

Drop-out in de hulpverlening onder cannabisverslaafden

Een onderzoek naar de motivatie voor behandeling

Loes Hagenauw
(S1740741)

Begeleiders: Drs. Frank Brook
Dr. René Veenstra

Augustus 2010
Master Sociologie van criminaliteit en veiligheid
Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen



**rijksuniversiteit
groningen**



Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie *'Drop-out onder primair cannabisverslaafden. Een onderzoek naar motivatie voor behandeling'*. Deze scriptie is geschreven in samenwerking met Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en ter afronding van mijn studie Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Niet alleen is dit de afronding van mijn studie, maar het is tevens de afronding van mijn tijd als student en de start van een nieuwe periode. Een periode die ik met gezonde spanning tegemoet zie.

Voor deze scriptie is onderzoek gedaan naar het voortijdig beëindigen van de behandeling bij primair cannabisverslaafden, ook wel drop-outs genoemd. Hiervoor lag de focus op motivatie voor behandeling. Het doel was om te achterhalen of deze invloed had op het voortijdig beëindigen van de behandeling en om op deze manier VNN inzicht te verschaffen in eventuele oplossingen om toekomstige drop-outs te voorkomen dan wel het aantal drop-outs te verminderen.

Natuurlijk is deze scriptie niet tot stand gekomen zonder de hulp en betrokkenheid van vele personen. Op deze plek wil ik deze personen dan ook bedanken voor hun tomeloze inzet, geduld en opbeurende gesprekken wanneer het even wat minder ging.

Allereerst wil ik Verslavingszorg Noord Nederland en al zijn medewerkers bedanken voor hun hulp bij het tot stand brengen van dit onderzoek; mijn dank gaat uit naar de medewerksters van het BITE-team die mij geholpen hebben om mijn data te verzamelen. Ook de ex-cliënten van VNN wil ik bedanken voor hun medewerking en hun openheid. Ik wil mijn stagebegeleider, Frank Brook, bedanken voor het meedenken over de richting van het onderzoek, zijn feedback, zijn kracht om mij te motiveren en ten slotte zijn positieve houding en zijn vertrouwen in mijn kunnen. Ook mijn begeleider René Veenstra wil ik bedanken voor zijn adviezen, feedback en meedenkend vermogen. Zonder hen zou mijn scriptie niet zijn geweest wat hij nu is.

Ten slotte wil ik nog mijn familie, vrienden en speciaal mijn vriend bedanken. Voor hun onvoorwaardelijke vertrouwen in mij, hun steun en een luisterend oor.

Loes Hagenauw
Groningen, augustus 2010

Inhoudsopgave

• Samenvatting	5
• 1. Introductie	6
- 1.1 Aanleiding.....	6
- 1.2 Inleiding.....	7
- 1.3 Relevantie.....	9
- 1.3.1 <i>Maatschappelijke relevantie</i>	9
- 1.3.2 <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	9
- 1.4 Leeswijzer.....	9
• 2. Theoretische achtergrond	10
- 2.1 Profielschets cannabiscliënt.....	10
- 2.2 Drop-out.....	12
- 2.3 Doelframing.....	13
- 2.3.1 <i>De drie doelframes</i>	14
- 2.4 Motivatie.....	15
- 2.4.1 <i>Interne en externe motivatie</i>	15
- 2.4.2 <i>Interne motivatie en doelframing</i>	16
- 2.4.3 <i>Externe motivatie en doelframing</i>	17
- 2.5 Motivatie voor behandeling.....	19
- 2.6 Demografische factoren.....	20
- 2.7 Samenvatting.....	22
- 2.8 Conceptueel model.....	24
• 3. Methode	25
- 3.1 Setting.....	25
- 3.2 Onderzoeksgroep.....	25
- 3.2.1 <i>Procedure van dataverzameling</i>	27
- 3.2.2 <i>Operationalisering</i>	27
- 3.3 Meetinstrumenten.....	28
- 3.3.1 <i>Motivation for Treatment vragenlijst</i>	28
- 3.3.2 <i>MATE</i>	29
- 3.3.3 <i>USER</i>	29
- 3.3.4 <i>Aanvullende vraag</i>	29
- 3.4 Analysemethode.....	29
• 4. Resultaten	30
- 4.1 Beschrijving drop-out versus non-drop-out.....	30
- 4.2 Toetsing van de hypothesen.....	32
- 4.2.1 <i>Relatie tussen demografische factoren en drop-out ...</i>	32
- 4.2.2 <i>Relatie tussen motivatie voor behandeling en drop-out</i>	33
- 4.2.3 <i>Relatie tussen intern en extern gemotiveerde cannabiscliënten en drop-out</i>	33
- 4.3 Redenen voor het voortijdig beëindigen van het behandelprogramma.....	34
- 4.4 Belangrijkste bevindingen.....	34
• 5. Conclusie en discussie	36
- 5.1 Sterke en minder sterke punten.....	37
- 5.2 Afsluitend.....	39

• 6. Referenties.....	40
• Bijlage I: Vragenlijst.....	43

Samenvatting

Achtergrond: De laatste jaren is er een stijging waargenomen in het aantal aanmeldingen van primair cannabisverslaafden bij de verslavingszorg. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) is het de derde grootste groep cliënten waar de instelling zich op richt. Naast dat het de snelst groeiende groep verslaafden is, is uit onderzoek van VNN gebleken dat cannabisverslaafden de grootste groep is die voortijdig hun behandeling beëindigen. Met andere woorden een drop-out zijn.

Motivatie voor behandeling is een van de oorzaken die wordt genoemd in het al dan niet doen starten, slagen en doorzetten van een behandeling. Wanneer een cliënt gemotiveerd is om te starten met de behandeling, wil dit nog niet zeggen dat die cliënt ook bereid is om te veranderen. Motivatie voor behandeling kan namelijk ook ontstaan door externe factoren, zoals familie, vrienden en justitie. Hierdoor gaat een cliënt deelnemen aan een behandelprogramma, terwijl deze cliënt niet gemotiveerd is om te veranderen. De behandeling heeft de beste kans van slagen wanneer de cliënt zowel intern als extern gemotiveerd is om te starten met de behandeling.

Doel: Wat zijn de redenen voor het voortijdig beëindigen van een behandelprogramma? Daarnaast wordt er onderzocht of er een verband is tussen motivatie voor behandeling en drop-out onder primair cannabisverslaafden en of intern gemotiveerde cliënten vaker het behandelprogramma afmaken dan extern gemotiveerde cliënten.

Methode: Het onderzoek is uitgevoerd bij Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen. In de periode 1 juni tot 1 juli 2010 is bij 50 ex-clieënten telefonisch een vragenlijst afgenomen. Van deze 50 ex-clieënten waren er 23 een drop-out en 27 een non-drop-out. Bij deze 50 ex-clieënten is de Motivation for Treatment vragenlijst afgenomen. Deze meet de motivatie voor behandeling. Er kan gescoord worden op vier schalen: probleemherkenning algemeen, probleemherkenning specifiek, behoefte aan hulp en bereidheid tot behandeling. Daarnaast zijn nog sociaaldemografische gegevens meegenomen in het onderzoek.

Resultaten: Om antwoord te kunnen geven op bovenstaande vragen is gebruik gemaakt van logistische regressieanalyse. Hieruit bleek dat motivatie voor behandeling invloed heeft op drop-out. Echter alleen de schaal bereidheid tot behandeling had een statistisch significante bijdrage. Wanneer ex-clieënten hoger scoorden op bereidheid tot behandeling verlaagde dit de kans dat ze een drop-out waren. Tevens werd gevonden dat extern gemotiveerde cliënten meer dan twee keer zoveel kans hadden om een drop-out te zijn dan intern gemotiveerde cliënten.

De meest genoemde reden onder de drop-outs, waarom ze de behandeling voortijdig hebben beëindigd, was dat ze het idee hadden dat verdere behandeling niet zou helpen.

Conclusie: De mate van motivatie voor behandeling heeft invloed op drop-out. Hoe gemotiveerder een cliënt is voor behandeling hoe kleiner de kans dat deze persoon een drop-out wordt.

Kernwoorden: cannabis, drop-out, motivatie voor behandeling, intern en extern gemotiveerd.

1. Introductie

1.1 Aanleiding

Al eeuwenlang wordt cannabis voor vele verschillende doeleinden gebruikt: als grondstof voor textiel, voor medicinale doeleinden en voor de psychoactieve werking. De psychoactieve werking van de plant werd rond 1800 in Europa ontdekt. In Nederland raakte men rond de Tweede Wereldoorlog bekend met cannabis als roesmiddel en pas vanaf de jaren zestig werd cannabis een populaire drug onder jongeren. Jarenlang werd gedacht dat het niet mogelijk was verslaafd te raken aan cannabis. Enkele jaren geleden is hierin verandering gekomen en zijn deskundigen tot de conclusie gekomen dat cannabisafhankelijkheid wel degelijk bestaat. Bij verslaving wordt er altijd gelet op lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie en het optreden van ontwenningsverschijnselen na het stoppen) en geestelijke afhankelijkheid (hunkering, niet meer zonder het middel willen). Verschillende studies hebben aangetoond dat bij het veelvuldig toedienen van THC (de werkzame psychoactieve stof van cannabis) personen tolerantie ontwikkelen voor de psychoactieve en cardiovasculaire effecten. Daarnaast beïnvloedt THC het beloningssysteem in de hersenen. Sommige mensen hebben een genetische kwetsbaarheid waardoor ze sneller afhankelijk raken van genotmiddelen. Wanneer zo'n middel langdurig gebruikt wordt, ontstaat er een langdurige verandering in de hersenen waardoor drugs extra aantrekkelijk worden, er hunkering naar ontstaat en ten slotte afhankelijkheid (Vervaeke, 2008).

De opvatting, die in de maatschappij heerst, over het gebruik van cannabis, namelijk dat het geen kwaad kan om een jointje te roken, is aan het veranderen. Niet alleen de deskundigen zijn tot het inzicht gekomen dat verslaving aan cannabis mogelijk is, ook de maatschappij komt steeds meer tot het inzicht dat het roken van cannabis niet zonder gevolgen is.

Een aanzienlijk gedeelte van de bevolking heeft wel eens cannabis gebruikt. De meest recente cijfers uit 2005 laten zien dat bijna een kwart (23%) van de Nederlandse inwoners tussen de 15 en 64 jaar wel eens cannabis heeft gebruikt. In 1997 was dit percentage 19%. Ter vergelijking: het percentage personen dat ooit XTC, cocaïne of opiaten heeft gebruikt, is respectievelijk: 4%, 3% en 1%. Van de groep tussen 15 en 65 jaar had 3% de afgelopen maand nog cannabis gebruikt, deze groep kan gezien worden als het aantal huidige gebruikers. Van deze huidige gebruikers rookt 23% dagelijks cannabis, dit percentage komt neer op 85.000 personen (van Laar, Cruts, Verdurmen, van Ooyen-Houben & Meijer, 2008).

De kans dat iemand cannabisverslaafd raakt, is echter klein. Uit epidemiologisch onderzoek is gebleken dat deze kans 10% is. Dit percentage is lager dan de kans op afhankelijkheid bij het gebruik van nicotine, opiaten en cocaïne, respectievelijk 32%, 23% en 17% (Vervaeke, 2008).

Hoewel de kans op cannabisverslaving klein is, groeit de hulpvraag onder cannabisgebruikers. In 2008 is het aantal cannabiscliënten in de verslavingszorg gestegen met 5% ten opzichte van 2007. Dit maakt cannabis, na alcohol en opiaten, de belangrijkste drug waar de verslavingszorg zich op moet richten en hulp aan moet verlenen. In 2008 meldde 18% van de Nederlandse populatie zich voor het eerst bij de verslavingszorg. Onder deze nieuwkomers is de groep cannabisverslaafden het grootst, 33% (Landelijk Alcohol en drugs informatie systeem, 2009).

Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) signaleert in alle drie de noordelijke provincies een stijging in de aanmeldingen onder primair cannabisverslaafden. In 2008 was 10% van de cliënten in de provincie Groningen in behandeling voor een primaire cannabisverslaving. In de provincie Drenthe was dit 12% en in de provincie Friesland 11%. In 2009 was dit aantal gestegen naar respectievelijk 12%, 15% en 12%. Hiermee zijn binnen VNN de primair cannabisverslaafden de derde grootste groep (Verslavingszorg Noord Nederland, 2010b; 2010c; 2010d).

Naast dat er steeds meer mensen in behandeling komen voor een primaire cannabisverslaving is uit onderzoek van VNN gebleken dat primair cannabisverslaafden de grootste groep is die hun behandeling irregulier beëindigen (Tinga & Brook, 2009). Dit wil zeggen dat de cliënt zelf besluit de behandeling te beëindigen zonder overleg met de behandelaar. Een cliënt die eenzijdig de behandeling beëindigt, wordt ook wel drop-out genoemd.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat 32% van de 718 onderzochte personen zelfstandig de behandeling heeft beëindigd. Hiervan vormden de cannabisverslaafden in 2008 en in 2009 met bijna 40% de grootste groep. Het totale drop-outpercentage binnen VNN lag in 2009 echter op maar 27%. Het drop-outpercentage onder de primair alcoholverslaafden bedroeg 29% en het drop-outpercentage onder primair opiaatverslaafden was 27% (Verslavingszorg Noord Nederland, 2010a).

Daarnaast kwam naar voren dat de cliënten die een primaire cannabisverslaving hebben nog de meeste hinder ondervinden van hun verslaving. Van de 30 dagen voorafgaand aan het onderzoek had deze groep nog 19 dagen gebruik gemaakt van cannabis (Tinga & Brook, 2009).

Als conclusie komen de onderzoekers met het advies om verder onderzoek te verrichten naar cannabisverslaafden en met name naar de eventuele oorzaken van het hoge drop-out percentage.

In de wetenschappelijke literatuur zijn er talrijke artikelen te vinden waarin onderzoek is gedaan naar drop-out binnen drugsbehandelingen. Deze zijn echter veelal toegespitst op alcohol of harddrugsverslaving. Onderzoek dat zich in Nederland alleen richt op drop-out bij primair cannabisverslaafden is nog niet verricht. Een onderzoek dat zich richt op drop-out onder primair cannabisverslaafden is daarmee een waardevolle toevoeging op bestaande studies.

1.2 Inleiding

Drop-out is iets dat in alle vormen van de gezondheidszorg voorkomt.

Het gebeurt maar al te vaak dat cliënten die toegewezen zijn aan een behandeling deze voortijdig beëindigen tegen elk medisch en therapeutisch advies in.

Al in 1975 hebben Baekeland en Lundwall een overzicht uitgebracht waarin ze drop-out bij verschillende gezondheidszorgbehandelingen bestudeerden. Hieronder viel ook de bestudering van drop-out bij alcohol en drugsbehandelingen.

Zij vonden dat bij ambulante detoxificatie 26% tot 69% van de cliënten voortijdig het programma beëindigde en bij poliklinische detoxificatie was dit 23% tot 39%. Het percentage cliënten dat voortijdig (voor de vierde sessie) bij ambulante hulpverlening voor alcoholisten het programma beëindigde, liep van 52% tot 75%. Bij behandeling van heroïneverslaafden die nog methadon kregen toegediend lag het drop-outpercentage na zes maanden tussen de 7% en 64%. Bij een drugsvrije behandeling lukte het 82% van de cliënten niet om de behandeling af te maken (Baekeland & Lundwall, 1975).

Stark (1992) heeft het overzichtsonderzoek van Baekeland en Lundwall doorgetrokken tot 1992. De resultaten die hij heeft gevonden zijn in overeenstemming met die van Baekeland en Lundwall, met een gemiddeld drop-outpercentage van 50%.

De cijfers voor drop-out bij drugsbehandelingen in Nederland zijn niet anders dan de internationale bevindingen. Bij ambulante alcohol en drugsbehandeling is het drop-outpercentage 47% en 57% en bij poliklinische alcohol en drugsbehandelingen zijn de drop-outpercentages 35% en 53% (de Weert- van Oene, 2000).

De consequenties van drop-out komen tot uiting in de grote onkosten voor de gezondheidszorg en daarnaast in de nadelige effecten voor de cliënt zelf. In de eerste plaats verspillen de cliënten de tijd van de behandelaars, deze zitten te wachten op cliënten die niet komen opdagen. De behandelaar kan in die periode geen werk verrichten en kan ook geen andere cliënten helpen. Dit kan resulteren in langere wachtlijsten. Daarnaast loopt de

instelling vergoedingen van de zorgverzekeraar mis omdat ze, door afwezigheid van cliënten, geen productie hebben (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; King & Canada, 2004; Deyo & Inui, 1980; Stark, 1992). Ten tweede heeft het voor de cliënt ook gevolgen. Drop-out heeft invloed op de effectiviteit van de behandeling. De duur van behandeling hangt samen met de uitkomst van de behandeling. Hoe langer een cliënt in behandeling is geweest hoe effectiever deze wordt bevonden en hoe positiever de resultaten (Baekeland & Lundwall, 1975; Barrett et al., 2008; Stark, 1992; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997). Alcohol- en drugscliënten die de behandeling afmaken hebben een grotere kans om clean te blijven en werk te handhaven, daarnaast komen ze minder vaak in contact met politie en de kans op een terugval is kleiner (Stark, 1992).

Ondersteund door deze bevindingen is het tegengaan van drop-out een wenselijk feit.

Een van de verklarende factoren voor het eenzijdig door de cliënt beëindigen van de behandeling die in de wetenschappelijke literatuur en onderzoeken naar voren komt, is de mate van motivatie die een cliënt bezit.

