavingsbehandeling. Een adequate en effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren is daarom van groot belang. In opdracht van Tactus verslavingszorg wordt in deze studie de effectiviteit onderzocht van de huidige verslavingsbehandeling die zij aanbieden voor jongeren.

Definitie

Verslaving wordt gedefinieerd als het ‘dwangmatig blijven gebruiken van drugs of alcohol ondanks de vele negatieve consequenties’ (Rutten & de Haan, 2009, p.21). De DSM-V spreekt niet van verslaving maar van ‘stoornissen in het gebruik van middelen’. De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is wereldwijd het meest gebruikte classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen. Voorheen bestond de DSM-V nog niet en werd er gebruik gemaakt van de DSM-IV. Één van de grootste verschillen tussen de DSM-IV en DSM-V is dat bij DSM-V de DSM-IV-stoornissen misbruik en afhankelijkheid van middelen zijn samengevoegd tot één nieuwe DSM-V-diagnose, namelijk ‘stoornis in het gebruik van middelen’ met drie ernstniveaus die te onderscheiden zijn in: beperkt, matig en ernstig (van den Brink, 2014). Ondanks dat de DSM-V sinds kort ook op de markt is, wordt de DSM-IV nog steeds het meeste gebruikt in instellingen en studies. In deze studie wordt daarom ook de definitie van de DSM-IV aangehouden.

De DSM-IV geeft aan dat een stoornis in het gebruik van middelen kan ontstaan door gebruik van verschillende middelen (alcohol, cannabis, opiaten en stimulerende middelen) maar ook door gedrag (gokken, gamen etc.). Er wordt in de DSM-IV onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid, waarbij middelenmisbruik wordt omschreven als een patroon van onaangepast gebruik dat aanzienlijke beperkingen veroorzaakt in een periode van twaalf maanden in één (of meer) van de volgende situaties:

- niet meer kunnen voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis
- door gebruik van het middel in fysiek gevaarlijke situaties terechtkomen
- herhaaldelijk, in samenwerking met het middel, met de justitie in aanraking komen
- voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal vlak veroorzaakt door de effecten van het middel

Bij middelenafhankelijkheid is het criterium dat er naast het misbruik van het middel ook sprake is van minstens drie van de volgende kenmerken:

- tolerantie
- ontweningsverschijnselen
- langer gebruik van het middel dan men van plan was
- weinig succesvolle pogingen om het gebruik onder controle te krijgen
- veel tijd besteden om aan het middel te komen
- ondanks dat men weet dat het gebruik tot problemen leidt, het toch voortzetten

Bij zowel het middelenmisbruik als afhankelijkheid leidt het gebruik tot beperkingen of lijden in het dagelijks leven (APA, 1994).

Verschil in verslaving tussen jongeren en volwassenen

Jongeren zijn om verschillende redenen meer kwetsbaar voor verslaving dan volwassenen. Ze zijn psychisch en lichamelijk nog in ontwikkeling en daarom extra kwetsbaar voor de effecten

van alcohol of drugs. Hierdoor lijken jongeren sneller misbruik te maken en afhankelijk te worden van een middel dan volwassenen (Snoek, Wits, van der Stel & van de Mheen, 2010). Daarnaast vertonen jongeren vaker risicovol gedrag dan op latere leeftijd. Tijdens de adolescentie zijn jongeren vaak onzeker over zichzelf en hun positie in de vriendengroep, waardoor ze de meningen en oordelen van vrienden erg belangrijk vinden en ze sneller over hun grenzen heen gaan (Engels & ter Bogt, 2001). Er zit ook een verschil in de meest voorkomende primaire verslaving in de verslavingszorg tussen jongeren en volwassenen. Waar bij volwassenen alcohol nog steeds als primaire problematiek kan worden aangewezen, staat bij jongeren cannabis op de eerste plek (Wisselink et al., 2013). Het percentage recente cannabisgebruikers is bijna twee keer hoger in de leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar vergeleken met de leeftijdsgroep 25 tot 44 jaar en acht keer hoger vergeleken met 45-64-jarigen (van Laar, 2010).

Gevolgen middelenmisbruik

Het herhaald en regelmatig gebruik van psychoactieve stoffen kan leiden tot blijvende veranderingen in de hersenen. Na veel en langdurig gebruik nemen de dopaminereceptoren in het beloningssysteem af, met als gevolg dat de verslavende stof nu enkel een bron van beloning in het geheugen en de beleving van de persoon wordt. Door herhaald gebruik wordt het gebruik vaak een gewoonte, terwijl dit in het begin vooral gekoppeld is aan positieve ervaringen. Dit proces zorgt ervoor dat verslaving ontstaat en er afhankelijkheid van het middel gaat bestaan (Everitt & Robbins, 2005). Er is daarnaast veel bekend over de psychische en lichamelijke gevolgen van middelengebruik en misbruik. Zo is bekend dat alcoholgebruik op korte termijn kan leiden tot een afwezige houding, verdoofd gevoel en verminderd reactie vermogen (van Laar, 2010). Op lange termijn kan langdurig en frequent alcoholgebruik het risico op ongeveer 60 verschillende aandoeningen verhogen (Anderson & Baumberg, 2006), zoals de kans op het krijgen van een epileptische aanval en het ontstaan van levercirrose en verschillende soorten kanker. Een hoge dosis cannabis zorgt op korte termijn voor een verminderd cognitief vermogen, een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk, verminderd reactie- en concentratievermogen en een verminderd korte termijn geheugen (van Laar, 2010). Op lange termijn kan veelvuldig gebruik leiden tot longaandoeningen en beschadiging of ontsteking van de luchtwegen. Langdurig gebruik van cocaïne kan leiden tot lichamelijke klachten als verhoogde hartslag, rusteloosheid en vermoeidheid maar kan ook hersenbloedingen, epileptische aanvallen en hartaanvallen tot gevolg hebben (van Amsterdam, Pennings, Brunt & van den Brink, 2012). Een verslaving heeft ook aanzienlijke gevolgen op individueel, sociaal en maatschappelijk gebied. Zo zorgt verslaving bij jongeren ervoor dat ze vaker omgaan met vrienden die ook middelen gebruiken of misbruiken en die betrokken zijn bij criminele activiteiten (Hammink, Altenburg & Schrijvers, 2012). Daarnaast bestaat er een versterkende relatie tussen middelengebruik en schoolverzuim en uitval, wat enorme gevolgen kan hebben voor het toekomstperspectief van de jongere (Ter Bogt, van Lieshout, Doornwaard & Eijkemans, 2009). Naast de lichamelijke en psychosociale gevolgen kan een verslaving ook leiden tot internaliserende problemen zoals paniek, angst en depressieve klachten en externaliserende problemen zoals denk-, en aandachtstoornissen, agressie en delinquentie (Monshouwer, van Dorsselaer, Verdurmen, Ter Bogt & Vollebergh, 2006). Tot slot kunnen er meerdere psychische klachten naast elkaar voorkomen, zoals het hebben van een verslaving en het ervaren van depressieve klachten. Het is daarom van groot belang dat er bij de behandeling van jongeren met een verslaving ook ruim aandacht is voor eventuele comorbiditeit.

Behandelinterventies voor jongeren

Aangezien er meerdere verschillen bestaan tussen de verslavingsproblematiek van jongeren en volwassenen geeft Rigter (2005) aan dat het af te raden is jongeren in behandelprogramma's van volwassenen mee te laten draaien. In Nederland zijn verschillende behandelinterventies beschikbaar voor jongeren.

Motivatieverhoging

Motivatieverhoging is een interventie die niet is toegespitst op een bepaald soort verslaving maar bij alle verslavingen kan worden ingezet als losstaande of aanvullende interventie. Motivatieverhoging is bij jongeren extra van belang omdat zij vaak het besef missen dat ze hulp nodig hebben bij hun verslaving, mede doordat ze weinig negatieve gevolgen ervaren in de relatief korte periode van gebruik (Bolier, Verdurmen, Smit, Monshouwer & Lemmers, 2008). Vele studies hebben aangetoond dat motivatieverhoging bij verslaafde jongeren bijdraagt aan het matigen van of stoppen met alcohol en/of drugsgebruik (Marsden et al., 2006). Individual Motivational Interviewing (MI), waarin feedback en normatieve vergelijkingen worden geboden, lijken het meest effectief te zijn in het verminderen van alcohol gerelateerde problemen (Tait & Hulse, 2003). Onder cannabisverslaafde jongeren is een MI behandeling in combinatie met cognitieve gedragstherapie effectief bevonden in het verminderen van cannabisgebruik (Dennis et al., 2004). Bij jongeren met comorbiditeit kan Motivational Interviewing bij intake mogelijk helpen meer motivatie voor de behandeling te krijgen.

Multidimensionele Familie Therapie

Er bestaan sterke bewijzen voor een positief effect van een intensieve psychosociale gezinstherapie bij verslaafde jongeren. Vooral Multidimensionele Familie Therapie (MDFT), waarbij niet alleen wordt ingegaan op de interactie tussen de jongere en zijn familie maar ook op de relatie met school en leeftijdsgenoten (Austin, Macgowan & Wagner, 2005). Naast de effecten op het gebruik lijken gezinstherapieën het best te scoren op de bereidheid van de jongere om in behandeling te gaan. Daarnaast lijkt het de therapietrouw te bevorderen. MDFT blijkt vooral effectief te zijn bij cannabisverslaafde jongeren. Resultaten van de studie naar de MDFT laten zien dat het cannabisgebruik afneemt en probleemgedrag terug loopt (Rigter, 2005). MDFT wordt ook bij Tactus ingezet en is een behandeltraject voor jongeren en hun gezinnen. Het uitgangspunt van MDFT is de gedachte dat de problematiek van een jongere vaak beïnvloed wordt door factoren uit meer dan één levensdomein. De therapie richt zich daarom op vier kerngebieden in het leven van een jongere: de jongere zelf, de ouder(s), het gezin en de externe systemen, zoals school, werk en vrije tijd of de instelling waar sommige jongeren verblijven (Austin et al., 2005).

