

# Evaluatie van verslavingsbehandelingen

---

Middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij voorafgaand aan de behandeling en negen maanden na de intake.

**Jorieke Boensma**

**S1235893**

Masterthese Positieve Psychologie en Technologie

Eerste begeleider: Marloes Postel

Tweede begeleider: Hester Trompetter

Externe begeleider: Martine Fledderus

## Samenvatting

**Achtergrond:** Verslaving heeft grote gevolgen voor cliënten, maar ook voor hun omgeving en de maatschappij in het algemeen. Veel cliënten krijgen na hun behandeling te maken met een terugval, waardoor het van belang is om een langetermijnevaluatie te doen. Het doel van het onderzoek is het evalueren van de verslavingsbehandelingen, kijkend naar middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij bij de intake en negen maanden na de intake.

**Methode:** In een naturalistische studie werden data van cliënten, verkregen uit de Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) vragenlijsten met elkaar vergeleken. 515 Cliënten, bij wie in de periode van 01-09-2012 tot 01-07-2013 een MATE bij de intake en negen maanden later een MATE uitkomsten vragenlijst werd afgenomen werden meegenomen in de studie. De twee meetmomenten werden met elkaar vergeleken door middel van Paired Sample T-tests, waarbij gekeken werd naar de primaire uitkomstmaat middelengebruik en secundaire uitkomstmaten lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij. Ten slotte is met behulp van de Chi-kwadraattoets bekeken of het aantal cliënten dat binnen de richtlijn van verantwoord drinken toegenomen is en of er minder sprake was van excessief alcohol- en nicotinegebruik.

**Resultaten:** Het middelengebruik voor alcohol-, nicotine-, cannabis-, gok- en cocaïneverslaving is significant afgenomen. Zo nam alcoholgebruik af van 250.33 standaardglazen naar 59.40 per maand. Cliënten dronken daarnaast vaker binnen de richtlijn van verantwoord drinken, namelijk 17.8% bij de intake ten opzichte van 71.4% bij de negen maandenmeting. Cliënten hadden daarnaast minder last van lichamelijke klachten, waaronder gebrek aan eetlust en trillen. Ten slotte was er significante verbetering met betrekking tot deelname aan de maatschappij na negen maanden.

**Conclusie:** Cliënten die een verslavingsbehandeling bij Tactus hebben gevolgd lieten verbeterde resultaten zien met betrekking tot middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij. Voor vervolgonderzoek is het belangrijker om een aanvullende instructie te hebben om de MATE in te vullen, zodat het geschikter is voor onderzoek. Een langere instroomperiode zou er voor kunnen zorgen dat de samplegroep voor minder voorkomende verslavingen groter wordt, waardoor analyses betrouwbaarder worden.

## Abstract

**Background:** Addiction has major consequences for clients, as well as for the people around them and society in general. The high relapse percentage for addiction makes long term evaluation important. The aim of this study is to evaluate addiction treatments at the beginning and nine months after the intake, with a focus on substance use, physical health, and participation with society.

**Method:** In a naturalistic study, data obtained from Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) questionnaires were compared. 515 clients, each having filled out a MATE questionnaire between 01-09-2012 and 01-07-2013 upon intake and an extra MATE questionnaire nine months later, were included. The results of the questionnaires from the intake were compared to the results of the questionnaires post nine months by executing Paired Sample T-tests. The primary focus was substance use with a secondary focus on physical health and participation with society. Finally, a chi-square tests was performed to see if the amount of people that drank within the range of safe drinking behavior had increased and if the amount of people that drank or smoked excessively had decreased.

**Results:** It was found that the substance use for alcohol-, nicotine-, cannabis-, gambling,- and cocaine were significantly decreased. For alcohol use, the average decreased from 250.33 standard units to 59.40 per month. Additionally, clients drank more often within the range of safe drinking behavior: 17.8% at the intake compared to 71.4% at nine months. Clients had fewer physical health issues, i.e. restored appetite and less trembling. Finally, participation with society significantly improved after nine months.

**Conclusion:** Clients who participated in a treatment at Tactus Addiction Center, showed improved results in regards to substance use, physical health, and participation with society. For future research it is important to have clear additional instructions for social workers to carry out MATE questionnaires; this would make it more compatible for research. In order to get a larger sample of people, to include those that are addicted to less common addictions; and with that gain more reliable results, the period in which clients can be included in this study should be extended.

## Inhoudsopgave

	Bladzijde
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introductie.....	5
1.2 Definitie van verslaving.....	5
1.3 Gevolgen van verslaving.....	6
1.4 Effectiviteit verslavingsbehandelingen.....	6
1.5 Langetermijneffecten van verslavingsbehandelingen.....	8
1.6 Effect op lichamelijke klachten.....	8
1.7 Effect op deelname aan de maatschappij.....	9
1.8 Doel van het onderzoek.....	10
1.9 Onderzoeksvraag en hypothesen.....	10
<b>2. Methode</b> .....	<b>12</b>
2.1 Respondenten.....	12
2.2 Design.....	12
2.3 Interventie.....	12
2.4 Procedure.....	13
2.5 Variabelen en meetinstrumenten.....	14
2.6 Statistische analyse.....	16
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>18</b>
3.1 Karakteristieken van de respondenten .....	18
3.2 Middelengebruik.....	19
3.3 Lichamelijke klachten.....	25
3.4 Deelname aan de maatschappij.....	28
<b>4. Discussie</b> .....	<b>30</b>
4.1 Belangrijkste bevindingen.....	30
4.1.1 Middelengebruik.....	30
4.1.2 Lichamelijke klachten.....	30
4.1.3 Deelname aan de maatschappij.....	31
4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	32
4.3 Aanbevelingen.....	34
4.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk.....	34
4.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	34
4.4 Conclusie.....	35
<b>5. Referenties</b> .....	<b>36</b>

## Inleiding

### *Introductie*

In Nederland heeft 19,1% van de bevolking ooit in hun leven aan een middelenstoornis geleden (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). In 2013 gold voor 13,5% van de Nederlandse bevolking dat zij leden aan een verslaving, waarbij slechts door 65.679 mensen hulp gezocht werd voor hun verslaving. Bijna de helft van de hulpvragen, 46,2%, had betrekking tot alcohol. Cannabis werd door 15,9% aangegeven als primaire problematiek, gevolgd door opiaten met 14,9% (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2014). Het lage aantal hulpzoekenden is kenmerkend voor de verslavingszorg (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004). Om cliënten te stimuleren hulp te zoeken voor hun verslaving, is het van belang dat de behandelingen tot goede resultaten leiden. Op die manier krijgen cliënten mogelijk meer vertrouwen in een goed resultaat, waardoor ze eerder hulp zoeken. Het chronische karakter van verslaving maakt dat het belangrijk is om ook op langere termijn te evalueren. Het huidige onderzoek richt zich daarom op de evaluatie van verslavingsbehandelingen, uitgevoerd door Tactus Verslavingszorg, negen maanden na de start van de behandeling. Dit wordt bepaald door te kijken naar middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij.

### *Definitie van verslaving*

In de DSM-IV zijn de criteria vastgelegd voor 'stoornissen in het gebruik van middelen' en 'pathologisch gokken'. Onder middelen worden onder meer alcohol, cannabis, opiaten en stimulerende middelen verstaan. De DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) spreekt van een middelenstoornis wanneer er onder meer sprake is van het nemen van een steeds grotere hoeveelheid van het middel of voor langere tijd dan bedoeld was, het willen stoppen met het gebruik, maar dit niet kunnen, het hebben van een sterk verlangen naar het gebruik van het middel en tolerantie. Er treden vaak ontwenningverschijnselen op wanneer er geprobeerd wordt te stoppen. Tevens is er sprake van continuering van het gebruik, ondanks de gevolgen die het heeft voor werk, school, de thuissituatie of relaties met anderen. Vooral nog is gameverslaving nog niet officieel vastgelegd in de DSM. Wel wordt Internet Gaming Disorder benoemd als mogelijke toevoeging in de DSM-VI (Petry & O'Brien, 2013).

### *Gevolgen van verslaving*

Een verslavingsprobleem kan vergaande gevolgen hebben, zowel op individueel als maatschappelijk niveau. Het gebruik van alcohol, drugs en roken verhoogt het risico op verschillende ziektes en kan zelfs de dood tot gevolg hebben. Ook wordt het risico op depressie en suïcide verhoogd door het gebruik van deze middelen. Naast lichamelijke en psychische gevolgen, heeft verslaving ook gevolgen op sociaal gebied (Ezzati, Lopez, Rodgers, Vander Hoorn & Murray, 2002). Onder meer familieleden ondervinden negatieve gevolgen van verslaving. Zo is de kans groter dat familieleden stress ervaren en heeft het een negatief effect op het fysieke en psychologische welzijn van familieleden wanneer verslaving in de directe familie voorkomt (Orford, Copello, Velleman & Templeton, 2010). Overmatig alcoholgebruik leidt daarnaast tot hoge kosten voor de Nederlandse samenleving. In 2011 werden de kosten van alcoholverslaving geschat op 3,7 miljard euro. Deze kosten hadden betrekking op werk, misdrijven en overtredingen, verslavingszorg en gezondheidszorg (Nationale Drug Monitor, 2014). Hierbij zijn de kosten van andere verslavingen nog niet meegenomen.

### *Effectiviteit verslavingsbehandelingen*

Binnen de verslavingszorg kan gekozen worden voor een verscheidenheid aan behandel mogelijkheden. Zo kan er ambulante of klinische behandeling worden en zowel individueel als in groepsverband. Veelgebruikte therapievormen bij de behandeling van verslaving zijn motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (Suijkerbuijk, Van Gils, De Wit, 2014).

