

Kicks United

**Jermaine Goveia, Gerdien de Weert,
Gisèle Hoevenaars, Rob de Leeuw &
Guus Schrijvers**

Verslaving

ISSN 1574-1842

Verslav

DOI 10.1007/s12501-015-0026-x



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Kicks United

Rolmodellen en beloningen ter verbetering van therapietrouw bij jonge verslaafden

Jermaine Goveia · Gerdien de Weert · Gisèle Hoevenaars ·
Rob de Leeuw · Guus Schrijvers

Samenvatting

Geringe terapietrouw betekent een beperking van de effectiviteit van ambulante verslavingszorg. De uitval uit de behandeling is in het bijzonder hoog onder jongeren, wat resulteert in hoge terugvalpercentages en een matige tot slechte prognose wat betreft psychische, fysieke en sociale gezondheid. Interventies ter verbetering van de behandeltrouw kunnen bijdragen aan vermindering van de persoonlijke en maatschappelijke belasting door verslaving bij jongeren. 'Evidence-based' methoden om dit te doen ontbreken echter. Voor dit onderzoek werden 32 verslaafde jongeren at random toegewezen aan een standaardbehandeling (controlegroep) of standaardbehandeling aangevuld met motiverende sessies door rolmodellen, zoals bekende professionele voetballers (interventiegroep), met als doel de drop-out te verminderen. Bij follow-up na zes maanden was het uitvalpercentage in de controlegroep 44%, vergeleken met 6% in de interventiegroep. Daarnaast lieten alleen de jongeren in de interventiegroep significante afname zien in zelfgerapporteerde trek en psychische stress, en een verbetering in kwaliteit van leven op verschillende leefgebieden. Onze conclusie is dat de gecombineerde inzet van rolmodellen en beloningen in de behandeling een positief effect kan hebben op behandeltrouw en -uitkomst bij jonge verslaafden. Verder onderzoek is nodig om deze bevindingen te bevestigen en te generaliseren naar andere patiëntenpopulaties en andere typen rolmodellen.

Dr. G. de Weert (✉) · G. Hoevenaars
Victas, centrum voor verslavingszorg,
Utrecht, Nederland
e-mail: gdweert@victas.nl

J. Goveia · R. de Leeuw · G. Schrijvers
Julius Centrum, UMC Utrecht,
Utrecht, Nederland

Abstract

Poor compliance with therapy reduces effectivity of substance dependence treatment. Attrition from treatment is especially high among adolescents, resulting in high relapse rates and a poor prognosis with respect to psychological, physical and social health. Intervention aimed at improving treatment compliance may contribute to the personal and societal burden caused by adolescent substance dependence. Evidence-based methods to do this however are scarce. 32 Adolescents were allocated to either standard treatment (control condition) or standard treatment plus motivational sessions by role-models, well known professional football players (intervention condition), aimed at reducing dropout percentages. At 6 months follow-up the dropout percentage in the control condition was 44 %; that in the intervention condition was 6 %. Additionally, youngsters in the intervention condition showed significant reduction of self-reported craving and psychological stress, and improvement of quality of life in several areas. We conclude that a combination of role-models and rewards in treatment may positively influence treatment compliance and -outcome in adolescents with substance dependence. Further research is needed to confirm these findings in larger samples and to generalize them to other patient populations and other types of role-models.

Inleiding

Voor jongeren met verslavingsproblemen blijkt het vaak moeilijk om de motivatie, waarmee ze zich aanvankelijk aanmelden voor een behandeling, vast te houden voor een langere periode. Dat blijkt uit de hoge no-show-percentages (de jongere komt na de aanvankelijke aanmelding niet opdagen voor de start van de behandeling) en uit de hoge drop-out-percentages tijdens de behandeling. Victas, instelling voor verslavingszorg te Utrecht, heeft een aansprekende interventie ontwikkeld, in samenwerking met FC Utrecht, om jongeren meer te betrekken bij hun behandeling en de motivatie vast te houden. Daarbij fungeerden de spelers van het eerste elftal van FC Utrecht als rolmodellen en werden kleine beloningen ingezet. Hoewel het gaat om een kleinschalig project, willen we hier graag melding maken van de positieve resultaten van deze interventie.

Jongeren in de leeftijd van 12-24 jaar die hulp zoeken in gespecialiseerde centra voor verslavingsbehandeling, lijden vaak aan comorbide stoornissen zoals stemmingsstoornissen, suïcidaliteit en angststoornissen (Grant et al. 2004; Wu et al. 2011; Liu et al. 2014). Levensbepalende gebeurtenissen gedurende de kindertijd, zoals het overlijden van een ouder, broer of zus, verwaarlozing, misbruik en huiselijk geweld, hangen in sterke mate samen met psychische stoornissen, inclusief middelenafhankelijkheid (McLaughlin et al. 2012). Jongeren met verslavingsproblemen vormen daarom een kwetsbare populatie (Toumbourou et al. 2007). Veel jongeren ervaren jaren- en zelfs decennialang chronische problemen, als gevolg van middelenafhankelijkheid die in de jeugd ontstaat (Marti et al. 2010).