Een gebrek aan motivatie wordt al sinds lange tijd als verklarende factor genoemd van het doen mislukken van het starten, doorzetten en het volledig succesvol afronden van een behandeling (Miller, 1985). Zonder gemotiveerde cliënt wordt er door de behandelaar geen positief resultaat bereikt.

In de klinische wereld wordt motivatie vaak gedefinieerd als het tegenovergestelde van ontkenning en weerstand en als synoniem voor acceptatie en overgave (Miller, 1985). Volgens Miller (1985) wordt een cliënt als gemotiveerd beschouwd wanneer deze het standpunt van de behandelaar over zijn of haar probleem accepteert, ontspannen is en bereid is mee te werken aan de behandeling.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat motivatie een positieve invloed heeft op de relatie tussen de cliënt en de behandelaar, de perceptie van de cliënt, op de competenties van de behandelaar en de verkregen ondersteuning van vrienden. Daarnaast zorgt motivatie ervoor dat de cliënt een groter aantal behandelingsbijeenkomsten bijwoont (Joe, Simpson & Broome, 1998), wat weer zorgt voor effectievere en succesvollere uitkomsten.

Motivatie kan opgedeeld worden in motivatie voor behandeling en motivatie voor gedragsverandering. Motivatie voor behandeling kent vier schalen: probleemherkenning algemeen, probleemherkenning specifiek, de behoefte aan hulp en bereidheid tot behandeling. Aan de hand van deze criteria kan gemeten worden of een persoon bereid is om te starten met een behandeling (Simpson & Joe, 1993).

Daarnaast kan er onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe motivatie. Uit onderzoeken is gebleken dat cliënten die aan de behandeling beginnen vanuit interne motivatie, een grotere kans hebben dat ze deze succesvol beëindigen en dat de kans op een terugval wordt verkleind (Ryan et al 1995, Stark, 1992).

Motivatie voor behandeling zegt echter niks over motivatie voor gedragsverandering. De motivatie voor behandeling kan tot stand komen door externe druk. Hierdoor ontstaat er een situatie waarbij een cliënt die ongemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen, toch start met een behandeling (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller & Pulliam, 2003).

Uit het onderzoek van VNN is gebleken dat cannabiscliënten de grootste groep vormt die voortijdig de behandeling beëindigt. Ze stoppen dus met de behandeling. Om deze reden wordt er in deze scriptie de nadruk gelegd op de motivatie voor behandeling. Door te meten in hoeverre iemand gemotiveerd is om het programma te volgen, kunnen die cliënten eruit gefilterd worden bij wie de kans op het succesvol beëindigen van de behandeling het grootst is. Op deze manier worden onnodige drop-outs voorkomen en komt de efficiëntie van de behandeling tot zijn recht. Tevens kunnen er interventies worden toegepast om ongemotiveerde cliënten (bijvoorbeeld door externe druk) gemotiveerd te krijgen. Hierdoor kan externe motivatie omgezet worden in interne motivatie.

De te onderzoeken probleemstelling luidt dan ook:

Is er onder primair cannabisverslaafden een verband tussen motivatie voor behandeling en drop-out?

Deelvragen hierbij zijn:

- Wat zijn de redenen van het voortijdig beëindigen van de behandeling?
- Zijn drop-outs minder gemotiveerd voor behandeling dan non-drop-outs?
- Zijn intern gemotiveerde ex-cliënten eerder een drop-out dan extern gemotiveerde ex-cliënten?

1.3 Relevantie

1.3.1 Maatschappelijke relevantie

Het voortijdig beëindigen van de behandeling door primair cannabisverslaafden heeft maatschappelijke consequenties. Zo is gebleken dat cliënten die voortijdig met de behandeling stoppen een grotere kans op terugval hebben, vaker werkloos zijn en vaker in contact komen met politie (Stark, 1992). Deze gevolgen kunnen er voor zorgen dat de veiligheid van de maatschappij in het geding komt.

Tevens heeft drop-out financiële gevolgen voor de zorginstellingen. Wanneer een cliënt niet op komt dagen kan de behandelaar zijn werk niet verrichten, terwijl cliënten die wel klaar zijn voor behandeling moeten wachten en op een wachtlijst komen te staan. Omdat de behandelaar zijn werk niet kan doen keert de zorgverzekeraar niet uit. De lange wachtlijsten die ontstaan kunnen de maatschappelijke mening over de zorginstelling negatief beïnvloeden. Ook families ervaren de consequenties van een lange wachtlijst. De situatie van het familielid dat hulp nodig heeft, kan verslechteren of de wil om met de behandeling te starten kan verdwijnen (Barrett et al., 2008).

Meer inzicht krijgen in drop-out is dan ook gewenst. Door inzicht te krijgen in de oorzaken van drop-out kan informatie verkregen worden waardoor beleidsmakers en behandelaren de cliënten kunnen identificeren die een groter risico vormen voor drop-out. Preventieve maatregelen kunnen er genomen worden om het drop-outpercentage te doen dalen en de effectiviteit van de behandeling te waarborgen, zodat de mentale en fysieke uitkomsten optimaal zijn (Li, Sun, Purl, Marsh & Anis, 2007).

1.3.2 Wetenschappelijke relevantie

Onderzoek naar drop-out onder drugsbehandeling is veelvuldig gedaan, maar onderzoek naar drop-out onder primair cannabisverslaafden is nog niet veelvuldig uitgevoerd.

In deze scriptie wordt gebruik gemaakt van twee theorieën, de doelframingtheorie en de theorie voor motivatie voor behandeling. Deze theoretische achtergrond biedt handvatten om maatregelen te nemen die het gedrag van primair cannabisverslaafden doet veranderen zodat het drop-outpercentage daalt en de effectiviteit van de behandeling verbetert.

Daarnaast vertekenen drop-outs ook de onderzoeken naar de effectiviteit van de behandeling. Door drop-outs is er sprake van onvolledige data, hierdoor ontstaan analytische problemen en daardoor worden er verkeerde conclusies getrokken (Deyo & Inui, 1980). Het reduceren van drop-out komt dus het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een behandeling ten goede.

1.4 Leeswijzer

De scriptie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 komt het theoretisch kader aan bod. Eerdere onderzoeken worden besproken en theorieën worden besproken van waaruit dit onderzoek wordt gezien. In hoofdstuk 3 wordt de methode van de dataverzameling besproken evenals de analysetechniek. Hoofdstuk 4 laat de resultaten zien van de getoetste hypothesen. In hoofdstuk 5 wordt het onderzoek afgesloten met een conclusie en discussie.

2. Theoretische achtergrond

In dit hoofdstuk komt de theoretische achtergrond van het onderzoek aan bod. Vele theorieën omtrent drop-out zijn reeds ter hand genomen om te kunnen achterhalen waarom cliënten voortijdig de behandeling beëindigen. Dit onderzoek richt zich op de motivatie voor en de bereidheid tot behandeling van cliënten.

In paragraaf 2.1 wordt er eerst een profielschets gegeven van een cannabisgebruiker. In paragraaf 2.2. wordt ingegaan op de term drop-out, wat houdt deze precies in en hoe wordt deze afgebakend. In paragraaf 2.3 wordt de theorie over doel framing uitgelegd. In paragraaf 2.4 komt de term motivatie aan bod. Wat houdt deze precies in en wat is de link met drop-out? Paragraaf 2.5 bevat de motivatie voor behandeling. De geschiedenis en de verschillende schalen worden besproken en er wordt een koppeling gemaakt naar drop-out. In paragraaf 2.6 worden de demografische gegevens nader toegelicht. In paragraaf 2.7 wordt de theoretische achtergrond samengevat en ten slotte komt in paragraaf 2.8 het conceptueel model aan bod.

2.1 Profielschets cannabiscliënt

De groep cannabisgebruikers die in behandeling is bestaat voornamelijk uit mannen. In 2003 waren er 16,7% vrouwen die hulp zochten in verband met het gebruik van cannabis in 2008 waren dat er 20,6% (Landelijk Alcohol en drugs informatie systeem, 2009). Ondanks deze lichte stijging zijn nog steeds de mannen oververtegenwoordigd. Cannabisgebruik komt het meest voor in de leeftijdsgroep 16 tot 25 jaar. In deze groep heeft 10% de laatste maand cannabis gebruikt (Postel et al., 2008).

Binnen deze groep jongeren is er een aantal speciale subgroepen waarbij het gebruik van problematische aard is. Dit zijn: zwerfjongeren, voortijdige schoolverlaters en gedetineerde jongeren. Van deze groepen heeft 37% tot 87% de afgelopen maand gebruik gemaakt van cannabis (Vervaeke, 2008). Daarnaast zijn er nog speciale groepen volwassenen bij wie cannabisgebruik beduidend vaker voorkomt dan bij de algemene bevolking. Dit zijn de dak- en thuislozen (52%) en psychiatrische patiënten die last hebben van angst- en stemmingsstoornissen (van Laar et al., 2008). Cannabisgebruikers wonen voornamelijk in de verstedelijkte gebieden. In verstedelijkte gebieden heeft 7,5% van de algemene bevolking (tussen de 15 en 64 jaar) de laatste maand cannabis gebruikt, tegenover 1,5% in niet-verstedelijkte gebieden (Vervaeke, 2008).

Er is een aantal risicofactoren en kenmerken dat van invloed is op het al dan niet beginnen met het gebruik van cannabis en het eventueel ontwikkelen van problematisch gebruik. Deze risicofactoren zijn afgeleid uit de kenmerken van de cannabisgebruiker en overmatig cannabisgebruik (Postel et al., 2008).

1) Redenen voor gebruik

De redenen om voor het eerst cannabis te gebruiken verschillen van de redenen die later een rol gaan spelen. Nieuwsgierigheid, erbij willen horen en afzetten tegen de ouders worden als reden genoemd om te beginnen. Zich goed voelen, ontspanning en genieten van muziek zijn redenen die genoemd worden wanneer men langer gebruik maakt van cannabis. Het gebruik van cannabis heeft ook nadelen, maar gebruikers laten weten dat ze hun gebruik zo kunnen regelen dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. Hierdoor ontstaat er een situatie waarbij ze zelf het gebruik van cannabis niet als probleem ervaren.

2) Eigenwaarde

Het niveau van eigenwaarde ligt bij cannabisgebruikers lager dan bij niet-gebruikers. Mensen met een lage eigenwaarde hebben een negatief zelfbeeld. Hierdoor kan er contact gezocht worden met deviante groepen die het drugsgebruik kunnen

- bevorderen. Wanneer in deze vriendengroep drugsgebruik als normaal wordt ervaren, word je uitgesloten als je niet aan deze norm voldoet. Iemand met een lage eigenwaarde wil niet het risico lopen buitengesloten te worden, hierdoor zullen zij aan de heersende norm moeten voldoen en zullen gemakkelijker overgaan tot het gebruiken van drugs
- 3) Het omgaan met stress
Stress gaat gepaard met het signaleren van een stressvolle gebeurtenis, de evaluatie van deze (in eerste instantie) schadelijke gebeurtenis, de biologische reactie (arousal) en de cognitieve en gedragsmatige reactie (coping). De manier waarop een persoon omgaat met stress en dus eventueel gebruik kan gaan maken van cannabis als stressreducerend middel, hangt af van een aantal factoren. Dit zijn factoren zoals: persoonlijkheid, steun van familie en vrienden, biologische gevoeligheid, genetische factoren, familiegeschiedenis, chronisch onbehagen en slecht functioneren in alledaagse situaties.
 - 4) Gezinsituatie
Het problematisch gebruik van cannabis komt meer voor bij jongeren die uit een gebroken gezin komen door bijvoorbeeld, een scheiding of het overlijden van een ouder. Ook de houding van de ouders tegenover het gebruik van cannabis speelt een cruciale rol. Wanneer ouders tolerant tegenover het gebruik van cannabis staan en weinig controle uitoefenen is de kans groter dat het gebruik zich ontwikkelt tot problematisch gebruik. Ook het hebben van een broer of een zus die cannabis gebruikt is een risicofactor.
 - 5) De invloed van vrienden
Vrienden hebben een grote invloed op het gebruik van drugs. Een persoon kan enerzijds in aanraking komen met drugs omdat vrienden deze bezitten, aan de andere kant kan een persoon bewust de keuze maken om een vriendengroep op te zoeken waarvan hij weet dat er drugs worden gebruikt. Wanneer er cannabisafhankelijkheid is opgetreden, krijgen de vrienden vooral een belangrijke rol bij het in stand houden van deze afhankelijkheid. Het gebruik van cannabis is vaak ook een sociale aangelegenheid. In 40% van de gevallen krijgt men zijn cannabis via vrienden en bekenden. Wanneer het sociale netwerk van een persoon bestaat uit medegebruikers is de kans kleiner dat deze persoon een behandeling succesvol afrond.
 - 6) Overige kenmerken
De personen die afhankelijk zijn van cannabis disfunctioneren op sociaal niveau, hebben slechte schoolprestaties en een slechte financiële positie. Aangenomen mag worden dat de groep adolescenten die problematisch cannabis gebruiken dagelijks last hebben van de negatieve gevolgen van het gebruik, aangezien deze groep gemiddeld vier joints per dag rookt (Postel et al., 2008). Bij deze groep is er echter vaak sprake van ontkenning van deze nadelige gevolgen. Het gebruik van cannabis is een sociaal geaccepteerd gebeuren geworden. Iedereen kent wel iemand die af en toe gebruik maakt van cannabis. Doordat cannabis redelijk gedecriminaliseerd en genormaliseerd is in de samenleving en gedoogd wordt door de overheid, krijgt de gebruiker minder kritiek vanuit de omgeving op zijn of haar gedrag. Door deze sociale acceptatie wordt de bewustwording van het eigen problematische gebruik in de weg gestaan. Ook komt de gebruiker niet toe aan het nadenken over eventuele gedragsveranderingen. Zijn gedrag roept immers geen sociale weerstand op.

2.2 Drop-out

In de maatschappij heeft de term drop-out vaak een negatieve klank. Het wordt veelal geassocieerd met voortijdige schoolverlaters en met personen die buiten de maatschappij staan en onsuccesvol zijn in het leven (de Weert- van Oene, 2000).

De van Dale (2005) omschrijft drop-out onder andere als volgt: 1) iemand die zich door zijn levenswijze min of meer buiten de maatschappij plaatst, 2) voortijdige schoolverlater en 3) mislukkeling.

In de wetenschappelijke literatuur is er veel onderzoek gedaan naar drop-out, maar er wordt geen eenduidige definitie gehanteerd. In de meeste artikelen met betrekking tot drop-out wordt drop-out gedefinieerd als het verlaten van therapie voor een aantal vastgestelde sessies. Het aantal te bezoeken sessies voordat men zich een drop-out kan noemen is echter bij elke studie anders. Doordat er geen eenduidige definitie gehanteerd wordt in onderzoeken lopen de resultaten sterk uiteen en kunnen onderzoeken onderling niet altijd met elkaar vergeleken worden (Barrett et al., 2008; Baekeland & Lundwall, 1975).

Dat resultaten onderling niet vergeleken kunnen worden is een zorgelijke zaak. Hatchett en Park (2003) laten met hun onderzoek zien dat door het hanteren van verschillende definities voor het voortijdig beëindigen van behandelingen, andere maar vooral ook contradicterende constructen worden gemeten en daarmee dus ook het effect en de invloed van de behandeling en het onderzoek. Ook Wierzbicki en Pekarik (1993) vonden in hun onderzoek dat bij verschil in definiëring van drop-out de resultaten sterk uiteen liepen. Zo werd er een beduidend lager drop-outpercentage (36%) gevonden wanneer drop-out werd gedefinieerd als de afwezigheid van een cliënt op een afspraak. Wanneer drop-out werd gedefinieerd aan de hand van de beoordeling van de behandelaar was het percentage drop-out beduidend hoger, namelijk 48%. Hetzelfde percentage werd gevonden wanneer drop-out werd gedefinieerd aan de hand van het aantal sessies dat de cliënt heeft bijgewoond alvorens de behandeling te beëindigen.

Volgens Baekeland en Lundwall (1975) zijn er drie typen cliënten die aan de term drop-out voldoen: 1) de cliënt die terug kan komen, 2) de cliënt die niet terug wil komen en 3) de cliënt die door de behandelaar weggestuurd wordt. Daarnaast categoriseren ze de drop-outs naar lengte van verblijf. Ze maken hierin onderscheid in: 1) directe drop-out (na één sessie), 2) snelle drop-out (na een maand) en 3) een langzame drop-out (tussen de twee en zes maand).

De Weert- van Oene (2000) combineert deze twee groepen om een heldere omschrijving en typering van een drop-out te genereren. Hierdoor kunnen toekomstige onderzoeken beter met elkaar vergeleken worden. Zij onderscheidt twee criteria: de lengte van verblijf, zoals hierboven beschreven door Baekeland en Lundwall en de manier waarop een cliënt vertrekt. Zij voegt hier nog de groep 'no show' aan toe. Dit zijn cliënten die zonder berichtgeving niet op hun afspraak verschijnen.

Bij het criterium, de manier waarop een cliënt vertrekt, onderscheidt de Weert- van Oene twee belangrijke variabelen: vanuit wie komt het initiatief om te vertrekken en in hoeverre is er een overeenstemming tussen de cliënt en behandelaar over het vertrek. Hierbij maakt ze tevens gebruik van de groepering zoals Baekeland en Lundwall die hanteren over het type cliënt.

