

De invloed van signatuur van de behandelinstelling op drop-out: een onderzoek bij drie typen verslavingszorginstellingen

B. R. TJADEN, M. M. W. KOETER, W. VAN DEN BRINK, H. VERTOMMEN

ACHTERGROND Goede empirische gegevens over de behandelresultaten van verslavingszorginstellingen met een bijzondere signatuur (zoals christelijke instellingen, antroposofische instellingen en instellingen met een cultuursensitief behandelaanbod) ontbreken. Dat lijkt een belangrijk gemis, aangezien deze instellingen zelf doorgaans uitstekende resultaten rapporteren.

DOEL Het verkrijgen van meer inzicht in de effectiviteit van behandeling (op basis van drop-out) van deze instellingen in vergelijking met reguliere instellingen.

METHODE In dit prospectieve cohortonderzoek werden van 182 patiënten gegevens verzameld in 4 verschillende instellingen voor klinische verslavingszorg (met respectievelijk een regulier, een antroposofisch en van 2 een cultuursensitief behandelaanbod). Met behulp van logistische regressieanalyse is onderzocht in hoeverre de kansen op drop-out per instelling significant verschilden. Vervolgens is een tweede analyse gedaan, waarbij is gecorrigeerd voor potentiële confounders (variabelen waarop de patiëntengroepen bij aanvang van de behandeling significant verschilden).

RESULTATEN De belangrijkste bevinding was dat de drop-outcijfers in de eerste fase van de behandeling niet significant van elkaar verschilden. Verrassend was echter dat de late uitval bij de afdelingen voor vervolgbehandeling van de antroposofische instelling Arta beduidend lager was dan die van de reguliere instelling Centrum Maliebaan.

CONCLUSIE Instellingen met een bijzondere signatuur (zoals Arta) zijn mogelijk beter in staat patiënten voor een langere tijd in behandeling te houden dan reguliere instellingen (zoals Centrum Maliebaan). Een deel van dat verschil wordt waarschijnlijk verklaard door selectie, waardoor bij Arta relatief veel patiënten met een duidelijk motivatie voor vervolgbehandeling worden opgenomen. Mogelijke andere verklaringen zijn verschillen in patiëntgerichtheid, programmacohesie en programmastructuur, continuïteit van zorg en het versterken van de gezonde en positieve kanten van patiënten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)1, 7-17]

TREFWOORDEN behandelvisie, drop-out, verslavingszorg

Nederland kent een uitgebreid spectrum van instellingen voor verslavingszorg. In 2000 telde Nederland 32 instellingen voor verslavingszorg van uiteenlopende aard. Zij hadden naar schatting 231

locaties: 144 voor ambulante, 22 voor semi-murale en 65 voor intramurale zorg. De verslavingszorg beschikte in 2000 over 1552 bedden voor intramurale zorg en over 270 plaatsen voor deeltijdbehandeling.

deling. De Rijks Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW) hadden 14 bedden voor mensen met verslaving (Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001; Rigter e.a. 2002). Een korte rondgang langs de websites van een aantal van deze door-gaans regionale instellingen leert dat het aanbod divers is en dat deze diversiteit zich weerspiegelt in de verscheidenheid aan *mission-statements* van de instellingen. Een aparte plaats nemen de meestal landelijk opererende instellingen met een bijzondere signatuur in. Voorbeelden hiervan zijn christelijke instellingen als 'de Hoop' in Dordrecht, de antroposofische instelling Arta (onderdeel van de Arta-Lievegoedgroep in Bilthoven) en een deel van de Intramurale Motivatie Centra (IMC) speciaal voor allochtone verslaafden, die een cultuursensitief behandelaanbod hebben.