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek waarbij het stimuleren van verandering centraal staat. De cliënt moet zelf tot gedragsverandering komen en dient, met behulp van motiverende gesprekstechnieken gebruikt door de hulpverlener, erachter te komen hoe dit gewenste gedrag tot stand kan worden gebracht (Miller & Rollnick, 2002). Het wordt bij veel verslavingsbehandeling in grote of minder grote mate toegepast en blijkt effectief te zijn. Bewijs dat het effectief blijkt te zijn, is voornamelijk gerelateerd aan de grotere verbondenheid met de behandeling en de resultaten met betrekking tot probleemdrinken, riskant drinkgedrag, roken, marijuana gebruik en heroïne afhankelijkheid. Ook worden de protocollen tijdens de behandeling beter nageleefd (Raistrick & Tober, 2006). Vooral vlak na de behandeling en tot zes maanden later lijkt een behandeling met motiverende gespreksvoering effectiever te zijn dan geen behandeling (Smedslund et al., 2011). Ondanks dat motiverende gespreksvoering ook zonder combinatie met andere vormen van behandelen

effectief lijkt te zijn, lijkt een combinatie van motiverende gespreksvoering met een andere vorm des te effectiever. Zo is er sprake van een grotere effectiviteit wanneer motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met opname in de kliniek (Bien, Miller & Borough, 1993; Brown & Miller, 1993) en wanneer er gepersonaliseerde feedback wordt gegeven (Juarez, Walters, Daugherty & Radi, 2006; Walters, 2000; Walters, Vader, Harris, Field & Jouriles, 2009).

Om gedragsverandering tot stand te brengen wordt veelal gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie. Er wordt gekeken welke vaardigheden nodig zijn om nieuw gedrag, abstinentie of gecontroleerd gebruik teweeg te brengen. De aandacht gaat hierbij uit naar verlangen en gedachten van de cliënt en gedrag om de kans op het gebruik te verminderen (Raistrick & Tober, 2006). Cognitieve gedragstherapie blijkt een effectieve methode te zijn bij de behandeling van verslaving. Een review toont aan dat er na behandeling met cognitieve gedragstherapie een significante afname in middelengebruik was. Dit geldt voor zowel individuele therapie, groepstherapie als familietherapie (Waldron & Turner, 2008). Ook bij alcoholproblematiek wordt cognitieve gedragstherapie als één van de meest effectieve behandelingen gezien (Brink, Bueren & Drenthen, 2009) en wordt het succesvol toegepast bij zowel gokverslaving (Oakley-Browne, Adams & Mobberley, 2000) als internet- of gameverslaving (Young, 2007). De behandeling voor internet- of gameverslaving was ook na zes maanden nog effectief: de meeste cliënten maakten direct na de behandeling en zes maanden later niet meer problematisch gebruik van internet en games.

Onderzoek toont aan dat een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie het meest effectief blijkt te zijn (Miller & Rollnick, 2002). Ook ander onderzoek toonde aan dat de combinatie van beide een reductie in cannabisgebruik teweegbracht (Danis, Lavie, Fatséas & Auriacombe, 2006) .

Naast het effect van de behandelingen op de cliënt toont onderzoek (Suijkerbuijk, et al., 2014) ook aan dat veel ambulante behandelingen (onder andere screening, korte interventie en cognitieve gedragstherapie) voor alcohol en drugs kostenbesparend en kosteneffectief zijn. Hiermee wordt bedoeld dat de verhouding tussen de kosten van de behandeling en wat het effect ervan op de cliënt is positief is. Mensen hebben na behandeling gemiddeld een hogere levensverwachting of hebben een betere kwaliteit van leven. Daarnaast nemen ook de kosten binnen en buiten de gezondheidszorg af.

### *Langetermijneffecten van verslavingsbehandelingen*

Veelal wordt bij onderzoeken gekeken naar de effecten vlak na de behandelingen. Er zijn echter een aantal onderzoeken gedaan om te bepalen of de effecten stand kunnen houden na een aantal maanden. Zo toont onderzoek (Orford, 2005) aan dat motiverende gespreksvoering bij alcoholverslaving naast meteen na de behandeling, ook twaalf maanden na de start van de behandeling nog effectief is. In dit onderzoek zijn cliënten meegenomen die ouder waren dan zestien jaar en die alcoholgebruik als primaire probleem hadden. Er werd gekeken of er een verschil was in effectiviteit tussen sociale vaardigheidstraining en motiverende gespreksvoering. Alcoholgebruik was significant lager dan voorafgaand aan de behandeling (afname van 45%) en bleef vrijwel gelijk ten opzichte van vlak na de behandeling, toen er nog een afname van 48% was. Dit gold voor zowel de sociale vaardigheidstraining als motiverende gespreksvoering. Ander onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en het twaalf stappen model na twaalf maanden nog steeds effectief zijn. Alcoholgebruik nam bij de drie therapieën significant af (Project Match Research Group, 1998). Cognitieve gedragstherapie is ook in andere onderzoeken succesvol gebleken om alcohol- en cannabisgebruik af te laten nemen (Kaminer, Burlison & Goldberger, 2002; Latimer, Winters, D'Zurilla & Nichols, 2003). Weer ander onderzoek (Ouimette, Finney & Moos, 1997) toont aan dat het twaalf stappen model en cognitieve gedragstherapie beide zorgen voor een significante verbetering in gebruik van alcohol, cocaïne, opiaten, sedativa, heroïne, amfetamine en cannabis twaalf maanden na de behandeling. Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten die enkel het twaalf maanden model gevolgd hebben zich vaker volledig onthouden van het gebruik van het middel dan wanneer cognitieve gedragstherapie gecombineerd wordt met het model. De combinatie van het twaalf stappen model en cognitieve gedragstherapie zorgt echter voor even veel reductie in gebruik als het twaalf stappen model op zichzelf.

### *Effect op lichamelijke klachten*

Onderzoek toont aan dat cliënten de reductie van lichamelijke klachten als belangrijk doel van de behandeling beschouwen (Joosten, De Weert-Van Oene, Sensky, Van der Staak & De Jong, 2011). Vooral nog heeft onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen zich voornamelijk gericht op het reduceren van middelengebruik en mentale klachten. Een review gericht op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij alcoholverslaving toont aan dat behandelingen zorgen voor een reductie in lichamelijke klachten (Levola, Aalto, Holopainen,



& Pitkänen, 2014). Een groot deel van de studies genoemd in de review waren longitudinaal, waarbij er een interventie gedaan is. Twee studies toonden aan dat een lagere fysieke gezondheid veroorzaakt werd door alcoholafhankelijkheid en vier studies lieten een correlatie zien tussen fysieke klachten en alcoholgebruik. Uit zeven studies bleek dat de lichamelijke gezondheid verbeterd was vlak na de behandeling, waarbij uit vier van de studies bleek dat de verbetering optrad door de vermindering in alcoholgebruik. Ook op langetermijn hield deze verbetering in lichamelijke gezondheid stand. Naast alcoholgebruik heeft een pilotstudie ook aangetoond dat lichamelijke klachten afnamen na behandeling voor cliënten met een verslaving aan opiaten (Collins et al., 2009).

Lichamelijke klachten zijn gebruikelijk bij verslaving. Uit onderzoek (Keaney et al., 2011) bleek dat 76% van de 252 patiënten uit dat onderzoek in elk geval één lichamelijke klacht had dat gerelateerd was aan verslaving en 51% had twee of meer lichamelijke klachten. Lichamelijke klachten voor alcohol- en drugsverslaving hadden vooral betrekking tot cardiovasculaire problemen, neurologisch, gastro-intestinale en leverklachten en ademhalingsklachten. Cocaïnegebruik kan onder meer gepaard gaan met pijn op de borst, kortademigheid (Delchev et al., 2014) en verslapping van de spieren (Lingford-Hughes & Clementi, 2008). Tevens kan GHB ertoe leiden dat de persoon begint te trillen, evenals onthouding van onder meer alcoholgebruik (Lingford-Hughes & Clementi, 2008).

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat mensen die meer drinken, meer lichamelijke klachten hebben (Ransdell & Wells, 1998; Ezzati et al., 2002). Doordat cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering effectief zijn om gebruik van een middel te reduceren, wordt verwacht dat lichamelijke klachten ook afnemen naarmate het gebruik van het middel minder wordt.

### *Effect op deelname aan de maatschappij*

Een verslaving heeft gevolgen voor de deelname aan de maatschappij van de cliënt. Onderzoek (Morgan, Landron & Lehert, 2004) toont aan dat mensen die lijden aan een alcoholverslaving aangeven zich beperkt te voelen op gebied van sociaal functioneren. Ook blijkt dat ze activiteiten minder goed uit kunnen voeren door hun gezondheid, zowel psychisch als mentaal. Ditzelfde onderzoek toont aan dat behandeling ervoor zorgt dat cliënten minder hinder ondervinden op deze gebieden. Ze hebben minder het gevoel beperkt te worden door hun verslaving. Eerder genoemde review (Levola et al., 2014) toont aan dat behandeling en abstinentie of minder drinken zorgt voor een verbetering in het algemeen functioneren van de cliënt bij een follow-up meting. Uit acht studies bleek dat er een relatie

was tussen algemeen functioneren en alcoholafhankelijkheid. Deze review toont ook aan dat sociaal functioneren verbetert na behandeling. Bij een aantal behandelingen werden er enkel medicijnen toegepast, terwijl er bij andere enkel psychosociale therapie of een combinatie gebruikt werd. Voor alle behandelingen gold dat er een verbetering was in sociaal functioneren.

Ander onderzoek (Hussaarts, Roozen, Meyers, Van De Wetering & McCrady, 2012) toont aan dat verslaving een grote impact heeft op het familieleven. Zo heeft het een negatieve invloed op het huwelijk en kan de ouder-kind relatie aangetast worden door de verslaving. Daarnaast kan de rol van de persoon die aan een verslaving lijdt binnen het gezin vaak minder goed uitgevoerd worden. Ten slotte toont onderzoek (Hambley, Arbour & Sivagnanasundaram, 2010) aan dat een reductie in alcoholgebruik leidt tot een betere relatie tot zichzelf en anderen en een verbetering van het functioneren in het dagelijkse leven. Dit betekent dat, indien de behandeling effectief is voor de reductie in middelengebruik, het er mogelijk voor kan zorgen dat het functioneren in het dagelijkse leven en de relatie tot zichzelf en anderen ook verbeteren.

#### *Doel van het onderzoek*

Ondanks dat een behandeling op korte termijn effectief kan zijn, krijgen veel cliënten te maken met een terugval. Positieve resultaten vlak na de behandeling, betekenen daardoor nog niet dat de behandeling effectief is geweest om de cliënten van hun verslaving af te helpen. Doel van dit onderzoek is om een negen maanden evaluatie te doen van de behandelingen die Tactus Verslavingszorg uitvoert. Hierbij wordt gekeken of er een verschil is tussen gemeten variabelen aan het begin van de behandeling ten opzichte van negen maanden na de start van de behandeling. Focus ligt hierbij op middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij.