Door bovengenoemde twee criteria met elkaar te combineren onderscheidt ze vier typen voortijdig behandelingverlaters: drop-out, push-out, step-out en completer. Bij de drop-out ligt het initiatief om te vertrekken bij de cliënt en gebeurt dit zonder overleg met de behandelaar, een step-out wordt beschouwd als een cliënt die duidelijk kan maken aan de behandelaar waarom hij wil stoppen met de behandeling, het vertrek komt voort uit overleg tussen cliënt en behandelaar. Cliënten die worden weggestuurd uit behandeling worden push-outs genoemd, het vertrek gebeurt niet in overleg en het initiatief komt van de behandelaar. De completer is een cliënt die vertrekt in overleg met en op initiatief van de behandelaar.

Figuur 2.1.1 Indeling voortijdig behandelingverlaters (de Weert- van Oene, 2000)

	<i>In overleg</i>	<i>Zonder overleg</i>
<i>Initiatief vanuit cliënt</i>	Step-out	Drop-out
<i>Initiatief vanuit behandelaar</i>	Completer	Push-out

De definiëring van De Weert van Oene gaat er vanuit dat drop-outs op eigen initiatief en zonder overleg voortijdig de behandeling beëindigen. Deze definiëring van drop-out zal in de rest van deze scriptie gehanteerd worden.

2.3 Doelframing

In de psychologie en sociologie wordt er vaak vanuit gegaan dat elke persoon een andere kijk op verschillende situaties heeft en dat deze kijk op situaties bepaalt hoe die persoon op die situaties reageert. De laatste tijd is deze assumptie geconcretiseerd. Doelen zijn de belangrijkste factor die bepaalt hoe een persoon een bepaalde situatie ziet en daarop reageert (Lindenberg & Steg, 2007).

Mensen streven altijd het doel verbetering van de persoonlijke toestand na. De motivatie om de persoonlijke toestand te verbeteren wordt vergroot wanneer handelingen die deze verbetering moeten realiseren succesvol blijken te zijn. Je eigen toestand verbeteren is een doel wat hoog staat aangeschreven. Niemand heeft echter de aanleg om zijn totale persoonlijke toestand te verbeteren. Verbetering is selectief. Het hangt af van het onderdeel waar de persoon zich op richt (Lindenberg, 2008).

Er kan onderscheid gemaakt worden in het verbeteren van iemands persoonlijke individuele toestand of van die als lid van een groep. Een balans vinden tussen deze twee is soms problematisch. Sommige verbeteringen van het individu kunnen ten kosten gaan van de groep en andersom. Mensen hebben overkoepelende doelen gecreëerd die zowel bruikbaar zijn voor het individu als voor een lid van een groep. Daarnaast zijn mensen in staat om niet alleen te kijken naar de verbetering van de persoonlijke toestand op dat moment, maar zijn ze ook in staat om strategisch te handelen voor verbetering in de toekomst. Oftewel: investeren in jezelf (Lindenberg, 2008). De breuklijnen individueel / groep en korte termijn / lange termijn leiden tot drie overkoepelende doelen. Deze drie doelen zijn: hedonisch doel (verbetering van gevoelens op dat moment), winst doel (verbetering van materiële middelen) en normatief doel (je op de juiste manier gedragen). Wanneer een van deze overkoepelende doelen wordt geactiveerd (wanneer de focus op een van deze doelen komt te liggen) beïnvloedt dit hoe mensen informatie verwerken, wat ze op dat moment denken, voor wat voor informatie ze gevoelig zijn, hoe ze de zaken evalueren, wat voor alternatieve acties ze hebben en hoe ze zich gedragen. Het doel waar de focus op ligt, samen met bovengenoemde cognitieve en evaluatieve consequenties wordt het 'doelframe' genoemd. Het doel creëert een frame waarin alle andere processen plaatsvinden. Op welke van de drie overkoepelende doelen de focus komt te liggen hangt af van interne en externe signalen die het doel activeren. Doelframes worden niet gekozen, maar worden automatisch aangewakkerd (Lindenberg, 2008).

Het is niet zo dat er maar één doel tegelijk is geactiveerd. Gedrag resulteert meestal vanuit een mix van doelen die al dan niet met elkaar in overeenstemming zijn. Het is echter het meest waarschijnlijk dat er één overkoepelend doel is dat het framingproces domineert (Lindenberg & Steg, 2007).

Op een bepaald moment is er één doelframe waar de focus op ligt, deze beïnvloedt het cognitieve proces het meest. De overige twee doelframes zijn de achtergronddoelen geworden. Deze achtergronddoelen kunnen de sterkte van het doelframe waar de focus op ligt, beïnvloeden. Dit houdt in dat ze het doelframe kunnen versterken of verzwakken (Lindenberg, 2008). Wanneer de achtergronddoelen verenigbaar zijn met het doelframe waar de focus op ligt, dan wordt deze versterkt. Wanneer achtergronddoelen in conflict zijn met het doelframe waar de focus op ligt wordt deze verzwakt. Reacties op situaties zullen wat dat betreft altijd gemixt zijn. De doelen worden echter niet op gelijkwaardig niveau gemixt, maar er wordt onderscheid gemaakt in voorgronddoelen en achtergronddoelen.

2.3.1 De drie doelframes

1) Hedonisch doelframe

Dit is het doel dat zich bezig houdt met de verbetering van hoe iemand zich voelt op dat moment (zoals, genot, verbetering van het zelfvertrouwen, vermijden van negatieve gedachten). Bij dit doel gaat het om directe behoeftebevrediging en wordt er dus naar verbetering op het korte termijn gekeken. Signalen uit de omgeving kunnen er voor zorgen dat het hedonische doel geactiveerd wordt. Wanneer mensen bezig zijn met een hedonisch doel verliezen ze de langetermijnconsequenties uit het oog en verschuiven het winst doelframe en normatieve doelframe naar de achtergrond (Lindenberg, 2008).

2) Winst doelframe

Dit doel heeft de verbetering van materiële middelen voor ogen (zoals: spaargeld, inkomen verhogen). Doelen die te maken hebben met gevoelens en normatief gedrag worden naar de achtergrond gedrukt. Personen in dit doelframe zijn erg gevoelig voor veranderingen in de persoonlijke middelen. Het gaat om middel en lange termijn behoeftebevrediging. Het afwijken van bestaande normen kan kosten met zich meebrengen. Aandacht voor normen in een winst doelframe komt neer op aandacht voor sancties. Tekenend dat een situatie in conflict is met normen en persoonlijk gewin zorgt bij de meeste mensen voor een winst doelframe. Bijvoorbeeld, afkijken tijdens een tentamen gaat tegen de norm in. De negatieve gevolgen worden afgewogen in het winst doelframe. Wanneer de gevolgen niet groot zijn, zullen personen gaan voor een persoonlijke winst en gaan ze tegen de norm in (Lindenberg, 2008).

3) Normatieve doelframe

Het doel van dit doelframe is om je op de juiste manier te gedragen. Mensen raken gevoelig voor wat men denkt dat er van hen verwacht wordt. Wanneer personen zich in een normatief doelframe bevinden zijn doelen die te maken hebben met hoe iemand zich voelt en persoonlijke middelen naar de achtergrond gedrukt. Verbetering van dit doel is meestal in combinatie met groepsdoelen. Soms draagt het bij aan een groepsproject (teamsport), soms draagt het bij aan het een publiek doel (functie van de rechter) en soms gaat het over overeenstemming van groepsnormen (gedrag in publieke ruimtes). Wanneer sancties het winst doelframe aanwakkeren zal dit de bereidheid tot samenwerking verminderen wanneer de sanctie niet hoog genoeg is. Wanneer sancties de groep ondersteunen wordt samenwerking gepromoot. Het normatieve doelframe kijkt veel naar hoe anderen het doen en hecht hier veel waarde aan (Lindenberg, 2008).

2.4 Motivatie

Motivatie is een belangrijke factor binnen de alcohol- en drugsbehandelingprogramma's. Er wordt vaak gezegd dat motivatie een onmisbare voorwaarde is voor behandeling. Wanneer een cliënt ongemotiveerd is, kan een behandelaar geen successen boeken (Simpson & Joe, 1993). Gebrek aan motivatie wordt ook wel aangewezen als oorzaak waardoor het starten, doorzetten en succesvol beëindigen van een behandeling mislukken (Miller, 1985).

Behandelingen die mislukken worden meestal veroorzaakt door de negatieve houding die cliënten hebben tegenover de behandeling. Ze zien de behandeling bijvoorbeeld als niet effectief. Personen die zichzelf niet kunnen of willen overgeven aan het programma zijn vaak de mensen die niet eerlijk tegen zichzelf zijn en dus ongemotiveerd zijn (Miller, 1985).

In de wetenschap wordt motivatie vaak gedefinieerd als een tegenhanger van ontkenning en weerstand en als synoniem voor acceptatie en overgave. Een cliënt wordt als gemotiveerd beschouwd wanneer hij het standpunt die de behandelaar heeft over zijn probleem accepteert, ontspannen is en voldoet aan de behandelingsvoorschriften (Miller, 1985).

Uit onderzoek blijkt dat lage motivatie correleert met een hoger drop-outpercentage (Joe et al., 1998). Daarnaast heeft motivatie ook invloed op de ontwikkeling van de relatie met de behandelaar, vergroot deze de perceptie die de cliënt heeft over de competenties van de behandelaar en van de verkregen ondersteuning van zijn sociale achterban. Ook zorgt motivatie er voor dat de cliënt meer sessies bijwoont (Joe et al., 1998).

Onderzoek naar de motivatie voor behandeling is belangrijk opdat er achterhaald kan worden welke methodes en interventies er ingezet dienen te worden om cliënten gemotiveerd te krijgen voor behandeling en ervoor te zorgen dat ze deze succesvol beëindigen. Motivatie is echter een fluctuerend en flexibel fenomeen. Motivatie wordt beïnvloed door interne en externe factoren die door de tijd heen veranderen. Daarnaast verandert de betekenis van motivatie ook door de tijd heen. Motivatie behelst niet alleen de bereidheid tot het aanwenden van een bepaald gedrag (bijvoorbeeld: de motivatie om clean te blijven), maar is ook een motief dat deze motivatie veroorzaakt (bijvoorbeeld: de motivatie om te stoppen met drugsgebruik is om de gezondheid te verbeteren). Het is van groot belang dat de mate van motivatie die de cliënt bezit, door de behandelaar in de gaten gehouden wordt zodat deze hierop in kan springen. Hierdoor krijgt de cliënt de behandelvorm aangeboden die bij zijn mate van motivatie past (Drieschner, Lammers & van der Staak, 2004). Door de interventies aan te passen aan de mate van motivatie wordt de cliënt geleidelijk aan betrokken bij het behandelingsproces (Battjes, Onken & Delany, 1999). Wanneer behandelprogramma's niet aansluiten bij de mate van motivatie voor behandeling zullen, naar alle waarschijnlijkheid, de cliënten ongemotiveerd raken en de behandeling voortijdig beëindigen (Drieschner et al., 2004).

Motivatie is dus een voorspellende factor wat de duur van behandeling betreft en de duur van de behandeling correleert met een succesvolle beëindiging van het programma. Aangenomen mag worden dat er een hoge mate van motivatie nodig is om er voor te zorgen dat cliënten blijven deelnemen aan de behandeling om deze succesvol te beëindigen (Cahill et al., 2003).

Uit bovenstaande bevindingen kan de eerste hypothese geformuleerd worden:

H1. Naarmate deelnemers aan een cannabisbehandelingprogramma meer gemotiveerd zijn zullen ze de behandeling vaker afmaken.

2.4.1 Interne en externe motivatie

Motivatie kan opgedeeld worden in twee dimensies: interne motivatie en externe motivatie.

Interne motivatie is de wens om te veranderen wat voortkomt uit het individu zelf (Fickenscher, Novins & Beals, 2006). De keuzes die gemaakt worden komen voort uit persoonlijke overwegingen van persoonlijke waarden en normen (Cahill et al., 2003) en

kunnen de wens weerspiegelen om een interne beloning te behalen, bijvoorbeeld een gevoel van zelfbekwaamheid (McBride et al., 1994).

Externe motivatie is de 'wens' om te veranderen als gevolg van externe druk, zoals druk die justitie uitoefent om deel te nemen aan een behandeling of druk vanuit de familie om aan het probleem te werken (Fickenscher et al., 2006) en het kan tevens de wens weerspiegelen om een externe beloning te ontvangen, bijvoorbeeld financiële vergoeding (McBride et al., 1994).

Verschillende studies hebben aangetoond dat interne motivatie een goede voorspeller is voor het al dan niet succesvol afronden van een behandeling en zorgt voor een blijvende gedragsverandering. Cliënten die uit eigen beweging deelnemen aan een drugsbehandeling (wat een hogere interne motivatie suggereert) hebben doorgaans een lagere drop-out en betere behandelingsuitkomsten dan cliënten die zijn doorverwezen via andere instellingen (Ryan, Plant & O'Malley, 1995; Stark, 1992). Cliënten die externe motivatie ervaren door bijvoorbeeld justitiële druk behalen geen duurzame verbeteringen (Stark, 1992).

Therapietrouw is optimaal wanneer cliënten zowel intern als extern gemotiveerd zijn (Cahill et al., 2003). Een lage interne motivatie resulteert in een onsuccesvolle behandelingsuitkomst, zelfs wanneer externe motivatie hoog is. Behandelingsuitkomsten zijn alleen succesvol wanneer er in voldoende mate interne motivatie aanwezig is (Cahill et al., 2003). Personen die vanuit intrinsieke motivatie deelnemen aan een behandeling zullen in mindere mate externe druk ervaren en zijn eerder geneigd om actief deel te nemen aan de behandeling en er is interactie met mededeelnemers. Personen die onder druk aan de behandeling deelnemen hebben weinig vertrouwen in de effectiviteit van het programma (Ryan et al., 1995). Het gebrek aan vertrouwen in de effectiviteit van het programma kan resulteren in drop-out.

Externe motivatie hoeft niet altijd ineffectief te zijn. Externe motivatie kan ook leiden tot interne motivatie, maar alleen wanneer een individu deze externe motivatie een significante betekenis toeschrijft. Personen die via justitie toegewezen zijn aan een drugsbehandeling kunnen deze gebeurtenissen op twee manieren een betekenis toekennen. De eerste is dat ze hun deelname aan de behandeling zien als bewijs voor het niet meer onder controle hebben van hun drugsgebruik (lager kunnen ze niet zinken). In dit geval kan de externe motivator (druk van justitie) aanzetten tot interne motivatie. Ten tweede, personen die via justitie toegewezen zijn tot het volgen van een drugsbehandelingprogramma ervaren deze behandeling alleen maar als extra externe druk, en zullen daardoor passief deelnemen aan de behandeling zolang deze druk aanhoudt. Daarnaast kan externe druk ontstaan vanuit sociale, familiale en collegiale factoren. Deze druk kan een individu positief beïnvloeden in zijn bewustwording van zijn drugsgebruik en het belang van hulp zoeken (Cahill et al., 2003).

Uit onderzoek van DeLeon en Kressel (1997) is gebleken dat personen die primair aan cannabis verslaafd zijn vooral deelnemen aan behandelingsprogramma's vanuit externe druk. Deze druk wordt voornamelijk uitgeoefend door justitie en familie.

Ook McBride et al. (1994) hebben onderzoek gedaan naar de externe en interne motivatie van cannabisgebruikers. Uit het onderzoek kwam naar voren dat personen die cannabis gebruiken minder intern gemotiveerd waren waar het gezondheidsproblemen betrof. Zelfcontrole was voor hen een externe factor. Een mogelijke oorzaak waarom zelfcontrole bij cannabisgebruikers gezien kan worden als een externe factor is dat cannabisgebruikers hun gebruik vaak niet zien als een probleem of een verslaving, maar dat hun omgeving dit wel doet. De bereidheid om de zelfcontrole te verhogen omtrent het gebruik komt dan voort uit de bezorgdheid van anderen. Evenals zelfcontrole wordt ook justitiële druk ervaren als externe motivator bij cannabisgebruikers.

2.4.2 Interne motivatie en doelframing

De term interne motivatie kan vanuit twee invalshoeken benaderd worden. Ten eerste kan interne motivatie bij een cannabisgebruiker aanwezig zijn om te blijven gebruiken. Ten tweede kan er interne motivatie aanwezig zijn bij een cannabisgebruiker om te gaan stoppen met gebruik. De eerste vorm van interne motivatie kan vanuit het hedonisch doelframe

verklaard worden. Bij dit doelframe zijn personen erop uit om hun gevoel op dat moment te verbeteren. Ze zijn erg gevoelig voor factoren die hun gemoedstoestand, energie level en sociale atmosfeer beïnvloeden. De tweede vorm van interne motivatie kan vanuit het winst doelframe verklaard worden. Bij dit doelframe streven personen verbetering van (materiële) middelen na op de midden en lange termijn (Lindenberg, 2008)

1) Interne motivatie om te blijven gebruiken

Redenen die onder anderen genoemd worden voor het gebruik van cannabis zijn, zich goed voelen en ontspanning. Ook kan cannabis gebruikt worden als stressreducerend middel (Postel et al., 2008). Kenmerken die optreden bij het gebruik van cannabis zijn, geestverruimend effect, euforische gevoelens, associatieve denk patronen en verandering van de zintuiglijke waarnemingen (Vervaeke, 2008). Het gaat vooral om effecten die het gevoel van een gebruiker op dat moment verbeteren. De effecten treden echter alleen op een korte termijn op. Dit is ook wat een cannabis gebruiker nastreeft. Het gebruik van cannabis op de lange termijn heeft echter negatieve gevolgen. Zo kan er een stoornis in het denkvermogen ontstaan. Logische op eenvolgende gedachten worden niet meer begrepen en men kan zich paranoïde gaan voelen (Vervaeke, 2008). Een cannabisgebruiker zal meestal handelen vanuit het hedonisch doelframe. Hij gaat voor de verbetering van zijn gevoelens op dat moment en het gebruik van cannabis kan dit bewerkstelligen. De gevolgen die het gebruik op lange termijn heeft worden niet in acht genomen. Wanneer cannabisgebruik vanuit dit perspectief verklaard wordt, zullen gebruikers niet snel intern gemotiveerd raken om te stoppen. Het normatieve en winst doelframe die naar de achtergrond zijn gedrukt, zullen hierbij een rol moeten gaan spelen wil een cannabisgebruiker intern gemotiveerd raken om te stoppen met gebruik.