In het algemeen wordt erkend dat het starten van een behandeling in de verslavingszorg de eerste stap is op de weg naar herstel. Onderzoek heeft laten zien dat hoe eerder gestart wordt met verslavingsbehandeling, des te beter de prognose en des te korter de tijd tot herstel (Carney en Myers 2012). Daarbij is ‘compliance’ met de behandeling – zoals het bijwonen van alle therapie sessies en actieve deelname daaraan, evenals de afronding van het hele behandeltraject zoals dat in de behandelovereenkomst is vastgelegd – een voorspeller voor een beter resultaat ervan (Hser et al. 2004). Echter, de uitval uit de behandeling onder jongeren is hoog (Lee et al. 2012). In de eerste plaats is er een aanzienlijke groep die zich wel aanmeldt voor behandeling, maar nooit daadwerkelijk komt opdagen: de no-show. Dit percentage wordt bij jongeren geschat op 50-60% van degenen die zich aanmelden. En onder degenen die inderdaad beginnen met het programma, vindt drop-out vaak al vroeg in de behandeling plaats (na de eerste sessie of, in geval van intramurale behandeling, gedurende de eerste week; Chi et al. 2012; Schroder et al. 2009).

Motiverende gespreksvoering is een interventie die bescheiden maar veelbelovende resultaten laat zien bij jongeren. De methode lijkt goed aan te sluiten bij de ontwikkelingsfase waarin de jongere zich bevindt, waarin ze hun onafhankelijkheid tot uitdrukking kunnen brengen en eigen beslissingen kunnen nemen (Barnett et al. 2012). Enkele onderzoeken zijn inmiddels uitgevoerd rond het inzetten van beloningen bij de behandeling van jongeren. De evidentie daarvan is omstreden: sommige studies vonden een positief effect op de therapietrouw en het drugsgebruik (Petry en Simicic 2002), in andere kon niet worden bevestigd dat de inzet van beloningen het gebruik van cannabis verminderde (Kaminer et al. 2014). Ook het inzetten van rolmodellen bij de behandeling kan de jongere helpen om de behandeling beter vol te houden en de motivatie hoog te houden. Een rolmodel is een individu dat een voorbeeldfunctie kan hebben en met wie je je gemakkelijk kunt identificeren. Jongeren die zeiden dat zij een rolmodel hadden, bleken eerder geneigd om een positieve leefstijl te laten zien en schadelijk gedrag te vermijden (Yancey et al. 2011). Daarbij is het opvallend dat jongeren die aangaven entertainers of vrienden als rolmodellen te hebben, minder positief gedrag lieten zien dan jongeren die familie, sporters of leraren als rolmodel kozen.

In Utrecht is een kleinschalig project opgezet rond de ambulante behandeling van verslaafde jongeren, waarbij professionele voetballers als rolmodellen worden ingezet voor de verhoging van de motivatie en daarmee van de therapietrouw bij de jongeren (zie de volgende paragraaf). Een pilot-onderzoek is daarbij opgezet, ter beantwoording van de volgende vragen: kan therapietrouw bij verslaafde jongeren in positieve zin worden beïnvloed met een interventie die een combinatie inhoudt van positieve verbale bekrachtiging (door rolmodellen die dezelfde leeftijd hebben als de jongeren) en beloningen?

Therapietrouw is in feite geen directe maat voor behandel-effectiviteit. Daarom is ook gekeken of de interventie positief effect had op psychische klachten, kwaliteit van leven en ‘craving’.