#### *Onderzoeksvraag en hypothesen*

De onderzoeksvraag van het onderzoek is: *In hoeverre is er negen maanden na de start van de behandeling verschil met de intake met betrekking tot middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij na deelname aan een verslavingsbehandeling van Tactus Verslavingszorg?*

De hypothesen voor dit onderzoek zijn:

- (Ex-)cliënten gebruiken negen maanden na deelname aan de behandeling significant minder middelen dan voorafgaand aan de behandeling.

- (Ex-)cliënten hebben negen maanden na deelname aan de behandeling minder lichamelijke klachten dan voorafgaand aan de behandeling.

- (Ex-)cliënten hebben negen maanden na deelname minder moeite om deel te nemen aan de maatschappij.

-(Ex-)cliënten drinken negen maanden na deelname aan de behandeling vaker binnen de richtlijnen van verantwoord drinken dan voorafgaand aan de behandeling.

- Er is een positieve correlatie tussen lichamelijke klachten en middelengebruik.

## Methode

### *Respondenten*

De respondenten in het onderzoek waren (ex-)cliënten die in de periode van 01-09-2012 tot 01-07-13 een intake hebben gehad bij Tactus Verslavingszorg. Hierbij werden alle soorten verslavingen meegenomen en werd ook elke soort behandeling meegenomen. Cliënten dienden na de intake in ieder geval twee handelcontacten te hebben gehad. De cliënt moest 18 jaar of ouder zijn op het moment van de intake en wanneer een cliënt een nieuwe intake startte, dan moest een eventuele behandeling bij Tactus langer dan drie maanden geleden zijn geweest. Alleen cliënten werden meegenomen in het onderzoek: partners van cliënten werden uitgesloten. Ten slotte ging het om behandelingen op de locaties Enschede, Almelo, Apeldoorn en Deventer.

Het oorspronkelijke databestand bestond uit 932 cliënten. Deze cliënten zijn in behandeling geweest bij Tactus Verslavingszorg en hebben allemaal in elk geval de intake afgerond, waarbij een vragenlijst is ingevuld. Voor dit onderzoek werden alleen de data van de cliënten gebruikt die naast de vragenlijst tijdens de intake, ook negen maanden na de start van de behandeling de vragenlijst hadden ingevuld. Hierbij werd een marge van zes weken voor en na die datum gehanteerd. Na deze selectie waren er nog 515 cliënten overgebleven voor het onderzoek.

### *Design*

Het onderzoek was een naturalistische studie. De resultaten waren afkomstig uit een praktijk sample, waarbij er bij cliënten bij de intake en na negen maanden een vragenlijst werd afgenomen. De ingevulde vragenlijsten werden samengevoegd tot een databestand, waarna dit originele databestand geanalyseerd werd om verschillen te ontdekken tussen de intake en follow-upmeting.

### *Interventie*

De behandelingen bij Tactus Verslavingzorg zijn gericht op diverse verslavingen. Er vinden zowel ambulante als klinische behandelingen plaats, individueel of in groepsverband. Ook kan gekozen worden voor een nazorgtraject, indien de cliënt dit wenst.

Aan het begin van de behandeling werd door een intake team de MATE afgenomen met de cliënt. (Schipper, Broekman & Buchholz, 2007). De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een vragenlijst die ervoor dient om kenmerken van de cliënt vast

te stellen om op die manier een indicatie te kunnen stellen voor zorg en behandeling van de cliënt en ter evaluatie van de zorg en behandeling die al verleend is. Op die manier kan er inzicht verkregen worden in de kwaliteit en de uitkomsten van de behandelingen die uitgevoerd worden.

Afhankelijk van de ernst van de verslaving, ernst van de comorbide psychopathologie, ernst van de sociale desintegratie en een mogelijke eerdere behandeling wordt een advies gegeven over de zorgzwaarte van de behandeling. Indien de cliënt niet of slechts één keer behandeld is voor verslaving en de scores op ernst van de verslaving, ernst van comorbide psychopathologie en ernst van sociale desintegratie niet hoog zijn, dan wordt geadviseerd om een korte ambulante behandeling te volgen. Indien de cliënt drie, vier of vijf keer behandeld is of de scores op ernst van de verslaving, comorbide psychopathologie en sociale desintegratie hoog zijn, dan wordt de cliënt doorverwezen naar dagbehandeling of klinische behandeling. De cliënt wordt verwezen naar de reguliere ambulante behandeling wanneer de score op ernst van de verslaving of ernst van comorbide psychopathologie hoog is, terwijl ernst van sociale desintegratie laag is. Ook wanneer de cliënt al twee keer eerder is behandeld wordt de ambulante behandeling geadviseerd. Ten slotte wordt langdurige zorg geadviseerd als de cliënt meer dan vijf keer eerder is behandeld, ongeacht de scores op de ernst (Schipper, Broekman, Buchholz, 2011).

Wanneer bepaald is welke behandeling geschikt is voor de cliënt, wordt de cliënt doorverwezen naar een hulpverlener. Er worden, samen met de cliënt, vooraf doelen opgesteld, waar vervolgens naartoe gewerkt wordt tijdens de behandeling.

### *Procedure*

Voor de evaluatie van de behandeling is gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode. Voorafgaand aan de behandeling is voor de intake de MATE ingevuld. Hierbij werden cliënten tevens geïnformeerd dat verkregen data mogelijk geanonimiseerd gebruikt zouden kunnen worden voor onderzoek. De MATE werd afgenomen en ingevuld door het intake team van Tactus Verslavingszorg. De vragen werden volgens het protocol gesteld aan de cliënten, die antwoord gaven zodat dit ingevuld kon worden door de hulpverlener. Op basis van de resultaten uit de intake werd de cliënt toegewezen aan een hulpverlener en werd het behandeltraject gestart. Een projectleidster die bijhield welke cliënten onderdeel uit zouden maken van het onderzoek gaf op locatie aan de hulpverlener aan van welke cliënten een extra 'MATE uitkomst' afgenomen moest worden na negen maanden. Vervolgens werden deze MATEs opnieuw afgenomen en ingevuld. De data zijn verzameld

op het systeem van Tactus Verslavingszorg en omgezet naar een SPSS bestand. De verkregen data zijn geanonimiseerd, zodat de gegevens niet te herleiden waren naar individuele personen.

### *Variabelen en meetinstrumenten*

Om de verslavingsbehandelingen na negen maanden te evalueren, is gekeken naar een aantal variabelen. De primaire uitkomstmaat was daarbij het verschil in middelengebruik. Als secundaire uitkomstmaten is gekeken naar het verschil in lichamelijke klachten en de mate van deelname aan de maatschappij voorafgaand aan de behandeling en negen maanden na de start van de behandeling.

Het gebruikte meetinstrument was de MATE 2.0 (Schippers et al., 2007). De MATE is bedoeld als instrument om patiëntkenmerken vast te stellen bij verslaving. Onderzoek toont aan dat de MATE-ICF, een onderdeel van de MATE, een goede inter-rater betrouwbaarheid heeft, namelijk tussen de 0.75 en 0.92. De interviewer-betrouwbaarheid is echter tussen de 0.34 en 0.73, wat aantoont dat er nog verbetering noodzakelijk is voor bepaalde subschalen. De subschalen met een lage interviewer-betrouwbaarheid zijn echter niet meegenomen in het onderzoek. Verder blijkt dat de MATE valide is voor het gebruik bij verslaving (Schippers et al., 2010).

In het databestand stonden alle afgenomen MATES van de cliënten. Deze zijn voor alle cliënten op verschillende momenten afgenomen. Iedere cliënt had één of meerdere MATES ingevuld, met een maximum van acht MATES. Om de negen maanden meting te vinden, moest eerst de vragenlijst gezocht worden die negen maanden na de start van de behandeling afgenomen is. Hierbij werd een range van drie weken voor en drie weken na negen maanden gehanteerd. Om te bepalen wat de negen maanden meting was, werd het verschil tussen de datum van de start van de behandeling en de datum van afname van de MATES berekend.

### Primaire uitkomstmaat: middelengebruik

In het eerste deel van de MATE is gevraagd naar het middelengebruik. Hierbij werden de volgende middelen uitgevraagd: alcohol, nicotine, cannabis, opiaten, cocaïne, stimulantia, ecstasy, andere middelen, sedativa en gokken. Er werd gevraagd op hoeveel dagen in de afgelopen 30 dagen het middel gebruikt werd en hoeveel er van het middel gebruikt is. Ook is het totaal aantal jaren van regelmatig gebruik uitgevraagd en werd de eenheid uitgevraagd.

Secundaire uitkomstmaten: Lichamelijk welzijn en deelname aan de maatschappij.

Om het lichamelijk welzijn te meten werd gebruik gemaakt van de MAP-HSS (Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale). Dit instrument is valide gebleken om lichamelijke klachten bij verslaving aan te tonen. De interne betrouwbaarheid voor de MAP-HSS was voldoende ( $\alpha=0,77$ ). De test-retest betrouwbaarheid was 0,94 (Marsden et al., 1998). De MAP-HSS meet in hoeverre de cliënt last heeft van de tien uitgevraagde items. De antwoorden werden gegeven op een 5-punts Likertschaal, waarbij 0 = helemaal niet en 4 = voortdurend. Voor deze vragenlijst geldt geen drempelwaarde. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer lichamelijke klachten de cliënt heeft.

Om te bepalen in hoeverre de cliënt beperkt werd in zijn mate van deelname aan de maatschappij, werd gebruik gemaakt van de MATE-ICN. De MATE-ICN meet met behulp van 19 items of er zorg en ondersteuning nodig is voor de cliënt en op welke gebieden. Vooralsnog is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de ICN twee keer beoordeeld: door een Amsterdam Cohort Study en door Tactus (Schipper et al., 2010). De ACS data lieten een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zien: tussen 0.75 en 0.92. Voor Tactus was het tussen de 0.34 en 0.73, waarbij voornamelijk de betrouwbaarheid laag was bij het domein 'zorg en ondersteuning' en 'externe invloeden'. Voor dit onderzoek werden beide niet meegenomen. Verklaring voor het verschil was dat bij ACS de data onder sterk gecontroleerde omstandigheden verzameld zijn, waarbij de bij Tactus in een natuurlijke, real life setting verzameld zijn. Voor de domeinen die in het onderzoek gebruikt zijn was de interbeoordelingsbetrouwbaarheid tussen de 0.51 en 0.73. Beperkingen werden gescoord op een vijfpuntsschaal, waarbij 0 staat voor geen beperking en 4 staat voor volledige beperking. De totaalscore bestond uit de som van de scores op 18 items. In de dataset is één item niet opgenomen, waardoor deze niet meegenomen kon worden in de analyse. De basale score is de som van de scores op acht items: verwerven en behouden van woonruimte, huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging, zich verzekeren van fysiek comfort, zorg dragen voor voeding en fitheid, verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg, beschermen tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag en het uitvoeren van dagelijkse routinebehandelingen. De relationele score is de som van de score op vijf items: ouder-kind relaties, informele sociale relaties en familierelaties, formele relaties en algemene tussenmenselijke interacties.