2) Interne motivatie om te stoppen

Wanneer cannabisgebruikers uit zichzelf besluiten te stoppen (dus intern gemotiveerd zijn) en deel te nemen aan een behandeling, doen ze dit voornamelijk omdat hun kijk op cannabisgebruik veranderd was en omdat ze vonden dat het een negatief effect op ze had. Hun gezondheid ging erop achteruit en er ontstonden depressieve gevoelens (Ellingstad, Sobell, Sobell, Eickleberry & Golden, 2006). Kortom, gebruik van cannabis had negatieve gevolgen voor hun gevoelens en gezondheid op de lange termijn. Cannabisgebruikers die vanuit interne motivatie besluiten te stoppen zullen waarschijnlijk handelen vanuit het winst doelframe. Dit doelframe richt zich op midden en lange termijn behoeftebevrediging en streeft verbetering van (materiële) middelen na. Cannabisgebruikers die volgens dit doelframe besluiten te stoppen zijn uit op verbetering van hun gezondheid en gevoelens op de lange termijn. Daarnaast zorgt het stoppen ook voor een verbetering in de financiële situatie. Het geld wat eerder uitgegeven werd aan cannabis kan nu bespaard worden (Ellingstad et al., 2006).

2.4.3 Externe motivatie en doelframing

Ook externe motivatie kan vanuit twee invalshoeken benaderd worden. De eerste gaat er vanuit dat personen extern gemotiveerd zijn om cannabis te gebruiken. De tweede benadering gaat er vanuit dat cannabisgebruikers extern gemotiveerd zijn om te stoppen met gebruik en te starten met een behandeling.

Externe motivatie om te stoppen ontstaat vanuit druk wat externe partijen leggen op een cannabisgebruiker om te stoppen. Dit kunnen justitie, vrienden of familie zijn.

1) Externe motivatie om te gebruiken

Wanneer personen cannabis gebruiken vanuit externe motivatie zullen ze volgens de doelframing theorie handelen vanuit het winst doelframe. De omgeving kan dit winst doelframe versterken. Wanneer in een vriendengroep het gebruik van cannabis de norm is, zullen personen handelen naar deze norm. Wanneer een persoon gaat

handelen naar de heersende norm, het gebruik van cannabis, gebeurt dit via het winst doelframe. De winst die een persoon haalt uit het gedragen naar de heersende norm en de externe druk die daarmee op hem gelegd wordt om ook te gebruiken, is het maken en behouden van vrienden. Een sanctie die kan volgen wanneer personen zich niet aan de heersende norm houden is uitsluiting en dus verlies van vrienden. Personen met een lage eigenwaarde willen dit risico niet lopen en zullen eerder de heersende norm overnemen. Gebleken is dat cannabisgebruikers een lage eigenwaarde hebben (Postel et al., 2008). De kans dat een cannabisgebruiker een behandeling afmaakt, zou dan ook klein zijn als er gehandeld wordt vanuit het winst doelframe wanneer stoppen met gebruik het verliezen van vrienden betekend.

2) Externe motivatie om te stoppen

De meeste cannabisgebruikers zullen stoppen met vanuit externe druk starten met een behandeling met als doel om te stoppen met gebruik. Eerder is al uitgelegd dat cannabisgebruikers hun gebruik vaak niet als een probleem ervaren (Postel et al., 2008) en dus niet snel intern gemotiveerd zullen raken om te stoppen. Het stoppen met gebruik kan verklaard worden vanuit het normatieve en winst doelframe. Redenen om te stoppen met gebruik die genoemd worden zijn onder anderen, problemen met justitie en politie en de hoge kosten die het gebruik met zich meebrengt (Ellingstad et al., 2006). Mensen die handelen vanuit het winst doelframe zijn er op uit om hun materiële middelen te vergroten. Het stoppen met het gebruik van cannabis kan hier een bijdrage aan leveren. Er wordt geen geld meer uitgegeven aan het verkrijgen van cannabis en het spaargeld wordt vergroot. Wanneer een cannabisgebruiker zich in een omgeving begeeft waar gebruik van cannabis niet de norm is, zal de gebruiker via extern druk gemotiveerd raken en handelen vanuit het normatieve doelframe om te stoppen met gebruik en te starten met een behandeling. Het hedonische doelframe is in dit geval een achtergronddoel en kan het normatieve doelframe verzwakken of versterken. Wanneer de externe motivatie niet omgezet wordt in interne motivatie zal stoppen met het gebruik van cannabis tegen de gevoelens van de gebruiker in gaan. Het hedonisch doelframe kan het voorgronddoel worden en de gebruiker zal weer beginnen met gebruik en stoppen met de behandeling. Hij wordt dus een drop-out. Wanneer de externe motivatie vanuit het normatieve doelframe omgezet wordt in interne motivatie in combinatie met de interne beloning die dat oplevert, zal de persoon positieve gevoelens ervaren bij het stoppen van gebruik en het starten met de behandeling. Deze gevoelens kunnen er voor zorgen dat een persoon de behandeling afmaakt en positief afrondt.

De hypothesen die uit deze bevindingen getrokken kunnen worden zijn:

H2a: Naarmate cannabiscliënten meer intern gemotiveerd zijn zullen ze vaker de behandeling afmaken.

H2b: Wanneer cannabiscliënten alleen extern gemotiveerd zijn zullen ze vaker de behandeling voortijdig verlaten.

2.5 Motivatie voor behandeling

Het is belangrijk op te merken dat motivatie voor gedragsverandering niet hetzelfde is als motivatie voor behandeling. Een individu kan gemotiveerd raken voor behandeling doordat personen van buitenaf druk op het individu leggen. Dit kan resulteren in de situatie waarbij een individu een behandeling in gaat terwijl deze ongemotiveerd, onwillig of ambivalent is ten opzichte van daadwerkelijke gedragsverandering (Cahill et al., 2003). De meeste behandelingsprogramma's gaan er echter vanuit dat wanneer iemand deelneemt aan de behandeling deze persoon ook gemotiveerd is om te veranderen. Dit hoeft niet altijd het geval te zijn. De theorieën over motivatie voor gedragsverandering laten niet zien waarom een cliënt gemotiveerd is om te veranderen, daarnaast geven ze ook geen handvatten aan behandelaren hoe een ongemotiveerde cliënt in behandeling te houden (Marlowe, Merikle, Kirby, Festinger & McLellan, 2001).

In dit licht ontwikkelden DeLeon en Jainhill een vragenlijst die zich richt op zowel motivatie voor behandeling als op motivatie voor gedragsverandering. Dit werd de Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (CMRS) vragenlijst (Marlowe et al., 2001). De schalen beoordelen hoe een cliënt externe druk om deel te nemen aan de behandeling, interne druk om te stoppen met drugs, bereidheid om gedragsverandering te ondergaan en de geschiktheid van een therapeutische gemeenschap waarneemt en interpreteert. De vragenlijst was echter alleen toepasbaar in therapeutische gemeenschappen, waarbij ook nog eens bescheiden correlaties werden gevonden (Simpson & Joe, 1993). De vragenlijst was niet bewezen effectief in andere settings. De CMRS is effectief wat betreft het meten van de toeschrijving van een cliënt om probleemgedrag te veranderen, maar is minder geschikt voor de meting naar de reden waarom ze deelnemen aan een behandeling (Marlowe et al., 2001).

Deze resultaten waren de basis voor Simpson en Joe (1993) om de schalen te verbeteren en zo te construeren dat ze ook voor bredere instellingen inzetbaar waren. Simpson en Joe (1993) hebben drie schalen geconstrueerd. De schalen representeren achtereenvolgende stadia van gedragsverandering, waarbij de cliënt verschillende cognitieve veranderingen doormaakt. Van het aanvaarden van zijn probleem tot aan de noodzaak tot verandering. Op deze manier is de Motivation for Treatment scale ontstaan.

De Motivation for Treatment vragenlijst bestaat uit de schalen: 1) Probleemherkenning. Deze meet de persoonlijke erkenning (of ontkenning) van de gedragsproblemen veroorzaakt door drugsgebruik, 2) Behoeftte aan hulp. Deze sluit aan bij de bewustwording van interne behoefte aan verandering en interesse in hulp vragen en 3) Bereidheid tot behandeling. Deze schaal richt zich op de toewijding om actief deel te nemen aan het programma om zo het ongewenste gedrag te veranderen. Deze schalen focussen zich op persoonlijke beoordelingen en percepties door de cliënt. Dit representeert de cognitieve interpretatie van druk vanuit verschillende externe en omgevingsfactoren (zoals justitie, familie en vrienden) wat vaak invloed heeft op beslissingen omtrent behandelingen.

Een aspect van probleemherkenning is ontkenning (Drieschner et al., 2004). Perceptie van de werkelijkheid wordt door de cliënt anders ervaren en beoordeeld wanneer deze in ontkenning is ten opzichte van de behandelaar. Motivatie is vaak gemeten als een evaluatie van de mate waarin de cliënt de zienswijze die de behandelaar over zijn probleem heeft, accepteert. Een concept van ontkenning waar veel aandacht aan wordt besteed is die van machteloosheid. Hiermee wordt bedoeld het ontbreken van de wilskracht om het alcohol/drugsgebruik zelfstandig onder controle te houden. Een meningsverschil tussen cliënt en behandelaar kan zelfs de perceptie van motivatie bepalen (Miller, 1985). Een ander aspect dat wordt genoemd is het bewustzijn van ziekte (Drieschner et al., 2004). Een cliënt hoeft het niet oneens te zijn met de definitie van een alcoholist of drugsgebruiker, maar alleen met de toepasbaarheid op zijn persoonlijke situatie. Met andere woorden de acceptatie van de cliënt van de verkregen label van drugsgebruiker of alcoholist. Hiermee

accepteert hij de rol van 'zieke' en de erkenning dat hij externe hulp nodig heeft omdat het op eigen kracht niet lukt (Miller, 1985). De rol van 'zieke' wordt door Mechanic en Volkart (1961) als volgt geformuleerd. Personen zijn van hun dagelijkse verplichtingen bevrijd wanneer de rol van 'zieke' is gelegitimeerd door, medicinale sanctie, goedkeuring van intimi of door diegenen die invloed op hem hebben of door al deze aspecten. Wanneer dit gebeurt krijgt de rol van 'zieke' voorrang op andere verplichtingen, zoals bijvoorbeeld werk en familierollen en kan het dus voor een ontsnapping zorgen voor personen die geconfronteerd worden met onaantoonbare eisen. De wenselijkheid van de rol van 'zieke' kan er voor zorgen dat mensen gemotiveerd raken om professionele hulp te zoeken (Mechanic & Volkart, 1961). Andere aspecten die worden genoemd zijn: interne attributie van het probleem, psychologische gerichtheid en de acceptatie van de eigenverantwoordelijkheid voor het gedrag (Drieschner et al., 2004).

Probleemherkenning is een belangrijk aspect voor de behoefte aan hulp. Afwezigheid van behoefte aan hulp wordt ook wel ontkenning genoemd, maar alleen wanneer een externe behandelaar het ziet als een probleem (Miller, 1985).

Bereidheid tot behandeling bestaat ook uit een aantal aspecten. Dit zijn: de tevredenheid over de behandeling, overeenstemming over de te behalen doelen met de behandeling en de perceptie van de relatie tussen cliënt en behandelaar (Drieschner et al., 2004).

De meeste drugsbehandelingprogramma's zijn erop gericht om cliënten te helpen die al bereid zijn actie te ondernemen om hun gedrag te veranderen. Echter, personen die nog niet klaar zijn om te veranderen of nog in een andere fase van verandering zitten, worden ook toegeschreven aan deze programma's. Behandelaars moeten dus leren omgaan met ongemotiveerde en onwillige cliënten wat betreft gedragsverandering die toch starten met een behandeling en die in tweestrijd zitten om dit te ondergaan (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999).

Uit bovenstaande theorie kunnen de volgende hypothesen geformuleerd worden.

H3a. Naarmate cliënten meer hun probleem herkennen zullen ze vaker de behandeling afmaken

H3b. Naarmate cliënten meer behoefte aan hulp hebben zullen ze vaker de behandeling afmaken

2.6 Demografische factoren

Vele onderzoeken zijn er verricht naar de relatie tussen demografische gegevens en het voortijdig beëindigen van de behandeling. Resultaten zijn echter niet eenduidig. Toch is er een aantal cliëntkenmerken die een risico kunnen vormen voor het voortijdig beëindigen van de behandeling.

Leeftijd. Uit het onderzoek van Baekeland en Lundwall (1975) kwam naar voren dat een jongere leeftijd een risicofactor is voor drop-out. Ze beredeneren dat jongere cliënten een hogere mate van mobiliteit bezitten en minder sterke familie- of andere gemeenschapsbanden hebben, waardoor ondersteuning tot het volgen van een behandeling wegvalt. Andere verklaringen waarom jongere leeftijd een risicofactor is voor drop-out, zijn: anomie, impulsiviteit en verhoogd drugsgebruik (Stark, 1992). Ook Lopez-Goni, Montalvo, Illescas, Landa en Lorea (2008) vonden dat jongere cliënten vaker voortijdig de behandeling beëindigden. Zij beredeneren dat jongere cliënten minder gemotiveerd zijn en dat ze nog niet de langdurige negatieve consequenties van drugsgebruik hebben ervaren, waardoor ze hun drugsgebruik dus ook niet als een probleem zien. Wanneer we deze redenatie zouden

toepassen in de doelframing theorie, zouden jongere mensen handelen vanuit het hedonisch doelframe. Ze zijn bezig hun gevoelens van dat moment te verbeteren en letten niet op de lange termijn gevolgen van hun gedrag. Directe behoeftebevrediging is waar het bij hen om draait. Wanneer er vanuit dit doelframe gehandeld wordt is de kans groter dat jongeren stoppen met de behandeling omdat de behoefte om te gebruiken groter is dan de resultaten die ze kunnen bereiken op lange termijn (Lindenberg, 2008).

Geslacht. De resultaten omtrent de relatie tussen drop-out en geslacht zijn alles behalve consistent. De meeste onderzoekers hebben geen relatie gevonden tussen geslacht en drop-out (Stark, 1992). Verschillende onderzoeken wijzen uit dat geslacht niet direct een relatie heeft met drop-out, maar dat het in een complexe relatie staat tot sociale en persoonlijke factoren, behandelingsmodaliteit en drop-out.

Zo waren de variabelen, het hebben van werk, het hebben van een goede baan, getrouwd zijn, groot aantal kinderen en het hebben van kinderen tussen de 5 en 17 jaar waar nog voor gezorgd moest worden voor mannen een reden om in behandeling te blijven.

Voor vrouwen waren de variabelen, gezondheidsovertuigingen, de mate waarin ze geloofden dat de behandeling voldeed aan wat ze nodig hadden en behandelingsmodaliteit, belangrijke factoren om in behandeling te blijven. Voor vrouwen zijn behandelingsvariabelen belangrijker, omdat de benaderingen van behandeling zich in eerste instantie richten op voornamelijk mannelijke cliënten en daardoor niet aan de vrouwelijke behoefte voldoet. Dit zou ook een reden kunnen zijn waarom bij sommige onderzoeken naar voren komt dat vrouwen vaker voortijdig de behandeling beëindigen (Baekeland & Lundwall, 1975). Concluderend kan gezegd worden dat er geen eenduidige uitspraak valt te doen over de relatie tussen geslacht en drop-out. Wanneer er een significante relatie wordt gevonden moet in gedachten worden gehouden dat dit geen sterke voorspeller is (Stark, 1992).

Etniciteit. Over de variabele etniciteit valt geen eenduidige uitspraak te doen. Onderzoeken rapporteren wisselende resultaten. Dat de resultaten vaak niet eenduidig zijn kan als reden hebben dat vele onderzoeken geen rekening houden met de relatie tussen etniciteit en sociaal-economische factoren zoals inkomen, werk en opleiding (Stark, 1992). Daarnaast wordt er niet altijd gekeken naar de relatie tussen de cliënt en de behandelaar. Gebleken is dat hogere drop-outcijfers zijn gemeten wanneer er een verschil in etniciteit was tussen de behandelaar en de cliënt. Behandelaren die een flexibele houding en afstemming hadden ten opzichte van etnische verschillen zorgden voor lagere drop-outpercentages en betere uitkomsten onder minderheden (Stark, 1992).

Burgerlijke staat. Ook de burgerlijke staat laat geen consequente resultaten zien wat drop-out betreft. Sommige onderzoeken hebben laten zien dat het hebben van een partner of getrouwd zijn een positieve relatie heeft met het afmaken van een behandeling. Andere onderzoeken laten zien dat ze een negatieve relatie hebben met drop-out of dat er helemaal geen relatie aanwezig is. Over het algemeen kan gezegd worden dat getrouwd zijn een middelmatige associatie heeft met het afmaken van een behandeling. Dan nog moet het effect dat getrouwd zijn heeft meer in het licht gezien worden als een echtelijke ondersteuning voor deelname aan het programma, dan perse als sociale ondersteuning (Stark, 1992).

