Drop-out binnen ‘De Spiegel’: Een onderzoek naar beïnvloedende factoren en samenwerking met huisartsen.

Jonas Demiddeleer, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Emily Verté, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Hakki Demirkapu, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSOPGAVE

ABSTRACT (NEDERLANDS) **4**

ABSTRACT (ENGELS) **5**

INLEIDING **6**

Probleemstelling 6

Doelstelling masterproef 7

Onderzoeksvragen 7

LITERATUURSTUDIE **7**

Zoekstrategie 7

Socio-demografische factoren 8

Invloed huisarts 9

Conclusie literatuurstudie 9

METHODOLOGIE **10**

Type onderzoek 10

Dataverzameling 10

Onderzoekseenheden *10*

Dataverzamelingsmethode *10*

Kwantitatieve data 10

Kwalitatieve data 10

Dataverwerkingsmethode *11*

Kwantitatieve data 11

Kwalitatieve data 11

Data-analyse *11*

Kwantitatieve data 11

Kwalitatieve data 11

Ethiek *11*

RESULTATEN **12**

Kwantitatieve data 12

Kwalitatieve data 15

Problematische wisselwerking *15*

Toekomstperspectieven *16*

DISCUSSIE **16**

CONCLUSIE **18**

BEDANKING **18**

BIBLIOGRAFIE **19**

BIJLAGEN **21**

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol ethische commissie 21

Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie 22

Bijlage 3: Goedkeuring studie door algemeen directeur 'De Spiegel' 23

Bijlage 4: Attest Good Clinical Practice (GCP) 24

Bijlage 5: Onderzoeksfasen 25

ABSTRACT (NEDERLANDS)

Drop-out is een belangrijk probleem binnen verslavingscentrum ‘De Spiegel’. In dit onderzoek wordt nagegaan welke socio-demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, werksituatie en leefsituatie) bij aanvang van een behandeling in ‘De Spiegel’ gepaard gaan met drop-out. Er wordt ook gekeken of een doorverwijzing door de huisarts een invloed heeft op drop-out. Tot slot wordt er in het onderzoek gefocust op de wisselwerking tussen huisartsen en verslavingscentra omtrent drop-outpatiënten.

Het onderzoek bestaat uit twee delen: een kwantitatief en een kwalitatief luik. Het kwantitatief gedeelte betreft een retrospectieve, cross-sectionele studie met data ge-extraheerd uit het centraal informatiesysteem van ‘De Spiegel’. Voor het kwalitatief onderzoek werden er drie focusgesprekken gehouden: een focusgesprek met verschillende medewerkers van ‘De Spiegel’, een focusgroep met huisartsen in opleiding en een focusgroep met huisartsen uit de lokale kwaliteitsgroep (LOK) 0607.

Tussen 1 januari 2018 en 31 december 2020 namen 579 verschillende mensen contact op met ‘De Spiegel’. Bij 396 van deze cliënten (68,4%) was er tijdens hun behandeling minstens eenmaal sprake van drop-out. Men stelt vast dat patiënten uit de controlegroep bij aanmelding een statistisch significant hogere leeftijd hebben (32,7 (± 8,7) en 34,45 (± 10,4) jaar in respectievelijk de drop-out- en controlegroep). Daarnaast zijn patiënten die tot de drop-outgroep behoren bij aanmelding significant minder doorverwezen door de huisarts (5,1% en 9,3% in respectievelijk de drop-out- en controlegroep).

Uit de focusgesprekken blijkt dat er sprake is van een geringe wisselwerking tussen verslavingscentrum ‘De Spiegel’ en huisartsen en dit omwille van volgende probleempunten: ‘Privacy’, ‘tijdsgebrek’ en ‘het niet willen onderbreken van elkaars consultaties’. Zowel ‘De Spiegel’ als de huisartsen staan echter open voor een betere samenwerking en dit onder de vorm van een overleg bij aanmelding van de patiënt in het verslavingscentrum en/of een aanmeldpunt voor doorverwijzing van patiënten dat enkel toegankelijk is voor huisartsen.

Verder onderzoek is nodig om te kijken of een verbetering in de wisselwerking tussen huisartsen en ‘De Spiegel’ leidt tot een lagere drop-out.

ABSTRACT (ENGELS)

Dropout is an important problem within addiction centre 'De Spiegel'. This study examines which socio-demographic characteristics (age, gender, educational level, work situation and living situation) are associated with drop-out at the start of treatment in 'De Spiegel'. It also examines whether a referral from the general practitioner has an influence on dropout. Finally, the study focuses on the interaction between general practitioners and addiction centres regarding dropout patients.

The study consists of two parts: a quantitative and a qualitative part. The quantitative part concerns a retrospective, cross-sectional study with data extracted from the central information system of 'De Spiegel'. For the qualitative study, three focus interviews were held: a focus interview with several staff members of 'De Spiegel', a focus group with general practitioners in training and a focus group with general practitioners from the local quality group (LOK) 0607.

Between January 1, 2018 and December 31, 2020, 579 different people contacted ‘De Spiegel’. 396 of these clients (68,4%) had drop-out at least once during their treatment. It is observed that patients in the control group have a statistically significantly higher age at registration (respectively 32,7 (± 8,7) and 34,45 (± 10,4) years in the dropout and control groups). In addition, patients belonging to the drop-out group were significantly less referred by their general practitioner at registration (respectively 5,1% and 9,3% in the drop-out and control groups).

From the focus interviews it appears that there is little interaction between addiction centre 'De Spiegel' and general practitioners because of the following issues: 'Privacy', 'lack of time' and 'not wanting to interrupt each other's consultations'. Both 'De Spiegel' and the general practitioners, however, want a better cooperation in the form of a consultation when the patient is reported to the addiction centre and/or a point of contact for the referral of patients that is only accessible to general practitioners.

Further research is needed to see if an improvement in the interaction between general practitioners and 'De Spiegel' leads to a lower dropout rate.

INLEIDING

Deze masterproef is geschreven volgens de opbouw van een wetenschappelijk tijdschrift. In eerste instantie werd een probleemstelling gezocht in het dagelijkse leven. Vervolgens werd nagegaan in welke mate de gepubliceerde literatuur hier reeds een antwoord op kan bieden en welke hiaten omgezet konden worden in onderzoeksvragen. Op basis van deze onderzoeksvragen werd een praktijkonderzoek gevoerd voor deze masterproef.

Probleemstelling

Drugs zijn stoffen die na inname een invloed hebben op de hersenen en, indien zij een medische toepassing hebben, niet om de juiste medische redenen maar doelbewust voor de roes of het genot gebruikt worden (1).

Zowel op korte als lange termijn hebben zij schadelijke effecten op zowel fysiek als psychisch vlak (2). Uitdroging, ademhalingsmoeilijkheden, hartproblemen en verandering in perceptie zijn maar enkele van de vele risico's die het gebruik van drugs acuut met zich meebrengt (2). Op lange termijn kan er naast de fysieke en psychische afhankelijkheid onder andere ook slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, geheugenverlies, concentratieproblemen en depressie optreden (2).

Het gebruik van drugs is jammergenoeg nog steeds in opmars. Volgens het Europees Drugsrapport 2018 is er de laatste jaren in Europa een toename van de productie en beschikbaarheid van drugs zichtbaar (3). Uit een onderzoek van drugsresten in gemeentelijk afvalwater bleek dat er tussen 2015 en 2017 een toename was van de hoeveelheid cocaïneresten in 26 van de 31 onderzochte Europese steden met gegevens voor die periode. De meeste sporen werden aangetroffen in steden in België, Nederland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk, en de minste in de onderzochte steden in Oost-Europa.

Daarnaast verklaart het EU-drugsagentschap dat ook meer en meer mensen een specialistische behandeling krijgen voor cocaïnegebruik (3). In 2016 was er, in vergelijking met 2014, een stijging van ongeveer 20% van het aantal patiënten dat zich voor de eerste keer liet behandelen voor problemen met deze drug (30 300 mensen).