De antwoorden die de cliënten gaven aan het begin van de behandeling zijn vergeleken met de antwoorden die negen maanden gegeven zijn later. Tevens zijn demografische gegevens (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau) via dossierinformatie verkregen. Voor

tegenstrijdigheden of onduidelijkheden in het databestand is tevens dossierinformatie bekeken.

### *Statistische analyse*

Analyses werden gedaan met behulp van IBM SPSS Statistics versie 20. In totaal werden 21 verschillende primaire probleemstoffen genoemd door de cliënten.

Om te meten of middelengebruik afgenomen is negen maanden na de behandeling, is een gepaarde T-test uitgevoerd voor alcohol, nicotine, en gokken. Voor cannabis en cocaïne werd het aantal eenheden door de cliënten in verschillende eenheden uitgedrukt, waardoor er ook verschillende soorten eenheden ingevuld zijn door de hulpverleners. Om die reden zijn alle genoemde eenheden omgerekend naar de meest genoemde eenheid. Hiervoor zijn gemiddeldes gebruikt, zodat een schatting gemaakt kon worden van het gebruik. De schatting van de gemiddelden is gedaan op basis van fora waarop drugsgebruikers aangaven gram er bijvoorbeeld in een joint zat. Tevens is telefonisch contact opgenomen met de eigenaar van een lokale coffeeshop om tot een goede schatting van gemiddeldes te komen. Om de analyse betrouwbaarder te maken, is tevens bekeken welke eenheid per middel het meest genoemd werd. Voor de cliënten die deze eenheid gebruikten hadden, is vervolgens nogmaals een analyse uitgevoerd. Ten slotte is gekeken naar de primaire probleemstof die de cliënt aangaf.

Vervolgens is per probleemstof bekeken in hoeverre het gebruik van die probleemstof vooraf verschilde met negen maanden later. Voor een aantal middelen (heroïne, methadon, ecstasy en crack) was de samplegroep te klein voor een betrouwbare analyse. Er is besloten om enkel analyses uit te voeren indien de samplegroep groter was dan  $n=15$ .

Nicotine werd slechts eenmalig als primaire probleemstof genoemd, maar omdat een groot aantal cliënten rookte, is gekeken of er een reductie was in nicotinegebruik voor alle rokende cliënten. Voor alcohol is er tevens gekeken of er een significant verschil was in het percentage cliënten dat voor en negen maanden na de start van de behandeling binnen de richtlijn dronk en of er een verschil was in het aantal cliënten dat excessief dronk. Voor nicotinegebruik is gekeken of er een verschil was in het aantal cliënten dat excessief rookte.

Om te bepalen of de hoeveelheid lichamelijke klachten is veranderd, werd er een gepaarde T-test uitgevoerd voor alle cliënten. Hiervoor werd eerst een totaalscore voor lichamelijke klachten berekend door de score per item op te tellen. Vervolgens werd de totaalscore voorafgaand aan de behandeling vergeleken met de totaalscore negen maanden later. Omdat er geen drempelwaarde vastgesteld is, gold dat hoe hoger de score van de cliënt was op lichamelijke klachten, hoe meer klachten de cliënt had. Daarnaast werd gekeken of



een bepaalde klacht meer afnam en bij welke verslavingen er een significant verschil was in de totale score op lichamelijke klachten

Deelname aan de samenleving is vergeleken door te kijken of er een significant verschil was tussen de totaalscores van de mate van beperking en de basale en relationele scores van beperking.

## Resultaten

### *Karakteristieken van de respondenten*

Van de 515 cliënten die de MATE zowel vooraf als negen maanden later hadden ingevuld, was 30.3% vrouwelijk (n=156) en 69.7% mannelijk (n=359). De gemiddelde leeftijd was gebaseerd op de leeftijd op het moment van de intake en was 41.68 jaar, waarbij de jongste cliënt 19 jaar was en de oudste cliënt 79 jaar. Het grootste gedeelte van de cliënten gaf aan ongehuwd te zijn / nooit gehuwd te zijn geweest, namelijk 40.6% (n=209). 30.7% gaf daarnaast aan wel gehuwd te zijn (n=158). Ten slotte werd 42.1% van de cliënten (n=216) als laag opgeleid beschouwd, 25.8% van de cliënten (n=133) viel onder de categorie 'midden' en 14.8% (n=49) had een hoog opleidingsniveau. Daarnaast was alcohol de meest genoemde primaire probleemstof, gevolgd door cannabis (tabel 1).

**Tabel 1:** karakteristieken van de cliënten.

Variabelen	Respondenten (n=515)	
	n	%
<b>Geslacht</b>		
<i>Man</i>	359	69.7
<i>Vrouw</i>	156	30.3
<b>Woonsituatie</b>		
<i>Ongehuwd / Nooit gehuwd geweest</i>	209	40.6
<i>Gehuwd</i>	158	30.7
<i>Gescheiden</i>	79	15.3
<i>Samenwonend, niet geregistreerd</i>	24	4.7
<i>Samenwonend, geregistreerd</i>	16	3.1
<i>partnerschap</i>		
<i>Weduwe / weduwnaar</i>	15	2.9
<i>Onbekend</i>	14	2.7
<b>Opleidingsniveau<sup>1</sup></b>		
<i>Laag</i>	216	42.1
<i>Midden</i>	133	25.8
<i>Hoog</i>	76	14.8
<i>Anders</i>	49	9.6
<i>Geen</i>	39	7.6

<sup>1</sup> Onder laag wordt verstaan: LO/LVO/LBO niet/wel afgemaakt, MAVO afgemaakt, Praktijk onderwijs afgemaakt, SBO afgemaakt, VMBO/BBL afgemaakt, VMBO-GL afgemaakt, VMBO-KBL afgemaakt, VMBO-LWOO afgemaakt, VMBO-TL afgemaakt. Onder midden wordt verstaan: HAVO afgemaakt, MBO niveau 1, 2, 3 of 4 afgemaakt, VWO afgemaakt. Onder hoog wordt verstaan: HBO of WO afgemaakt. Onder anders valt BUO afgemaakt, VSO cluster 1 of 2 afgemaakt of onbekend.

---

**Meest genoemde****primaire probleemstoffen**

<i>Alcohol</i>	299	58.1
<i>Cannabis</i>	72	14.0
<i>Cocaine</i>	44	8.5
<i>Gokken</i>	25	4.9
<i>Eetstoornis</i>	19	3.7

**Leeftijd**

<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
41.68	12.24	19	79

---

**Middelengebruik**

Om te bepalen of het middelengebruik bij de cliënten negen maanden na de behandeling verschilde met het middelengebruik voorafgaand aan de behandeling, werd gekeken naar het verschil in de hoeveelheid van het middel dat gebruikt werd.

*Middelengebruik per primaire probleemstof*

Ten eerste werd per primaire probleemstof, dus waar de behandeling zich op richtte, bepaald of er een verschil was in het gebruik van het middel voorafgaand aan de behandeling en na negen maanden. Voor mensen die aangaven dat alcohol de primaire probleemstof was, gold dat er een significant verschil was ( $T(1,275)=11.07, p=0.000$ ). Voorafgaand aan de behandeling dronken cliënten met als primaire probleemstof alcohol 250.33 standaardglazen alcohol per maand. Negen maanden na de start van de behandeling was dit nog 59.40 standaardglazen per maand. Voor cannabis gold tevens dat er een significant verschil was ( $T(1,27)=3.49, p=0.002$ ). Vooraf rookten cliënten 115.25 joints per maand en na afloop was dit nog 44.82. Ten slotte was ook het cocaïnegebruik significant afgenomen ( $T(1,16)=2.81, p=0.013$ ). Voorafgaand werd er 19.88 gram per maand gebruikt. Na afloop was dit nog 5.059 gram per maand. Voor gokken werd er geen significant verschil gevonden. (tabel 2).

**Tabel 2:** Verschil in middelengebruik per primaire probleemstof.

---

<b>Middel</b>	<b>Meetmoment</b>	<b>Respondenten</b>		<b>Test resultaten</b>		
		<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Df</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Alcohol in standaardglazen (N=276)	Intake	250.33	281.97	275	11.07	0.000
	Follow-up	59.40	132.30			
Cannabis in joints (N=28)	Intake	115.25	86.25	27	3.49	0.002
	Follow-up	44.82	63.14			

---

Cocaïne in gram (N=17)	Intake	19.88	21.24	16	2.81	0.013
	Follow-up	5.06	15.49			
Gokken in euro's (N=19)	Intake	1522.89	1703.63	18	1.00	0.330
	Follow-up	820.53	2430.12			

Het was opvallend dat de afname voor gokken niet significant was, aangezien het uitgegeven bedrag bijna gehalveerd was. Om te onderzoeken of dit te maken had met uitschieters, werd voor de groep die gokken als primaire probleemstof had aangegeven een verdiepende analyse gedaan. Met behulp van z-waarden, werd duidelijk dat er bij de intake één uitschieter was en bij de negen maanden meting ook. Vervolgens werd een Paired Sample t-test uitgevoerd met alle cliënten behalve de uitschieters. Hieruit bleek dat na corrigeren van de uitschieters, ook voor gokken gold dat er een significante afname was ( $T(1,17)=2.965$ ,  $p=0.009$ ) (tabel 3).