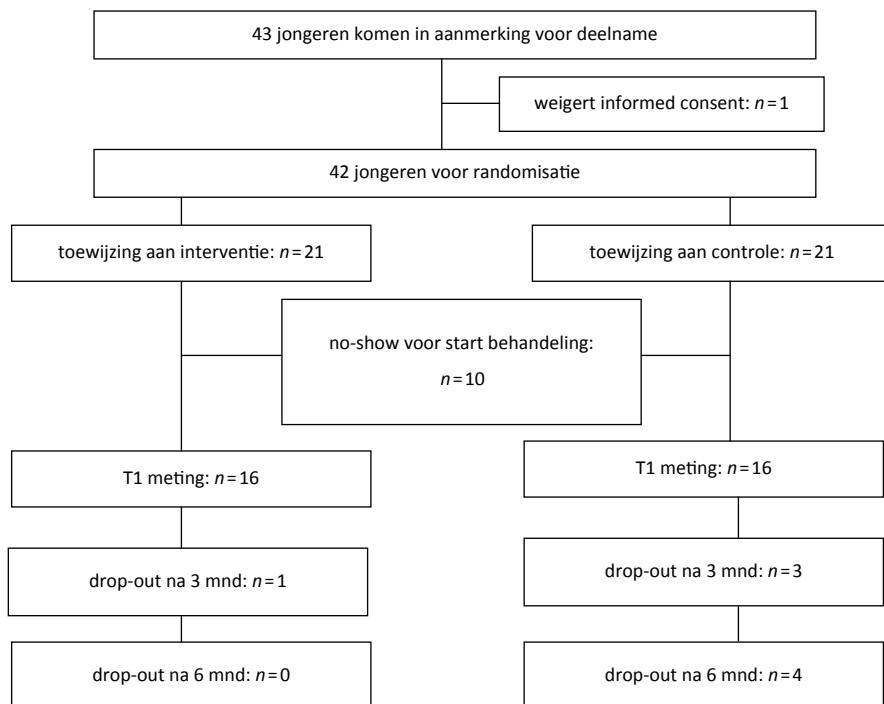


Fig. 1 Patiënten in de studie.

Methode

Onderzoekspopulatie

Voor de studie naar de effectiviteit van een dergelijke interventie is een pilot-onderzoek opgezet met twee condities (een interventie- en een controleconditie) bij Victas¹, centrum voor verslavingszorg te Utrecht. Alle adolescenten die zich aanmeldden voor ambulante behandeling (leefstijltraining) gedurende de periode januari-juli 2012, werden uitgenodigd om deel te nemen aan dit project. De mate van middelenafhankelijkheid of -misbruik volgens de DSM-IV-criteria werd vastgesteld bij intake door de behandelend psycholoog, in overleg met de psychotherapeut (hoofdbehandelaar). Inclusiecriteria waren: 12-24 jaar oud, matige tot ernstige middelenafhankelijkheid en/of gedragsverslaving, en de aanwezigheid van een steunend sociaal netwerk (voor een schematische voorstelling van de cliëntenstroom in dit onderzoek zie fig. 1).

In totaal kwamen 43 jongeren in aanmerking voor deelname aan de studie, van wie één ondertekening van het 'informed consent' weigerde. De overige 42 jonge-

¹ Ten tijde van het project en onderzoek heette de instelling nog Centrum Maliebaan.

ren werden at random verdeeld over de interventie- en de controleconditie, zodat aan beide condities 21 jongeren deelnamen. De randomisatieprocedure was ontwikkeld voorafgaand aan het onderzoek en cliënten waren blind voor de conditie en het doel van het project. Tien cliënten (vijf in elke conditie) besloten niet te starten met de behandeling, zonder hun behandelaar daarvan vooraf op de hoogte te stellen; van hen kon geen basisinformatie worden verkregen (no-show: 24%). Basisinformatie was wel beschikbaar van 16 cliënten in de interventiegroep en 16 cliënten in de controlegroep.

Standaardbehandeling

Leefstijltraining (LST)² is een ambulant behandelingsaanbod voor verslavingsproblematiek, dat gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie (CGT) met daarin verwerkt motiverende gespreksvoering technieken. LST2 is geprotocolleerd en omvat tien individuele sessies van een cliënt met zijn behandelaar.

In LST is het van belang dat de cliënt vanaf het begin van de behandeling bereid is tot verandering van al het gedrag dat de verslaving in stand houdt. Het programma is gericht op abstinentie of op regulatie van gebruik en op terugvalpreventie. Speciale doelen zijn monitoring van het individuele middelengebruik, het opmaken van een balans van de voor- en nadelen van gebruik, het leren herkennen en vermijden van risicovolle situaties en het aanleren van alternatieve manieren voor het omgaan met emoties en craving.

Interventie

Cliënten in de interventiegroep kregen LST2, aangevuld met motiverende groepsessies waarbij professionele voetballers van FC Utrecht aanwezig waren. Deze voetbalclub staat bekend om haar grote fanclub en de meeste voetballers van het eerste elftal hebben goede landelijke bekendheid. De voetbalclub nam actief deel aan dit project in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO). De voetballers ontvingen – in ieder geval van Victas – geen vergoeding voor hun inzet. De voetballers zijn vooraf geïnformeerd over doel en opzet van het project door de voetbalclub, en vervolgens door Victas (door de derde auteur). Zij waren vooraf op de hoogte van de gespreksthema's die tijdens de groepsessies aan de orde zouden komen.

In totaal hebben vier voetballers van FC Utrecht aan dit project meegewerkt. Zij waren geselecteerd door de voetbalclub, op basis van motivatie. De voetballers hielden hun motiverende groepsessies voor 10-25 cliënten. De sessies vonden plaats in het stadion van FC Utrecht. Elke jongere in de interventiegroep kon gedurende zijn behandeling twee groepsessies bijwonen.

In totaal zijn er in het onderzoeksjaar vier groepsessies geweest, met steeds een wisselende samenstelling. De groep jongeren uit de interventiegroep werd aangevuld met jongeren uit andere behandelprogramma's bij Victas (niet behorend tot de

interventie- of controlegroep). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid de uitkomsten van het onderzoek niet beïnvloed.