Een van de centra waar men in België terechtkan voor cocaïneverslaving of andere verslavingsproblematiek is 'De Spiegel'. Dit centrum heeft twee grote takken in Vlaams-Brabant: het ontwenningsprogramma en therapeutische gemeenschap in Kessel-Lo en een ambulante drugszorg in Asse en Halle. De stijging in het aantal mensen die zich laten behandelen voor verslavingsproblematiek laat zich ook hier merken. In 2019 vonden er in 'De Spiegel' gemiddeld 6098 geregistreerde gesprekken plaats terwijl dit het jaar voordien nog slechts om 5690 gesprekken ging. Deze gesprekken gebeuren door in totaal 45 medewerkers (psychologen, leefgroepwerkers, orthopedagogen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen, artsen en psychiaters) (4, 5). Zo heeft de ambulante werking in 2019 de hoogste bezetting in 10 jaar gekend (4).

Een van de grootste problemen die men vanuit 'De Spiegel' opmerkt, is dat er een grote drop-out is in de behandeling van hun patiënten. Onder drop-out wordt verstaan: *"Eenzijdige, voortijdige beëindiging van de behandeling of opname door de cliënt, terwijl de therapeut van mening is dat het behandeldoel nog niet bereikt is en voortzetting van de behandeling nog wel resultaten op zou kunnen leveren.* (6)*"* Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden in volgende subtypes (6): No show (wegblijver); Onmiddellijke vertrekker (beëindiging contact na één behandelcontact); Snelle drop-out (beëindiging contact na circa één maand); en late drop-out (beëindiging contact na een behandelduur van 2 tot 6 maanden).

'De Spiegel' merkt op dat deze drop-out zich voornamelijk afspeelt tussen aanmelding en het komen opdagen op de eerste afspraak (= 'no show-drop out') (4). Van de 9515 geplande gesprekken in de ambulante werking is er in 2019 32,20% niet doorgegaan (4). In 48% van de gevallen komt dit doordat er sprake was van 'no show' (4). Deze cijfers zijn gelijklopend met wat er in andere ambulante hulpverleningscentra en 'Medisch Sociaal Opvang Centra' (= MSOC's) wordt vastgesteld (4). Het is echter onbekend in 'De Spiegel' wat de kenmerken zijn van de mensen die hun behandeling vroegtijdig bij hen beëindigen en of patiënten tijdens hun behandeling of bij drop-out opgevolgd worden bij de huisarts. Tot op heden is hier immers door hen nog geen gedocumenteerd onderzoek naar gevoerd.

Doelstelling masterproef

Het doel van deze masterproef is het identificeren van factoren die reeds bij aanmelding in een verslavingscentrum een verhoogd risico op drop-out geven. Hiervoor zal gekeken worden naar socio-demografische patiëntenkenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, werksituatie en leefsituatie) en naar de invloed van doorverwijzing door de huisarts. Tot slot zal deze studie nagaan of er een wisselwerking is tussen huisartsen en verslavingscentra rond drop-outpatiënten.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Wat is het risicoprofiel van mensen die hun behandeling staken in 'De Spiegel'?
    a. Hebben socio-demografische factoren bij aanvang van de behandeling een invloed op het al dan volhouden van de verslavingsbehandeling?
    b. Is doorverwijzing door de huisarts een factor die een rol speelt in drop-out?
2. In welke mate is er een wisselwerking rond drop-outpatiënten tussen huisartsen en verslavingscentra?

LITERATUURSTUDIE

Zoekstrategie

De zoekstrategie werd opgedeeld in twee fasen: het opstellen van de PICO-vragen en het vertalen van PICO-vragen naar zoekopdrachten.

In eerste instantie werden de onderzoeksvragen omgezet naar drie PICO-vragen. De verschillende elementen werden vertaald naar het Engels om het zoeken in de verschillende internationale databases te vergemakkelijken. De PICO-vragen met hun vertaling kunnen hieronder teruggevonden worden.

	Risicofactoren/risicoprofiel	**Patiëntkenmerken**	**Invloed huisarts**
Patient	Verslaafden (Addicts)		
Intervention	Risicofactor/risicoprofiel (Risk factor/risk profile)	Socio-demografische patiëntenkenmerken (Socio-demographic patient characteristics)	Doorverwijzing, huisarts, hulpverleners (Referral, general practitioner, GP, general doctor, family doctor)
(Control)	/		
Outcome	Drop-out behandeling (Dropout treatment)		

Daarna werden de PICO-vragen vertaald in MESH-termen en werden volgende zoekopdrachten verkregen:

1. ((("Behavior, Addictive"[Mesh]) OR (addic*[tiab])) AND (("Risk Factors"[Mesh]) OR ((risk profi*) OR (risk fact*)))) AND (("Patient Dropouts"[Mesh]) OR ((treatm*[tiab]) AND (dropout [tiab])))
2. ((("Behavior, Addictive"[Mesh]) OR (addic*[tiab])) AND ((("Demography"[Mesh]) OR (demograph*[tiab])) OR (sociodemograph*[tiab]))) AND (("Patient Dropouts"[Mesh]) OR ((treatm*[tiab]) AND (dropout [tiab])))
3. ((("Behavior, Addictive"[Mesh]) OR (addic*[tiab])) AND (((((((((("General Practitioners"[Mesh]) OR ("Caregivers"[Mesh])) OR ("Referral and Consultation"[Mesh])) OR (family doct*[tiab])) OR (family pract*[tiab])) OR (first line profess*[tiab])) OR (general practiti*[tiab])) OR (referr*[tiab])) OR (gp [tiab])) OR (general doct*[tiab])))) AND (("Patient Dropouts"[Mesh]) OR ((treatm*[tiab]) AND (dropout [tiab])))

Vervolgens werden de drie zoekopdrachten ingegeven in PubMed en werd er gefilterd voor aanwezigheid van abstract en Engels- of Nederlandstaligheid van het artikel. Er werden 76, 89 en 33 resultaten verkregen van respectievelijk de search naar risicofactoren/risicoprofielen, socio-demografische gegevens en de invloed van de huisarts op drop-out.

Omdat er opmerkelijk minder artikels gevonden werden rond de invloed van huisarts op drop-out, werd deze zoekopdracht, weliswaar zonder de MeSH-termen, herhaald via Web Of Science (Search: 'TOPIC: (addiction) AND TOPIC: (dropout) AND ALL FIELDS: (general practitioner)'). Hierdoor werden twee bijkomende artikels gevonden.

Tot slot werd er nog een Nederlandstalig artikel rond drop-out in de geestelijke gezondheidszorg bij allochtone patiënten toegevoegd dat werd gelezen op aanraden van een collega.

Exclusiecriteria voor de analyse van de gevonden literatuur waren:

- focus op gokverslaving, een verslaving waar in 'De Spiegel' relatief weinig mensen zich voor aanbieden;
- geen volledig artikel beschikbaar en abstract omvat geen relevante informatie om een antwoord op de PICO-vraag te formuleren;
- geen relevantie tot de probleemstelling (geen focus op verslavingsbehandeling, drop-out, risicofactoren drop-out, demografische kenmerken of invloed doorverwijzing);
- te specifieke onderzoekspopulatie (onderzoek gevoerd waarbij de studiepopulatie niet representatief is voor de gehele bevolking (bv. HIV-positieven) of bij mensen onder een welbepaalde (medicamenteuze) behandeling).

Socio-demografische factoren

Na exclusie werden acht artikels, waarvan één systematic review, uit de search van socio-demografische factoren, en zeven artikels van de search naar risicofactoren geïncludeerd in deze studie.

Zoals reeds aangehaald, is de drop-out in de behandeling van verslaving groot. Dit is ook merkbaar in de literatuur. Onderzoek van Weert en van Oene toonde in 1998 aan dat deze stabiel is over de jaren en voor de behandeling van drugs in de ambulante en klinische, waarbij de patiënt opgenomen is, situatie respectievelijk 25-73% en 53-54% bedraagt in Nederland (7). Bij de behandeling van alcoholverslaving zijn de cijfers respectievelijk 44-56% en 24-41% (7).

Over socio-demografische factoren die gelieerd zijn aan drop-out is de literatuur echter niet eenduidig.