**Tabel 3** Primaire middel gokken met correctie voor uitschieters.

Middel	Meetmoment	Respondenten		Test resultaten		
		Mean	SD	Df	t	p
Gokken in euro's (N=18)	Intake	1585.28	1730.54	17	2.97	0.009
	Follow-up	310.56	1010.38			

#### *Middelengebruik van alle cliënten*

Veel cliënten gebruikten meerdere middelen, ondanks dat dit niet als primaire probleemstof aangegeven was. Om te kijken of de behandeling ook op andere middelen effect heeft gehad, werd er ook een analyse uitgevoerd voor alle cliënten. Voor alcohol, nicotine en gokken kon meteen een analyse worden uitgevoerd, omdat de gerapporteerde eenheden voor alle cliënten hetzelfde waren. Voor de overige middelen werden echter verschillende eenheden gebruikt om het gebruik aan te geven. Om die reden werden de eenheden omgerekend tot één eenheid, waarbij een schatting werd gemaakt van onder andere hoeveel gram er gemiddeld in één joint zit. Cannabis is omgerekend naar gram per maand. Ondanks dat het gebruik van cannabis vaker in joints werd uitgedrukt, is gekozen om het gebruik in gram weer te geven. Dit is gedaan omdat er ook cliënten waren die het gebruik in bijvoorbeeld stickies of wikkels weergaven. Het was daarom onlogisch om dit om te zetten naar joints. Ook cocaïne is weergegeven in gram. Voor sedativa was voor geen van de cliënten een eenheid ingevuld, waardoor geen analyse gedaan kon worden.

Met behulp van een Paired Sample T-test werd er significant verschil aangetoond

tussen de gemiddelden voorafgaand en negen maanden na deelname voor alcoholgebruik ( $T(1, 428) = 10.82, p = 0.000$ ). Voorafgaand was het gemiddelde alcoholgebruik van alle cliënten, ongeacht primaire probleemstof, 181.63 standaardglazen per maand. Na negen maanden was dit nog 50.39 standaardglazen per maand. Nicotinegebruik was tevens significant afgenomen ( $T(1,369)=3.95, p=0.000$ ). Echter rookten cliënten nog steeds 506 sigaretten per maand, waardoor het aantal gerookte sigaretten nog steeds erg hoog was. Ook het maandelijkse cannabisgebruik was significant afgenomen ( $T(1,109) = 5.62, p=0.000$ ), waarbij de cliënten voorafgaand gemiddeld 36.22 gram per maand gebruikten en na negen maanden nog 12.22 gram. Tevens was er sprake van een significante afname voor cocaïnegebruik ( $T(1,34) = 2.98, p = 0.005$ ). Voorafgaand gebruikten cliënten 16.98 gram per maand, terwijl ze na afloop gemiddeld 2.65 gram gebruikten. Voor gokken werd, na correctie voor uitschieters, een significant effect gevonden ( $T(1,32)=3.14, p=0.004$ ) (tabel 4).

**Tabel 4:** Verschil in middelengebruik voor alle cliënten. Omgerekend naar één eenheid.

Middel	Meetmoment	Respondenten		Test resultaten		
		Mean	SD	Df	t	p
Alcohol in standaardglazen (N=429)	Intake	181.63	252.19	428	10.82	0.000
	Follow-up	50.39	115.88			
Nicotine in sigaretten (N=370)	Intake	569.49	371.61	369	3.95	0.000
	Follow-up	506.66	321.30			
Cannabis in gram (N=112)	Intake	36.22	44.82	109	5.62	0.000
	Follow-up	12.22	17.04			
Cocaïne in gram (N=35)	Intake	16.98	28.29	34	2.98	0.005
	Follow-up	2.65	10.90			
Gokken in euro's (N=33)	Intake	1016.82	1457.88	32	3.14	0.004
	Follow-up	214.70	750.89			

#### *Middelengebruik - meest genoemde eenheid*

Om de vorige analyse te versterken en te voorkomen dat de omgerekende (geschatte) eenheden bepalend zijn voor de testresultaten, is een analyse gedaan waarbij enkel de cliënten meegenomen zijn die de meest genoemde eenheid ingevuld hebben. Allereerst werd bepaald in welke eenheid het aantal het vaakst uitgedrukt werd. In de tabel hieronder staat de meest genoemde eenheden per middel. Hieruit blijkt dat de meeste cliënten ( $n=93$ ) hun gebruik van

cannabis in joints weergaven (49.7%) en dat de meeste cliënten (n=55) cocaïne in gram (64.0%) uitdrukten. (tabel 5).

**Tabel 5** Meest genoemde eenheid per middel.

Middel	Eenheid	Respondenten	
		n	%
Cannabis (n=187)	Joints	93	49.7
Cocaïne (n=86)	Gram	55	64.0

Met behulp van een Paired Sample T-test werd er significant verschil aangetoond tussen de gemiddelden voorafgaand en negen maanden na deelname ( $T(1,52)=3.63, p=0.001$ ).

Voorafgaand rookten cliënten gemiddeld 81.51 joints per maand. Na afloop was dit nog 34.70. Voor cocaïne was tevens een significant verschil aangetoond ( $T(1,29)=3.09, p=0.004$ ). Voorafgaand werd er 13.80 gram per maand gebruikt, terwijl dit na afloop nog 3.00 gram was (tabel 6).

**Tabel 6:** Verschil in middelengebruik voor meest genoemde eenheid.

Middel	Meetmoment	Respondenten		Test resultaten		
		Mean	SD	Df	t	p
Cannabis in joints (N=53)	Intake	81.51	89.91	52	3.63	0.001
	Follow-up	34,70	51,88			
Cocaïne in gram (N=30)	Intake	13.80	19.47	29	3.09	0.004
	Follow-up	3.00	11.76			

#### *Alcohol en cannabisgebruik per geslacht*

Om te bepalen of er een verschil was in de af- of toename van alcohol- en cannabisgebruik tussen mannen en vrouwen, werd een Paired Sample T-test gedaan voor beide groepen. Hierbij zijn alle cliënten meegenomen, ongeacht primaire probleemstof. Mannen dronken aan de start van de behandeling gemiddeld meer standaardglazen alcohol dan vrouwen, namelijk 200.92 ten opzichte van 138.21 per maand. Voor cannabis gold dat vrouwen aan de start van de behandeling meer gebruikten dan mannen, namelijk 43.50 gram per maand ten opzichte van 33.86 gram. Voor beide groepen gold dat er een significante afname was in gebruik (Tabel 7).

**Tabel 7** Verschil in afname alcohol en cannabis voor vrouwen en mannen.

Middel	Geslacht	Meetmoment	Respondenten		Testresultaten		
			Mean	SD	Df	T	p
Alcohol	Man (n=297)	Intake	200.92	279.16	296	8.81	0.000
		Follow-up	58.37	130.73			
	Vrouw (n=132)	Intake	138.21	170.21	131	7.04	0.000
		Follow-up	32.44	69.15			
Cannabis	Man (n=83)	Intake	33.86	44.06	82	4.76	0.000
		Follow-up	11.78	16,68			
	Vrouw (n=27)	Intake	43.50	47.19	26	2.98	0.006
		Follow-up	13.58	18.36			

### *Richtlijn en excessief alcoholgebruik*

Om te bepalen of de cliënt ook daadwerkelijk met het probleem geholpen is, werd vastgesteld of er een significant verschil was tussen de voor- en negen maanden meting met betrekking tot het aantal cliënten dat boven de richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik dronk. In 2006 werd de nieuwe richtlijn voor verantwoord drinken gepubliceerd (Gezondheidsraad, 2006). Volgens deze richtlijn drinkt een man verantwoord wanneer hij niet meer dan twee standaardglazen alcohol per dag drinkt. Voor vrouwen geldt dit al voor één glas. Dit betekent dat mannen maandelijks 60 standaardglazen alcohol mogen drinken om verantwoord te drinken. Voor vrouwen geldt dat ze binnen de richtlijn drinken als ze niet meer dan 30 standaardglazen alcohol drinken.

Om te bepalen of meer cliënten binnen de richtlijn drinken, werden enkel de cliënten meegenomen die als primaire probleemstof alcohol hadden aangegeven. Voor de behandeling dronk 17.8% binnen de richtlijn (n=49) en 82.2% (n=227) boven de richtlijn. Na negen maanden dronk 71.4% van de cliënten (n=197) binnen de richtlijn en 28.6% (n=79) boven de richtlijn. De Chi-kwadraat toets toonde aan dat er een significant verschil was tussen de intake en negen maanden meting met betrekking tot het aantal cliënten dat binnen of boven de richtlijn dronk ( $\chi^2(1,1) = 4.41, p = 0.024$ ). De percentages toonden aan dat er een significante afname was van het aantal cliënten dat boven de richtlijn dronk (tabel 8).

**Tabel 8** Cliënten beneden en boven richtlijn alcoholgebruik.

Meetmoment (n=276)	Binnen de richtlijn van verantwoord drinken		Boven de richtlijn van verantwoord drinken		Test resultaten		
	n	%	n	%	Df	$\chi^2$	p
Intake	49	17.8	227	82.2	1	4.41	0.024
Follow-up	197	71.4	79	28.6			

In de MATE is vastgesteld dat een cliënt excessief drinkt wanneer hij/zij meer dan 240 standaardglazen alcohol per maand drinkt. Om te bepalen of er een significant verschil was voor de cliënten die alcohol als primaire probleemstof hadden aangegeven, werd een chi-square test uitgevoerd. Daarnaast werden de aantallen en percentages berekend voor het aantal cliënten dat excessief drinkt. Voor de behandeling dronk 65.2% (n=180) niet en 34.8% (n=96) wel excessief. Negen maanden na de start van de behandeling dronk 94.2% van de cliënten (n=260) niet excessief en 5.8% (n=16) wel. Een chi-square test toonde aan dat er een significant verschil was tussen de groepen ( $\chi^2(1) = 12.11, p=0.001$ ) (tabel 9).

**Tabel 9** Cliënten binnen of boven richtlijn excessief alcoholgebruik.

Meetmoment	Beneden de grens van excessief drinken		Boven de grens van excessief drinken		Test resultaten		
	n	%	n	%	Df	$\chi^2$	p
Intake (n=298)	180	65.2	96	34.8	1	12.11	0.001
Follow-up (n=277)	260	94.2	16	5.8			

#### *Alcoholgebruik twee soorten behandelingen*

Ten slotte zijn voor twee veelvoorkomende behandelingen, Ambulant individuele begeleiding en de intensieve variant van Verslaving de Baas gekeken of de resultaten verschilden met betrekking tot alcoholgebruik. Hierbij is naar de primaire probleemstof alcohol gekeken. Voor de ambulant individuele begeleiding gold een significante afname van 249.81 standaardglazen per maand naar 115.97 ( $T(1,31)=3.25, p=0.003$ ). Ten slotte was er ook een significante afname bij de cliënten die Verslaving de Baas Intensief gevolgd hadden ( $T(1,17)=4.87, p=0.000$ ). Aan het begin van de behandeling dronken cliënten 225.00 standaardglazen per maand, terwijl dit negen maanden later slechts 32.33 standaardglazen was (tabel 10).