Gedagsgerichte interventie

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat cognitieve gedragstherapie, met name in groepsverband, effectief is in het verminderen van middelengebruik bij jongeren (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2007). Samen met gezinsgerichte therapie lijkt CGT effectiever dan andere vormen van behandelingen (Bender, Tripodi, Sarteschi & Vaughn, 2011).

Behandeling van comorbiditeit

Bij verslavingsproblematiek is er vaak sprake van comorbiditeit met psychische problemen, die meestal een andere behandeling behoeven. Bij depressies en angststoornissen wordt

aangeraden eerst de verslaving te behandelen zodat de bijkomende stoornis daardoor verminderd kan worden. Onder verslaafde jongeren met depressieve problemen leidt cognitieve gedragstherapie tot vermindering van depressie en middelengebruik (Gilvarry, 2000).

Verslavingsbehandeling bij Tactus

Binnen Tactus verslavingszorg vindt op dit moment het grootste gedeelte van de behandeling ambulant plaats, zoals de behandelingen 'my mind' en 'my way'. 'My mind' is een kortdurende interventie die zowel individueel als groepsgewijs kan worden aangeboden. De interventie is met name gericht op het inzicht geven in middelengebruik en het motiveren tot verandering van het verslavingsgedrag. De interventie 'My way' is een laagdrempelige, intensieve groepstraining die zich ook richt op het veranderen van verslavingsgerelateerd gedrag. Er wordt binnen deze interventie onderscheidt gemaakt in motiveren, doorbreken van het middelengebruik en terugvalpreventie. Er worden ook interventies aangeboden enkel gericht op cannabisgebruik. De eerste interventie betreft een cannabisbehandeling bedoeld voor cliënten tussen de 12 en 23 jaar. De behandeling omvat 21 thema's van 45 minuten, welke zijn verdeeld over zes behandelingsfasen. Het aantal benodigde sessies hangt af van wat de cliënt nodig heeft. De andere interventie betreft een online cannabisbehandeling (www.cannabisdebaas.nl). Deze online behandeling is ontwikkeld voor iedereen vanaf 16 jaar die meer wil weten over zijn of haar cannabisgebruik of al besloten heeft hier iets aan te willen doen, te willen stoppen met gebruik of minder willen gebruiken. Tijdens de behandeling ontvangt de jongere persoonlijke online begeleiding door iemand van Tactus. Tactus biedt ook ambulante intensieve gezinsbehandelingen aan, zoals de eerdergenoemde Multidimensionele Familie Therapie (MDFT), waarbij het gehele gezin en andere systemen bij de behandeling betrokken worden. De ambulante behandelingen kunnen onder andere gecombineerd worden met medicatie en diagnostische onderzoeken. Tot slot is er ook klinische behandeling mogelijk binnen Tactus. Tactus beschikt sinds 2010 over een jeugdkliniek waar jongeren kunnen worden opgenomen van drie tot zes maanden voor een verslavingsbehandeling in een setting voor 24-uurszorg, waarbij zij intern naar school gaan. Er wordt in de kliniek gewerkt vanuit systeemtheoretische, ontwikkelingspsychologische, orthopedagogische en cognitief gedragstherapeutische kaders (Tactus, 2015)¹.

Doel van het onderzoek

Het doel van deze studie is om meer inzicht te krijgen in de effecten van de door Tactus aangeboden verslavingsbehandeling voor jongeren op de gebieden: middelengebruik, lichamelijke klachten en middelenverlangen. Deze drie gebieden zijn opgenomen in het onderzoeksinstrument MATE-Y, wat staat voor Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie, Youth (Schipper, Boekman, 2007). Deze vragenlijst wordt bij intake van de verslavingsbehandeling afgenomen en als eindevaluatie van de behandeling. Het uiteindelijke doel van deze studie is dat er op basis van de uitkomsten binnen Tactus keuzes kunnen worden gemaakt en prioriteiten kunnen worden gesteld op het gebied van ontwikkeling en implementatie van de behandelinterventie die ze aanbieden aan verslaafde jongeren.

Onderzoeksvraag

Met het onderzoek wordt getracht antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvraag:
In hoeverre wordt er na de behandeling een reductie waargenomen op de gebieden: middelengebruik, lichamelijke klachten en middelenverlangen van de MATE-Y-Uitkomsten ten opzichte van de resultaten van de MATE-Y bij de intake?

Verwacht wordt, op basis van de reeds bekende literatuur over behandelingen van verslavingsproblematiek bij volwassenen, dat op alle drie de onderdelen een significante reductie wordt waargenomen bij de eindevaluatie van de behandeling.

METHODE

Design

Deze studie betreft een cross-sectioneel onderzoek bestaande uit twee metingen met daartussen een periode van gemiddeld 249 dagen, met een spreiding van 141 dagen, zodat de minimale tijd tussen de twee metingen 108 dagen betreft en de maximale tijd tussen de twee metingen 390 dagen. De MATE-Y is bij de intake van de verslavingsbehandeling afgenomen bij 650 jongeren in de periode van maart 2012 tot maart 2014. De tweede meting betreft de afname van de MATE-Y-uitkomsten en is afgenomen bij 222 jongeren tijdens de eindevaluatie van de behandeling in de periode van juni 2013 tot oktober 2014. Door de uitkomsten op deze vragenlijsten te vergelijken kunnen er veranderingen worden opgemerkt tussen beide vragenlijsten en kan er een beeld worden geschetst van de effectiviteit van de behandeling. In deze studie zullen de uitkomstmaten: middelengebruik, lichamelijke klachten en verlangen worden onderzocht. Deze drie gebieden zijn zowel opgenomen in de MATE-Y als MATE-Y-uitkomsten. In dit onderzoek wordt er primair op middelenverslaving gericht, wat betekent dat gedragsverslavingen niet wordt meegenomen in het onderzoek.

Respondenten

Er is gebruik gemaakt van reeds verzamelde kwantitatieve gegevens van 124 jongeren die aan het begin en einde van de verslavingsbehandeling bij Tactus de MATE-Y hebben ingevuld. Tactus verslavingszorg spreekt over ‘jongeren’ van 12 tot en met 23 jaar (Wieske, De Haan & Van den Hoek, 2009). Bij de eerste meting is er gebruik gemaakt van gegevens van 650 jongeren die de MATE-Y hebben ingevuld bij aanvang van de behandeling. Bij de tweede meting, aan het einde van de verslavingsbehandeling, hebben 222 jongeren de MATE-Y-uitkomsten ingevuld, waarvan 98 MATE-Y-uitkomsten lijsten niet volledig waren ingevoerd en niet konden worden meegenomen. Na het verwijderen van de incomplete data bleven er 124 respondenten over waarvan de data konden worden gebruikt voor de analyses.

Meetinstrument

De MATE-Y

De MATE-Y is een vragenlijst die ontwikkeld is met als doel op een valide en betrouwbare manier belangrijke cliëntkenmerken vaststellen, zoals de ernst en omvang van het middelengebruik, lichamelijke klachten en het middelenverlangen. De uitkomsten van de MATE-Y worden gebruikt om een verantwoorde beslissing te kunnen nemen over de zorg die iemand nodig heeft en om verslavingsbehandelingen te monitoren en evalueren (MATE-Y-uitkomsten). Één van de belangrijkste doelen van de ontwikkelaars van de MATE was het opzetten van een Europese vragenlijst gebaseerd op een goede conceptuele en empirische onderbouwing (Schippers & Broekman, 2011). De MATE is daarom zoveel mogelijk gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organisation (WHO) (Schippers & Broekman, 2011). In 2007 kwam de eerste versie van de MATE voor volwassenen uit. Deze is later ook geschikt gemaakt voor jongeren. Vanaf 2013 is de officiële versie van de MATE-Y beschikbaar (Schippers & Broekman, 2013). De MATE-Y bestaat uit

verschillende instrumenten, opgedeeld in tien modules met in totaal 229 items die zijn samengevoegd in één vragenlijst (Schipper & Broekman, 2007). De volgende modules zijn in de MATE-Y opgenomen:

1. Middelen: Gebruik
2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult
3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis
4. Middelen: Afhankelijkheid en Misbruik
5. Lichamelijke klachten
6. Persoonlijkheid
7. Activiteiten en Participatie; Zorg en Ondersteuning
8. Externe factoren van invloed op het herstelproces
9. Middelen: Verlangen
10. Depressie, Angst en Stress

De verschillende modules betreffen gestructureerde interviews maar ook vragenlijsten die de jongeren zelf moeten invullen. De MATE-Y resulteert in 20 scores. Deze scores kunnen een indicatie geven voor eventueel verdiepend onderzoek op één van de onderzochte gebieden. De MATE-Y-vragenlijst wordt face-to-face afgenomen en naderhand door een behandelaar op de computer ingevuld. Het afnemen bedraagt ongeveer één uur tijd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de MATE-Y blijkt voldoende (variërend van $r = .75$ tot $r = .92$). Verdere betrouwbaarheid en validiteit van de MATE-Y zijn niet onderzocht en dienen in de toekomst nog onderzocht te worden. De MATE is op dit moment een veelgebruikt meetinstrument om vergelijkingen mogelijk te maken tussen voor- en nameting en daaruit conclusies te trekken over de effecten van de behandeling binnen de jeugdverslavingszorg. Het instrument wordt bij meerdere verslavingsinstellingen ingezet, waaronder Tactus verslavingszorg.