Uit de studies van Hilderink en van 't Land, Brorson en Ajo Arnevik, Li en Sun en Mammo en Weinbaum is gebleken dat gekende socio-demografische factoren voor drop-out binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn: jonge leeftijd (< 30-jarigen hebben 1,8 x meer kans op drop-out), alleenstaand (tweemaal meer kans op drop-out) en werkloos zijn (2,3 x meer kans op drop-out) (6, 8-10). Ook Marcovitz en McHugh toonden aan dat jonge leeftijd een belangrijke rol speelt bij drop-out, meerbepaald bij vroegtijdige drop-out (11).

Volgens een recente Indiase studie uitgevoerd door Basu en Ghosh komt drop-out echter vaker voor bij patiënten van een oudere leeftijd en mensen die tewerkgesteld zijn (12).

Saloner en Cook, King en Canada en Passos en Camacho laten onafhankelijk van elkaar zien dat ook etniciteit een rol speelt in drop-out (13-15). Afro-Amerikaanse en Latijns-Amerikaanse patiënten vervolledigen 3,5-8,1% minder vaak hun verslavingsbehandeling voor drugs en alcohol (13, 14). Verder hebben Indianen 4,7% meer kans op drop-out tijdens hun alcoholverslavingsbehandeling (13). Aziatisch-Amerikanen hebben daarentegen meer succes met het vervolledigen van hun behandeling (13).

Wanneer men naar het geslacht van drop-outpatiënten gaat kijken, hebben zowel de studie van Fernández-Montalvo en López-Goñi, de studie van King en Canada en deze van Mammo en Weinbaum aangetoond dat vrouwen een significant hoger risico hebben op drop-out dan mannen (10, 14, 16). Dit risico is groter bij vrouwen wanneer er sprake is van seksuele of fysieke mishandeling (16). Passos en Camacho vonden bij hun onderzoek echter een negatieve correlatie tussen het vrouwelijk geslacht en een vroegtijdige drop-out (15).

Een andere socio-demografische factor die significant verschillend is tussen mensen die de behandeling voor verslaving blijven volgen en niet, is het opleidingsniveau. De studie van King en Canada en deze van Khazaie en Rezaie toonden onafhankelijk van elkaar aan dat patiënten die laag geschoold zijn, vaker hun behandeling stopzetten (14, 17).

Invloed huisarts

Rekening houdend met de exclusiecriteria werd slechts een artikel uit Pubmed weerhouden. De twee gevonden artikels via WebOfScience konden geen van beiden aantonen in de titel en abstract dat zij een meerwaarde konden bieden op de vraag rond de rol van de huisarts bij drop-out.

Er werd vastgesteld dat er weinig literatuur te vinden is omtrent de rol van de huisarts als doorverwijzer en drop-out. Wel werd gevonden door King en Canada dat doorverwijzing naar het onderzochte verslavingscentrum door niet-medici (zelfverwijzing of verwijzing vanuit het werk) gepaard gaat met een hoger risico op drop-out dan als er een huisarts of psychiater aan te pas komt ($p<0.05$) (14). Dit kan onder andere te maken hebben met het feit er minder stigma is in verband met het volgen van verslavingsbehandeling in een vertrouwde omgeving. Ook kunnen cliënten met een reeds bestaande arts-patiëntrelatie meer geneigd zijn om zich met een andere behandelaar in te laten (14).

Conclusie literatuurstudie

In de literatuur is er geen eenduidig antwoord te vinden wat de risicofactoren zijn om als patiënt vroegtijdig de verslavingsbehandeling stop te zetten. Daarnaast kan opgemerkt worden dat er geen Belgische literatuur gevonden kon worden over deze factoren. Tot slot is nauwelijks literatuur opgedoken rond de invloed van de huisarts op drop-out.

METHODOLOGIE

Type onderzoek

Het onderzoek bevat zowel een kwantitatief als een kwalitatief luik.

Het betreft een retrospectieve cross-sectionele studie van 1 maart 2021 t.e.m. 31 december 2022 met data verzameld van 1 januari 2018 t.e.m. 31 december 2020. Deze studie gebeurde in een samenwerking van vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en verslavingscentrum 'De Spiegel'.

In tweede instantie werden 3 focusgroepen gehouden: Een focusgroep bestaande uit +-10 huisartsen-in-opleiding (HAIO's), een andere waarbij 10 huisartsen uit Merchtem aanwezig waren en tot slot een focusgroep bij medewerkers van 'De Spiegel'.

Dataverzameling

Onderzoekseenheden

Bij het kwantitatief gedeelte van de studie zijn volgende afhankelijke variabelen onderzocht: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, werksituatie en leefsituatie bij aanmelding in het verslavingscentrum. Ook de manier van doorverwijzing werd geanalyseerd.

In een later stadium zijn er focusgesprekken gehouden met als doel een nauwer beeld te krijgen op de wisselwerking rond drop-outpatiënten tussen huisartsen en verslavingscentra.

Dataverzamelingsmethode

Kwantitatieve data

Na goedkeuring van de studie door de ethische commissie werd via mail contact genomen met 'De Spiegel' om data te kunnen extraheren uit hun centraal informatiesysteem (CIS). De nodige data werd geanonimiseerd vanuit het CIS opgeslagen in een Excel file op een van de computers van 'De Spiegel' (geboortedatum, geslacht, opleidingsniveau, arbeidssituatie, leefsituatie, manier van verwijzing en een lijst van alle contacten tussen elke patiënt en een zorgverlener van De Spiegel). Deze Excel file werd vervolgens op versleutelde wijze gemaild naar de computer van de onderzoeker.

Bij de extractie van de data uit het CIS werd rekening gehouden met het in- en exclusiecriterium zijnde respectievelijk 'contact hebben opgenomen met De Spiegel tussen 1 januari 2018 en 31 december 2020 om een afspraak te maken omtrent verslavingsproblematiek' en 'minderjarigheid'.

Kwalitatieve data

In tweede instantie werden de lokale seminariegroep (onder leiding van dr. Bart Donders), de lokale kwaliteitsgroep (LOK 0607) en het verslavingscentrum 'De Spiegel' via mail gecontacteerd om een focusgroep te organiseren. De gesprekken werden opgenomen met het programma 'Geluidsrecorder' op een door zowel pincode als gezichtsherkenning beveiligde GSM en vonden plaats in het Nederlands door de hoofdonderzoeker volgens een vast stramien: openingsvraag/ijsbreker, inleidende vraag, transitvraag, sleutelvraag en besluitende vraag (18). Omwille van organisatorische redenen vonden de focusgroepen met de seminariegroep en 'De Spiegel' live plaats op respectievelijk campus Etterbeek van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en campus Asse (ambulante werking) van 'De Spiegel'. Het focusgesprek met de LOK-groep kon enkel digitaal gebeuren. De opnames van de focusgroepen werden vervolgens opgeslagen op een met een wachtwoord-beveiligde computer.

Dataverwerkingsmethode

Kwantitatieve data

Op basis van alle contacten tussen elke patiënt en een zorgverlener van De Spiegel werd handmatig aangeduid of de patiënt behoort tot de drop-out- of controlegroep. Drop-out wordt in deze studie gedefinieerd als het niet komen opdagen op de eerste afspraak of op twee opeenvolgende geplande therapiesessies (19). Vervolgens werd de data geïmporteerd in IBM SPSS Statistics 26. De leeftijd van de patiënten bij aanmelding werd berekend op basis van het geregistreerde geboortejaar en bij 'werksituatie', 'leefsituatie' en 'manier van doorverwijzing' werden verscheidene, weinig voorkomende, antwoordmogelijkheden gegroepeerd onder een overkoepelende term (bv. alle ambulante centra waardoor werd doorverwezen) Vervolgens werd de data opgedeeld in continue (leeftijd), nominaal discrete (opleidingsniveau) en ordinaal discrete (geslacht, werksituatie, leefsituatie en manier van doorverwijzing) variabelen.

Kwalitatieve data

De focusgroepen werden geanonimiseerd uitgetypt en getranscribeerd door de hoofdonderzoeker in Microsoft Word (Office 365).

Data-analyse

Kwantitatieve data

Wanneer de data verwerkt was, werd er descriptieve statistiek uitgevoerd op de kwantitatieve data. Het gemiddelde en de standaardafwijking van de continue variabele werd bepaald en de frequenties van de discrete variabelen werden genoteerd.