**Tabel 10** Verschil in behandelingsoort voor alcoholgebruik.

Soort behandeling	Meetmoment	Respondenten		Test resultaten		
		Mean	SD	Df	t	p
Ambulant individuele begeleiding (n=32)	Intake	249.81	269.31	31	3.25	0.003
	Follow-up	115.97	260.11			
Verslaving de baas (N=18)	Intake	225.00	168.30	17	4.87	0.000
	Follow-up	32.33	52.84			



### *Excessief nicotinegebruik*

Nicotinegebruik wordt volgens de MATE als excessief beschouwd indien de cliënt meer dan 600 sigaretten per maand rookt. Voor de behandeling rookte 68.1% (n=252) niet excessief en 31.9% (n=118) wel excessief. Na de behandeling rookte 77.3% (n=286) niet excessief en 22.7% (n=85) wel excessief. Een chi-square test toonde aan dat er een significant verschil was tussen de groepen ( $\chi^2(1) = 87,91, p=0,000$ ) (tabel 11).

**Tabel 11** Cliënten binnen en boven de richtlijn voor excessief nicotinegebruik.

Meetmoment	Binnen de richtlijn van excessief roken		Boven de richtlijn van excessief roken		Test resultaten		
	n	%	n	%	Df	$\chi^2$	p
Intake (n=422)	252	68.1	118	31.9			
Follow-up (n=394)	286	77.3	84	22.7	1	87.91	0.000

### *Lichamelijke klachten*

Om te bepalen of er een significant verschil was in lichamelijke klachten tussen de voor- en follow-upmeting, werden de totaalscores van de metingen vergeleken. Hierbij kwam er een score uit tussen de 0 en 40.

Een Paired Sample T-test toonde aan dat er een significante afname was in het aantal lichamelijke klachten dat de cliënten hadden ( $t(1, 513) = 14.40, p=0.000$ ). Voorafgaand aan de behandeling hadden de cliënten gemiddeld een score van 11.43 op lichamelijke klachten. Na afloop was deze score 7.15. Dit gaf aan dat cliënten negen maanden na de start van de behandeling significant minder lichamelijke klachten hadden dan voorafgaand aan de behandeling (tabel 12).

**Tabel 10** Vergelijking score lichamelijke klachten (n=514).

	Intake		Follow-up		Testresultaten		
	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p
Score lichamelijke klachten (0-40).	11.43	7.21	7.15	6.42	513	14.40	0.000

### *Lichamelijke klachten per primaire probleemstof*

Om te bekijken of lichamelijke klachten bij een bepaalde primaire probleemstof meer of minder verschilden, werd een vergelijking gemaakt tussen de scores op de voormeting en negen maanden meting per primaire probleemstof. Voor alcohol gold dat de score op lichamelijke klachten significant afgenomen was ( $T(1,297)=11.12, p=0.000$ ). Voorafgaand

aan de behandeling was de score 11.03. Negen maanden na de start van de behandeling was dit 6.80. Voor cocaïne werd tevens een significante afname gevonden ( $T(1,43)=4.12$ ,  $p=0.000$ ). Voorafgaand was de score 12.00, terwijl het bij de negen maanden meting 7.61 was. Ook voor cannabis is een significante afname gevonden ( $T(1,71)=4.97$ ,  $p=0.000$ ). Voorafgaand was de score 12.35, terwijl dit bij de negen maanden meting nog 7.83 was. Voor eetstoornis was de score op lichamelijke klachten significant afgenomen ( $T(1,18)=3.65$ ,  $p=0.002$ ). De score voorafgaand was 13.16 en na negen maanden 10.05. Voor gokken gold ten slotte ook een significante afname in de score op lichamelijke klachten ( $T(1,24)=2.72$ ,  $p=0.012$ )(tabel 13).

**Tabel 11:** Score op lichamelijke klachten per primaire probleemstof.

Primaire probleemstof	Intake		Follow-up		Testresultaten		
	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p
Alcohol (n=298)	11.03	6.95	6.80	6.28	297	11.11	0.000
Cocaïne (n=44)	12.00	8.21	7.61	7.25	43	4.12	0.000
Cannabis (n=72)	12.35	7.84	7.83	7.09	71	4.97	0.000
Eetstoornis (n=19)	13.16	6.16	10.05	4.88	18	3.65	0.002
Gokken (n=25)	9.12	5.50	5.96	5.64	24	2.72	0.012

#### *Score per lichamelijke klacht*

Om te bepalen of een bepaalde lichamelijke klacht meer afgenomen was, werd er per klacht een Paired Sample T-test gedaan. Voor alle klachten gold dat er een significante afname was op de score. Dit betekende dat de lichamelijke klachten negen maanden na de start van de behandeling afgenomen waren (Tabel 14).

**Tabel 12:** Verschil in score per lichamelijke klacht (N=513).

	Intake		Follow-up		Testresultaten		
	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p
Doofheid (0-4)	0.88	1.22	0.59	1.11	512	4.84	0.000
Gebrek aan eetlust (0-4)	1.42	1.48	0.71	1.14	512	10.23	0.000
Kortademigheid (0-4)	1.23	1.35	0.77	1.15	512	8.40	0.000

Maagpijn (0-4)	0.79	1.16	0.44	0.92	512	6.75	0.000
Misselijkheid (0-4)	0.75	1.12	0.36	0.78	512	7.78	0.000
Pijn op de borst (0-4)	0.64	1.01	0.34	0.81	512	6.32	0.000
Spierpijn (0-4)	0.93	1.27	0.71	1.10	512	3.50	0.000
Stijfheid (0-4)	1.36	1.47	1.16	1.40	512	3.17	0.002
Trillen (0-4)	1.08	1.31	0.46	0.94	512	10.39	0.000
Vermoeidheid (0-4)	2.36	1.34	1.59	1.35	512	11.59	0.000

#### *Verband lichamelijke klachten en middelengebruik*

Om iets te kunnen zeggen over het verband tussen de score op de lichamelijke klachten en de hoeveelheid middelengebruik, is de correlatie berekend tussen de klachten en de maandelijkse hoeveelheid gebruik. Voor alcohol gold dat er een verband was met lichamelijke klachten ( $F(1,473)=19.11, p=0.000$ ) met  $R^2=0.039$ . Er was ook een significant verband tussen nicotine en lichamelijke klachten ( $F(1,120)=13.17, p=0.000$ ) met  $R^2=0.030$ . Voor cannabis, cocaïne en gokken is er geen significant verband gevonden tussen het middel en lichamelijke klachten. Dit betekent dat cliënten die meer alcohol drinken of die meer nicotine gebruikten over het algemeen meer lichamelijke klachten hadden. (tabel 15).

**Tabel 13** Correlatie lichamelijke klachten en middel.

Middel	Meting		Testresultaten		
	R	R <sup>2</sup>	Df	F	p
Alcohol	0.197	0.039	473	19.11	0.000
Nicotine	0.174	0.030	420	13,17	0.000
Cocaïne	0.119	0.014	75	1,08	0.302
Cannabis	0.126	0.016	126	2,04	0.156
Gokken	0.034	0.001	79	0,09	0.766

### *Deelname aan de maatschappij*

De mate van deelname aan de maatschappij werd vergeleken voor de cliënten voorafgaand aan de behandeling en negen maanden na de start van de behandeling. Hiervoor werd gekeken naar het verschil in de score op beperkingen in totaal, de basale beperkingen en de relationele beperkingen. In de dataset ontbrak één item (*Het omgaan met stress of crisissituaties*), waardoor de totale score gebaseerd is op 18 items in plaats van 19 items.

Een Paired Sample T-test werd uitgevoerd. Er was een significante afname in de totale score op beperkingen ( $t(505)=11.94, p=0.000$ ), de score op basale beperkingen ( $t(505)=10.78, p=0.000$ ) en relationele beperkingen ( $t(510)=8.97, p=0.000$ ) (tabel 16).

**Tabel 14** Gemiddelde totale, basale en relationele score beperkingen.

Score	Meetmoment	Respondenten		Test resultaten		
		Mean	SD	Df	t	p
Totale score beperkingen (0-76)	Intake	12.76	9.07	505	11.94	0.000
	Follow-up	7.94	8.10			
Basale score beperkingen (0-32)	Intake	4.31	4.11	505	10.78	0.000
	Follow-up	2.36	3.15			
Relationele score beperkingen (0-20)	Intake	3.95	3.21	510	8.97	0.000
	Follow-up	2.57	2.86			

Ten slotte werd gekeken of er per probleemstof meer of minder verschil was in beperkingen. Voor veel primaire probleemstoffen gold dat er een kleine n-waarde was, waardoor hier geen betrouwbare analyse voor gedaan kon worden. Voor alcohol, cannabis en gokken waren er significante afnames gevonden op zowel de totale, basale als relationele score. Voor cocaïne was er geen sprake van een significant verschil op relationeel gebied, maar wel op de totale en basale score. Dit betekent dat cliënten die aangaven alcohol, cannabis of gokken als primaire probleemstof te hebben, zich na negen maanden minder beperkt voelden. Mensen die aangaven cocaïne als primaire probleemstof te hebben voelden zich op relationeel gebied niet minder beperkt negen maanden na de start van de behandeling dan bij de intake (tabel 17).

**Tabel 17** Verschil in score op beperkingen per primaire probleemstof.

Primaire probleemstof	Score	Intake		Follow-up		Testresultaten		
		Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p
Alcohol (n=294)	Totale	11.66	8.55	6.81	6.98	293	9.41	0.000
	Basale	3.99	3.88	2.02	2.80	293	8.38	0.000
	Relationele	3.81	3.24	2.24	2.58	293	7.73	0.000
Cocaïne (n=44)	Totale	13.10	9.46	10.39	10.91	43	1.98	0.055
	Basale	4.07	4.46	2.89	3.67	43	1.92	0.061
	Relationele	3.86	3.02	3.07	3.45	43	1.53	0.133
Cannabis (n=71)	Totale	15.76	8.47	10.20	7.38	70	5.02	0.000
	Basale	5.41	3.99	3.24	3.22	70	4.20	0.000
	Relationele	4.44	2.98	3.30	2.79	70	3.10	0.003
Gokken (n=25)	Totale	15.04	9.98	6.88	7.55	24	4.00	0.001
	Basale	3.92	4.37	1.56	2.06	24	2.84	0.009
	Relationele	4.88	3.31	2.40	3.12	24	3.30	0.003

## Discussie

Dit onderzoek bekijkt of cliënten negen maanden na de start van een verslavingsbehandeling bij Tactus Verslavingszorg een verbetering laten zien ten opzichte van de intake met betrekking tot middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij.

