

Zorg voor verslaafde jongeren

Clïëntprofielen als basis voor zorgpaden



Masterscriptie

30 juni 2014

Arnold van der Werff

Universiteit van Utrecht

Faculteit Sociale
Wetenschappen

Master Vraagstukken
van Beleid en Organisatie

“We shall sooner have the bird by hatching the egg
than by smashing it”

Abraham Lincoln
(16^e president van de Verenigde Staten)

Colofon

Zorg voor verslaafde jongeren;

Cliëntprofielen als basis voor zorgpaden

30 juni 2014

Masterthesis Vraagstukken van beleid en organisatie

Cursus 200600277

Universiteit van Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Centrumgebouw Noord

Padualaan 14

3584 CH Utrecht



Begeleiders

Prof. dr. P.P. (Peter) Groenewegen

Hoogleraar sociale en ruimtelijke aspecten van
gezondheid en gezondheidszorg

Directeur Nivel

p.groenewegen@nivel.nl

Otterstraat 118-124

3513 CR Utrecht



Dr. M. (Martine) Fledderus

Beleidsmedewerker & onderzoeker

Tactus Verslavingszorg

m.fledderus@tactus.nl

Keulenstraat 3

7418 ET Deventer



Tweede beoordelaar

R. A. (Rob) Gallenkamp

r.gallenkamp@uu.nl

Auteur

A.P.W. (Arnold) van der Werff

Studentnummer: 3948528

a.vanderwerff@tactus.nl

Woord vooraf

De quote op de colofonpagina hangt, geschilderd op een groot bord, aan een woonhuis in Deventer. Ik zag dit bord elke dag vanuit de bus op weg naar het hoofdkantoor van Tactus Verslavingszorg. De uitspraak blijkt een verbastering te zijn van een zin uit een toespraak van Abraham Lincoln in 1865, toentertijd de president van de Verenigde Staten. Vanaf het begin heb ik deze uitspraak zeer treffend gevonden voor de jeugdverslavingszorg. De afgelopen jaren heb ik gewerkt in een kliniek waarin 16 verslaafde jongeren (kinderen) in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar intensief behandeld worden voor hun verslaving en alle daarbij komende problemen. Ik kan u verzekeren dat deze werkplek op de meest saaie momenten nog te omschrijven is als dynamisch en dat op vele andere momenten de term 'snelkookpan' de lading beter zou dekken. Voorafgaand aan dit onderzoek had ik dus al enige kijk op deze complexe doelgroep. Om ook voor de lezer een tipje van de sluier op te lichten van vier jaar jeugdverslavingskliniek heb ik een aantal van mijn ervaringen verwerkt in dit onderzoeksverslag. Op een aantal plekken treft u in de kantlijn anekdotes over een aantal van de cliënten die mij zijn bijgebleven; om hun privacy te waarborgen zijn de namen echter gefingeerd.

Dank aan een ieder die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit onderzoek. Met name een aantal collega's van Tactus die het volgen van deze studie mede mogelijk gemaakt hebben en mijn begeleiders die mij met hun feedback zo nu en dan weer even op het juiste pad hebben gezet. Een speciaal woord van dank aan de jongeren en collega's die de afgelopen jaren tijd en energie hebben geïnvesteerd in het verzamelen van de gegevens waar dit onderzoek op gebaseerd is.

"We shall sooner have the bird by hatching the egg than by smashing it"; voor mij betekent deze zin dat je meer bereikt door het investeren van tijd en energie, dan wanneer je rücksichtsloos verder stampet. Vanuit mijn werk in de jeugdverslavingszorg weet ik ondertussen dat veel van de jongeren die wegens hun problemen terecht zijn gekomen in marges van de maatschappij de potentie hebben om uit te groeien tot zelfverzekerde individuen. Mits ze hiervoor maar de kans krijgen en iemand of een organisatie vinden die bereid is ze met tijd en energie te ondersteunen. Met het aan de kant drukken van deze jongeren of het negeren van hun problemen (en potenties) is niemand gebaat. De hele jeugdzorg staat op het moment onder grote financiële en organisatorische druk. Laten we in deze turbulente tijd echter niet vergeten dat jongeren kwetsbaar zijn en dat sommige jongeren net wat meer tijd en ondersteuning nodig hebben om uit hun schaal te breken.

Deventer, juni 2014

Arnold van der Werff

Managementsamenvatting

De moderne gezondheidszorg heeft twee belangrijke doelen: enerzijds is dit het bieden van effectieve zorg gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (*evidence based practice*), anderzijds moet deze zorg zo efficiënt mogelijk om de cliënt heen worden georganiseerd. Deze twee doelen komen samen in zogenaamde zorgpaden, specifieke zorgtrajecten voor een groep cliënten met een specifieke hulpvraag. Om het ontwikkelen van dergelijke zorgpaden voor verslaafde jongeren te ondersteunen, is in opdracht van de afdeling zorgontwikkeling van Tactus Verslavingszorg onderzoek gedaan naar de samenstelling van de cliëntpopulatie in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar. Met behulp van gegevens van 650 verslaafde jongeren, verzameld met de MATE-Y (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie voor jongeren), is de samenstelling van deze cliëntpopulatie bestudeerd. Dit onderzoek heeft geleid tot vier belangrijke bijdragen:

Ten eerste kunnen de belangrijke cliëntkenmerken voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren ingedeeld worden in drie groepen: kenmerken die sturend zijn voor het soort behandeling die een jongere nodig heeft (de aard van de verslaving en de eventuele psychiatrische comorbiditeit), kenmerken die een dergelijke behandeling kunnen specificeren (de invloed van ouders en het gezin, vrienden en leeftijdgenoten, school / werk en justitie) en tot slot kenmerken die bepalend zijn voor de intensiteit van de behandeling (de ernst van het verslavingsprobleem, de andere verslavende middelen die een cliënt gebruikt, de ernst van de bijkomende psychiatrische problematiek, de mate van problemen in het dagelijks functioneren, de behandelgeschiedenis, de leeftijd en een verstandelijke beperking). Ten opzichte van de belangrijke cliëntkenmerken voor volwassenen is vooral de toevoeging van de factor leeftijd van belang. Deze inzichten zijn ontstaan op basis van een uitgebreide literatuurstudie en raadpleging van experts uit de hulpverleningspraktijk.

Ten tweede heeft dit onderzoek veel inzicht gegeven in de samenstelling van de cliëntpopulatie van Tactus. 62 procent van de jongeren blijkt primair verslaafd aan cannabis. Bij eveneens 62 procent van de populatie worden aanwijzingen voor een bijkomende psychiatrische stoornis gevonden. Ten slotte voelt slechts de helft van de jongeren zich gesteund door het gezin en vrienden, dit terwijl steun van het thuisfront essentieel wordt geacht voor behandel succes.

Ten derde blijkt de cliëntpopulatie van Tactus zodanig in te delen dat met het opstellen van zes cliëntprofielen driekwart van de populatie beschreven kan worden. Deze profielen onderscheiden zich vooral van elkaar in de hoeveelheid sociale problemen, beperkingen in het dagelijks functioneren en de ernst van de verslaving.

Ten vierde is de samenhang tussen de verschillende cliëntkenmerken duidelijk geworden. De aard van de psychiatrische comorbiditeit blijkt een veel grotere impact te hebben op de ernst van de verslaving en de mate van sociale problematiek dan de aard van de verslaving. Het zijn over het algemeen de jongeren die naast hun verslaving ook kampen met een psychiatrische stoornis die meer en ernstigere bijkomende problemen hebben en ook al eerder behandeld zijn.

Op basis van dit alles wordt geadviseerd om de structuur van de zorgpaden vooral te baseren op de aard van de psychiatrische comorbiditeit. Hierdoor ontstaan drie zorgpaden: verslaving zonder bijkomende psychiatrische stoornis, verslaving en een internaliserende stoornis en verslaving met een externaliserende stoornis. Deze drie zorgpaden kunnen vervolgens gespecificeerd worden naar gelang de problemen op het sociale vlak en geïntensiveerd op basis van het dagelijks functioneren, de ernst van de verslaving, eerdere behandelingen en aanwijzingen voor een verstandelijke beperking.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Gebruik van verslavende middelen, met alle gevolgen van dien	6
1.2	Zorgpaden als route naar behandel succes?	7
1.3	Van cliënten naar zorgpaden: welke kenmerken doen er toe?	10
1.4	Onderzoeksopdracht	12
1.5	Relevantie van dit onderzoek	13
1.6	Leeswijzer onderzoeksrapport	15
2	Belangrijke cliëntkenmerken voor een effectieve behandeling	16
2.1	Het verband tussen verslaving, psychiatrie, sociale omstandigheden en behandelgeschiedenis	16
2.2	De verslaving	20
2.3	De psychiatrische comorbiditeit	22
2.4	De sociale omstandigheden	24
2.5	De behandelintensiteit en behandelgeschiedenis	26
2.6	Aanvullende kenmerken	27
2.7	Een ordening van de belangrijke cliëntkenmerken	28
2.8	Van belangrijke cliëntkenmerken naar profielen; verwachtingen	30
3	Onderzoeksopzet	31
3.1	Het onderzoeksdesign	31
3.2	Beschrijving van de secundaire gegevens (MATE-Y)	31
3.3	Operationalisatie van de variabelen	32
3.4	Bespreking van de analysestrategie	39
4	Cliëntprofielen	42
4.1	Sturende factoren	42
4.2	Specificerende factoren	48
4.3	Intensiverende factoren	49
4.4	Aanvullende kenmerken	52
4.5	De impact van de aard van de verslaving en de psychiatrische stoornis	52
4.6	Cliëntprofielen	55
5	Conclusie & Discussie	58
5.1	Beperkingen van dit onderzoek	60
5.2	Aanbevelingen voor de MATE-Y en vervolgonderzoek	62
6	Beleidsaanbevelingen; van cliëntprofielen naar zorgpaden	64
6.1	Het zorgpaden ontwerp	65
6.2	Stappenplan: de route naar zorgpaden	68
6.3	Een stap verder: zorgpaden zijn een onderdeel van zorgplannen	70
	Literatuur	71
	Bijlagen	84
	Bijlage 1: verantwoording literatuuronderzoek	84
	Bijlage 2: gespreksverslag praktijkpanel	84
	Bijlage 3: MATE-Y	87

1 Inleiding

Een groot gedeelte van de Nederlandse jongeren gebruikt één of meerdere verslavende middelen (Verdurmen et al., 2012). Het aantal jongeren wat vraagt om hulp bij een verslavingsprobleem stijgt (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013) en de individuele en maatschappelijke gevolgen van middelengebruik en verslaving bij jongeren zijn groot (Wiers & Theunissen, 2002). Daarom is een effectieve en efficiënte verslavingsbehandeling voor jongeren van groot belang (Snoek, De Weert-van Oene, De Jong & Van de Mheen, 2010). Het ontwikkelen van zogenaamde 'zorgpaden' wordt internationaal gezien als de nieuwe manier om ervoor te zorgen dat cliënten een effectieve en efficiënt georganiseerde behandeling krijgen die is toegespitst op hun behoeftes (o.a. Zander, 2002; Vanhaecht, Panella, Van Zelm & Sermeus, 2010). Voor Tactus Verslavingszorg is het ontwikkelen en implementeren van zorgpaden voor onder andere jongeren een speerpunt (Rutten, 2012). Hiervoor is echter meer inzicht nodig in de cliëntpopulatie van Tactus. Om het ontwikkelen van zorgpaden voor verslaafde jongeren te faciliteren staat het opstellen van cliëntprofielen in dit onderzoek centraal.

Tactus verslavingszorg (toen en nu): Met een ontstaansgeschiedenis die is terug te voeren op de Henriëtte Hartsenkliniek uit 1900 heeft het huidige Tactus, ontstaan uit meerdere fusies met onder andere een aantal Centra voor Alcohol en Drugs [CAD], meer dan honderd jaar ervaring in verslavingszorg. Tactus is actief in Flevoland, Overijssel en Gelderland binnen het gehele spectrum van verslavingsbehandelingen voor zowel volwassenen als jeugd, van laagdrempelige preventie via ambulante en klinische zorg tot en met gesloten forensische behandelingen. Jaarlijks worden er met in totaal 1135 medewerkers op 40 locaties ruim 12.000 cliënten gezien (Tactus Intranet).

1.1 Gebruik van verslavende middelen, met alle gevolgen van dien

Een groot gedeelte van de Nederlandse jongeren blijkt verslavende middelen te gebruiken. Onderzoek onder middelbaar scholieren toont aan dat in de maand voorafgaand aan het onderzoek 43% alcohol dronk (21% was dronken of aangeschoten), 7% blowde (1% meer dan 10 keer), 1.6% een vorm van harddrugs gebruikte en 7% speelde op een gokkast (Verdurmen et al., 2012). Waar experimenteren met alcohol en drugs bij jongeren als normaal wordt gezien, slaat dit bij een gedeelte van de jongeren om in problematisch gebruik of een verslaving (Vandenbussche, Volckaert, d'Hont & Sools, 2006). Jongeren zijn om verschillende redenen kwetsbaarder voor verslavingsproblematiek dan volwassenen. Zo zijn ze meer beïnvloedbaar door vrienden, kwetsbaarder voor de effecten van drugsgebruik vanwege het ontwikkelstadium van hun hersenen en hun lichaamsbouw en raken ze sneller verslaafd (Crone, 2008; Hulshoff, Wegen, & Den Ouden, 2009; Snoek, Wits, Van der Stel & Van de Mheen, 2010; Tanner-Smith, Wilson & Lipsey, 2013). Het gebruik van middelen onder jongeren is de laatste jaren stabiel (Verdurmen et al., 2012). Desondanks is het aantal jongeren onder de 25 dat bij de verslavingszorg aanklopte voor hulp het afgelopen decennium met 59% gestegen naar 8370 jongeren in 2013 (Wisselink et al., 2013; LADIS, 2013). Bij meer dan de helft alle jongeren die in 2012 om hulp vroegen voor een verslavingsprobleem is cannabis de primaire problematiek (51%) gevolgd door alcohol (19%) en cocaïne (8%) (Wisselink et al., 2013).

Vanwege de grote individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen van gebruik en verslaving is een efficiënte en effectieve behandeling speciaal voor jongeren essentieel (Wiers & Theunissen, 2002; Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2007; Snoek, De Weert-van Oene et al., 2010; NIH, 2014). Middelengebruik en verslaving bij jongeren wordt in verband gebracht met overlast en agressie op straat en in het uitgaansleven

(Goossens, 2012), verstoring van de relatie met ouders, het verkeren in ‘verkeerde’ vriendengroepen en (kleine) criminaliteit (Hammink, Altenburg & Schrijvers, 2012). Ook zijn er grote risico’s voor cognitieve- en andere gezondheidsschade (Crone, 2008; NIH, 2014). Daarnaast bestaat er een duidelijke relatie tussen middelengebruik c.q. verslaving en schoolverzuim- en uitval (Ter Bogt, Van Lieshout, Doornwaard & Eijkemans, 2009; Hammink et al., 2012). Vooral dit laatste kan verstrekkende gevolgen hebben voor zowel de individuele jongere als de maatschappij wegens de duidelijke samenhang tussen schoolcarrière en toekomstperspectief (De Graaf & Kalmijn, 2001) en honderden miljoenen euro’s aan maatschappelijke kosten op jaarbasis (WRR, 2009; Cuelenaere, Van Zutphen, Van der Aa, Willemsen & Wilkens, 2009).

Tactus verslavingszorg (behandeling van jongeren): Verslavingszorg aan jongeren is in het meerjarenbeleidsplan van Tactus Verslavingszorg benoemd tot één van de speerpunten voor de komende jaren. Deze zorg begint bij een breed scala aan preventieactiviteiten zoals voorlichting op scholen en in het uitgaanscircuit. Daarnaast houden medewerkers van Tactus spreekuur op veel middelbare scholen. Op een laagdrempelige manier kunnen jongeren daar terecht met hun vragen en kunnen zij indien nodig worden gemotiveerd voor behandelingen. Het grootste gedeelte van die behandeling vindt ambulante plaats. Jongeren treffen wekelijks of tweewekelijks een medewerker van Tactus voor een (groeps)behandeling van een uur. Deze behandelingen kunnen onder andere gecombineerd worden met diagnostische onderzoeken, medicatie en systeemtherapie. Jongeren woonachtig in verschillende instellingen voor jeugdzorg worden op eenzelfde manier behandeld door bezoekende behandelaren. Sinds 2010 beschikt Tactus daarnaast over een jeugdkliniek waar jongeren kunnen worden opgenomen voor een verslavingsbehandeling van drie tot zes maanden in een setting voor 24-uurs zorg terwijl zij intern naar school gaan (Tactus Intranet).

1.2 Zorgpaden als route naar behandelings succes?

Een effectieve en efficiënte verslavingsbehandeling voor jongeren mag vanwege de toegenomen hulpvraag en de grote individuele en maatschappelijke gevolgen dan essentieel zijn, op dit moment kampt de jeugdverslavingszorg met verschillende problemen die dit in de weg staan. Zo wordt benoemd dat de kwaliteit van de zorg nog verder omhoog kan (McLellan & Meyers, 2004; Knudsen, 2009; Winters, Botzet & Fanhorst, 2011); er nog meer gebruik gemaakt moet worden van bewezen effectieve behandelingen (McLellan & Meyers, 2004; Winters et al., 2011); en meer aandacht voor interdisciplinaire samenwerking noodzakelijk is (McLellan & Meyers, 2004; Snoek, De Weert-van Oene, et al., 2010; Tai & Volkow, 2013). Tot slot is onduidelijk hoe de jeugdverslavingszorg het beste georganiseerd kan worden (Snoek, De Weert-van Oene, et al., 2010). De Nederlandse overheid onderschrijft het belang van het verbeteren van de zorg aan jongeren, maar “tegelijkertijd zullen de fors gestegen uitgaven voor jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd worden teruggebracht” (Bruggen Slaan, 2012, p.24). Er zal dus meer gedaan moeten worden met minder geld, een opgave die alleen mogelijk is door een hogere mate van efficiëntie. Dit beleidsprobleem is als eerste bouwsteen van een onderzoeksmodel samengevat in onderstaand figuur 1.1. In de loop van deze inleiding wordt dit figuur stapsgewijs verder uitgebouwd. Aan het einde van de inleiding treft de lezer dit model in zijn totaliteit.

Beleidsprobleem: De kwaliteit van de jeugdverslavingszorg moet nog verder omhoog, onder andere door deze meer te baseren op bewezen effectieve behandelingen. Daarnaast moet deze zorg efficiënter georganiseerd worden zodat er meer wordt samengewerkt en er kosten bespaard kunnen worden.

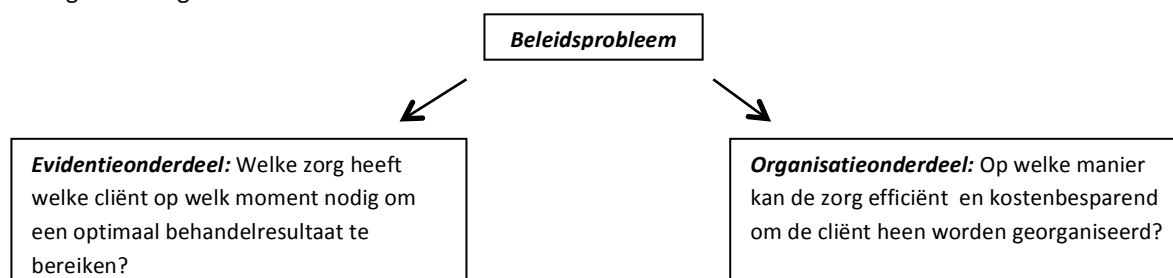
Figuur 1.1. Het probleem van de jeugdverslavingszorg.

De genoemde problemen zijn niet uniek voor de jeugdverslavingszorg maar zijn tekenend voor de gehele zorgsector. De conclusie dat slecht georganiseerde zorg verantwoordelijk is voor veel medische fouten (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000) heeft samen met de beweging om de patiënt meer centraal te stellen in het zorgproces (Vanhaecht et al., 2010) binnen de hele zorgsector geleid tot oproepen om de zorg: A) anders te organiseren met B) meer aandacht voor de kwaliteit van zorg (o.a. Institute of Medicine, 2001; Porter & Teisberg, 2007). Een belangrijke rol bij het verbeteren van de kwaliteit en de behandelresultaten is weggelegd voor *evidence based practice* [EBP] (o.a. Jones, 1999; Goldman, et al., 2001; El Gohr et al., 2010). Bij EBP gaat het om het gebruik van die behandelingen die bewezen effectief zijn voor specifieke problemen zodat de cliënt de juiste en meest effectieve zorg krijgt (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996; Dawes et al., 2005). In de kern gaat het bij EBP daarmee om het bewust verbeteren van de zorg met behulp van wetenschappelijke methoden en een antwoord op de vraag: welke cliënt heeft op welk moment welke zorg nodig?

Evidence based practice is van oorsprong een concept uit de somatische gezondheidszorg en werd gedefinieerd als "(...) het nauwgezet, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het beste actuele bewijs voor het nemen van besluiten over de zorg voor individuele patiënten. De praktijk van *evidence based medicine* betekent het integreren van individuele klinische expertise met het best beschikbare externe klinische bewijs uit systematisch onderzoek." (Sackett, et al., 1996, p.71). Ondertussen wordt de term EBP gebruikt door een breed scala aan professionals gelieerd aan de sociale- of gezondheidszorg en is de definitie met haar tijd meegegaan: (...) *decisions about health care are based on the best available, current, valid and relevant evidence. These decisions should be made by those receiving care, informed by the tacit and explicit knowledge of those providing care, within the context of available resources.*" (Dawes et al., 2005, p.4). Hieruit blijkt ook de andere rol die de cliënt heeft gekregen in het besluitvormingsproces.

Om de juiste cliënt op het juiste moment de juiste zorg te bieden moeten verschillende cliënten een voor hun problemen specifiek ontwikkeld zorgtraject doorlopen. Dit met bijbehorende uitdagingen voor de manier waarop die zorg georganiseerd zal moeten worden (Goldman et al., 2001). Een belangrijk onderdeel van die organisatie is een effectieve interdisciplinaire samenwerking om het leveren van hoogwaardige zorg in de complexe en kennisintensieve zorgomgeving mogelijk te blijven maken (Deneckere et al., 2013). Dit laatste is met name van belang aangezien blijkt dat het voor het bieden van de juiste geestelijke gezondheidszorg aan jongeren essentieel is dat het onderwijs, de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (o.a. de jeugdverslavingszorg) en de somatische zorg intensief met elkaar samenwerken (Farmer, Burns, Phillips, Angold & Costello, 2003; Elliot et al., 2005). Hierbij gaat het dus om de vraag: Hoe organiseren we de zorg zo dat deze over de grenzen van de individuele instanties heen gaat en de cliënt daadwerkelijk centraal staat?

De problemen in de (jeugdverslavings)zorg lijken daarmee op te splitsen in twee onderdelen: 1) een evidentieonderdeel dat ingaat op de vraag welke cliënt op welk moment welke zorg nodig heeft om een optimaal behandelresultaat te bereiken en 2) een organisatieonderdeel dat ingaat op de vraag op welke manier deze zorg zo efficiënt mogelijk om de cliënt heen georganiseerd kan worden. Deze splitsing is tevens weergegeven in figuur 1.2.



Figuur 1.2. Het probleem van de jeugdverslavingszorg opgesplitst in twee delen.

Het integrale mondiale antwoord op deze vragen naar kwalitatief betere en efficiëntere zorg is het organiseren van zorg in zogenaamde zorgpaden of *care pathways* (o.a. Zander, 2002; Vanhaecht et al., 2010). Een concept wat ondertussen wordt toegepast in landen over de gehele wereld (Vanhaecht et al., 2006) waaronder 17 in de Europese Unie (Hindle & Yazbeck, 2005) in zowel de somatische (o.a. Bragato & Jacobs, 2003) als de geestelijke gezondheidszorg (o.a. El Gohr et al., 2010) en daar waar deze elkaar overlappen (Katon et al., 2004). Een uit een meta-analyse samengestelde (De Bleser et al., 2006) en later aangescherpte (Vanhaecht, De Witte & Sermeus, 2007) definitie van een zorgpad luidt als volgt: “Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader” (Sermeus et al., 2009, p.29). Deze definitie lijkt op dit moment de meest toonaangevende en wordt onder andere gehanteerd door de *European Pathway Association* [EPA] (Sermeus et al., 2009) alsook in de praktijk door bijvoorbeeld Tactus Verslavingszorg (Van der Wal, 2013).

De kracht van zorgpaden ligt in het efficiënt organiseren van complexe zorg op die manier dat de cliënt op het juiste moment de juiste zorg ontvangt van een multidisciplinair team (Sermeus et al., 2009). Zorgpaden lijken hiermee uitermate geschikt voor de zeer complexe jeugdverslavingszorg waar verslavingsproblematiek vaak samengaat met andere problemen (comorbiditeit) op het gebied van gedrag, school, thuissituatie, psychiatrische problematiek, criminaliteit, verstandelijke beperkingen en sociale contacten (o.a. Snoek, De Weert-Van Oene et al., 2010). Mede door deze hoge mate van comorbiditeit hebben verschillende groepen jongeren met een verslavingsprobleem een andere behandeling nodig. Zo blijkt bijvoorbeeld een verslaafde jongere met *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* [ADHD] een andere behandeling nodig te hebben dan een verslaafde jongere die tegelijkertijd depressief is (Warden et al., 2012; Rohde, Waldron, Turner, Brody & Jorgensen, 2014; Zulauf, Sprich, Safren en Wilens, 2014). Doordat zorgpaden de mogelijkheid bieden om voor cliënten met specifieke problemen een aparte route te creëren (Sermeus et al., 2009) sluiten zorgpaden en de jeugdverslavingszorg goed op elkaar aan. Ook de constante aandacht voor het verbeteren van behandelresultaten en *evidence based* behandelen (Jones, 1999; El Gohr et al., 2012) en de intensieve interdisciplinaire samenwerking (Vanhaecht et al., 2007) waar zorgpaden om bekend staan, sluiten goed aan bij de eerder benoemde problemen in de jeugdverslavingszorg. Daarbovenop moeten juist zorgpaden leiden tot een efficiëntere zorgorganisatie (Vanhaecht et al., 2010) en kostenbesparing (Vanhaecht et al., 2007). Beide blijken hard nodig gezien de bezuinigingen die de overheid doorvoert. De samenkomst van het evidentie- en organisatieonderdeel in zorgpaden is weergegeven in figuur 1.3.

Hoezo complex? Eén van mijn eerste coachjongeren was Peter, een klein iel manneke van 15 jaar met een cannabisverslaving. Maar er zat zo veel meer achter. Uit zijn eerste urinecontrole bleek ook het gebruik van cocaïne, de relatie met zijn moeder was ernstig verstoord, en op zijn school voor jongeren met gedragsproblemen was hij al lang niet meer welkom. Zijn reclasseerder, aan hem gekoppeld onder andere wegens dealen, wist niet hoe hem nog langer te bereiken en zijn woedeaanvallen hebben ons ondanks twee eerdere Agressie Regulatie Trainingen meerdere gaten in de muur opgeleverd.

Evidentieonderdeel

Organisatieonderdeel

Oplossing: Zorgpaden, zodat cliënten met complexe problemen de best bewezen effectieve zorg ontvangen van een multidisciplinair team, dusdanig georganiseerd dat de cliënt centraal staat en er kosten bespaard worden.

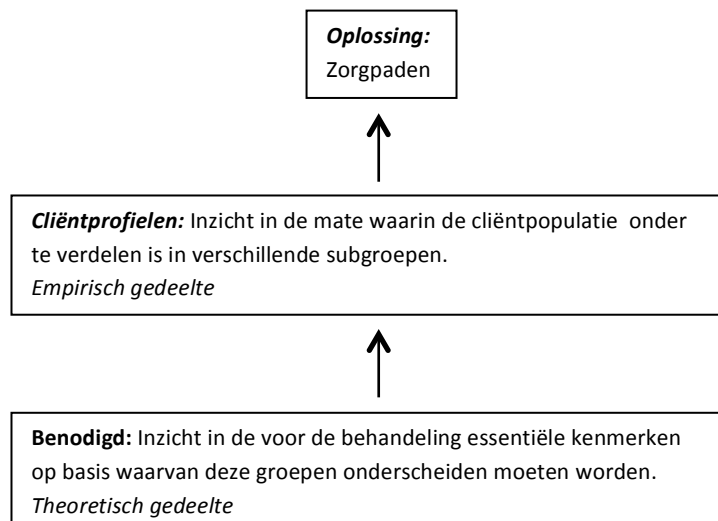
Figuur 1.3. De beide probleemdelen komen samen in één oplossing.

Binnen de somatische zorg is relatief veel onderzoek gedaan naar het effect van zorgpaden. Er is geen eenduidige conclusie te trekken over het behandelingseffect van zorgpaden, wel hebben zorgpaden een duidelijke impact op het reduceren van de kosten, het verhogen van de patiënttevredenheid en het verbeteren van het zorgproces (Sermeus et al., 2009). Daarbovenop heeft het werken in zorgpaden een positief effect op teamsamenwerking, zorgorganisatie en het verminderen van het risico op burn-out van het personeel (Deneckere et al., 2013). Over effecten van zorgpaden binnen de Geestelijke Gezondheidszorg [GGZ], laat staan specifiek de verslavingszorg, is weinig bekend. Behandelen via een zorgpad lijkt betere behandelingseffecten te geven bij patiënten met zowel depressie als diabetes (Katon et al., 2004) en er zijn aanwijzingen dat zorgpaden effect hebben op het verminderen van de duur van onbehandelde psychoses (Birchwood et al., 2013). Meer kennis betreffende het effect van zorgpaden binnen de GGZ is op dit moment niet voorhanden. Naast positieve resultaten zijn er echter ook kritische geluiden betreffende zorgpaden. Zo wordt beargumenteerd dat het werken in zorgpaden zou kunnen leiden tot aanbod- in plaats van vraaggerichte zorg (Konst, 2010), is onbekend of de ontwikkelkosten van zorgpaden wel opwegen tegen de baten en zou deze vorm van organisatie ook kunnen leiden tot meer en nieuwe fouten (Allen, Gillen & Rixson, 2009).

Geconcludeerd kan worden dat, los van de kritische geluiden en de onduidelijkheid betreffende de behandelingseffectiviteit van zorgpaden, het organiseren van zorg via zorgpaden op dit moment de dominante beweging is binnen de gehele gezondheidszorg, waaronder de GGZ en jeugdverslavingszorg (Vanhaecht et al., 2010; El Gohr et al., 2012) alsmede een belangrijk speerpunt van Tactus Verslavingszorg (Rutten, 2013).

1.3 Van cliënten naar zorgpaden: welke kenmerken doen er toe?

Bij zorgpaden gaat het om een specifieke groep cliënten die een specifieke *evidence based* behandeling nodig hebben. Voor het ontwikkelen van aparte zorgpaden voor jeugdige verslaafden is het dus van belang om 1) vast te stellen dat jongeren een andere behandeling nodig hebben dan volwassenen om vervolgens 2) de cliënten onder te verdelen in groepen naar gelang de specifieke behandeling die zij op basis van wetenschappelijk bewijs nodig hebben, waarbij 3) deze groepen voldoende groot zijn om zorg apart voor te kunnen organiseren. Deze stappen zijn tevens weergegeven in figuur 1.4. Hieronder wordt allereerst ingegaan op de redenen waarom een behandelaanbod speciaal voor jongeren belangrijk is. Vervolgens wordt besproken welke kenmerken op basis van eerder onderzoek van belang zijn gebleken voor een goede verslavingsbehandeling. Deze kenmerken komen daarna uitgebreid aan bod in de literatuurstudie van hoofdstuk 2. Op basis van deze kenmerken worden in het onderdeel resultaten (hoofdstuk 4) profielen opgesteld waarbij rekening zal worden gehouden met de grootte van de groepen.



Figuur 1.4. Voor het ontwikkelen van zorgpaden is informatie in twee stappen nodig.

Uit eerder onderzoek is reeds gebleken dat een specifiek behandel aanbod voor jongeren van groot belang is vanwege alle ontwikkelingen op zowel neurobiologisch als psychosociaal vlak die zij doormaken (Winters et al., 2011). Zo hebben jongeren wegens het ontwikkelingsstadium van hun hersenen nog moeite met plannen, doelgericht handelen en het maken van lange termijn keuzes (Crone, 2008). Daarnaast ervaren zij minder lichamelijke waarschuwingssignalen bij gevaarlijke keuzes en zijn zij nog vooral gericht op voordelen in plaats van nadelen (Crone, 2008). Al deze aspecten spelen een belangrijke rol bij verslaving en daarom moet de behandeling van jongeren aangepast worden op het stadium van hun hersenontwikkeling (Snoek & Wits et al., 2010). Jongeren missen vaak het besef dat zij hulp nodig hebben bij hun verslaving, mede doordat zij wegens de relatief korte periode van gebruik vaak nog weinig echte negatieve gevolgen ervaren (Bolier, Verdurmen, Smit, Monshouwer & Lemmers, 2008; NIH, 2014). Jongeren betrekken bij en gemotiveerd houden voor de behandeling wordt dan ook gezien als een vak apart (NIH, 2014).

Naast de conclusie dat jongeren een andere behandeling nodig hebben dan volwassenen is ook reeds gebleken dat jongeren met verschillende combinaties van problemen op verschillende momenten andere behandelingen nodig hebben en dat zorgtrajecten hierop moeten worden aangepast (o.a. Grella, Hser, Joshi & Rounds-Bryant, 2001; Shane, Jasiukaitis & Green, 2003; Chan, Dennis & Funk, 2008). Er bestaat echter weinig tot geen kennis over de mate waarin de populatie jongeren met een verslavingshulpvraag in te delen is in van elkaar te onderscheiden subgroepen. Ook is niet duidelijk op basis van welke cliëntkenmerken dergelijke behandelgroepen zouden moeten worden samengesteld. Er is echter wel informatie over de kenmerken die van belang zijn voor zorgtoewijzing aan individuele volwassenen. Die informatie lijkt het dichtstbijzijnde startpunt om dit voor de jongerenpopulatie verder uit te werken.

Op basis van een systematische review concludeert Schippers (2000) dat er voor een *evidence based* zorgtoewijzing in de verslavingszorg voor volwassenen vier belangrijke domeinen bestaan. *De ernst van de verslaving*, waar het onder andere gaat om de mate waarin iemand afhankelijk is van het middel of de gedraging. *De aard en mate van psychiatrische comorbiditeit*, zoals bijvoorbeeld ADHD, depressie en angststoornissen die tegelijkertijd met het verslavingsprobleem voorkomen. *De aard en stabiliteit van de sociale omstandigheden*, zoals de aanwezigheid van een veilige woonomgeving en de kwaliteit van de sociale relaties. En tot slot *de behandelgeschiedenis*, hoe vaak is iemand eerder in behandeling geweest, welke behandelingen heeft iemand al gekregen en hadden deze behandelingen succes? Schippers en Broekman (2011a) geven aan dat zij het op basis van deze studie ontwikkelde beslismodel overeenkomstig van toepassing achten op jongeren. Indicatoren op deze vier domeinen worden zowel in de literatuur (Schippers, 2000; De Wildt, Schramade, Boonstra & Bachrach, 2002; Mark et al., 2006; Schippers & Broekman, 2007) als in de praktijk (praktijkpanel, 2014) aangewezen en gebruikt om voor volwassenen en jongeren op individueel niveau zorg toe te wijzen. Of de domeinen die Schippers (2000) benoemt ook van toepassing zijn op jongeren is echter niet onderzocht. Daarnaast is ook niet duidelijk in hoeverre jongeren op basis van deze domeinen, oorspronkelijk bedoeld voor individuele zorgtoewijzing, in onderscheidende groepen kunnen worden ingedeeld. In de literatuurstudie in hoofdstuk 2 zal daarom de beschikbare onderzoeksliteratuur over verslavingsbehandelingen voor jongeren

Ik ben ontsnapt! Vol trots wist Murat me aan het begin van mijn dienst te vertellen dat hij de vorige avond was ontsnapt uit de kliniek. Op mijn vraag of hij net zoals in de film *Shawshank Redemption* de afgelopen weken een tunnel had gegraven, keek hij even verwonderd. Onze jonge Houdini was namelijk gewoon de onafgesloten buitendeur uitgelopen en door de openstaande poort "verdwenen". *Old habits die hard* en na twee jaar jeugd detentie was Murat er, ook nadat hij al meerdere weken bij ons was, nog steeds niet aan gewend dat verblijf in onze kliniek geheel vrijwillig is. Dat uit zich overigens ook in de uitstraling. Er staat een heuphoog hekje om het terrein om een idee te geven waar dit begint en ophoudt. Alle cliëntruimtes en buitendeuren zijn gewoon geopend en na overleg mogen jongeren regelmatig even zelfstandig naar het dorp. "Ontsnappen" is dus een erg groot woord, wat de trots van Murat echter niet mocht drukken.

bestudeerd worden om uit te vinden welke cliëntkenmerken er toe doen bij het in groepen indelen van verslaafde jongeren. Dit is geheel in lijn met een recente conclusie dat informatie over verslavingsbehandelingen voor jongeren moet worden gebaseerd op onderzoek bij jongeren en niet kan worden afgeleid uit onderzoek bij volwassenen (Tanner-Smith et al., 2013).