Tijdens de sessies traden professionele behandelaars van Victas op als gespreksleider. Zij stelden vragen (zowel aan de jongeren, als aan de voetballers), bepaalden de gespreksthema's (bijvoorbeeld: hoe stel je doelen in je leven, wat moet je doen en ook laten om die te bereiken en hoe belangrijk zijn motivatie en toewijding daarbij, hoe belangrijk zijn bewegen en sport, hoe belangrijk is een steunend sociaal netwerk, hoe ga je om met tegenslagen, enzovoort), bewaakten de structuur en brachten verbanden aan tussen topsport en verslavingsgedrag. De centrale thema's waren loyaliteit, respect, samenwerking en doorzettingsvermogen. De sessies duurden steeds twee uur.

Naast de sessies kregen de jongeren in de interventiegroep een aandenken van FC Utrecht op het moment dat zij startten met de behandeling, na de eerste behandelsessie, na de vijfde behandelsessie en aan het einde van de behandeling. De beloningen bestonden onder meer uit sjaaltjes, hipsters, en T-shirts van FC Utrecht. Het kan ook als beloning of bekrachtiging worden gezien, dat de groepssessies met de voetballers werden gehouden in het stadion van FC Utrecht. Na afronding van de behandeling mochten de jongeren een voetbalwedstrijd van FC Utrecht bijwonen.

Meetinstrumenten

'Baseline-informatie' werd vastgesteld wat betreft geslacht, leeftijd, nationaliteit, opleidingsniveau, aangevuld met tien vragen over dagelijkse activiteiten, de reden van aanmelding bij de behandeling, gebruiksgeschiedenis, woonsituatie en de ervaren ernst van het middelengebruik.

De affiniteit met sport is uitgevraagd met een vraag ('Houd je van sport?'), die op een vijfpuntsschaal kon worden beantwoord, variërend van 'niet zo erg' tot 'heel erg'.

De motivatie voor de behandeling is vastgesteld met een vraag ('Hoe gemotiveerd ben je voor leefstijltraining?') die eveneens op een vijfpuntsschaal kon worden beantwoord, variërend van 'niet zo erg' tot 'heel erg'.

De intensiteit van de craving is vastgesteld met de verkorte (vijf-item)versie van de Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS; Anton et al. 1996; De Wildt et al. 2005). De items konden worden gescoord op een vijfpuntsschaal, op basis waarvan een score is berekend. Een hogere score op de OCDS is geassocieerd met meer craving.

Psychische klachten zijn geïnventariseerd met behulp van de Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS; Lovibond en Lovibond, 1995). De 21 items van deze schaal worden ondergebracht bij een van drie subschalen: Depressie, Angst en Stress. Ook kan een totaalscore worden berekend. Hogere scores betekenen meer psychische klachten.

De Maudsley Addiction Profile Health Symptoms Scale (MAP HSS; Marsden et al. 1998) is gebruikt om lichamelijke klachten vast te stellen. De MAP omvat tien items die de aanwezigheid en intensiteit van algemene somatische symptomen

bepalen. De items werden gescoord op een vijfpuntsschaal, op basis waarvan een totaalscore is berekend. Een hogere score op de MAP is geassocieerd met meer lichamelijke klachten.

Kwaliteit van leven is gemeten met een aangepaste versie van de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al. 1999). Deze vragenlijst omvat veertien items die de tevredenheid met het leven als geheel en op verschillende levensterreinen bevragen. Antwoorden konden in dit onderzoek worden gescoord op een tienpuntsschaal. Hoe hoger de score, des te beter de ervaren kwaliteit van leven.

Non-compliance en drop-out werden gedefinieerd als het voortijdig vertrek uit de behandeling, tegen het advies van de behandelaar. Hierbij gaat het vooral om de combinatie van voortijdige beëindiging en het feit dat dit tegen advies (en dus zonder instemming) van de behandelaar gebeurt. Wanneer een cliënt de behandeling beëindigt, eerder dan bedoeld maar in gezamenlijke besluitvorming met de behandelaar, geldt deze cliënt als een 'completer'. De standaardbehandeling voor verslaafde jongeren omvat tien sessies, over een periode van zes maanden.

Procedure

Het onderzoek is goedgekeurd door de wetenschappelijke commissie van Victas. Cliënten werden geïnformeerd over het onderzoek, zonder dat daarbij de details van de interventie vooraf prijsgegeven werden. Een week nadat ze de informatie hadden gekregen, werd aan de cliënten gevraagd een informed consent te ondertekenen voor deelname aan de studie.

De cliënten vulden de vragenlijsten in bij aanvang van de LST (t_1) en na zes maanden (t_2). Aan cliënten die de behandeling afronden is gevraagd aan te geven hoe zij de behandeling hebben ervaren. Aan cliënten die voortijdig afhaakten is (door de behandelaar) gevraagd alsnog de vragenlijsten in te vullen. Wanneer dit niet lukte, zijn de vragenlijsten naar het huisadres van de cliënt opgestuurd. Geen van de jongeren heeft hierop gereageerd.