De MATE-Y-uitkomsten

De MATE-Y-uitkomsten is een vragenlijst die bedoeld is om de klinische uitkomsten te meten bij ontslag of einde van een verslavingsbehandeling. De MATE-Y-uitkomsten bestaat uit geselecteerde onderdelen van de MATE-Y die bij intake wordt afgenomen. Het doel van deze lijst is om zo volledig mogelijk relevante informatie te verzamelen om de behandeling te kunnen evalueren. Er worden in de MATE-Y-uitkomsten vijf (sub)modules uitgevraagd, namelijk:

1. Middelen: Gebruik
2. Lichamelijke klachten
3. Activiteiten en Participatie
4. Middelen: Verlangen
5. Depressie, Angst en Stress

De MATE-uitkomsten kan zowel als een face-to-face interview als telefonisch worden afgenomen. De afname van de MATE-Y-uitkomsten bedraagt ongeveer een half uur tijd.

Variabelen

Middelen: Gebruik

Binnen deze module wordt het gebruik van psychoactieve middelen in de afgelopen periode

en in de loop van het leven vastgesteld. De inventarisatie wordt vormgegeven in een matrix (grid) waarin alle verslavende middelen worden benoemd. Het gebruik dient te worden aangegeven in standaardeenheden in de laatste 30 dagen. Daarnaast wordt er gevraagd hoeveel er gebruikt wordt op een kenmerkende gebruiksday. Deze twee items worden uit de MATE-Y en MATE-Y-uitkomsten meegenomen om een uitspraak te kunnen doen over het effect van de verslavingsbehandeling op het middelengebruik. De MATE-Y-uitkomsten heeft enkel voor de primaire verslavingsmiddelen: cannabis, alcohol en cocaïne de vraag over het aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen opgenomen in zijn lijst. Dit geldt ook voor de vraag over de hoeveelheid van het verslavingsmiddel op een kenmerkende dag wordt genuttigd. Zoals te zien in figuur 1 wordt er bij het middel alcohol onderscheid gemaakt in 'gewoonlijk gebruik' en 'hoger gebruik'. Bij gewoonlijk gebruik gaat het om de aantal dagen dat je het middel hebt gebruikt in de laatste 30 dagen en de hoeveelheid op deze kenmerkende gebruiksday. Hoger gebruik dient alleen te worden ingevuld als er sprake is van afwisselend gebruik in de laatste 30 dagen, zoals bij incidenteel meer gebruik zoals bijvoorbeeld bij veel hoger gebruik in het weekend dan door de weeks. Per primair verslavingsmiddel zijn niet alle jongeren meegenomen in de analyse omdat niet bij alle respondenten de items volledig zijn ingevuld in de MATE-Y of MATE-Y-uitkomsten.

		Laatste 30 dagen		
		Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen	Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday	
		† Vul het aantal gebruiksdayen in (ledere dag is 30; één keer in de week is 4 enz. Als er geen gebruiksdayen zijn geweest, vul dan 'o' in.)	† Vul het aantal glazen, sigaretten, of euro's in van een kenmerkende gebruiksday.	
<i>«Ik begin met alcohol. Heeft u de laatste 30 dagen alcohol gedronken? Zo ja, hoe vaak en hoeveel dronk u op een dag? † Ga zo verder voor de andere middelen.</i>				
Alcohol	Gewoonlijk gebruik			standaardglazen (van ca. 10 gram alcohol)
	† Hoger gebruik: alleen invullen als sprake is van afwisselend gebruik in de afgelopen 30 dagen, zoals bijvoorbeeld bij veel hoger gebruik in het weekend dan door de week. Hoger gebruik			

Figuur 1. Voorbeeld van vraagstelling die gebruikt wordt om de module middelengebruik uit te vragen

Lichamelijke klachten

Met behulp van de MAP HSS (Maudsley Addiction Profile Health Symptoms Scale; Marsden et al., 1998) worden tien lichamelijke klachten geïnventariseerd. Het betreft een vragenlijst waar de jongeren kunnen aangeven welke lichamelijke symptomen zij ervaren in een lijst met voorgegeven antwoorden. De antwoordcategorieën zijn weergegeven in de vorm van een likertschaal. De MAP HSS heeft een goede inhouds- en indrukvaliditeit en een aanvaardbare concurrente validiteit van de items en schalen. De betrouwbaarheid blijkt goed te zijn (Marsden et al., 1998).

«In de laatste 30 dagen, hoe vaak had u:		Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	Voortdurend
1	Gebrek aan eetlust	0	1	2	3	4

Figuur 2. Voorbeeld van vraagstelling die gebruikt wordt om de module lichamelijke klachten uit te vragen

Middelen: Verlangen

Door middel van de verkorte OCDS (Obsessive-Compulsive Drinking Scale; Anton, Moak, Latham, 1996; ingekorte versie; de Wildt et al., 2005) kan de verslavingsernst worden bepaald. De OCDS kan gezien worden als een maat voor het verlangen naar middelen (craving). Het betreft een zelfinvul-lijst bestaande uit vijf items in de vorm van vijfpuntsschaal. De spreiding in de te behalen punten ligt tussen de 0 en 20, met een drempelwaarde van 12. Boven of gelijk aan een score van 12 is er sprake van excessief verlangen wat betekent dat er sprake is van een hoge ernst van verslaving. De vragen gaan over gedachten en gevoelens die iemand heeft over het middel en over het wel en niet gebruiken van het middel. Voor de vragen en antwoordmogelijkheden van de OCDS wordt verwezen naar de bijlagen. De OCDS heeft een aanvaardbare inhouds-, indruks- en concurrente validiteit. De (interbeoordelaars)betrouwbaarheid is eveneens aanvaardbaar (Marsden et al., 1998).

1	<u>Als u niet gebruikt</u> , hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?
0	Geen.
1	Minder dan 1 uur per dag.
2	1-3 uur per dag.
3	4-8 uur per dag.
4	Meer dan 8 uur per dag.

Figuur 3. Voorbeeld van vraagstelling die gebruikt wordt om de module Middelen: Verlangen uit te vragen

Procedure

De eerste stap in de procedure is de aanmelding. Jongeren kunnen zich online of telefonisch aanmelden om een afspraak te maken. Voor het eerste gesprek heeft de jongere een verwijfsbrief van de huisarts nodig om de zorg en behandelingen die bij Tactus worden aangeboden te declareren bij de zorgverzekeraar. Na de aanmelding volgt het intakegesprek. Dit is het eerste contact met een hulpverlener vanuit Tactus en bestaat uit een één op één gesprek. Tijdens de intake wordt de jongere geïnformeerd over Tactus, de verslavingszorg, rechten en plichten van Tactus en het zorgaanbod. Vervolgens wordt er gevraagd wat de reden van aanmelding is en wat de verwachtingen en wensen van de jongeren zijn ten aanzien van hulp. Bij elke cliënt wordt daarna de MATE-Y vragenlijst afgenomen om een inschatting te maken van de ernst en aard van de problematiek. De vragenlijst wordt door de hulpverlener afgenomen in de vorm van een face-to-face interview en duurt ongeveer een uur. Naderhand wordt de lijst door de hulpverlener op de computer ingevoerd. Op basis van de verkregen informatie vanuit de intake volgt een indicatieadvies. Wanneer alle problemen duidelijk in kaart gebracht zijn, volgt zo spoedig mogelijk na de intake, een behandeling. De jongeren gaan nu een heel traject in van hulp en behandeling. Als een jongere stopt bij Tactus, wat kan zijn omdat men succesvol is uitbehandeld of vroegtijdig de behandeling stopt (drop-outs), wordt de MATE-Y-uitkomsten afgenomen om de behandeling te kunnen evalueren. Deze

vragenlijst duurt ongeveer een halfuur om af te nemen. Indien mogelijk wordt de vragenlijst wederom door een hulpverlener bij de jongere afgenomen in de vorm van een interview om vervolgens de uitkomsten op de computer in te voeren. Als een face-to-face interview niet mogelijk is, wordt de vragenlijst door de hulpverlener telefonisch afgenomen om de uitkomsten vervolgens op de computer in te voeren.

Statistische analyse

De dataset van N=124 is met behulp van het statistiekprogramma IBM SPSS Statistics 20 geanalyseerd. De behandelduur is bepaald met behulp van de DATEDIFF functie binnen SPSS, waarvan het gemiddelde en de spreiding bepaald is met behulp van een descriptieve analyse. Met behulp van een descriptieve analyse zijn vervolgens de cliëntkenmerken in kaart gebracht en is onderzocht of de onderzoekspopulatie van N=124 representatief is voor de gehele groep respondenten die de MATE-Y hebben ingevuld bij intake. Er is vervolgens gebruik gemaakt van gepaarde t-testen om te bepalen of er significante verschillen bestaan op de variabele middelengebruik, lichamelijke klachten en verlangen tussen de twee metingen.

RESULTATEN

Clientkenmerken

Tabel 1 bevat een overzicht van de cliëntkenmerken van de in dit onderzoek meegenomen respondenten (N=124) die aan begin en aan het einde de MATE hebben ingevuld en de cliëntkenmerken van de groep (N=650) die bij intake de MATE-Y heeft ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de 124 respondenten is 17.6 jaar (SD = 2.48) met een spreiding van 12 tot 23 jaar. 86.3% van de onderzoekspopulatie is man en 13.7% is vrouw. Deze cliëntkenmerken lijken representatief voor de groep die voorafgaand aan de verslavingsbehandeling de MATE-Y hebben ingevuld (N=650), waar de steekproef voor 78% bestaat uit mannen tegenover 21.7% vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 17.8 (2.48), met eenzelfde spreiding van 12 tot 23 jaar.