Voor het aanbrengen van structuur in de literatuurstudie zullen de domeinen van Schippers (2000) in aangepaste vorm gebruikt worden als kapstok. Dit betekent dat in dit onderzoek gekeken zal worden naar de verslaving, de psychiatrische comorbiditeit, sociale problemen, behandelgeschiedenis & behandelintensiteit en een aantal aanvullende kenmerken. Tot slot moet worden opgemerkt dat de literatuurstudie in hoofdstuk 2 niet bedoeld is om tot in de finesses weer te geven hoe specifieke problemen of combinaties daarvan behandeld zouden kunnen worden, welke modules daarvoor beschikbaar zijn of de exacte manier waarop problemen elkaar beïnvloeden. De doelstelling van de literatuurstudie is gelegen in het identificeren van die cliëntkenmerken die van belang zijn voor het opstellen van cliëntprofielen.

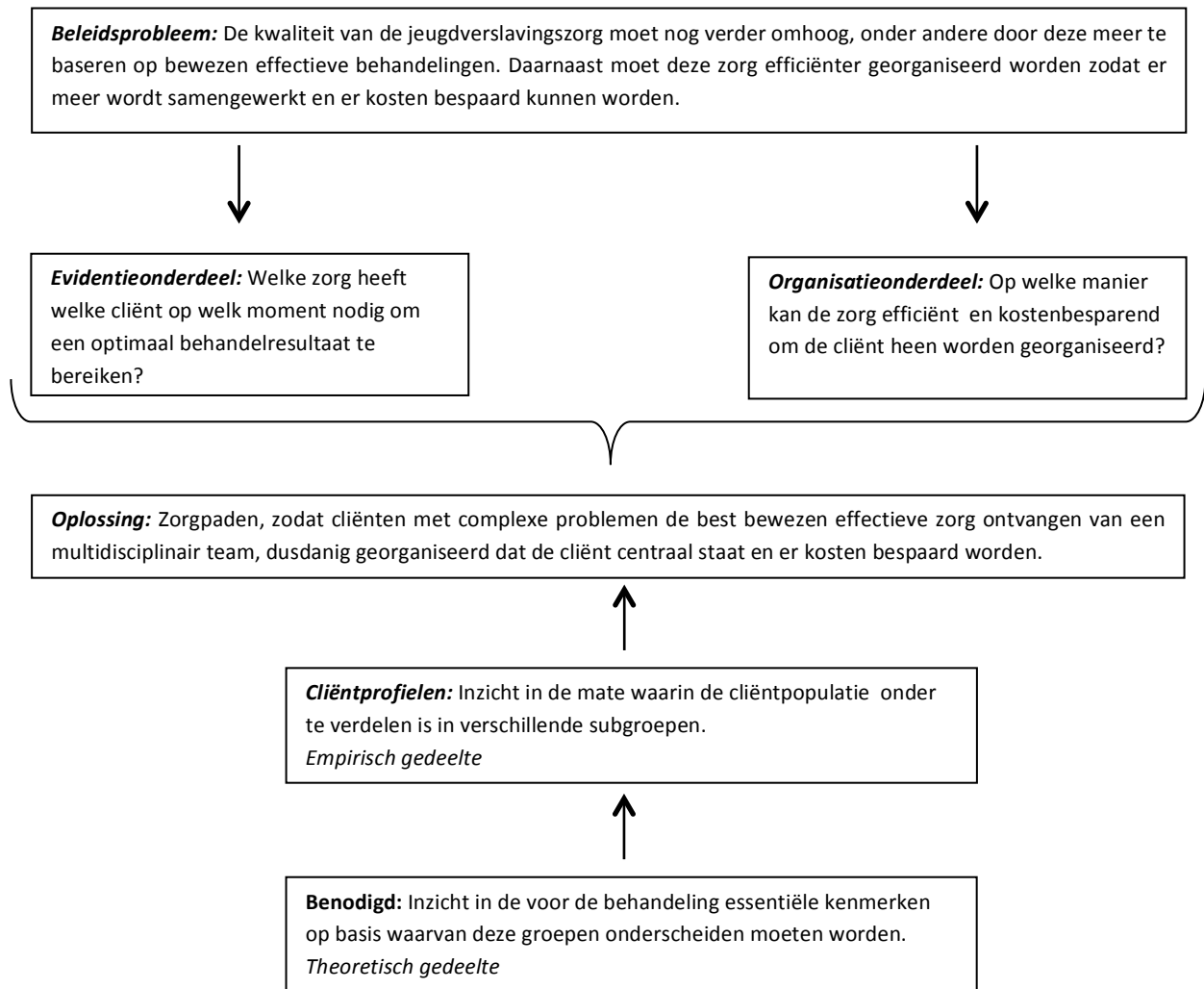
1.4 Onderzoeksopdracht

Het organiseren en implementeren van zorgpaden is een van de belangrijkste ontwikkelingen die Tactus Verslavingszorg op dit moment doormaakt. Dit moet volgens de Raad van Bestuur leiden tot betere behandelresultaten, kortere wachttijden en meer cliëntgerichte service (Rutten, 2013). Voor de volwassen doelgroep zijn hiervoor reeds een aantal specifieke zorgpaden geïmplementeerd of in een ver stadium van ontwikkeling. Alle jongeren vallen echter nog integraal onder het zorgpad “jeugd”. Sinds begin 2014 is een kernteam van zorginhoudelijke experts onder voorzitterschap van de afdeling zorgontwikkeling belast met de opdracht om ook voor de jeugd gespecificeerde zorgpaden te ontwikkelen. Omdat inzicht in de doelgroep van groot belang is voor het kunnen ontwerpen van de juiste zorg (Wits, Knibbe & Rodenburg, 2007), zullen in opdracht van de afdeling zorgontwikkeling van Tactus Verslavingszorg cliëntprofielen worden opgesteld voor de jeugdige cliënten met verslavingsproblemen. Deze cliëntprofielen hebben voornamelijk tot doel om het ontwikkelproces van de zorgpaden te faciliteren. Hiervoor is allereerst meer informatie nodig over de cliëntkenmerken die van belang zijn voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren. Vervolgens kan onderzocht worden in welke mate jongeren op basis van die kenmerken in te delen zijn in subgroepen, hoe groot die subgroepen zijn en wat deze groepen van elkaar onderscheidt. Daarna kunnen er op basis van de opgestelde cliëntprofielen beleidsaanbevelingen worden geformuleerd die Tactus kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van zorgpaden voor jeugdige cliënten. Het onderzoek valt daarmee uiteen in drie vragen:

1. *Welke cliëntkenmerken zijn van belang voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren?*
2. *In hoeverre is de cliëntpopulatie van Tactus op basis van die kenmerken in te delen in subgroepen?*
3. *Welke implicaties hebben de belangrijke cliëntkenmerken en de indeling in subgroepen voor het ontwikkelen van zorgpaden.*

Deze vragen zijn van beneden naar boven af te leiden uit de onderste drie blokken van het totale onderzoeksmodel (figuur 1).

Voor het beantwoorden van deze vraag zal gebruik worden gemaakt van gegevens van circa 650 jongeren die structureel uitgevraagd worden tijdens de intakeprocedure middels de MATE-Y vragenlijst [Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie bij Jeugdigen]. Tactus Verslavingszorg spreekt over ‘jongeren’ van 12 tot en met 23 jaar (Wieske, De Haan & Van den Hoek, 2009) waarmee Tactus aansluit bij de toenemende maatschappelijke aandacht voor een betere overlap tussen de jeugd- en de volwassenenzorg (Steketee, Vandenbroucke & Rijkschroeff, 2009). Tenzij anders vermeld wordt in dit onderzoek met “jongeren” (inclusief synoniemen) aangesloten bij deze leeftijdsspanne.



Figuur 1. Totaalweergave van alle losse onderdelen van het onderzoek.

1.5 Relevantie van dit onderzoek

Dit onderzoek is om meerdere redenen relevant. Eerder in de inleiding kwam reeds naar voren dat de sociale en maatschappelijke gevolgen van middelengebruik en verslaving erg groot zijn (o.a. Crone, 2008; Hammink et al., 2012; NIH, 2014). Dit onderzoek helpt bij het verminderen van deze gevolgen door een bijdrage te leveren aan het ontwerpen van effectievere verslavingszorg. Daarnaast bleek er in de jeugdverslavingszorg een tekort aan aandacht voor *evidence based* werken. Dit onderzoek geeft meer inzicht in de samenstelling van een zeer complexe doelgroep zodat behandelingen in de toekomst op basis van meer bewijs kunnen worden ontwikkeld en toegewezen aan de juiste cliënten.

Waar bovenstaande kennisvermeerdering dit onderzoek reeds in hoge mate relevant maakt voor de maatschappij, individuele verslaafde jongeren en de verslavingszorg in zijn algemeenheid, is er voor Tactus Verslavingszorg nog een belangrijk element. De ontwikkeling van zorg naar zorgpaden vindt plaats ten tijde van een andere grote zorgomslag: de overheveling van alle verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg, waaronder de jeugd GGZ inclusief de jeugdverslavingszorg, naar de gemeenten per 1 januari 2015. Een organisatie als Tactus zal onderhandelingen moeten gaan voeren met vele zelfstandige gemeenten in plaats van een aantal zorgverzekeraars en daarbij in voorkomend geval moeten concurreren met 'collega' instellingen. Het kunnen bieden van efficiënt georganiseerde zorg met aantoonbaar effectieve behandelingen die zijn gebaseerd op een deugdelijk inzicht in de cliëntpopulatie zal daarom van groot belang zijn.

Ook op een abstracter niveau heeft dit onderzoek een mate van relevantie. In paragraaf 1.2 zijn de problemen van de jeugdverslavingszorg onderverdeeld in twee onderdelen: een evidentieprobleem en een organisatieprobleem. Deze twee problemen sluiten naadloos aan op twee hoofdvragen van de sociologie: het rationaliseringsprobleem en het ordeningsprobleem. Bij rationalisering gaat het om de vraag welke invloed processen zoals technische vooruitgang en professionalisering hebben op sociale veranderingen (Ultee, Arts en Flap, 2003). Een belangrijk onderdeel van dit rationaliseringsvraagstuk is de opkomst van de empirisch-theoretische wetenschap. Sinds de middeleeuwen ging vooral in de Westerse beschaving ervaringskennis en speculatie over in wetenschappelijk onderzoek en experimenten (Ultee et al., 2003). Nog steeds verandert de maatschappij onder invloed van nieuwe wetenschappelijke kennis. Met de toepassing van *evidence based practice* wordt ervaringskennis in de zorg steeds meer vervangen of ondersteund door empirisch bewijs. Ook de jeugdverslavingszorg zit, net als de rest van de zorg, nog volop in een rationaliseringsproces. Dit onderzoek draagt op twee verschillende niveaus bij aan dit proces. Op praktisch niveau doordat cliënten nog beter voorzien kunnen worden van die zorg die voor hen wetenschappelijk bewezen effectief is. Op wetenschappelijk niveau doordat steeds duidelijker wordt welke invloed de toenemende kennis heeft op de ontwikkelingen in de jeugdverslavingszorg en wat de stand van zaken is van dit proces.

Tussen wal en schip? Theo (17) bleek ongeveer 40 jaar te laat geboren. In de jaren '60 van de vorige eeuw was hij waarschijnlijk beter tot zijn recht gekomen. Hij snapte niet goed wat de maatschappij van hem wilde, waarom hij geen cannabis mocht gebruiken, waarom hij niet gewoon druk mocht zijn en daarom een 'label' ADHD kreeg en vooral waarom hij niet gewoon daar mocht slapen waar hij wilde. Zijn behandeling bij ons mag een succes genoemd worden, met dien verstande dat hij afscheid heeft genomen met het best mogelijke resultaat. Maar ja, wat dan? Naar huis kon (mocht) hij niet meer. Zijn gebruik was fors gedaald, maar niet volledig weg waardoor hij bij veel instellingen niet welkom was. Voor kamertraining bestond een lange wachtlijst. Het grootste probleem was echter dat eigenlijk niemand zich verantwoordelijk voelde voor deze laatbloeiende hippie die daardoor tussen wal en schip leek te vallen. Misschien is alle jeugdzorg onder één dak zoals straks bij de gemeenten toch niet zo'n slecht plan.

Een andere hoofdvraag van de sociologie betreft het ordeningsprobleem, wat onder andere ingaat op de manier waarop de maatschappij wordt ingedeeld en georganiseerd (Ganzeboom, 2012). Dit vertoont grote overeenkomsten met de organisatieproblemen in de zorg en de vraag hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. Dit organisatievraagstuk speelt zich binnen de zorg op meerdere niveaus af. Op micro niveau moet de zorg zo worden georganiseerd dat de cliënt centraal staat en de beste zorg krijgt. Op meso niveau blijken verschillende disciplines daarvoor met elkaar te moeten samenwerken, wat een bepaalde ordening en organisatie vraagt. Op macro niveau moet dit ingepast worden in de organisatie van de maatschappij als geheel. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan het beantwoorden van organisatievraagstukken op alle drie de niveaus. Het opstellen van cliëntprofielen maakt duidelijk welke soort zorg verschillende cliënten nodig hebben en de hieruit voortkomende zorgpaden dragen door het ordenen van die zorg bij aan de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Tot slot is inpassing van deze zorg in de maatschappij op dit moment met de transitie van de jeugdzorg een zeer actueel thema. Een duidelijk beeld van de cliëntpopulatie en daarop gebaseerde zorgpaden kan de gemeenten ondersteunen in het organiseren en laten uitvoeren van de zorg.

Op dit moment is het ontwikkelen van zorgpaden, met rationalisering en ordening als belangrijkste pijlers, het dominante antwoord op de zorgvraag anno 2014. Dit onderzoek draagt bij aan het faciliteren van zorgontwikkeling die verslaafde jongeren binnen de huidige randvoorwaarden van bureaucratie, wetenschap en organisatie precies die zorg biedt die zij nodig hebben. Hiermee wordt tevens op bescheiden schaal bijgedragen aan het vinden van hedendaagse antwoorden voor twee belangrijke sociologische problemen, toegepast op een onderdeel van de gezondheidszorg.

1.6 Leeswijzer onderzoeksrapport

In hoofdstuk 2 wordt op basis van een uitgebreide literatuurstudie en gesprekken met experts uit de praktijk nader ingegaan op de belangrijke cliëntkenmerken voor een *evidence based* verslavingsbehandeling voor jongeren. Hoofdstuk 2 sluit af met een geheel nieuwe indeling van deze kenmerken en enkele verwachtingen ten aanzien van de samenstelling en samenhang van de cliëntpopulatie. In hoofdstuk 3 wordt het ontwerp van dit onderzoek besproken en wordt uitgebreid ingegaan op de herkomst van de gegevens en de manier waarop die zullen worden gebruikt. In hoofdstuk 4 treft de lezer de resultaten van de analyses met uiteindelijk de daadwerkelijke cliëntprofielen. Hoofdstuk 5 brengt dit alles samen en bespreekt de belangrijkste conclusies van dit onderzoek, evenals de belangrijkste beperkingen en de aanbevelingen voor vervolgonderzoek. De laatste stap op weg naar zorgpaden wordt tenslotte gezet in hoofdstuk 6 waar Tactus Verslavingszorg wordt voorzien van gedetailleerde aanbevelingen voor het ontwerpen van zorgpaden voor jeugdige verslaafden.



2 Belangrijke cliëntkenmerken voor een effectieve behandeling

De eerste onderzoeksvraag gaat in op de cliëntkenmerken die van belang zijn voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren. Pas als duidelijk is welke kenmerken voor een effectieve behandeling belangrijk zijn, kunnen er op basis van die cliëntkenmerken profielen worden opgesteld. In deze literatuurstudie zullen die belangrijke kenmerken worden geïnventariseerd en geordend. Daarvoor is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen over adolescenten. Allereerst meta-analyses, studies waarbij de data van meerdere primaire studies zijn samengevoegd om conclusies te kunnen trekken op basis van grotere groepen. Nadeel van dergelijke analyses is dat veel specifieke informatie wegvalt. Beantwoording van de vraag 'wat werkt er het beste voor wie in welke omstandigheden' is op basis van dergelijke analyses daardoor lastig. Daarnaast is gebruik gemaakt van (systematische) reviews waarin op basis van uitgebreide literatuurstudie een overzicht van de stand van zaken is gegeven. Voor specifieke informatie over wat er werkt voor wie is tot slot veelal teruggevallen op primaire studies. Conclusies van dergelijke studies zijn gebaseerd op één onderzoek met één populatie over het algemeen in specifieke omstandigheden. De waarde die gehecht kan worden aan de bevindingen van de verschillende soorten studies loopt af van meta-analyses met een zeer hoge bewijskracht naar beduidend minder bewijskracht voor een individuele primaire studie (<https://www.lumc.nl>). In deze literatuurstudie is gepoogd een balans te vinden tussen de bewijskracht van de meta-analyses en de specifieke informatie uit de primaire studies. Het onderscheid tussen deze bronnen is zoveel mogelijk weergegeven in de tekst. Door middel van een praktijkpanel is, geheel in lijn met het *evidence based* werken, de informatie uit wetenschappelijk onderzoek aangevuld met praktijkervaring. In bijlage één is een nadere verantwoording gegeven over de totstandkoming van deze literatuurstudie en samenstelling van het praktijkpanel. Als bijlage twee is het gespreksverslag met het praktijkpanel opgenomen. De belangrijkste toevoegingen van het panel zijn, met verwijzing, weergegeven in de conclusie onderaan de bespreking van elk domein.

De eerder in paragraaf 1.3 besproken domeinen worden in paragraaf 2.1 allereerst nader met elkaar in verband gebracht en vervolgens per domein uitgewerkt. Paragraaf 2.2 gaat in op de verslaving. In paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de psychiatrische comorbiditeit en in paragraaf 2.4 staan de verschillende sociale omstandigheden centraal. Paragraaf 2.5 bespreekt de behandelintensiteit en de behandelgeschiedenis. In paragraaf 2.6 komen enkele aanvullende kenmerken aan de orde. Hierna volgt een nieuwe ordening van de belangrijkste cliëntkenmerken in paragraaf 2.7. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele verwachtingen ten aanzien van de samenstelling van de onderzoekspopulatie en de samenhang van de belangrijke cliëntkenmerken in paragraaf 2.8. Toewerkend naar het opstellen van cliëntprofielen behandelt elke paragraaf achtereenvolgens de samenhang van het betreffende domein met de andere domeinen, het effect van de kenmerken van het domein op de verslavingsbehandeling en de vraag of verschillende kenmerken uit het domein een andere werkwijze of behandeling vereisen.

2.1 Het verband tussen verslaving, psychiatrie, sociale omstandigheden en behandelgeschiedenis

Binnen de (jeugd)verslavingszorg worden kenmerken op het gebied van verslaving, psychiatrische problematiek, sociale problemen en de behandelgeschiedenis gebruikt om de juiste zorg toe te wijzen aan de cliënt. Waarom dit noodzakelijk is en welke kenmerken welke invloed hebben zal in de paragrafen 2.2 tot en met 2.6 uitgebreid worden toegelicht. Belangrijk om mee te beginnen is echter het inzicht dat deze vier

domeinen niet los staan van elkaar, maar elkaar onderling beïnvloeden. Het startpunt van deze onderlinge beïnvloeding is de hoge mate waarin verslavingsproblematiek samengaat met problemen op psychiatrisch en sociaal vlak (o.a. Couwenbergh et al., 2006; Williams & Chang, 2000).

2.1.1 *Comorbiditeit; het samengaan van problemen*

Comorbiditeit is een begrip dat voortkomt uit de somatische geneeskunde. Het beschrijft een situatie waarin er zich naast het primaire probleem (de indexconditie) ook nog additionele gezondheidsproblemen voordoen (Nuijen, 2009; Carpentier, 2012). Ondertussen wordt dit begrip ook gebruikt om twee of meer gelijktijdig voorkomende psychiatrische aandoeningen te beschrijven (Carpentier, 2012). Aangezien verslaving (in de verslavingszorg de indexconditie) niet alleen samengaat met psychiatrische problemen (o.a. Couwenberg et al., 2006), maar ook met een breed scala aan sociale problematiek (o.a. EMCDDA, 2008), zal het begrip comorbiditeit ten opzichte van eerdere definities in dit onderzoek breder worden geïnterpreteerd. In dit onderzoek slaat comorbiditeit op situaties waarin er zich naast het verslavingsprobleem een vorm van bijkomende sociale en of psychiatrische problematiek voordoet.

In de literatuur over comorbiditeit worden verschillende vormen van comorbiditeit onderscheiden (Van den Akker, Buntinx, Roos & Knottnerus, 2001; Nuijen, 2009) waarvan er voor dit onderzoek twee relevant zijn:

1. Verslaving en andere problemen komen geheel bij toeval samen voor;
2. Verslaving en specifieke andere problemen komen significant vaker voor dan verwacht zou worden op basis van toeval (cluster comorbiditeit).

Het is deze tweede categorie die aanknopingspunten biedt voor het opstellen van cliëntprofielen en het ontwikkelen van zorgpaden. Gevallen waarin het samengaan van problemen berust op toeval zullen namelijk niet zo vaak voorkomen dat de zorg hierop specifiek kan worden ingericht. Dit is echter wel mogelijk voor problemen die dusdanig vaak samen voorkomen dat zij mogelijk zelfs als voorspeller voor elkaar fungeren. Voor het verklaren van de meer dan toevallige samenhang zijn drie mechanismen geformuleerd.

2.1.2 *Mechanismen van comorbiditeit*

De onderlinge invloed van verslaving en comorbide psychiatrische problemen wordt verklaard aan de hand van een drietal verklaringsmodellen welke voor dit onderzoek zijn aangepast aan de bredere definitie van comorbiditeit (Marquenie et al., 2006; Ko, Yen, Yen, Chen & Chen, 2012):

1. Psychiatrische en / of sociale problemen veroorzaken de verslaving;
2. Verslaving veroorzaakt psychiatrische en / of sociale problemen;
3. Een gemeenschappelijke factor veroorzaakt verslaving en bijkomende problemen.

In aanvulling op deze verklaringsmodellen blijkt overigens dat ook het stoppen met het gebruik van middelen kan leiden tot psychiatrische problemen zoals angstklachten en depressie (NIH, 2014). Over de exacte wijze waarop verslaving, psychiatrische problemen en sociale problematiek elkaar beïnvloeden is vooral nog heel veel niet bekend (o.a. Fatséas, Denis, Lavie & Auriacombe, 2010; Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011; Gudjonsson, Sigurdsson, Sigfusdottir & Young, 2012; Oesterle et al., 2012). De oorzaak-gevolg relatie tussen het ontstaan van verslaving en andere problemen is, met andere woorden, nog niet geheel duidelijk. Het zou voor deze studie te ver gaan om alles wat hierover bekend is voor alle verschillende combinaties van problemen weer te geven. Dit mede omdat vragen over de oorzaak-gevolg relatie met de cross-sectionele data uit de MATE-Y niet te beantwoorden zijn. Los daarvan kan enig inzicht in de causale relaties tussen verslaving en psychiatrische en sociale problematiek wel bijdragen aan het opstellen van goed toepasbare cliëntprofielen. Per verklaringmodel zijn derhalve hieronder een aantal voorbeelden gegeven van de invloed die verslaving, psychiatrische stoornissen en sociale problemen op elkaar (kunnen) hebben.

1. Psychiatrische en / of sociale problemen veroorzaken de verslaving;

Het gebruik van middelen door ouders en vrienden leidt via onder andere sociale druk, leerprocessen en het geven van het verkeerde voorbeeld tot eigen gebruik en voortzetting hiervan (EMCDDA, 2008; Oesterle et al., 2012; NIH, 2014; Paiva, Amoyal, Johnson & Prochaska, 2014). Ook problemen in de opvoedingsfeer zoals conflicten en mate van binding met de ouders dragen bij aan het ontstaan en in stand houden van verslaving (Broman, Li & Reckase, 2008; Oesterle et al., 2012). Praktijkervaring leert dat ook stress en praktische problemen wegens het niet hebben van een vaste en / of veilige woon- of verblijfplaats, schulden, een beperkt toekomstperspectief vanwege het niet hebben van een baan of een opleiding en problemen met justitie kunnen bijdragen aan het ontwikkelen en in stand houden van een verslaving en psychiatrische problemen (Boden & Fergusson, 2011; praktijkpanel, 2014). Jongeren met een trauma, bijvoorbeeld wegens seksueel misbruik, lijken drugs en alcohol te gebruiken om hun traumatische ervaringen te onderdrukken en lopen daarbij een groot risico op het ontwikkelen van een verslavingsprobleem (Cohen, Mannarino, Zhitova & Capone, 2003; Ouimette, Read, Wade & Tirone, 2010; Wolitzky-Taylor, Bobova, Zinbarg, Mineka & Craske, 2012; NIH, 2014). Jongeren met ADHD blijken op basis van een meta-analyse een groter risico te hebben op het ontwikkelen van een verslavingsprobleem dan jongeren zonder ADHD (Lee et al., 2011). Zelfmedicatie om beter met de ADHD om te kunnen gaan en de behandeling van ADHD met stimulerende middelen (zoals Ritalin) worden genoemd als mogelijke verklaringen voor deze samenhang (Molina & Pelham, 2003; Lee et al., 2011; Gudjonsson et al., 2012). Al zijn er ook onderzoeken die tegenspreken dat behandeling van ADHD met stimulerende middelen leidt tot verslaving (Volkow, 2012; Riggs, 2013). Tot slot blijkt op basis van een systematische review dat angststoornissen kunnen leiden tot het gebruik van middelen (Fatséas et al., 2010). Jongeren met een angststoornis zouden middelen gebruiken om zich tijdelijk over hun angsten heen te zetten en “gewoon” mee te doen aan het sociale leven (Wolitzky-Taylor et al, 2012). Deze “zelfmedicatie” verklaring zoals bij trauma's, ADHD en angst wordt ook genoemd voor jongeren met een depressie (Horwitz, Hill & King, 2011; McCarty et al., 2012; Wolitzky-Taylor et al, 2012).

2. Verslaving veroorzaakt psychiatrische en / of sociale problemen;

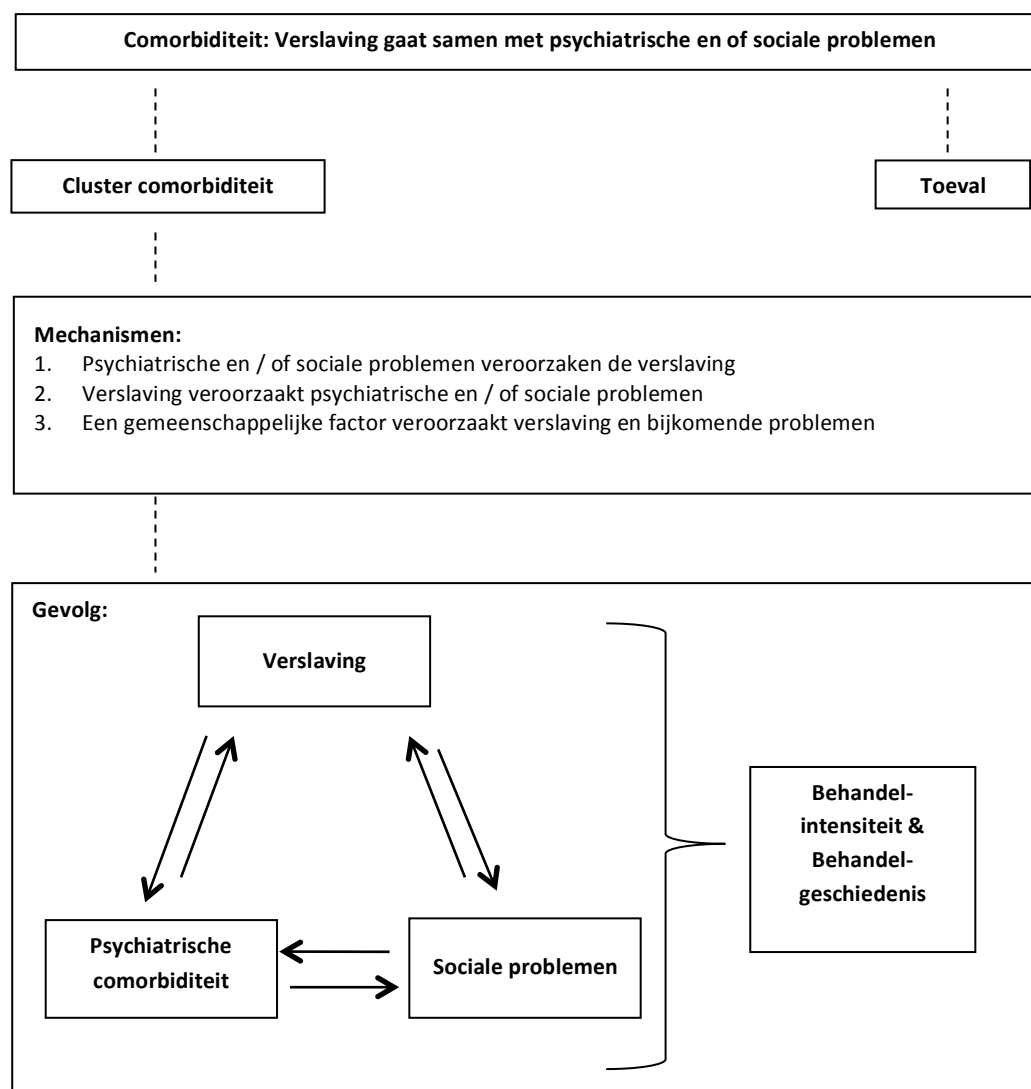
Zoals in de inleiding reeds naar voren kwam, kan een verslaving leiden tot verschillende problemen op het sociale vlak. Conflicten met ouders over het gebruik, leerproblemen op school door de effecten van de middelen en contact met politie en justitie door verwervingscriminaliteit en agressie tijdens het uitgaan zijn daar voorbeelden van (o.a. Ter Bogt et al., 2009; Hammink et al., 2012). Verslaving kan echter ook leiden tot verschillende vormen van psychiatrische problematiek zoals traumatische ervaringen. Jongeren die in de prostitutie gaan werken om hun middelengebruik te bekostigen zijn hier een specifiek voorbeeld van; zij lopen een verhoogd risico op het ervaren van seksueel geweld. Ook angststoornissen blijken het gevolg te kunnen zijn van middelengebruik, onder andere door continue intoxicatie en onthoudingsverschijnselen (Fatséas et al., 2010). Uit een meta-analyse blijkt dat ook het risico op het ontwikkelen van een depressie te stijgen naarmate men meer alcohol gebruikt (Boden & Fergusson, 2011).

3. Een gemeenschappelijke factor veroorzaakt verslaving en bijkomende problemen;

Tot slot zijn er ook aanwijzingen dat een andere gezamenlijke factor zowel de verslaving als de psychiatrische en of sociale problemen zou kunnen verklaren. Zo zouden ADHD en verslavingsproblemen beide veroorzaakt kunnen worden door gedeelde genetische factoren (Lee et al., 2011). Verslaving en depressie c.q. verslaving en een gedragsstoornis worden allebei in verband gebracht met problemen in het controleren van de impulsiviteit (Dussault, Brendgen, Vitaro, Wanner & Tremblay, 2011; Castellanos-Ryan & Conrod, 2011). Ook blootstelling aan verslavende middelen tijdens de zwangerschap kan leiden tot verschillende combinaties van problemen (Volkow, 2013).

2.1.3 De gevolgen van de onderlinge invloed van comorbiditeit

Geconcludeerd kan worden dat verslaving, psychiatrische en sociale problematiek elkaar op verschillende manieren beïnvloeden en daarbij met enige regelmaat kunnen wisselen van de rol als veroorzaker en gevolg. Een combinatie van de drie verklaringsmodellen doet aan als een neerwaartse spiraal. Een zelfversterkend mechanisme zonder duidelijk begin en eind waarin ernstigere problemen in één domein leiden tot ernstigere problemen op de andere domeinen. Zodra dat proces gekoppeld wordt aan het feit dat jongeren met ernstigere problemen een intensievere behandeling nodig hebben (o.a. Elliot, Orr, Watson & Jackson, 2005) en meer eerdere behandelingen hebben ondergaan dan jongeren met minder ernstige problemen (o.a. Tomlinson, Brown & Abrantes, 2004), is ook de relatie met het vierde domein, de behandelintensiteit en de behandelgeschiedenis, verklaard. Het gehele proces van comorbiditeit en het verband tussen de vier domeinen is aanvullend weergegeven in figuur 2. In de volgende paragrafen worden de afzonderlijke domeinen nader behandeld.



Figuur 2. Van comorbiditeit tot onderlinge samenhang.

2.2 De verslaving

Verslaving wordt beknopt gedefinieerd als “het dwangmatig blijven gebruiken van drugs of alcohol ondanks de vele negatieve consequenties” (Rutten & De Haan, 2009, p.21). In bredere zin valt het concept verslaving uiteen in drie onderdelen (overgenomen uit Rutten & De Haan, 2009, p.24):

1. Het compulsief zoeken naar en het gebruiken van de stof waaraan men verslaafd is, of het vertonen van het gedrag waaraan men verslaafd is;
2. Controleverlies over de hoeveelheid of de mate waarin men het middel gebruikt of de gedraging vertoont;
3. Het optreden van negatieve consequenties als het verslavende gebruik / gedrag wordt verhinderd, zoals ontwenningverschijnselen, angst, onrust en geïrriteerdheid, met schadelijke somatische, psychiatrische en/of sociale gevolgen.

Verslaafd met een hoofdletter V:

Sommige jongeren zijn verslaafd, maar kunnen met een beetje ondersteuning hun verslaving goed onder controle krijgen. Zo niet Erik. Erik was al op jonge leeftijd begonnen met het drinken van veel alcohol. Ondanks zijn leeftijd van 17 jaar sprak Erik over het drinken van alcohol al in kratten in plaats van flesjes bier. Wanneer hij niet genoeg geld had dan stal hij flessen alcohol uit de supermarkt of dronk hij de laatste druppels uit weggegooide bierflesjes. In de beschermde omgeving van de kliniek destilleerde hij alcohol uit deodorant door een theedoek vol te spuiten en vervolgens de alcohol er uit te zuigen. Helaas bleek Erik dusdanig verslaafd en zijn hersenen al dusdanig beschadigd door de alcohol dat ook intensieve behandeling en medicatie hem niet afdoende konden helpen.

Bij het soort verslaving gaat het om het verslavende middel (alcohol, cannabis, cocaïne, etc.), de verslavende gedraging (gokken, gamen, eten etc.) of een combinatie van verschillende soorten middelen en/of gedragingen (polygebruik) (o.a. Van Laar, Monshouwer & Van den Brink, 2010; Schippers, Broekman, Buchholz, Koeter & Van den Brink, 2010; Schippers & Broekman, 2013). Het soort verslaving is onlosmakelijk verbonden met de ernst van de verslaving. Zo zijn alcohol en heroïne verslavender dan cannabis en LSD (Van Amsterdam, Opperhuizen, Koeter, Van Aerts & Van den Brink, 2009). Ook het gebruik van meerdere middelen wordt gezien als een ernstiger probleem dan het gebruik van één middel (EMCDDA, 2009). Daarbovenop komt nog de hoeveelheid en de lengte van het gebruik (Henderson, Dakof, Greenbaum & Liddle, 2010; Schippers et al., 2010) en tot slot de mate waarin iemand geestelijk en lichamelijk afhankelijk is van een middel of gedraging: de daadwerkelijke ernst van de verslaving (Langenbucher et al., 2004; Henderson et al., 2010; Schippers et al., 2010).