Data-analyse

Alle data zijn geanalyseerd met SPSS 19.0. Beschrijvende statistiek omvat frequenties en gemiddelden. Het verschil in drop-out tussen beide groepen is getoetst met een chi-kwadraattoets. Verschillen tussen groepen (controle en interventie) zijn berekend met t -toetsen. De vergelijking tussen t_1 - en t_2 -metingen is uitgevoerd met gepaarde t -toetsen voor elke conditie afzonderlijk. 'Between groups'-analyse kon daarbij niet worden uitgevoerd, als gevolg van de kleine aantallen respondenten in elke conditie. 'Intention to treat'-analyse is toegepast voor QOL, DASS, MAP en OCDS, onder de aanname dat cliënten die voortijdig afhaakten niet veranderd zijn op t_2 ten opzichte van t_1 , wat betreft deze parameters.

Tab. 1 Baseline-kenmerken (N=32).

	Conditie		Verschil tussen interventie en controle (<i>p</i>)
	Interventie	Controle	
	(<i>n</i> = 16)	(<i>n</i> = 16)	
Man (<i>n</i> ; %)	15 (94)	10 (65)	$\chi^2=4,6$ ($p=0,03$)
Leeftijd (<i>M</i> ; <i>SD</i>)	19,4 (2,4)	19,8 (2,6)	<i>n.s.</i>
Range	15–23	15–23	
Nederlandse etniciteit (<i>n</i> ; %)	15 (94)	16 (100)	<i>n.s.</i>
Hoogst genoten opleiding (<i>n</i> ; %)			<i>n.s.</i>
Basisonderwijs	5 (31)	3 (19)	
Lagere beroepsopleiding	6 (38)	5 (31)	
Middelbaar beroepsonderwijs	2 (13)	5 (31)	
Hoger beroepsonderwijs	2 (12)	3 (19)	
Middelengebruik (<i>n</i> ; %)			
Alcohol	2(13)	3 (19)	<i>n.s.</i>
Cannabis	9 (56)	9 (56)	<i>n.s.</i>
Cocaïne	2 (13)	1 (6)	<i>n.s.</i>
Amfetamine	1 (6)	1 (6)	<i>n.s.</i>
Videogames	1 (6)	2 (13)	<i>n.s.</i>
Gokken	1 (6)	0	<i>n.s.</i>
Sinds hoeveel jaren bestaat het middelenprobleem? (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (1-10)	3,5 (2,5) 1–10	3,7 (2,1) 1–8	<i>n.s.</i>
Motivatie voor behandeling (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (1–5)	3,9 (0,8) 3–5	3,9 (0,9) 2–5	<i>n.s.</i>
Affiniteit met sport (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (1–5)	3,9 (1,1) 1–5	3,4 (1,1) 2–5	<i>n.s.</i>
Craving (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (0–20)	7,9 (4,2) 0–15	7,3 (3,1) 3–14	<i>n.s.</i>
Kwaliteit van leven algemeen (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (1–10)	6,4 (1,9) 3–10	6,1 (1,3) 4–8	<i>n.s.</i>
Psychische klachten (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (1–126)	36,1 (23,7) 10–84	40,8 (23,4) 10–92	<i>n.s.</i>
Lichamelijke klachten (<i>M</i> ; <i>SD</i>) range (0–40)	10,1 (5,3) 3–21	11,4 (7,6) 2–27	<i>n.s.</i>

Resultaten

Tabel 1 laat de kenmerken zien van de 32 cliënten die waren geïncludeerd in de studie. Mannen en vrouwen waren niet gelijk verdeeld over de beide condities. Aanvullende analyse liet echter zien dat mannen en vrouwen niet significant ver-

Tab. 2 Gemiddelde scores (SD) in de interventie- en controleconditie bij aanvang van de behandeling en na zes maanden (gepaarde t-test). Statistisch significante verschillen zijn vet gedrukt.