Door instellingen met een bijzondere signatuur is wel gesuggereerd dat hun mens- en behandelvisie een gunstig effect heeft op het behandelresultaat. Datzelfde geldt voor de cultuursensitief opererende instellingen. Cultuursensitiviteit weerspiegelt zich, evenals de gehanteerde mens- en behandelvisie, in aard, doelstelling en behandelklimaat van het behandelprogramma. Onderzoek wijst uit dat het behandelresultaat mede door deze factoren bepaald kan worden (Baekeland & Lundwall 1975; De Leon 1991; Joe e.a. 1991). Goede empirische gegevens over de behandelresultaten van instellingen met een bijzondere signatuur en cultuursensitief opererende instellingen in Nederland ontbreken. Dat lijkt een belangrijk gemis, aangezien deze instellingen zelf doorgaans goede resultaten rapporteren in hun jaarverslagen. De waarde hiervan is echter onduidelijk zolang het niet om methodisch verantwoord onderzoek gaat en niet bekend is in hoeverre de patiëntenpopulatie die in deze instellingen behandeld wordt, verschilt van die in reguliere instellingen wat betreft kenmerken als verslavingsernst, demografie en persoonlijkheid. Deze kenmerken zijn naast aard, doelstelling en behandelklimaat van het behandelprogramma, bepalend voor het behandelresultaat en het al of niet optreden van drop-out (Bleyen 2002; Tjaden e.a. 2004; Tjaden e.a. 2003).

De onderzoeksvragen in het hier beschreven onderzoek waren: (1) Verschillen de deelnemende instellingen met een verschillende signatuur van elkaar in termen van patiëntkenmerken als verslavingsernst, persoonlijkheid en socio-demografie?; (2) Verschillen de deelnemende instellingen met een verschillende signatuur qua drop-out van elkaar en kan dit verklaard worden door verschillen in patiëntkenmerken?

METHODE

Steekproef

Het hier beschreven prospectieve cohortonderzoek is in vier instellingen uitgevoerd: een instelling met een bijzondere signatuur (de antroposofische instelling Arta), twee instellingen met bijzondere aandacht voor culturele aspecten (IMC Jellinek en het Motivatiecentrum van Centrum Maliebaan), en een instelling waar regulier gewerkt wordt (Centrum Maliebaan). De medewerking van andere instellingen met een bijzondere (bv. christelijke) signatuur werd helaas niet verkregen.

Door de behandelcoördinator van de betreffende afdeling werd bij alle patiënten bij opname beoordeeld of de patiënt fysiek en psychisch in staat was aan het onderzoek deel te nemen. Bij deelname kreeg de patiënt naast een mondelinge ook een schriftelijke toelichting over doelstelling en verloop van het onderzoek en werd een *informed consent* getekend. In totaal namen 214 patiënten aan het onderzoek deel. Bij 182 patiënten (85%) was een volledige beginmeting beschikbaar (zie tabel 1).

Centrum Maliebaan De reguliere instelling die aan het onderzoek deelnam is Centrum Maliebaan, een instelling voor verslavingszorg in de regio Utrecht. Wat het intramurale aanbod betreft, is er een detoxafdeling voor de eerste fase van de behandeling (fase I) en zijn er verschillende vervolgfafdelingen (fase II). De visie op verslaving en de behandeling ervan heeft een medisch-we-

TABEL 1 Signatuur, behandelingsfasen en aantallen patiënten met een complete gegevensverzameling van de aan het drop-outonderzoek deelnemende verslavingszorginstellingen

Instelling	Signatuur	Fase	Aantallen patiënten met een complete gegevensverzameling
Centrum Maliebaan	regulier	I+II	96
Arta	antroposofisch	I+II	52
IMC	cultuursensitief	I	16
MC	cultuursensitief	I	18
Totaal			182