Ernst van de verslaving. Het feit dat cliënten, naarmate ze meer drugs gebruiken, vaker afhaken is eerder de regel dan een uitzondering. Drugsgebruik wordt geassocieerd met drop-out bij therapeutische gemeenschappen, ambulante drugsvrije behandelingen en methadonbehandelingen (Stark, 1992). Hoewel personen met ernstigere problemen eerder geneigd zijn hulp te accepteren, zijn de resultaten wat betreft het in behandeling blijven wisselvallig. De heersende opvatting is, dat wanneer bij aanvang van de behandeling de ernst van de verslaving hoog is, de kans op een succesvolle uitkomst daalt (Sayre et al., 2002). Daarnaast kan de ernst van de verslaving ook interacteren met de aangeboden behandeling. Iemand die minder ernstig verslaafd is kan al gebaat zijn met een kortdurende interventie, terwijl personen met een ernstige mate van verslaving een intensievere en meer gestructureerde behandeling nodig hebben. De ernst kan ook nog verward worden met het aantal onsuccesvolle pogingen van voorafgaande behandelingen. Deze mislukte pogingen kunnen invloed hebben op de motivatie om verder te gaan met nieuwe behandelingen

(Sayre et al., 2002). Sommige onderzoekers hebben als resultaat gevonden dat cliënten die korter verslaafd waren hogere drop-outpercentages hadden. Deze resultaten hebben waarschijnlijk een relatie met leeftijd. Personen die jong zijn hebben een korte drugsgebruiksgeschiedenis. De resultaten laten waarschijnlijk niet de relatie tussen de ernst van het probleem met drop-out zien, maar juist de relatie die drop-out heeft met leeftijd (Stark, 1992).

Sociaal-economische status. In het onderzoek van Baekeland en Lundwall (1975) wordt de sociaal-economische status gedefinieerd aan de hand van opleiding, inkomen en beroepsstatus. Hieruit kwam naar voren dat een lage sociaal-economische status correleert met drop-out. Opleiding, hoogte van inkomen, het hebben van werk zijn factoren die invloed hebben in het al dan niet succesvol beëindigen van de behandeling (Stark, 1992). Cliënten met een lage sociaal-economische status ondervinden praktische problemen. Deze groep heeft vaak problemen met vervoer. Ze zijn meestal niet in het bezit van eigen vervoer en kosten voor het openbaar vervoer zijn te hoog. Hierdoor is de kans groot dat ze afspraken missen of niet nakomen (Beckham, 1992).

Opleiding is de component van sociaal-economische status die het meest gerelateerd is aan een goede gezondheid. Een goede opleiding wordt vaak geassocieerd met vele psychosociale en interactionele capaciteiten inclusief cognitieve complexiteit, zelfwerkzaamheid, openheid tot informatie en conceptuele vaardigheden in het beheren en toepassen van die informatie. Opleiding wordt geassocieerd met grote mate van kennis en een neiging om meer informatie te werven. Wanneer personen bloot worden gesteld aan nieuwe informatie, kunnen personen met een hogere opleiding meer kennis eruit halen dan personen met een lagere opleiding. Wanneer we kijken naar cannabisverslaafden zou geconcludeerd kunnen worden dat deze groep een lagere opleiding heeft genoten dan niet cannabisverslaafden. Het gebruik van cannabis is immers niet zonder gezondheidsgevolgen. Personen met een hogere opleiding zijn volgens bovenstaande theorie zich er meer bewust van dan personen met een lagere opleiding (Mechanic & Volkart, 1961). Vanuit dit oogpunt valt ook te verklaren dat wanneer de behandeling in een vroeg stadium een reducerend effect heeft op de symptomen, cliënten met een laag sociaal-economische status voortijdig met de behandeling stoppen (Baekeland & Lundwall, 1975). Ze zullen waarschijnlijk niet inzien dat het afmaken van een programma een positieve invloed zal hebben op het uiteindelijk resultaat.

Uit bovenstaande demografische gegevens kunnen de volgende hypothesen geformuleerd worden:

H4: Cannabiscliënten die voortijdig de behandeling beëindigen zijn jonger dan cannabiscliënten die de behandeling afmaken

H5: Cannabiscliënten die voortijdig de behandeling beëindigen hebben een lagere opleiding genoten dan cannabiscliënten die de behandeling afmaken

H6: Cannabiscliënten die voortijdig de behandeling beëindigen zijn ernstiger verslaafd dan cannabiscliënten die de behandeling afmaken

2.7 Samenvatting

De cannabisgebruikers in de Nederlandse samenleving zijn over het algemeen mannen tussen de 16 en 25 jaar. Ze zijn laag opgeleid, wonen in verstedelijkte gebieden en hebben vaak een lage eigenwaarde. De vriendengroep bestaat voor een groot gedeelte uit mede cannabisgebruikers. Het gebruik van cannabis is de heersende norm en ouders zijn tolerant tegenover het gebruik van cannabis. Ze handelen voornamelijk vanuit het hedonisch doelframe. Het hedonisch doelframe streeft verbetering van de gevoelens op dat moment

na. Wanneer een gebruiker in behandeling gaat kan dit vanuit het winst en normatieve doelframe tot stand komen.

Gebleken is dat cannabisgebruikers de grootste groep is die de behandeling irregulier beëindigt. Oftewel: cannabisgebruikers hebben het hoogste drop-outpercentage. Een drop-out is een persoon die zelfstandig de behandeling stopzet zonder dit te overleggen met de behandelaar.

Een belangrijke factor die ervoor kan zorgen dat een cannabisgebruiker de behandeling al dan niet succesvol afrondt, is motivatie voor behandeling. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat wanneer personen gemotiveerd zijn voor behandeling, de kans op drop-out vermindert. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe motivatie.

Aangetoond is dat personen die intern gemotiveerd zijn, vaker een behandeling succesvol beëindigen. Externe motivatie komt tot stand door druk die externe partijen, zoals familie en justitie, op personen leggen om een behandeling te volgen. Wanneer personen extern gemotiveerd zijn is de kans dat ze de behandeling succesvol afronden gering.

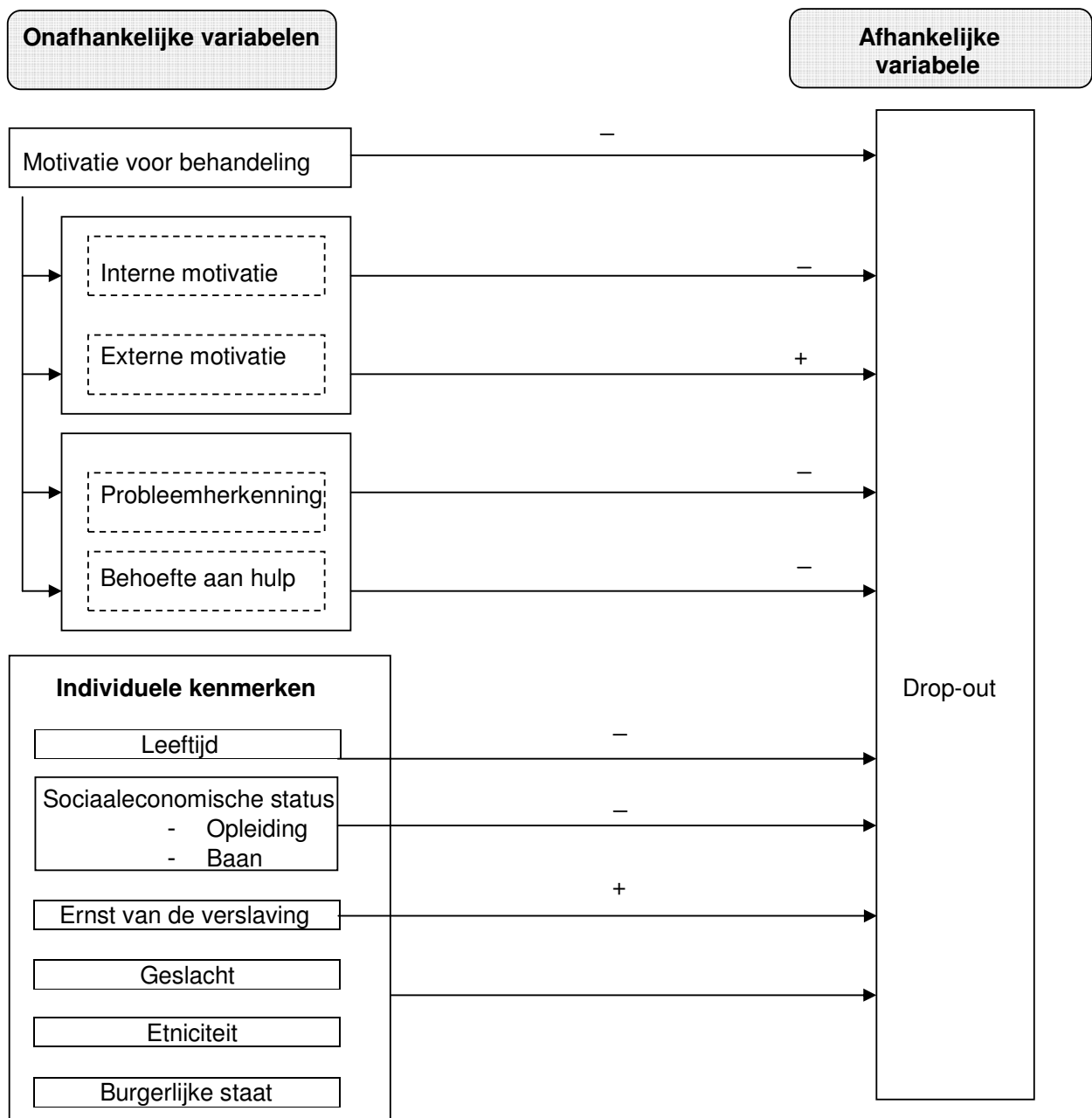
Daarnaast is er nog een aantal demografische factoren die een risico vormen voor drop-out. Zo is een jongere leeftijd, een lagere opleiding en ernstige mate van verslaving een risico om drop-out te worden.

2.8 Conceptueel model

Ter ondersteuning van de theorie door middel van een systematische weergave is dit het conceptueel model.

De afhankelijke variabele is wel of niet drop-out en de onafhankelijke variabelen zijn motivatie voor behandeling, opgedeeld in interne motivatie en externe motivatie en de schalen van motivatie voor behandeling: probleemherkenning en behoefte aan hulp. De controlevariabelen zijn: leeftijd, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, ernst van de verslaving en sociaaleconomische status welke bestaat uit: het hebben van een baan en opleiding.

Figuur 2.8 Conceptueel model



3. Methode

In dit hoofdstuk zal verder in worden gegaan op de methode van de dataverzameling, de onderzoeksgroep, de meetinstrumenten en de analysetechnieken die nodig zijn geweest voor het beantwoorden van de probleemstelling en deelvragen.

Voor dit onderzoek is er telefonisch een vragenlijst afgenomen onder ex-cliënten van de VNN. Deze zal in dit hoofdstuk nader worden toegelicht. Voor de complete vragenlijst zie Bijlage I.

3.1 Setting

Het onderzoek is afgenomen onder primair cannabis verslaafde cliënten van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) die in het verleden bij deze instelling een behandeling hebben gevolgd. VNN is een verslavingszorginstelling die zich in de provincies Groningen, Drenthe en Friesland bevindt. Binnen VNN worden er verschillende taken uitgevoerd op hulpverleningsniveau. De hoofdtak is het bieden van hulp en begeleiding aan mensen die een verslavingsproblematiek hebben. De hulpverlening die geboden wordt, betreft zowel poliklinische behandelingen (individueel en in groepsverband) als ambulante behandelingen (individueel of in groepsverband).

De duur van deze behandelingen loopt sterk uiteen, van een aantal weken ambulante hulpverlening tot een aantal maanden poliklinische behandeling. Sommige cliënten krijgen levenslange ambulante of klinische hulpverlening.

Er zijn drie mogelijke manieren om terecht te komen bij VNN. Ten eerste kunnen mensen zich vrijwillig aanmelden voor een behandeling. Ten tweede kunnen ze doorverwezen worden naar VNN door een externe partij, zoals Bureau Jeugdzorg of huisarts. Ten derde kan men op grond van een strafrechtelijke titel verplicht worden gesteld tot het volgen van een behandeling.

3.2 Onderzoeksgroep

Het onderzoek is retrospectief afgenomen. Hiermee wordt bedoeld dat de vragen die zijn gesteld gaan over de periode voordat de cliënt begon met de behandeling. Om deze reden is er voor gekozen om alleen die cliënten te benaderen die vanaf oktober 2009 tot april 2010 de behandeling hebben beëindigd, met als doel om de geheugenbias die kan ontstaan te verkleinen. Met geheugenbias wordt bedoeld dat wanneer de ex-cliënt te ver terug in de tijd zou moeten gaan om de vragen te beantwoorden, de antwoorden niet meer betrouwbaar genoeg zijn omdat persoonlijke waarheden door de tijd heen veranderen. In totaal waren er 209 ex-cliënten die in de betreffende periode de behandeling hadden beëindigd. Van deze 209 hebben 16 ex-cliënten (8%) aangegeven niet mee te willen werken. De meest genoemde reden was dat ze er geen interesse in hadden (N=15, 7%). Geen bruikbaar nummer of verkeerd nummer kwam 47 (23%) keer voor en te vaak geen gehoor kwam 34 (16%) keer voor. In 62 (30%) gevallen waren er andere redenen dat een ex-cliënt niet kon deelnemen. De twee redenen die het meest voorkwamen waren dat er geen telefoonnummer van de cliënt bekend was (N=17, 8%) en dat de cliënt overdag werkt en alleen 's avonds bereikbaar was (N=21, 10%).

Figuur 3.2.1 Beschrijving non-respons

	Weigering (N=16)		Te vaak geen gehoor (N=34)		Vragenlijst afgenomen (N=50)		Onbruikbaar / verkeerd nummer (N=47)		Anders (N=62)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Mean		Mean		Mean		Mean		Mean	
Geslacht										
1. Man	9	55	23	68	39	78	36	77	45	73
2. Vrouw	7	44	11	32	11	22	11	23	17	27
Leeftijd	25		24		27		27		26	

De groep van 209 ex-cliënten bestond uit 159 mannen en 57 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 26 jaar. In totaal zijn er bij 50 ex-cliënten de vragenlijst afgenomen. Wat een responsepercentage oplevert van 24%. De meeste ex-cliënten waren ongehuwd dan wel gescheiden, 85% bij de non-respons en 83% bij de respons groep. Wat betreft afgeronde opleiding waren de laag opgeleiden oververtegenwoordigd, 58% in de non-respons groep en 48% in de respons groep.

Tabel 3.2.2 Beschrijving response versus non-respons

	Non-respons (N=159)		Respons (N=50)	
	N	%	N	%
	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Geslacht				
- Man	113	71	39	78
- Vrouw	46	29	11	22
Leeftijd in jaren	26	(9,3)	27	(9)
Burgelijke staat				
- Gehuwd	10	8	6	15
- Ongehuwd/gescheiden	102	85	34	83
- Weduwe	1	1	-	-
Missende waarden	7	6	1	2
Leefsituatie *				
- Alleenstaand	44	36	12	29
- Samenwonend	21	17	10	24
- Als kin in gezin	34	28	13	32
- Anders	23	19	2	5
Missende waarden	1	1	4	10
Afgeronde opleiding *				
- Laag (geen, BUO, LO, LVO, LBO)	70	58	19	48
- Middelbaar (MVO, MBO)	30	25	16	40
- Hoog (havo, VWO, HBO, Universiteit)	9	7	5	12
Missende waarden	12	10	-	-
Werk *				
- Werkzaam	35	29	19	48
- Werkloos	74	60	19	48
- Anders	5	4	-	-
Missende waarden	9	7	2	4
Etniciteit				
- Autochtoon	108	90	36	92
- Allochtoon	12	10	3	8

* Sig $p < .10$ (eenzijdig)

De hoger opgeleiden komen iets meer voor in de response groep, 13% tegen 7% in de non-response groep. De meeste ex-cliënten die in de non-response groep zaten waren werkloos, 60%. In de response groep was het evenredig verdeeld zowel voor de werkende als voor de werklozen was het percentage 48%. De autochtonen zijn oververtegenwoordigd in beide groepen, 90% bij de non-response en 92% bij de response groep.

Een Chi-kwadraat toets voor onafhankelijkheid is uitgevoerd. Deze laat zien dat er een significant verschil is tussen de groepen response / non-response en werk $\chi^2(3, n=163) = 6,109, p = .192$ (eenzijdig), $\phi = .111$, leefsituatie $\chi^2(4, N=164) = 13,349, p = .010$ (eenzijdig), $\phi = .285$ en afgeronde opleiding $\chi^2(3, N=161) = 7,869, p = .049$ (eenzijdig), $\phi = .221$. Dit wil zeggen dat er bijvoorbeeld significant meer werklozen in de non-response groep zitten dan in de response groep, of dat er meer alleenstaanden zitten in de non-response groep dan in de response groep.

Een t-toets is uitgevoerd om de gemiddelde leeftijd te vergelijken tussen de non-response en response groep. Uit deze test kwam dat er geen significant verschil in de gemiddelde leeftijd is voor de non-response ($M = 25,81, SD = 9,29$) en response ($M = 27,42, SD = 8,97$); $t(84,58) = -1,101, p = .274$ (tweezijdig).