	Interventieconditie (<i>n</i> = 16)			Controleconditie (<i>n</i> = 16)		
	<i>t</i> ₁	<i>t</i> ₂	<i>t</i> (<i>p</i>)	<i>t</i> ₁	<i>t</i> ₂	<i>t</i> (<i>p</i>)
‘Kwaliteit van leven’-gebieden						
Omgaan met verslaving	5,3 (2,5)	7,2 (1,9)	2,9 (0,01)	5,6 (2,5)	7,1 (2,3)	2,5 (0,03)
Huishouden	5,7 (2,3)	7,2 (2,0)	2,9 (0,01)	5,7 (2,0)	6,1 (1,7)	1,5 (0,32)
Opleiding en werk	5,6 (2,9)	6,9 (2,4)	1,4 (0,19)	5,8 (2,3)	6,1 (2,1)	0,7 (0,50)
Financieel	4,9 (2,7)	6,9 (1,9)	2,7 (0,02)	4,6 (2,2)	5,1 (1,9)	0,8 (0,44)
Dagbesteding	6,1 (1,8)	7,5 (1,5)	3,1 (0,007)	5,7 (2,1)	6,5 (1,8)	1,9 (0,08)
Sociaal	6,3 (2,2)	7,3 (1,2)	4,6 (0,00)	6,9 (2,1)	7,6 (1,5)	1,4 (0,20)
Vrienden	6,8 (2,4)	8,1 (1,5)	2,1 (0,05)	7,7 (1,9)	8,4 (1,3)	1,8 (0,10)
Familie	7,4 (1,5)	7,9 (1,4)	1,5 (0,15)	6,9 (1,5)	7,4 (1,1)	1,7 (0,11)
Emotioneel	5,7 (2,7)	7,0 (1,5)	1,9 (0,08)	5,6 (2,1)	6,7 (1,9)	2,9 (0,01)
Communicatie	6,1 (2,7)	7,5 (1,9)	4,4 (0,001)	6,1 (1,7)	6,8 (1,1)	1,6 (0,15)
Gezondheid	6,5 (2,0)	7,3 (2,0)	2,7 (0,02)	5,6 (1,5)	6,4 (2,2)	2,0 (0,07)
Algemeen	6,4 (1,9)	7,5 (1,4)	2,6 (0,02)	6,1 (1,4)	6,9 (1,1)	2,6 (0,02)
Psychische klachten						
Depressie	14,1 (12,2)	9,5 (10,1)	1,5 (0,17)	14,9 (9,5)	10,7 (5,7)	1,9 (0,08)
Angst	8,8 (7,2)	5,2 (5,0)	1,8 (0,09)	9,7 (9,3)	7,4 (6,7)	1,1 (0,29)
Stress	14,5 (9,0)	8,9 (6,9)	2,4 (0,03)	17,0 (9,2)	15,6 (9,2)	0,6 (0,56)
Totaal	36,1 (23,7)	23,6 (17,6)	2,1 (0,05)	40,8 (23,4)	33,7 (16,9)	1,5 (0,17)
Lichamelijke klachten	10,1 (5,3)	7,5 (4,9)	2,0 (0,07)	11,4 (7,6)	11,4 (7,1)	1,9 (0,08)
Craving	7,9 (4,2)	4,2 (2,5)	4,3 (0,001)	7,3 (3,1)	6,2 (3,9)	1,2 (0,26)

schilden wat betreft drop-out en behandelingsresultaten. Er waren geen andere significante verschillen in demografische kenmerken, middelenaafhankelijkheid of gokproblemen tussen de controle- en de interventiegroep.

De jongeren ervaren hun probleem met betrekking tot middelengebruik als vrij ernstig. Ze hebben een score van gemiddeld 3,9 (*SD* 1,1) op een schaal van 1–5, behorend bij de vraag: ‘Hoe ernstig vind je dit probleem?’ Gemiddeld bestaat het probleem rond middelengebruik of gokken 3,5 jaar.

Therapietrouw

Drie maanden na aanvang van de LST bleek dat vier jongeren gestopt waren met de behandeling: drie in de controlegroep en een in de interventiegroep. Bij follow-up-meting na zes maanden bleken nog vier jongeren gestopt met de behandeling; zij behoorden allen tot de controleconditie.

Daarmee rondden in de controlegroep negen van de zestien cliënten de behandeling af en zeven (44%) haakten voortijdig af. In de interventiegroep vertrok één cliënt voortijdig (6%; $\chi^2=6,00$; $p=0,014$).

Craving, kwaliteit van leven, psychische en lichamelijke klachten

Er was sprake van verminderde craving in beide condities op t_2 ten opzichte van t_1 . Deze verandering was significant in de interventiegroep, maar niet in de controlegroep (tab. 2). Kwaliteit van leven verbeterde in de loop van de behandeling in beide condities. In de interventiegroep was sprake van statistisch significante verbetering op negen (van de twaalf) leefgebieden, tegen drie in de controlegroep.

Tabel 2 toont ook de verandering in scores op de schalen van de DASS. In de interventiegroep was sprake van significante verbetering op de Stress-schaal van de DASS en op de totaalscore, terwijl de veranderingen in de controlegroep niet significant bleken. De veranderingen in lichamelijke klachten waren eveneens aanwezig in beide condities, maar deze veranderingen waren niet statistisch significant.

Tevredenheid met de interventie

De cliënten in beide groepen waren tevreden over de interventie. Cliënten in de interventiegroep gaven gemiddeld een hoger cijfer ($M=7,9$; $SD=1,1$) dan cliënten in de controlegroep ($M=7,1$; $SD=1,3$), maar dit verschil was niet significant bij Student's t -toetsing.