Tabel 1 *Clientkenmerken van N=124 en N=650*

	N = 124 (%)	N = 650 (%)
Sekse		
Mannen	107 (86.3)	509 (78)
Vrouwen	17 (13.7)	141 (21.7)
	M (SD)	M (SD)
Leeftijd	17.6 (2.48)	17.8 (2.51)

Middelengebruik

Tabel 2 *Primair verslavingsmiddel (N=124)*

Primair verslavingsmiddel	N (%)
Cannabis	80 (64.5)
Alcohol	13 (10.5)

Gamen	12 (9.7)
Cocaïne	9 (7.3)
Amfetamine	6 (4.8)
Ecstasy/XTC	1 (0.8)
Gokken	1 (0.8)
Snoepgedrag/roken	1 (0.8)
Shoppen	1 (0.8)

In tabel 2 staat een overzicht van het aantal respondenten per primair verslavingsmiddel. Cannabis is door de meeste respondenten aangegeven als primair verslavingsmiddel (64.5%), gevolgd door alcohol (10.5%) en cocaïne (7.3%). De top drie lijkt representatief voor de gehele groep respondenten (N=650) die bij aanvang van de behandeling de MATE-Y heeft ingevuld, waarbij 61% van de respondenten cannabis rapporteert als primair verslavingsmiddel, 13.1% alcohol en 8.6% gamen. De vierde en vijfde plek komen niet overeen met de huidige onderzoekspopulatie omdat daar amfetamine op de vierde plek komt op plek vijf cocaïne met 3.2%.

Om te zien of er een afname in middelengebruik heeft plaatsgevonden aan het einde van de verslavingsbehandeling wordt in tabel 2 het overzicht weergegeven van het gebruik in de afgelopen 30 dagen en de hoeveelheid dat wordt gebruikt op een kenmerkende gebruiksday. Dit wordt enkel onderzocht voor de middelen cannabis, alcohol en cocaïne omdat De MATE-Y-uitkomsten enkel voor deze primaire verslavingsmiddelen de vraag over het aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen en de hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday heeft opgenomen in zijn lijst. De overige verslavingsmiddelen zijn tevens niet meegenomen in de verdere analyses omdat het te weinig respondenten betreft om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen.

Tabel 3 *Primaire middelengebruik aan het begin en einde van de behandeling*

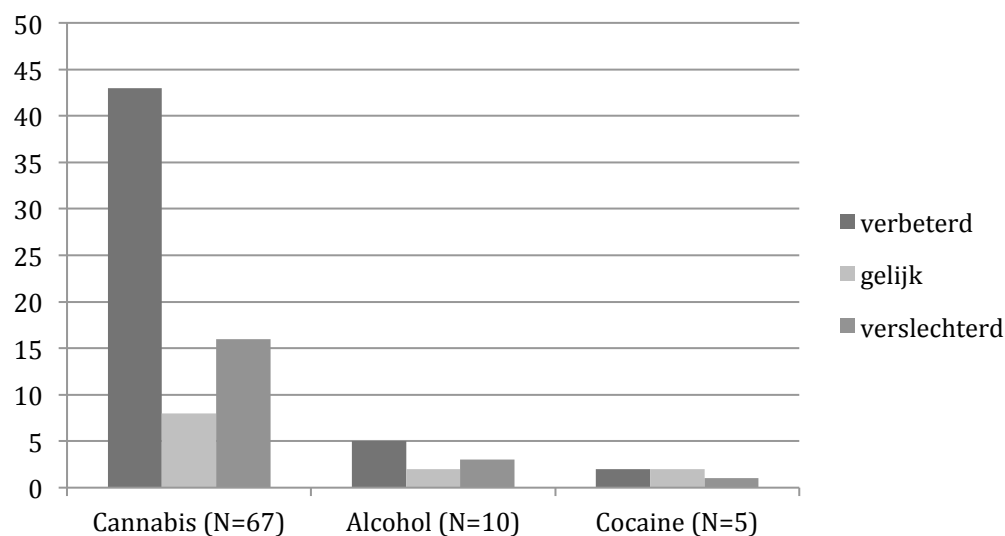
	M (SD) 1	M (SD) 2	T	df	p
Cannabis (N=67)					
Aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen	15.12 (10.94)	7.96 (10.00)	4.42	66	<0.001
Alcohol (N=10)					
Aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen					
<i>gewoonlijk gebruik (N=10)</i>	8.85 (6.35)	7.00 (6.41)	0.67	9	.523
<i>hoger gebruik (N=8)</i>	2.50 (4.63)	2.38 (4.14)	0.05	7	.961
Hoeveelheid op een Kenmerkende gebruiksday *					
<i>gewoonlijk gebruik (N=10)</i>	8.10 (6.06)	3.60 (2.17)	2.21	9	.055
<i>hoger gebruik (N=8)</i>	4.00 (10.53)	5.50 (6.80)	-0.39	7	.712
Cocaïne (N=5)					

Aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen	3.60 (3.78)	2.00 (4.47)	0.59	4	0.589
--	-------------	-------------	------	---	-------

* Bij de vraag 'hoeveel op een kenmerkende gebruiksdag'? gaat het bij Alcohol om standaardglazen van 10 mg

Gekeken naar het gemiddelde aantal dagen gebruik in de afgelopen 30 dagen is op te merken dat het aantal dagen middelengebruik bij de respondenten met als primair verslavingsmiddel cannabis is gehalveerd aan het einde van de behandeling. Onder de respondenten met als primair verslavingsmiddel alcohol is er bij hoeveelheid alcohol op een kenmerkende gebruiksdag bij gewoonlijk gebruik een trend gevonden in de goede richting.

In figuur 4 wordt per verslavingsmiddel het overzicht weergegeven van de respondenten die na de behandeling zijn verbeterd, gelijk zijn gebleven of zijn verslechterd wat betreft het aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen.



Figuur 4 Overzicht van respondenten die na de behandeling zijn verbeterd, gelijk zijn gebleven of zijn verslechterd wat betreft het aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen

In figuur 4 is te zien dat bij jongeren met als primair verslavingsmiddel cannabis (N=67) de meeste verbetering te zien is na de verslavingsbehandeling. Meer dan de helft van deze groep gebruikers (64%) rapporteren na de behandeling minder dagen gebruik in de laatste 30 dagen. 12% van de groep jongeren met als primair verslavingsmiddel cannabis is gelijk gebleven en 24% is verslechterd na de verslavingsbehandeling. Gekeken naar de groep met alcohol als primair verslavingsmiddel (N=10) is de helft van de jongeren na de verslavingsbehandeling verbeterd (50%), 20% is gelijk gebleven en 30% is verslechterd. Onder de groep cocaïnegebruikers (N=5) zijn het aantal jongeren die na de verslavingsbehandeling verbeterd zijn (40%) en gelijk zijn gebleven (40%) aan elkaar gelijk. 20% van de jongeren in deze groep is verslechterd.

Lichamelijke klachten

Tabel 4 *Lichamelijke klachten van alle respondenten aan begin en einde van de behandeling (N=124)*

Lichamelijke klachten					
	M (SD) 1	M (SD) 2	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Gebrek aan eetlust	1.11 (1.23)	0.66 (0.90)	3.45	123	<0.001
Vermoeidheid/					
Gebrek aan energie	1.95 (1.16)	1.27 (0.10)	5.39	123	<0,001
Misselijkheid	0.67 (0.91)	0.39 (0.75)	2.82	123	<0.001
Maagpijn	0.59 (0.97)	0.37 (0.75)	1.93	122	.056
Kortademigheid	0.84 (1.15)	0.44 (0.85)	3.78	123	<0.001
Pijn op de borst	0.70 (1.00)	0.22 (0.53)	5.43	123	<0.001
Pijnlijke gewrichten/					
stijfheid	0.84 (1.22)	0.38 (0.87)	3.97	123	<0.001
Spierpijn	0.40 (1.05)	0.38 (0.76)	4.15	123	<0.001
Doof of tintelend					
gevoel in armen of benen	0.47 (0.90)	0.15 (0.50)	3.69	123	<0.001
Trillen/beven	0.83 (1.19)	0.32 (0.76)	4.59	123	<0.001
Totaal (som)	8.87 (6.61)	4.61 (4.20)	7.04	122	<0.001

* 0 = *helemaal niet*, 1=*zelden*, 2=*soms*, 3=*vaak*, 4=*voortdurend*

Tabel 4 bevat het overzicht van de gerapporteerde lichamelijke klachten van de 124 respondenten aan het begin en einde van de behandeling. Kijkend naar hoe vaak de lichamelijke klachten door de respondenten worden gerapporteerd is te zien dat zij de klachten, zowel voor als na de behandeling gemiddeld zelden ervaren. Toch is er aan het einde van de behandeling een significante afname in gerapporteerde lichamelijke klachten gevonden, wat betekent dat de respondenten na de behandeling minder lichamelijke klachten ervaren. Van alle lichamelijke klachten wordt vermoeidheid/gebrek aan energie zowel voor- als na de behandeling, het meest genoemd.

Tabel 5 *Totaalscore van de lichamelijke klachten aan het begin en einde van de behandeling (N=124)*

Totaalscore lichamelijke klachten					
	M (SD) 1	M (SD) 2	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Cannabis (N=80)	8.55 (6.63)	4.83 (4.08)	5.10	79	<0.001
Alcohol (N= 13)	9.77 (6.64)	5.23 (4.15)	2.21	12	<0.001
Cocaïne (N=9)	12.22 (8.66)	5.67 (6.36)	2.15	8	.063

In tabel 5 is de som van de lichamelijke klachten uiteengezet om per primair verslavingsmiddel de verschillen weer te geven tussen de meting voorafgaand-, en na afloop

van de behandeling. Bij de primaire verslavingsmiddelen cannabis ($t = 5.095, p < 0.001$) en alcohol ($t = 2.214, p < 0.001$) worden aan het einde van de behandeling significant minder lichamelijke klachten gerapporteerd. Voor het primaire verslavingsmiddel cocaïne is er sprake van een trend in de goede richting.