2.2.1 De samenhang tussen verslaving en andere domeinen

Uit een meta-analyse en verschillende primaire studies blijkt dat de ernst van de verslaving en de mate van psychiatrische comorbiditeit positief met elkaar samenhangen. Jongeren met een bijkomende psychiatrische stoornis blijken ernstiger verslaafd dan jongeren zonder een bijkomende stoornis (Grella et al., 2001; Molina & Pelham, 2003; Couwenberg et al., 2006; Chan et al., 2008, Warden et al., 2012). Daarnaast gebruiken jongeren met bijkomende psychiatrische problemen ook vaker meerdere middelen tegelijkertijd (polygebruik) en zwaardere drugs (Molina & Pelham, 2003; Shane et al., 2003). Al is er ook een primaire studie die geen verschillen vindt in de ernst van de verslaving tussen jongeren met en zonder bijkomende psychiatrische problematiek (Rowe, Liddle, Greenbaum & Henderson, 2004). Ook zijn er aanwijzingen dat bepaalde middelen meer gebruikt worden door jongeren met specifieke (bijkomende) problemen. Depressieve cliënten gebruiken eerder alcohol, terwijl jongeren met een gedragsstoornis vaker verslaafd zijn aan cannabis (Grella et al., 2001). Ook gebruiken jongeren zonder een bijkomende problematiek na behandeling vaker stimulerende middelen dan jongeren met een comorbide stoornis (Tomlinson et al., 2004).

2.2.2 *De invloed van de ernst van de verslaving op de behandeling*

Uit een meta-analyse blijkt dat jongeren die voorafgaand aan de behandeling minder middelen gebruiken over het algemeen betere behandelresultaten bereiken (Williams et al., 2000). Deze bevinding wordt ondersteund door latere primaire studies waaruit blijkt dat jongeren met een ernstigere verslaving eerder terugvallen in gebruik na de behandeling (Grella et al., 2001; Tamm et al., 2013).

2.2.3 *Een andere behandeling voor verschillende verslavingen?*

Er zijn verschillende aanwijzingen dat het middel en/of de combinaties van middelen waaraan een jongere verslaafd is, van invloed zijn op de te kiezen behandeling en het effect van die behandeling. Uit een meta-analyse blijkt dat in zijn algemeenheid de huidige behandeltechnieken een groter effect lijken te sorteren bij jongeren met een cannabisverslaving, dan bij verslaving aan alcohol en andere drugs (Tanner-Smith et al., 2013). Uit een eerdere primaire studie bleek reeds dat cocaïne, hallucinogenen en andere stimulerende middelen slechter te behandelen zijn in niet-klinische en korte klinische behandeltrajecten dan andere middelen (Grella et al., 2001).

Het Trimbos-instituut, een kennisinstituut op het gebied van geestelijke gezondheids- en verslavingszorg, adviseert voor verschillende middelen een andere behandeling (<http://www.trimbos.nl>). Onder andere omdat de behandel mogelijkheden per verslaving verschillen. Verslavingsbehandelingen voor middelen zoals alcohol en opiaten kunnen bijvoorbeeld medicinaal ondersteund worden terwijl dit voor cannabis, amfetamine en cocaïne niet het geval is (Van Gageldonk, Ketelaars & Van Laar, 2006; Smit et al., 2007; Copeland & Swift, 2009). Daarnaast concluderen Copeland en Swift (2009) dat specifieke behandelingen voor cannabisproblematiek een groter effect hebben dan algemene verslavingsbehandelingen, onder andere omdat cannabisgebruikers zich niet aangetrokken voelen tot programma's voor alcohol en drugs. In Nederland bestaat ondertussen een specifieke geprotocolleerde behandeling voor jongeren met een cannabisverslaving (Ivens, 2008). Specifieke behandelingen voor gedragsverslavingen bij jongeren zoals gokken (Gupta & Derevensky, 2000; Esteves, Herrero-Fernández, Sarabia & Jauregui, 2013), eten (Brewerton & Brady, 2014) en gamen (Haagsma, Peters & Pieterse, 2010; King, Haagsma, Delfabbro, Gradisar, Griffiths, 2013) zijn nog in ontwikkeling of in een dusdanig vroeg stadium van implementatie dat de effecten nog niet bekend zijn. Een bijkomend probleem van alle behandelingen voor een gedragsverslaving is het niet kunnen controleren van abstinentie wat bij de meeste middelenverslavingen wel kan door middel van urinecontroles.

2.2.4 *Conclusie betreffende het soort en de ernst van de verslaving*

Geconcludeerd kan worden dat ernstigere verslavingsproblemen vaak gepaard gaan met bijkomende psychiatrische problemen (o.a. Chan et al., 2008) en dat jongeren die ernstiger verslaafd zijn over het algemeen een minder goed behandelresultaat bereiken (o.a. Williams et al., 2000). Ook blijkt er verschil te zitten in het behandel effect (o.a. Tanner-Smith et al., 2013) en de behandel mogelijkheden (o.a. Smit et al., 2007) naar gelang het middel of de gedraging. Het praktijkpanel (2014) onderschrijft de negatieve invloed van de verslavingsernst op de behandeling, maar in hun optiek hebben sociale en of psychiatrische problemen hier een nog grotere negatieve invloed op. Dat de behandelresultaten variëren naar gelang het soort verslaving herkent men ook in de praktijk. In tegenstelling tot de literatuur benoemt het panel echter het stoppen met cannabis en alcohol als problematischer vanwege de brede acceptatie en het vele gebruik van deze middelen in de sociale omgeving van de jongeren. Het panel beaamt dat verschillende verslavingen anders behandeld moeten en kunnen worden, maar dat deze behandeling altijd af moet hangen van en aangepast moet worden aan het individu.

2.3 De psychiatrische comorbiditeit

Wanneer er gesproken wordt over het gezamenlijk voorkomen van psychiatrische stoornissen en verslaving, ook wel dubbeldiagnose genoemd, gaat het specifiek om een aantal vaak voorkomende aandoeningen: depressie, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* [ADHD], angststoornissen, *Disruptive Behavior Disorder* [DBD], trauma's en eetstoornissen (o.a. Couwenbergh et al., 2006; Hulshoff et al., 2009; Van Wijngaarden-Cremers, Hansman-Wijnands & Van der Gaag, 2010; Baker, Mitchell, Neale & Kendler, 2010; Jansen, 2012; Godley et al., 2013;). *Disruptive Behavior Disorder* is een overkoepelende term voor de *Oppositional Defiant Disorder* [ODD] en de *Conduct Disorder* [CD], welke vaak samen onder de noemer DBD worden onderzocht (Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia & Clark, 2005; Kolko et al., 2009).

2.3.1 De samenhang tussen comorbiditeit en verslaving

Meta-analyses noemen prevalentiecijfers variërend tussen de 47 en de 88 procent voor jongeren met een verslavingsprobleem en tenminste één bijkomende psychiatrische stoornis (Couwenbergh et al., 2006; Tanner-Smith et al., 2013). Couwenbergh en collega's (2006) vergeleken in een meta-analyse 10 primaire studies betreffende comorbiditeit bij verslaafde jongeren en concluderen dat externaliserende stoornissen vaker voorkomen dan internaliserende stoornissen. Zij specificeren de prevalentie voor een aantal comorbide stoornissen nader: depressie 3-48%, angststoornissen 1-38%, trauma 10-12%, ADHD 3-38%, CD 24-82% en ADHD-CD 27-30%. Daarnaast benoemen primaire studies dat 40 tot 65 procent van de verslaafde jongeren zowel een externaliserende als een internaliserende stoornis heeft (Shane et al., 2003; Rowe et al., 2004; Chan et al., 2008).

Externaliserende stoornissen: Het belangrijkste kenmerk van externaliserende stoornissen is het versturende effect op de sociale omgeving (<http://www.Trimbos.nl>; Liu, 2004). Er moet dan gedacht worden aan stoornissen zoals ADHD, CD en ODD, met gedrag wat zich kenmerkt door agressie, hyperactiviteit, impulsiviteit en antisociaal en oppositioneel gedrag (Liu, 2004; Storr, Pacek & Martings, 2013).

Internaliserende stoornissen: Bij internaliserende problemen gaat het vooral om het lijden van de persoon zelf (<http://www.Trimbos.nl>). Hierbij moet gedacht worden aan depressie, angststoornissen, traumatische ervaringen. Internaliserende problemen kenmerken zich door teruggetrokkenheid, bedroefdheid, boosheid en angstig gedrag (Eisenberg et al., 2001).

2.3.2 Het effect van comorbiditeit op de verslavingsbehandeling

Hoe meer bijkomende psychiatrische stoornissen jongeren hebben, hoe slechter de behandelresultaten (Tomlinson et al., 2004). De bevinding van deze primaire studie staat echter haaks op de conclusie uit een meta-analyse waaruit blijkt dat het al dan niet voorkomen van comorbiditeit geen invloed heeft op het behandel-effect. (Tanner-Smith et al., 2013). Volgens de auteurs van de meta-analyse kan aan deze uitkomst echter slechts een beperkte waarde worden toegekend aangezien veel van de door hen bestudeerde studies geen specifieke resultaten met betrekking tot comorbiditeit bevatten. Meta-analyses specifiek over de invloed van psychiatrische comorbiditeit op het effect van de verslavingsbehandeling zijn niet voorhanden. Andere primaire studies ondersteunen echter de conclusie dat de behandelresultaten van jongeren met een verslavingsprobleem en een psychiatrische stoornis slechter zijn dan die van jongeren zonder bijkomende psychiatrische problematiek (Grella et al., 2001; Wise, Cuffe & Fischer, 2001; Shane et al., 2003; Rowe et al., 2004). Dit overigens in tegenstelling tot de resultaten van een recente primaire studie die concludeert dat jongeren met een comorbide psychiatrische stoornis zelfs een iets beter behandelresultaat behalen (Godley et al., 2013).

Daarnaast bevatten de genoemde primaire studies aanwijzingen dat de behandeluitkomst verschilt naar gelang de comorbide stoornis of combinatie daarvan. Externaliserende problemen zoals ADHD en CD worden in verband gebracht met slechtere participatie en afronding van behandelingen (Wise et al., 2001) en meer terugval in gebruik (Tomlinson et al., 2004). Vooral depressie lijkt in combinatie met verslaving een voorspeller van een slechter behandelresultaat (Grella et al., 2001; Shane et al., 2003; Warden et al., 2012) en meer suïcidale neigingen na behandeling (Grella et al., 2001). De kleinere behandelresultaten bij het samengaan van verslaving en psychiatrische problemen worden onder andere geweten aan een te beperkte verbetering van de emotionele- en gedragsproblemen voortkomend uit de comorbide psychiatrische stoornis en de voortdurende invloed van een aantal van de specifieke kenmerken van de psychiatrische problemen, zoals het zoeken naar sensatie en het vertonen van ongeremd gedrag (Rowe et al., 2004; Couwenbergh et al., 2006).

2.3.3 De behandeling van comorbiditeit & verslaving bij jongeren

Uit de slechtere behandelresultaten voor combinaties van comorbide problemen volgt dat verschillende comorbide problemen een andere behandeling vereisen. De noodzaak voor specifieke verslavingsbehandelingen voor jongeren met onder andere stoornissen zoals ADHD, trauma, depressie, angst en een DBD wordt door verschillende onderzoekers benoemd (o.a. Rowe et al., 2004; Smit et al., 2007; Chan et al., 2008; NIH, 2014). Bij angststoornissen en depressies wordt aangeraden eerst de verslaving te behandelen omdat de bijkomende stoornis daardoor al kan verminderen; trauma's dienen direct vanaf het begin samen met de verslaving te worden aangepakt en bij ADHD en DBD is het van belang te stoppen met het gebruik en ook de gedragsproblemen te behandelen (o.a. Hulshoff et al., 2009; Fatséas et al., 2010). Om het belang van deze verschillende interventies te onderbouwen wordt dit nader uitgewerkt voor verslavingsproblemen in combinatie met ADHD respectievelijk trauma.

Comorbiditeit alom: Het belang van een geïntegreerde behandeling van verslavingsproblemen en psychiatrische stoornissen laat zich goed schetsen aan de hand van Marco en Marieke.

Marco was een 17 jarige jongen met zware ADHD en een cannabisprobleem. Al vanaf de middelbare school had dit geleid tot problemen thuis, op school en in de buurt. Stoppen met gebruiken was hem nog niet eerder gelukt. Pas nadat hij in de kliniek een tijdje 'clean' was en goed kon worden ingesteld op ADHD medicatie lukte het hem ook beter om van de cannabis af te blijven en de behandeling te volgen, al behield hij zijn uitpattingen en impulsieve streken.

Ook Marieke, net 18, gebruikte veel cannabis maar de behandeling leek geen enkel effect te hebben. Toen bleek dat zij getraumatiseerd was door het verlies van haar doodgeboren dochtertje heeft een combinatie van intensieve trauma-behandeling (EMDR) gelijktijdig met het aanpakken van haar cannabisverslaving haar uiteindelijk weer op de been geholpen.

Bij jongeren met ADHD of een trauma en een verslavingsprobleem is het van belang dat ook deze bijkomende problematiek behandeld wordt, aangezien deze vaak bijdraagt aan het ontstaan en in stand houden van het verslavingsprobleem (Cohen et al., 2003; Ouimette et al., 2010). Bij ADHD lijkt op basis van een meta-analyse het inzetten van cognitieve gedragstherapie effectief te zijn (Zulauf et al., 2014). Wel wordt aangeraden allereerst het middelengebruik onder controle te brengen en de behandeling eventueel medicinaal te ondersteunen (Zulauf et al., 2014). Voor adolescenten met ADHD en verslavingsproblematiek is ondertussen een speciaal geïntegreerd behandelprotocol ontwikkeld (<http://www.resultatenscoren.nl>). Uit een review van verschillende onderzoeken naar de (geïntegreerde) behandeling van trauma en verslaving bij adolescenten blijkt het belang te liggen in het combineren van elementen van verslavings- en traumabehandelingen zoals speciale cognitieve gedragstherapie voor trauma, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR] en *exposure therapy* (Cohen et al., 2003). Ook voor deze combinatie van comorbiditeit is een geheel aparte behandeling ontwikkeld. In de *seeking safety* methode zijn de behandeling voor de traumatische ervaring(en) en het verslavingsprobleem volledig geïntegreerd. Deze methode is ondertussen ook in een Nederlandse

bewerking voorhanden (Najavits, 2011). De eerste resultaten wijzen erop dat dit een effectievere behandeling is dan standaard behandelingen zoals medicatie en individuele- en groepstherapie (Najavits, Gallop & Weiss, 2006).

2.3.4 Conclusie betreffende de psychiatrische comorbiditeit

Waar in zijn algemeenheid nog weinig bekend is over de effectiviteit van verslavingsbehandelingen bij jongeren, blijkt dit specifiek te gelden voor de geïntegreerde behandeling van verslaving en andere psychiatrische stoornissen (Couwenbergh et al., 2006; Smit et al., 2007; Snoek, De Weert-van Oene et al., 2010; O'Neil, Conner & Kendall 2011). Wel is bekend dat verslaving en andere psychiatrische aandoeningen vaak samen voorkomen (o.a. Couwenbergh et al., 2006) en veel verslaafde jongeren zelfs meerdere bijkomende stoornissen hebben (o.a. Rowe et al., 2004). De meeste studies concluderen dat deze bijkomende problemen een negatief effect hebben op behandeluitkomsten (o.a. Tomlinson et al., 2004). Speciale aandacht voor deze comorbide stoornissen in het behandeltraject is daarom noodzakelijk (o.a. Chan et al., 2008). Tot slot vereisen verschillende combinaties van verslaving en psychiatrische problemen een andere aanpak (o.a. Cohen et al., 2003; Zulauf et al., 2014). In aanvulling op de besproken psychiatrische stoornissen geeft het praktijkpanel (2014) aan de Autisme Spectrum Stoornissen [ASS] en de bedreigde persoonlijkheidsstoornissen (borderline bij volwassenen) te missen. Zij benoemen beide regelmatig aan te treffen bij cliënten. Ook hier beaamt het panel dat verschillende psychiatrische stoornissen een andere behandeling vereisen, maar dat deze behandeling net als bij de verslavingsbehandeling niet alleen afhangt van het soort stoornis, maar zeker ook van het individu.

2.4 De sociale omstandigheden

Wanneer er gesproken wordt over de sociale omstandigheden, ook wel de mate van sociale desintegratie genoemd, gaat het vooral om de relatie met ouders en de rest van het gezin, de invloed van vrienden en leeftijdsgenoten, het hebben van werk of het volgen van een opleiding, en bemoeienis van justitie (Williams et al., 2000; Broekman & Schippers, 2003; EMCDDA, 2008; NIH, 2014).

2.4.1 De samenhang tussen sociale problemen en verslaving

Twee meta-analyses en een review benoemen dat problemen op het gebied van ouders, school en andere sociale vlakken vaak samengaan met verslavingsproblemen bij adolescenten (Williams et al., 2000; Couwenbergh et al., 2006; EMCDDA, 2008). Precieze cijfers en uitsplitsingen naar gelang deze sociale problemen zijn echter niet voorhanden. Op basis van een meta-analyse blijkt daarnaast dat vooral jongeren met een verslavingsprobleem en een comorbide stoornis een groot risico lopen om terecht te komen in het justitiële systeem (Couwenbergh et al., 2006).

2.4.2 Het effect van de sociale omgeving op de behandeling

De sociale omgeving kan blijkens de literatuur zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op de behandeling en het herstel van verslaafde jongeren (o.a. Williams et al., 2000; Oesterle et al., 2012; Winters et al., 2011; NIH, 2014). Middelengebruik door ouders, vrienden en klasgenoten, conflicten met ouders, problemen op school en het niet hebben van werk of school zijn allemaal kenmerken uit de sociale omgeving die het welslagen van een verslavingsbehandeling negatief kunnen beïnvloeden (o.a. EMCDDA, 2008; Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur & Hawkins, 2004; Hemphill et al., 2011; Oesterle et al., 2012; NIH, 2014). Ook zijn er aanwijzingen dat de justitiële status van jongeren invloed heeft op het behandelresultaat. Zo vond een primaire studie dat jongeren van wie de behandeling was opgelegd door de rechter deze behandeling minder vaak afmaken, maar desondanks minder middelen gebruiken dan voor de behandeling (Tamm et al., 2013). Op basis van een review blijkt inderdaad dat ook behandelingen die onder drang en dwang gestart worden een

positief effect kunnen hebben (Miller & Flaherty, 2000). Uit een meta-analyse en meerdere primaire studies blijkt dat de sociale omgeving aan de andere kant ook een positieve invloed kan hebben. Ondersteuning van ouders en vrienden en het beter functioneren op school voorafgaand en tijdens de behandeling zijn belangrijke indicatoren van betere behandeluitkomsten (Williams et al., 2000; Hemphill et al., 2011; Winters et al., 2011; Oesterle et al., 2012).

Vanwege de positieve en negatieve effecten die verschillende kenmerken uit de sociale omgeving kunnen hebben op de effectiviteit van verslavingsbehandeling benoemen verschillende meta-analyses en reviews het belang van aandacht voor al deze factoren (o.a. Elliot et al., 2005; Smit et al., 2007; NIH, 2014). Vooral het betrekken van de ouders is van belang omdat veel adolescenten nog bij hun ouders wonen en zich daardoor moeten voegen naar regels en gewoonten in het ouderlijk huis (NIH, 2014). Uit twee meta-analyses blijkt onder andere het inzetten van multidimensionele familietherapie [MDFT] als een effectieve methode om aandacht te geven aan de verschillende sociale domeinen (Smit et al., 2007; Tanner-Smith et al., 2013). Dit laat overigens onverlet dat er nog veel meer effectieve methoden zijn om jongeren te behandelen met aandacht voor hun sociale omgeving (NIH, 2014).

Multidimensionele familietherapie [MDFT]: is een intensieve behandeling die ongeveer 6 maanden in beslag neemt waarin een gecertificeerde therapeut aandacht besteedt aan alle dimensies van het probleem zoals het middelengebruik, de relatie met de ouders, maar ook school, werk en vrije tijd. Dit gebeurt in sessies met de jongere, de ouders alsook gezamenlijke sessies. Gemiddeld vinden er twee tot drie sessies van 45-60 minuten per week plaats. Daarnaast is de therapeut ook telefonisch bereikbaar (Mast, Mos, Rigter, Van Hoorn & Wetser, 2007).

2.4.3 Een aparte behandeling voor verschillende cliënten met sociale problemen?

In de literatuur zijn geen aanwijzingen te vinden dat problemen op het sociale vlak bij jongeren met verschillende verslavingen of bijkomende stoornissen een andere behandeling vereisen. Wel blijkt dat de intensiteit van de sociale problemen af kan hangen van andere domeinen. Zo blijken jongeren die last hebben van comorbide psychiatrische stoornissen meer sociale problemen te hebben (Grella et al., 2001; Rowe et al., 2004; Slesnick, Guo & Feng, 2013). Ook zijn er aanwijzingen dat bijvoorbeeld het betrekken van de ouders bij de behandeling voor cliënten met externaliserende problemen zoals ADHD of DBD nadrukkelijker van belang is (Liu, 2004; Ryan, Stanger, Thostenson, Whitmore & Budney, 2013).

2.4.4 Conclusie betreffende sociale problemen

Geconcludeerd kan worden dat verslaving en problemen op het sociale vlak met ouders, vrienden, school en justitie vaak met elkaar samengaan (o.a. Williams et al., 2000). Het is belangrijk om aandacht te besteden aan deze factoren (o.a. Elliot et al., 2005) aangezien zij een negatieve invloed kunnen hebben op het behandelresultaat (o.a. Oesterle et al., 2012). Overigens lijken deze problemen geen specifieke aanpak te vereisen voor jongeren met verschillende verslavingen of psychiatrische problemen. Wel zijn er aanwijzingen dat jongeren met ernstigere problemen op het gebied van verslaving of psychiatrische comorbiditeit ook meer problemen hebben op het sociale vlak (o.a. Grella et al., 2001). Het praktijkpanel (2014) bevestigt dat de genoemde sociale factoren kunnen bijdragen aan het veroorzaken en in stand houden van de verslaving, maar benadrukt dat juist de positieve invloed van de sociale omgeving essentieel is voor behandelings succes. Tevens beaamt het panel dat sociale problemen niet anders behandeld hoeven worden naargelang de verslaving of psychiatrische stoornis die jongeren hebben. Wel wordt aangegeven dat de nadruk van deze behandeling anders kan liggen.

2.5 De behandelintensiteit en behandelgeschiedenis

Bij de behandelintensiteit gaat het om de lengte, de kracht en de setting waarin een behandeling wordt uitgevoerd (NIH, 2014). De lengte van een behandeling kan variëren van enkele gesprekken tot meerdere maanden met daarbovenop een nazorgtraject. Bij 'kracht' moet onder andere gedacht worden aan het aantal therapie sessies per week en bij setting gaat het bijvoorbeeld over een ambulante behandeling ten opzichte van een klinische opname. De behandelgeschiedenis betreft eerdere behandelingen voor een verslaving die zijn uitgevoerd door een professional en waarbij veranderafspraken voor het middelengebruik zijn gemaakt (Schippers & Broekman, 2013). Een crisisopname of een detoxificatie zonder vervolgbehandeling vallen daarmee bijvoorbeeld niet onder deze definitie (Schippers & Broekman, 2013).

2.5.1 De samenhang tussen behandelgeschiedenis en behandelresultaat

Uit een meta-analyse blijkt dat het behandelresultaat lager is naarmate jongeren al vaker behandeld zijn voor verslavingsproblemen (Williams et al., 2000). Eerder bleek reeds dat jongeren die ernstiger verslaafd zijn (2.1.2) en veel bijkomende problemen hebben (2.2.2) een minder goed behandelresultaat bereiken (o.a. Williams et al., 2000; Tomlinson et al., 2004). Uit een tweetal primaire studies blijkt tevens dat naarmate jongeren ernstiger verslaafd zijn en meer bijkomende problemen hebben, zij reeds vaker in behandeling zijn geweest

Geef nooit op: Je zou haar ambulante behandelingen kunnen omschrijven als een knipperlichtrelatie. Maak kennis met Ellen, een jongedame van net 18. Therapietrouw was duidelijk niet haar sterkste punt, haar cocaïne- en speedgebruik werden in de loop van de tijd alleen maar erger en een paar vervelende ervaringen uit het verleden bleven tijdens de ambulante gesprekken onder de oppervlakte. De relatie met haar ouders had een dieptepunt bereikt, maar uit huis gaan was nog net een stap te ver. Met een klinische opname is Ellen een paar maanden intensief begeleid, met veel aandacht voor zelfstandigheid. Na haar behandeling is ze op kamers gaan wonen en vol goede moed aan een vervolgopleiding begonnen.

(Grella et al., 2001; Tomlinson et al., 2004). Op basis hiervan is het aannemelijk dat de mindere behandelresultaten die Williams en collega's (2000) vinden bij jongeren die reeds eerder behandeld zijn, veroorzaakt worden door de ernstigere problematiek van deze cliënten. Blijkbaar zijn de problemen van deze jongeren dusdanig groot dat eerdere behandelingen niet voldoende effect hebben gesorteerd. Het lijkt daarmee niet aannemelijk dat eerdere behandelingen een zelfstandig negatief effect hebben op latere behandelingen.

2.5.2 Het bepalen van de behandelintensiteit

Wil de behandeling het gewenste effect hebben, dan moet de behandelintensiteit aansluiten bij de ernst van de problemen van de cliënt (Elliot et al., 2005; NIH, 2014) aangezien onderbehandeling het risico op terugval verhoogd (NIH, 2014). Meerdere primaire studies benadrukken het belang van intensievere behandelingen voor jongeren met ernstigere problemen (o.a. Wise et al., 2001; Mast et al., 2007; Copeland & Swift, 2009). Op basis van een meta-analyse concluderen Smit en collega's (2007) dan ook dat jongeren met comorbide psychiatrische stoornissen over het algemeen niet voldoende hebben aan een kortdurende behandeling. Ernstigere vormen van middelengebruik, hoge mate van bijkomende psychiatrische problemen en problemen op het sociale vlak zoals schooluitval kunnen aanleiding zijn voor het inzetten van intensievere behandelingen (Elliot et al., 2005).

Naast de ernst van de problematiek kan ook de behandelgeschiedenis een indicator zijn voor de behandelintensiteit. Indien jongeren in het verleden reeds vormen van lichtere behandeling hebben ondergaan die niet het gewenste effect hadden, dan kan dat een reden zijn om een meer intensieve vorm van behandeling voor te stellen (Sobell & Sobell, 2000). Tot slot kunnen ook praktische redenen leiden tot een meer intensieve vorm van behandeling zoals opname in een klinische setting (Schippers, 2000). Het gaat dan bijvoorbeeld om de verwachting van medische problemen bij een ontgifting of problemen op het gebied van dagelijks functioneren zoals het niet hebben van een woonplek (Sobell & Sobell, 2000).

Voor het bepalen van de behandelintensiteit wordt binnen de jeugdverslavingszorg onder andere gebruik gemaakt van het *stepped care* principe (Colby, Lee, Lewis-Esquerre, Esposito-Smythers & Monti, 2004; Smit et al., 2007). Het belangrijkste element van *stepped care* is het inzetten van een zo licht mogelijke behandeling op het niveau dat deze naar verwachting nog steeds effectief is (Sobell & Sobell, 2000). Bij elke nieuwe cliënt wordt de behandeling op basis van de ernst van diens problemen zo licht mogelijk gestart, waarna de intensiteit van de behandeling wordt verhoogd indien de lichtere vormen niet het gewenste effect hebben (Sobell & Sobell, 2000). Op basis van het *stepped care* principe worden de intensievere behandelingen automatisch gebruikt voor cliënten met meer extreme problemen en cliënten die met onvoldoende succes lichtere vormen van behandeling hebben doorlopen (Sobell & Sobell, 2000).

2.5.3 Conclusie betreffende behandelintensiteit en behandelgeschiedenis

De behandelgeschiedenis blijkt nauw verbonden met de ernst van de problematiek. Jongeren met ernstigere problemen zijn in het verleden al vaker een keer behandeld (o.a. Tomlinson et al., 2004) en behandelingen hebben minder effect naarmate jongeren al vaker behandeld zijn (o.a. Williams et al., 2000). Jongeren met ernstigere problemen blijken dan ook intensievere behandelingen nodig te hebben (o.a. Elliot et al., 2005). Via het *stepped care* principe zijn de ernst van de problematiek en de behandelgeschiedenis belangrijke factoren in het bepalen van deze behandelintensiteit (o.a. Sobell & Sobell, 2000). Dat jongeren met ernstigere vormen van problemen over het algemeen een meer intensieve behandeling nodig hebben (*stepped care*) wordt door het praktijkpanel (2014) onderschreven. In aanvulling daarop blijkt echter dat ook jongeren met lichtere vormen van problemen een meer intensieve vorm van behandeling nodig kunnen hebben (*matched care*). De (sociaal emotionele) leeftijd is hierbij volgens het panel een belangrijke factor. Naarmate de leeftijd daalt wordt eenzelfde mate van problematiek als steeds ernstiger geclassificeerd.

2.6 Aanvullende kenmerken

Naast de vier grote domeinen blijken mogelijk ook het geslacht, een verstandelijke beperking en de behandelmotivatie van de cliënt van invloed op het effect van de behandeling.

2.6.1 Geslacht

Verschillende (primaire) studies benoemen verschillen tussen de problemen en behandelresultaten van jongens en meisjes. Zo blijken meisjes vaker te worden gediagnosticeerd met internaliserende problemen en jongens meer externaliserende problemen en contacten met justitie te hebben (Rowe et al., 2004; NIH, 2014). Jongens lijken het in behandelingen slechter te doen dan meisjes (Colby e.a., 2004). Binnen de verslavingszorg bestaan specifieke interventies voor vrouwen (Hulshoff et al., 2009) maar op basis van een meta-analyse blijft onduidelijk of het noodzakelijk is om behandelinterventies aan te passen voor jongens en meisjes (Smit et al., 2007).

2.6.2 Licht Verstandelijke Beperking [LVB]

Mensen met een (licht) verstandelijke beperking blijken door hun beperking eerder verslaafd te raken dan anderen na de eerste kennismaking met verslavende middelen (McGillicuddy, 2006; Bransen, Schipper & Blekman, 2009). Behandelingen voor verslaving zijn vaak gebaseerd op cognitieve therapieën en gaan uit van de behandelmotivatie van de cliënt. Jongeren met een LVB weten hun motivatie vaak niet goed te verwoorden en hebben moeite met het cognitieve niveau van de behandeling (Snoek, De Weert-van

Snap even hoe? Onze behandelmethode vraagt veel van de eigen verantwoordelijkheid van jongeren. Bij Marjoke kwamen we echter maar niet binnen. Toen uit een IQ onderzoek bleek dat zij ruim beneden gemiddeld scoorde, snaptten we ook waarom. We hadden haar flink overvraagd. Een andere kliniek, gespecialiseerd in de behandeling van jongeren met een verstandelijke beperking heeft haar gelukkig wel kunnen helpen.

Oene et al., 2010). Op basis van een meta-analyse wordt geconcludeerd dat behandelingen vaak niet worden aangepast op de behoeften van mensen met een verstandelijke beperking of dat zij worden uitgesloten en daardoor niet de benodigde hulp krijgen (McGillicuddy, 2006). De behandeling van mensen met een verstandelijke beperking lijkt zich vooral te kenmerken door aanpassingen van de standaard-behandelmethoden zoals: kleinere stappen, meer herhaling, meer rollenspellen en meer praktijkvoorbeelden (Geus, Kiewik-de Vries, Van der Nagel & Sieben, 2009). Anderzijds zijn er ook aanwijzingen dat sommige behandelingen beter geschikt zijn voor mensen met een verstandelijke beperking dan andere (Geus et al., 2009).

2.6.3 *Behandelmotivatie*

Zowel het praktijkpanel (2014) als de literatuur (Joe, Knight, Becan & Flynn, 2014) benoemen behandelmotivatie als een zeer belangrijke factor voor het bereiken van een positief behandelresultaat. Voor het toewijzen van zorg wordt de mate van behandelmotivatie echter minder van belang geacht omdat motivatie gezien wordt als een kenmerk wat beïnvloedbaar is in het cliëntcontact (Schippers, 2000). Tijdens de aanmelding en intake kan de motivatie van de cliënt onder invloed van het contact met de hulpverlener reeds toe- of afnemen. Desalniettemin zal de behandelmotivatie van de cliënten op verzoek van het praktijkpanel meegenomen worden in dit onderzoek.

2.7 Een ordening van de belangrijke cliëntkenmerken

In deze literatuurstudie zijn de kenmerken geïnventariseerd die van belang zijn voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren. Hierna volgt een korte samenvatting en vooral een ordening van deze cliëntkenmerken. Een belangrijke stap omdat het opstellen van cliëntprofielen alleen nut heeft op basis van kenmerken die de behandeling ook daadwerkelijk beïnvloeden. Samenvattend blijkt dat het vaak nog onbekend is wat het beste werkt voor jongeren met specifieke combinaties van (verslavings)problemen (Smit et al., 2007; Williams et al., 2000; Snoek, De Weert-van Oene et al., 2010; Schippers & Broekman, 2011). In dat opzicht kan er misschien beter gesproken worden over ‘aanwijzingen’ voor effectiviteit in plaats van bewijs. Desondanks zijn deze aanwijzingen wel “het beste actuele bewijs” (Sackett, et al., 1996, p.71) waar de definitie van *evidence based practice* over spreekt, en daarmee de fundering om de verslavingszorg aan jongeren op te baseren. De resultaten uit eerder onderzoek bieden dan ook een aantal aanknopingspunten om de ontwikkeling van cliëntprofielen voor jongeren te ondersteunen. Op basis van de literatuur en het praktijkpanel (2014) lijken echter niet alle bestudeerde kenmerken van even groot belang voor de te kiezen behandeling. Op grond van belangrijkheid zouden de kenmerken voor het opstellen van cliëntprofielen ingedeeld kunnen worden in drie categorieën:

1. Kenmerken die invloed hebben op het soort behandeling, de “sturende” factoren.

De aard van de verslaving (het middel, de gedraging of een combinatie) en de eventueel bijkomende psychiatrische problematiek (o.a. ADHD, depressie, trauma’s) blijken belangrijke sturende factoren in het soort behandeling wat aangeboden zou moeten worden. Huidige behandelingen blijken op verschillende middelen een ander effect te hebben (o.a. Tanner-Smith et al., 2013) en de behandel mogelijkheden verschillen naar gelang het middel of het gedrag (o.a. Trimbos, 2014). Ook jongeren die lijden aan verschillende vormen van psychiatrische problemen blijken baat te hebben bij specifiek voor die problemen ontwikkelde behandelingen (o.a. Smit et al., 2007; NIH, 2014). De aard van de verslaving en psychiatrische comorbiditeit hebben daarmee een grote bepalende rol bij het selecteren van specifieke behandelingen voor specifieke cliënten.

2. Kenmerken die leiden tot aanvullende behandelmodules, de “specificerende” factoren.

De sociale omstandigheden lijken ongeacht het soort verslavingsproblematiek, de bijkomende problemen of de behandeling zowel een negatieve als positieve invloed te kunnen hebben op het behandelresultaat (o.a. Williams et al., 2000; EMCDDA, 2008; NIH, 2014; Praktijkpanel, 2014). Deze factoren geven daardoor eerder aanleiding voor aanvullende behandelmodules binnen specifieke trajecten, dan dat zij aparte trajecten rechtvaardigen. Aandacht voor invloeden van ouders en het gezin, vrienden en leeftijdsgenoten, school / werk en justitie zijn essentieel voor het welslagen van behandelingen (o.a. Elliot et al, 2005; Smit et al., 2007; Praktijkpanel, 2014), maar zou verwezenlijkt kunnen worden door het toevoegen van modules zoals MDFT aan andere trajecten. Behandelingen op basis van de sturende factoren kunnen daarmee gespecificeerd worden aan de hand van de sociale omstandigheden.