Discussie

Een interventie met rolmodellen en beloningen is ontwikkeld om de therapietrouw van jongeren met ambulante verslavingszorg te verbeteren. Op basis van dit eerste pilot-onderzoek concluderen wij dat deze opzet effectief is gebleken. Onze interventie betekende een aanzienlijk lager drop-out-percentages uit de behandeling. Dit is een opmerkelijk resultaat, vergeleken met andere interventies gericht op het terugdringen van drop-out bij jongeren (Ahuja et al. 2013). Naast therapietrouw lieten ook kwaliteit van leven, psychische en lichamelijke klachten en craving een significante verbetering zien in de interventiegroep. Deze verbetering op t_2 ten opzichte van t_1 leek sterker in de interventiegroep dan in de controlegroep; dit kon echter

niet worden getoetst in verband met de kleine aantallen per conditie. Verder gaven cliënten in beide groepen een positieve evaluatie van het behandelprogramma.

Er zijn enkele beperkingen aan deze studie. Hoewel alle jongeren die zich aanmeldden voor behandeling in aanmerking kwamen voor deelname aan het project en de no-show beperkt bleef tot 24%, konden wij uiteindelijk toch maar 32 jongeren includeren. Dit kleine aantal respondenten betekende een beperking voor de statistische analyse van de data. Dat er toch vaker een significante verbetering werd geconstateerd bij de cliënten in de interventiegroep dan bij cliënten in de controlegroep, en dat er significant minder sprake was van drop-out in de interventiegroep, pleit des te meer voor de kracht van de interventie.

Daarnaast was een dubbelblinde randomisatie niet mogelijk, doordat behandelaren betrokken waren bij de uitvoering van het project en van de interventie. Om te onderzoeken of er sprake kan zijn geweest van bias als gevolg van deze opzet, is na afloop van het onderzoek een focusgroep georganiseerd waaraan alle behandelaren deelnamen. In deze bijeenkomst is besproken in welke mate behandelaren de cliënten in de beide condities verschillend hebben benaderd of behandeld. Alle behandelaren gaven aan dat de allocatie van de cliënten geen rol heeft gespeeld in de individuele sessies met de jongeren, en dat zij de cliënten in de twee condities niet verschillend hadden behandeld.

Het is mogelijk dat sociale wenselijkheid een rol heeft gespeeld bij deze beantwoording. Aangezien de behandelaren ook hebben aangegeven dat zij zich wel belast voelden door het onderzoek en daarin eerlijk waren naar de onderzoeker toe, achten wij de kans op sociale wenselijkheid niet erg groot. In toekomstig onderzoek zal onderzocht moeten worden of het mogelijk is om behandelaren wel onbekend te laten zijn met de allocatie van hun cliënten.

Een derde factor betreft de combinatie in de interventie van de inzet van rolmodellen en van beloningen. Dit is zowel een sterkte als een beperking van dit pilot-onderzoek. Een sterkte, omdat de gecombineerde inzet in dit onderzoek heeft geleid tot goede resultaten. Een beperking, omdat daarmee niet kan worden aangetoond door welke interventie dit goede resultaat precies is veroorzaakt. Omdat de evidentie van zowel de inzet van beloningen als van rolmodellen in de behandeling van jongeren met verslavingsproblematiek nog niet erg overtuigend is, kan het ook zo zijn dat de kracht juist in de combinatie van beide gelegen is. Verder onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Bij de analyses is gebruik gemaakt van een 'intention to treat'-analyse, waarbij ervan uitgegaan is dat jongeren die voortijdig afhaken uit de behandeling niet verbeterd zijn ten opzichte van hun beginsituatie. Er zijn sterke aanwijzingen dat cliënten in de verslavingszorg die de behandeling voortijdig beëindigen, sneller terugvallen (Tanner-Smith et al. 2013) dan cliënten die de behandeling wel afronden. Toch kan het ook voorkomen dat de jongere er, na een korte aanzet, op eigen kracht in slaagt een al bereikte verbetering vast te houden. In dat geval kan dit in deze studie hebben geleid tot een overschatting van de resultaten.

We hebben alle cliënten geïnccludeerd die geïndiceerd waren voor ambulante CGT-behandeling. Naar onze mening zijn deze cliënten een representatieve afspiegeling van de groep jongeren met verslavingsproblemen die zich aanmelden voor

behandeling bij een verslavingscentrum en die in aanmerking komen voor behandeling met LST2. Op basis van onze studie concluderen wij dan ook dat de combinatie van inzet van rolmodellen en beloningen voor deze kleine groep cliënten veelbelovende resultaten laat zien.

In ons onderzoek zijn professionele voetballers ingezet als rolmodellen. Het zou interessant zijn om te bezien of ook anderen als rolmodel kunnen fungeren, met eenzelfde resultaat. Te denken valt daarbij aan andere groepen sporters die jongeren aanspreken (zoals schaatsers en turners), maar bijvoorbeeld ook aan ouders, leraren, artsen of wetenschappers. Daarbij is het van belang aan te sluiten bij de leefwereld van de jongeren die in behandeling zijn. Bezien zou ook moeten worden of een match met geslacht en leeftijd van het rolmodel een rol speelt bij de effectiviteit hiervan.