Middelenverlangen

Tabel 6 *Verlangen naar middel aan het begin en einde van de behandeling (N=121)*

Middelengebruik: Verlangen					
	M (SD) 1	M (SD) 2	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Tijd gedachten gebruik	1.39 (1.03)	0.94 (0.85)	4.61	120	<0.001
Hoe vaak	1.33 (0.96)	0.86 (0.77)	5.02	119	<0.001
Hoe vervelend	1.06 (1.18)	0.74 (0.94)	2.88	120	<0.001
Moeite onderdrukken	1.61 (1.34)	1.08 (1.36)	3.01	119	<0.001
Sterkte verlangen	1.53 (0.94)	1.02 (0.94)	5.03	121	<0.001
Totaal (som)	6.92 (4.27)	4.70 (4.19)	4.86	116	<0.001

Tabel 6 geeft een overzicht van het gerapporteerde middelenverlangen aan het begin en einde van de behandeling. Er wordt onder alle respondenten een significante afname gezien in verlangen naar het middel na de behandeling. Om een specifiek beeld te kunnen verkrijgen van de afname van het verlangen is per primair middel een totaalscore berekend van de vijf items van de vragenlijst OCDS.

Tabel 7 *Totaalscore verlangen per primair middel aan het begin en einde van de behandeling (N=121)*

Totaal score verlangen					
	M (SD) 1	M (SD) 2	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Cannabis (N=74)	6.53 (3.99)	4.89 (4.21)	3.02	73	<0.001
Alcohol (N=12)	6.83 (4.95)	3.00 (3.74)	2.43	11	<0.001
Cocaïne (N=9)	6.56 (3.21)	3.67 (3.64)	1.68	8	<0.001

Tabel 7 bevat het overzicht met daarin de totaalscores van de OCDS, opgesplitst per primair verslavingsmiddel. Zowel voor als na de verslavingsbehandeling valt de gemiddelde score van cannabis, alcohol en cocaïne onder de drempelwaarde van 12, wat betekent dat bij alle respondenten die bovenstaande middelen als primair verslavingsmiddel aangeven, het verlangen naar het middel significant is afgenomen bij de eindevaluatie van de behandeling. Bij de primaire middelen alcohol en cocaïne is het middelenverlangen bij de eindevaluatie meer dan gehalveerd. Respondenten met alcohol als primair verslavingsmiddel laten significant de meeste afname zien in het middelenverlangen.

DISCUSSIE

Resultaten onderzoeksvraag

In dit onderzoek wordt cannabis door de meeste respondenten aangegeven als primair verslavingsmiddel, gevolgd door alcohol en cocaïne. Respondenten met cannabis als primair verslavingsmiddel lijken het meest te profiteren van de verslavingsbehandeling. Bij deze respondenten is er een significante afname gevonden in het middelengebruik, de lichamelijke klachten en het middelenverlangen. Gekeken naar lichamelijke klachten en middelenverlangen is er ook een significante afname gevonden bij de respondenten met als primair verslavingsmiddel alcohol. Bij respondenten met als primair verslavingsmiddel cocaïne wordt er op het onderdeel lichamelijke klachten een trend gevonden in de goede richting. Respondenten met cocaïne als primair verslavingsmiddel laten enkel een significante afname aan het einde van de behandeling zien in het middelenverlangen.

Onderbouwing onderzoeksresultaten

In deze studie lijken jongeren die primair verslaafd zijn aan cannabis het meest te profiteren van de verslavingsbehandeling die bij Tactus wordt aangeboden. Dit komt overeen met de uitkomsten van het onderzoek van Tanner-Smith, Wilson & Lipsey (2013), waar uit blijkt dat in zijn algemeenheid de huidige behandeltechnieken een groter effect lijken te sorteren bij jongeren met een cannabisverslaving dan bij alcohol en andere drugs. Een combinatie van motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie in groepsverband in combinatie met MultiDimensionele Familie Therapie zorgt voor de meeste afname in cannabis gebruik en probleemgedrag onder jongeren (Rigter, 2005).

Gekeken naar het primaire middelengebruik is cannabis in deze studie het meest gebruikte primaire verslavingsmiddel, gevolgd door alcohol en cocaïne, wat overeen komt met de verwachtingen. Bij meer dan de helft van alle jongeren die zich in 2012 aanmelden in de verslavingszorg is cannabis de primaire problematiek, gevolgd door alcohol (Wisselink et al., 2013). Het aantal jongeren dat primair verslaafd is aan harddrugs, zoals ecstasy, cocaïne en amfetamine is in dit onderzoek veel minder in vergelijking met cannabis en alcohol, wat ook gevonden is in onderzoek van Monshouwer et al. (2006). Een opvallend resultaat van deze studie is dat bij de respondenten met alcohol als primair verslavingsmiddel gewoonlijk gebruik op de gebruikersdagen is afgenomen, terwijl het incidentele hoger gebruik juist is toegenomen aan het einde van de behandeling. Dit kan verklaard worden vanuit het feit dat het om een kleine groep respondenten gaat en twee van deze jongeren een aanzienlijk hoger incidenteel gebruik rapporteerden aan het einde van de behandeling. Dit heeft tot gevolg dat de gemiddelde score hoger uitkomt aan het einde van de behandeling ten opzichte van het begin.

De meegenomen respondenten in dit onderzoek rapporteren voorafgaand en na de verslavingsbehandeling relatief beperkt aantal lichamelijke klachten, ongeacht primair verslavingsmiddel. Dit is opvallend omdat middelengebruik in uiteenlopende onderzoeken in verband wordt gebracht met verschillende lichamelijke en psychische klachten en aandoeningen (van Laar, 2010). Het beperkte aantal klachten dat in deze studie is gerapporteerd kan verklaard worden vanuit het feit dat de gemiddelde leeftijd van de respondenten relatief jong is (17.6) en respondenten door het relatief korte periode van gebruik vaak nog weinig echte negatieve gevolgen hebben ervaren (Bolier et al., 2008) en daarom mogelijk minder klachten rapporteren. Ondanks het feit dat de respondenten aan het begin van het onderzoek in beperkte mate klachten rapporteren, is er toch een afname is gevonden op de drie onderzochte gebieden. Het beperkt aantal lichamelijke klachten dat de

jongeren, ongeacht verslavingsmiddel, rapporteren kan daarnaast in verband worden gebracht met het feit dat jongeren minder lichamelijke waarschuwingssignalen ervaren bij het overmatig gebruik van middelen in vergelijking met volwassenen en dat zij vooral gericht zijn op de voordelen in plaats van de nadelen (Crone, 2008). De lichamelijke klacht ‘vermoeidheid en gebrek aan energie’ wordt het meest gerapporteerd. Dit hoeft niet alleen in verband te staan met verslaving omdat jongeren over het algemeen vaker vermoeidheidsklachten ervaren omdat hun hersenen nog volop in ontwikkeling zijn (Crone, 2008).

Gekeken naar het middelenverlangen wordt er aan het einde van de behandeling bij zowel de groep cannabisgebruikers, als ook alcohol gebruikers en cocaïne gebruikers een afname in het verlangen gerapporteerd. Opvallend is dat voorafgaand aan de behandeling de respondenten met als primair verslavingsmiddel alcohol het meeste verlangen naar het middel rapporteren, wat verklaard kan worden vanuit het feit dat alcohol verslavender werkt dan cannabis (van Amsterdam, Opperhuizen, Koeter, van Aerts & van den Brink, 2009). Verslavingsbehandelingen voor middelen zoals alcohol kunnen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld cannabis en cocaïne, medicaal ondersteund worden (Smit et al., 2007). Dit verklaart mogelijk de significant meeste afname in het verlangen onder de groep alcohol respondenten.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Hoewel de MATE-Y een veelgebruikt instrument is in de jeugdverslavingszorg om behandelingen te evalueren is er meer onderzoek nodig om de psychometrische eigenschappen van de MATE-Y in kaart te brengen. Tot op heden is enkel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende bevonden maar is verdere betrouwbaarheid en validiteit van de MATE niet bekend.

Een minder sterk punt uit het onderzoek is daarnaast de hoeveelheid MATE-Y-uitkomsten lijsten die niet konden worden meegenomen in de studie, waardoor de uiteindelijke onderzoekspopulatie een stuk lager is uitgekomen en er minder betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan over het effect van de behandeling. De kleinere steekproef is ook het gevolg van de grote hoeveelheid drop-outs tijdens de verslavingsbehandeling. Een tussentijdse evaluatie, waarbij de jongere zelf de MATE-Y-uitkomsten invullen, na ongeveer 6 maanden, zou een mogelijkheid kunnen zijn om toch gegevens van de respondenten te verkrijgen voordat ze de behandeling voortijdig stoppen. Zes maanden zou een goede optie zijn voor een tussenevaluatie omdat eerder dan zes maanden er mogelijk nog geen effecten merkbaar zijn van de behandeling en na zes maanden de meeste drop-outs plaatsvinden.