3. Kenmerken die leiden tot intensievere behandelingen, de “intensiverende” factoren.

Naast de vraag welke behandeling verslaafde jongeren nodig hebben, blijkt ook de intensiteit van die behandeling van belang voor het resultaat (o.a. Elliot et al., 2005; NIH, 2014). Verschillende factoren kunnen invloed hebben op die intensiteit. Het gaat daarbij om de ernst van het verslavingsprobleem, de andere verslavende middelen die een cliënt gebruikt, de ernst van de bijkomende psychiatrische problematiek en de mate van problemen in het dagelijks functioneren (o.a. Elliot et al, 2005; NIH, 2014). Ook de behandelgeschiedenis kan leiden tot een intensievere vorm van behandelen (Sobell & Sobell, 2000; Praktijkpanel, 2014). Jongere cliënten met eenzelfde mate van problematiek worden in de praktijk intensiever behandeld dan oudere cliënten (Praktijkpanel, 2014). Tot slot lijken jongeren met een verstandelijke beperking niet zozeer een andere behandeling nodig te hebben, als wel een intensievere vorm van de standaard behandeling.

Op basis van de literatuurstudie en bovenstaande indeling lijkt het logisch om zorgpaden te construeren op basis van de sturende factoren; deze zijn immers bepalend voor het soort behandeling. De specificerende factoren behoeven geen apart zorgpad, maar kunnen door middel van losse modules een aanvulling vormen op de zorgpaden. Ook de intensiverende factoren vormen geen zorgpad op zichzelf, maar bepalen de intensiteit van de verschillende behandelingen in een zorgpad.

Na de identificering van alle kenmerken die van belang zijn voor een effectieve behandeling en de conclusie dat zorgpaden voor de jongeren allereerst gebaseerd moeten worden op de sturende factoren, moet dit gaan leiden tot een beperkt aantal profielen die aan deze zorgpaden ten grondslag kunnen liggen. Op basis van alleen de sturende factoren zijn er echter nog steeds te veel verschillende profielen te creëren. Met twaalf primaire verslavingsproblemen en zes verschillende psychiatrische stoornissen en een optie voor een verslavingsprobleem zonder psychiatrische stoornis bestaan er al 84 verschillende combinaties. Aangezien uit de literatuur blijkt dat veel jongeren meer dan één comorbide stoornis hebben (o.a. Rowe et al., 2004) komen daar nog exponentieel veel verschillende mogelijke combinaties bij. Aangezien een zorgpad, en daarmee ook een cliëntprofiel, alleen toegevoegde waarde heeft indien er een substantieel aandeel van de cliënten in onder te brengen is, zullen deze opties nader moeten worden ingeperkt. De lezer zal dan ook merken dat in het resultatenhoofdstuk (hoofdstuk 4) op basis van de data en inhoudelijke argumenten allereerst het aantal primaire verslavingsproblemen zal worden teruggebracht door een aantal gerelateerde verslavingen te clusteren. Met eenzelfde proces zal ook het aantal psychiatrische problemen beperkt worden. Vervolgens worden deze beide sturende factoren gecombineerd om uiteindelijk te komen tot een beperkt aantal clusters. Pas daarna kan op basis van de specificerende, intensiverende en aanvullende factoren inzichtelijk worden gemaakt wat deze clusters kenmerkt om daarmee totaalprofielen op te stellen.

2.8 Van belangrijke cliëntkenmerken naar profielen; verwachtingen

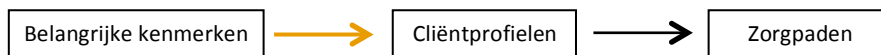
Er zijn twee overheersende redenen om niet te komen tot hypothesen maar in plaats daarvan verwachtingen op te stellen. Een van deze redenen is gelegen in de structuur van dit onderzoek, de andere in het doel ervan. De vooruitblik hierboven schetst het exploratieve karakter van deze studie. De uiteindelijke profielen zullen voor een groot gedeelte bepaald worden door beslissingen die gedurende het proces genomen worden op basis van de onderzoeksgegevens in combinatie met inhoudelijke argumenten. Specifieke hypothesen zouden daardoor na de eerste analyses en vervolgstappen reeds achterhaald zijn waardoor toetsing zowel onmogelijk als onproductief zou worden. Daarnaast is het doel van dit onderzoek eerder ordenend dan verklarend. In verklarende onderzoeken wordt over het algemeen een theoretisch kader ontworpen, waar vervolgens op logische wijze hypothesen uit af te leiden zijn. In dit onderzoek is in plaats daarvan gebruik gemaakt van een uitgebreide literatuurstudie en gesprekken met een praktijkpanel. Op basis van deze informatie is het mogelijk om een aantal verwachtingen te formuleren die de analyses zullen sturen. In de resultatensectie van dit onderzoek wordt aangegeven of onderstaande verwachtingen zijn uitgekomen. In de conclusie zullen al dan niet uitgekomen verwachtingen worden gekoppeld aan de literatuur en nader worden geïnterpreteerd.

Uit eerdere onderzoeken blijkt dat een groot gedeelte van de jongeren met een verslaving één of meer psychiatrische stoornissen heeft (Couwenbergh et al., 2006; Tanner-Smith et al., 2013). Bepaalde psychiatrische stoornissen blijken vervolgens ook vaker (in specifieke combinaties) voor te komen dan andere (o.a. Rowe et al., 2004; Couwenbergh et al., 2006). Tot slot blijkt deze frequentie afhankelijk van het geslacht, meisjes blijken vaker gediagnosticeerd te worden met een internaliserende en jongens vaker met een externaliserende stoornis (Rowe et al., 2004; NIH, 2014). Op grond hiervan is te verwachten dat *ook in de cliëntpopulatie van Tactus veel jongeren een bijkomend psychiatrisch probleem hebben, dat die problemen in veel verschillende combinaties zullen voorkomen, dat de prevalentie van (combinaties van) stoornissen onderling sterk zal verschillen en er een verschil bestaat tussen jongens en meisjes.*

De verslaving en psychiatrische problemen blijken elkaar niet alleen te beïnvloeden (o.a. Lee et al., 2011; Oesterle et al., 2012), maar specifieke middelen worden in verband gebracht met specifieke psychiatrische problemen. Bijvoorbeeld alcohol en depressie (Grella et al., 2001; Boden & Fergusson, 2011) en ADHD met cannabis en stimulerende middelen (Lee et al., 2011; Gudjonsson et al., 2012). Daarom is te verwachten dat *ook in dit onderzoek bepaalde soorten verslavingen en psychiatrische problemen vaker samen voorkomen dan andere combinaties.*

Psychiatrische problematiek wordt onder andere gekenmerkt door impulsief, agressief, angstig en teruggetrokken gedrag (o.a. Eisenberg et al., 2001; Storr et al., 2013). Dergelijke gedragingen kunnen samen met verslavingsproblemen leiden tot onder meer verwervingscriminaliteit, conflicten met ouders en problemen op school (o.a. Hammink et al., 2012; Oesterle et al., 2012). Daarnaast kunnen psychiatrische problemen leiden tot ernstigere verslavingsproblematiek (o.a. Fatséas et al., 2010; Wolitzky-Taylor et al., 2012). Daarom is te verwachten dat *jongeren die naast hun verslaving een psychiatrische stoornis hebben, vaker en meer sociale problemen zullen hebben en ernstiger verslaafd zullen zijn.*

Jongeren met ernstigere problemen op het gebied van verslaving, psychiatrie en het sociale vlak blijken een intensievere behandeling nodig te hebben (o.a. Elliot et al., 2005; NIH, 2014). Desondanks hebben behandelingen bij jongeren met ernstigere problemen over het algemeen minder effect (o.a. Williams et al., 2000). De verwachting is dan ook dat *jongeren met ernstigere problemen al vaker een intensievere vorm van behandeling achter de rug hebben dan jongeren met minder ernstige problemen.*



3 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk komt allereerst het totale ontwerp van dit onderzoek aan bod (§3.1), waarna nader wordt ingegaan op de gegevens die voor dit onderzoek gebruikt worden (§3.2). Vervolgens wordt besproken hoe de verschillende variabelen zijn geoperationaliseerd (§3.3) en hoe deze zullen worden geanalyseerd (§3.4).

3.1 Het onderzoeksdesign

In de inleiding is beargumenteerd dat het ontwikkelen van zorgpaden alleen een toegevoegde waarde heeft indien de cliëntpopulatie in te delen is in subgroepen op basis van voor de behandeling belangrijke cliëntkenmerken. Om deze belangrijke kenmerken te identificeren is een uitgebreide literatuurstudie opgezet die nader verantwoord is in bijlage 1. Om deze literatuurstudie te complementeren is vervolgens een praktijkpanel geraadpleegd, zie bijlage 2, waarvan de resultaten verwerkt zijn in de literatuurstudie. Om te komen van de belangrijke cliëntkenmerken uit de literatuurstudie tot de uiteindelijke cliëntprofielen is vervolgens informatie over de cliënten nodig. Aangezien dit onderzoek gericht is op het vinden van samenhang tussen veel verschillende kenmerken binnen een grote groep cliënten ligt een kwantitatief onderzoeksdesign het meest voor de hand (Neuman, 2012). Alvorens het starten van de kostbare en tijdrovende klus de benodigde data te verzamelen bij een zeer lastig te bereiken doelgroep, is eerst onderzocht of er reeds informatie over de doelgroep verzameld wordt. Binnen Tactus verslavingszorg worden jongeren aan het begin van hun behandeling intensief bevraagd op (bijna) alle benodigde cliëntkenmerken zoals geïdentificeerd in de literatuurstudie. Deze informatie is primair bedoeld om hulpverleners te ondersteunen bij het toewijzen van de best passende zorg aan individuele cliënten. De gestructureerde en uitgebreide wijze van verzameling van deze informatie leent zich tevens voor een secundaire analyse in het kader van dit onderzoek. Doordat de gegevens verzameld zijn voor individuele zorgtoewijzing en niet voor populatieonderzoek brengt het gebruik van deze reeds bestaande informatie een aantal beperkingen met zich mee. Hier zal in de conclusie & discussie nader aandacht aan worden besteed. Desalniettemin is de verwachting dat de uitgebreidheid van de informatie, en vooral het grote aantal jongeren waarover deze informatie bekend is, opweegt tegen de na- en voordelen van een nieuwe dataverzameling.

3.2 Beschrijving van de secundaire gegevens (MATE-Y)

Voor de bestudering van de onderzoekspopulatie is gekozen voor een secundaire analyse van reeds verzamelde kwantitatieve gegevens. Alle jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar die zich aanmelden voor een verslavingsbehandeling bij Tactus worden uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek. Na dit kennismakingsgesprek volgt een intake door middel van de MATE-Y. De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een vragenlijst die is ontwikkeld voor het vaststellen van belangrijke cliëntkenmerken voor het toewijzen van zorg en het monitoren en evalueren van verslavingsbehandelingen. De eerste versie van de MATE voor volwassenen is in 2007 verschenen; deze is later doorontwikkeld en onder andere geschikt gemaakt voor jongeren. Dit heeft geleid tot de MATE-Y die vanaf 2012 als proefversie en vanaf 2013 als officiële versie beschikbaar is (Schippers & Broekman, 2013). De MATE familie is ondertussen in meerdere talen vrij verkrijgbaar via <http://www.mateinfo.eu>.

De MATE(-Y) bestaat uit verschillende instrumenten (negen modules) die in één vragenlijst zijn samengevoegd (Schippers & Broekman, 2007). Dit betreft zowel gestructureerde interviews als onderdelen die de jongere zelf moet invullen. Een belangrijk doel van het MATE-project (medegefinancierd door ZonMw) was het ontwikkelen

van een Europese vragenlijst die is gestoeld op een goede conceptuele en empirische onderbouwing en is geïntegreerd in de algemene gezondheidszorg (Schipper & Broekman, 2011b). Om dit te bewerkstelligen is de MATE zoveel mogelijk gebaseerd op de *International Classification of Diseases* (ICD) en de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) van de *World Health Organization* (WHO) (Broekman & Schippers, 2003). In het document “handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE-Y 2.1a” (Schipper & Broekman, 2013) wordt uitgebreid stilgestaan bij de herkomst en validering van de verschillende instrumenten (ook dit document is vrij verkrijgbaar via <http://www.mateinfo.eu>). Ondanks de aansluiting bij eerder gebruikte en geteste instrumenten is de validiteit hiervan niet onomstreden. Aanpassingen zoals vertaling naar het Nederlands, versimpeling van het taalgebruik voor jongeren en selecties van onderdelen uit instrumenten kunnen een negatief effect hebben gehad op de validiteit van de uitkomsten. Desondanks lijkt de MATE-Y op dit moment het meest volledige en conceptueel sterkste instrument voor het inventariseren van die cliëntkenmerken die van belang zijn voor het behandelen van verslaafde jongeren. Dit mede door de uitgebreide bijdrage van tien verschillende jeugdverslavingszorginstellingen, waaronder Tactus Verslavingszorg (Schipper & Broekman, 2013).

De MATE-Y vragenlijst wordt op de computer ingevuld. In het begin is bij 169 afnames bijgehouden hoelang het invullen van de lijst duurde. Dit blijkt te variëren van 25 tot en met 180 minuten ($M = 67$, $SD = 28$). Tactus Verslavingszorg werkt in drie zelfstandige regio’s waarin behandelingen voor jongeren worden aangeboden. Deze regio’s zijn op verschillende momenten gebruik gaan maken van de MATE-Y; hiermee is in de navolgende berekening rekening gehouden. In de periode van 4 mei 2012 (de eerste MATE-Y afname) tot en met 28 februari 2014 is er bij 1016 jongeren een intake afgenomen, voor 668 van hen is een ingevulde MATE-Y beschikbaar. Dit onderzoek is daarmee gebaseerd op 66 procent van de cliëntpopulatie. Bij 13 jongeren bleek er met enige tussentijd twee keer een MATE-Y te zijn afgenomen, van deze jongeren zijn consequent de laatste gegevens gebruikt; de overige zijn uit de dataset verwijderd. Daarnaast bleken vijf jongeren ouder dan 23 (respectievelijk 24 en 25) ook deze zijn uit de dataset verwijderd. Hierdoor blijven er 650 cases ter analyse over.

De dataset waarmee dit onderzoek is uitgevoerd is gebaseerd op drie verschillende versies van de MATE-Y. De wijzigingen tussen versie één ($n = 184$) en twee ($n = 107$) zijn substantieel en hebben ook invloed op een aantal van de analyses in dit onderzoek. Daar waar die invloed evident is, zal dit bij de operationalisatie van de variabelen worden vermeld. Daarnaast is van een aantal onderdelen en items de volgorde aangepast, met de eventuele invloed daarvan is echter geen rekening gehouden. De wijzigingen tussen de versies twee en drie ($n = 364$) zijn zeer beperkt en meer cosmetisch dan inhoudelijk van aard.

3.3 Operationalisatie van de variabelen

In de navolgende paragrafen is per factor (sturend, specificerend en intensiverend) en voor de aanvullende kenmerken weergegeven hoe de variabelen zijn geoperationaliseerd. Alle hieronder beschreven variabelen zijn weergegeven in tabel 1 op pagina 39.

3.3.1 Operationalisatie van de sturende factoren

De aard van de verslaving

In module 1 van de MATE-Y “Middelengebruik en gedragsverslaving” wordt met behulp van een matrix, gebaseerd op een publicatie van de WHO, geïnventariseerd op hoeveel van de afgelopen 30 dagen jongeren bepaalde verslavende middelen hebben gebruikt of hoe vaak zij verslavende gedragingen hebben vertoond

(Schippers & Broekman, 2013). Daarnaast is ook de hoeveelheid van gebruik en het totaal aantal jaren regelmatig gebruik genoteerd. Ondanks het feit dat de MATE-Y eetproblemen niet inventariseert (Schippers & Broekman, 2013) zijn deze wel ingevuld onder “gedragsverslaving overig”. Op basis van deze matrix is voor elke verslavingscategorie een dichotome variabele gecreëerd waarbij 0 staat voor geen gebruik en 1 voor gebruik in de afgelopen 30 dagen voor één van de onder die categorie vallende middelen. Dit heeft geleid tot de volgende variabelen: *alcohol, nicotine, cannabis, opiaten, cocaïne, amfetamine, XTC, sedativa en gokken*. Vanwege het hoge percentage “andere gedragsverslaving” (23%) is deze categorie handmatig uitgesplitst in *gamen* (gamen, computeren, telefoon, alle vormen van social media) en *eten* (eten, snoepen). Alle andere gedragsverslavingen zijn samen met de categorie “andere middelen” ondergebracht in de variabele *overig*. Tot slot is er een variabele *aantal middelen* gecreëerd die optelt hoeveel van de bovenstaande middelen of gedragingen een jongere gebruikt respectievelijk vertoont.

In samenspraak tussen de assessor en de cliënt wordt na het invullen van deze matrix één middel of gedraging als primair probleem bepaald. Dit is het middel of het gedrag wat de meeste problemen veroorzaakt of waar de jongere hulp voor vraagt. Indien hier onduidelijkheden over zijn geeft de MATE-Y een prioritering (Schippers & Broekman, 2013). Alle overige onderdelen uit de vragenlijst met betrekking tot het vaststellen van de ernst van de verslaving zijn gebaseerd op deze primaire verslaving. Uiteindelijk is alleen deze primaire verslaving bruikbaar als sturende factor aangezien van de overige middelen en gedragingen onduidelijk is of een jongere deze slechts gebruikt, of er ook daadwerkelijk aan verslaafd is. Het noteren van de primaire verslaving gebeurt in een vak voor vrijetekst, hierdoor hebben hulpverleners verschillende benamingen gebruikt voor soortgelijke verslavingen. Deze benamingen zijn handmatig hergecodeerd naar een numerieke waarde waarbij gelijksoortige verslavingen dezelfde code hebben gekregen. Daarnaast luidt de instructie om één verslaving in te vullen; daar waar hulpverleners er toch meerdere hebben genoteerd is consequent de eerste verslaving gecodeerd. Dit proces heeft geleid tot een variabele *verslaving* welke is opgebouwd uit de volgende categorieën: (1) cannabis, wiet, blowen, (2) alcohol, (3) speed, amfetamine, pep, miaux miaux, ritalin, (4) cocaïne, (5) GHB, (6) XTC, (7) nicotine, (8) gokken, pokeren, (9) gamen, computer, whatsappen, social media, (10) eten, snoepen, (11) sedativa & (12) overig: shoppen, sekssites, energydrink, suiker, cafeïne. Op basis van de hogere orde waartoe een aantal van deze verslavingen behoren zijn deze nader geclusterd. Dit heeft geleid tot de nominale variabele *verslavingscategorie* waarvan de categorieën ook als afzonderlijke dichotome variabelen zijn aangemaakt: *cannabis, alcohol, harddrugs* (cocaïne, amfetamine, xtc), *gedragsverslaving* (gamen, gokken, eten) & *overig*.

Psychiatrische comorbiditeit

Module 2 “Indicaties psychiatrisch of medisch consult” is bedoeld als een hulpmiddel om vast te stellen of extra diagnostiek betreffende bepaalde psychiatrische problemen noodzakelijk is. Deze module voorziet daarmee niet in een diagnose, maar in aanwijzingen of er al dan niet sprake is van psychiatrische problematiek. Voor in totaal tien stoornissen worden twee of meer vragen gesteld die met ja of nee kunnen worden beantwoord. Per stoornis is een drempelwaarde vastgesteld voor combinaties en het aantal positief te beantwoorden vragen. Voor de exacte vragen en drempelwaarde per stoornis wordt verwezen naar de MATE-Y in bijlage 3. De vragen die hiervoor in de MATE-Y worden gebruikt zijn een selectie van de vragen uit het gestandaardiseerde interview “Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren [IPSJ]” dat op zijn beurt gebaseerd is op een diagnostisch instrument voor jongeren van het Amerikaanse *National Institute of Mental Health* (Schippers & Broekman, 2013). Op basis van de somscore en de daarbij per stoornis vermelde drempelwaarde op het uitslagenblad van de MATE-Y zijn de dichotome variabelen *depressie, angst, trauma, eetstoornis, ADHD en DBD* aangemaakt. DBD [*Disruptive Behavior Disorder*] is positief gescoord indien de drempelwaarde van ofwel ODD

[*Oppositional Defiant Disorder*] ofwel CD [*Conduct Disorder*] is bereikt. Bij deze variabelen staat 0 voor geen indicatie en 1 voor een indicatie voor de aanwezigheid van de betreffende stoornis. In de variabele *aantal stoornissen* is per cliënt geteld voor hoeveel van de stoornissen deze indicaties zijn gevonden. Een indeling van de psychiatrische stoornissen naar de hogere orde waartoe zij behoren heeft geleid tot de nominale variabele *psychiatrie categorie*, waarvan de categorieën ook zijn omgezet in afzonderlijke dichotome variabelen: *geen stoornis*, *internaliserend* (depressie en/of trauma en/of angst), *externaliserend* (ADHD en/of DBD) en *gemengd* (een combinatie van één of meer internaliserende en externaliserende stoornissen en alle eetstoornissen en combinaties daarmee).

Opgemerkt moet worden dat in versie 1 van de vragenlijst de vragen betreffende een traumatische ervaring niet overeenkomen met de vragen in versie 2 en 3. Percentages over trauma als enkelvoudige stoornis zijn daarom in dit onderzoek herrekend gebaseerd op alleen de vragenlijsten 2 en 3. Daar waar gesproken wordt over combinaties van stoornissen is dit niet mogelijk en leidt deze discrepantie tot een onderschatting van het aantal jongeren met een indicatie voor een trauma (evenals een overschatting van het aantal jongeren zonder stoornis en een onderschatting van alle combinaties waarin trauma voorkomt).

3.3.2 Operationalisatie van de specificerende factoren

De specificerende factoren hebben betrekking op kenmerken uit de sociale omgeving van de jongeren. Hierbij wordt gekeken naar de invloed van ouders en het directe gezin, vrienden en leeftijdsgenoten, school en/of werk en bemoeienis van justitie. De informatie over deze kenmerken is afkomstig uit module 7 “Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning” en module 8 “Externe factoren van invloed op het herstelproces” van de MATE-Y. Deze onderdelen zijn gebaseerd op de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren [ICF] van de WHO en zijn bedoeld om te inventariseren “in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving” en “de externe factoren die daarop van invloed zijn” (Schippers & Broekman, 2013, p.7). Voor elk domein van het functioneren wordt een mate van beperking c.q. invloed ingevuld. Voor het beoordelen van die mate van beperking of invloed zijn in de handleiding per domein een aantal ankerpunten geformuleerd (Schippers & Broekman, 2013). Zowel in module 7 als in module 8 wordt per domein een score toegekend van 0 tot 4 (geen / nvt, licht, matig, ernstig, volledig, respectievelijk geen / nvt, licht, matig, aanzienlijk, meer dan aanzienlijk).

Per specificerend kenmerk (ouders en gezin, vrienden en leeftijdsgenoten, school/werk en justitie) zijn meerdere vragen beschikbaar. Betrouwbaarheidsanalyses wijzen uit dat alleen de twee vragen betreffende school/werk samen een voldoende betrouwbare schaal vormen (cronbach’s alfa van .64). Bij alle andere kenmerken bleek een samenvoeging van de betreffende vragen niet voldoende betrouwbaar en zijn deze geoperationaliseerd tot losse variabelen. Hieronder wordt per kenmerk beschreven op basis van welke vragen de variabelen zijn gecreëerd en welke namen de variabelen hebben gekregen. Naast de originele (0-4) variabele is voor sommige analyses tevens een dichotome hoog/laag variabele aangemaakt. De scores 0-2 zijn daarbij gecodeerd als laag en de scores 3 en 4 als hoog.

Familie

In de vragenlijst wordt met drie verschillende vragen aandacht besteed aan de relatie tussen de cliënt en diens ouders c.q. familie. “Waren er moeilijkheden in je relatie met je ouders?” (*ouders moeilijkheden*) en “Hoe groot is de positieve (respectievelijk negatieve) invloed van mensen uit jouw gezin of naaste familie?” (*gezin positief & gezin negatief*).

Vrienden en leeftijdsgenoten

Net als over de familie wordt er in de vragenlijst met drie vragen aandacht besteed aan vrienden en leeftijdsgenoten. “Had je moeilijkheden met vrienden” (*vrienden moeilijkheden*) en “Hoe groot is de positieve (respectievelijk negatieve) invloed van leeftijdsgenoten?” (*vrienden positief & vrienden negatief*).

School / Werk

In de vragenlijst wordt in twee items aandacht besteed aan problemen met school en werk: “Waren er problemen met het naar school/werk gaan?” en “Had je op school / werk problemen?” Deze twee vragen zijn door optellen gecombineerd tot één *problemen op school / werk* variabele. De dichotome variant van deze variabele is gescoord als hoog indien één van beide of beide oorspronkelijke variabelen een 3 of 4 scoren.

Justitie

In de MATE-Y zijn twee vragen gewijd aan de invloed die justitiële contacten hebben op het herstelproces: “Heb je contacten in een juridisch kader of te maken met juridische maatregelen die op jou een positieve (respectievelijk negatieve) invloed hebben?” (*Justitie positief & Justitie negatief*). Hierbij moet worden opgemerkt dat in de literatuur en ook door het praktijkpanel vaak is gesproken over justitie in de zin van betrokkenheid na een strafbaar feit. In de vragenlijst is justitiële invloed gedefinieerd als alle betrokkenheid van justitie, waaronder bijvoorbeeld ook ondertoezichtstellingen [OTS] en uithuisplaatsingen. Hogere scores op deze vragen gaan daarmee niet automatisch over een mate van crimineel gedrag.

Totaal van sociale problemen

Naast de bovenstaande afzonderlijke variabelen voor de vier specificerende factoren is voor een aantal analyses ook een totaalvariabele betreffende de sociale omgeving van de jongeren noodzakelijk. Alle beperkingen, positieve invloeden en negatieve invloeden uit de modules 7 & 8 samen blijken middels factor- en betrouwbaarheidsanalyse in aanmerking te komen voor datareductie. Met enige aanpassing op grond van inhoudelijke argumenten volgt hieruit een twee-factoroplossing. Het totaal valt daarbij uiteen in een factor betreffende alle beperkingen en negatieve invloeden en een factor betreffende de positieve invloeden. De schaal betreffende de beperkingen en negatieve invloeden blijkt voldoende betrouwbaar met een cronbach's alfa van .83, dit in tegenstelling tot de schaal betreffende de positieve invloeden (cronbach's alfa van .37). Op basis van deze analyses is de dichotome variabele *sociale problemen* gecreëerd. De sociale problemen (alle beperkingen en negatieve invloeden) bestaan in totaal uit 18 variabelen. Indien een jongere op meer dan één van deze variabelen een 3 (ernstig) of een 4 (volledig) scoort, dan wordt *sociale problemen* gescoord als hoog (1), alle overige gevallen worden gescoord als laag (0). Wegens de te lage betrouwbaarheid wordt er geen schaal voor de positieve invloeden aangemaakt.

3.3.3 Operationalisatie van de intensiverende factoren

De informatie voor de intensiverende factoren is afkomstig uit verschillende delen van de MATE-Y en wordt hieronder per variabele benoemd.

Dagelijks functioneren

Voor het dagelijks functioneren wordt op het scoreformulier van de MATE-Y een somvariabele gedefinieerd welke ontstaat door het optellen van de scores van acht verschillende items (0-4) uit module 7. De items betreffen beperkingen op het gebied van: verwerven en behouden van woonruimte, huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging, zich verzekeren van fysiek comfort, zorgdragen voor voeding en fitheid, verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg, beschermen tegen gezondheidsrisico's van

riskant gedrag en uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen. Deze somvariabele is als *bependingen-basaal* opgenomen in dit onderzoek, waarbij deze tevens is omgezet in een dichotome hoog/laag variabele. Indien een jongere op één of meerdere van de acht originele variabelen een 3 of 4 heeft gescoord is deze als “hoog” (1) gecodeerd.

Behandelgeschiedenis

In module 3 van de vragenlijst wordt geïnventariseerd of iemand al eerdere verslavingsbehandelingen heeft ondergaan en zo ja, hoeveel ambulante en hoeveel klinische behandelingen dit betreft. Het aantal ambulante behandelingen vertoonde een viertal opmerkelijke uitschieters met tweemaal 10, 12 en 35 eerdere behandelingen. Het vermoeden is dat hier het aantal sessies is ingevuld in plaats van het aantal eerdere behandelingen. Dit vermoeden lijkt bevestigd na contact met één van de betreffende assessors. Ook het aantal klinische behandelingen heeft een aantal uitschieters (4, 5 & 7 eerdere klinische behandelingen). Aangezien echter slechts 12 mensen (inclusief uitschieters) meer dan één klinische behandeling en slechts 29 mensen (exclusief de uitschieters) meer dan één ambulante behandeling hebben ondergaan lijkt het aantal eerdere behandelingen geen goede maatstaf. Temeer omdat deze 12 en 29 mensen zich blijken te verspreiden over de verschillende verslavingen en psychiatrische stoornissen. Derhalve zal er worden gekeken naar het soort eerdere behandeling. Hiervoor is de informatie omgezet naar de nominale variabele *behandelgeschiedenis* waarvan de categorieën tevens als dichotome variabele aanwezig zijn: *geen behandelgeschiedenis, ambulante, klinisch, ambulante & klinisch*.

Ernst van de verslaving

In de MATE voor volwassenen is een speciale rekenregel opgenomen om vanuit verschillende kenmerken een dichotome hoog/laag variabele voor de ernst van de verslaving samen te stellen (Schippers & Broekman, 2011b). Voor de jeugd is een dergelijke rekenregel (nog) niet voorhanden. In dit onderzoek is om die reden gebruik gemaakt van de regel voor volwassenen; in de conclusie & discussie wordt hier op teruggekomen. Voor de variabele *ernst van de verslaving* wordt een 1 (hoog) genoteerd indien de drempelwaarde op één of meer van de volgende drie onderdelen wordt bereikt:

- In module 4 “stoornissen in het gebruik van het primaire probleemmiddel” worden 14 ja / nee vragen gesteld betreffende problemen omtrent de primaire verslaving. Deze vragen zijn gebaseerd op het onderdeel betreffende Alcohol en Drugs van het *Composite International Diagnostic Interview* [CIDI] van de WHO. De vragen zijn vertaald en versimpeld, waardoor het aantal vragen is toegenomen (Schippers & Broekman, 2013). Deze 14 vragen leiden via een algoritme tot een somscore op het scoreformulier van de MATE-Y. Voor het exacte algoritme wordt verwezen naar de MATE-Y in bijlage 3. Ondanks het feit dat het aantal vragen ten opzichte van de volwassenen is toegenomen zijn er nog steeds maximaal 9 punten te behalen. Indien een jongere er 8 of 9 behaald is de ernst van de verslaving hoog;
- Aan de hand van module Q1 wordt het verlangen (trek, zucht, craving) naar de primaire verslaving bepaald. Dit betreft een zelfinvullijst van vijf vragen die beantwoord worden op een schaal van 0 tot 4. Deze vragen zijn een selectie uit de *Obsessive Compulsive Drinking Scale* [OCDS] voor adolescenten welke reeds eerder in verslavingsonderzoek gebruikt is (Schippers & Broekman, 2013). Deze vijf vragen leiden tot een somscore met een maximum van 20 op het uiteindelijke scoreformulier, vanaf 12 punten is de ernst van de verslaving hoog.
- De hoeveelheid van gebruik op vijf categorieën middelen wordt meegewogen. Voor elke categorie wordt onder voorwaarden één punt toegekend, bij drie punten of meer is de ernst van de verslaving hoog. De categorieën en drempelwaardes: Indien er in de afgelopen 30 dagen meer dan 240

eenheden alcohol gebruikt zijn, indien er in de afgelopen 30 dagen meer dan 600 eenheden nicotine gebruikt zijn, bij meer dan één jaar regelmatig gebruik van cannabis en gebruik op 28 dagen of meer in de afgelopen 30 en bij opiaten c.q. cocaïne en andere stimulantia indien er meer dan één jaar regelmatig gebruikt is en dit middel ook in de afgelopen 30 dagen één keer of meer is gebruikt. Voorafgaand aan deze laatste regel zijn er een aantal waardes als missend genoteerd. Bij alcohol de extreme waardes van 100 en 65 glazen per dag en bij nicotine die van 127 op een dag. Dit zijn dusdanig hoge getallen dat dit fysiek niet mogelijk is; het vermoeden is dat hier reeds het totaal van de afgelopen 30 dagen is genoteerd. Tot slot bleek een cliënt van 14 jaar oud al 25 jaar cannabis te gebruiken, ook dit is als missende waarde genoteerd.

Andere middelen

Het gebruik van andere middelen zal bestudeerd worden aan de hand van dezelfde categorieën waarin eerder de primaire verslavingen zijn ingedeeld, wegens het hoge gebruik behoort nicotine echter niet langer tot de categorie 'overig' maar is dit los meegenomen. Het al dan niet gebruiken van bepaalde middelen, zoals geïnventariseerd in de matrix van module 1, is omgezet in 6 dichotome variabelen: *cannabis, alcohol, nicotine, harddrugs, gedrag, overig*.

Licht Verstandelijke Beperking

Als onderdeel van module 2 (indicaties voor een psychiatrisch consult) beantwoordt de assessor twee vragen over aanwijzingen voor zwakbegaafdheid (IQ<85) respectievelijk een verstandelijke beperking (IQ<70) met ja of nee. Op basis hiervan is de dichotome variabele *LVB* aangemaakt waarbij jongeren die op één van deze twee vragen een 'ja' scoren een 1 wordt toegekend; alle overige jongeren krijgen een 0.

Leeftijd

Aan het begin van de vragenlijst is de leeftijd van de jongeren genoteerd. De variabele *leeftijd* is verder onveranderd gebleven. Voor één jongere is met behulp van het elektronisch patiënten dossier [EPD] de ontbrekende leeftijd ingevuld.

3.3.4 Operationalisatie aanvullende kenmerken

Geslacht

Aan het begin van de vragenlijst is ook het geslacht van de cliënt ingevuld. De variabele *geslacht* is omgecodeerd naar een dichotome variabele met 0 voor vrouwen en 1 voor mannen. De twee missende waardes op deze variabele zijn met behulp van het EPD gecorrigeerd.

Behandelmotivatie

In module 10 "Motivatie voor de behandeling" wordt aan de assessor gevraagd om op een schaal van 0 (zeker niet) tot en met 4 (ja zeker) (en een "ik kan geen oordeel vormen" optie) te beoordelen of: de persoon herkent dat er een probleem is; de persoon vindt dat er hulp nodig is voor het gebruik; en of de persoon bereid is zich te laten behandelen en zich daarvoor in te zetten. Volgens Schippers en Broekman (2013) zijn deze drie onderdelen in eerder onderzoek aangetoond als belangrijk voor het meten van behandelmotivatie. De beoordeling wordt volgens hen overgelaten aan de assessor omdat er geen gestructureerde manier voorhanden is om behandelmotivatie te meten. Een optelling van deze drie items geeft de variabele *behandelmotivatie*.

Autisme Spectrum Stoornis

De aanwijzing voor een Autisme Spectrum Stoornis wordt vastgesteld middels één vraag aan de assessor in module 2: “Er zijn aanwijzingen voor Autisme Spectrum Stoornissen, zoals autisme, het syndroom van Asperger, of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis”. De assessor kan deze stelling beantwoorden met ja of nee wat leidt tot de dichotome variabele ASS met een score 0 indien er geen aanwijzingen zijn en een 1 indien dit wel het geval is. Aanwijzingen voor een ASS hadden logischerwijs meegenomen kunnen worden als een psychiatrische stoornis. Wegens de zeer marginale indicering van deze aanwijzingen is er echter voor gekozen deze stoornis niet dezelfde waarde toe te kennen als de overige stoornissen. Waar de aanwijzingen voor de overige stoornissen voortkomen uit vijf tot zes vragen aan de cliënt wordt er voor ASS slechts één vraag gesteld aan de assessor. Deze basis is te dun om de aanwijzingen voor ASS dezelfde waarde toe te kennen als de aanwijzingen voor de andere psychiatrische stoornissen.