Om de leeftijd tussen mensen, al dan niet, met drop-out te vergelijken gebeurde een ongepaarde T-toets . Dit omdat leeftijd een parameter is die normaal verdeeld is.

Voor de discrete variabelen werden er χ^2-testen gebruikt om patiënten die de behandeling volhouden en drop-outs statistisch met elkaar te vergelijken.

Kwalitatieve data

Na het transcriberen, werden de drie focusgroepen achtereenvolgens open, axiaal en selectief gecodeerd (op papier). Op deze manier werden concepten uit de focusgesprekken gehaald en werden er verbanden blootgelegd dewelke in het 'resultatendeel' aan bod komen.

Ethiek

De studie ging pas van start nadat goedkeuring van de ethische commissie van het UZ Brussel en van de algemeen directeur van 'De Spiegel' verkregen is (zie bijlagen 1,2 en 3).

De gehele studiedata werd onderzocht door een onderzoeker die het certificaat van 'Good Clinical Practice' behaald heeft, en dit bij 'NIDA Clinical Trials Network' (zie bijlage 4). Er werd uitsluitend kwantitatieve data gebruikt die reeds systematisch bijgehouden wordt door 'De Spiegel'. Bij aanmelding in 'De Spiegel' wordt steeds (mondeling) toestemming gevraagd aan de patiënten om deze gegevens te mogen opslaan en gebruiken voor statistische analyses. De data werd bewaard volgens de recente GDPR-wetgeving: centraal en versleuteld. Enkel interne medewerkers hebben toegang tot data, waarbij de artsen hun medische data niet zichtbaar stellen voor niet-artsen. Binnen de afdeling heeft iedereen toegang tot de meeste gegevens, maar de policy van de spiegel is dat niemand neust in dossiers waarin ze niet betrokken zijn. Tussen de verschillende afdelingen van 'De Spiegel' (Asse, Halle…) zijn gegevens zoveel mogelijk afgeschermd. Per afdeling worden bepaalde 'rechten' toegekend in het elektronische dossier: als je op een bepaalde afdeling werkt, heb je op die manier geen toegang tot inhoudelijke gegevens van cliënten die op andere afdelingen zijn opgenomen.

Ook bij het afnemen van de focusgroepen werd eerst gevraagd of iedereen wou deelnemen aan het gesprek en of er toestemming gegeven wordt om het focusgesprek op te nemen.

Zoals reeds eerder aangegeven, werd de kwalitatieve data geanonimiseerd uitgetypt, alvorens deze verder te analyseren.

Gedurende de gehele studie was er te allen tijde een contactpersoon bij 'De Spiegel', Elena De Feyter, Afdelingshoofd ambulante werking 'De Spiegel', waarnaar gebeld of gemaild kon worden indien nodig.

RESULTATEN

Kwantitatieve data

Tussen 1 januari 2018 en 31 december 2020 namen 579 verschillende mensen contact op met 'De Spiegel'. Bij 396 van deze cliënten (68,4%) was er tijdens hun behandeling minstens eenmaal sprake van drop-out. 258 patiënten ondernamen meerdere stoppogingen tussen 2018 en 2020, wat neerkomt op 65,2% van de drop-out-groep.

De gemiddelde leeftijd (± standaardafwijking) van de drop-out- en controlegroep is respectievelijk 32,7 (± 8,7) en 34,45 (± 10,4) jaar.

Een overzicht van de overige demografische gegevens van de drop-out- en controlegroep kan gevonden worden in tabel 1.

		Drop-out	Controle
Geslacht	**Man**	308 (77,8%)	152 (83,1%)
	Vrouw	88 (22,2%)	31 (16,9%)
Opleidings-niveau	**Onbekend**	134 (33,8%)	55 (30,1%)
	Geen schoolse opleiding	4 (1,0%)	5 (2,7%)
	Buitengewoon lager onderwijs (BLO)	3 (0,8%)	0 (0%)
	Lager onderwijs	40 (10,1%)	12 (6,6%)
	Buitengewoon secundair onderwijs (BUSO)	3 (0,8%)	2 (1,1%)
	Lager secundair onderwijs	64 (16,2%)	26 (14,2%)
	Beroepssecundair onderwijs (BSO)/Duaal onderwijs	15 (3,8%)	7 (3,8%)
	Technisch secundair onderwijs (TSO) of kunst secundair onderwijs (KSO)	65 (16,4%)	33 (18,0%)
	Algemeen secundair onderwijs (ASO)	30 (7,6%)	23 (12,6%)
	Hoger niet-universitair onderwijs (HOBU)	23 (5,8%)	13 (7,1%)
	Universitair onderwijs	11 (2,8%)	7 (3,8%)
	Andere (bv. avondonderwijs)	4 (1,0%)	0 (0%)
Arbeids-situatie	**Onbekend**	2 (0,5%)	0 (0%)
	Scholier/student/beroepsopleiding	33 (8,3%)	22 (12,0%)
	Arbeidsongeschikt	106 (26,8%)	37 (20,2%)
	Werkloos	84 (21,2 %)	36 (19,7%)
	Occasionele tewerkstelling/interimbureau	11 (2,8%)	7 (3,8%)
	Reguliere tewerkstelling	150 (37,9%)	75 (41,0%)
	Op (vervroegd) pensioen	1 (0,3%)	1 (0,5%)
	Andere	9 (2,3%)	5 (2,7%)

Manier van door-verwijzing	**Gebruiker/eigen initiatief**	165 (41,7%)	71 (38,8%)
	(Ambulante) verslavingscentra	11 (2,8%)	5 (2,7%)
	CGG/CAW/JAC	10 (2,5%)	5 (2,7%)
	Overige hulpverleningsorganisaties	23 (5,8%)	9 (4,9%)
	Partner van de gebruiker	8 (2,0%)	3 (1,6%)
	Familie van de gebruiker	28 (7,1%)	17 (9,3%)
	Overige directe omgeving gebruiker (vrienden, school…)	36 (9,1%)	18 (9,8%)
	Justitie	47 (11,9%)	18 (9,8%)
	Huisarts	20 (5,1%)	17 (9,3%)
	Zelfstandig psycholoog/therapeut	1 (0,3%)	0 (0%)
	Algemene ziekenhuizen	15 (3,8%)	8 (4,4%)
	Residentiële hulpverlening/psychiatrische ziekenhuizen	24 (6,1%)	5 (2,7%)
	Andere	8 (2,0%)	7 (3,8%)
Leef-situatie	**Onbekend**	6 (1,5%)	3 (1,6%)
	Alleen	92 (23,2%)	41 (22,4%)
	Met seksuele partner	55 (13,9%)	27 (14,8%)
	Met kind(eren)	21 (5,3%)	6 (3,3%)
	Met seksuele partner en kind(eren)	71 (17,9%)	25 (13,7%)
	Met ouders	98 (24,7%)	56 (30,6%)
	Met andere familieleden	5 (1,3%)	5 (2,7%)
	In een gecontroleerde omgeving	26 (6,6%)	15 (8,2%)
	Met vrienden of andere personen (zonder verwantschap)	13 (3,3%)	3 (1,6%)
	Wisselende leefsituaties	9 (2,3%)	2 (1,1%)