3.2.1 Procedure dataverzameling

Binnen VNN is BITE actief. BITE staat voor Bel Interview Traject Evaluatie. Het BITE-team bestaat uit zes universitaire studentes die cliënten die een halfjaar geleden in behandeling zijn geweest bij VNN telefonisch benaderen. Zij vragen de cliënten de hulp van VNN te beoordelen en te evalueren, tevens wordt er gevraagd hoe het nu met de cliënt gaat.

In de periode 1 juni 2010 tot en met 1 juli 2010 zijn de 209 ex-cliënten telefonisch benaderd met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. De procedure van het telefonisch benaderen van cliënten diende zorgvuldig te gebeuren om verstoring en overlap met het BITE-team te voorkomen. Het kon namelijk zijn dat cliënten zouden worden gebeld die al eerder door BITE gebeld waren of dat cliënten zouden worden gebeld die op de lijst stonden om door BITE gebeld te worden. Aangezien VNN zo min mogelijk cliënten wil overspoelen met telefonische onderzoeken is er gekozen voor een samenwerking met BITE. De lijst met de 209 ex-cliënten die in aanmerking kwamen om benaderd te worden, werd allereerst naast de BITE belijst gelegd. Er is vervolgens gekeken naar een overlap. Van de 209 ex-cliënten waren er 116 ex-cliënten die ook op de BITE belijst stonden. Van deze 116 ex-cliënten waren er 24 die nog door BITE benaderd zouden worden. Wanneer het BITE-team een van deze 24 ex-cliënten aan de telefoon zou krijgen namen zij de Motivation for treatment vragenlijst af. Van de overgebleven 92 ex-cliënten die al benaderd waren door BITE, werden die ex-cliënten eruit gehaald die te vaak (meer dan zeven keer) geen gehoor gaven, die geen bruikbaar telefoonnummer hadden, die niet mee wilden werken aan het BITE interview en de ex-cliënten die hadden aangegeven dat ze niet weer gebeld wilden worden in verband met VNN. Na deze selectie bleven er 34 ex-cliënten over die al door BITE gebeld waren, maar nog in aanmerking kwamen om door de onderzoekster zelf benaderd te worden om de Motivation for treatment vragenlijst af te nemen. Van de totaal 209 ex-cliënten bleven er nog 93 ex-cliënten over die nog in de toekomst door BITE benaderd zouden worden, maar die voor dit onderzoek al door de onderzoekster zijn benaderd.

Exclusiecriteria: er is een aantal criteria waardoor een cliënt niet in aanmerking kwam om benaderd te worden. Deze waren:

- Cliënt is nog in behandeling
- Cliënt heeft alleen nog maar een intakegesprek gehad

3.2.2 Operationalisering

Onder drop-out worden die cliënten verstaan die eenzijdig en zonder overleg met de behandelaar de behandeling hebben beëindigd. Non-drop-out zijn die cliënten die de behandeling hebben afgemaakt en in overleg met hun behandelaar de behandeling hebben beëindigd.

3.3 Meetinstrumenten

Voor het beantwoorden van de centrale probleemstelling en deelvragen is er gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten. De 'Motivation for Treatment' vragenlijst is gehanteerd om de motivatie voor behandeling te achterhalen. Daarnaast is de MATE gebruikt voor het verkrijgen van de ernst van de verslaving. De demografische gegevens zijn verkregen via het cliënten registratieprogramma USER. De meetinstrumenten zullen hieronder nader toegelicht worden.

3.3.1 Motivation for Treatment vragenlijst

Voor het beantwoorden van de probleemstelling en de deelvragen is gebruik gemaakt van de 'Motivation for Treatment' vragenlijst (Simpson & Joe, 1993). Deze van origine Amerikaanse vragenlijst is in 2002 door de Weert- van Oene vertaald naar het Nederlands. De vragenlijst meet de mate van motivatie voor het deelnemen aan een behandeling. Vanuit een stadium van probleemherkenning wordt een hulpwens geformuleerd die resulteert in de bereidheid tot behandeling. Zeegers, Broekman, Schippers en Rutten (2009) hebben onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de Nederlandse vragenlijst. Zij vonden alpha's voor de schalen tussen de .82 en .89 bij N=514. Om de betrouwbaarheid te meten is er een test-heretestmethode toegepast. De resultaten laten zien dat de betrouwbaarheid goed is te noemen. De correlaties voor de verschillende schalen liepen van .80 tot .87. De totaalscore van de vragenlijst is de correlatie .89.

De 'Motivation for Treatment' vragenlijst bestaat uit vier schalen. Dit zijn de schalen: 1) probleemherkenning algemeen 2) probleemherkenning specifiek, 3) behoefte aan hulp en 4) bereidheid tot behandeling. Alle items worden gemeten aan de hand van een vijfpunt Likertschaal.

De overkoepelende schaal probleemherkenning bestaat uit negen items. Vier items zijn toebedeeld aan 'probleemherkenning algemeen' en vijf items zijn toebedeeld aan 'probleemherkenning specifiek'. 'Gebruik was voor mij een probleem' is een stelling die gesteld werd om probleemherkenning algemeen te meten, waarbij 1= zeker niet mee eens en 5= zeker wel mee eens was. 'Gebruik was voor mij een oorzaak van problemen met politie en justitie' is een stelling die werd gesteld om probleemherkenning specifiek te meten. Een gemiddelde score hoger dan 2,25 betekent dat die persoon hoog scoort op probleemherkenning algemeen. Deze waarde geldt ook bij probleemherkenning specifiek. De Cronbach alpha voor probleemherkenning algemeen is .63 en voor de schaal probleemherkenning specifiek .56. Wanneer beide schalen worden samengevoegd is de alpha .75 bij N=50.

De schaal behoefte aan hulp bestaat uit zeven items. 'Ik had hulp nodig om mijn gebruik te kunnen hanteren' en 'ik was moe van de problemen die door gebruiken werden veroorzaakt', waren stellingen die werden gesteld om behoefte aan hulp te meten. De stelling 'ik kan zonder hulp stoppen met gebruik', is in tegenovergestelde richting gesteld. Hierdoor moesten de waarden gehercodeerd worden. De waarde 1 werd de waarde 5 en omgekeerd. Een gemiddelde score hoger dan 3,0 betekent dat die persoon hoog scoort op behoefte aan hulp. Deze waarde geldt ook bij bereidheid tot behandeling. De Cronbach alpha voor deze schaal is .58 bij N=50. Deze waarde staat in schril contrast met de gevonden waarden uit bovenstaand onderzoek.

De schaal bereidheid tot behandeling bestaat uit acht items. 'Een behandelprogramma was voor mij te veeleisend' en 'Een behandelprogramma zou me niet veel helpen' zijn stellingen waarmee de bereidheid tot behandeling gemeten wordt. De stellingen 'Ik had toen eigenlijk te veel andere verantwoordelijkheden om in een behandelprogramma te zijn', 'Een behandelprogramma was voor mij te veeleisend', 'Een behandelprogramma zou me niet veel helpen' en 'Ik ging deelnemen aan een behandeling omdat iemand anders mij stuurde, zijn in tegenovergestelde richting gesteld. Hierdoor moesten de waarden gehercodeerd worden. De waarde 1 werd de waarde 5 en omgekeerd. De Cronbach alpha voor deze schaal is .69 bij N=50.

Externe motivatie is gemeten aan de hand van de vraag 'Ik ging deelnemen aan de behandeling omdat iemand anders mij stuurde'. Wanneer een ex-cliënt op deze vraag 3,0 of hoger scoorde werd hij beschouwd als extern gemotiveerd. Ex-cliënten zijn op basis van deze cut-off score ingedeeld in extern of intern gemotiveerd. De variabele is een dichotome variabele.

3.3.2 MATE

De MATE is een instrument dat op een valide en betrouwbare wijze de patiëntenkenmerken meet in zowel de verslavingszorg als de geestelijke gezondheidszorg. MATE staat voor Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie. De uitkomsten van de MATE bieden een indicatie voor de benodigde zorg en behandeling en voor de evaluatie van die verleende zorg en behandeling. Deze indicatie wordt gebaseerd op de verkregen resultaten van de metingen op tien modules die verschillende leefgebieden representeren. Deze leefgebieden zijn: middelen: gebruik, indicaties psychiatrisch / medisch consult, geschiedenis van de behandeling van de verslaving, middelen: afhankelijk en misbruik, lichamelijke klachten, persoonlijkheid, activiteiten en participatie, zorg en ondersteuning, externe factoren van invloed op het herstelproces, middelen: verlangen en tot slot, depressie, angst en stress (Schippers, Broekman & Buchholz, 2007).

De variabele 'ernst van de verslaving' is ontstaan door de samenvoeging van de variabelen 'duur van gebruik' en 'frequentie van gebruik'. De variabele 'duur van gebruik' geeft aan hoe lang een cliënt al cannabis gebruikt. De variabelen 'frequentie van gebruik' geeft aan hoe vaak de cliënt in de week cannabis gebruikt. Wanneer een cliënt vijf jaar of langer verslaafd was aan cannabis en er minstens dagelijks gebruik van maakte, werd deze cliënt als ernstig verslaafd beschouwd. De variabele 'ernst van de verslaving' is een dichotome variabele met 1= ernstig verslaafd en 0= niet ernstig verslaafd.

3.3.3 USER

De demografische gegevens zijn verkregen via het cliëntenregistratieprogramma USER. Dit zijn: leeftijd (gemeten in levensjaren), geslacht (0= vrouw, 1= man) etniciteit, deze variabele is hergecodeerd naar een dichotome variabele (1= autochtoon, 0= allochtoon) opleiding (1= laag, 2= middelmatig, 3= hoog), in bezit van een baan (0=nee, 1=ja), leefsituatie (1=alleenstaand, 2=samenwonend, 3=als kind in gezin, 4=anders) en burgerlijke staat (1= ongehuwd / gescheiden, 2=gehuwd).

3.3.4 Aanvullende vraag

Om verder inzicht te krijgen in de reden waarom een persoon heeft besloten om de behandeling voortijdig te stoppen is er een vraag toegevoegd die alleen gesteld werd indien de persoon een drop-out was. 'Wat is de reden dat u voortijdig bent gestopt met de behandeling?' Deze vraag is bewust open gesteld waardoor de persoon zijn eigen mening kon geven over de beweegredenen om te stoppen met de behandeling

3.4 Analyse methode

De data zijn geanalyseerd met behulp van de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 16.0. Zowel descriptieve analyses als logistische regressie analyses zijn uitgevoerd. Het significantieniveau voor alle tests in deze studie was een eenzijdige p-waarde kleiner dan tien procent. Er is voor een eenzijdige p-waarde kleiner dan tien procent gekozen daar de N een kleine waarde heeft en de power van het onderzoek dus gering is.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de analyses die zijn uitgevoerd om antwoord te krijgen op de hypothesen besproken. Resultaten worden gepresenteerd en hypothesen worden getoetst.

Allereerst wordt er in paragraaf 4.1 een beschrijving gegeven van de onderzoeksgroep. Er wordt ook gekeken naar de verschillen tussen drop-out en non-drop-outs. Daarna zullen in paragraaf 4.2 de hypothesen getoetst worden. In paragraaf 4.3 worden de redenen weergegeven die de ex-cliënten gaven voor het voortijdig verlaten van de behandeling. Tot slot is er in paragraaf 4.4 een kort overzicht van de verkregen resultaten.

4.1 Beschrijving drop-out versus non-drop-out

Van de 50 ondervraagde ex-cliënten zijn er 23 (46%) ex-cliënten die beschouwd kunnen worden als drop-out en 27 (54%) zijn non-drop-out. Onder de respondenten bevinden zich meer mannen (N=39, 78%) dan vrouwen (N=11, 22%). De leeftijd varieert van minimaal 16 tot maximaal 50 jaar met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar. De respondenten zijn over het algemeen laag opgeleid (38%). De groep ongehuwd/gescheiden en alleenstaand scoren het hoogst op drop-out respectievelijk 65% en 30%. Bij de non-drop-out zijn de groepen ongehuwd/gescheiden (44%) en als kind in een gezin (29,6%) het grootst. Er kan geconcludeerd worden dat de ex-cliënten over het algemeen intern gemotiveerd zijn om te starten met de behandeling (66%). De non-drop-outs scoren hoger op interne motivatie dan drop-outs. Het verschil hiertussen is 17%. Uit onderzoek (De Leon, Melnick & Kressel, 1997) is gebleken dat de meeste cannabiscliënten vanuit externe motivatie deelnemen aan een behandelprogramma. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de ex-cliënten vooral intern gemotiveerd waren om deel te nemen aan het programma.

Een Chi-kwadraat toets voor onafhankelijkheid is uitgevoerd. Deze laat zien dat er geen significant verschil is tussen de groepen drop-out / non-drop-out en alle categorische variabelen.

Opvallend is dat drop-outs lagere gemiddelde scores hebben op de schalen die motivatie voor behandeling meten dan non-drop-outs, zie tabel 4.2.

Een t-toets is uitgevoerd om de gemiddelde leeftijd en de verschillende schalen van motivatie voor behandeling te vergelijken tussen de drop-outs en non-drop-outs. Er is een significant verschil gevonden voor drie schalen. Er is een verschil in scores op de schaal probleemherkenning specifiek tussen drop-out (M=2,05, SD=.76) en non-drop-out (M=2,47, SD=.89); $t(48) = 1,79, p=.04$ (eenzijdig). Er is een significant verschil in scores op de schaal behoefte aan hulp tussen drop-out (M=3,16, SD=.71) en non-drop-out (M=3,64, SD=.70); $t(48) = 2,41, p=.01$ (eenzijdig). Tot slot was er een significant verschil in scores op de schaal bereidheid tot behandeling tussen drop-out (M=3,12, SD=.94) en non-drop-out (M=3,80, SD=.61); $t(48) = 3,07, p=.001$ (eenzijdig). Dit houdt in dat drop-outs significant lager scoren op de schalen probleemherkenning specifiek, behoefte aan hulp en bereidheid tot behandeling. Deze resultaten staan gelijk aan een lagere mate van motivatie dan non-drop-outs. Er werd geen verschil gevonden tussen de schaal probleemherkenning algemeen en drop-out (M=2,95, SD= 1,03) en non-drop-out (M=3,30, SD= 0,92); $t(48) = 1,27, p=.11$ (eenzijdig). Er werd ook geen verschil gevonden tussen de gemiddelde leeftijd en drop-out (M=28, SD= 9,5) en non-drop-out (M=27, SD= 8,7); $t(48) = -.20, p=.42$ (eenzijdig).

Tabel 4.1 Overzicht beschrijving drop-out versus non-drop-out en de demografische factoren

	Drop-out (N=23)		Non- drop-out (N=27)		Totaal (N=50)	
	N Mean	% (SD)	N Mean	% (SD)	N Mean	% (SD)
Geslacht						
- Man	20	87	19	70	39	78
- Vrouw	3	13	8	30	11	22
Leeftijd in jaren	28	(9,5)	27	(8,7)	27	(9)
Burgelijke staat						
- Gehuwd	3	13	5	19	8	16
- Ongehuwd/gescheiden	15	65	12	44	27	54
- Weduwe	1	4	4	15	5	10
<i>Missende waarden</i>	4	17	6	22	10	20
Leefsituatie						
- Alleenstaand	7	30	5	19	12	24
- Samenwonend	5	22	5	19	10	20
- Als kind in gezin	5	22	8	30	13	26
- Anders	1	4	1	4	2	4
<i>Missende waarden</i>	5	22	8	30	13	26
Afgeronde opleiding						
- Laag (geen, BUO, LO, LVO, LBO)	9	39	10	37	19	38
- Middelbaar (MVO, MBO)	7	30	9	33	16	32
- Hoog (havo, VWO, HBO, Universiteit)	3	13	2	7	5	10
<i>Missende waarden</i>	4	17	6	22	10	20
Werk						
- Werkzaam	8	35	11	41	19	38
- Werkloos	9	39	10	37	19	38
<i>Missende waarden</i>	6	26	6	22	12	24
Etniciteit						
- Autochtoon	17	74	19	70	36	72
- Allochtoon	1	4	2	7	3	6
<i>Missende waarden</i>	5	22	6	22	12	22
Ernst verslaving						
- Niet ernstig verslaafd	7	30	13	48	20	40
- Ernstig verslaafd	10	44	8	30	18	36
<i>Missende waarden</i>	6	26	6	22	12	24
Motivatie						
- Extern gemotiveerd	10	44	7	26	17	34
- Intern gemotiveerd	13	57	20	74	33	66

Tabel 4.2 Overzicht beschrijving drop-out versus non-drop-out en de schalen van motivatie voor behandeling

	Drop-out (N=23)		Non-drop-out (N=27)		Totaal (N=50)	
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Motivatie voor behandeling *						
(1= Zeer ongemotiveerd, 5= Zeer gemotiveerd)						
- Probleemherkenning algemeen	2,95	(1)	3,30	(0,9)	3,14	(1)
- Probleemherkenning specifiek	2,05	(0,8)	2,47	(0,9)	2,28	(0,9)
- Behoeftte aan hulp	3,16	(0,7)	3,63	(0,7)	3,41	(0,7)
- Bereidheid tot behandeling	3,12	(0,9)	3,80	(0,6)	3,49	(0,8)

4.2 Toetsing van de hypothesen

Om de geformuleerde hypothesen te toetsen is er gebruik gemaakt van logistische regressieanalyse. Er is voor een logistische regressieanalyse gekozen omdat de afhankelijke variabele een dichotome variabele is (0= niet drop-out, 1= wel drop-out). Logistische regressie zorgt er voor dat je kan vaststellen hoe goed de onafhankelijke variabelen de afhankelijke variabelen kan voorspellen of verklaren. Het geeft een indicatie van de adequaatheid van het model door de 'goodness of fit' vast te stellen. Alle onafhankelijke variabelen worden in een blok toegevoegd om hun voorspellende waarde te testen, terwijl ze gecontroleerd worden voor de andere onafhankelijke variabelen die zich in het blok bevinden.