IMC = Intercultureel Motivatie Centrum
MC = Motivatiecentrum Utrecht

tenschappelijk karakter. Verslaving wordt gezien als een psychiatrische stoornis waarvoor *stepped care* en zorg op maat geboden worden. Daarbij worden bij voorkeur zorgproducten geleverd waarvoor wetenschappelijke evidentie is (Jaarverslag 2002; De Bruijn 2003). Fase I van de intramurale behandeling vindt plaats in de Detox Maliebaan (negentien plaatsen), die een gestructureerde behandeling biedt van in het algemeen drie weken, waarbij naast detoxificatie aandacht besteed wordt aan diagnostiek en planning van de vervolghandeling. Er worden naar verhouding veel mensen met primair een alcoholverslaving opgenomen. De vervolghandeling kan intramuraal geschieden, maar veel patiënten worden verwezen naar de extramuraal zorg. De belangrijkste afdelingen voor vervolghandeling (fase II) zijn het Blauwe Huis (vijftien plaatsen, opnameduur gemiddeld acht maanden), voornamelijk voor (jongere) drugsverslaafden, en de Maliebaankliniek (tien plaatsen, opnameduur gemiddeld tien maanden), voornamelijk voor (oudere) alcoholverslaafden.

Motivatatiecentrum Utrecht en het IMC Jellinek

Cultuursensitieve instellingen die aan het onderzoek deelnamen zijn het Motivatiecentrum Utrecht en het Intercultureel Motivatie Centrum Jellinek.

Het Motivatiecentrum (MC) Utrecht maakt formeel deel uit van Centrum Maliebaan, maar neemt hierbinnen een geheel eigen plaats in. Het is een laagdrempelige instelling die veel justitiële patiënten opneemt van voor het overgrote deel allochtone herkomst, vooral Marokkanen. In de

werkwijze van het MC staat cultuursensitiviteit centraal. Zoals de naam al aanduidt, is de doelstelling van het MC motivatie voor verdere behandeling. Deze kan intramuraal dan wel ambulant zijn.

Het Intercultureel Motivatie Centrum (IMC), onderdeel van de Jellinek Amsterdam, biedt klinische hulpverlening voor allochtone drugsverslaafden. Doel is het starten en/of verder opbouwen van een drugsvrij leven. Er is plaats voor negentien patiënten, de opnameduur is drie maanden. Er is de mogelijkheid tot geheel of gedeeltelijk ontgiften, al of niet ondersteund met methadon. In de strikt gefaseerd verloopende behandeling ligt de nadruk op het werken in de groep. Er is ruimte voor het beleven van de eigen culturele achtergronden, zoals bij het (zelf) bereiden van de maaltijd, en door de aanwezigheid van een gebedsruimte. Nederlandse taalles maakt onderdeel uit van de behandeling. Vervolghandeling geschiedt in het algemeen ambulant, zoals in de folder uit 1999 staat.

Arta De instelling met een bijzondere signatuur die aan het onderzoek deelnam, is Arta, een landelijk erkende antroposofische instelling voor verslavingszorg. Centrale uitgangspunten in de zorgvisie van Arta zijn aandacht voor de mens als geheel (naar lichaam, ziel en geest), voor de gezonde kanten in de mens en voor spiritualiteit en zingeving (Van der Berg 2000; Fusiestuurgroep Arta 2002). Er worden patiënten uit heel Nederland opgenomen. Het is een hoogdrempelige instelling: het doel is altijd totale abstinentie en methadongebruik is niet toegestaan. Intramuraal kent Arta (Van der Berg 2000) voor de

beginfase van de behandeling (fase I) het introductiecentrum Hamingen (twaalf plaatsen) met een beperkte detoxfunctie als voorbereiding op de vervolgbehandeling. Deze fase duurt in het algemeen zes weken. Intramuraal vervolgbehandeling (fase II, bedoeld voor het overgrote deel van de patiënten) is mogelijk in de therapeutische gemeenschap de Witte Hull (veertien plaatsen, opnameduur gemiddeld een jaar) en in de meer op resocialisatie gerichte afdeling Aanzet (elf plaatsen, opnameduur gemiddeld tien maanden).

Gegevensverzameling

De gegevensverzameling van dit longitudinale onderzoek is uitgevoerd van april 1999 tot augustus 2000. Er werd een beginmeting uitgevoerd waarvan het tijdstip varieerde per instelling. Deze meting vond naar gelang de logistieke mogelijkheden en de duur en opbouw van het programma in week 1 tot week 4 van de opname plaats.