Tabel 1 Demografische gegevens drop-out- en controlegroep

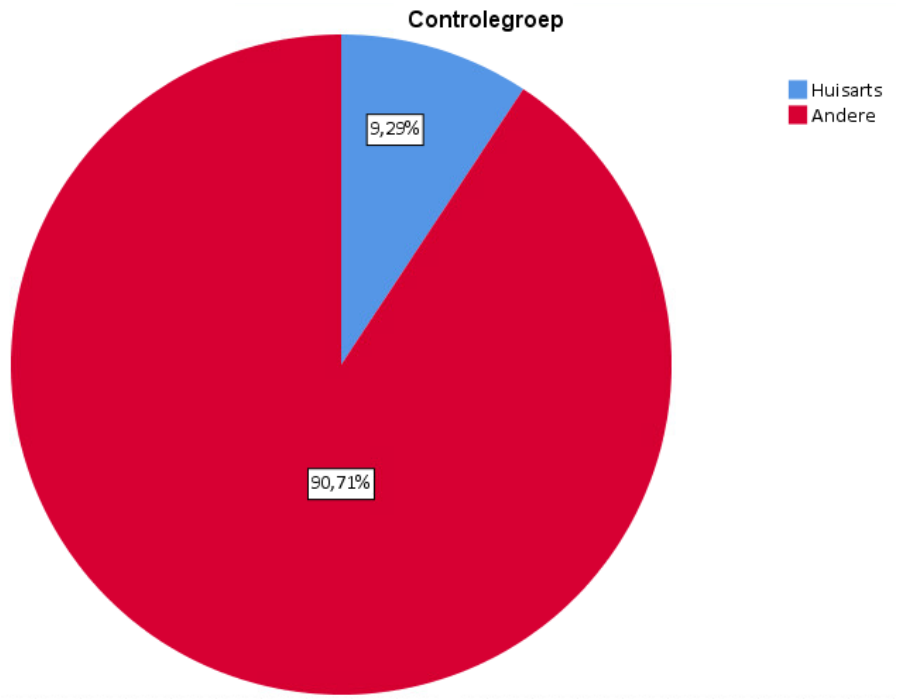
De inductieve statistiek toont twee significante verschillen tussen de drop-out- en de controlegroep. De ongepaarde T-test toont een hogere leeftijd bij aanmelding in de controlegroep in vergelijking met de drop-outs (p = 0,05) (zie tabel 2). Daarnaast zijn patiënten die tot de drop-outgroep behoren bij aanmelding significant minder doorverwezen door de huisarts (5,1% versus 9,3% in respectievelijk de drop-out- en controlegroep) (p = 0,05) (zie tabel 3 en figuur 1 en 2).

	Levene's Test for Equality of Variances				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	8,056	,005	2,113	577	,035
Equal variances not assumed			1,977	303,025	,049

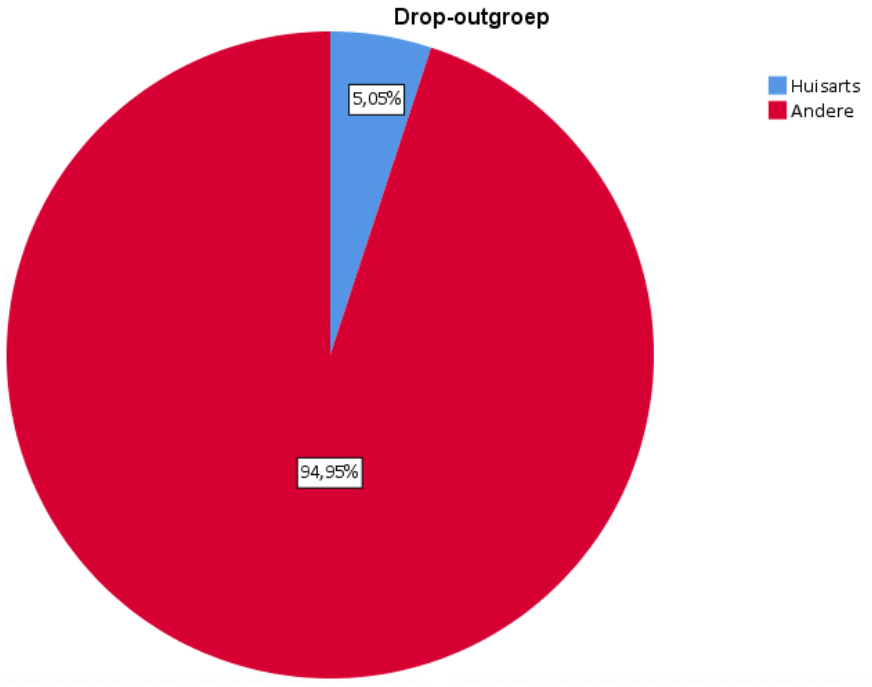
Tabel 2 Ongepaarde T-test leeftijd drop-out- en controlegroep

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,760[a]	1	,05

Tabel 3 X2-test doorverwijzing door huisarts drop-out- en controlegroep



Figuur 1 Cirkeldiagram doorverwijzing door huisarts in de controlegroep



Figuur 2 Cirkeldiagram doorverwijzing door huisarts in de drop-outgroep

Verder is er geen statistisch significant verschil aangetoond in geslacht, opleidingsniveau, arbeidssituatie of leefsituatie (p-waardes respectievelijk 0,14; 0,31; 0,52 en 0,50).

Kwalitatieve data

Zoals reeds eerder aangehaald, werden er drie focusgroepen gehouden: een bij verschillende medewerkers van 'De Spiegel', een in de eigen seminariegroep en een in de lokale LOK-groep.

Het focusgesprek met 'De Spiegel' vond 21 oktober 2021 fysiek plaats in het hoofdkantoor van 'De Spiegel' in Asse en werd gehouden met acht medewerkers: een psychosociaal begeleider, drie psychologen, een verpleegkundige, een verantwoordelijke voor onthaal en administratie en twee artsen. Deze groep bestond uit zes vrouwen en twee mannen.

Op het tweede focusgesprek, dat 16 november 2021 fysiek gebeurde met de seminariegroep van dr. Bart Donders, was er een mannelijke huisarts aanwezig, evenals vijf mannelijke en vrouwelijke huisartsen-in-opleiding.

Het derde en laatste focusgesprek , met LOK-groep 0607, vond online plaats op 8 december 2021. Hieraan namen vijf mannen (waarvan vier vaste huisartsen en een huisarts-in-opleiding) en zes vrouwelijke huisartsen, allen werkzaam in Merchtem, deel.

Problematische wisselwerking

Uit de drie focusgesprekken blijkt dat er nauwelijks tot geen wisselwerking is tussen het verslavingscentrum 'De Spiegel' en huisartsen. Er zijn verschillende redenen volgens 'De Spiegel', die ervoor zorgen dat de wisselwerking beperkt is. Ten eerste speelt de privacy van de patiënt een essentiële rol. Omwille van het beroepsgeheim vindt het multidisciplinair team van 'De Spiegel' het niet evident om terug te koppelen naar de huisarts, zonder daarbij ook de vertrouwensrelatie met de patiënt te schaden. Daarnaast speelt zowel bij de huisartsen als bij het verslavingscentrum het tijdsgebrek een belangrijke factor. Bovendien is het laatste aspect dat van cruciaal belang is, het wederzijds respect tussen het verslavingscentrum en huisartsen. Beide partijen respecteren elkaars grenzen en storen elkaar niet tijdens consultaties. Bijgevolg krijgen beiden dan wel te maken met onbeantwoorde telefoons of het feit dat er niet wordt teruggebeld.

De huisartsen halen ook verschillende redenen aan die de summiere wisselwerking tussen hen en 'De Spiegel' zou kunnen verklaren. Allereerst speelt de soort verslaving een rol in de doorverwijzing. Men heeft de indruk dat men vooral terechtkan bij 'De Spiegel' voor trajectbegeleiding bij een combinatieverslaving, harddrugs of medicatiemisbruik. Daarnaast is campus Asse van 'De Spiegel' een ambulante werking en verwijzen huisartsen enkel sterk gemotiveerde patiënten door, die uit zichzelf bereid zijn om hun verslaving aan te pakken. Huisartsen bieden hun patiënten de kans aan om zelf contact op te nemen met 'De Spiegel'. Op die manier fungeert de huisarts als 'tussenpersoon' tussen de patiënt en 'De Spiegel'. De huisarts biedt informatie en contactgegevens aan, maar gaat de patiënt niet zelf aanmelden. Een laatste verklaring voor de geringe wisselwerking (algemeen niveau) zijn de lange wachttijden en de beperkte bereikbaarheid van verslavingscentra.