4.2.1 Relatie demografische factoren en drop-out

Zoals in tabel 4.2.1 valt af te lezen, is geen enkele demografische variabele een significante voorspelling op het al dan niet voortijdig beëindigen van het behandelprogramma. De kans dat iemand een drop-out versus een non-drop-out is voor ernstig verslaafd, is 2,88 keer groter dan voor de referentiecategorie niet ernstig verslaafd. Het verschil is echter alleen marginaal significant.

Het logistische model bevat drie onafhankelijke variabelen: leeftijd, afgeronde opleiding en ernst van de verslaving, deze laatste was opgedeeld in 0 = niet ernstig verslaafd, 1 = ernstig verslaafd. Dit model is niet statistisch significant $\chi^2(4, N=50) = 2,077$ $p < .10$ (eenzijdig). Er kan geen onderscheid gemaakt worden tussen de drop-outs en de non-drop-outs.

Leeftijd, opleiding en ernst van de verslaving zijn dus geen voorspellers voor het al dan niet voortijdig verlaten van de behandeling.

Tabel 4.2.1 Logistische regressie voorspelling van de kans op drop-out door demografische factoren.

	B	S.E.	Wald	df	p (1-zijdig)	Odds ratio	95.0% BHI For Odds Ratio	
							Lower	Upper
Leeftijd (jong – oud)	-.02	.04	.22	1	.32	.98	.90	1.07
Afgeronde opleiding (laag – hoog)	-.09	.31	.08	1	.39	.92	.50	1.67
Ernst verslaving (ref: niet ernstig verslaafd)								
Ernstig verslaafd	1.06	.83	1.61	1	.10*	2.88	.56	14.69
onbekend	.73	.86	.72	1	.20	2.07	.39	11.06
Constant	.00	1.16						

* $p < .10$ (eenzijdig)

4.2.2 Relatie tussen motivatie voor behandeling en drop-out

Logistische regressie is uitgevoerd om de impact vast te stellen van de schalen van motivatie voor behandeling op de kans dat ex-cliënten een drop-out zouden zijn. Het model bevat vier onafhankelijke variabelen (Probleemherkenning algemeen, probleemherkenning specifiek, behoefte aan hulp en bereidheid tot behandeling). Het volledige model, die alle onafhankelijke variabele bevat is statistisch significant, $\chi^2(4, N=50) = 10,49, p < .10$ (eenzijdig). Dit geeft aan dat het model in staat is om een onderscheid te maken tussen ex-cliënten die een drop-out zijn en tussen ex-cliënten die non-drop-out zijn. Het model als geheel verklaart 25,3% (Nagelkerke R square) van de variantie in drop-out en classificeert 68% van de gevallen correct.

Zoals in tabel 4.2.1 valt te zien is bereidheid tot behandeling als enige statistisch significant. De negatieve B waarde (-.99) geeft aan dat een hogere score op bereidheid tot behandeling leidt tot een daling in de kans dat iemand een drop-out is.

De odds-ratio is .37. Dat betekent dat een toename van een punt op deze schaal leidt tot een daling van 2,7 in de kans op drop-out. Wanneer met deze bereidheid rekening wordt gehouden, hebben de andere kenmerken geen invloed meer op de kans op drop-out.

Tabel 4.2.2 Logistische regressie voorspelling van de kans op drop-out door motivatie voor behandeling

	B	S.E.	Wald	df	p (1-zijdig)	Odds ratio	95.0% BHI For Odds Ratio	
							Lower	Upper
Probleemherkenning algemeen (laag – hoog)	.16	.42	.14	1	.36	1,17	.51	2.68
Probleemherkenning specifiek (laag – hoog)	-.50	.50	.99	1	.16	.61	.23	1.61
Behoeftte aan hulp (laag – hoog)	-.25	.62	.16	1	.34	.78	.23	2.61
Bereidheid tot behandeling (laag – hoog)	-.99	.52	.36	1	.03*	.37	.14	1.03
Constant	1.20	1.91						

* $p < .10$ (eenzijdig)

4.2.3 Relatie tussen intern en extern gemotiveerde cannabiscliënten en drop-out

Logistische regressie is uitgevoerd om de impact vast te stellen van interne en externe motivatie op het wel of niet voortijdig verlaten van een behandelprogramma. Het model bevat één onafhankelijke variabele: motivatie opgedeeld in 0 = interne motivatie en 1 = externe motivatie. Het volledige model is statistisch significant, $\chi^2(1, N=50) = 1.708, p < .10$ (eenzijdig). Het model als geheel verklaart 4,5% (Nagelkerke R square) van de variantie in drop-out en classificeert 60% van de gevallen correct.

Zoals in tabel 4.2.2 valt te zien is externe motivatie statistisch significant. De positieve B waarde (.79) geeft aan dat een hogere score op externe motivatie leidt tot een verhoogde kans dat een persoon een drop-out is. De kans dat iemand een drop-out versus een non-drop-out is voor extern gemotiveerde is 2,2 groter dan voor de referentie categorie interne motivatie.

Geconcludeerd kan worden dat interne of externe motivatie wel invloed heeft op het voortijdig beëindigen van een behandelprogramma.

Tabel 4.2.3 Logistische regressie voorspelling van de kans op drop-out door interne of externe motivatie

	B	S.E.	Wald	df	p (1-zijdig)	Odds ratio	95.0% BHI For Odds Ratio	
							Lower	Upper
Motivatie (ref: intern)								
Extern gemotiveerd	.79	.61	1.68	1	.098*	2.20	.67	7.24
Constant	-.43	.36	1.46	1	.114	.65		

* $p < .10$ (eenzijdig)

4.3 Redenen voor het voortijdig beëindigen van het behandelprogramma

Om te achterhalen wat de redenen zijn waarom ex-cliënten voortijdig de behandeling beëindigen, is op het eind van de vragenlijst, indien de persoon een drop-out was, de open vraag gesteld: 'Wat is de reden dat u voortijdig bent gestopt met de behandeling?' De vraag is open gesteld om zo de persoon de gelegenheid te geven om zijn eigen reden te verwoorden. Uiteindelijk konden de antwoorden geclusterd worden. De meest voorkomende reden was dat de ex-cliënt het idee had dat verdere behandeling niet meer nodig was (42%). Vaak was het probleem dat ze hadden voor het einde van de behandeling al opgelost en zagen ze het nut van het afmaken van de behandeling niet meer in. Daarnaast kwam de reden dat de ex-cliënt het idee had dat de behandeling niet zou helpen de meest voor (32%).

Tabel 4.3 Redenen voor het voortijdig verlaten van de behandeling

	Alle drop-out cliënten (N=23)	
	N	%
Had het idee geen verdere behandeling meer nodig te hebben	8	42
Had niet het idee dat de behandeling zou helpen	6	32
Negatieve gebeurtenis in het privé leven	2	11
De drang om te gebruiken was te groot	1	5
Te grote afstand naar de locatie van bijeenkomst	1	5
Anders	1	5
Missende waarden	4	-

4.4 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevinding die als eerst gelokaliseerd kon worden via de Chi-kwadraat toets was dat er geen significante verschillen waren tussen drop-outs en non-drop-outs en de categorische variabelen. De t-toets liet zien dat de drop-outs significant lager scoorden op de schalen die de motivatie voor behandeling meten dan de non-drop-outs. Alleen de schaal probleemherkenning algemeen was niet significant.

Nadere logistische regressie laat zien dat uiteindelijk alleen de schaal bereidheid tot behandeling een significante bijdrage levert aan de kans of iemand een drop-out is. Dit houdt in dat wanneer een persoon een hoge score heeft op bereidheid tot behandeling de kans kleiner wordt dat deze persoon een drop-out is. Hoewel externe motivatie bij de Chi-kwadraat toets niet significant bleek te zijn, laat logistische regressie met alleen de variabelen externe en interne motivatie zien dat externe motivatie wel een statistisch significant bijdrage levert aan de kans op drop-out. Een hogere score op externe motivatie verhoogt de kans dat iemand een drop-out is. De oorzaak dat de Chi-kwadraat toets geen significant resultaat liet zien heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de Chi-kwadraat

toets niet eenzijdig uitgevoerd kan worden. De logistische regressie toets is wel eenzijdig uitgevoerd. Hierdoor wordt er in beide toetsen een verschillende p-waarde gehanteerd. Het gevolg hiervan is dat er bij logistische regressie wel een significant resultaat gevonden wordt en bij de Chi-kwadraat toets niet. De belangrijkste redenen die ex-cliënten opgeven voor het voortijdig beëindigen van het behandelprogramma is dat ze niet het idee hadden dat ze geen verdere behandeling nodig hadden en dat een behandeling ze niet zou helpen.

5. Conclusie en discussie

Dit onderzoek is uitgevoerd om te achterhalen wat de oorzaak is dat primair cannabisverslaafden de grootste groep is die, op eigen initiatief en zonder overleg, voortijdig hun behandeling beëindigt. Oftewel een drop-out zijn. Door de tijd heen zijn er verschillende onderzoeken geweest naar dit onderwerp en verschillende oorzaken zijn ontdekt, zoals de relatie tussen de behandelaar en cliënt en self-efficacy (Baekeland & Lundwall, 1975; de Weert- van Oene, 2000).

In dit onderzoek ligt de focus op motivatie voor behandeling. Gekeken wordt of er een relatie bestaat tussen de mate van motivatie voor behandeling en de kans dat iemand een drop-out wordt. Daarnaast is er gekeken of er een verschil is tussen intern en extern gemotiveerde cliënten en drop-out.

Uit dit onderzoek blijkt dat er een significante relatie bestaat tussen de motivatie voor behandeling en drop-out. Het model als geheel kan een significant verschil laten zien tussen de drop-outs en de non-drop-outs. Er is echter maar een schaal die een significante bijdrage levert aan de vermindering in kans dat iemand een drop-out is. Dit is de schaal bereidheid tot behandeling. Wanneer een ex-cliënt hoog op deze schaal scoorde was er een daling in de kans dat deze persoon een drop-out was. Met behulp van deze gegevens kan de eerste hypothese: 'Naarmate deelnemers aan een cannabisbehandelingsprogramma meer gemotiveerd zijn zullen ze de behandeling vaker afmaken', ondersteund worden. Hiermee is tevens de tweede deelvraag beantwoord. Drop-outs zijn inderdaad minder gemotiveerd dan non-drop-outs. Aangezien de mate van motivatie kan fluctueren, flexibel is en beïnvloed kan worden door verschillende interne en externe factoren is het van groot belang dat de behandelaar de mate van motivatie die een cliënt bezit in de gaten houdt. En op die mate van motivatie kan inspringen. De cliënt krijgt dan de behandelvorm die op zijn mate van motivatie van toepassing is. Hierdoor kan de kans op een drop-out verkleind worden (Drieschner et al., 2004).

De veronderstellingen dat intern gemotiveerde cliënten vaker de behandeling afmaken en dat extern gemotiveerde cliënten vaker de behandeling voortijdig beëindigen, kunnen ondersteund worden. De resultaten laten zien dat een extern gemotiveerde cliënt 2,2 keer zoveel kans maakt dan een intern gemotiveerde cliënt om een drop-out te zijn. Hiermee is tevens de derde deelvraag beantwoord. Onder de drop-outs vallen meer extern gemotiveerde cliënten, dan intern gemotiveerde cliënten. Vanuit de doel framing theorie kan gezegd worden dat deze cliënten handelen vanuit het normatieve en winst doel frame. De externe druk die ze ervaren om te stoppen met het gebruik van cannabis komt voort uit de omgeving waarin ze zich bevinden en waar het gebruik van cannabis niet de norm is. De externe druk die ze ervaren van de politie en justitie en de hoge kosten die gebruik met zich meebrengt zorgt er voor dat ze vanuit het winst doel frame stoppen met gebruik.

Zoals in de literatuur echter is gebleken, is motivatie voor behandeling nog geen garantie dat iemand ook daadwerkelijk bereid is om te veranderen. De bereidheid tot behandeling kan namelijk ook ontstaan door externe factoren waardoor de cliënt extern gemotiveerd is om met de behandeling te beginnen maar niet om te veranderen (Cahill et al., 2003). Nu blijkt uit de resultaten dat de schaal bereidheid tot behandeling een significante bijdrage levert aan een daling in de kans dat iemand een drop-out is en dat extern gemotiveerde cliënten een grotere kans maken om een drop-out te zijn dan intern gemotiveerde cliënten. Externe motivatie kan invloed uitoefenen op de relatie tussen bereidheid tot behandeling en drop-out. Hoe deze invloed er uit ziet en of het de kans op drop-out vergroot of verkleint, zou in verder onderzoek achterhaald moeten worden.

De hypothese dat een stijging in probleemherkenning leidt tot het afmaken van de behandeling, kan verworpen worden. Uit de resultaten blijkt dat zowel probleemherkenning algemeen als probleemherkenning specifiek geen statistisch significante bijdrage leveren aan de kans op drop-out. Uit literatuur is meerdere malen naar voren gekomen dat cannabisgebruikers over het algemeen geen problemen ervaren met hun gebruik, maar dat het voornamelijk de omgeving is die er problemen mee heeft (Postel et al., 2008; Lopez-Goni, Montalvo, Illescas, Landa & Lorea, 2008). Het gebruik van cannabis is sociaal

geaccepteerd worden. De sancties die op het gebruik staan zijn dermate laag dat gebruikers hierdoor geen problemen ervaren (Postel et al., 2008; McBride et al., 1994; Lopez-Goni et al., 2008). Op deze manier kan verklaard worden waarom probleemherkenning geen invloed heeft op het al dan niet voortijdig verlaten van de behandeling.

Wat de demografische factoren betreft kunnen alle hypothesen verworpen worden. Zoals eerder al was gebleken zijn er geen eenduidige resultaten omtrent, leeftijd, opleiding en ernst van de verslaving (Baekeland & Lundwall, 1975; Stark, 1992). De veronderstellingen dat een jongere leeftijd, een lagere opleiding en een hogere mate van ernst van de verslaving leiden tot drop-out, is uit dit onderzoek niet gebleken.

De eerste deelvraag van dit onderzoek was, wat de redenen waren voor het voortijdig beëindigen van het programma. Deze vraag is ook gesteld aan de drop-outcliënten. Bijna driekwart van de cliënten gaf aan dat ze het idee hadden dat verdere behandeling niet meer zou helpen of dat ze geen verdere behandeling meer nodig hadden. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt tijdens de behandeling het idee kreeg dat zijn probleem was opgelost en dat verdere behandeling niet nodig en nuttig was. Wanneer de theorie van Mechanic en Volkart, (1961) gevolgd wordt, zou geconcludeerd kunnen worden dat de cliënten die om deze reden stoppen met de behandeling een lage opleiding hebben genoten, daar ze niet inzien dat het afronden van de behandeling een positieve uitwerking zal hebben op het stoppen met gebruik. Of er inderdaad een relatie bestaat tussen opleiding en de reden van stoppen met de behandeling, is in dit onderzoek niet aangetoond. De Chi-kwadraattoest heeft geen significant resultaat gevonden wat betreft opleiding en drop-outs. Verder onderzoek zou dit nader kunnen onderzoeken. Je zou zelfs de vraag kunnen stellen of deze personen wel daadwerkelijk een drop-out zijn. Heeft de behandeling niet gewoon gewerkt en zijn ze gestopt met gebruiken? Deze vragen zouden beantwoord kunnen worden wanneer drop-outs over een langere periode gevolgd worden en de invloed van drop-out op lange termijn onderzocht wordt.

Uit de literatuur komt naar voren dat behandelingen die mislukken meestal veroorzaakt worden door de negatieve houding van de cliënt ten opzichte van de behandeling. Zo kunnen ze de behandeling als niet effectief beschouwen. Cliënten die zich niet kunnen overgeven aan het programma zijn vaak niet eerlijk tegen zichzelf en dus ongemotiveerd (Miller, 1985). De redenen die de ex-cliënten gaven waarom ze gestopt waren met de behandeling sluiten hier bij aan. Daarnaast komt uit de literatuur naar voren dat de cliënten die weinig vertrouwen hebben in de effectiviteit van het programma meestal deelnemen onder externe druk (Ryan et al., 1995). De resultaten van dit onderzoek laten inderdaad zien dat de meeste drop-outs deelnamen aan de behandeling vanuit externe motivatie en dat inderdaad het vertrouwen in de effectiviteit van de behandeling laag was.

Afrondend kan gesteld worden dat er inderdaad een verband is tussen motivatie voor behandeling en drop-out. Alle vier de schalen tezamen zijn in staat een significant verschil te laten zien tussen drop-outs en non-drop-outs. Alleen de schaal bereidheid tot behandeling heeft een significante bijdrage in de voorspelling of een persoon een drop-out is of niet.