Vragenlijsten Bij het onderzoek werd gebruikgemaakt van een semi-gestructureerd interview en een persoonlijkheidsvragenlijst.

De *EuropASI* (*European Addiction Severity Index*; Kokkevi & Hartgers, 1995) is een vertaling en bewerking van de oorspronkelijk in de VS ontwikkelde *Addiction Severity Index* (ASI). Het is een semi-gestructureerd interview, ontworpen om naast algemene demografische kenmerken informatie te verkrijgen over problematiek in de volgende acht probleemgebieden: lichamelijke gezondheid, arbeid en opleiding, alcohol, drugs, justitie, familie en sociale relaties, psychisch en emotioneel functioneren, en gokken. Onderzoeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van de ASI bleken bevredigend (Hendriks e.a. 1989; McLellan e.a. 1985). Op elk probleemgebied wordt een ernstscore toegekend tussen 0 en 9. Voor dit onderzoek werden deze ernstscores gedichotomiseerd, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen patiënten die lager dan 5 en patiënten die 5 of hoger scoorden. De ernstscore ≥ 5 staat voor 'redelijk ernstig probleem, waarbij enige behandeling nodig is'.

De *Nederlandse Verkorte Temperament en Karakter-schaal* (VTCI; Duijsens e.a. 1999; Duijsens & Spinhoven 2001): de VTCI is de Nederlandse vertaling van een verkorte versie van de *Temperament and Character Inventory* TCI (Cloninger e.a. 1994). De 240 vragen van de oorspronkelijke lijst zijn teruggebracht tot 105. De VTCI is een betrouwbaar en valide instrument (Duijsens e.a. 1999; Duijsens & Spinhoven 2001). Voor deze lijst is gekozen omdat het instrument een brede oriëntatie heeft: het kan zowel normale als abnormale gedrag patronen (o.m. op grond van het bestaan van persoonlijkheidsstoornissen) meten. De lijst omvat 4 temperamentschalen (prikkelzoekend, leed vermijdend, sociaal gericht en volhardend) en 3 karakterschalen (zelfsturend, coöperatief en zelftranscendent). Aan de patiënt worden een aantal uitspraken voorgesteld 'die mensen gebruiken om hun houdingen, meningen, interesses en andere persoonlijke gevoelens te beschrijven'. De patiënt wordt gevraagd om aan te geven welk antwoord het best bij hem past (juist/onjuist). De betrouwbaarheid van de VTCI in de onderzochte populatie bleek redelijk tot goed: Cronbachs α per (sub)schaal varieerde van 0,65 tot 0,85.

Registratie drop-out

De drop-out is geregistreerd bij de 182 patiënten van wie alle gegevens beschikbaar waren. Ook werd vastgesteld bij wie het initiatief voor het beëindigen van de behandeling lag (De Weert-van Oene e.a. 1998).

Voor de verschillende fases van de behandeling is uitgegaan van vroege en late drop-out. Omdat aard en duur van het aangeboden programma per instelling verschilden en vanwege praktische beperkingen waren we helaas gedwongen hiervoor per instelling verschillende definities te hanteren: (1) vroeg fase I = week 1 in Centrum Maliebaan en Arta; week 1 en 2 in MC en IMC; (2) laat fase I: vanaf week 2 Centrum Maliebaan en Arta; vanaf week 3 MC en IMC; (3) vroeg fase II: week 1 en 2 vervolgbehandeling; laat fase II: week 3 en later (tot week 10) vervolgbehandeling.

Statistische analyse

Voor de uitwerking van de eerste onderzoeksvraag, naar de verschillen van de patiënten in de instellingen, zijn variantieanalyse (ANOVA) en t-toetsen gebruikt als er sprake was van continue variabelen zoals leeftijd. Voor categorische variabelen, zoals geslacht en de gedichotomiseerde ernstscores zijn χ^2 -toetsen uitgevoerd. De toetsen zijn tweezijdig en het significantieniveau is op 5% gesteld.