Verder kwamen de vragen wat betreft het primair middelengebruik niet geheel overeen tussen de MATE-Y en de MATE-Y-uitkomsten. Bij de MATE-Y-uitkomsten zijn niet alle vragen opgenomen over het gebruik van de primaire middelen die bij de MATE-Y wel voor alle middelen zijn opgenomen. Hierdoor was het vergelijken van het middelengebruik beperkt tot enkele primaire verslavingsmiddelen en kon er moeilijk vergeleken worden tussen de twee condities om het effect te bepalen. Bij het onderdeel middelengebruik wordt er bij alcohol onderscheid gemaakt tussen gewoonlijk gebruik en hoger gebruik. Gewoonlijk gebruik dient te worden ingevuld als er gelijkmatig alcohol genuttigd wordt, zonder afwisselend patroon. Als er sprake is van incidenteel meer gebruik, bijvoorbeeld weinig door de week en veel in het weekend, dan dient bij het hoger gebruik de hogere gebruiksdagen te worden ingevuld. Uit het onderzoek blijkt dat jongeren aan het einde van de behandeling op een kenmerkende gebruiksday incidenteel meer eenheden alcohol nuttigen, terwijl het gewoonlijk gebruik op een kenmerkende gebruiksday is afgenomen. Dit

is een bijzondere uitkomst en deze vraag dient met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd aangezien deze vraag niet heel duidelijk staat uitgelegd in de MATE-Y zelf. Hierdoor kan de vraag door jongeren verkeerd worden geïnterpreteerd en daardoor niet juist worden ingevuld.

Tot slot wordt er weinig middelenverlangen gerapporteerd voorafgaand en na de verslavingsbehandeling. Dit onderdeel wordt gemeten door middel van de verkorte versie van de vragenlijst OCDS. Mogelijk zijn de vragen en antwoordcategorieën binnen dit onderdeel te moeilijk geformuleerd voor jongeren. Een enkele vraag binnen dit onderdeel om het middelenverlangen in kaart te brengen bestaat veelal uit opsommingen van meerdere vragen. Eenduidige formulering van de vraagstelling zou kunnen helpen de vragen te verduidelijken. Daarnaast liggen de antwoordcategorieën zo dicht bij elkaar dat het als lastig kan worden ervaren daar onderscheid tussen te maken, zoals bijvoorbeeld bij vraag 3: *Op momenten dat je niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn dan gedachten, ideeën, impulsen of beelden over gebruiken? 0 = niet vervelend of storend, 1 = beetje vervelend, maar ik kan er tegen, 2 = behoorlijk vervelend, maar ik kan het hanteren, 3 = behoorlijk vervelend en moeilijk te hanteren, 4 = zo vervelend dat ik het niet kan hanteren.* Mogelijk kan het gebruik van een vijfpuntschaal [helemaal niet, 1 = zelden, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = voortdurend], helpen de antwoordmogelijkheid te versimpelen, waardoor de vragen toegankelijker worden voor de respondent.

Aanbevelingen

Een tussentijdse evaluatie zou een mogelijkheid kunnen zijn om gegevens van respondenten te verkrijgen voordat ze de behandeling voortijdig stoppen. Uiteindelijk zou kunnen worden achterhaald op welke gebieden de respondenten die vroegtijdig stoppen maar wel de tussenevaluatie hebben ingevuld, zijn verbeterd of juist niet. Mogelijk is er een gezamenlijke reden te achterhalen waar de behandeling op in kan spelen zodat er uiteindelijk minder jongeren de behandeling voortijdig zullen beëindigen.

Daarnaast is het van belang dat zowel de MATE-Y bij intake als de MATE-Y-uitkomsten bij de eindevaluatie, volledig wordt ingevuld door de behandelaar. Een oplossing kan zijn dat er een foutmelding wordt gegeven op de computer als de lijsten niet volledig zijn ingevuld. Mogelijk kunnen er ook enkele behandelaren of medewerkers worden aangewezen binnen Tactus die nakijken of alle lijsten correct zijn ingevuld. Er kan in de toekomst mogelijk ook gekeken worden om de intake digitaal te laten plaatsvinden, waarbij de cliënt zelf de vragenlijsten invult. Om er zeker van te zijn dat alle vragen worden ingevuld zou de vragenlijst zo ontwikkeld kunnen worden dat de jongere niet verder kan als hij of zij de vraag heeft open gelaten. Voordelen van een online intake is dat het goedkoper is omdat er geen hulpverlener bij aanwezig hoeft te zijn en de cliënt geen reiskosten hoeft te maken. Daarnaast zal de sociale wenselijkheid mogelijk minder worden zonder de aanwezigheid van een hulpverlener bij het invullen van de vragen. Een nadeel van een online intake kan zijn dat er niet gekeken kan worden of de cliënt de lijst serieus invult. Daarnaast kan het zijn dat de cliënt bepaalde vragen anders interpreteert of niet begrijpt waardoor er andere antwoorden worden ingevuld dan bedoeld en er een vertekent beeld kan ontstaan.

Om het effect van de behandeling wat betreft middelengebruik beter te kunnen onderzoeken, wordt aanbevolen om in de module middelengebruik bij beide MATE vragenlijsten de items ‘aantal dagen gebruik in de laatste 30 dagen’ en ‘de hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksdag’ toe te voegen. De reden dat dit tot op heden nog niet gebeurd is, is vanwege het feit dat alleen alcohol, nicotine en gokken een min of meer duidelijke standaardhoeveelheid kennen. Dit geldt niet voor de andere meegenomen middelen, cannabis

en cocaïne. Vanwege doelmatigheid en (on)betrouwbaarheid wordt er enkel gevraagd naar 'hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday' bij de stoffen met een vaste standaardhoeveelheid (Schipper & Broekman, 2012). Daarnaast wordt er bij het middel alcohol op dit moment onderscheid gemaakt in gewoonlijk gebruik en hoger (incidenteel) gebruik. Uit deze studie blijkt dat het incidenteel hoger gebruik na de behandeling gemiddeld gezien is toegenomen. De reden dat bepaalde respondenten incidenteel meer alcohol nuttigden is niet bekend. Om te bepalen of het incidentele hogere alcoholgebruik te rechtvaardigen is of dat het beter kan worden ondergebracht onder gewoonlijk gebruik kan er een vraag worden toegevoegd in welke situatie(s) de jongere een hoger gebruik heeft genuttigd dan gewoonlijk. Daarnaast is het van belang dat de vraagstelling voor het incidentele hogere gebruik wordt geherformuleerd zodat het voor iedereen duidelijk is dat het om extra eenheden alcohol gaat bovenop de gebruikelijke eenheden op een kenmerkende gebruiksday en hier geen onduidelijkheid over kan bestaan.

In deze studie is er enkel gekeken naar het verschil in middelengebruik, lichamelijke klachten en verlangen. Om een uitgebreider beeld te verkrijgen van het effect van de verslavingsbehandeling zou het voor vervolgonderzoek worden aanbevolen om alle modules van de MATE met elkaar te vergelijken. Met name de comorbiditeit met psychiatrische problematiek kan van belang zijn omdat uit onderzoek blijkt dat dit veelal voorkomt onder verslaafde jongeren en dit veel invloed kan hebben op het verloop en de mate van uitval bij de behandeling. Ook kan de mate van comorbiditeit van invloed zijn geweest op de huidige bevindingen van deze studie.

Concluderend lijkt de door Tactus aangeboden verslavingsbehandeling effectief te zijn voor jongeren met cannabis als primaire verslaving maar is er meer onderzoek geïndiceerd naar de effectiviteit van de verslavingsbehandeling voor de overige verslavingsmiddelen/gedrag.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association. (1994). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV* vert. [uit het Engels] door G.A.S. Koster van Groos. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Amsterdam, van, J. G. C., Pennings, E. J. M., Brunt, T. M., & Brink, van den, W. (2012). *Physical damage due to drug dependence*. RIVM report 34001001. Bilthoven: RIVM.
- Amsterdam, van, J. G. C., Opperhuizen, A., Koeter, M. W. J., Van Aerts, L. A. G. J. M. & Van den Brink, W. (2009). *Ranking van drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. RIVM rapport 340001001. Bilthoven: RIVM
- Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. K. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry*, 53, 225-231.
- Austin, A. M., Macgowan, M. J., Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15(2) 67-83.
- Bender, K., Tripodi, S. J., Sarteschi, C., & Vaughn, M. G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 21(2), 153-164.
- Bogt, ter, T., van Lieshout, M., Doornwaard, S., & Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en vroegtijdig schoolverlaten. Twee onderzoeken naar actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval*. Utrecht: Universiteit Utrecht en Trimbos-instituut.
- Bolier, L., Verdurmen, J., Smit, E., Monshouwer, K., & Lemmers, L. (2008). Behandeling van problematisch drinkende jongeren. *Verslaving*, 4(3), 31T41.
- Brink, van den, W. (2014). Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56 (3), 206-210.
- Crone, E. (2008). *Het puberende brein*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
- Engels, R., & Ter Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 675-695.
- Everitt, B. J. & Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 481-489.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55- 80.
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). *De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol of drugsverslaving*. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Laar van, M.W. (2010) *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van druggebruik?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 1857-1867.
- Marsden J., Stillwell G., Barlow H., Boys A., Taylor C., Hunt N., Farrell M (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol outcomes. *Addiction*, 101, 1014-1026.

- Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: Findings from Dutch 2001 School Survey on Health Behavior in School-aged Children (HBSC). *British Journal of Psychiatry*, 188, 148-153.
- Rigter, H. (2005). Report on the INCANT pilot study. *The feasibility of Multidimensional Family Therapy in European context as a treatment for troubled adolescents misusing cannabis and possibly other substances*. Rotterdam, MGZ, Erasmus MC, 2005.
- 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.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G.. (2013). *MATETY 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. (2012). *MATE-Crimi 2.1. Handleiding en protocol*. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Bèta Boeken.
- Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2011). *MATE-Uitkomsten 2.1. Handleiding en protocol*. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Bèta Boeken.
- Schippers, G. M. , Broekman, T. G. (2007). *MATE 2.0. Handleiding en Protocol (MATE 2.0. Manual & Protocol)*. Nijmegen: Bèta Boeken.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2007). *Jongeren en verslaving: De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandel aanbod in Nederland*. Utrecht: GGZ Nederland, Trimbos instituut.
- Snoek, A., Wits., E., & Stel, J. van der, & Mheen, D. van de (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Rotterdam: IVO.
- Tactus. (2015, 3 mei). Zorg specifieke doelgroepen. Jeugd & jongvolwassenen. Geraadpleegd van intranet.tactus.nl/teksten/item/bekijk/id/171
- Tait, R. J. & Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*, 22, 337-346.
- Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J. & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta analysis. *Journal of substance abuse treatment*, 44(2), 145-158.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, 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.
- Wieske, E., De Haan, H., & Van den Hoek, A. (2009). *Kadernotitie Jeugdkliniek*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.
- Wildt, de, W. A., Leher, P., Schippers, G. M., Nakovics, H., Mann, K., & van den, B., W. (2005). Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: a multinational study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 509-516.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2013). *Kerncijfers verslavingszorg 2012*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ).

BIJLAGE 1: Scoreformulier MATE-Y-uitkomsten



MATE
Outcome

Metan van Addicties voor Triage en Evaluatie
Versie: MATE-Uitkomsten-nl 2.1

Algemene data:
 Datum intake:
 Persoonnummer:

1. Middelen: Gebruik 2
 5. Lichamelijke klachten 3
 7. Activiteiten en participatie (MATE-IC) 5
 Q1. Middelen: Verlangen 7
 Q2. Depressie, Angst en Stress 8

Leeftijd:
 Geslacht: ☐ ♂ ☐ ♀

Symbool of typografie	Instructie / uitleg
De MATE is een beoordelingsinstrument. De assessor beoordeelt en is vrij in de manier waarop de informatie verkregen wordt. Indien de benodigde informatie niet zekerheid bekend is, dan kunt u het antwoord invullen zonder de vraag te stellen. In het algemeen geldt dat vragen niet letterlijk gesteld hoeven te worden. Uitzonderingen zijn die gevallen waar een 'L' (letterlijk) of een 'Q' (self-report questionnaire) in de kantlijn staat.	
(letterlijk)	Stel de vragen letterlijk. Geef alleen uitleg als dat absoluut noodzakelijk is of als de vraag duidelijk verkeerd begrepen wordt.
(zelfinvullijst, self-report questionnaire)	De persoon vult de vragenlijst zelfstandig in. Als dit niet mogelijk is, help de persoon dan door de vragen voor te lezen.
Tijdvak (tijdvak)	Tijdvak voor de beoordeling.
Voorbeeldvraag	Voorbeeldvragen die gebruikt kunnen worden om het betreffende item bij de persoon uit te vragen beginnen met een dubbel hoekhaakje.
† Beoordeling/kenmerken/veridating	Tekst voorafgegaan door een kruis en gezet in een ander lettertype, is: † een beoordelingsinstructie, † of bevat kenmerken waarop de assessor kan letten, † of is andere verklarende tekst voor de assessor. Deze tekst dient dus niet letterlijk gebruikt te worden.
onderstreepte tekst	Geef <u>kerubegrip(pen)</u> van de vraag aan. Kan bij eventueel doorvragen gebruikt worden.
[—middel—]	Vul het Primaire probleemmiddel of probleemgedrag in.
Ja Nee	Omcirkel Ja of Nee.
	Schrijf het getal op.
	Schrijf een toelichting op (vrije tekst).

Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2011). MATE-Uitkomsten 2.1. Handleiding en protocol.
 Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman

MATE-Uitkomsten-nl 2.1
<http://www.mateinfo.nl>



30 dagen

		Laatste 30 dagen	
		Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen	Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday
		† Val het aantal gebruiksdagen in (Iedere dag is 1x, één keer in de week is 4 enz. Als er geen gebruik- dagen zijn geweest, val dan '0' in.)	† Val het aantal glazen, sigaretten, of euro's in van een kenmerkende gebruiksday.
«Ik begin met alcohol. Heeft u de laatste 30 dagen alcohol geconsumeerd? Zo ja, hoeraak en hoeraak dronk u op een dag? † Ga zo verder voor de andere middelen.			
Alcohol	Gewoonlijk gebruik † Hoger gebruik: alleen invullen als sprake is van afwisselend gebruik in de afgelopen 30 dagen, zoals bijvoorbeeld bij veel hoger gebruik in het weekend dan door de week. Hoger gebruik		standaardglazen (van ca. 10 gram alcohol)
Nicotine	Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuif- peuimtabak		sigaretten (of sjekkes, sigaren etc.)
Cannabis	Hasjiesj, Marihuana, Weed		
Opiaten	Methadon		
	Heroïne		
	Overige opiaten zoals codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MScotin, Opium, Palfium, Percodan		
Cocaïne	Crack, gekookte (base) coke		
	Cocaïne, snuifcoke		
Stimu- lantia	Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed		
Ecstasy/ XTC	MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB.		
Andere middelen (drugs)	Bijvoorbeeld: psychedelica, inhalantia, poppers, GHB, paddo's. Omschrijf: 		
Sedativa	Barbituraten, benzodiazepines kalmerings- slaapmiddelen, tranquilizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax		
Gokken	Waarop of waarmee gokt: 		euro's uitgegeven (bruto)

Voortdurend

Vaak

Soms

Zelden

Helemaal niet

5. Lichamelijke klachten

L	T	30 dagen	5. Lichamelijke klachten				
			Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	Voortdurend
			Van de laatste 30 dagen, hoe vaak had u:				
		1	☐	1	2	3	4
		2	☐	1	2	3	4
		3	☐	1	2	3	4
		4	☐	1	2	3	4
		5	☐	1	2	3	4
		6	☐	1	2	3	4
		7	☐	1	2	3	4
		8	☐	1	2	3	4
		9	☐	1	2	3	4
		10	☐	1	2	3	4

De MATE-IC staat voor de onderdelen van de MATE die gebaseerd zijn op de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Uit de ICF is een kernset domeinen geselecteerd waarvan problemen worden vastgesteld in module 7. IC staat voor: ICF-Core set. De MATE-IC is bedoeld om op de geselecteerde domeinen vast te stellen in hoeverre de persoon beperkt is in zijn functioneren.

De ICF maakt een onderscheid tussen de uitvoering van activiteiten en participatie en het vermogen om dat te doen. In deze MATE-IC dient de uitvoering beoordeeld te worden; niet het vermogen. Uitvoering verwijst naar het doen van activiteiten of participatie, vermogen naar de capaciteit dit te doen.

De uitvoering kan ondersteund worden door hulpverlenende instanties of andere externe factoren. Iemand die bijvoorbeeld zelf niet het vermogen bezit zelf(standig) huishoudelijk taken te verrichten maar bij wie de huishoudelijk taken wel met hulp van anderen uitgevoerd worden, moet dus gescoord worden als 'geen beperking in de uitvoering'.

Beperkingen worden gescoord op een vijfpuntschaal, van 0 (geen beperking) tot en met 4 (volledige beperking). De mate van beperking kan blijken uit de intensiteit (van 'niet merkbaar' tot 'volledige ontwrichting van het dagelijks leven'), de frequentie (van 'nooit' tot 'continu') of uit de tijdsduur (van 'minder dan 5% van de tijd' tot 'meer dan 95%').

De volgende figuur geeft een omschrijving van de schaal.

Score	0	1	2	3	4
Mate van beperking	Geen	Licht	Matig	Ernstig	Volledig
Intensiteit	Niet merkbaar	Dragelijk	Verstoort het dagelijks leven	Gedeeltelijke ontwrichting van dagelijks leven	Volledige ontwrichting
Frequentie	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
Tijdsduur	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%
Meetlat					

In deze figuur wordt weergegeven dat 0 (geen) en 4 (volledig) maar een klein stukje op de meetlat innemen, namelijk ieder 5%. Een score van 0 of 4 wordt dus alleen gegeven als het ook echt duidelijk is. Score 2 (matig) loopt niet verder dan de helft van de volledige schaal. Als de beperking groter is dan de helft maar niet volledig, dan is de score 3.

In het MATE protocol zijn op basis van deze schalen voor alle domeinen ankerpunten geformuleerd die behulpzaam zijn bij het scoren.

Niet alle domeinen hoeven voor de persoon van belang te zijn. Iemand kan bijvoorbeeld vinden dat religiositeit of spiritualiteit in zijn of haar leven geen rol speelt. In dat geval geldt dat het domein niet van toepassing is of geen belang heeft, en wordt de score '0' gegeven.

De domeinen moeten beoordeeld worden in de context van een gezondheidsprobleem. Informatie die geen verband houdt met de gezondheid van de persoon, moet daarom niet worden gescoord.

De standaardtijdsduur voor de beoordeling is de afgelopen 30 dagen, onafhankelijk van of deze periode representatief is voor de situatie van de persoon.