5.1 Sterke en minder sterke punten

Zoals elk onderzoek kent ook dit onderzoek zijn sterke en zwakke punten. Voor zover bekend, is dit het eerste rapport dat onderzoek heeft gedaan naar drop-out onder primair cannabiscliënten. Er zijn al veel onderzoeken geweest naar drop-out in verslavingszorginstellingen, maar deze waren voornamelijk gericht op alcohol of harddrugs. Daarnaast is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar drop-out onder primair cannabisverslaafden in combinatie met motivatie voor behandeling. Een ander sterk punt is de meting van interne en externe motivatie. Deze variabele is aan de hand van een vraag geoperationaliseerd, namelijk: 'ik ging deelnemen aan een behandeling omdat iemand anders mij stuurde'. De resultaten laten zien dat door het stellen van deze ene vraag er al

een schatting gemaakt kan worden of iemand een drop-out wordt of niet (zie paragraaf 4.2.3). Wanneer deze vraag aan het begin van de behandeling aan alle cliënten gesteld zou worden, kunnen gelijk die cliënten eruit gehaald worden die een verhoogd risico hebben om een drop-out te worden. Aan deze cliënten zouden de behandelaars extra aandacht kunnen besteden om te voorkomen dat ze daadwerkelijk voortijdig de behandeling verlaten.

Het feit dat het onderzoek retrospectief is afgenomen, heeft zo zijn voor- en nadelen. Het voordeel van het retrospectief afnemen van de vragenlijst is dat de kans op sociaal wenselijke antwoorden kleiner wordt. Wanneer de vragenlijst bij een intake zou worden afgenomen kan een cliënt nog het gevoel krijgen dat de antwoorden die hij geeft van invloed zijn op de verdere behandeling. Hierdoor zouden cliënten zich gemotiveerder voor kunnen doen dan dat ze daadwerkelijk zijn. Tevens is het voordeel van retrospectief uitvoeren van een onderzoek dat de onderzoeksgroep bekend is. Wanneer je een onderzoek prospectief uitvoert is niet bekend hoe groot je onderzoeksgroep gaat worden en weet je van tevoren niet hoe de behandeling wordt beëindigd. Hierdoor zou het kunnen gebeuren dat je langer moet wachten totdat de groep drop-outs zodanig groot is dat er toetsen mee uitgevoerd kunnen worden.

Het voordeel echter van het prospectief uitvoeren van een onderzoek is dat de cliënten nog aan de behandeling moeten beginnen. De vragen die ze gesteld krijgen gaan over hun gemoedstoestand en gevoelens van dat moment waardoor de vragen betrouwbaarder zijn dan wanneer de vragenlijst retrospectief wordt uitgevoerd. Om deze reden is er ook voor gekozen om vanaf oktober 2009 cliënten te selecteren die in aanmerking kwamen voor het onderzoek, om zo de geheugenbias te verkleinen. Dan nog moeten de antwoorden die de cliënten gegeven hebben voorzichtig geïnterpreteerd worden. Persoonlijke waarheden veranderen door de tijd heen en de antwoorden die ze nu gegeven hebben kunnen anders zijn met hoe het toen daadwerkelijk was.

Naast de sterke punten kent dit onderzoek ook een aantal tekortkomingen. De grootste tekortkoming is al benoemd. Het retrospectief afnemen van de vragenlijst. Hoe betrouwbaar zijn de antwoorden wanneer deze beantwoord moeten worden over een periode die in het verleden ligt en dus al geweest is? Toch is voor deze manier van dataverzamelen gekozen omdat dit de meest geschikte en haalbare methode was, gezien de doelen en het tijdsbestek van dit onderzoek.

Een andere tekortkoming is de lage interne betrouwbaarheid van de schalen probleemherkenning algemeen, probleemherkenning specifiek en behoefte aan hulp. Een oorzaak voor de lage interne betrouwbaarheid zou kunnen zijn dat de vragenlijst niet goed aansluit bij de onderzoeksgroep. Zoals al eerder vermeld ervaren cannabisgebruikers over het algemeen weinig problemen van hun gebruik. Hierdoor zouden ze ook niet in kunnen zien dat ze hulp nodig hebben. De vragen die de Motivation for Treatment vragenlijst bevat zouden dus niet op hun situatie van toepassing kunnen zijn. Of dit daadwerkelijk zo is zou verder onderzocht moeten worden. Daarnaast kan het zijn dat het retrospectief afnemen van het onderzoek ervoor heeft gezorgd dat het lastiger was voor de cliënt om de vragen te beantwoorden. Er kan een situatie ontstaan waarbij de ene vraag wel over het verleden is beantwoord en een andere vraag wordt beantwoord hoe de cliënt er nu over denkt. Hierdoor is er geen consistentie wat betreft de tijdgeest waarover de vragen zijn beantwoord en waardoor dus de interne consistentie van de schalen laag uitvalt.

Een gevolg van de kleine onderzoeksgroep is dat bij logistische regressie niet teveel variabelen toegevoegd kunnen worden. Wanneer dit wel zou gebeuren, staat het de toetsing in de weg en worden er geen betrouwbare resultaten verkregen. Om deze redenen zijn de controlevariabelen bij het toetsen van de hypothesen ook niet toegevoegd. Verder onderzoek, bij een grotere onderzoeksgroep, zou moeten uitwijzen of de controlevariabelen invloed uitoefenen op de relatie tussen motivatie voor behandeling en drop-out.

Eerder is benoemd dat de operationalisering van interne en externe motivatie een sterk punt was: door een vraag te stellen kan een schatting worden gemaakt of er een kans bestaat dat een persoon een drop-out wordt of niet. Echter kan het ook gezien worden als een minder sterk punt. Interne en externe motivatie kan op meerdere manieren gedefinieerd

worden en meerdere factoren zijn van invloed of iemand intern of extern gemotiveerd raakt om te starten met een behandeling.

Een laatste beperking van dit onderzoek is het feit dat drop-out door heel wat meer factoren bepaald wordt dan alleen door motivatie voor behandeling. Belangrijke factoren die nog meer een rol spelen, zijn onder anderen: motivatie voor gedragsverandering, relatie tussen cliënt en behandelaar en self-efficacy (de Weert- van Oene, 2000).

Wegens het geringe tijdsbestek konden deze factoren niet meegenomen worden in het onderzoek. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou dan ook zijn om een combinatie te maken van bovengenoemde factoren en op deze manier te achterhalen wat de belangrijkste factor is op het voortijdig beëindigen van een behandeling bij primair cannabisverslaafden. Op deze manier kunnen interventies worden ontwikkeld die het voortijdig beëindigen van de behandeling bij deze doelgroep tegen kunnen gaan.

5.2 Afsluitend

Dit onderzoek is bedoeld om meer inzicht te krijgen in drop-out onder primair cannabisverslaafden. Gezegd kan worden dat de mate van motivatie voor behandeling van invloed is op de kans dat iemand een drop-out is of niet. Het valt dan ook aan te raden om deze vragenlijst in te zetten bij de intake. Op deze manier kan er voortijdig achterhaald worden welke cliënten een verhoogde kans hebben om een drop-out te worden. Aan deze cliënten zou dan extra aandacht geschonken kunnen worden in de vorm van extra stimulering, motivering en bewustwording. Tevens is bewezen dat wanneer er na elke behandelsessie geëvalueerd wordt en de cliënt feedback krijgt, de kans groter is dat cliënten de behandeling succesvol beëindigen (Miller, 1985). Deze interventie zou kunnen worden toegepast bij die cliënten die een verhoogd risico hebben om een drop-out te worden. Daarnaast zouden deze cliënten in aanmerking kunnen komen voor extra motiverende gespreksvoering, zodat eventuele externe motivatie omgezet kan worden in interne motivatie.

6. Referenties

- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247-267.
- Battjes, R. J., Onken, L. S. & Delany, P. J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 643-657.
- Beckham, E. E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29, 177-182.
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K. & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.
- De Leon, G., Melnick, G. & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 23, 169-189.
- de Weert- van Oene, G. H. (2000). Dropping out. Prevalence and determinants of noncompliance in inpatient substance dependence treatment. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Deyo, R. A. & Inui, T. S. (1980). Dropouts and broken appointments. A literature review and agenda for future research. *Medical Care*, 18, 1146-1157.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E. & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health: The Journal Of The National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism*, 23, 86-92.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M. & van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Eickleberry, L. & Golden, C. J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviors*, 31, 519-530.
- Fickenscher, A., Novins, D. K. & Beals, J. (2006). A pilot study of motivation and treatment completion among American Indian adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 31, 1402-1414.
- Hatchett, G. T. & Park, H. L. (2003). Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226-231.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177-1190.

- King, A. C. & Canada, S. A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 26, 189-195.
- Landelijk Alcohol en drugs informatie systeem (2009). Ladis Nieuwsflits. Kerncijfers 2008. Hulpvraag in Nederland.
- Li, X., Sun, H., Purl, A., Marsh, D. C. & Anis, A. H. (2007). Factors associated with pretreatment and treatment dropouts among clients admitted to medical withdrawal management. *Journal Of Addictive Diseases*, 26, 77-85.
- Lindenberg, S. (2008). Social Rationality, Semi-Modularity and Goal-Framing: What Is It All About? *Analyse & Kritik*, 30, 669-687.
- Lindenberg, S. & Steg, L. (2007). Normative, Gain and Hedonic Goal Frames Guiding Environmental Behavior. *Journal of Social Issues*, 63, 117-137.
- Lopez-Goni, J. J., Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N. & Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17, 374-378.
- Marlowe, D. B., Merikle, E. P., Kirby, K. C., Festinger, D. S. & McLellan, A. T. (2001). Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychology Of Addictive Behaviors: Journal Of The Society Of Psychologists In Addictive Behaviors*, 15, 97-108.
- McBride, C. M., Curry, S. J., Stephens, R. S., Wells, E. A., Roffman, R. A. & Hawkins, J. D. (1994). Intrinsic and extrinsic motivation for change in cigarette smokers, marijuana smokers, and cocaine users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 243-250.
- Mechanic, D. & Volkart, E. H. (1961). Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26, 51-58.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Postel, M., Jansma, M., Veltman, R., Grollemans, J., Westendorp, H. & Keize, H. (2008). Resultaten scoren 2008. Online zelfhulpprogramma voor de excessieve cannabisgebruiker. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M. & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 28, 55-72.
- Schippers, G., Broekman, T. & Buchholz, A. (2007). MATE handleiding en protocol. Nijmegen: Bureau Beta.

- Simpson, D. D. & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30, 357-368.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A. & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 14, 565-572.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Tinga, F. & Brook, F. (2009). Voortgangsrapportage BITE. Verslavingszorg Noord Nederland.
- Van Dale: Groot woordenboek van de Nederlandse taal. Van Dale Lexicografie bv, Utrecht / Antwerpen, 2005.
- van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Verdurmen, J. E. E., van Ooyen-Houben, M. M. J. & Meijer, R. F. (2008). The Netherlands National Drug Monitor. Annual Report 2007. Utrecht: Trimbos institute.
- Verslavingszorg Noord Nederland. (2010a). Totaal aantal uitschrijvingen, uitschrijvingen eenzijdig door client en resulterend percentage drop-out, per middelengroep, per kwartaal. Groningen, VNN.
Ref Type: Data File
- Verslavingszorg Noord Nederland (2010b). Kerngetallen gemeenten Drenthe 2009. Groningen: VNN.
- Verslavingszorg Noord Nederland (2010c). Kerngetallen gemeenten Friesland 2009. Groningen: VNN.
- Verslavingszorg Noord Nederland (2010d). Kerngetallen gemeenten Groningen 2009. Groningen: VNN.
- Vervaeke, H. (2008). Tripmiddel: Cannabis. In R. Kerssemakers, R. van Meerten, E. Noorlander & H. Vervaeke (Eds.), *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving* (pp. 337-368). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- Zeegers, M., Broekman, T. G., Schippers, G. M. & Rutten, R. J. T. (2009). Implementatieproject verdiepingsdiagnostiek van verslaving bij justitiabelen. Eindrapportage. SVG.

Bijlage I: Vragenlijst

Vragenlijst

USERnummer:

Wel / niet drop-out

Goedemorgen / goedemiddag u spreekt met Spreek ik met dhr. / mevr.....?

Hallo u spreekt met van Verslavingszorg Noord Nederland.

Op dit moment ben ik bezig met een onderzoek bij VNN of de motivatie voor behandeling verband heeft met de wijze waarop de behandeling is beëindigd.

Ik heb begrepen dat u in het verleden een behandeling bij de VNN heeft gevolgd. Zou ik u enkele vragen mogen stellen naar de motivatie die u toen der tijd had om te starten met de behandeling?

Het afnemen van de vragenlijst duurt ongeveer 5/10 minuten? Uw gegevens worden anoniem verwerkt.

1. Ja
2. Nee --> *ga naar afsluiting 1*

Dan wil ik nog iets over mezelf vertellen. Ik ben geen hulpverlener. Ik neem alleen het interview bij u af en heb geen inzage in uw dossier.

Ik wil u er aan herinneren dat deze vragen gaan over het moment vóóordat u begon aan de behandeling. Wanneer u meerdere behandelingen heeft gevolgd gaat het om de laatste behandeling. Het is dus de bedoeling dat u terug gaat in de tijd en u inleeft in hoe u zich op dat moment voelde en wat u op dat moment dacht. Heeft u verder nog vragen? Dan zou ik nu graag beginnen met de enquête.

Noteer begintijd:

De vragenlijst bestaat uit 24 stellingen. Zou u per stelling aan kunnen geven in hoeverre u het met deze stelling eens bent. U kunt de stelling waarderen met de cijfers 1 tot en met 5. Wanneer u het zeker niet met de stelling eens bent geeft u dit de cijfer 1 en wanneer u het zeker wel eens bent met de stelling geeft u dit het cijfer 5. Wanneer u het een beetje eens of oneens bent met de stelling kunt u deze de cijfers 2, 3 of 4 geven. Is deze uitleg duidelijk? Of heeft u nog vragen?

MFT: Motivatie voor behandeling

	Zeker niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet / een beetje wel mee eens (3)	Wel mee eens (4)	Zeker wel mee eens (5)
De volgende vragen gaan over hoe u uw gebruik heeft ervaren					
Gebruik was voor mij.....					
V1pha. ... een probleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V2pha. ... meer een last dan een lust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V3phs. ... de oorzaak van problemen met politie en justitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V4phs. ... de oorzaak van problemen in mijn denken of in de uitvoering van mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V5phs. ... de oorzaak van problemen met mijn familie en vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V6phs. ... de oorzaak van problemen bij het vinden van werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V7phs. ... de oorzaak van problemen met mijn gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V8pha. ... iets wat mijn leven steeds minder goed maakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V9pha. ... iets wat mijn dood zou veroorzaken als ik niet snel stopte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De volgende vragen gaan over hoe u dacht over hulp en behandeling voor uw gebruik					
V10bh. Ik had hulp nodig om mijn gebruik te kunnen hanteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V11bb. Ik had toen eigenlijk te veel andere verantwoordelijkheden om in een behandelprogramma te zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V12bb. Een behandelprogramma was voor mij te veeleisend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V13bh. Het was noodzakelijk dat ik op dat moment geholpen werd voor mijn gebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V14bb. Een behandeling kon mijn laatste kans zijn om mijn problemen op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V15bh. Ik was moe van de problemen die door gebruiken werden veroorzaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V16bh. Ik wilde eventueel mijn vrienden en kennissen opgeven om mijn problemen op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V17bb. Een behandelprogramma zou me niet veel helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V18bb. Ik was van plan een tijdje in een behandelprogramma te blijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V19bh. Ik kon zonder hulp stoppen met gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V20bb. Ik ging deelnemen aan een behandeling omdat iemand anders mij stuurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V21bh. Ik had geen controle meer over mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V22bb. Een behandelprogramma kon me echt helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V23bh. Ik wilde mijn leven weer op poten zetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V24bb. Ik wilde behandeld worden voor mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit waren de stellingen. Dan heb ik nog een vraag.

V26. Op welke manier is de behandeling beëindigd?

1. Eenzijdige opzegging cliënt
 2. Eenzijdige opzegging behandelaar
 3. In wederzijdsoverleg
 4. Anders, namelijk.....
-

Vraag die gesteld is indien de persoon een drop-out is

V27. Wat is de reden dat u voortijdig bent gestopt met de behandeling?

1. Vrienden die gebruiken
 2. De drang om te gebruiken was te groot
 3. Had niet het idee dat de behandeling zou helpen
 4. Had het idee dat hij geen verdere behandeling meer nodig had
 5. Slechte relatie met de behandelaar
 6. Te grote afstand naar de locatie van bijeenkomst
 7. Negatieve gebeurtenis in het privé leven
 8. Anders, namelijk.....
-
-
-
-
-
-

Afsluiting

Heeft u verder nog vragen? Dan wil ik u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking en wens ik u nog een fijne dag toe.

Noteer eindtijd:

Afsluiting 1

Instructie voor interviewer:

Kruis aan of respondent wel of niet wil deelnemen

1. Respondent weigert medewerking --> ga naar weigering
2. Respondent heeft op dit moment geen tijd --> ga naar terugbellen
3. Respondent neemt niet op
4. Anders namelijk:.....

Weigering

Wat is de reden dat u niet deel wilt nemen aan het interview?

1. Geen tijd,
2. Geen interesse / belangstelling
3. Geen bemoeizucht met VNN meer gewenst
4. Persoonlijke redenen
5. Anders, namelijk.....

Dan wil ik u bedanken voor uw tijd en wens ik u verder nog een prettige dag toe.

Terugbellen

Zal ik u op een later tijdstip terugbellen om de vragenlijst af te nemen?

Wanneer kan ik u het beste terugbellen? Ok. Dan bel ik u op terug.