Hoewel de samenwerking zowel door FC Utrecht als door Victas positief is gewaardeerd, heeft deze vooralsnog geen vervolg gekregen. Dat komt vooral door het ontbreken van structurele financiering voor een dergelijke interventie. We hebben toch willen rapporteren over dit project, omdat het laat zien dat een creatief en onverwacht samenwerkingsverband tot positieve resultaten kan leiden.

Conclusie

Dit eerste pilot-onderzoek laat zien dat het gecombineerd inzetten van rolmodellen en beloningen de therapietrouw kan bevorderen bij verslaafde jongeren. De beschreven interventie is effectief gebleken in het pilot-onderzoek. Deze interventie kwam niet alleen de cliënten ten goede, maar ook de voetbalclub, in de zin van public relations. Onze resultaten zijn (hopelijk) de aanzet voor beleidsmakers en professionals in de gezondheidszorg om dergelijke effectieve interventies op te zetten om therapietrouw te verbeteren.

Dankwoord Wij willen Rob Stigter, Cees Verbeeke, Karin Pannekoek en Kathinka Bruinsma bedanken voor hun advies bij de praktische uitvoering van het project. Verder bedanken we de therapeuten die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek: Nienke Leeffers, Helene van Verseveld en Krijn Roeleveld. Ten slotte willen wij alle cliënten en de voetballers van FC Utrecht bedanken voor hun medewerking aan dit project en onderzoek.

Literatuur

- Ahuja, A. S., Cromec, I., & Williams, R. (2013). Engaging young people who misuse substances in treatment. *Current Opinions in Psychiatry, 26*, 335–342.
- Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. K. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: a new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry, 53*, 225–231.

- Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L.A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addictive Behaviors, 37*, 1325–1334.
- Carney, T., & Myers, B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 14*, 25.
- Chi, F.W., Campbell, C. I., Sterling, S., & Weisner, C. (2012). Twelve-Step attendance trajectories over 7 years among adolescents entering substance use treatment in an integrated health plan. *Addiction, 107*, 933–942.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*, 807–816.
- Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. M. (2004). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services, 55*, 767–774.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., Burke, R., & Litt, M. D. (2014). The efficacy of contingency management for adolescent cannabis use disorder: a controlled study. *Substance Abuse, 35*, 391–398.
- Lee, M. T., Garnick, D. W., O'Brien, P. L., Panas, L., Ritter, G. A., Acevedo, A., et al. (2012). Adolescent treatment initiation and engagement in an evidence-based practice initiative. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*, 346–355.
- Liu, R. T., Case, B.G., & Spirito, A. (2014). Injection drug use is associated with suicide attempts but not ideation or plans in a sample of adolescents with depressive symptoms. *Journal of Psychiatric Research, 56*, 65–71.
- Lovibond, P. F. L., & Lovibond, S. H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales (2nd Edn). Sydney: Psychology Foundation.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., et al. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction, 93*, 1857–1867.
- Marti, C. N., Stice, E., & Springer, D. W. (2010). Substance use and abuse trajectories across adolescence: a latent trajectory analysis of a community-recruited sample of girls. *Journal of Adolescence, 33*, 449–461.
- McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry, 69*, 1151–1160.
- Petry, N. M., & Simcic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: Clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 81–86.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry, 45*, 7–12.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C., & Deering, D. (2009). Youth retention: factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review, 28*, 663–668.
- 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*, 145–158.
- Toubourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet, 369*, 1391–1401.
- Wildt, W. A. de, Leher, P., Schippers, G. M., Nakovics, H., Mann, K., & Brink, W. van den (2005). Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: a multinational study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 29*, 509–516.

- Wu, L. T., Gersing, K., Burchett, B., Woody, G. E., & Blazer, D. G. (2011). Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: findings from a large electronic health records database. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 1453–1462.
- Yancey, A. K., Grant, D., Kurosky, S., Kravitz-Wirtz, N., & Mistry, R. (2011). Role modeling, risk, and resilience in California adolescents. *Journal of Adolescent Health, 48*, 36–43.
-

Jermaine Goveia was ten tijde van het onderzoek student geneeskunde bij het Julius Centrum van UMC Utrecht.

Dr. Gerdien H. de Weert is coördinator onderzoek bij Victas, centrum voor verslavingszorg, te Utrecht. E-mail: gdweert@victas.nl.

Gisèle Hoevenaars is senior preventiemedewerker bij Victas, centrum voor verslavingszorg, te Utrecht.

Dr. Rob de Leeuw is senior onderzoeker bij het Julius Centrum van UMC Utrecht.

Prof. dr. Guus Schrijvers was ten tijde van het onderzoek hoogleraar public health bij het Julius Centrum van UMC Utrecht. Inmiddels is hij gezondheidseconoom en oud-hoogleraar public health.