30 dagen

ICF Component d: Activiteiten en Participatie		Bepaling in afzetting/ beef moete met
H000 SJK	Waren er de laatste 30 dagen moeilijkheden met	† Wel de mate van beperking in: 1. Geen/niet 2. Licht 3. Matig 4. Ernstig 5. Inledig
TUSSENMENSELIJKE INTERACTIES EN RELATIES	Het aangaan en onderhouden van: <u>d770</u> intieme relaties «Had u moeilijkheden met uw partner? (of er moeite mee dat u geen partner had?)	_____
	<u>d7600</u> ouder-kind relaties «Waren er moeilijkheden in de omgang met uw kind(eren)? † Let op tekenen van verwaarlozing, misbruik.	_____
	<u>d750, d760</u> informele sociale relaties en familierelaties «Had u moeilijkheden met familie of met vrienden?	_____
	<u>d740</u> formele relaties «Had u moeilijkheden in de omgang met uw werkgever, deskundigen, dienstverleners of zorgverleners?	_____
	<u>d730-d720</u> Algemene tussenmenselijke interacties «Had u moeite om contact met andere mensen te maken of met andere mensen om te gaan?	_____
BELANGRIJKE LEVENSGEREEDEN	<u>d830-d850</u> Opleiding, beroep en werk «Had u moeilijkheden met werk of met het volgen van onderwijs?	_____
	<u>d820</u> Economische zelfstandigheid «Had u moeite in uw dagelijks levensonderhoud te voorzien, kunt u geld tekort?	_____
MAATSCHAPPELIJKE, SOCIAAL EN BURGERLIJKE LEVEN	<u>d920</u> Recreatie en vrije tijd «Had u moeite met het vinden of besteden van vrije tijd, bijvoorbeeld om te ontspannen of te sporten?	_____
	<u>d930</u> Religie en spiritualiteit «Had u moeilijkheden met het meedoen aan religieuze of spirituele bijeenkomsten of organisaties in kader van zelfontplooiing het zoeken naar zingeving, religieuze of spirituele waarden?	_____
HUISHOUDEN	<u>d610</u> Verwerven en behouden van woonruimte «Had u gebrek aan onroerend of had u andere problemen met huurvesting?	_____
	<u>d620-d640</u> Huishoudelijke taken «Had u moeite met huishoudelijke taken, zoals inkopen doen, het bereiden van maaltijden of het huishouden doen?	_____

T
30 dagen

ICF Component d: Activiteiten en Participatie		Beperking in uitvoering/ hoeveel moeite kost
HOOFD STUK	Waren er de laatste 30 dagen moeilijkheden met	1 Val de mate van beperking in: a. Gevoel v. Licht z. Warmte p. Eten d. Blijdschap
ZELFVERZORGING	<u>d510, d520, d540</u> Persoonlijke verzorging «Had u moeite met persoonlijke verzorging, zoals jezelf wassen, uw lichaam verzorgen of jezelf kleden?»	_____
	<u>d5700</u> Zich verzekeren van fysiek comfort «Had u er moeite mee voor een veilige slaapplek of voor beschermende kleding te zorgen?»	_____
	<u>d5701</u> Zorg dragen voor voeding en fitheid «Had u er moeite mee om gezond te eten en te drinken of om voor uw lichamelijke conditie te zorgen?»	_____
	<u>d5702a</u> Verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg «Had u moeite medische adviezen op te volgen of mee te werken aan behandeling? Vermoed u naar de dokter te gaan, ook al was het nodig?»	_____
	<u>d5702b</u> Beschermen tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag «Liep uw gezondheid gevaar door riskant gedrag? Had u onbeschermd seksueel contact met wisselende partners of nam u onder invloed aan het verkeer deel of, als u drugs gebruikte, gebruikte u vuile spuiten?»	_____
ALGEMENE TAKEN EN EISEN	<u>d130</u> Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen «Had u moeite met het plannen, regelen of voltooien van dagelijkse activiteiten?»	_____
	<u>d140</u> Omgaan met stress en andere mentale eisen «Had u moeite in lastige situaties met stress om te gaan of om te gaan met druk als er veel van u gevraagd werd?»	_____
LEREN EN TOEPASSEN VAN KENNIS	<u>d1</u> Leren en toepassen van kennis «Had u moeite om iets nieuws te leren of om problemen op te lossen of om beslissingen te nemen?» † Kan veroorzaakt worden door lage intelligentie maar ook door cognitieve stoornissen of emotionele stoornissen. Geef uw algemene indruk.	_____

Q

De volgende vragen gaan over gedachten en gevoelens over [—middel/gedrag—] en over het wel gebruiken en niet gebruiken.

De vragen gaan uitsluitend over de laatste 7 dagen. Beantwoord de vragen dus op grond wat u de afgelopen week heeft gedacht, gevoeld en gedaan. Omcirkel het cijfer voor het antwoord dat het meest op je van toepassing is.

T
7 dagen

[—middel/gedrag—] =  _____

1 Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?

- ☐ Geen.
- 1 Minder dan 1 uur per dag.
- 2 1-3 uur per dag.
- 3 4-8 uur per dag.
- 4 Meer dan 8 uur per dag.

2 Hoe vaak treden deze gedachten op?

- ☐ Nooit.
- 1 Minder dan 8 keer per dag.
- 2 Meer dan 8 keer per dag, maar het grootste deel van de dag treden deze gedachten niet op.
- 3 Meer dan 8 keer per dag en vrijwel alle uren van de dag.
- 4 Het aantal keren dat ik deze gedachten heb is niet te tellen en er gaat vrijwel geen uur voorbij zonder er aan te denken.

3 Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met gebruiken?

- ☐ Niet vervelend of storend.
- 1 Enigszins vervelend, maar niet te vaak en niet al te storend.
- 2 Nogal vervelend, regelmatig en storend, maar nog wel te hanteren.
- 3 Vervelend, vaak en erg storend.
- 4 Zeer vervelend, bijna voortdurend en zeer storend.

4 Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten?

(Het gaat erom aan te geven hoeveel moeite u doet, niet of het u lukt of niet.)

- ☐ Als ik zulke gedachten al heb, doe ik altijd moeite ze tegen te gaan.
- 1 Ik doe meestal moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
- 2 Ik doe soms moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
- 3 Ik doe geen moeite om ze tegen te gaan, maar ik geef er met tegenzin aan toe.
- 4 Ik geef me volledig en uit vrije wil over aan deze gedachten.

5 Hoe sterk is de drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken?

- ☐ Ik heb geen drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 1 Ik heb enige drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 2 Ik heb een sterke drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 3 Ik heb een zeer sterke drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 4 De drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken is overweldigend.



Q

Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de laatste week voor u van toepassing was door een nummer te omcirkelen.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk.

De nummers hebben deze betekenis:

0 = Helemaal niet of nooit van toepassing

1 = Een beetje of soms van toepassing

2 = Behoorlijk of vaak van toepassing

3 = Zeer zeker of meestal van toepassing

Helemaal
niet of
nooit van
toepassing

Een beetje
of soms van
toepassing

Behoorlijk
of vaak van
toepassing

Zeer zeker of
meestal van
toepassing

1 Ik vond het moeilijk mezelf te kalmeren

0

1

2

3

2 Ik merkte dat mijn mond droog aanvoelde

0

1

2

3

3 Ik was niet in staat om ook maar enig positief gevoel te ervaren

0

1

2

3

4 Ik had moeite met ademen (bijvoorbeeld overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen)

0

1

2

3

5 Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te gaan doen

0

1

2

3

6 Ik had de neiging om overdreven te reageren op situaties

0

1

2

3

7 Ik merkte dat ik beefde (bijvoorbeeld met de handen)

0

1

2

3

8 Ik was erg opgefokt

0

1

2

3

9 Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek zou raken en mezelf belachelijk zou maken

0

1

2

3

10 Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken

0

1

2

3

11 Ik merkte dat ik erg onrustig was

0

1

2

3

12 Ik vond het moeilijk me te ontspannen

0

1

2

3

13 Ik voelde me somber en zwaarmoedig

0

1

2

3

14 Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen

0

1

2

3

15 Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte

0

1

2

3

16 Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden

0

1

2

3

17 Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel

0

1

2

3

18 Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was

0

1

2

3

19 Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande (bijvoorbeeld het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart)

0

1

2

3

20 Ik was angstig zonder enige reden

0

1

2

3

21 Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had

0

1

2

3

Algemeen door: 

Datum intake:

d	d	m	m	y	y
---	---	---	---	---	---

Persoonsnummer:

--	--	--	--	--	--

Module	Score	Scoring en berekening	Bereik min max	Uitslag	Drempel waarde [MD]: gebruikt voor MATE dimensiescore
5. Lichamelijke klachten	Lichamelijke klachten [S5.1]	Som van de 10 itemscores.	0 – 40	_____	
7 MATE-IC	Beperkingen - Totaal [S7.1]	Som van de scores op de 19 beperkingitems.	0 – 76	_____	
	Beperkingen - Basis [S7.2]	d600 Verwerven en behouden van woonruimte; d820-d840 Huishoudelijke taken; d510,d510,d540 Persoonlijke verzorging; d5700 Zich verzekeren van fysiek comfort; d5701 Zorg dragen voor voeding en fitheid; d5702a Verkrijgen en opvolgen van advies en behandeling van de gezondheidszorg; d5702b Beschermen tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag; d130 Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen	0 – 32	_____	≥ 12[MD]
	Beperkingen - Related [S7.3]	d770 interne relaties; d7600 ouder-kind relaties; d750,d760 informele sociale relaties en familierelaties; d740 formele relaties; d710-d720 Algemene tussenmenselijke interacties	0 – 10	_____	
Q1. Middelen: Verlangen	Verlangen [SQ1.1]	Som van de 5 itemscores.	0 – 10	_____	≥ 12[MD]
Q2. Depressie, Angst en Stress	Depressie [SQ2.1]	Som van de 7 itemscores (#5,#5,#10,#13,#16,#17,#21). Vermenigvuldig de som met 1.	0 – 41	_____	≥ 21
	Angst [SQ2.2]	Som van de 7 itemscores (#2,#4,#7,#9,#15,#19,#20). Vermenigvuldig de som met 1.	0 – 41	_____	≥ 15
	Stress [SQ2.3]	Som van de 7 itemscores (#1,#6,#8,#11,#12,#14,#18). Vermenigvuldig de som met 1.	0 – 41	_____	≥ 26
	Depressie Angst Stress - Totaal [SQ2.4]	Som van SQ2.1, SQ2.2 en SQ2.3.	0 – 126	_____	≥ 60[MD]