Tabel 1

Beschrijving van de variabelen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde / Percentage	Standaard afwijking	Valide aantallen
<i>Sturende factoren</i>					
Aantal middelen	0	9	3.00	1.32	650
Aantal stoornissen	0	6	1.17	1.24	650
<i>Specificerende factoren</i>					
Ouders moeilijkheden*	0	4	1.38	1.36	633
Gezin negatief*	0	4	0.95	1.31	585
Gezin positief*	0	4	2.40	1.22	591
Vrienden moeilijkheden*	0	4	0.53	1.02	629
Leeftijdsgenoten negatief*	0	4	1.17	1.32	613
Leeftijdsgenoten positief*	0	4	2.21	1.26	618
School / Werk problemen*	0	8	2.14	2.19	633
Justitie negatief*	0	4	0.20	0.07	610
Justitie positief*	0	4	0.33	0.88	607
Sociale problemen (laag = 0)			40%		613
<i>Intensiverende factoren</i>					
Dagelijks functioneren*	0	27	3.64	4.34	630
Behandelgeschiedenis					643
- Geen			76%		
- Ambulant			15%		
- Ambulant en Klinisch			2%		
- Klinisch			8%		
Ernst van de verslaving (laag = 0)			38%		645
LVB (nee = 0)			19%		612
Leeftijd	12	23	17.79	2.51	650
<i>Aanvullende kenmerken</i>					
Sekse (vrouw = 0)			78%		650
Behandelmotivatie	0	12	7.97	2.42	610
ASS (nee = 0)			19%		612

Noot: De nominale variabelen betreffende de verslavende middelen en psychiatrische stoornissen zijn niet in deze tabel opgenomen aangezien hier aan het begin van de resultatensectie uitgebreid aandacht aan wordt besteed.

Noot: De met een asterisk gemarkeerde variabelen zijn eveneens als dichotome hoog/laag variabele aangemaakt.

3.4 Bespreking van de analysestrategie

Hieronder wordt nader toegelicht hoe de factoren en aanvullende kenmerken zijn geanalyseerd. Een aantal van de hieronder vermelde analysetechnieken leent zich voor het gebruik van post-hoc-toetsen. Om twee redenen is er voor gekozen deze niet te gebruiken. Allereerst is het onderscheid tussen de clusters over het algemeen dusdanig groot dat ook zonder aanvullende toetsen evident is waar de verschillen zich bevinden. Ten tweede zou het aantal benodigde post-hoc analyses met zes clusters dusdanig oplopen en de statistische betrouwbaarheid navenant dalen dat deze analyses voor dit onderzoek hun doel voorbij zouden schieten. Bij alle statistische toetsen is een α van .05 gehanteerd en wordt bij een significante samenhang een mate van effectgrootte vermeld. Dit is een maat voor de sterkte van de samenhang, onafhankelijk van de geanalyseerde groepsgrootte. Voor de Chi-kwadraat toets voor statistische onafhankelijkheid wordt gebruik gemaakt van Cohen's w . Cohen noemt een effect van 0.1 klein, 0.3 medium en 0.5 groot (Allen & Bennett, 2010). Bij de Kruskal-Wallis en de ANOVA analyses wordt gebruik gemaakt van de eta-kwadraat (η^2). Hierbij noemt Cohen .01 klein, .059 medium en .138 groot (Allen & Bennett, 2010). Bij de logistische regressieanalyses wordt gebruik gemaakt van Nagelkerke's pseudo R^2 (Field, 2009).

3.4.1 Analyse van de sturende factoren

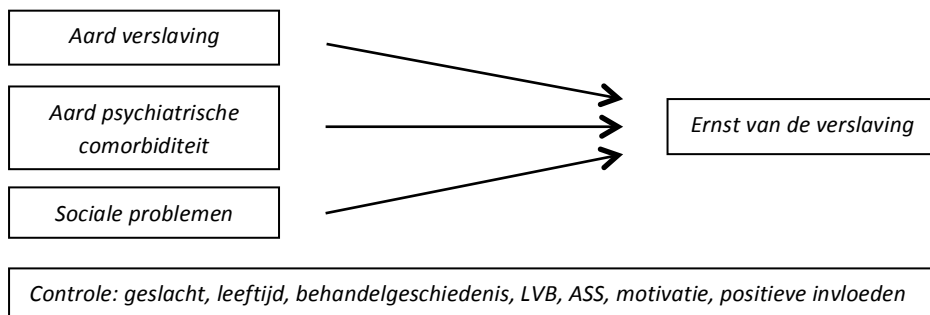
Voor het samenvoegen van de verschillende psychiatrische stoornissen tot de hogere orde waartoe zij behoren (internaliserend en externaliserend) worden niet alleen inhoudelijke argumenten gebruikt, maar zal ook gekeken worden naar de statistische samenhang tussen de verschillende stoornissen. Samenhang tussen dichotome variabelen (wel of geen aanwijzingen voor de betreffende psychiatrische stoornis) wordt bij voorkeur geanalyseerd met een rangcorrelatie toets (Gravetter & Wallnau, 2013). In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van *Kendall's Tau-B*.

Aan het einde van hoofdstuk 2 is geconcludeerd dat de sturende factoren leidend zullen zijn bij het in subgroepen indelen van de populatie. De twee sturende factoren zullen hiervoor allereerst moeten worden uitgekruist om vervolgens verder te gaan met de grootste subgroepen. Het gaat hierbij om het bestuderen van de frequenties waarin de twee factoren gezamenlijk voorkomen, eenvoudig te bereiken door middel van een kruistabel. Daarnaast is één van de verwachtingen dat bepaalde verslavingen en bepaalde psychiatrische stoornissen vaker samen zullen voorkomen dan verwacht zou worden op basis van toeval. Duidelijkheid daarover is te verkrijgen door het verschil tussen de verwachte en daadwerkelijk gevonden frequenties te analyseren. De aard van de verslaving en de aard van de psychiatrische comorbiditeit zijn beide nominale variabelen. Voor het analyseren van de sturende factoren zal dan ook gebruik worden gemaakt van een aantal chi-kwadraat toetsen voor statistische onafhankelijkheid, de aangewezen analysemethode voor nominale data en het beantwoorden van vragen over frequenties (Gravetter & Wallnau, 2013).

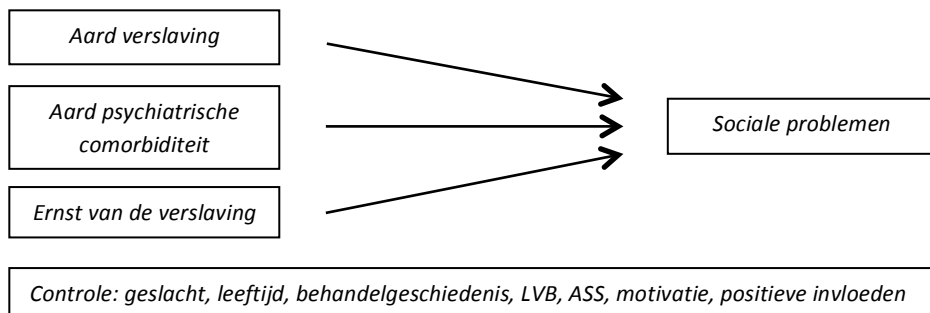
Door vroeg in het onderzoek de twee sturende factoren te combineren en de overige analyses te baseren op de daardoor gevormde clusters blijft onduidelijk welke van de twee sturende factoren (aard van de verslaving of aard van de psychiatrische stoornis) de meeste impact heeft op de resultaten van die analyses. Afsluitend wordt derhalve gebruik gemaakt van

Het regent, het regent, grote korrels venz..... Disruptive behavior bemoeilijkt niet alleen de behandeling, het gedrag op school of de band met ouders, maar ook in een klinische setting kan het erg lastig zijn. Ik was net overgestapt van mijn werk als militair politiemann naar pedagogisch medewerker in de jeugdcliniek en had het met enige regelmaat aan de stok met Frank. Vooral die keer dat ik de leefgroep opliep en de vloer volledig bedekt onder chocoladehagel aantrof, kan ik mij nog goed herinneren. Een vriendelijk doch dringend verzoek tot opruimen leidde helaas tot het toevoegen van de fruithagel aan een vloer die op dat moment al meer leek op een verjaardagscake. Wat heb ik soms al dat gereedschap uit mijn vorige werk, speciaal bedoeld voor mensen die niet willen luisteren, gemist.

regressieanalyses in verschillende modellen om deze afzonderlijke impact inzichtelijk te maken. De variabelen *ernst van de verslaving* en *sociale problemen* zullen worden gebruikt als afhankelijke variabelen, aangezien dit dichotome variabelen betreft zal gebruik worden gemaakt van logistische regressieanalyses (Field, 2009). De dichotome variabelen van *de aard van de verslaving* en *de aard van de psychiatrische comorbiditeit* zullen als onafhankelijke variabelen gebruikt worden. De jongeren met een cannabisverslaving, respectievelijk die zonder psychiatrische stoornis, zullen hierbij als referentiecategorie gebruikt worden. In de modellen waarin ernst van de verslaving of sociale problemen niet de afhankelijke variabele is, zal deze meegenomen worden als onafhankelijke. Alle overige specificerende, intensiverende en aanvullende kenmerken zullen worden meegenomen als controlevariabelen: leeftijd, LVB, behandelmotivatie, ASS, geslacht en de dichotome variabelen voor behandelgeschiedenis, positieve invloed gezin, leeftijdsgenoten en justitie. De opzet van deze analyses is tevens weergegeven in de figuren 3 en 4.



Figuur 3. Model van de regressieanalyses met ernst van de verslaving als afhankelijke (model 1&2).



Figuur 4. Model van de regressieanalyses met sociale problemen als afhankelijke (model 3&4).

Beide afhankelijke variabelen worden in dezelfde volgorde geanalyseerd. In het eerste model worden de onafhankelijke variabelen meegenomen en in het tweede model worden hier de controlevariabelen aan toegevoegd. De modellen 1 en 2 betreffen in dit geval de ernst van de verslaving, de modellen 3 en 4 de sociale problemen. Om te controleren voor multicollineariteit is naar verschillende indicatoren gekeken. De hoogst gevonden correlatie tussen alle onafhankelijke en controlevariabelen is .76. Pas vanaf correlaties gelijk aan of hoger dan .85 wordt dit als problematisch gezien (Allen & Bennett, 2010). De laagste tolerantiewaarde bedraagt .64 en de hoogste VIF waarde bedraagt 1.6. Toleranties onder de 0.1 en VIF waardes boven de 5 worden pas gezien als problematisch (Allen & Bennett, 2010). Op basis hiervan is geconcludeerd dat er voor dit onderzoek geen sprake is van multicollineariteit.

Het aantal missende waardes blijkt per variabele grote verschillen te vertonen. Het lijkt er niet op dat deze missende waardes selectief zijn, aangezien deze zich verdelen over de verschillende clusters van sturende factoren. Alle bivariate analyses in dit onderzoek zijn uitgevoerd op de valide waardes per combinatie van

variabelen. In de tabellen betreffende de bivariate analyses zijn derhalve ook het aantal valide waardes weergegeven. Voor de regressieanalyses is het echter essentieel dat de groep die geanalyseerd wordt constant is over de vier modellen, om deze onderling te kunnen vergelijken. Om deze reden zijn alleen voor de regressieanalyses de missende waardes van de verschillende variabelen uit de dataset verwijderd. De twee standaard onafhankelijke variabelen (verslaving en psychiatrie) bevatten geen missende waardes. Voor de afhankelijke variabelen zijn bij de ernst van de verslaving vijf missende waardes verwijderd en vervolgens zijn bij de variabele sociale problemen alle jongeren met meer dan 2 missende waardes van de originele 18 variabelen verwijderd (37 jongeren). De variabelen leeftijd en geslacht zijn volledig compleet. Van de overige controlevariabelen zijn opeenvolgend de missende waardes verwijderd: behandelmotivatie (21), behandelgeschiedenis (5), LVB (6), ASS (1), positieve invloed gezin (34), positieve invloed leeftijdsgenoten (4), positieve invloed justitie (8). Door dit proces blijven er van de 650 oorspronkelijke jongeren nog 534 over ter analyse (82%). Ondanks het feit dat dit proces leidt tot een verlies van 18 procent van de onderzoekspopulatie, lijkt het er niet op dat het een specifieke groep jongeren is die op deze manier niet wordt meegenomen. De missende waardes zijn namelijk min of meer evenredig verdeeld over de clusters van sturende factoren.

3.4.2 Analyse van de specificerende factoren

Om in een tabel inzichtelijk te maken hoe de specificerende factoren zich verhouden tot de clusters is gebruik gemaakt van de dichotome variabelen. De tabel laat zien welk percentage van de jongeren hoog scoort op het betreffende kenmerk (met andere woorden veel problemen heeft c.q. steun ervaart). Vervolgens zijn de originele variabelen (0-4) gebruikt om te analyseren of de clusters statistisch van elkaar verschillen. Geen van de specificerende variabelen blijkt normaal verdeeld, zoals getoetst met de Kolmogorov-Smirnov en de Shapiro-Wilk toetsen, alsmede visueel beoordeeld (Allen & Bennett, 2010). Voor de analyse van verschil tussen de clusters zal daarom gebruik worden gemaakt van de Kruskal-Wallis analyse. Deze analyse maakt gebruik van rangscores om de verschillen tussen de clusters te beoordelen en is daarmee niet gevoelig voor de verdeling van de data (Gravetter & Wallnau, 2013).

3.4.3 Analyse van de intensiverende factoren en aanvullende kenmerken

De intensiverende factoren en de aanvullende kenmerken bestaan uit verschillende soorten variabelen. Derhalve is hieronder per kenmerk benoemd welke analysetechniek gebruikt zal worden. De variabele *bependingen-basaal* blijkt zeer rechtsscheef verdeeld en zal op basis van dezelfde argumenten als de specificerende factoren geanalyseerd worden met een Kruskal-Wallis test. De variabelen leeftijd en behandelmotivatie blijken voldoende normaal verdeeld om te worden geanalyseerd met een ANOVA voor onafhankelijke groepen (Gravetter & Wallnau, 2013). De behandelgeschiedenis, ernst van de verslaving, andere gebruikte middelen, man-vrouw verhouding, LVB en ASS zullen geanalyseerd worden met een chi-kwadraat toets voor statistische onafhankelijkheid. Dit aangezien het allemaal nominale variabelen betreft waarbij gekeken wordt naar verschil in frequenties (Gravetter & Wallnau, 2013).

Zal ik anders even een wiel voor je jatten? Ik was juist met mijn fiets aan de hand op mijn werk gekomen, verzuchtend dat ik nu ook mijn band nog moest plakken. Bram keek mij verwonderd aan: "Je gaat toch geen band plakken, dan jat je toch gewoon een ander wiel". Na een uitleg over het mijn en dijn, waarom stelen niet de oplossing is, gevolgd door de conclusie dat ik dus geen fietswiel kon jatten, sprak Bram erg hulpvaardig: "Zal ik anders even een wiel voor je jatten?" Bram zat bij ons omdat behandeling door de rechter was opgelegd. Voor hem een goede stok achter de deur en het lukte hem redelijk de behandeling te volgen. Toen hij echter via 'maten' hoorde dat de politie opnieuw naar hem op zoek was wegens een eerder gepleegde overval sloeg de stress toe en kwam er van behandelen helemaal niets meer. De lange arm der wet wist hem te achterhalen en later heb ik hem in het gevang nog eens bezocht. Wist u dat je in de gevangenis overigens alle drugs kunt krijgen die je maar wilt?



4 Cliëntprofielen

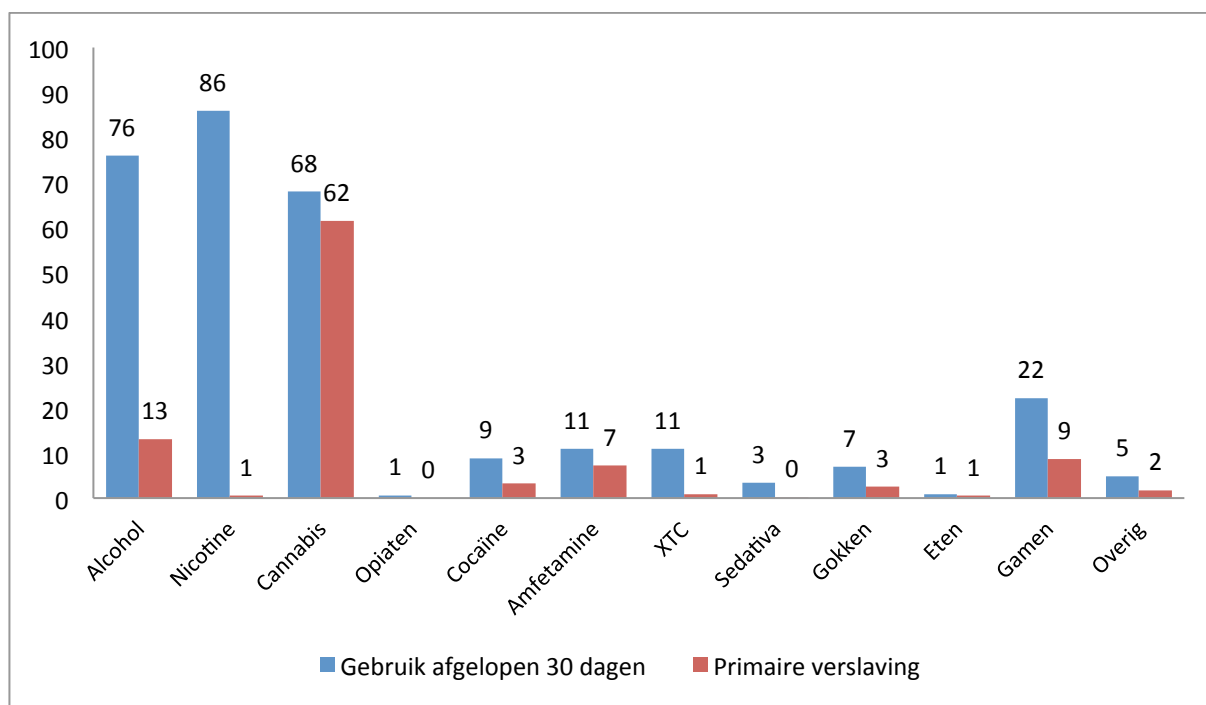
De belangrijke cliëntkenmerken zijn geïnventariseerd en geordend, de verwachtingen zijn opgesteld en de variabelen zijn dusdanig geoperationaliseerd dat de data geanalyseerd kan worden. In dit onderdeel zal worden bekeken of de populatie kan worden ingedeeld in subgroepen en wat deze eventuele groepen kenmerkt. Zoals reeds eerder vermeld heeft dit onderzoek een exploratief karakter; dit houdt in dat er gaandeweg het analyseren van de data steeds conclusies worden getrokken en beslissingen worden genomen over de vervolgstappen. Daarom treft de lezer in deze resultatensectie niet alleen de uitkomst van een aantal statistische analyses maar ook beschrijvende resultaten alsmede de argumentatie waarom bepaalde stappen gezet worden. Stap voor stap komen de sturende, specificerende en intensiverende factoren aan bod in de paragrafen 4.1 tot en met 4.3. Paragraaf 4.4 is gewijd aan de aanvullende kenmerken. In paragraaf 4.5 wordt met behulp van logistische regressieanalyses het relatieve belang van de beide sturende factoren nader bestudeerd. Tot slot worden in paragraaf 4.6 de uiteindelijke cliëntprofielen gepresenteerd.

4.1 Sturende factoren

Aan de hand van de literatuurstudie is geconcludeerd dat het soort verslaving en de aard van psychiatrische comorbiditeit de sturende factoren zijn waarop een behandeling moet worden gebaseerd. Voor het opstellen van cliëntprofielen zullen deze twee kenmerken dan ook leidend zijn. Met 12 primaire verslavingen, 6 psychiatrische stoornissen die in verschillende samenstelling kunnen voorkomen en jongeren met een verslaving zonder psychiatrische stoornis, overschrijdt het aantal mogelijke combinaties van sturende factoren de 100 echter ruimschoots. Om te komen tot een beperkt aantal cliëntprofielen moet allereerst dit aantal mogelijkheden teruggebracht worden. Hieronder wordt eerst afzonderlijk inzicht verschaft in de samenstelling van de twee sturende factoren, waarna deze aan het einde van deze paragraaf worden gecombineerd tot clusters van sturende factoren.

4.1.1 Verslaving

Verreweg de meeste jongeren blijken te roken, blowen en alcohol te drinken; gebruik van harddrugs en de verslavende gedragingen blijken minder vaak voor te komen. De blauwe balken in figuur 5 geven een overzicht van het percentage jongeren wat de verschillende middelen gebruikte of de gedragingen vertoonde in de 30 dagen voorafgaand aan de MATE-Y. Uit figuur 5 is af te leiden dat jongeren over het algemeen meerdere middelen gebruiken ($M = 3.00$, $SD = 1.32$). Onduidelijk is echter of de jongeren ook verslaafd zijn aan al die middelen. Door de opzet van de MATE-Y is voor elke jongere namelijk slechts één primair verslavingsprobleem vastgesteld. Uit bestudering van deze primaire problematiek blijkt dat verreweg de meeste jongeren hulp vragen voor cannabisgebruik (62%). De rode balken in figuur 5 geven een overzicht van het primaire verslavingsprobleem.

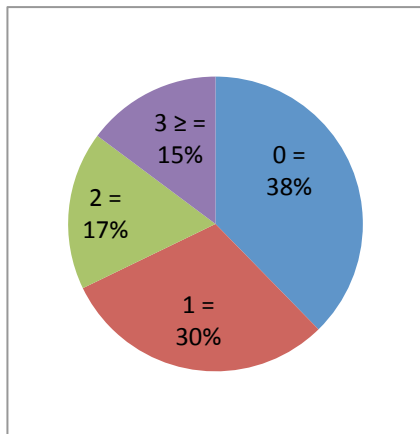


Figuur 5. Gebruikte middelen / gedragingen in de afgelopen 30 dagen en de primaire verslaving in percentages. De gebruikte middelen tellen op tot meer dan 100% aangezien jongeren meerdere middelen kunnen gebruiken. De primaire hulpvraag is gezamenlijk wel 100%.

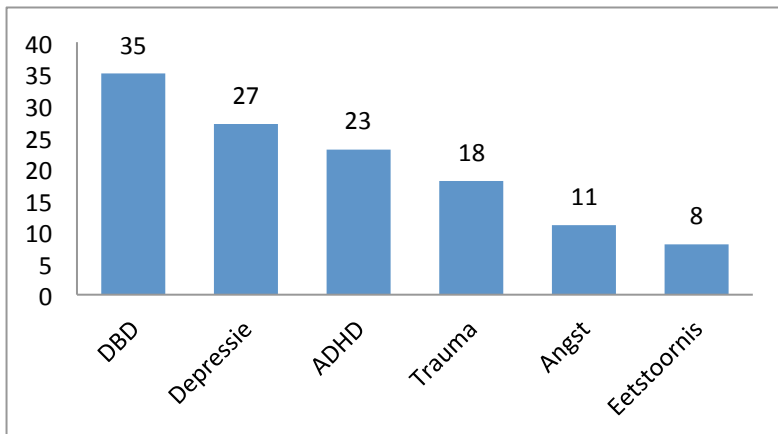
De grote spreiding van de primaire hulpvraag van de jongeren die niet verslaafd zijn aan cannabis, bemoeilijkt het opstellen van een beperkt aantal specifieke cliëntprofielen. Deze 38 procent van de cliëntpopulatie verspreidt zich namelijk over 11 verslavingsproblemen. Niet voor elke verslaving kan een apart profiel worden ontwikkeld. Een aantal van de primaire problemen is daarom samengevoegd op basis van de grotere categorie waartoe zij behoren. Hieruit volgen vijf verslavingscategorieën: Cannabis (62%), Alcohol (13%), Harddrugs bestaande uit cocaïne, amfetamine & xtc (11%), Gedragsverslaving bestaande uit gamen, gokken en eten (12%) en een categorie Overig bestaande uit nicotine, opiaten, sedativa en overig (2%). Deze samenvoeging lijkt in tegenspraak met de eerdere conclusie dat verschillende verslavingen anders behandeld moeten worden. Het praktijkpanel (2014) geeft echter aan dat de verslavende werking, de effecten en de behandeling van de samengevoegde verslavingen zo dicht bij elkaar liggen dat het voordeel van grotere clusters opweegt tegen de behandelinhoudelijke bezwaren. De exacte behandeling moet volgens het panel uiteindelijk toch afgestemd worden op het individu en samenvoeging van deze zeer verwante verslavingen heeft daar geen nadelige effecten op (praktijkpanel, 2014).

4.1.2 Psychiatrische stoornissen

In de populatie van Tactus blijken, naar verwachting, voor het grootste gedeelte van de jongeren aanwijzingen te bestaan voor één of meer psychiatrische stoornissen (62%). Figuur 6 geeft nader inzicht in het aantal jongeren met respectievelijk geen, één, twee of drie en meer comorbide stoornissen. Van de comorbide stoornissen blijken DBD, depressie en ADHD het meest voor te komen, nader weergegeven in figuur 7.



Figuur 6. Overzicht van het aantal jongeren met het aantal comorbide psychiatrische stoornissen in procenten.



Figuur 7. Percentages waarin de verschillende psychiatrische stoornissen voorkomen. De stoornissen kunnen elkaar overlappen. (Het percentage trauma is voor dit overzicht berekend op basis van alleen de versies 2 en 3 van de MATE-Y.)

Frequenties en combinaties van psychiatrische stoornissen

Aangezien 62 procent van de doelgroep één of meer psychiatrische stoornissen heeft, met een gemiddelde van 1.17 stoornis per persoon ($SD = 1.24$), is het voor het opstellen van cliëntprofielen belangrijk om te weten in welke frequenties de verschillende psychiatrische stoornissen als enkelvoudige en meervoudige stoornis voorkomen. Indien het spectrum van alle mogelijke combinaties aan stoornissen namelijk gedomineerd wordt door een klein aantal, dan is het mogelijk daar speciale profielen voor te ontwikkelen. Om dit inzichtelijk te maken is gekeken naar de frequenties waarin de stoornissen enkelvoudig en in alle mogelijke combinaties van twee stoornissen voorkomen ($n=309$). Zoals verwacht verschillen de frequenties waarin de (combinaties van) stoornissen voorkomen onderling significant, $\chi^2(18, N = 309) = 587.81, p < .001$. Cohen's w is groot met 1.38. DBD en depressie komen als enkelvoudige stoornis veel vaker voor dan alle andere mogelijkheden, daarnaast blijkt de combinatie ADHD en DBD vaker voor te komen dan de meeste enkelvoudige stoornissen. In tabel 2 is het gehele overzicht van bovenstaande analyse weergegeven. Voor de leesbaarheid zijn hier de jongeren zonder en met meer dan twee stoornissen aan toegevoegd. Tabel 2 beslaat daarmee weer de gehele onderzoekspopulatie ($N=650$). De enkelvoudige en tweevoudige stoornissen zijn in tabel 2 gesorteerd op de frequentie waarin zij voorkomen.

Tabel 2

Percentages en frequenties van de psychiatrische stoornissen (enkelvoudige en tweevoudige stoornissen uitgesplitst) (N=650)

Stoornis(sen)	Frequentie	Percentage
Geen stoornis	245	37.7
DBD	98	15.1
Depressie	42	6.5
ADHD & DBD	35	5.4
ADHD	31	4.8
Depressie & DBD	16	2.5
ADHD & Depressie	13	2.0
Depressie & Trauma	13	2.0
Trauma	10	1.5
Depressie & Angst	9	1.4
Trauma & DBD	9	1.4
Eetstoornis	8	1.2
Angst	7	1.1
Trauma & Eetstoornis	5	0.8
Eetstoornis & Depressie	4	0.6
Angst & ADHD	3	0.5
Angst & DBD	3	0.5
Trauma & Angst	1	0.2
Trauma & ADHD	1	0.2
Eetstoornis & DBD	1	0.2
Eetstoornis & ADHD	0	0.0
Eetstoornis & Angst	0	0.0
Drie stoornissen	59	9.1
Vier stoornissen	27	4.2
Vijf stoornissen	7	1.1
Zes Stoornissen	3	0.5
Totaal	650	100

Noot: Van de 59 jongeren met drie comorbide stoornissen is van 48 de exacte combinatie in kaart gebracht waarbij de hoogste frequentie in één combinatie 11 jongeren betrof (1.7%). Op basis hiervan is te verwachten dat de specifieke combinaties van drie of vier stoornissen niet in zulke grote getale zullen voorkomen dat dit het totaalbeeld zal beïnvloedt.

Samenvoeging van de psychiatrische stoornissen tot internaliserend, externaliserend en gemengd

Bepaalde combinaties van psychiatrische stoornissen blijken inderdaad statistisch significant vaker voor te komen dan door toeval verwacht zou worden. Op een paar uitschieters na is het totaalbeeld echter nog diffuser dan bij de aard van de verslaving. Het totale palet aan combinaties van psychiatrische stoornissen is ver uitgespreid en de meeste van deze combinaties zijn te klein om aparte profielen voor op te stellen. Ook het aantal categorieën psychiatrische problemen zal dus moeten worden geconcentreerd. Logisch indelen van de stoornissen lijkt op twee manieren mogelijk:

- Bepaalde stoornissen behandelen als belangrijker dan anderen en op die manier stapsgewijs indelen.
- Indelen volgens een hogere orde waartoe bepaalde stoornissen behoren, de eerder genoemde internaliserende en externaliserende stoornissen.

Bij het diagnosticeren van psychiatrische stoornissen volgens het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM] van de *American Psychiatric Association* [APA] wordt een specifieke rangorde aangehouden. Indien symptomen passen bij meerdere stoornissen dan moet er voorrang gegeven worden aan diagnoses van een hogere rangorde (VanderEycken & Van Deth, 2007). Uit de literatuur blijft echter onduidelijk of deze rangorde ook gebruikt kan worden voor het vaststellen van een behandelvolgorde. Specifieke literatuur over de behandelvolgorde van verschillende psychiatrische stoornissen voor adolescenten blijkt niet tot nauwelijks voorhanden. Volgens het praktijkpanel (2014) speelt de diagnostische rangorde van de DSM bij het bepalen van de behandelvolgorde bij meerdere psychiatrische problemen slechts een beperkte rol. De behandelvolgorde is volgens hen grotendeels afhankelijk van de problematiek die bij de individuele cliënt op dat moment het meest op de voorgrond staat. Aangezien deze informatie in de huidige data niet voorhanden is kan deze vorm van indelen niet gebruikt worden.

De tweede mogelijkheid is het indelen van psychiatrische stoornissen naar gelang de hogere orde waartoe zij behoren, een indeling die ook door het praktijkpanel (2014) als een logische stap wordt gezien. Depressie, angst en trauma's behoren tot de internaliserende stoornissen en ADHD en DBD tot de externaliserende stoornissen. Jongeren met zowel een internaliserende als een externaliserende stoornis komen daarbij terecht in een "gemengd" categorie. Indien er bij een jongere een eetstoornis op de voorgrond staat, dan is doorverwijzing naar een specialist noodzakelijk omdat het behandelen van eetstoornissen specifieke kennis vereist (praktijkpanel, 2014). Op basis hiervan zijn ook de eetstoornissen ingedeeld in de gemengde categorie. Het clusteren van deze stoornissen in hogere categorieën ten behoeve van onderzoek is niet nieuw. Ook in eerdere onderzoeken is deze indeling reeds gebruikt (o.a. Rowe et al., 2004; Godley et al., 2013). Een aanvullend argument voor deze indeling is de onderlinge samenhang van de stoornissen. Het blijkt dat de verschillende stoornissen binnen hun eigen hogere orde vaker, signifikanter en sterker met elkaar samenhangen dan stoornissen van twee verschillende ordes. Hierop zijn twee uitzonderingen: de samenhang tussen depressie en ADHD is in verhouding opvallend hoog en de samenhang tussen trauma en angst opvallend laag. Deze samenhang is weergegeven in tabel 3, waarin de samenhang binnen de ordes is aangegeven met een rood kader. In tabel 4 is vervolgens de grootte van de verschillende categorieën weergegeven.

Tabel 3

Rangcorrelaties binnen en tussen de internaliserende en externaliserende stoornissen

	ADHD	DBD	Depressie	Trauma	Angst
ADHD	1.00	0.22***	0.20***	0.14***	0.15***
DBD		1.00	0.06	0.05	0.11**
Depressie			1.00	0.27***	0.33***
Trauma				1.00	0.10**
Angst					1.00

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Tabel 4

Percentages en frequenties van de categorieën psychiatrische stoornissen (N=650)

Stoornis	Frequentie	Percentage
Geen	245	38
Internaliserend	83	13
Externaliserend	164	25
Gemengd	158	24
Totaal	650	100

Net als bij het samenvoegen van de verschillende verslavingen gaat er ook door het combineren van de psychiatrische stoornissen een bepaalde behandelingspecificiteit verloren. Uit de literatuur bleek dat een depressie anders behandeld wordt dan een angststoornis en dat er voor traumatische ervaringen specifieke behandelingen zijn ontwikkeld. Dit lijkt tegenstrijdig aan het combineren van deze stoornissen tot één internaliserende categorie. Uit de praktijk blijkt echter dat ook de exacte behandeling van specifieke stoornissen per individu bepaald moet worden (praktijkpanel, 2014). Het praktijkpanel geeft aan dat de behandelingen voor stoornissen binnen de hogere categorie dichter bij elkaar liggen dan tussen de categorieën. Ook geeft een dergelijke samenvoeging een hulpverlener meer keuzeruimte welke behandeling er wordt aangeboden. Daarnaast blijkt dat binnen de categorieën bepaalde behandelingen invloed kunnen hebben op de andere stoornissen, zo vermindert bijvoorbeeld medicatie voor ADHD met regelmaat ook de effecten van een DBD (praktijkpanel 2014). Behandeltechnisch blijkt er daarmee weinig bezwaar tegen deze samenvoeging en zitten er zelfs voordelen aan.

4.1.3 *Verslaving x Psychiatrische stoornissen*

Resumerend: de aard van de verslaving en de aard van de psychiatrische comorbiditeit zijn de twee sturende factoren waarop verslavingsbehandelingen en cliëntprofielen gebaseerd moeten worden. De primaire verslavingsproblemen en de psychiatrische stoornissen bleken echter in een dusdanig breed spectrum voor te komen dat een combinatie van die twee meer dan 100 kleine cliëntgroepen op zou leveren. Door de primaire verslavingen terug te brengen tot vijf clusters (cannabis, alcohol, harddrugs, gedragsverslaving en overig) en de psychiatrische stoornissen tot vier (geen, internaliserend, externaliserend en gemengd) is het aantal mogelijke opties reeds gereduceerd tot 20.

De volgende stap in het komen tot een beperkt aantal profielen is het combineren van de twee sturende factoren. Tabel 5 is een kruistabel van de verslavingscategorieën en de gecombineerde psychiatrische stoornissen. Uit de statistische analyse blijkt dat, geheel naar verwachting, sommige combinaties van verslaving en psychiatrische stoornissen significant vaker voorkomen dan andere, $\chi^2(12, N = 650) = 34.20, p = .001$. Cohen's w is klein tot medium met 0.23. Een cannabisverslaving gaat vaker dan door toeval samen met externaliserende stoornissen en komt minder voor bij jongeren zonder psychiatrische stoornis, een internaliserende of een gemengde stoornis. Alcohol daarentegen komt vaker voor bij jongeren zonder stoornis en bij jongeren met een internaliserende stoornis, minder bij de externaliserende stoornissen en de frequentie is precies naar verwachting bij statistische onafhankelijkheid in de gemengde categorie. Harddrugs gaat vaker samen met internaliserende en gemengde stoornissen, maar minder met geen of een externaliserende stoornis. Jongeren met een gedragsverslaving hebben tot slot significant minder vaak een comorbide psychiatrische stoornis. Tabel 5 geeft een overzicht van de frequenties en percentages van het totaal aantal jongeren in de betreffende clusters.