Voor de analyse van de tweede onderzoeksvraag is een logistische regressieanalyse uitge-

voerd met drop-out als afhankelijke variabele. In eerste instantie is het effect van instelling op vroege en late drop-out in fase I (n=182, alle deelnemende patiënten) onderzocht. Hierbij werden de volgende verschillen getoetst: (1) Centrum Maliebaan vs. Arta (regulier vs. antroposofisch); (2) Centrum Maliebaan en Arta vs. IMC en MC (niet-cultuursensitief vs. cultuursensitief); en (3) IMC vs. MC (ter controle, beide instellingen zijn cultuursensitief en de verwachting is dan ook dat er weinig verschillen gevonden zullen worden). Deze analyses zijn herhaald, waarbij gecorrigeerd is voor variabelen waarop de patiënten tussen de in-

TABEL 2 Kenmerken en scores van de aan het drop-outonderzoek deelnemende patiënten bij opname en significante verschillen in patiëntkenmerken tussen de verschillende verslavingszorginstellingen (n=182)

	CM	Arta	MC	IMC	Alle instellingen	CM vs. Arta	MC vs. IMC	CM/Arta vs. IMC/MC
Gemiddelde leeftijd (SD)	38,2 (10,2)	30,4 (7,6)	37,6 (5,4)	38,9 (9,3)	0,000*	0,000*	0,630	0,125
Verslavingsernst (EuropASI), % ernstscore ≥ 5								
Problemen met arbeid/opleiding	9,4	34,6	31,3	31,3	0,001*	0,000*	1,000	0,099
Problemen met alcohol	53,1	39,2	12,5	12,5	0,001*	0,108	1,000	0,000*
Problemen met drugs	53,1	78,4	100,0	93,8	0,000*	0,003*	0,310	0,000*
Problemen met familie/sociale relaties	39,6	68,6	43,8	43,8	0,009*	0,001*	1,000	0,544
Problemen psychisch en emotioneel functioneren	66,7	62,7	20,0	56,3	0,007*	0,634	0,038*	0,008*
Persoonlijkheid (VTCI), gemiddelde score (SD)								
Prikkelzoekend	8,5 (3,3)	9,2 (2,9)	6,7 (2,2)	6,8 (2,8)	0,007*	0,215	0,977	0,001*
Zelftranscendent	6,3 (4,7)	7,4 (4,0)	9,9 (2,8)	9,2 (4,1)	0,004*	0,156	0,558	0,001*
Coöperatief	10,9 (3,5)	12,2 (2,4)	12,0 (2,1)	11,9 (2,3)	0,082	0,022*	0,942	0,339
Volhardend	8,7 (3,1)	8,6 (3,3)	8,4 (2,9)	10,3 (2,2)	0,208	0,847	0,470*	0,231
Leedvermijndend	8,7 (4,1)	8,4 (3,7)	6,8 (3,7)	6,4 (3,7)	0,076	0,226	0,881	0,010*

Variantieanalyse (ANOVA) en t-toetsen: gemiddelde leeftijd, persoonlijkheid; χ^2 -toets: verslavingsernst; tweezijdig getoetst

*p < 0,05

SD = standaarddeviatie

CM = Centrum Maliebaan

MC = Motivatie Centrum Utrecht

IMC = Intercultureel Motivatie Centrum

EuropASI = European Severity Index

VTCI = Nederlandse Verkorte Temperament en Karakterschaal

stellingen verschilden (gecorrigeerde odds ratio's = $OR_{gecorrigeerd}$). Deze zelfde procedure is ook gebruikt om het effect van de instelling op drop-out in fase II vast te stellen. Deze analyse kon alleen worden uitgevoerd op de 53 patiënten die een vervolgbehandeling bij Centrum Maliebaan of Arta waren gestart.