Door het feit dat de wisselwerking beperkt is tussen 'De Spiegel' en de huisartsen, kampen de huisartsen met het probleem om correct te handelen naargelang de situatie van de patiënt. De huisartsen hebben geen kennis van de medicatievoorschriften, die de patiënt reeds gekregen heeft. Bovendien hebben de huisartsen ook geen zicht of de patiënt, al dan niet, nog in trajectbegeleiding is, en/of waar hij/zij zich bevindt binnen dat traject. Wanneer de patiënt de trajectbegeleiding heeft stopgezet en is hervallen, kunnen de huisartsen hierop inspelen. Herval is namelijk een normaal en terugkerend fenomeen. Als de huisarts dus op de hoogte is van het herval, kan deze nieuwe kansen aanbieden.

Toekomstperspectieven

Zowel 'De Spiegel' als de huisartsen zijn zich bewust van de geringe wederzijdse wisselwerking en wensen in de toekomst meer onderling overleg. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat een terugkoppeling van 'De Spiegel' naar de huisartsen alleen zinvol is als de huisarts een goede verstandhouding heeft met de patiënt. 'De Spiegel' ziet de toekomstige wisselwerking als volgt: zij hameren op het feit dat een overleg bij aanvang van een traject een meerwaarde kan zijn. Op die manier kunnen 'De Spiegel' en de huisarts de voorschriften voor medicatie op elkaar afstemmen. Zo vermijden beide partijen misbruik van medicatie door de patiënt. Ook huisartsen vinden de wisselwerking rond voorschriften een cruciaal gegeven.

Daarenboven zijn de huisartsen niet alleen voorstander van een overleg bij aanvang van de begeleiding maar ook tijdens en/of na de begeleiding alsook bij het optreden van drop-out. Deze communicatie zou kunnen plaatsvinden per telefoon of per brief. Verder reiken de huisartsen nog een aantal mogelijkheden aan om in de toekomst onderling te overleggen met 'De Spiegel'. Een eerste optie is een directe lijn naar 'De Spiegel' voor opvolging van patiënten en eventueel acute gevallen. Vervolgens wijzen de huisartsen op het feit dat er in de hedendaagse context ook gebruik gemaakt kan worden van elektronische uitwisseling, bijvoorbeeld via het platform 'Helena'. Een derde en laatste suggestie is een eventueel aanmeldpunt voor doorverwijzing van patiënten dat alleen toegankelijk is voor huisartsen.

DISCUSSIE

68,4% van de aangemelde patiënten bij 'De Spiegel' tussen 2018 en 2020 vertoonde minstens eenmaal drop-out. Een reden hiervoor zouden de wachttijden kunnen zijn dewelke heersen tussen aanmelding in het centrum en de effectieve start van de behandeling. Een studie van de 'leerstoel Public Mental health' van de universiteit van Antwerpen heeft in december 2020 gevonden dat slechts 64% van de onderzochte verslavingspopulatie binnen de maand geholpen kon worden (20).

Er is een statistisch significant verschil tussen een drop-out- en controlegroep van verslavingscentrum 'De Spiegel' op vlak van zowel leeftijd, als het al dan niet doorverwezen zijn door een huisarts.

De patiënten die hun behandeling in 'De Spiegel' vroegtijdig stopzetten zijn statistisch significant jonger. Er is echter geen sprake van een klinisch significant verschil gezien het gemiddelde en de standaardafwijking in beide groepen absoluut gezien dicht bij elkaar liggen (32,7 (± 8,7) en 34,45 (± 10,4) jaar in respectievelijk de drop-out- en controlepopulatie). Een review-artikel uit 2013 waarbij 122 studies (en bijgevolg 199.331 deelnemers) geïncludeerd werden, bevestigt deze bevinding (9).

Daarnaast zijn er significant minder mensen in de drop-outgroep dewelke doorverwezen zijn door de huisarts (5,1% versus 9,3% in respectievelijk de drop-out- en controlegroep). Zoals reeds eerder aangegeven, is er nog geen vergelijkende literatuur hierover beschikbaar.

Uit de focusgesprekken is gebleken dat er sprake is van een geringe wisselwerking tussen verslavingscentrum 'De Spiegel' en huisartsen en dit omwille van volgende probleempunten: 'Privacy', 'tijdsgebrek' en 'het niet willen onderbreken van elkaars consultaties'. Hierdoor hebben de huisartsen de indruk dat ze niet altijd correct kunnen handelen. Men heeft het gevoel dat men niet op de hoogte is van de voorgeschreven behandeling en of de patiënt nog in opvolging is of niet. Hierdoor kan er niet kort op de bal gespeeld worden om een patiënt die in drop-out gaat, snel opnieuw te motiveren.

Een discussiepunt tussen de huisartsen en 'De Spiegel' is het al dan niet mogen bespreken van een patiëntencasus met elkaar zonder dat de cliënt hier expliciet zijn toestemming voor gegeven heeft. Zo hebben de medewerkers van 'De Spiegel' schrik om het vertrouwen van hun patiënten te schenden door contact op te nemen met hun huisarts. De huisartsen van de LOK-groep vinden echter dat er sprake is van een gedeeld beroepsgeheim en vinden het dan ook een gemiste kans dat ze niet op de hoogte gebracht worden van het verloop van een behandeling in 'De Spiegel'. Deontologisch gezien is er geen probleem om een patiëntencasus met 'De Spiegel' te bespreken indien er sprake is van een gedeeld beroepsgeheim en dus voldaan is aan drie voorwaarden: alle personen betrokken bij de informatie-uitwisseling moeten gebonden zijn aan het beroepsgeheim en moeten betrokken zijn bij de hulpverlening van de patiënt, het delen van informatie moet noodzakelijk zijn voor de hulpverlening van de patiënt ('need to know' versus 'nice to know') en de cliënt moet op de hoogte zijn van de informatie-uitwisseling en hiermee, minstens impliciet, ingestemd hebben (21, 22).

Zowel 'De Spiegel' als de huisartsen staan echter open voor een betere samenwerking en dit onder de vorm van een overleg bij aanmelding van de patiënt in het verslavingscentrum (telefonisch, via 'Helena' of per briefwisseling) en/of een aanmeldpunt voor doorverwijzing van patiënten dat enkel toegankelijk is voor huisartsen. De onderliggende problemen zullen wel eerst opgelost moeten worden (onbeantwoorde telefoons, lange wachttijden…). Een oplossing hiervoor wordt niet spontaan aangereikt door de huisartsen, noch door de medewerkers van 'De Spiegel'.

Deze studie is de eerste die in verslavingscentrum 'De Spiegel' op zoek gaat naar socio-demografische kenmerken van mensen die later in drop-out gaan. Tevens is het een primeur dat gekeken wordt naar het al dan niet doorverwezen zijn door de huisarts en de wisselwerking tussen huisartsen en 'De Spiegel' rond de behandeling van patiënten.

Er zijn echter ook verscheidene tekortkomingen.

Een deel van de verzamelde kwantitatieve data werd afgenomen tijdens de COVID-19-pandemie. Een studie van Asmundson en Taylor toont aan dat er rond die tijd, weliswaar in Canada, een angst heerste voor zowel het virus zelf, als om besmet te geraken (23). In maart 2020 werd er ter preventie van verdere verspreiding van het COVID-19-virus een tijdelijke 'lockdown light' afgekondigd in België waardoor alle niet-essentiële verplaatsingen verboden werden (24). Het is dan ook mogelijk dat er sprake is van een overschatting van het aantal drop-outpatiënten. Een deel van de drop-outpatiënten kan immers de behandeling gestaakt hebben uit angst om besmet te geraken.

Daarnaast is er mogelijks een onderschatting van het aantal drop-outpatiënten. De patiënten die in de controlegroep zitten kunnen immers nog drop-out vertonen na 2020.

Overigens heeft deze studie zich uitsluitend gefocust op data verzameld bij 'De Spiegel', een tiental huisartsen-in-opleiding en elf huisartsen van Merchtem. Hierdoor kunnen er geen generalisaties gemaakt worden voor de gehele verslavingscentrapopulatie. De studie zou kwalitatief beter zijn geweest, moest er data gebruikt zijn van meerdere verslavingscentra en/of meerdere LOK-groepen.

Tot slot had de hoofdonderzoeker nog weinig ervaring met het voeren van kwalitatief onderzoek, wat de kwaliteit van de focusgesprekken suboptimaal maakt.