U wordt er tenslotte voor betaald. Dat ouders soms met de handen in het haar zitten is gezien de problematiek van onze doelgroep niet vreemd. Met enige regelmaat bellen ouders van cliënten naar de kliniek als ze er tijdens het verlof niet uitkomen met hun zoon of dochter. Een luisterend oor en enkele adviezen zijn vaak al genoeg om een ouder ietwat gesterkt de 'strijd' weer in te sturen. De moeder van Rachel was er echter helemaal klaar mee. Boos en teleurgesteld belde ze op: "Ik stuur haar nu terug naar de kliniek, u wordt er tenslotte voor betaald om hier mee te werken en ik ben er klaar mee". Na deze mededeling werd de verbinding verbroken en enigszins perplex hing ik op. Een uur later stond Rachel in tranen voor de deur: "Ik mag niet meer naar huis". Troostende woorden, een kop thee en morgen kijken we weer verder, want ja, daar worden we immers toch voor betaald?

Tabel 5

Kruistabel betreffende de percentages en frequenties van de aard van de primaire verslaving in de rijen en de aard van de psychiatrische stoornissen in de kolommen (N=650)

	geen	internaliserend	externaliserend	gemengd	Totaal
Cannabis	140 21.5%	45 6.9%	121 18.6%	94 14.5%	400 61.5%
Alcohol	38 5.8%	13 2.0%	13 2.0%	21 3.2%	85 13.1%
Harddrugs	17 2.6%	15 2.3%	17 2.6%	24 3.7%	73 11.2%
Gedrags- verslaving	41 6.3%	14 1.2%	13 2.0%	15 2.3%	77 11.8%
Overig	9 1.4%	2 .3%	0 0.0%	4 .6%	15 2.3%
Totaal	253 37.7%	101 12.8%	166 25.2%	130 24.3%	650 100.0%

Noot: De zes grootste clusters zijn gemarkeerd

Uit tabel 5 is af te leiden dat, zodra de aard van de verslaving gecombineerd wordt met de aard van de psychiatrische stoornis, 73.6 procent van de cliëntpopulatie zich bevindt in de zes grootste clusters. Door deze clusters als basis te nemen en daar de informatie uit de overige factoren aan toe te voegen kan dus driekwart van de doelgroep beschreven worden in zes overzichtelijke cliëntprofielen: cannabisverslaving, cannabisverslaving met een internaliserende stoornis, cannabisverslaving met een externaliserende stoornis, cannabisverslaving met een gemengde stoornis, gedragsverslaving en alcoholverslaving.

4.2 Specificerende factoren

Voor de hierboven geformuleerde clusters is vervolgens bestudeerd hoe de specificerende factoren zich tot deze clusters verhouden. Dit is ondersteunend weergegeven in tabel 6. Vooral in de clusters cannabis- en gedragsverslaving heeft een relatief laag percentage jongeren moeilijkheden met hun ouders of last van negatieve invloed van het gezin (3-20%). Dit tegenover de cannabisverslaving met daarbij een gemengde of internaliserende stoornis, daar liggen deze percentages veel hoger (31-53%). Voor problemen met vrienden en de negatieve invloed van leeftijdsgenoten gaat ongeveer hetzelfde op. De hoogste percentages op beide factoren (20, respectievelijk 37%) bevinden zich in de categorie cannabisverslaving met een gemengde stoornis terwijl wederom de percentages in de categorie gedragsverslaving laag zijn (5, respectievelijk 3%). Vooral in de clusters cannabis, alcohol en gedragsverslaving hebben relatief weinig jongeren problemen met school of werk (13, 7 en 3%). Deze percentages liggen hoger voor de clusters met een cannabisverslaving en een externaliserende, internaliserende of gemengde stoornis (29, 38 en 44%). Waar de clusters op de bovengenoemde factoren significant van elkaar blijken te verschillen ($H = 25.84 - 42.96$ (5, $N = 431-463$), $p < .001$, $\eta^2 = .053-.110$), blijkt dit niet het geval voor alle drie de positieve invloeden (gezin, leeftijdsgenoten en justitie) en de negatieve invloed van justitie ($H = 8.95 - 10.37$ (5, $N = 434 - 454$), $p = .065 - .111$). De fluctuaties in de percentages van deze laatste factoren berusten daarmee statistisch gezien op toeval.

Tabel 6

Percentages en valide aantallen van de specificerende factoren per cluster

	Cannabis (n = 140)	Cannabis & Externaliserend (n = 121)	Cannabis & Gemengd (n = 94)	Cannabis & Internaliserend (n = 45)	Gedrags- verslaving (n = 41)	Alcohol (n = 38)	Totaal (n = 650)
- Ouders; moeilijkheden met *	20% n = 133	31% n = 119	53% n = 91	38% n = 42	13% n = 40	16% n = 38	29% n = 633
- Gezin; negatieve invloed*	12% n = 125	17% n = 109	31% n = 83	37% n = 38	3% n = 40	25% n = 36	17% n = 585
- Gezin; positieve invloed	58% n = 127	60% n = 112	47% n = 83	58% n = 38	65% n = 40	50% n = 34	52% n = 591
- Vrienden; moeilijkheden met *	3% n = 132	3% n = 118	20% n = 90	10% n = 42	5% n = 39	3% n = 38	9% n = 629
- Leeftijdsgenoten; negatieve invloed *	16% n = 134	29% n = 115	37% n = 85	30% n = 40	3% n = 40	24% n = 38	23% n = 613
- Leeftijdsgenoten; positieve invloed	47% n = 132	60% n = 115	49% n = 88	56% n = 41	35% n = 40	42% n = 38	48% n = 629
- School / werk; problemen op *	13% n = 140	29% n = 121	44% n = 94	38% n = 45	3% n = 41	7% n = 38	29% n = 634
- Justitie; negatieve invloed	4% n = 127	7% n = 112	6% n = 88	0% n = 41	0% n = 40	3% n = 38	4% n = 610
- Justitie; positieve invloed	5% n = 126	11% n = 112	8% n = 86	5% n = 41	0% n = 40	8% n = 38	6% n = 607

* Deze categorie verschilt significant tussen de clusters op basis van de Kruskal-Wallis toetsen.

Noot: per waarde is weergegeven op basis van hoeveel valide antwoorden het resultaat tot stand is gekomen.

Noot: op basis van de gedichotomiseerde variabelen is per cluster en per specificerende factor weergegeven hoeveel procent van de jongeren problemen heeft of positieve c.q. negatieve invloed ervaart. Naast een kolom per cluster zijn in de meest rechter kolom de waardes voor de totale doelgroep weergegeven als referentiecategorie.

De hoogste percentages moeilijkheden of negatieve invloed zijn consequent terug te vinden in één van de clusters waarin zich de jongeren bevinden met een cannabisverslaving en een psychiatrische stoornis. De laagste percentages bevinden zich daarnaast altijd in één of meer van de clusters waarin de jongeren alleen een verslavingsprobleem hebben. De verwachting dat jongeren met een psychiatrische stoornis vaker sociale problemen zullen hebben lijkt voor de clusters in dit onderzoek uit te komen. Het feit dat er ook in de overige clusters jongeren zijn die kampen met sociale problematiek, zij het in veel mindere mate, betekent dat aandacht voor de behandeling van deze problemen inderdaad gezien moet worden als specificerend. Behandelmodules voor sociale problemen moeten optioneel aan elk behandeltraject toegevoegd kunnen worden.

4.3 Intensiverende factoren

Net als de specificerende factoren zijn ook de intensiverende factoren bestudeerd per cluster (weergegeven in tabel 7). Opnieuw blijken er grote verschillen te bestaan. Op het gebied van het dagelijks functioneren zijn deze verschillen statistisch significant ($H = 70.37$ (5, $N = 460$), $p < .001$, $\eta^2 = .140$). 58 procent van de jongeren met een cannabisverslaving en een gemengde stoornis heeft problemen op dit gebied. Dit ten opzichte van slechts 10 procent van de jongeren met alleen een gedragsverslaving en 15 procent van de jongeren met alleen een

cannabisverslaving. Ook voor wat betreft de behandelgeschiedenis blijken de clusters significant van elkaar te verschillen ($\chi^2(5, N = 476) = 46.63, p < .001, \text{Cohen's } w = 0.32$). Waar 98 procent van de jongeren met een gedragsverslaving nog nooit eerder behandeld is, gaat dat voor de jongeren met een cannabisverslaving en een gemengde psychiatrische stoornis maar in 70 procent van de gevallen op. Bij de 2 procent van de jongeren met een gedragsverslaving die wel eerder behandeld zijn, betreft dit een ambulante behandeling. Ook bij de meeste jongeren in de categorieën cannabis, cannabis en externaliserend, cannabis en internaliserend en alcohol die eerder behandeld zijn betreft het over het algemeen een ambulante behandeling. Klinische behandelingen en de combinatie klinisch en ambulant komen het meest voor bij jongeren met een cannabisverslaving en een gemengde stoornis (7, respectievelijk 15%).

Meer dan de helft van de jongeren met een cannabisverslaving in combinatie met een gemengde psychiatrische stoornis blijkt ernstig verslaafd (62%). Jongeren met alleen een alcohol-, cannabis- of gedragsverslaving blijken veel minder vaak ernstig verslaafd (21, 21 & 15%). Jongeren met een cannabisverslaving en een externaliserende of internaliserende stoornis zitten hier tussenin (35 & 47%). Deze grote verschillen tussen de clusters zijn dan ook statistisch significant ($\chi^2(5, N = 476) = 54.74, p < .001, \text{Cohen's } w = 0.34$). Er blijkt ook een groot onderscheid in het gebruik van de verschillende middelen (en gedragingen) in de afgelopen 30 dagen. Alle categorieën verslavende middelen met uitzondering van de categorie "overig" vertonen significante verschillen tussen de clusters ($\chi^2(5, N = 479) = 20.49 - 202.53, p = .001 \text{ c.q. } p < .001, \text{Cohen's } w = 0.21 - 0.50$). De pieken voor het gebruik van cannabis, alcohol en het vertonen van verslavend gedrag zijn te vinden in de respectievelijke clusters waarvoor deze verslavingen ook het primaire probleem zijn. In het cluster cannabisverslaving met een gemengde stoornis gebruiken daarnaast de meeste jongeren nicotine en harddrugs (99, respectievelijk 28%). Bij een gedragsverslaving liggen deze percentages het laagst met slechts 32 respectievelijk 2 procent.

Het aantal jongeren met een verstandelijke beperking blijkt niet significant te verschillen naar gelang de verschillende clusters, $\chi^2(5, N = 479) = 6.52, p = .259$. Er bevinden zich dus in elk cluster ongeveer evenveel jongeren waarbij er aanwijzingen zijn voor een verstandelijke beperking (gemiddeld 19%). De gemiddelde leeftijd van de jongeren verschilt wel significant tussen de clusters, $F(5, 473) = 8.96, p < .001$ en met een Eta-kwadraat van .087 is dit statistisch een gemiddeld tot groot effect. In de realiteit blijft het leeftijdsverschil echter beperkt tot iets meer dan twee jaar tussen het "jongste" (gedragsverslaving, 16.4) en het "oudste" (cannabis en internaliserend, 18.8) cluster. Net als het gemiddelde blijkt ook de mediane leeftijd nauwelijks te verschillen tussen de clusters. Alleen de modus ligt verder uit elkaar, in het cluster gedragsverslaving is 14 de meest voorkomende leeftijd terwijl dit bij cannabis en internaliserend 21 is.

Tabel 7

Percentages en valide aantallen van de intensiverende factoren per cluster

	Cannabis (n = 140)	Cannabis & Externaliserend (n = 121)	Cannabis & Gemengd (n = 94)	Cannabis & Internaliserend (n = 45)	Gedrags- verslaving (n = 41)	Alcohol (n = 38)	Totaal (n = 650)
Dagelijks functioneren*	15% n = 133	32% n = 118	58% n = 91	38% n = 42	10% n = 39	28% n = 36	34% n = 630
Behandel- geschiedenis*							
Geen	80%	75%	70%	73%	98%	79%	77%
Ambulant	16%	19%	7%	21%	2%	16%	15%
Klinisch	1%	1%	7%	2%	0%	0%	2%
Klinisch & Ambulant	4% n = 139	5% n = 120	15% n = 94	5% n = 44	0% n = 41	5% n = 38	6% n = 643
Ernst van de verslaving*	21% n = 137	35% n = 121	62% n = 94	47% n = 45	15% n = 41	21% n = 38	38% n = 646
Overige middelen							
Nicotine*	91%	96%	99%	93%	32%	82%	86%
Cannabis*	90%	83%	93%	96%	7%	29%	68%
Alcohol*	74%	72%	81%	78%	54%	95%	76%
Gedrag*	16%	21%	34%	7%	95%	16%	29%
Harddrugs*	6%	13%	28%	11%	2%	11%	21%
Overig	3% n = 140	3% n = 121	10% n = 94	2% n = 45	0% n = 41	3% n = 38	7% n = 650
LVB	20% n = 130	26% n = 113	25% n = 91	22% n = 41	8% n = 40	21% n = 38	19% n = 612
Leeftijd*							
Modus	16	17	17	21	14	17	17
Gemiddelde	17.5	16.8	18.0	18.8	16.4	18.5	17.8
Standaardafwijking	2.2 n = 140	2.1 n = 121	2.5 n = 94	2.5 n = 45	2.5 n = 41	2.2 n = 38	2.5 n = 650

* Deze categorie verschilt significant tussen de clusters op basis van de verschillende statistische toetsen

Noot: per waarde is weergegeven op basis van hoeveel valide antwoorden het resultaat tot stand is gekomen.

Noot: de zes clusters vertegenwoordigen samen driekwart van de populatie, de overige jongeren bevinden zich in clusters die niet groot genoeg bleken om apart te beschrijven. Alleen de uiterst rechter kolom geeft ter referentie een totaalbeeld.

In de clusters met een psychiatrische stoornis blijken veel meer jongeren moeite te hebben met het dagelijks functioneren en ernstig verslaafd te zijn dan in de overige clusters. Jongeren met een cannabisverslaving en een gemengde stoornis scoren hier met respectievelijke 58 en 62 procent verreweg het hoogst op. Het zijn ook deze clusters waarin de meeste verslavende middelen worden gebruikt en waarvan de meeste jongeren reeds een eerdere behandeling hebben ondergaan. De verwachtingen uit hoofdstuk twee komen daarmee uit: de clusters met bijkomende psychiatrische problematiek kenmerken zich opnieuw door meer jongeren die ernstigere problemen hebben. Een intensieve behandeling zal gezien de hoge percentages voor de jongeren in deze clusters eerder regel dan uitzondering worden. Toch moeten de meer intensieve behandelingen ook beschikbaar zijn voor die trajecten waarin de jongeren zonder psychiatrische stoornis terecht komen. Ook in die clusters bevinden zich jongeren met ernstige problematiek.

4.4 Aanvullende kenmerken

Op basis van de literatuur en op verzoek van het praktijkpanel zijn vervolgens nog drie aanvullende kenmerken in kaart gebracht. Het aantal jongens en meisjes in de verschillende clusters blijkt significant te verschillen, $\chi^2(5, N = 479) = 45.76, p < .001$, met een Cohen's w van 0.31. In het cluster gedragsverslaving blijken alleen maar jongens te zitten, terwijl in het cluster cannabis en gemengd slechts 65 procent van het mannelijk geslacht is. Dit betekent overigens niet dat er zich in de gehele populatie geen meisjes met een gedragsverslaving bevinden. Deze zijn er wel degelijk, maar maken deel uit van één van de kleine clusters gedragsverslaving met een psychiatrische stoornis welke niet zijn opgenomen in dit overzicht. Aangezien ook de percentages tussen de verschillende cannabisclusters van elkaar verschillen (een cannabisverslaving met externaliserende stoornis heeft 88% jongens terwijl cannabis en internaliserend 67% heeft) lijkt dit een aanwijzing dat inderdaad, zoals verwacht, het geslacht geassocieerd is met het soort psychiatrische stoornis. Ook de gemiddelde behandelmotivatie van de jongeren verschilt significant tussen de clusters, $F(5, 448) = 6.83, p < .001$. Met een Eta-kwadraat van .071 is dit een gemiddeld tot groot effect. Jongeren in het cannabis en gemengd cluster blijken gemiddeld het best gemotiveerd (8.8), terwijl jongeren met een alcoholverslaving het minst gemotiveerd zijn (7.1). Tot slot blijkt ook het aantal jongeren waarbij aanwijzingen worden gevonden voor een Autisme Spectrum Stoornis in de verschillende clusters significant te verschillen, $\chi^2(5, N = 479) = 12.24, p = .032$. Met een Cohen's w van 0.16 is dit statistisch echter een klein tot medium effect. Met 28 procent worden de meeste aanwijzingen voor ASS gevonden in het cluster cannabis met een externaliserende stoornis en met 11 procent het minst bij een alleenstaande cannabisverslaving. In tabel 8 bevindt zich een overzicht van alle aanvullende kenmerken.

Tabel 8

Overzicht van de aanvullende kenmerken

	Cannabis (n = 140)	Cannabis & Externaliserend (n = 121)	Cannabis & Gemengd (n = 94)	Cannabis & Internaliserend (n = 45)	Gedrags- verslaving (n = 41)	Alcohol (n = 38)	Totaal (n = 650)
Geslacht (man)*	90% <i>n</i> = 140	88% <i>n</i> = 121	65% <i>n</i> = 94	67% <i>n</i> = 45	100% <i>n</i> = 41	71% <i>n</i> = 38	78% <i>n</i> = 650
Behandelmotivatie*							
Gemiddelde	7.2	7.3	8.8	8.5	8.0	7.1	7.9
Standaardafwijking	2.6 <i>n</i> = 132	2.1 <i>n</i> = 116	2.4 <i>n</i> = 90	2.2 <i>n</i> = 41	2.1 <i>n</i> = 37	2.7 <i>n</i> = 38	2.4 <i>n</i> = 610
ASS*	11% <i>n</i> = 132	28% <i>n</i> = 114	21% <i>n</i> = 90	17% <i>n</i> = 41	25% <i>n</i> = 40	24% <i>n</i> = 38	21% <i>n</i> = 612

* Deze categorie verschilt significant tussen de clusters op basis van de verschillende statistische toetsen

Noot: per waarde is weergegeven op basis van hoeveel valide antwoorden het betreffende resultaat tot stand is gekomen.

4.5 De impact van de aard van de verslaving en de psychiatrische stoornis

De resultaten van de bivariate analyses vertonen een opvallend patroon: in de clusters met een psychiatrische stoornis bevinden zich consequent meer jongeren met ernstige sociale problemen (de specificerende factoren), problemen met het dagelijks functioneren en een hogere verslavingsernst (twee belangrijke intensiverende factoren). Door de opzet van deze analyses, het combineren van de aard van de verslaving en aard van de psychiatrie tot één set sturende factoren, en het bestuderen van alleen de zes grootste clusters, blijft echter onduidelijk welke van de twee sturende factoren de belangrijkste impact heeft op deze zwaardere

problematiek. Is dit de aard van de verslaving of juist de aard van de psychiatrische problematiek? Met logistische regressieanalyses is daarom de onafhankelijke invloed van deze kenmerken nader bestudeerd.

Kort teruggrijpend op de operationalisatie en analysestrategie: alle beperkingen en negatieve invloeden zijn gecombineerd tot één variabele (sociale problemen); de specificerende factoren en de beperkingen in het dagelijks functioneren gaan daarin dus samen. Dit beperkt het aantal afhankelijke variabelen in deze analyses tot twee: de ernst van de verslaving en sociale problemen. Deze worden in afzonderlijke modellen geanalyseerd: in model één en twee de ernst van de verslaving en in model drie en vier de sociale problemen. In de modellen twee en vier worden ten opzichte van de modellen één en drie de controlevariabelen toegevoegd. Voor meer informatie wordt terugverwezen naar de paragrafen 3.3.1 en 3.4.1. In onderstaande tekst wordt gerefereerd aan de ongestandaardiseerde B en het significantieniveau. Voor de resultaten van de analyses van de modellen 2 en 4, inclusief *odds ratios* en de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen wordt verwezen naar tabel 9.

Uit de analyses blijkt dat de aard van de verslaving niet tot nauwelijks samenhangt met de ernst van de verslaving of de sociale problemen. Alleen jongeren die harddrugs gebruiken blijken ernstiger verslaafd ten opzichte van de cannabisgebruikers ($b = .92, p = .004$), maar deze samenhang verdwijnt zodra de controlevariabelen worden toegevoegd ($b = .64, p = .068$). Voor de aard van de psychiatrische comorbiditeit ligt dit anders. Jongeren met een internaliserende stoornis zijn ernstiger verslaafd dan jongeren zonder psychiatrische stoornis ($b = .67, p = .031$), al verdwijnt ook dit verband zodra de controlevariabelen in het model worden opgenomen ($b = .51, p = .140$). Jongeren met een externaliserende ($b = .93, p = .001$) en een gemengde stoornis ($b = 1.30, p < .001$) blijven ook in het model met controlevariabelen wel ernstiger verslaafd. Dit beeld verschuift wanneer gekeken wordt naar de sociale problemen. In dit geval hebben zowel de jongeren met een internaliserende ($b = .99, p = .002$), externaliserende ($b = .55, p = .043$) als een gemengde bijkomende psychiatrische stoornis ($b = 1.33, p < .001$) in beide modellen meer sociale problemen dan jongeren zonder stoornis. Daarnaast blijken jongeren die meer sociale problemen hebben ook ernstiger verslaafd en andersom ($b = .70, p = .002$).

Ook in de overige specificerende en intensiverende kenmerken (meegenomen als controlevariabelen) bevinden zich een aantal significante samenhangen. Zo lijken meisjes minder sociale problemen te hebben dan jongens ($b = -.56, p = .031$). Daarnaast hangt een hogere behandelmotivatie samen met een ernstigere verslaving ($b = .31, p < .001$) en meer sociale problemen ($b = .12, p = .014$). Jongeren met een Autisme Spectrum Stoornis zijn minder ernstig verslaafd ($b = -.88, p = .002$), maar hebben meer sociale problemen ($b = .53, p = .039$) dan jongeren zonder deze stoornis. Tot slot hangt de positieve invloed van leeftijdsgenoten samen met meer sociale problematiek ($b = .57, p = .010$) en de positieve invloed van justitie met een ernstigere verslaving ($b = 1.16, p = .011$).

De invloed van motivatie, justitie en vrienden. Een aantal van de resultaten uit de regressieanalyses lijkt misschien tegennatuurlijk. Een hogere behandelmotivatie lijkt de kans op ernstigere problemen te vergroten. Nu ligt de causaliteit waarschijnlijk andersom. In de praktijk heb ik veel jongeren meegemaakt die extra gemotiveerd waren voor hun behandeling, juist omdat ze zoveel problemen hadden (al geldt toek dat niet voor allemaal).

Hetzelfde geldt voor de relatie tussen de positieve invloed van justitie en de ernst van de verslaving en de hogere sociale problemen bij een positieve invloed van vrienden. Valentijn was bijvoorbeeld zeer ernstig verslaafd en juist daarom was zijn reclasseerder intensief betrokken bij zijn hele behandeltraject. Het was dan ook vaak zijn reclasseerder die hem wist te motiveren als hij het niet meer zag zitten. Merel nam haar toevlucht bij haar vriendinnen toen het thuis en op school allemaal niet meer lekker liep. Het zou dus kunnen dat jongeren juist door de ernstigere problemen meer positieve invloed van andere mensen rapporteren.

Nagelkerke's pseudo R^2 stijgt door toevoeging van de controlevariabelen voor de ernst van de verslaving van 19 naar 35 procent en voor de sociale problemen van 21 naar 28 procent. Dit betekent dat het uiteindelijke model voor de ernst van de verslaving iets beter past (meer verklaard) dan het uiteindelijk model voor de sociale problemen. Aan de andere kant wordt het model van de ernst van de verslaving meer beïnvloed door de controlevariabelen (een groter verschil tussen de modellen) dan het model van de sociale problemen.

Tabel 9.

Logistische regressie van aard van de verslaving en aard van de psychiatrische comorbiditeit op ernst van de verslaving (model 2) en sociale problemen (model 4), gecontroleerd voor meerdere invloeden (n = 534)

	Model 2 (ernst van de verslaving)			Model 4 (sociale problemen)		
	B (SE)	e^B [95% CI]		B (SE)	e^B [95% CI]	
<i>Aard verslaving</i> (referentie = cannabis)						
Alcohol	-0.20	(0.33)	0.28 [0.43-1.56]	-0.09	(0.30)	0.92 [0.50-1.66]
Harddrugs	0.64	(0.35)	1.89 [0.95-3.76]	0.36	(0.34)	1.43 [0.74-2.76]
Gedragsverslaving	0.02	(0.35)	1.01 [0.51-2.03]	-0.36	(0.35)	0.70 [0.35-1.39]
Overig	0.14	(0.71)	1.16 [0.29-4.63]	-0.04	(0.67)	0.96 [0.26-3.55]
<i>Aard psychiatrische comorbiditeit</i> (referentie = geen)						
Internaliserend	0.51	(0.34)	1.66 [0.85-3.26]	0.99**	(0.33)	2.69 [1.42-5.10]
Externaliserend	0.93**	(0.29)	2.54 [1.45-4.44]	0.55*	(0.27)	1.73 [1.02-2.94]
Gemengd	1.30**	(0.30)	3.65 [2.02-6.60]	1.33***	(0.28)	3.77 [2.17-6.57]
Sociale problemen	0.70**	(0.23)	2.01 [1.29-3.14]			
Ernst van de verslaving				0.72***	(0.22)	2.04 [1.32-3.17]
Leeftijd	0.09	(0.48)	1.09 [0.99-1.20]	0.05	(0.05)	1.05 [0.96-1.16]
Geslacht (vrouw = 0)	0.49	(0.28)	1.63 [0.94-2.80]	-0.56*	(0.26)	0.57 [0.34-0.95]
Behandelmotivatie	0.31***	(0.06)	1.36 [1.22-1.52]	0.12*	(0.05)	1.13 [1.03-1.25]
<i>Behandelgeschiedenis</i> (referentie = geen)						
Ambulant	0.05	(0.29)	1.05 [0.59-1.87]	-0.06	(0.29)	0.94 [0.54-1.64]
Klinisch	0.96	(0.69)	2.62 [0.68-10.1]	-0.03	(0.64)	0.97 [0.28-3.40]
Ambulant & Klinisch	0.68	(0.45)	1.98 [0.81-4.82]	-0.20	(0.42)	0.82 [0.36-1.89]
ASS (geen = 0)	-0.88**	(0.28)	0.42 [0.24-0.73]	0.53*	(0.26)	1.70 [1.03-2.80]
LVB (geen = 0)	0.28	(0.28)	1.32 [0.78-2.26]	0.28	(0.26)	1.33 [0.80-2.21]
<i>Positieve invloed</i>						
Gezin (geen = 0)	0.23	(0.23)	1.26 [0.80-1.96]	-0.05	(0.21)	0.96 [0.63-1.46]
Leeftijdsgenoten (geen = 0)	-0.12	(0.23)	0.89 [0.56-1.39]	0.57*	(0.22)	1.76 [1.15-2.70]
Justitie (geen = 0)	1.16*	(0.46)	3.19 [1.30-7.79]	0.34	(0.42)	1.40 [0.62-3.17]
Nagelkerke pseudo R^2	0.35			0.28		

Noot: Gegeven is de ongestandaardiseerde B (met de standaardfout), de *odds ratio* [en het 95% betrouwbaarheidsinterval]
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Uit de resultaten van de multivariate analyses zijn twee belangrijke conclusies te trekken. Ten eerste blijkt de aard van de psychiatrische stoornis meer impact te hebben in termen van sociale problematiek en ernst van de verslaving dan de aard van de verslaving. Een belangrijke conclusie, vooral daar waar het gaat om het ontwikkelen van zorgpaden voor de jeugd. Ten tweede blijkt de leeftijd niet significant samen te hangen met de ernst van de verslaving en de mate van sociale problemen. Omdat voor alle jongeren (jong en oud) dezelfde drempelwaarde voor de ernst van de verslaving en de sociale problemen is gehanteerd, zou verwacht kunnen

worden dat oudere jongeren hier eerder positief op scoren (en dus meer en zwaardere problemen hebben). Dit blijkt niet zo te zijn (leeftijd is statistisch insignificant), gemeten met één en dezelfde drempelwaarde hebben 12 jarigen evenveel problemen in hun sociale omgeving en zijn gemiddeld net zo ernstig verslaafd als 23 jarigen. Op een objectieve schaal hebben jong en oud dus evenveel problemen, in de werkelijkheid is deze schaal echter niet objectief aangezien eenzelfde mate van problematiek bij jongere cliënten als ernstiger wordt gezien (praktijkpanel, 2014). Dit onderstreept het belang een leeftijdsafhankelijke drempelwaarde bij het bepalen van de ernst van de problematiek en de behandelintensiteit.

4.6 Cliëntprofielen

Doordat alle analyses en tabellen in deze resultatensectie zijn weergegeven per factor (sturend, specificierend, intensiverend en aanvullend) kunnen de clusters onderling goed met elkaar vergeleken worden. Van echte cliëntprofielen is daardoor echter nog geen sprake. Daarom is hieronder alle losse informatie samengevoegd tot zes onderscheidende cliëntprofielen.

4.6.1 *Cannabisverslaving zonder psychiatrische stoornissen*

Net iets meer dan één vijfde van de hele populatie (21.5%) heeft een cannabisverslaving zonder bijkomende psychiatrische stoornis. Dit is daarmee het grootste profiel. De gemiddelde leeftijd bedraagt 17.5 jaar en 90 procent van de jongeren zijn van het mannelijk geslacht. Wat vooral opvalt is dat de jongeren in dit profiel relatief weinig sociale problemen hebben (de specificerende factoren) en ook relatief laag scoren op de intensiverende factoren. Over het algemeen hebben alleen de gedragsverslaafde jongeren minder problemen op deze vlakken. 20 procent van de jongeren heeft moeilijkheden met zijn of haar ouders en 12 procent heeft last van een negatieve invloed uit die hoek. Slechts een zeer klein gedeelte (3%) heeft problemen met vrienden, samen met cannabisverslaving met een externaliserende stoornis en alcoholverslaving het laagste percentage. 16 procent ervaart een negatieve invloed van leeftijdsgenoten en 13 procent heeft moeilijkheden met school of werk, of het daar naartoe gaan. 15 procent van de jongeren heeft ernstige problemen in het dagelijks functioneren (geen veilige woonplaats, slechte zelfzorg, weinig voeding etc.) en 21 procent is ernstig verslaafd. Acht op de tien jongeren is nog nooit eerder behandeld voor een verslaving en bij dat gedeelte dat wel eerder behandeld is betreft het voornamelijk een ambulante behandeling (16%). Naast het feit dat 90 procent van de jongeren cannabis gebruikt, rookt 91 procent en drinkt 74 procent ook alcohol. 16 procent van de jongeren vertoont verslavend gedrag, 6 procent gebruikt harddrugs en 3 procent gebruikt nog een ander verslavend middel. Voor precies één vijfde van de jongeren worden aanwijzingen gevonden voor een verstandelijke beperking. Aanwijzingen voor een autisme spectrum stoornis komen met slechts 11 procent in dit profiel het minste voor. De gemiddelde behandelmotivatie is met 7.2 de op één na laagste score, alleen de alcoholverslaafde jongeren scoren lager.

4.6.2 *Cannabisverslaving en externaliserende psychiatrische stoornissen*

Met 18.6 procent van de totale populatie zijn ook de jongeren met een cannabisverslaving en een externaliserende stoornis goed vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd ligt met 16.8 jaar precies een jaar lager dan het totale gemiddelde, wat dit het op één na jongste profiel maakt. Verder valt dit profiel op doordat het eigenlijk niet opvalt. Over het algemeen benaderen de verschillende scores het totale gemiddelde redelijk. Iets minder dan een derde van de jongeren heeft conflicten met de ouders (31%) en iets minder dan een vijfde (17%) ervaart een negatieve invloed van het gezin. De problemen met vrienden zijn minimaal (3%), al ervaart een groter gedeelte een negatieve invloed van leeftijdsgenoten (29%). Als laatste van de specificerende factoren heeft 29 procent moeilijkheden met school en/of werk. Het dagelijks functioneren is voor een derde van de jongeren een probleem (32%) en ook ongeveer een derde van de jongeren is ernstig verslaafd (35%).

Desondanks is driekwart van de jongeren nog nooit eerder in behandeling geweest, waarbij de rest opnieuw voornamelijk ambulante behandeld is (19%). Van alle vier de cannabisprofielen hebben in dit profiel de minste jongeren de afgelopen dagen cannabis gebruikt (83%). Wel rookte 96 procent van hen. Het gebruik van alcohol is vervolgens weer relatief laag (72%), terwijl de gedragsverslavingen (21%) en het gebruik van harddrugs (13%) relatief hoger zijn. Met 3 procent is het gebruik van overige middelen laag. Met respectievelijk 26 en 28 procent bevinden zich in dit cluster de meeste jongeren waarvoor aanwijzingen voor een verstandelijke beperking en een autistische stoornis worden gevonden. De behandelmotivatie is met 7.3 ondergemiddeld.

4.6.3 Cannabisverslaving en gemengde psychiatrische stoornissen

35 procent van de jongeren in dit profiel is van het vrouwelijk geslacht; dit is daarmee het profiel met de meeste dames. Gemiddeld is men precies 18. Dit profiel kenmerkt zich door veel jongeren die ernstige problemen of negatieve invloeden ervaren vanuit de specificerende factoren. Zo heeft meer dan de helft (53%) ernstige moeilijkheden met de ouders en wordt bijna een derde van hen (31%) negatief beïnvloed door het gezin. Een vijfde van de jongeren (20%) heeft ernstige moeilijkheden met vrienden en iets meer dan een derde wordt negatief beïnvloed door leeftijdsgenoten (37%). Bijna de helft van de jongeren (44%) heeft grote problemen op school en/of werk, of met het daar naartoe gaan. Ook op het gebied van de intensiverende factoren blijken ten opzichte van de andere profielen veel jongeren in dit profiel te kampen met ernstige problemen. Zo heeft bijna zes op de tien jongeren (58%) ernstige problemen in het dagelijks functioneren (geen veilige woonplaats, slechte zelfzorg, weinig voeding etc.) en is het grootste gedeelte van hen ernstig verslaafd (62%). Dit uit zich onder andere in het naar verhouding hoge gebruik van verschillende middelen: 99 procent rookt, 93 procent gebruikt cannabis, 81 procent drinkt alcohol, 34 procent vertoont een verslavende gedraging, 28 procent gebruikt harddrugs en 10 procent gebruikt overige middelen. Voor nicotine, harddrugs en overige middelen zijn dit de hoogste percentages van alle profielen. Dit alles vertaalt zich in het hoogste percentage jongeren wat reeds eerder behandeld is. 30 procent van de jongeren heeft al eens eerder een behandeling ondergaan; het grootste gedeelte van hen in elk geval ook klinisch (22%). Voor een kwart (25%) van de jongeren in dit profiel zijn aanwijzingen gevonden voor een Licht Verstandelijk Beperking en voor iets meer dan een vijfde (21%) zijn deze aanwijzingen er voor een Autisme Spectrum Stoornis. Tot slot blijken de jongeren in dit profiel gemiddeld wel de hoogste behandelmotivatie van allemaal te hebben (8.8).