### Belangrijkste bevindingen

#### *Middelengebruik*

De deelnemers aan de behandelingen van Tactus Verslavingszorg consumeren negen maanden na de start van de behandeling minder alcohol, nicotine, cannabis en cocaïne. Voor alcohol geldt daarnaast dat cliënten vaker binnen de richtlijn drinken. Voor gokken geldt dat er na correctie voor uitschieters sprake is van een significante afname. Heroïne, methadon, crack en ecstasy hadden zo'n kleine samplegroep dat deze niet meegenomen konden worden in de analyse.

Bij de behandeling wordt voornamelijk gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. Veel onderzoeken tonen aan dat zowel motiverende gespreksvoering (Raistrick & Tober, 2006; Smedlund et al., 2011) als cognitieve gedragstherapie (Waldron & Turner, 2008; Brink, Bueren & Drenthen, 2009) zorgen voor een reductie in middelengebruik. Dit komt overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Ander onderzoek toonde aan dat cognitieve gedragstherapie ook effectief was bij gokken (Oakley-Browne, Adams & Mobberley, 2000). Ook dit komt overeen met het huidige onderzoek.

Voor de behandelingen kort individueel ambulante en Verslaving de Baas Intensief gold dat het alcoholgebruik na negen maanden afgenomen was. Mogelijk hebben de behandelingen bijgedragen aan dit resultaat.

#### *Lichamelijke klachten*

Uit het onderzoek blijkt dat het lichamenlijk welzijn voor de cliënten toe is toegenomen. Cliënten hebben gemiddeld minder lichamenlijke klachten negen maanden na de start van de behandeling dan voorafgaand aan de behandeling. Kijkend naar het verschil in lichamenlijke klachten per primair probleemmiddel, geldt dat er voor alcohol, cocaïne, cannabis, eetstoornis en gokken een significante afname is in de score op lichamenlijke klachten. Dit komt overeen met het onderzoek waarin gesteld wordt dat bij een afname van middelengebruik ook lichamenlijke klachten afnemen (Ransdell & Wells, 1998; Ezzati et al.,

2002). Verder bleek dat lichamelijke klachten correleerden met alcohol- en nicotinegebruik. Dit houdt in dat er gemiddeld meer lichamelijke klachten zijn wanneer er meer gedronken en gerookt wordt. Voor de overige verslavingen was er geen correlatie. Mogelijk hebben de cliënten die aan deze verslavingen lijden geen last van de genoemde klachten, maar wel van andere klachten. Eerder werd al genoemd dat cliënten met een verslaving bijvoorbeeld kunnen leiden aan cardiovasculaire problemen of bijvoorbeeld problemen met de lever. Om die reden is het dus niet uit te sluiten dat cliënten wel last hebben van lichamelijke klachten, maar niet van de klachten die genoemd zijn in de MAP-HSS,

### *Deelname aan de maatschappij*

De resultaten tonen aan dat er een afname is in de score op beperkingen. Dit geldt zowel voor de totaalscore als de basale en relationele score. Cliënten voelen zich minder beperkt in hun deelname aan de maatschappij negen maanden na de start van de behandeling dan voorafgaand aan de behandeling. Dit komt overeen met het onderzoek (Morgan et al., 2004) waarin gesteld wordt dat mensen zich na een behandeling minder beperkt voelen op sociaal gebied en bij het uitvoeren van activiteiten. Er moet hierbij wel opgemerkt worden dat de score op de totale, basale en relationele score voorafgaand aan de behandeling al niet hoog was. Een significante afname laat daarmee nog meer zien dat er verschil is in de scores dan wanneer deze score hoog was in het begin. Mensen voelden zich over het algemeen weinig beperkt in hun leven. Dit komt niet overeen met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat veel mensen met een alcoholverslaving zich beperkt voelen, zowel relationeel als in het algemeen (Morgan et al., 2004). Omdat veel cliënten in het huidige onderzoek aan een alcoholverslaving leden, zou verwacht kunnen worden dat zij zich meer beperkt voelen in het dagelijkse leven. Een verklaring dat de totale score laag is, is dat er een item ontbrak in de dataset. Echter, zelfs als dit item wel in de dataset stond en alle respondenten hoog zouden scoren, zou de totale score alsnog laag zijn, omdat er op de overige 18 items ook laag gescoord wordt. Een betere verklaring dat de score laag is zou kunnen zijn dat een subschaal van de MATE-ICN niet optimaal betrouwbaar is. De test-hertest correlaties voor het relationele aspect was relatief laag, namelijk 0.51. Dit betekent dat de resultaten op een later moment heel anders kunnen uitvallen.

## **Sterke en zwakke punten van het onderzoek**

### *Sterke punten van het onderzoek*

Een sterk punt van het onderzoek is dat het onderzoek zich richt op de resultaten na negen maanden bij een praktisch sample. De data zijn verzameld met behulp van vragenlijsten die ook wanneer het niet voor onderzoek gebruikt wordt op dezelfde manier worden afgenomen. Dit zorgt er vermoedelijk voor dat er minder bias is. Ook zijn de resultaten beter generaliseerbaar, omdat het een praktisch sample is. Vooralsnog zijn veel onderzoeken gericht op het effect meteen na de behandeling. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het grote percentage dat een terugval heeft in de tijd na de behandeling, waardoor niet goed te bepalen is of de positieve resultaten ook op lange termijn standhouden. Dit onderzoek richt zich op de evaluatie na negen maanden, waardoor meer gezegd kan worden over de verslavingsbehandelingen.

Een ander sterk punt is dat de onderzoeksgroep relatief groot is. Door een groot aantal cliënten onderdeel uit te laten maken van het onderzoek, worden de resultaten betrouwbaarder. Dit zorgt ervoor dat er een betere evaluatie gedaan kan worden van de behandeling.

Tevens is het grote aantal verschillende verslavingen een sterk punt aan het onderzoek. Ondanks dat het merendeel van de onderzoeksgroep alcohol als voornaamste probleem heeft, zijn ook andere verslavingen onderzocht. Hierdoor worden minder onderzochte verslavingen ook meegenomen, zodat ook van deze verslavingen een beter beeld kan worden geschetst.

Ten slotte is er naast middelengebruik ook gekeken naar lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij. Veel onderzoeken richten zich voornamelijk op het middelengebruik en nemen het welzijn van cliënten niet mee als onderzoeksresultaat. Het minder gebruiken van een middel hoeft nog niet te betekenen dat een cliënt zich ook fysiek beter voelt of het gevoel heeft weer beter deel te kunnen nemen aan de maatschappij. Ondanks dat in het onderzoek niet vastgesteld is of de behandeling ervoor heeft gezorgd dat de lichamelijke klachten afgenomen zijn, toont de correlatie tussen alcoholgebruik en lichamelijke klachten wel aan dat er een verband is.

### *Zwakke punten van het onderzoek*

Een zwak punt was dat er in het onderzoek geen data gebruikt zijn van de nameting. Om effecten te meten zouden ook de data gebruikt moeten worden van de nameting. Mogelijk heeft de cliënt bijvoorbeeld ondertussen nog één of meer andere behandelingen gehad,



waardoor resultaten niet toe te schrijven zijn aan de gevolgde behandeling uit het onderzoek. Indien ook de nameting meegenomen zou worden, zou ook bepaald kunnen worden of er een verschil is tussen de resultaten bij de nameting en de follow-up meting na negen maanden. Op die manier wordt er een completer beeld geschetst.

Een ander zwak punt was dat relatief veel data niet ingevuld zijn bij de onderzoeksgroep. Hierdoor konden veel data niet met elkaar vergeleken worden. Vaak ontbraken er gegevens in de negen maanden meting, terwijl deze in de voormeting wel ingevuld waren. Ditzelfde geldt voor de groep bij wie helemaal geen negen maanden meting is afgenomen. Indien de cliënt eerder stopt, is het minder waarschijnlijk dat hij na negen maanden nog een MATE in wil vullen. Dit kan ervoor zorgen dat er een vertekend beeld ontstaat, waarbij cliënten met positievere resultaten opgenomen zijn in de onderzoeksgroep.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van verschillende eenheden om het middelengebruik uit te vragen. Zo werd er door de hulpverlener ingevuld dat de cliënt twee joints per dag rookte, terwijl er bij een andere cliënt vijf gram cannabis ingevuld is. Om een vergelijking te maken moest daardoor een schatting gemaakt worden van bijvoorbeeld het aantal gram dat in een joint zit. Dit zorgde ervoor dat er enkel een voorzichtige voorspelling gedaan kon worden. Om de resultaten te ondersteunen is wel een tweede analyse gedaan met enkel de cliënten die de meest ingevulde eenheid ingevuld hadden. Hierdoor kon bekeken worden of de resultaten die hieruit voortkwamen overeenkwamen met de resultaten uit de eerdere analyse. Bij sedativa is geen eenheid ingevuld, waardoor geen analyses gedaan konden worden voor deze groep.

Een ander zwak punt is dat het moeilijk te bepalen is hoeveel bijvoorbeeld één joint of een pil is. Zo kan de ene cliënt 0,8 gram wiet gebruiken per joint, terwijl een ander 0,3 gram gebruikt. Ook kan een cliënt bij de intake nog 0,3 gram per joint gebruiken, maar bij de follow-upmeting 0,8 gram. Als de cliënt dan zijn gebruik weergeeft in joints, hoeft een afname in hoeveelheid joints nog niets te betekenen, gezien de cliënt meer wiet per joint kan gebruiken. Iemand kan daardoor meer gram wiet gebruiken met minder joints.

Ten slotte was voor een aantal verslavingen de power erg laag. Hierdoor kon voor deze groepen op zichzelf geen betrouwbare evaluatie gedaan worden van de behandeling. Voor een betrouwbare analyse is een groter aantal cliënten voor die groepen nodig.