Nu we hebben vastgesteld dat een drop-out groep van 'De Spiegel' proportioneel minder vaak doorverwezen is door een huisarts en er voorlopig nog verscheidene probleempunten zijn in de samenwerking tussen 'De Spiegel' en huisartsen, kan in de toekomst onderzocht worden of een betere wisselwerking tussen 'De Spiegel' en huisartsen zorgt voor minder drop-out.

Tevens kunnen ook andere verslavingscentra onderzocht worden om stellingen te doen over de ambulante verslavingszorg over heel België.

CONCLUSIE

Drop-out is een belangrijk probleem in 'De Spiegel', dit wordt zowel door 'De Spiegel' als door deze studie aangetoond. Mensen die drop-out vertonen zijn gemiddeld jonger (statistisch, maar niet klinisch, significant) en zijn opmerkelijk minder vaak doorverwezen door de huisarts. Tevens is er sprake van een geringe wisselwerking tussen verslavingscentrum 'De Spiegel' en huisartsen en dit omwille van problemen rond 'Privacy', 'tijdsgebrek' en 'het niet willen onderbreken van elkaars consultaties'. Zowel 'De Spiegel' als de huisartsen staan echter open voor een betere samenwerking. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door overleg te plegen bij aanmelding van de patiënt in het verslavingscentrum en/of een aanmeldpunt te maken voor doorverwijzing van patiënten dat enkel toegankelijk is voor huisartsen. De onderliggende problemen zullen wel eerst opgelost moeten worden (onbeantwoorde telefoons, lange wachttijden…). In de toekomst kan er onderzoek gebeuren naar andere/grotere verslavingscentra of naar het effect van interventies in deze samenwerking op drop-out.

BEDANKING

Graag zou ik mijn promotor, prof. Emily Verté, en copromotor, dr. Hakki Demirkapu, willen bedanken voor het vele geduld dat zij hebben gehad om dit eindwerk tot een goed einde te brengen. Verder ben ik ook verslavingscentrum 'De Spiegel' dankbaar dat zij data ter beschikking wouden stellen om een onderzoek mee te kunnen voeren. Tot slot wil ik ook nog mijn vrouw, Celina Tempelaere, danken voor de emotionele steun die ze mij gedurende dit project geboden heeft.

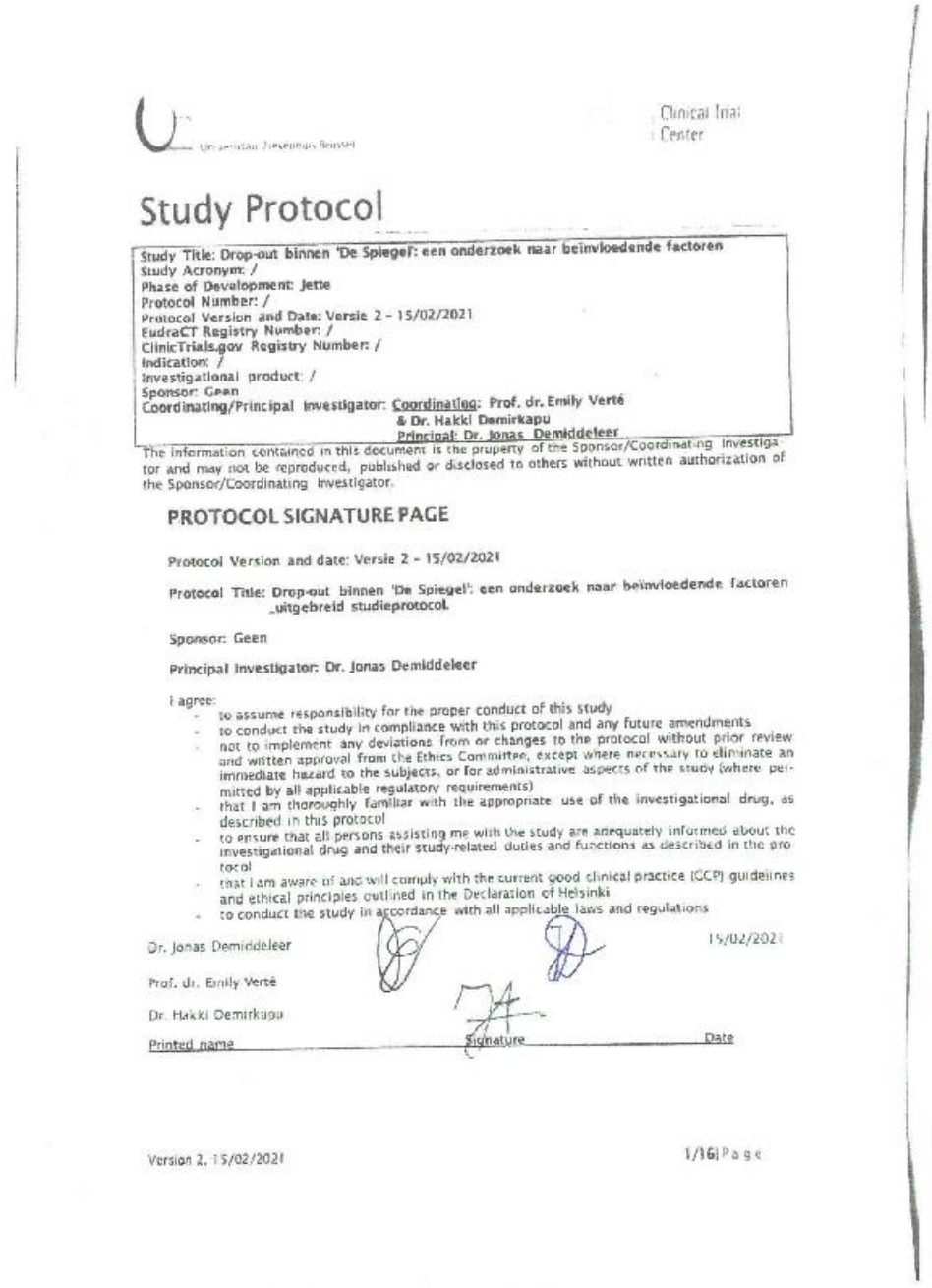
BIBLIOGRAFIE

1. De Druglijn. Wat zijn drugs? [homepage on the Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www.druglijn.be/drugs-abc/wat-zijn-drugs.
2. Sciensano. Risico's en gevaren. [homepage on the Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/illegale-drugs/risicos-en-evaren#psychische-risico-s.
3. Europees drugsrapport 2018: Highlights. Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving Lissabon. In Press 2018. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/8906/HighlightsEDR2018_NL_Final_web.pdf.
4. De Spiegel. Jaarverslag 2019. België: De Spiegel; 2020.
5. Over De Spiegel: De Spiegel [homepage on the Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: https://despiegel.org/nl/over-de-spiegel/over-de-spiegel/.
6. Hilderink I, van 't Land H, Smits C. Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Utrecht: Trimbos Instituut; 2009.
7. Tjaden Br. De invloed van etniciteit, waarden en normen en behandelvisie op de klinische behandeling van verslaafden. Nederland: University of Amsterdam; 2004.
8. Li X, Sun H, Marsh DC, Anis AH. Factors associated with pretreatment and treatment dropouts: comparisons between Aboriginal and non-Aboriginal clients admitted to medical withdrawal management. Harm Reduct J. 2013;10:38.
9. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1010-24.
10. Mammo A, Weinbaum DF. Some factors that influence dropping out from outpatient alcoholism treatment facilities. J Stud Alcohol. 1993;54(1):92-101.
11. Marcovitz DE, McHugh RK, Volpe J, Votaw V, Connery HS. Predictors of early dropout in outpatient buprenorphine/naloxone treatment. Am J Addict. 2016;25(6):472-7.
12. Basu D, Ghosh A, Sarkar S, Patra BN, Subodh BN, Mattoo SK. Initial treatment dropout in patients with substance use disorders attending a tertiary care de-addiction centre in north India. Indian J Med Res. 2017;146(Supplement):S77-s84.
13. Saloner B, B LC. Blacks and Hispanics are less likely than whites to complete addiction treatment, largely due to socioeconomic factors. Health Aff (Millwood). 2013;32(1):135-45.
14. King AC, Canada SA. Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. J Subst Abuse Treat. 2004;26(3):189-95.
15. Passos SR, Camacho LA. Factors associated with immediate dropout of outpatient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000;35(11):513-7.
16. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A, Cacho R, Azanza P. Therapeutic Progression in Abused Women Following a Drug-Addiction Treatment Program. J Interpers Violence. 2017;32(13):2046-56.
17. Khazaie H, Rezaie L, de Jong DM. Dropping out of outpatient psychiatric treatment: a preliminary report of a 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(3):314-9.
18. Vlaams Instituut Gezond Leven. Eerste hulp bij... focusgroepen. [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/Gezond-Leven-2018_-Eerste-Hulp-Bij-__-focusgroepen.pdf.
19. Hoseinie L, Gholami Z, Shadloo B, Mokri A, Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A. Drop-out from a drug treatment clinic and associated reasons. East Mediterr Health J. 2017;23(3):173-81.
20. Rens E, Glazemakers I, Van den Broeck K. Wachten op psychische hulp. [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/01/Uitgebreid-rapport-wachttijden_Def2.pdf.