4.6.4 Cannabisverslaving en internaliserende psychiatrische stoornissen

De jongeren in dit profiel zijn gemiddeld 18.8 jaar; daarmee is dit het "oudste" van de zes profielen. Met 67 procent jongens en 33 procent meiden zijn ook in dit profiel de meiden relatief gezien oververtegenwoordigd. Ook dit profiel valt op doordat relatief veel jongeren ernstige problemen hebben. De scores doen vaak weinig onder voor het ernstigste profiel (cannabisverslaving en een gemengde psychiatrische stoornis) en overtreffen deze in een enkel geval. 38 procent van de jongeren heeft ernstige conflicten met de ouders en met maar liefst 37 procent die aangeeft negatief beïnvloed te worden door het gezin scoort dit profiel het hoogst. Één op de tien jongeren (10%) ervaart problemen met vrienden en drie op de tien jongeren (30%) wordt negatief beïnvloed door de leeftijdsgenoten. Meer dan een derde van de jongeren (38%) geeft aan problemen te hebben met school of werk. Het gebruik van de verschillende middelen geeft een beeld van uitersten. 96 procent gebruikt cannabis, het hoogste aantal jongeren, terwijl slechts 7 procent een verslavende gedraging vertoont, het laagste aantal jongeren. Daarnaast rookt 93 procent, drinkt 78 procent, gebruikt 11 procent harddrugs en 2 procent een overig middel. De ernst van de verslaving en het dagelijks functioneren zijn met respectievelijk bijna de helft (47%) en meer dan een derde (38%) hoog, maar niet het hoogst. Wel is het percentage eerdere ambulante behandelingen met 21 procent het hoogst van allemaal en met in totaal 27 procent van de doelgroep die eerder behandeld werd doet dit profiel nauwelijks onder voor de

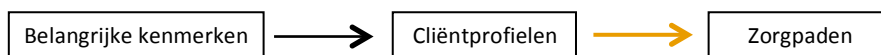
cannabisverslaving met een gemengde psychiatrische stoornis. 22 respectievelijk 17 procent van de jongeren zou een verstandelijke beperking of een autisme spectrum stoornis kunnen hebben. De jongeren in dit profiel zijn met een score van 8.5 relatief hoog gemotiveerd voor een behandeling.

4.6.5 *Gedragsverslaving zonder psychiatrische stoornissen*

Met 6.3 procent van onze cliëntpopulatie is dit het op één na kleinste profiel. De gemiddelde leeftijd is 16.4 jaar en iedereen is van het mannelijk geslacht, daarmee het “jongste” en het meest mannelijke profiel. Dit profiel kenmerkt zich verder doordat er relatief weinig jongeren inzitten met ernstige problemen of negatieve invloeden vanuit de specificerende factoren. Net iets meer dan één op de tien (13%) jongeren heeft moeilijkheden met de ouders en er zijn er weinig die negatieve invloeden vanuit het gezin ervaren (3%). Ook problemen met vrienden, negatieve invloed van leeftijdsgenoten en problemen op school of werk komen niet tot nauwelijks voor (respectievelijke 5, 3 & 3%). Ook voor wat betreft de intensiverende factoren steekt dit profiel gunstig af ten opzichte van de anderen. Slechts één op de tien heeft problemen met het dagelijks functioneren (10%) en een relatief klein gedeelte is ernstig verslaafd (15%). Ten opzichte van de andere profielen zijn er weinig jongeren die middelen gebruiken. Behalve het vertonen van een verslavende gedraging in de afgelopen 30 dagen (95%) worden alle andere middelen in dit profiel het minst gebruikt: 32 procent rookt, 7 procent gebruikt cannabis, 54 procent drinkt alcohol, 2 procent gebruikt harddrugs en niemand gebruikt overige middelen. Dit is dan ook het profiel met het kleinste aantal jongeren wat eerder behandeld is (2% een eerdere ambulante behandeling). Bij 8 procent van de jongeren zijn er aanwijzingen voor een verstandelijke beperking terwijl bij een kwart (25%) het vermoeden bestaat van een ASS. Met een gemiddelde motivatie van een 8.0 scoort dit profiel net iets boven gemiddeld (M=7.9).

4.6.6 *Alcoholverslaving zonder psychiatrische stoornissen*

5.8 procent van de populatie heeft een alcoholverslaving zonder bijkomende psychiatrische stoornissen; dit is de kleinste groep waar nog een profiel voor is opgesteld. 71 procent van de jongeren in dit profiel is man en gemiddeld is men 18.5 jaar. Conflicten met ouders worden door 16 procent van de jongeren gerapporteerd en precies een kwart ervaart een negatieve invloed vanuit het gezin. De problemen met vrienden zijn minimaal (3%), maar de negatieve invloed van leeftijdsgenoten is met bijna een kwart (24%) beduidend groter. Met slechts 7 procent hebben alleen de gedragsverslaafde jongeren minder problemen op school en of werk. Twee op de tien jongeren is ernstig verslaafd (21%) en bijna drie op de tien jongeren heeft problemen in het dagelijks functioneren (28%). Ambulante en klinische behandeling kwam in 5 procent van de gevallen voor, terwijl 16 procent alleen ambulant behandeld werd. Geen van deze jongeren werd eerder alleen klinisch behandeld en 79% is nooit eerder behandeld. Het hoogste alcoholgebruik treffen we met 95 procent in dit profiel. Daarnaast gebruikte 82 procent nicotine, (slechts) 29 procent cannabis, 16 procent vertoonde een verslavende gedraging, 11 procent gebruikte harddrugs en 11 procent een overig verslavend middel. Voor een vijfde (21%) van de jongeren in dit profiel zijn aanwijzingen gevonden voor een Licht Verstandelijk Beperking en voor een kwart (24%) zijn deze aanwijzingen er voor een Autism Spectrum Stoornis. Tot slot blijken de jongeren in dit profiel gemiddeld de laagste behandelmotivatie van allemaal te hebben (7.1).



5 Conclusie & Discussie

Na een korte samenvatting van de voorgaande stappen worden de belangrijkste conclusies van dit onderzoek geordend, genuanceerd en gerelateerd aan de eerder geraadpleegde literatuur. Dit leidt onder andere tot beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen. Vervolgens treft de lezer in paragraaf 5.1 de belangrijkste beperkingen van dit onderzoek. In paragraaf 5.2 volgen enkele aanbevelingen betreffende de MATE-Y en vervolgonderzoek. Dit onderzoek wordt afgerond met een uitwerking van de beleidsimplicaties in hoofdstuk 6, tevens de beantwoording van de derde en laatste onderzoeksvraag.

Een groot gedeelte van de Nederlandse jongeren gebruikt verslavende middelen (Verdurmen et al., 2012) en zoekt in toenemende mate hulp voor verslavingsproblemen (Wisselink et al., 2013). Deze toenemende hulpvraag en de grote maatschappelijke en individuele gevolgen van verslavingsproblemen bij jongeren (o.a. Wiers & Theunissen, 2002) maken dat een effectieve en efficiënte verslavingsbehandeling van groot belang is (Snoek, De Weert-van Oene et al., 2010). Effectiviteit vraagt om inzicht welke behandeling werkt voor welke cliënt, in dit onderzoek betiteld als het evidentieonderdeel. Efficiëntie gaat om de vraag hoe de zorg het beste om de cliënt heen kan worden georganiseerd: het organisatieonderdeel. Het ontwikkelen van zorgpaden is op dit moment mondiaal de dominante oplossing waarin deze twee onderdelen samenkomen (o.a. Vanhaecht et al., 2010). Binnen Tactus Verslavingszorg worden op dit moment verschillende zorgpaden voor volwassenen ontwikkeld en geïmplementeerd. Juist voor de jeugdige cliënten staat dit proces echter nog in de kinderschoenen. Voor het goed kunnen ontwerpen van zorgpaden is meer inzicht in de cliëntpopulatie essentieel (Wits et al., 2007). Om het zorgpadenproces te ondersteunen is in opdracht van de afdeling zorgontwikkeling van Tactus Verslavingszorg onderzoek gedaan naar de samenstelling van de cliëntpopulatie. Met behulp van gegevens van 650 verslaafde jongeren, verzameld met de MATE-Y (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie voor jongeren), zijn cliëntprofielen opgesteld die bijdragen aan het oplossen van de beleidsvraagstukken rondom de zorgpaden voor jongeren. Dit onderzoek heeft geleid tot vier belangrijke bijdragen aan de praktijk en de wetenschap welke achtereenvolgens zullen worden behandeld.

Ten eerste blijken de belangrijke cliëntkenmerken voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren in te delen in drie factoren: (1) de sturende factoren (aard van de verslaving en psychiatrische comorbiditeit), (2) de specificerende factoren (invloed van ouders en het gezin, vrienden en leeftijdsgenoten, school / werk en justitie) en (3) de intensiverende factoren (de ernst van het verslavingsprobleem, de andere verslavende middelen die een cliënt gebruikt, de ernst van de bijkomende psychiatrische problematiek, de mate van problemen in het dagelijks functioneren, de behandelgeschiedenis, de leeftijd en een verstandelijke beperking). De door Schippers (2000) benoemde kenmerken voor een *evidence based* indicatiestelling voor volwassenen vertonen daarmee grote overeenkomsten met die voor jongeren, met dien verstande dat:

- 1) De factor leeftijd een belangrijke toevoeging is. Aangezien jongeren van hun 12^e tot hun 23^e zowel fysiek als psychologisch grote ontwikkelingen doormaken (o.a. Crone, 2008; Winters et al., 2011) wordt dezelfde mate van sociale problematiek of verslavingsernst bij jongere cliënten als ernstiger beschouwd (praktijkpanel, 2014). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat jong en oud, gemeten met één en dezelfde drempelwaarde, even hoge frequenties van problemen vertonen. Het jongere gedeelte van de onderzoekpopulatie is op deze schaal dus net zo ernstig verslaafd en heeft net zo veel sociale problemen als het oudere gedeelte. Dit een belangrijke ondersteuning van de noodzaak om leeftijd als intensiverende factor mee te nemen bij zorgindicering. De drempelwaardes op basis

waarvan de ernst van de problematiek wordt vastgesteld zou leeftijdsafhankelijk moeten worden, waarbij de problemen van jongere cliënten eerder als ernstig worden geclassificeerd dan dezelfde mate van problemen bij oudere cliënten;

- 2) De kenmerken niet zijn ingedeeld in domeinen, maar in sturende, specificerende en intensiverende factoren. De benaming refereert daarmee niet meer naar het onderdeel van de situatie waartoe een kenmerk behoort, maar naar de functie die een kenmerk heeft in de zorgtoewijzing. De rol en het belang van een kenmerk in de zorgtoewijzing wordt daarmee duidelijker, waarmee toewijzing en ontwikkeling van zorg transparanter worden.

Met de identificering van de belangrijke cliëntkenmerken voor een effectieve verslavingsbehandeling voor jongeren is de eerste onderzoeksvraag beantwoord. Hiermee is tevens invulling gegeven aan een van de belangrijkste kritiekpunten van Tanner-Smith en collega's (2013): zij zijn van mening dat zorg voor jongeren moet worden gebaseerd op onderzoek bij jongeren en niet kan worden afgeleid van onderzoek bij volwassenen. Het belang daarvan is door de toevoegingen van dit onderzoek onderstreept.

Ten tweede heeft dit onderzoek veel inzicht gegenereerd in de cliëntpopulatie van Tactus. Drie bevindingen springen er op dat gebied uit:

- 1) Het grootste gedeelte van de jongeren is primair verslaafd aan cannabis (62%). Dit in tegenstelling tot de volwassenpopulatie van Tactus waarbij het grootste gedeelte wordt behandeld voor een alcoholverslaving. Dit percentage van 62 procent voor een cannabisbehandeling ligt overigens ruim boven het landelijk gemiddelde van 51 procent. Dit landelijke gemiddelde betreft alle jongeren onder de 25 (ipv 12-23 zoals in dit onderzoek) die bij een van de instellingen voor verslavingszorg zijn aangemeld voor een behandeling (LADIS, 2013). Specifieke aandacht voor de behandeling van cannabisverslavingen lijkt hiermee gerechtvaardigd;
- 2) Bij het grootste gedeelte van de jongeren worden aanwijzingen gevonden voor één of meer psychiatrische stoornissen (62%). Uit meta-analyses op basis van onderzoek uit voornamelijk de Verenigde Staten bleek eerder al dat tussen de 47 en 88 procent van de jongeren met een verslavingsprobleem één of meer psychiatrische stoornissen heeft (Couwenbergh et al., 2006; Tanner-Smith et al., 2013), met 62 procent valt de cliëntpopulatie uit dit onderzoek midden in die range. Ook de prevalentiecijfers die Couwenbergh en collega's (2006) voor de afzonderlijke stoornissen noemen komen over het algemeen overeen met de huidige resultaten. Met 24 procent ligt het percentage jongeren met zowel een internaliserende als een externaliserende stoornis in dit onderzoek echter wel beduidend lager dan de 40 tot 65 procent die in drie eerdere primaire studies zijn gevonden (Shane et al., 2003; Rowe et al., 2004; Chan et al., 2008). De verklaring hiervoor moet waarschijnlijk gezocht worden in verschillen in de onderzoekspopulatie en/of onderzoeksmethode. De gevonden hoge mate van psychiatrische comorbiditeit benadrukt de complexiteit van de jeugdverslavingszorg en het belang van aandacht voor deze problematiek in de verslavingsbehandelingen;
- 3) Slechts de helft van alle jongeren voelt zich positief gesteund door het gezin of leeftijdsgenoten. Voor behandelingsucces is positieve steun echter een essentieel onderdeel (Williams et al., 2000; Oesterle et al., 2012; praktijkpanel, 2014), wat de bevinding dat slechts de helft van de jongeren deze steun ervaart van groot belang maakt. Enige nuancering is op dit gebied misschien op zijn plaats. Men kan zich namelijk afvragen welk gedeelte van de 'normale' jongeren in de pubertijd zich gesteund voelt door ouders en vrienden en of de hier gevonden cijfers daar zover van afwijken. Bovenop een gebrek aan steun ervaren vooral de jongeren met ernstige comorbide problemen ook nog eens meer negatieve invloeden en beperkingen vanuit ouders, vrienden en school. In de totale populatie lijkt een tweedeling te ontstaan. Enerzijds de jongeren waar de behandeling gespecificeerd moet worden met

een module wegens sociale problemen en anderzijds de jongeren waarbij de behandeling gesteund wordt door een goed thuisfront.

Ten derde blijkt de cliëntpopulatie van Tactus Verslavingszorg op basis van de belangrijke cliëntkenmerken en met behulp van pragmatische, inhoudelijke en statistische argumenten zodanig in te delen dat er zes subgroepen ontstaan. In combinatie met de specificerende, intensiverende en aanvullende kenmerken hebben deze groepen geleid tot zes gedetailleerde cliëntprofielen (§4.6) die samen driekwart van de populatie beschrijven. De cliëntprofielen onderscheiden zich voornamelijk door verschillen in de mate van problemen met ouders, vrienden en school c.q. werk, het dagelijks functioneren, de ernst van de verslaving, de middelen die worden gebruikt, de behandelgeschiedenis en het geslacht. De overige kenmerken (de positieve invloeden uit de sociale omgeving, justitie, leeftijd, verstandelijke beperking, behandelmotivatie) zijn nog steeds essentieel voor het individu en het succes van behandeling, maar blijken weinig onderscheidend voor de profielen. Met deze succesvolle indeling van de cliëntpopulatie in behandelinhoudelijk van elkaar te onderscheiden profielen is de tweede onderzoeksvraag beantwoord.

Ten vierde genereert dit onderzoek inzicht in de manier waarop verschillende belangrijke cliëntkenmerken met elkaar samenhangen. Dit met als belangrijkste conclusie dat de aard van de psychiatrische problematiek sterker samen lijkt te hangen met de ernst van de verslaving en de mate van sociale problematiek dan de aard van de verslaving. Op basis van deze resultaten kan overwogen worden om de psychiatrische comorbiditeit een prominentere rol te geven als sturende factor dan de aard van de verslaving en deze rol ook duidelijker terug te laten komen in de ontwikkeling van de zorgpaden. Verder bevestigen de resultaten dat wat in de literatuur reeds bekend was:

- jongeren met een gemengde psychiatrische stoornis gebruiken zwaardere drugs dan overige jongeren (Molina & Pelham, 2003; Shane et al., 2003);
- jongeren met een psychiatrische stoornis blijken over het algemeen ernstiger verslaafd en hebben meer sociale problemen (o.a. Williams et al., 2000; Grella et al., 2001);
- jongeren met een internaliserende, externaliserende of gemengde stoornis hebben meer en zwaardere eerdere behandelingen ondergaan dan jongeren zonder psychiatrische stoornis (o.a. Tomlinson et al., 2004; Elliot et al., 2005).

Geconcludeerd kan worden dat de resultaten van het huidige onderzoek een ondersteuning vormen voor het model van onderlinge beïnvloeding uit de literatuurstudie. Opnieuw wordt bevestigd dat de verschillende problemen die samengaan met een verslaving elkaar onderling kunnen versterken. Een speciale rol lijkt hierbij weggelegd voor de psychiatrische problematiek en overwogen kan worden om ook behandelmotivatie een positie in dit model te geven. Ernstigere problemen lijken niet alleen te leiden tot een intensievere behandelgeschiedenis, maar ook tot een hogere behandelmotivatie. In elk geval onderstrepen deze bevindingen het belang van aandacht voor al deze cliëntkenmerken om jongeren effectief te kunnen behandelen.

5.1 Beperkingen van dit onderzoek

Hieronder zullen een aantal beperkingen van dit onderzoek nader worden toegelicht.

Ten eerste is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van verslavingsbehandelingen voor jongeren voorhanden. De informatie die er is komt vaak uit primaire studies waardoor de bewijslast beperkt is of uit meta-analyses waardoor veel specifieke informatie over wat werkt voor welk probleem verloren gaat. De belangrijke cliëntkenmerken in relatie tot behandel succes uit de literatuurstudie moeten dan ook eerder gezien

worden als “aanwijzingen” dan als bewijs. Los daarvan is de inventarisatie en indeling van deze cliëntkenmerken een belangrijke stap richting een *evidence based* indicatiestelling.

Ten tweede zijn de resultaten van dit onderzoek, vooral wegens het exploratieve karakter, in hoge mate gestuurd door de beschikbare gegevens. De gebruikte gegevens betreffen jongeren die zich hebben aangemeld voor een verslavingsbehandeling bij Tactus. Voor het primaire doel van dit onderzoek is dit een belangrijke kracht, de ontwikkelde cliëntprofielen zijn optimaal afgestemd op de populatie waarvoor Tactus ook de zorgpaden gaat ontwikkelen. Met generalisatie van deze uitkomsten naar de totale populatie verslaafde jongeren in Nederland moet echter enige voorzichtigheid betracht worden. Zo zouden er verschillen kunnen bestaan tussen de jongeren die verslaafd zijn en de beperkte groep daarvan die zich aanmeldt voor een verslavingsbehandeling. Ook het zorgaanbod van Tactus heeft invloed gehad op de profilering. Zo is Tactus bijvoorbeeld niet gespecialiseerd in het behandelen van eetstoornissen bij jongeren, jongeren met een dergelijke stoornis zullen daardoor automatisch ondervertegenwoordigd zijn in de dataset.

Ten derde stelt de MATE-Y op dit moment slechts voor één verslaving een diagnose, waardoor slechts deze primaire verslaving gebruikt kon worden voor de onderverdeling in subgroepen. Aangezien blijkt dat jongeren gemiddeld drie verslavende middelen gebruiken, is te verwachten dat een groot gedeelte van de jongeren kampt met meer dan één verslaving. Doordat het soort verslaving behoort tot de sturende factoren voor de behandeling kan het ontbreken van informatie over combinaties van verslavingen het beeld van de populatie verstoord hebben.

Ten vierde worden de psychiatrische stoornissen in de MATE-Y niet gediagnosticeerd; er wordt slechts geïnventariseerd of er noodzaak is voor nadere diagnostiek. Zo wordt in de MATE-Y met slechts zes ja/nee vragen bepaald of er aanwijzingen zijn voor ADHD, een daadwerkelijke diagnose ADHD kan echter pas gesteld worden na onder andere uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek, observaties en een ontwikkelingsanamnese. De prevalentie van de verschillende stoornissen zal hierdoor een overschatting van het totaal vormen. Dit omdat een inventarisatie bedoeld is om ook de jongeren waarbij twijfel bestaat door te verwijzen voor daadwerkelijke diagnostiek, waarna slechts voor een gedeelte van deze groep de daadwerkelijke diagnose gesteld zal worden. De verhoudingen tussen de profielen kan hierdoor nog veranderen. In de ontwikkeling van de zorgpaden zal hier rekening mee gehouden moeten worden door schattingen over de grootte van elk cliëntprofiel ook zo te benaderen, als een schatting. Hetzelfde geldt overigens voor de aanwijzingen voor een verstandelijke beperking. Deze zijn vastgesteld op basis van twee vragen ter beoordeling aan de assessor. Pas na een uitgebreid IQ onderzoek kan een daadwerkelijke beperking worden vastgesteld.

Ten vijfde blijken de psychiatrische stoornissen in veel verschillende combinaties voor te komen. Het spectrum valt niet natuurlijk uiteen in een klein aantal zeer frequente combinaties. Om te komen tot een beperkt aantal profielen blijkt clusteren van de stoornissen noodzakelijk. Ondanks het feit dat dit op basis van zowel inhoudelijke als statistische argumenten is uitgevoerd, blijft dit een vertekening van de realiteit. Dit zal men zich moeten realiseren wanneer deze profielen de grondslag gaan vormen voor zorgpaden. Aan de andere kant zal elke indeling en kanalisering van zorg een bepaalde kunstmatigheid behouden zolang we niet voor elke cliënt een volstrekt individueel zorgtraject ontwikkelen.

5.2 Aanbevelingen voor de MATE-Y en vervolgonderzoek

Uit de resultaten van dit onderzoek en de discussiepunten volgen een aantal aanbevelingen met betrekking tot de MATE-Y en een paar logische stappen voor vervolgonderzoek.

5.2.1 Aanbevelingen betreffende de MATE-Y

In zijn algemeenheid is aan te bevelen om vervolgonderzoek op basis van de MATE-Y uit te voeren met gebruikmaking van de MATE-Y gegevens van alle verslavingszorginstellingen die hier mee werken. De onderzoeken kunnen hierdoor winnen aan betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid door de basis te verbreden. Om in de toekomst echt te kunnen spreken over *evidence based* indicatiestelling is het belangrijk dat er geen twijfel bestaat over de validiteit en de betrouwbaarheid van het meetinstrument. Een validiteitsonderzoek naar de MATE-Y is dan ook op zijn plaats. Een goed beginpunt lijken de sturende factoren en dan met name de psychiatrische stoornissen aangezien daarover de meeste vraagtekens bestaan. Door te onderzoeken bij hoeveel en welke cliënten de eerste aanwijzingen voor een psychiatrische stoornis ook daadwerkelijk zijn omgezet in een diagnose, kan een goed beeld geschetst worden van deze validiteit.

Een meer dwingende controle op het invullen van de MATE-Y, elektronisch of anderszins, kan veel missende waardes voorkomen, waardoor onderzoek op basis van de MATE-Y data betrouwbaarder zal worden. Een eerste slag zou al geslagen kunnen worden door de hulpverleners te informeren over het feit dat de MATE-Y niet alleen gebruikt wordt voor zorgtoewijzing voor de individuele cliënt (waarvoor bepaalde vragen misschien minder relevant lijken en daarom worden overgeslagen) maar ook voor het ontwerpen, evalueren en verbeteren van alle zorg. In de huidige versie van de MATE-Y wordt voor alle verslavende middelen en gedragingen geïnventariseerd of jongeren deze gebruiken of vertonen, er wordt echter voor slechts één verslaving een diagnose gesteld. De verwachting is dat jongeren aan meerdere middelen verslaafd zijn, maar dit is op deze manier niet aan te tonen. Toekomstige versies van de MATE-Y worden nog beter toepasbaar indien voor elk gebruikt middel gediagnosticeerd zou worden of er al dan niet sprake is van een verslaving.

5.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

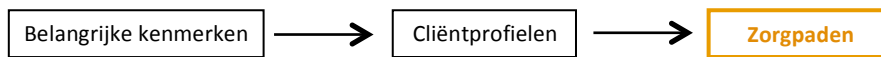
Een verbindende factor tussen de MATE-Y en de te ontwikkelen zorgpaden is nog niet aanwezig. Aan het einde van de MATE-Y heeft een hulpverlener een overzicht met meer dan een dozijn scores die een idee geven van de situatie van de jongere. Een hulpmiddel om deze scores om te zetten naar een behandeltraject bestaat echter nog niet. Een beslisboom die op basis van een aantal parameters jongeren toewijst aan het meest geschikte zorgpad kan deze leemte opvullen.

In het huidige onderzoek is de ernst van de verslaving nog gebaseerd op een rekenregel voor volwassenen omdat een rekenregel speciaal voor jongeren ontbreekt. Wegens alle ontwikkelingen die jongeren doormaken (o.a. Crone, 2008; Winters et al., 2011) worden lagere dosissen van verslavende middelen en een lagere mate van afhankelijkheid reeds als ernstig betiteld. Door te inventariseren wat er bekend is over negatieve invloeden van middelen op de ontwikkeling van jongeren en het raadplegen van enkele experts zou relatief eenvoudig een nieuwe rekenregel voor jongeren ontwikkeld moeten kunnen worden.

Dit onderzoek heeft zich met name gericht op het eerder benoemde evidentieprobleem in de jeugdverslavingszorg door vooral te kijken naar de belangrijke cliëntkenmerken voor een effectieve behandeling en jongeren op basis van die kenmerken te profileren. Het organisatievraagstuk wordt hiermee echter gedeeltelijk gepasseerd, terwijl ook dat onderdeel interessante vragen behelst die kunnen bijdragen aan

het ontwikkelen van efficiënte zorgpaden: hoe beweegt een cliënt zich door de zorg, hoeveel en welke hulpverleners komt de cliënt tegen, welke barricades zitten er in dit proces? Het is aan te bevelen om ook dat onderdeel te onderzoeken. De nu te ontwikkelen zorgpaden zouden op basis van een dergelijk onderzoek nog beter gedefinieerd en georganiseerd kunnen worden.

Tot slot is een onderzoek naar de effectiviteit van de behandelingen en de te ontwikkelen zorgpaden van groot belang. Voor *evidence based practice* is bewijs van effectiviteit noodzakelijk. Net zoals de MATE-Y informatie verzamelt aan het begin van een behandeltraject, doet de MATE-Y OUTCOMES dat aan het einde van de behandeling. Op het moment van dit onderzoek waren er nog te weinig uitkomstgegevens bekend om deze betrouwbaar te kunnen analyseren. In de nabije toekomst is dit echter anders. Het structureel verzamelen van deze informatie voor en na de behandeling biedt ook de mogelijkheid om na invoering de toegevoegde waarde van zorgpaden te onderzoeken. De groep waarop dit onderzoek gebaseerd is, heeft allemaal nog de "oude" zorg ontvangen, over niet al te lange tijd betreedt echter de eerste groep cliënten de nieuw aangelegde zorgpaden. Door de huidige groep te gebruiken als controlegroep kan deze bijdragen aan het leveren van wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van zowel het soort behandeling als de organisatie ervan.



6 Beleidsaanbevelingen; van cliëntprofielen naar zorgpaden

In dit onderdeel wordt allereerst aandacht besteed aan een paar zaken waar rekening mee gehouden moet worden bij de stap van cliëntprofielen naar zorgpaden. Daarna wordt het kernteam van zorginhoudelijke experts dat bezig is met de ontwikkeling van de zorgpaden voor de jeugd voorzien van een aantal aanbevelingen (§6.1). Om het ontwikkelen van de zorgpaden te structureren is een stappenplan opgesteld (§6.2). Tot slot wordt er vooruit gekeken naar de positie van de huidige zorgpaden in de totale jeugdzorg (§6.3).

Het ontwerpen van zorgpaden is een geheel nieuwe stap in dit proces. De cliëntprofielen bieden inzicht in de samenstelling van een groot gedeelte van de doelgroep, maar kunnen niet één op één worden overgezet in zorgpaden. Er zijn vier zaken die een belangrijke invloed kunnen hebben op de stap van cliëntprofielen naar zorgpaden:

- Uit de resultaten is bekend dat jongeren gemiddeld drie verslavende middelen gebruiken; de MATE-Y diagnosticeert echter slechts één verslaving. Te verwachten is dat jongeren aan meerdere middelen verslaafd zijn. In de indeling van de cliëntprofielen op basis van de sturende factoren is hier geen rekening mee gehouden. Hoe behandelen we deze bijkomende verslavingen en hoe geven we deze een plek in de zorgpaden?
- Uit de resultaten blijkt tevens dat de psychiatrische stoornis een grotere impact heeft op de ernst van de bijkomende problemen en de ernst van de verslaving dan de aard van de verslaving. Dit kan een reden zijn om bij het ontwikkelen van de zorgpaden de psychiatrische stoornis een belangrijker rol te geven als sturende factor dan de aard van de verslaving.
- Voor het samenstellen van de categorie “gemengde psychiatrische stoornis” is gekozen omdat op basis van de MATE-Y niet kan worden ingeschat welke van de psychiatrische stoornissen bij de individuele cliënt het meest op de voorgrond staat en daarmee als eerste behandeld moet worden. In de praktijk is deze informatie op het moment van zorgtoewijzing echter wel voorhanden en daarmee kan deze toewijzing specifiekere. Aangezien het ontwikkelen van een specifiek zorgtraject voor een groep cliënten met een specifiek probleem een belangrijk kernpunt is van zorgpaden (Vanhaecht et al., 2007) lijkt het ontwikkelen van een “gemengd” zorgpad weinig behandelinhoudelijke waarde te hebben. Maar hoe behandelen we dan jongeren met zowel een internaliserende als een externaliserende stoornis?
- De kracht van zorgpaden ligt in het efficiënt organiseren van complexe zorg op die manier dat de cliënt op het juiste moment de juiste zorg ontvangt van een multidisciplinair team (Sermeus et al., 2009). Niet alle cliënten blijken echter even complexe zorg nodig te hebben, waardoor er ook beduidend minder hulpverleners bij een jongere betrokken hoeven te worden. Wanneer er geen sprake blijkt te zijn van complexe zorg, kan er ook getwijfeld worden aan het nut van het ontwerpen van een zorgpad voor de betreffende cliënten.

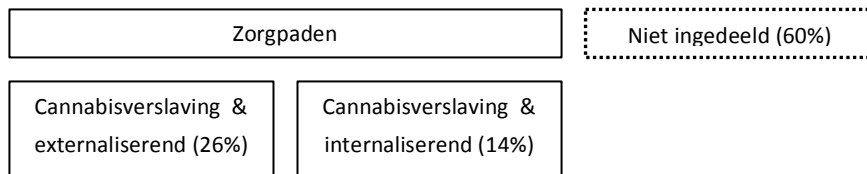
Uit bovenstaande overwegingen blijkt voortschrijdend inzicht met betrekking tot de indeling van de belangrijke cliëntkenmerken in sturende, specificerende en intensiverende factoren. De basis van deze factoren blijft overeind, maar het lijkt er wel op dat deze enigszins flexibel moeten worden toegepast om de stap van cliëntprofielen naar zorgpaden te kunnen maken. Dit bleek gedeeltelijk al uit de opmerkingen van het praktijkpanel (2014): de zorg moet altijd afgestemd worden op het individu. Een meer flexibele inzet van deze factoren sluit daar naadloos op aan.

6.1 Het zorgpaden ontwerp

Hieronder zijn drie opties voor de indeling van zorgpaden uitgewerkt, waarna op basis van een aantal argumenten een advies wordt gegeven voor het meest geschikte model voor Tactus. Aan dit model worden vervolgens de specificerende en intensiverende modules toegevoegd. Al deze informatie is verwerkt in een totaalmodel zoals weergegeven in figuur 11 op pagina 69.

6.1.1 Optie 1: een minimale optie

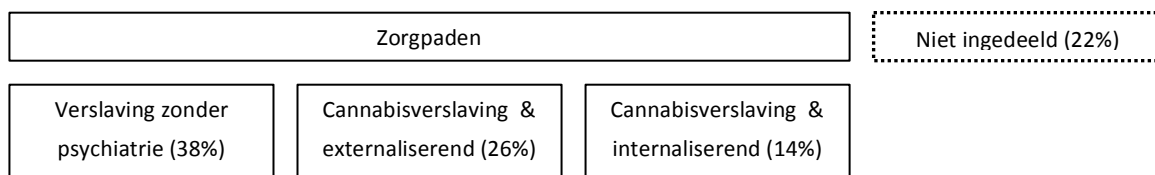
Deze optie blijft dicht bij de doelstelling van zorgpaden: het organiseren van complexe zorg. Voor jongeren zonder psychiatrische problematiek, de meest complicerende factor, wordt derhalve geen zorgpad ontworpen. Daarnaast blijft deze optie ook dicht bij de sturende factoren, alleen voor die combinaties die groot genoeg zijn wordt een zorgpad georganiseerd. Dit leidt tot slechts twee zorgpaden: (1) een cannabisverslaving met een internaliserende stoornis en (2) een cannabisverslaving met een externaliserende stoornis. De enige concessie aan de sturende factoren is de onderverdeling van de jongeren uit het huidige “gemengde” profiel. Deze worden op basis van hun primaire psychiatrische probleem toegewezen aan de externaliserende of de internaliserende route (voor de weergave is er vanuit gegaan dat deze groep zich precies over de beide paden zal verdelen). Aangezien ook de andere psychiatrische stoornis(sen) van deze jongeren behandeld moeten worden, zou ervoor gekozen kunnen worden om behandellementen uit het parallelle zorgpad optioneel toe te voegen. Deze indeling is tevens weergegeven in figuur 8.



Figuur 8. Schematische weergave van de indeling van optie 1.

6.1.2 Optie 2: een iets ruimere en flexibelere opzet

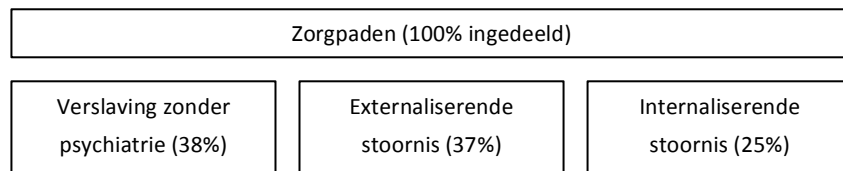
In deze optie wordt in vergelijking tot de eerste één zorgpad toegevoegd voor alle jongeren die geen bijkomende psychiatrische stoornis hebben, een schematische weergave hiervan is gegeven in figuur 9. “Eenvoudige” verslavingszorg bestaat niet, minder complexe verslavingszorg wel en dat is waar deze jongeren onder zouden kunnen vallen. Geheel in lijn met de belangrijke punten van zorgpaden is ook een *evidence based* behandeling voor deze jongeren noodzakelijk en ook deze zorg moet worden georganiseerd. Er is namelijk niet slechts sprake van één hulpverlener die behandelt, maar er is ook een medewerker voor het doen van diagnostisch onderzoek, een arts voor het beoordelen van urine controles, een secretaresse die afspraken in een bepaald stramien moet plannen etc. Het ontwerpen van afzonderlijke zorgpaden voor alle verschillende verslavingen zonder psychiatrische stoornissen zou te veel kleine paden opleveren. Daarom gaat deze optie flexibeler om met de sturende factoren. Door alle verslavingen in één zorgpad te combineren moeten de behandelingen in het kader van dit zorgpad gespecificeerd worden naar het soort verslaving.



Figuur 9. Schematische weergave van de indeling van optie 2.

6.1.3 Optie 3: een flexibele totaalindeling

Ten opzichte van optie 2 worden nu ook voor de jongeren met psychiatrische stoornis de sturende factoren flexibeler gehanteerd. Alle jongeren met een internaliserende of externaliserende stoornis komen, ongeacht hun verslaving, in het betreffende zorgpad terecht. Jongeren uit het huidige gemengde profiel worden nog steeds ingedeeld op basis van hun primaire psychiatrische stoornis. Behandeling van de andere stoornissen worden optioneel toegevoegd aan de behandeling in het primaire zorgpad. Een schematische weergave hiervan is te vinden in figuur 10.



Figuur 10. Schematische weergave van de indeling van optie 3 (opnieuw is er voor de weergave vanuit gegaan dat jongeren met een gemengde stoornis zich evenredig over de internaliserende en externaliserende paden verdelen).