## **Aanbevelingen**

### *Aanbevelingen voor de praktijk*

Uit de resultaten blijkt cliënten die de verslavingsbehandelingen van Tactus gevolgd hebben minder middelen gebruiken en minder lichamelijke klachten hebben. Ook voelen cliënten zich minder beperkt in hun deelname aan de maatschappij. Een aanbeveling is om een duidelijke en bondige handleiding te schrijven voor het invullen van de MATE, zodat deze beter gebruikt kan worden voor onderzoek. In de handleiding zou het, met behulp van duidelijke instructie en voorbeelden, duidelijk moeten worden hoe de MATE door de hulpverlener ingevuld moet worden. Daarnaast zou er een default setting moeten komen, waarbij er bijvoorbeeld niets wordt ingevuld als de cliënt nooit een middel gebruikt heeft.

Ook kunnen binnen het systeem zelf aanpassingen gedaan worden: het aantal mogelijkheden van de eenheden zou beperkt kunnen worden. Vooral nog kan als eenheid bij cannabis ook bijvoorbeeld euro of standaardglazen ingevuld worden. Als dit beperkt zou worden tot enkel gram, zou voorkomen worden dat er grote variatie aan eenheden ingevuld worden. Een andere mogelijkheid zou zijn om naast de gebruikelijke vraag een aanvullende vraag in het systeem te zetten over de eenheid. Zo kan de cliënt eerst zijn hoeveelheid uitdrukken in bijvoorbeeld joints, maar wordt het ook in gram weergegeven zodat het makkelijker te gebruiken is voor onderzoek.

Daarnaast is het van belang om hulpverleners te wijzen op het belang van het zorgvuldig invullen van de MATEs. Er zou een bijeenkomst plaats kunnen vinden waar een deskundige nadruk legt op het belang van het zorgvuldig invullen van de MATE. Hierbij moet ook benadrukt worden dat er zo min mogelijk data ontbreekt. Op die manier wordt het naast dat de handleiding duidelijkheid verschaft over hoe de MATE ingevuld moet worden, ook mondeling duidelijk waarom het zo belangrijk is.

### *Aanbevelingen voor vervolgonderzoek*

Voor vervolgonderzoek zou een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek interessant zijn. Het kwalitatieve onderzoek kan dan als aanvullende onderbouwing dienen van de kwantitatieve data. Dit kwalitatief onderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door met een groep cliënten, geselecteerd op basis van een gelijk aantal mannen en vrouwen en die verschillende verslavingen hebben, een aanvullend interview af te nemen. Hierbij kunnen open vragen gesteld worden over de behandeling, middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij. Ook kunnen eventuele suggesties gegeven worden. Zo kan inzicht verkregen worden in de ervaringen van de cliënten met de (verschillende)

behandelingen en kan bekeken worden of cliënten daadwerkelijk weinig lichamelijke klachten hebben en zich weinig beperkt voelen in hun deelname aan de maatschappij. Indien blijkt dat veel cliënten bijvoorbeeld andere klachten hebben, zou overwogen kunnen worden een andere vragenlijst te gebruiken om lichamelijke klachten uit te vragen.

Een andere aanbeveling is om te onderzoeken of de effecten ook standhouden op langetermijn. Ondanks dat positieve resultaten op de negen maanden meting al veel zeggen over de effectiviteit op langere termijn, staat verslaving bekend om het hoge terugvalpercentage. Het is daarom van belang om ook te onderzoeken of de resultaten standhouden na een aantal jaar. Mogelijk kan een onderzoek waarbij er vooraf, meteen na de behandeling, na een jaar en vijf jaar later uitkomst bieden. Hierbij moet dan ook nagegaan worden of de cliënt nog andere behandelingen gevolgd heeft.

In dit onderzoek waren bepaalde verslavingen sterk overheersend. Doordat er weinig cliënten waren die leden aan bepaalde verslavingen, was het lastig een betrouwbare analyse te doen voor deze groepen. Om ervoor te zorgen dat er ook betrouwbare analyses gedaan kunnen worden voor de verslavingen waarvoor minder mensen hulp zoeken, moet de samplegroep groter worden. Dit zou gedaan kunnen worden door de periode waarin bij de cliënten de intake afgenomen moet zijn om meegenomen te worden in het onderzoek te verlengen. Door de periode waarin cliënten onderdeel uit kunnen maken van het onderzoek te verlengen, wordt een groter aantal cliënten meegenomen voor het onderzoek. Hiermee worden de groepen die nu relatief klein zijn, zoals methadon-, crack-, heroïne- en ecstasygebruikers, waarschijnlijk ook groter. Op die manier kan er ook voor die groepen een betrouwbare analyse uitgevoerd worden.

## **Conclusie**

De onderzoeksvraag was in hoeverre er een verschil is in middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij tussen de intake en negen maanden na de intake bij de verslavingsbehandelingen van Tactus. Ondanks dat niet gezegd kan worden dat de verslavingsbehandelingen voor de effecten hebben gezorgd, kan wel gesteld worden dat de cliënten negen maanden na de intake positieve resultaten hebben op de genoemde uitkomstmaten en dat het waarschijnlijk is dat de behandelingen daar in meer of mindere mate invloed op hebben gehad.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *21*(4), 347–356.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, *7*(4), 211–218.
- Collins, R., Boggs, B., Taggart, N., Kelly, M., Drillington, A., Swanton, I., & Patterson, D. (2008). Efficacy of treatment in a opioid - Dependent population group using the Maudsley Addiction Profile (MAP) tool. *Ulster Medical Journal*. *78*(1), 21-25.
- Davis, C., Lavie, E., Fatséas, M., & Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane database of systematic reviews*. *3*, CD005336.
- Delchev, Y., Fortias, M., Dupuy, G., Orizet, C., Bloch, V., Puymirat, E, Bellivier, F., Lépine, J., & Vorspan, F. (2014). Transient cocaine-induced chest pain: A case series. *Journal of Addiction Medicine*. *8*(2), 111-115.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., & Murray, C.J.L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*. *360*(9343), 1347–1360.
- Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/21.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: nemesis-2, opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos.
- Hambley, J., Arbour, S., & Sivagnanasundaram, L. (2010). Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completed a residential

- treatment programme. *Journal of Substance Use*, 15(3), 184-200.
- Hussaarts, P., Roozen, H.G., Meyers, R.J., Van De Wetering, B.J.M., & McCrady, B.S. (2012). Problem areas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *American Journal of Addictions*. 21(1), 38-46.
- Joosten, E.A.G., De Weert-Van Oene, G.H., Sensky, T., Van Der Staak, C.P.F., & De Jong, C.A.J. (2011). Treatment goals in addiction healthcare: The perspectives of patients and clinicians. *International Journal of Social Psychiatry*. 57(3), 263-276.
- Juarez, P., Walters, S. T., Daugherty, M., & Radi, C. (2006). A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 36(3), 233–246.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P. et al. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93 1857–1867.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change.* (2de druk). New York: Guilford Press. (L. van der Leer, Ned. vert. *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering.* Gorinchem: Ekklesia).
- Kaminer, Y., Burleson, J.A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive–behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (2002), 737–745.
- Keaney, F., Gossop, M., Dimech, A., Guerrini, I., Butterworth, M., Al-Hassani, H., & Morinan, A. (2011). Physical health problems among patients seeking treatment for substance use disorders: A comparison of drug dependent and alcohol dependent patients. *Journal of Substance Use*, 16(1), 27-37.
- Kohn, R., Saxena, S., Levay, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 82(11), 858–866.

- Laar, M. W. van, Ooyen-Houben, M. M. J. van, Cruys, A. A. M., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., & Pol, P.M. van der (2014). *Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2013/2014*. Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Latimer, W.W., Winters, K.C., D'Zurilla, T., & Nichols, M. (2003). Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: A stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, *71* (2003), 303–317.
- Levola, J., Aalto, M., Holopainen, A., & Pitkänen, T. (2014). Health-related quality of life in alcohol dependence: A systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry*, *68*(6), 369 - 384.
- Lingford-Hughes, A., & Clementi, N. (2008). Addiction and substance misuse. *Medicine*, *36*(8), 422-429.
- Morgan, M.Y., Landron, F., & Lehert, P. (2004). Improvement in Quality of Life after Treatment for Alcohol Dependence with Acamprosate and Psychosocial Support. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *28*(1), 64-77.
- Oakley-Browne, M.A., Adams, P., & Mobberley, P.M. (2000). Interventions for pathological gambling. *Cochrane database of systematic reviews*, *2*, CD001521.
- Orford, J. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, *331*(7516), 541 - 544
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. 2010. Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *17*(1), 36 - 43.
- Ouimette, P.C., Finney, J.W., & Moos, R.H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(2), 230-240.
- Petry, N.M., & O'Brien, C.P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*.

108(7). 1186 - 1187.

- Project Match Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G. & Buchholz, A. (2007). MATE 2.0. Handleiding en protocol. Nederlandse bewerking: G.M. Schippers & T.G. Broekman. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G. & Buchholz, A., Koeter, M.W.J., & Brink, W. van der(2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): An Instrument Based on the WHO Family of International Classifications. *Addiction*, 105, 995 - 1007.
- Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane database of systematic reviews*. 5, CD008063.
- Suijkerbuijk, A., van Gils, P., de Wit, A. (2014). De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen : Een review van de literatuur. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Briefrapport 133499001.
- Raistrick, D., & Tober, G. (2005). Psychosocial interventions. *Psychiatry*. 3(1), 36-39.
- Waldron, H.B., & Turner, C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238- 261.
- Walters, S. T. (2000). Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education*, 30(3), 361–372.
- Walters, S. T., Vader, A. M., Harris, T. R., Field, C. A., & Jouriles, E. N. (2009). Dismantling motivational interviewing and feedback for college drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 64–73.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., & Mol, A. (2014). Kerncijfers verslavingszorg 2013. Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Stichting Informatie Voorziening Zorg. Houten. Available at:  
[http://www.sivz.nl/File/Kerncijfers\\_Verslavingszorg\\_2013%20\(2\).pdf](http://www.sivz.nl/File/Kerncijfers_Verslavingszorg_2013%20(2).pdf).

Young, K.S. (2007). Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671 - 679.

Ziaadini, H., Parvaresh, N., Afshar, N., Hoseinian, S.M., Sarhadi, R., & Hahdoost, A.A. Comparison of the outcomes of three detoxification methods (Clonidin, methadon, rapid) in opioid-dependents referred to kerman shaheed beheshti hospital in a 6 -month follow- up. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 18(3), 246-259.