21. Nationale Raad Orde Der Artsen. Het medisch beroepsgeheim [homepage on the Internet]. [cited 2022 Feb 16]. Available from: https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/beroepsgeheim/medisch-beroepsgeheim.
22. Versweyvelt A-S, Put J, Opgenhaffen T. Samenwerking in de hulpverlening. Wegwijzers beroepsgeheim: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2018. p. 21.
23. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of anxiety disorders. 2020;70:102196.
24. Binnenlandse zaken. Ministerieel besluit houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID - 19 te beperken [homepage on the Internet]. [cited 2022 Feb 16]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2020/10/28/2020010455/justel

BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol ethische commissie



Clinical Trial Center

Study Protocol

Study Title: Drop-out binnen 'De Spiegel': een onderzoek naar beïnvloedende factoren
Study Acronym: /
Phase of Development: Jette
Protocol Number: /
Protocol Version and Date: Versie 2 – 15/02/2021
EudraCT Registry Number: /
ClinicTrials.gov Registry Number: /
Indication: /
Investigational product: /
Sponsor: Geen
Coordinating/Principal Investigator: Coordinating: Prof. dr. Emily Verté
& Dr. Hakki Demirkapu
Principal: Dr. Jonas Demiddeleer

The information contained in this document is the property of the Sponsor/Coordinating Investigator and may not be reproduced, published or disclosed to others without written authorization of the Sponsor/Coordinating Investigator.

PROTOCOL SIGNATURE PAGE

Protocol Version and date: Versie 2 – 15/02/2021

Protocol Title: Drop-out binnen 'De Spiegel': een onderzoek naar beïnvloedende factoren _uitgebreid studieprotocol

Sponsor: Geen

Principal Investigator: Dr. Jonas Demiddeleer

I agree:

- to assume responsibility for the proper conduct of this study
- to conduct the study in compliance with this protocol and any future amendments
- not to implement any deviations from or changes to the protocol without prior review and written approval from the Ethics Committee, except where necessary to eliminate an immediate hazard to the subjects, or for administrative aspects of the study (where permitted by all applicable regulatory requirements)
- that I am thoroughly familiar with the appropriate use of the investigational drug, as described in this protocol
- to ensure that all persons assisting me with the study are adequately informed about the investigational drug and their study-related duties and functions as described in the protocol
- that I am aware of and will comply with the current good clinical practice (GCP) guidelines and ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki
- to conduct the study in accordance with all applicable laws and regulations

Dr. Jonas Demiddeleer — 15/02/2021

Prof. dr. Emily Verté

Dr. Hakki Demirkapu

Printed name — Signature — Date

Version 2, 15/02/2021 — 1/16 Page

Het volledige document kan geraadpleegd worden via volgende link:

Uitgebreid studieprotocol_versie2

Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Prof. Emily Verté
HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 03-03-2021

Ons Kenmerk: 2020/479

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Drop-out binnen de Spiegel: een retrospectieve cross-sectionele studie
B.U.N. 1432020000332

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de vragen van de commissie ontvangen op 23-Feb-2021, het aangepaste adviesaanvraagformulier dd 22-Feb-2021, het protocol versie 2 dd 15-Feb-2021, CV Hakki Demirkapu, ICHO – Ethiek en deontologie tijdens de opleiding en de goedkeuring studie door directie De Spiegel dd 19-Jan-2021, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de vergadering van **3 maart 2021**

dat de voorziene retrospectieve studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting.

Prof. Dr. D. Michielsen, voorzitter

Het volledige document kan geraadpleegd worden via volgende link:

20-479 Advies ethische commissie

Bijlage 3: Goedkeuring studie door algemeen directeur 'De Spiegel'

Van: Inge Temmerman
Verzonden: dinsdag 19 januari 2021 11:54
Aan: jonas.demiddeleer@hotmail.com
CC: Elena De Feyter
Onderwerp: FW: vraag naar bevestiging deelname studie

Beste heer Demiddeleer,
Beste Jonas,

Als algemeen directeur van De Spiegel vzw geef ik toestemming/goedkeuring om je studie uit te voeren in onze vzw en daarvoor de nodige anonieme data te genereren.

Met vriendelijke groet,
Inge

Inge Temmerman
Directeur
De Spiegel vzw
DE SPIEGEL
Pellenbergstraat 160
3010 Kessel-Lo
T 016 46 10 18
F 016 46 40 15
inge.temmerman@despiegel.org
www.despiegel.org

"Dit e-mailbericht, met inbegrip van zijn eventuele bijlagen, is afkomstig van De Spiegel vzw. Klik hier voor onze disclaimer."

Van: Elena De Feyter
Verzonden: dinsdag 19 januari 2021 11:44
Aan: Inge Temmerman
Onderwerp: RE: vraag naar bevestiging deelname studie

Dag Inge,

Bedankt!

Kan jij een e-mailbevestiging sturen naar: Jonas.demiddeleer@hotmail.com?

Zijn exacte vraag luidt: "Is het mogelijk om mij via mail te bevestigen dat er een goedkeuring van het beleid en/of de DPO van 'De Spiegel' is om mijn studie bij jullie uit te voeren?"

Bijlage 4: Attest Good Clinical Practice (GCP)



NIDA Clinical Trials Network

Certificate of Completion

is hereby granted to

Jonas Demiddeleer

to certify your completion of the six-hour required course on:

GOOD CLINICAL PRACTICE

MODULE:	STATUS:
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

Course Completion Date: 22 January 2020

CTN Expiration Date: 22 January 2023

Tracee Williams, Training Coordinator
NIDA Clinical Coordinating Center

Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017

This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN272012010000024C.

Bijlage 5: Onderzoeksfasen

Deadline	Wat?
10-11/2019	Brainstorm rond onderwerp masterproef.
01/12/2019	Indienen eerste voorstel masterproefonderwerp.
12/2019-01/2020	Concretiseren van masterproefonderwerp.
01/02/2020	Indienen definitieve masterproefonderwerp.
02/2020	Aftoetsing ideeën en verwachtingen masterproef bij verslavingscentrum 'De Spiegel'.
02-10/2020	Uitvoeren van literatuurstudie en uitschrijven van 'inleiding', 'literatuurstudie' en 'methodologie'.
09-10/2020	Documenten 'aanvraag ethische commissie' invullen.
01/12/2020	Advies ethische commissie omtrent studie inwinnen.
03-06/2021	Extractie van data uit het Centraal Informatie Systeem van 'De Spiegel'.
07-09/2021	Analyse van de kwantitatieve data. Uitvoeren van statistische testen.
10/2021-02/2022	Uitvoeren en analyseren van 3 focusgroepen.
03/2022	Uitschrijven van 'resultaten', 'discussie' (aftoetsing van de resultaten aan de literatuur) en 'conclusie'.
04/2022	Finaliseren van de scriptie en opstellen van een presentatie rond de masterproef.
01/05/2022	Indienen volledige scriptie bij ICHO en bij 'De Spiegel'.
05-06/2022	Presenteren van masterproef tijdens een publieke masterproefverdediging (ICHO) en aan 'De Spiegel'.