6.1.4 Optie 3 lijkt het meest levensvatbaar

Het argument dat ook de minder complexe zorg goed georganiseerd moet worden en *evidence based* werken ook voor die groep van belang is, geeft de indeling van optie 2 een belangrijk overwicht ten opzichte van de eerste optie. Dat dit zorgpad voor alle jongeren zonder psychiatrische stoornis flexibeler omgaat met de aard van de verslaving als sturende factor, en daarmee relatief heterogeen wordt, lijkt te verkiezen boven een grote groep jongeren waarvoor de zorg niet volgens een zorgpad georganiseerd wordt. Optie 3 gaat daarin nog een stap verder. Door de aard van de verslaving los te laten als sturende factor (voor de indeling van zorgpaden) worden ook de zorgpaden voor complexe zorg heterogener. De behandeling en specialisatie kan zich daardoor binnen het zorgpad minder concentreren. Desondanks sluit deze optie aan bij een aantal belangrijke punten:

- Deze optie biedt uitgebreide mogelijkheden om meerdere verslavingen tegelijkertijd te behandelen. Het sterke vermoeden is dat veel jongeren verslaafd zullen zijn aan meer dan één middel. Een strikte scheiding van behandelingen naar gelang de verslaving zou in dat geval hinderend kunnen werken;
- De psychiatrische comorbiditeit lijkt vooralsnog de grootste invloed te hebben op de ernst van de verslaving en de sociale problemen. Gezien die aanwijzingen is het logisch om de aard van de psychiatrische comorbiditeit meer waarde toe te kennen als sturende factor dan de aard van de verslaving;
- Deze indeling komt in hoge mate tegemoet aan de wensen van het praktijkpanel om binnen zorgpaden veel ruimte te houden om de behandeling op het individu aan te passen.

Tot slot sluit deze optie goed aan bij de belangrijke organisatorische wens van Tactus om alle jongeren in te delen in een zorgpad. Door elke jongere te voorzien van een label en bijbehorende routebeschrijving kunnen alle behandeltrajecten beter gestructureerd worden.

De keuze voor de indeling van zorgpaden is misschien het best te zien als een continuüm. Het linker uiterste wordt ingenomen door zeer homogene zorgpaden (een zorgpad per individu), aan het rechter uiterste bevindt zich één zeer heterogeen zorgpad voor iedereen. De derde optie bevindt zich waarschijnlijk net iets rechts van het midden op dit continuüm en lijkt op dit moment het best aan te sluiten bij de beschikbare kennis van de cliëntpopulatie en de organisatorische wensen van Tactus Verslavingszorg. Voor de behandeling betekent dit dat jongeren met verschillende primaire verslavingsproblemen terecht zullen komen in één en hetzelfde zorgpad. Dit vraagt om flexibiliteit van de betrokken medewerkers en beheersing van verschillende behandeltechnieken. Bovenal betekent het implementeren van de derde optie dat de behandeltrajecten niet

primair gebaseerd zijn op de aard van de verslaving, maar op de bijkomende psychiatrische stoornissen. Aangezien de verslavingszorg zich van de algehele geestelijke gezondheidszorg [GGZ] probeert te onderscheiden als specialist in het behandelen van verslavingsproblemen is dit een contra-intuïtieve indeling. Vanzelfsprekend verandert de indeling van de zorgpaden niets aan het feit dat binnen de verslavingszorg het behandelen van de verslaving vooropstaat en dat dit de onderscheidende factor blijft ten opzichte van de rest van de GGZ. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de behandeling van die verslaving en alle daarbij komende problemen nu eenmaal het meest logisch ingedeeld kan worden langs de lijnen van de psychiatrische comorbiditeit.

6.1.5 *Het specificeren van zorgpaden*

Bovenstaande indeling van de zorgpaden besteedt nog geen aandacht aan specificatie op het gebied van de sociale problemen. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat er zich in elk cliëntprofiel jongeren bevinden met problemen op het sociale vlak. Een module om aandacht te besteden aan deze problemen moet derhalve voor elk zorgpad beschikbaar zijn. Hierin moet rekening gehouden worden met zowel de negatieve als de positieve invloeden. Elk zorgpad zou voorzien kunnen worden van twee stromen. In de eerste stroom wordt de sociale omgeving gezien als onderdeel van het probleem en moet daarom intensief mee worden behandeld (bijvoorbeeld met modules zoals systeemtherapie of MDFT). In de tweede stroom passen de jongeren waarbij de sociale omgeving reeds betrokken en steunend aanwezig is en daardoor actief deel uitmaakt van de oplossing. Met name de ouders zijn in deze specificering een belangrijke factor omdat jongeren onder de 18 over het algemeen bij hun ouders wonen en in hoge mate van hen afhankelijk zijn (NIH, 2014). Ook de factor leeftijd kan een belangrijke variabele zijn in de te kiezen manier waarop de sociale omgeving betrokken wordt bij de behandeling. Bij jongere kinderen zal over het algemeen uitgegaan worden van een verblijf thuis. Bij jongeren boven de 18 kan ook gekozen worden voor een traject waarin een jongere gemotiveerd wordt om meer op eigen benen te gaan staan indien de invloed van de sociale omgeving erg negatief is. Deze specificering is tevens weergegeven in het totaaloverzicht van de zorgpaden in figuur 11.

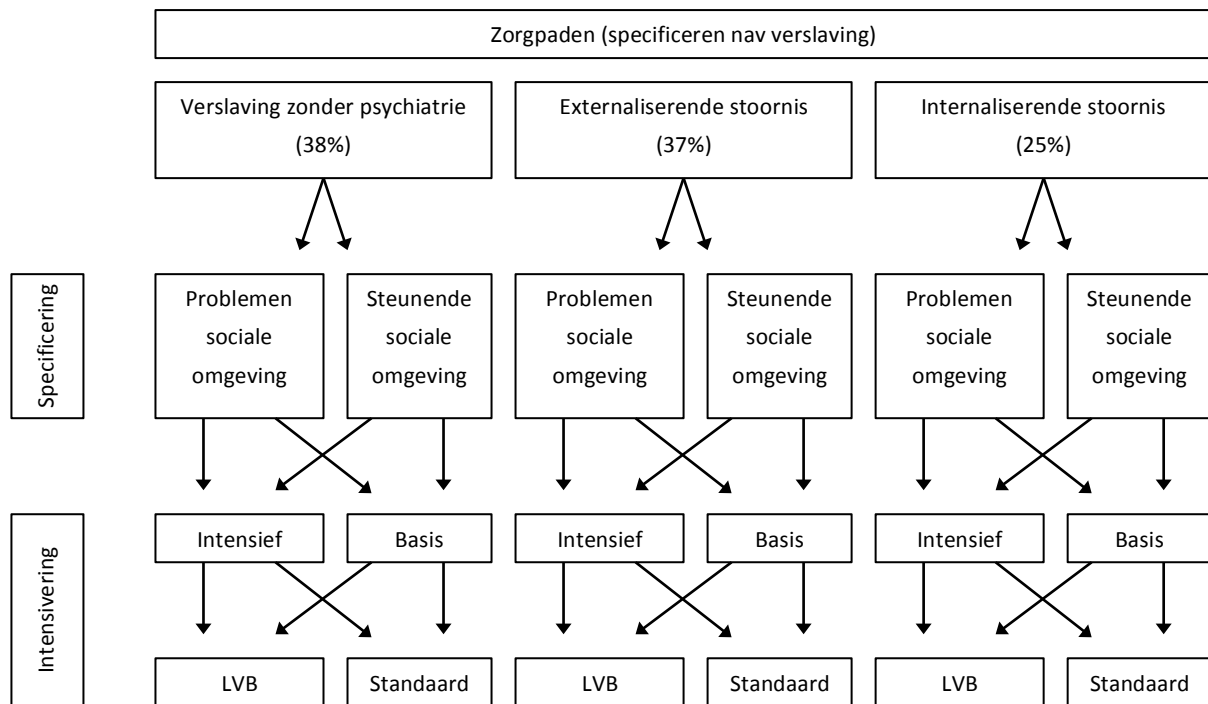
Familiebelang: “Kunt u mijn kruik dichtdraaien? Anders ben ik bang dat hij gaat lekken.” Dezelfde middag hadden we de 13-jarige Suzan opgenomen. Met een mij-hoef-je-niet-meer-uit-te-leggen-hoe-de-wereld-in-elkaar-zit blik, zwaar opgemaakt en modieus gekleed had ze zich geprofileerd als een wereldwijze dame. Nu zag ik, afgeschminkt, gekleed in snoopy pyjama en gewapend met een kruik om het vannacht niet koud te krijgen, opeens het “echte” kind. Het was bedtijd voor nacht één in de jeugdverslavingskliniek. Suzan blowde, maakte haar huiswerk niet, stal geld van haar ouders en spullen uit winkels en was met recht een opstandige puber. Niet alleen Suzan, maar ook haar ouders en broertje hadden het een en ander te leren wilde een aanpak van deze problemen nut hebben. Na een afkoelperiode in de kliniek is Suzan weer naar huis gegaan waar het hele sociale systeem intensief begeleid is. Ondertussen heeft Suzan haar diploma voor de middelbare school op zak.

6.1.6 *Het intensiveren van zorgpaden*

Tot slot moeten ook de intensiverende factoren nog een plaats krijgen in de zorgpadensystematiek. Uit de resultaten van dit onderzoek bleken de jongeren met een psychiatrische stoornis over het algemeen een meer intensieve behandeling nodig te hebben. Maar ook onder de jongeren zonder stoornis bevinden zich er een aantal met complexe problemen die om meer aandacht vragen. Elk zorgpad zou daarom een basisroute en een meer intensieve route moeten hebben. Op basis van de beperkingen in het dagelijks functioneren, de ernst van de verslaving en de behandelgeschiedenis kan bepaald worden hoe ernstig de problemen van een jongere zijn. Jongeren met ernstige problemen kunnen dan verwezen worden naar een intensieve route, de overige jongeren volgen het basis zorgpad. De factor leeftijd kan hierin verwerkt worden door de drempelwaarde van “ernstige problemen” te verlagen voor jongere kinderen.

Voor wat betreft jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn er twee opties mogelijk. Er kan gekozen worden voor een volledig apart zorgpad LVB of men kan voor elk zorgpad een LVB variant ontwerpen. Deze

tweede optie lijkt het meest voor de hand te liggen: het idee van een zorgpad is om juist een zo homogeen mogelijke groep cliënten hetzelfde traject aan te bieden. Wanneer alle LVB jongeren samengevoegd worden dan wordt dit een zeer heterogene groep die niets anders deelt dan het feit dat ze een verstandelijke beperking hebben. Gezien de resultaten waaruit blijkt dat gemiddeld 20 procent van de jongeren in elk profiel verstandelijk beperkt zijn, lijkt aanpassing van standaard behandelingen in navolging van Geus en collega's (2009) de meest logische oplossing. Ook de intensiverende opties zijn toegevoegd aan het totaaloverzicht van de zorgpaden zoals weergegeven in figuur 11.



Figuur 11. Schematische weergave van de totale indeling van de zorgpaden.

6.2 Stappenplan: de route naar zorgpaden

Een kernteam van zorginhoudelijke experts is belast met het ontwerpen van de zorgpaden voor de jeugd. De opdracht van dit kernteam mist echter een stappenplan en een tijdspad. Om het expertteam te steunen bij het ontwikkelen van de zorgpaden is in dit onderdeel een gecombineerd stappenplan en tijdspad opgesteld. Het tijdspad lijkt in eerste instantie krap, dit is echter op verzoek van Tactus. Er is tot en met oktober elke maand een bijeenkomst van de expertgroep gepland en de wens is om tegen die tijd in een vergevorderd stadium van ontwikkeling te zijn. Bij het opstellen van het stappenplan is gebruik gemaakt van de kenmerken van een zorgpad die Vanhaecht en collega's (2007) hebben geformuleerd (Sermeus et al., 2009, p. 29):

- Een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, *best practice* en patiëntverwachtingen en kenmerken;
- Het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie;
- Het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie;
- Het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten; en
- Het identificeren van de verantwoorde middelen.

Stap 1 (maandag 30 juni 2014):

Maak een keuze voor de indeling van de te ontwikkelen zorgpaden. Dit onderzoek heeft veel inzicht gegeven in de samenstelling van de cliëntpopulatie en de manier waarop cliëntkenmerken met elkaar samenhangen. Deze informatie, ondersteund door de hierboven gedane voorstellen voor de manier waarop de zorgpaden er uit zouden kunnen zien, moeten het expertteam in de gelegenheid stellen om op korte termijn een geschikte indeling te kiezen.

Stap 2 (tussen maandag 30 juni en maandag 4 augustus 2014):

Beschrijf de samenstelling van de doelgroep waarvoor elk zorgpad bedoeld is. Ook hiervoor kan de informatie uit dit onderzoek de basis vormen. Geef ook aan wat de behandeldoelen van het zorgpad zijn en specificeer dit per belangrijk cliëntkenmerk. De primaire behandeldoelen zullen gelegen zijn op het gebied van verslaving; wordt een zorgpad daarnaast ingericht om ook alle andere problemen te behandelen (c.q. verhelpen) of slechts om negatieve invloed op de verslavingsbehandeling te voorkomen?

Stap 3 (maandag 4 augustus – maandag 8 september):

Koppel op basis van de onder stap 2 opgestelde beschrijvingen aan elk zorgpad de best passende *evidence based* behandelmodules.

Tussenstap 3.1: Tactus beschikt op dit moment over zeer veel verschillende behandelmodules die in meer of mindere mate geschikt zijn voor jongeren. Daarnaast blijkt dat de verschillende regio's de afgelopen jaren met enige regelmaat zelf modules hebben aangepast of herschreven waardoor dit aantal nog verder is toegenomen. Allereerst moeten deze modules met elkaar vergeleken worden om daarna te komen tot een beperkt aanbod per zorgpad.

Tussenstap 3.2: Beoordeel of elk zorgpad de minimaal benodigde behandelmodules heeft en welk soortige modules eventueel ontbreken.

Tussenstap 3.3: Onderzoek of deze modules reeds bij een andere instelling bestaan zodat deze relatief eenvoudig kunnen worden toegevoegd aan het betreffende zorgpad; ontwerp anders een traject om de benodigde module te ontwikkelen.

Stap 4 (maandag 4 augustus – maandag 8 september):

Koppel aan de gekozen behandelmodules instrumenten voor het meten, rapporteren en evalueren van de behandeling. Hiervoor gelden dezelfde tussenstappen als bij stap 3. Aangezien behandelmodules en evaluatie-instrumenten nauw met elkaar verbonden zijn, worden de stappen 3&4 parallel uitgevoerd.

Stap 5 (tussen maandag 8 september en maandag 6 oktober):

Breng aan de hand van de behandelmodules het traject van een jongere door het zorgpad in kaart. Welke behandeldisciplines zijn betrokken bij de verschillende onderdelen? Wie is verantwoordelijk voor planning, uitvoering, verslaglegging, evaluatie en communicatie met de cliënt en diens sociale netwerk? Breng gedurende deze stap ook in kaart hoe de interne overlegstructuur er uit ziet en hoe de onderlinge communicatie plaatsvindt, zodanig dat het gehele multidisciplinaire behandelteam efficiënt kan samenwerken en de cliënt centraal staat.

Stap 6 (maandag 6 oktober):

Bereid de zorgpaden voor op implementatie: welke faciliteiten en medewerkers zijn nodig, moeten er contacten gelegd worden met externe instellingen voor (deel)behandelingen, instroom of uitstroom? Welke organisatieprocessen moeten worden aangepast? Hierbij kan gedacht worden aan aanpassingen van het

elektronisch patiëntdossier voor goede verslaglegging, aanpassing van de instructies aan medewerkers, fysieke inrichting van panden en andere organisatorische aanpassingen.

6.3 Een stap verder: zorgpaden zijn een onderdeel van zorglanen

Tactus is druk bezig zorgpaden te ontwikkelen om verslaafde cliënten effectief en efficiënt te kunnen behandelen. Zoals weergegeven in de inleiding vindt deze ontwikkeling plaats in een tijd waarin de organisatie van de gehele jeugdzorg verandert. Vanaf januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het gehele pakket aan jeugdzorg. Naast bedreigingen biedt dit vooral ook kansen. Een eigenschap van goed georganiseerde zorgpaden is dat deze de potentie hebben om zonder onderbreking zorg te bieden over de grenzen van de verschillende instellingen heen. Vooral met één instantie die verantwoordelijk is voor al deze zorg zou dit moeten kunnen leiden tot zorglanen. Trajecten waarin al die kleine en relatief korte zorgpaden van de verschillende instellingen samenkomen om zo één verbindend netwerk van zorg te bieden. Dit grensoverschrijdende karakter van zorgpaden lijkt op dit moment verloren te gaan doordat elke instelling, genoopt door bezuinigingen en concurrentie in de zorg, druk bezig is met haar eigen ontwikkelingen. Naast eindverantwoordelijke voor de zorg zouden de gemeenten vooral een coördinerende en visionaire rol moeten gaan spelen willen we er echt in slagen om jongeren een centrale plaats te geven en daar effectieve en efficiënte zorg omheen te organiseren.

Literatuur

- Akker, van den, M., Buntinx, F., Roos, S., & Knottnerus, J. A. (2001). Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *Journal of clinical epidemiology*, *54*(7), 675-679.
- Allen, P. J., & Bennett, K. (2010). *PASW Statistics by SPSS: A Practical Guide: Version 18.0*. South Melbourne, Australia: Cengage Learning.
- Allen, D., Gillen, E., & Rixson, L. (2009). Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances?. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *7*(2), 61-74.
- 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.
- 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.
- Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International journal of eating disorders*, *43*(7), 648-658.
- Beyers, J.M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Arthur, M.W. & Hawkins, J.D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *Journal of Adolescent Health*. Volume 35- 1, 3–16.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D., Lewis, S., Jones, P., Amos, T., Everard, L. & Singh, S. P. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, *203*(1), 58-64.
- Bleser, de, L., Depreitere, R., Waele, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, *14*(7), 553-563.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, *106*(5), 906-914.
- Bogt, ter, T., van Lieshout, M., Doornwaard, S. & Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, behandelmotivatie en uitval*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Bolier, L., Verdurmen, J., Smit, E., Monshouwer, K., & Lemmers, L. (2008). Behandeling van problematisch drinkende jongeren. *Verslaving*, 4(3), 31-41.
- Bragato, L., & Jacobs, K. (2003). Care pathways: the road to better health services?. *Journal of health organization and management*, 17(3), 164-180.
- Bransen, E., Schipper, H., & Blekman, J. (2009). Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap. *Verslaving*, 5(4), 37-49.
- Brewerton, T. D., & Brady, K. (2014). The Role of Stress, Trauma, and PTSD in the Etiology and Treatment of Eating Disorders, Addictions, and Substance Use Disorders. *Research, Clinical and Treatment Perspectives*, 379.
- Broekman, T. & Schippers, G. (2003). *Specifications for the measuring of patient characteristics in substance abuse treatment*. Amsterdam: AIAR & Nijmegen: Bèta.
- Broman, C.L., Li, X. & Reckase, M. (2008). Family structure and mediators of adolescent drug use. *Journal of family issues*. Volume 29-12 1625-1649.
- Bruggen Slaan. (2012). *Regeerakkoord VVD – PVDA*. Rijksoverheid. Verkregen op 3 maart 2014 van: <http://www.rijksoverheid.nl/regering/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html>
- Carpentier, P.J. (2012) *Addiction and the role of childhood externalising disorders*. Nijmegen: Radboud Universiteit
- Castellanos-Ryan, N., & Conrod, P. J. (2011). Personality correlates of the common and unique variance across conduct disorder and substance misuse symptoms in adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 39(4), 563-576.
- Chan, Y. F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 14-24.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Zhitova, A. C., & Capone, M. E. (2003). Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1345-1365.
- Colby, S. M., Lee, C. S., Lewis-Esquerre, J., Esposito-Smythers, C., & Monti, P. M. (2004). Adolescent alcohol misuse: methodological issues for enhancing treatment research. *Addiction*, 99(s2), 47-62.

- Copeland, J., & Swift, W. (2009). Cannabis use disorder: epidemiology and management. *International Review of Psychiatry*, 21(2), 96-103.
- Couwenbergh, C., W., Van den Brink, Zwart, K., Vreugdenhil, C., Wijngaarden-Cremers, P. & Van der Gaag, R.J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 319-328.
- Crone, E. (2008). *Het puberende brein*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Cuelenaere, B., Van Zutphen, F., Van der Aa, R., Willemsen, A., Wilkens, M. (2009) *MKBA voortijdig schoolverlaten*. Rotterdam: Ecorys
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzolt, F., Burls, A. & Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1.
- Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical care*, 51(1), 99-107.
- Dijck, van, D., & Knibbe, R. A. (2005). De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek. *Maastricht: Universiteit Maastricht*.
- Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2011). Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms: a transactional model from adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 130-138.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B.C., Losoya, S.H. & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-1134.
- El Gohr, A., Cameron, R., Fleming, M., McKechnie, L., Thomson, D. & Doherty, S. (2010). Scotland's national approach to improving mental health services: integrated care pathways as tools for redesign and continuous quality improvement. *International Journal of Care Pathways*, 14(3), 117-123.
- Elliott, L., Orr, L., Watson, L., & Jackson, A. (2005). Secondary prevention interventions for young drug users: a systematic review of the evidence. *Adolescence*, 40(157).
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2009). Selected Issue 2009: *Polydrug Use: patterns and responses*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Esteves, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., Jauregui, P. (2013). The Impulsivity and Sensation-Seeking Mediators of the Psychological Consequences of Pathological Gambling in Adolescence. *Journal of gambling studies*. DOI 10.1007/s10899-013-9419-0
- Farmer, E. M., Burns, B. J., Phillips, S. D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 54(1), 60-66.
- Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E., & Auriacombe, M. (2010). Relationship between anxiety disorders and opiate dependence—A systematic review of the literature: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 38(3), 220-230.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Gageldonk, van, A., Ketelaars, T. & Van Laar, M. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ganzeboom, H.B.G. (2012). De ontwarring van de sociologie: over het werk en denken van Wout Ultee. *Mens & Maatschappij*, 87(1), 5-20.
- Geus, R., Kiewik-de Vries, M., Van der Nagel, J. & Sieben, G. (2009). Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek. In R. Rutten, C. Loth, & A. Hulshoff (Red.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Godley, S. H., Hunter, B. D., Fernández-Artamendi, S., Smith, J. E., Meyers, R. J., & Godley, M. D. (2013). A comparison of treatment outcomes for adolescent community reinforcement approach participants with and without co-occurring problems. *Journal of substance abuse treatment*.
- Goldman, H. H., Ganju, V., Drake, R. E., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P. S., & Morgan, O. (2001). Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services*, 52(12), 1591-1597.
- Goossens, F.X. (2012). *Verslaving: Maatschappelijke gevolgen. Overlast, geweld, verwervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, de, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
-

- Graaf, de, P. M., & Kalmijn, M. (2001). Trends in the intergenerational transmission of cultural and economic status. *Acta Sociologica*, 44(1), 51-66.
- Gravetter, F. & Wallnau, L. (2013). *Statistics for the behavioral sciences*. Cengage Learning.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(6), 384-392
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D., & Young, S. (2012). An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 304-312.
- Gupta, R., & Derevensky, J. L. (2000). Adolescents with gambling problems: From research to treatment. *Journal of gambling studies*, 16(2-3), 315-342.
- Haagsma, M., Peters, O., & Pieterse, M. (2010). Computergames: vermaak met serieuze consequenties. *Verslaving*, 6(2), 3-11.
- 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.
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: A longitudinal study. *Journal of adolescent health*, 49(3), 312-320.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 885.
- Hindle, D., & Yazbeck, A. M. (2005). Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey. *Australian Health Review*, 29(1), 94-104.
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of adolescence*, 34(5), 1077-1085.
- Hulshoff, A., Wegen, S., & Den Ouden, R. (2009). Kinderen, jongeren en adolescenten met verslavingsproblemen. In R. Rutten, C. Loth, & A. Hulshoff (Red.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

- Hulshoff, A., Loth, C., Noorlander, E., Sylvester, E., Van Gogh, M. & Knapen, L. (2009). Psychiatrische comorbiditeit bij verslaving. In R. Rutten, C. Loth, & A. Hulshoff (Red.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academic Press.
- Ivens, I. (2008). Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen. Amsterdam: JellinekMentrum / GGZ Nederland.
- Jansen, A. (2012). Eetverslaving. *Bijblijven*, 28(10), 20-25.
- Joe, D.W., Knight, D.K., Becan, J.E., Flynn, P.M. (2014). Recovery among adolescents: Models for post-treatment gains in drug abuse treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 46-3, 362-373.
- Jones, A. (1999). A modernized mental health service: the role of care pathways. *Journal of nursing management*, 7(6), 331-338.
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., Ciechanowski, P., Walker, E. & Bush, T. (2004). The Pathways Study: A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 1042-1049.
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical psychology review*, 33(3), 331-342.
- Knudsen, H. K. (2009). Adolescent-only substance abuse treatment: Availability and adoption of components of quality. *Journal of substance abuse treatment*, 36(2), 195-204.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *European Psychiatry*, 27(1), 1-8.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 627). National Academies Press.
- Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A., & Hart, J. (2009). Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: A clinical trial with 3-year follow-up. *Journal of abnormal child psychology*, 37(5), 591-609.
- Konst, S. (2010). Tussen vraag en aanbod. *Sociale Psychiatrie*, 29(93), 33.

- Laar, van, M., Monshouwer, K., & van den Brink, W. (2010). Roken, drinken en blowen door de Nederlandse jeugd. *Kind & Adolescent, 31*(4), 204-220.
- LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem). (2012). Hulpvraag verslavingszorg NL. Verkregen op 3 februari 2014 van <http://mijnladis.sivz.nl/ivisualz/chartFlash/charts>
- Langen, van, M. (2007). *Effectieve interventies voor jongeren met problematisch alcohol- en drugsgebruik: een meta-analyse*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Langenbucher, J. W., Labouvie, E., Martin, C. S., Sanjuan, P. M., Bavly, L., Kirisci, L., & Chung, T. (2004). An Application of Item Response Theory Analysis to Alcohol, Cannabis, and Cocaine Criteria in DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 72.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review, 31*(3), 328-341.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 17*(3), 93-103.
- Mark, T. L., Song, X., Vandivort, R., Duffy, S., Butler, J., Coffey, R., & Schabert, V. F. (2006). Characterizing substance abuse programs that treat adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(1), 59-65.
- Marquenie, L. A., Schade, A., van Balkom, A. J., Comijs, H. C., de Graaf, R., Vollebergh, W., van Dyck, R. & van den Brink, W. (2006). Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings of a general population study. *European Addiction Research, 13*(1), 39-49.
- Mast, S., Mos, K., Rigter, H., Van Hoorn, P. & Wetser, P. (2007). *Herstel van jongeren met psychische en gedragsproblemen via meervoudige gezinstherapie*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral Parent Training as a Treatment for Externalizing Behaviors and Disruptive Behavior Disorders: A Meta-Analysis. *School Psychology Review, 34*(3).
- McCarty, C. A., Wymbs, B. T., King, K. M., Mason, W. A., Stoep, A. V., McCauley, E., & Baer, J. (2012). Developmental consistency in associations between depressive symptoms and alcohol use in early adolescence. *Journal of studies on alcohol and drugs, 73*(3), 444.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*(1), 41-47.

- McLellan, A. T., & Meyers, K. (2004). Contemporary addiction treatment: A review of systems problems for adults and adolescents. *Biological psychiatry*, 56(10), 764-770.
- Miller, N. S., & Flaherty, J. A. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 9-16.
- Molina, B. S., & Pelham Jr, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 497.
- Najavits, L. M. (2011). *Seeking safety: handboek behandelend trauma en verslaving*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 453-463.
- Neuman, W.L. (2012). *Understanding Research*. Boston: Pearson Education International.
- NIH (National Institute of Health). (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide (14-7953).
- Nuijen, J. (2009). *Depression and comorbidity. General practice-based studies on occurrence and health care consequences*. Utrecht: Nivel
- Oesterle, S., Hawkins, J. D., Steketee, M., Jonkman, H., Brown, E. C., Moll, M., & Haggerty, K. P. (2012). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent drug use and delinquency in the United States and the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 42(4), 337-357.
- O'Neil, K. A., Conner, B. T., & Kendall, P. C. (2011). Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 104-112.
- Ouimette, P., Read, J. P., Wade, M., & Tirone, V. (2010). Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. *Addictive behaviors*, 35(1), 64-67.
- Paiva, A. L., Amoyal, N. R., Johnson, J. L., & Prochaska, J. O. (2014). Adolescent Substance Use Initiation: Correlates of the Profiles of Prevention. *The Journal of Early Adolescence*, 0272431613519497.
- Porter, M & Teisberg, E. (2007). How psysicians can change the future of health care. *JAMA*, 10, 1103-1111.
- Riggs, P. D. (2013). Stimulant medication for ADHD not associated with subsequent substance use disorders. *Evidence Based Medicine*, ebmed-2013.

- Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J., & Jorgensen, J. (2014). Sequenced Versus Coordinated Treatment for Adolescents With Comorbid Depressive and Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Feb 3, 2014.
- Rooij, van, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., Van Den Eijnden, R. J., & Van De Mheen, D. (2011). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, 106(1), 205-212.
- Rowe, C. L., Liddle, H. A., Greenbaum, P. E., & Henderson, C. E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of substance abuse treatment*, 26(2), 129-140.
- Rutten, R. (2012). Kaderbrief 2012. *Zorgpad, van vindplaats tot behandelresultaat!* Deventer: Tactus Verslavingszorg.
- Rutten, R. (2013). *Kaderbrief 2013*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.
- 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.
- Ryan, S. R., Stanger, C., Thostenson, J., Whitmore, J. J., & Budney, A. J. (2013). The impact of disruptive behavior disorder on substance use treatment outcome in adolescents. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 506-514.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023), 71.
- Schippers, G. (2000). *Bouwstenen voor een evidence-based indicatiestelling in de verslavingszorg*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research. Zoals weergegeven in: De Wildt, W.A.J.M. & Schramade, M. H. (2002). *Intake Module; Indiciestelling & Trajecttoewijzing*. Utrecht: Resultaten Scoren.
- Schippers, G.M. & Broekman, T. (2007). Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Resultaten Scoren / ZonMw.
- Schippers, G. & Broekman, T. (2011a). Toelichting opstelling beslisschema verslavingszorg jongeren voor de MATE-Y.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G.. (2011b). MATE 2.1. Handleiding en protocol. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Beta Boeken.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G.. (2013). MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Beta Boeken.

- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & Van Den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction, 105*(5), 862-871.
- Sermeus, W., Vleugels, A., Vanhaecht, K., Alewaters, M. H., Glorieux, M. A., Van Gerven, M. E., Heyrman, J., Aertgeerts, B., De Lepeleire, J. & Peers, J. (2009). *Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen*. Leuven: Centrum Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KULeuven.
- Shane, P. A., Jasiukaitis, P., & Green, R. S. (2003). Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: The relationship between comorbidities and post-treatment Substance involvement. *Evaluation and Program Planning, 26*(4), 393-402.
- Slesnick, N., Guo, X., & Feng, X. (2013). Change in parent-and child-reported internalizing and externalizing behaviors among substance abusing runaways: The effects of family and individual treatments. *Journal of youth and adolescence, 42*(7), 980-993.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2007). Jongeren en verslaving: De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. *Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandelaanbod in Nederland*. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut.
- Snoek, A., de Weert-van Oene, G. H., de Jong, C. A., & van de Mheen, D. (2010). De complexiteit van de jeugdverslavingszorg: dilemma's en kansen. *Kind & Adolescent, 31*(4), 266-279.
- Snoek, A., Wits, E., & Stel, J. van der, & Mheen, D. van de (2010). Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix. Rotterdam: IVO.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 573.
- Steketee, M., Vandenbroucke, M., & Rijkschroeff, R. (2009). *(Jeugd)zorg houdt niet op bij 18 jaar*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Storr, C. L., Pacek, L. R., & Martins, S. S. (2013). Substance use disorders and adolescent psychopathology. *Public Health Reviews, 34*(2).
- Tai, B., & Volkow, N. D. (2013). Treatment for Substance Use Disorder: Opportunities and Challenges under the Affordable Care Act. *Social work in public health, 28*(3-4), 165-174.
- Tamm, L., Trello-Rishel, K., Riggs, P., Nakonezny, P. A., Acosta, M., Bailey, G., & Winhusen, T. (2013). Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of substance abuse treatment, 44*(2), 224-230.

- 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.
- Tomlinson, K. L., Brown, S. A., & Abrantes, A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(2), 160.
- Trimbos-insituut. (2014). <http://www.trimbos.nl> geraadpleegd op 14 april 2014.
- Tripodi, S. J., Bender, K., Litschge, C., & Vaughn, M. G. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 164*(1), 85-91.
- Ultee, W.C., Arts, W.A. & Flap, H.D. (2003). *Sociologie: Vragen, Uitspraken en Bevindingen*. Groningen: Martinus Nijhoff
- Vandenbussche, I., Volckaert, K., d'Hont, I., & Sools, J. (2006). De behandeling van jongeren met drugsmisbruik en psychiatrische problemen in een residentiële setting. *Psychopraxis, jaargang 2006, 8*(6), 231-234.
- Vandereycken, W. & Van Deth, R. (2007). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Vanhaecht, K., Bollmann, M., Bower, K., Gallagher, C., Gardini, A., Guezo, J., Jansen, U, Massoud, R., Moody, K., Sermeus, W., Van Zelm, R., Whittle, C., Yazbeck, A., Zander, K. & Panella, M. (2006). Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries—an international survey by the European Pathway Association. *Journal of Integrated Pathways, 10*(1), 28-34.
- Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways, 14*(3), 117-123.
- Vanhaecht, K., De Witte, K., Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organization of care processes*. Doctoraatscriptie Faculteit Geneeskunde K.U. Leuven, Leuven: Acco.
- 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.
- Volkow, N. D. (2013). Impact of Fetal Drug Exposures on the Adolescent Brain. *JAMA pediatrics, 167*(4), 390-391.
- Volkow, N. D. (2012). Long-term safety of stimulant use for ADHD: findings from nonhuman primates. *Neuropsychopharmacology, 37*(12), 2551-2552.
- Wal, van der, S. (2013). Zorg kan altijd beter. In Ooink (Red) *Tribune, magazine voor alle medewerkers van Tactus Verslavingszorg*. Jaargang 14, 94.

- 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.
- Warden, D., Riggs, P. D., Min, S. J., Mikulich-Gilbertson, S. K., Tamm, L., Trello-Rishel, K., & Winhusen, T. (2012). Major depression and treatment response in adolescents with ADHD and substance use disorder. *Drug and alcohol dependence, 120*(1), 214-219.
- Wijngaarden-Cremers, van, P. J., Hansman-Wijnands, M. & Van der Gaag, R.J. (2010). Middelenmisbruik en comorbiditeit. In Clerx, De Groot & Prins (Red.) *Grensoverschrijdend gedrag van pubers*. Apeldoorn: Garant.
- Winters, K. C., Botzet, A. M., & Fahnhorst, T. (2011). Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current psychiatry reports, 13*(5), 416-421.
- Wiers, R. W. & Theunissen, N. (2002). Alcohol en de jeugd: gebruik, misbruik, kwetsbaarheid en interventie. In: J. D. Bosch, H. A. Bosma, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsenaars & A. Vijt (Redactie). *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, 5*, (pg. 143-167). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Wieske, E., De Haan, H., & Van den Hoek, A. (2009). *Kadernotitie Jeugdkliniek*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.
- Wildt, W.A.J.M. de, Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). *Intakemodule. Indicatiestelling en trajecttoewijzing. Handleiding en literatuurstudie*. Utrecht: GGZ Nederland, project Resultaten Scoren.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 138-166.
- Wise, B. K., Cuffe, S. P., & Fischer, T. (2001). Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*(3), 161-165.
- Wits, E., Knibbe, R., & Rodenburg, G. (2007). Doelgroepanalyse als basis voor een passend zorgaanbod. *Verslaving, 3*(2), 68-73.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2013). *Kerncijfers verslavingszorg 2012*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ).
- Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R. E., Mineka, S., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addictive behaviors, 37*(8), 982-985.

WRR (Wetenschappelijke raad voor het Regeringsbeleid). (2009). *Vertrouwen in de school: over de uitval van 'overbelaste' jongeren* (Vol. 83). Amsterdam University Press.

Zander, K. (2002). Integrated care pathways: eleven international trends. *Journal of Integrated Care Pathways*, 6(3), 101-107.

Zulauf, C. A., Sprich, S. E., Safren, S. A., & Wilens, T. E. (2014). The Complicated Relationship Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Current psychiatry reports*, 16(3), 1-11.

Aan deze digitale versie zijn geen bijlagen toegevoegd.
Voor meer informatie over de literatuurstudie of het gesprek met het praktijkpanel kan contact worden opgenomen met de auteur.
De MATE-Y is te vinden op: <http://mateinfo.eu>