RESULTATEN

Verschillen tussen de patiënten van de onderzochte instellingen

Patiënten van de onderzochte instellingen ($n = 182$) verschilden op een aantal kenmerken significant van elkaar (tabel 2). Patiënten van Centrum Maliebaan hadden veel alcohol- en weinig drugsproblemen, weinig problemen met arbeid en opleiding en waren weinig zelftranscendent. Arta-patiënten waren relatief jong, hadden zowel alcohol- als drugsproblemen, hadden ernstiger problemen met familie en sociale relaties en waren sterk prikkelzoekend en coöperatief. MC-patiënten hadden veel drugs- en weinig alcoholproblemen, hadden veel psychosociale problemen en waren weinig prikkelzoekend en sterk zelftranscendent. IMC-patiënten hadden (net als de MC-patiënten) veel drugs- en nauwelijks alcoholproblemen, waren weinig prikkelzoekend en sterk volhardend.

Drop-out

Algemeen Tabel 3 geeft een algemene indruk van het verloop van de drop-out in de verschillende instellingen. Deze blijkt sterk te variëren: in de eerste fase van de behandeling van 18,8% (MC) tot 44,5% (IMC) en in de vervolgfase (voor zover van toepassing) van 12,0% (Arta) tot 60,7% (Centrum Maliebaan).

Relatie instelling en kans op vroege en late drop-out Met behulp van logistische regressieanalyse is onderzocht in hoeverre de kans op drop-out varieerde. Daarbij is uitgegaan van vroege en late drop-out voor de verschillende fases van de behandeling (fase I en II). Vergeleken zijn Centrum Maliebaan en Arta, IMC en MC, en ten slotte Centrum Maliebaan/Arta en IMC/MC. In eerste instantie is de analyse gedaan zonder correctie voor variabelen waarop de instellingen van elkaar verschillen. Voor fase I ($n=182$) waren de effecten niet groot en de uitkomsten niet significant (tabel 4). Het grootste verschil werd gevonden tussen de beide cultuursensitieve instellingen IMC en MC.

Voor fase II ($n=53$) bleek bij de vergelijking tussen Centrum Maliebaan en Arta een significante OR van 24,0 ($p = 0,003$; 95%-BI (betrouwbaarheidsinterval) 2,8-202,6) (tabel 5). Men dient zich daarbij wel te realiseren dat het hier een effect betreft dat significant is, maar waarvan de omvang door het grote betrouwbaarheidsinterval moeilijk met zekerheid is vast te stellen.

TABEL 3	Drop-out uit de verslavingsbehandeling, gestratificeerd naar instelling en behandelingsfase ($n=182$)			
	Centrum Maliebaan	Arta	Motivatie Centrum	Intercultureel Motivatie Centrum
Fase I	($n=96$)	($n=52$)	($n=16$)	($n=18$)
Vroege uitval	8,3%	11,5%	0,0%	16,7%
Late uitval	19,8%	32,7%	18,8%	27,8%
Totaal	28,1%	44,2%	18,8%	44,5%
Fase II	($n=28$)	($n=25$)	nvt	nvt
Vroege uitval	10,7%	8,0%	nvt	nvt
Late uitval	50,0%	4,0%	nvt	nvt
Totaal	60,7%	12,0%	nvt	nvt

TABEL 4 Relatie verslavingszorginstelling en kans op vroege en late uitval uit de verslavingsbehandeling fase I (n=182;

	$OR_{ongecorrigeerd}$ en $OR_{gecorrigeerd}$	$OR_{gecorrigeerd}$
	$(95\%-BI; p)$	$(95\%-BI; p)$
Arta vs. CM*		
Vroege uitval	0,7 (0,2-2,1; 0,526)	1,1 (0,3-4,9; 0,867)
Late uitval	0,5 (0,2-1,1; 0,083)	0,6 (0,2-1,7; 0,380)
IMC vs. MC*		
Vroege uitval**	-	-
Late uitval	0,6 (0,1-3,0; 0,538)	0,3 (0,0-2,1; 0,210)
Arta/CM vs. IMC/MC*		
Vroege uitval	1,1 (0,3-4,0; 0,909)	1,8 (0,3-9,7; 0,493)
Late uitval	1,0 (0,4-2,5; 0,922)	1,0 (0,4-3,0; 0,892)

* = eerste is referentiecategorie

** OR kan niet worden bepaald, aangezien er in het MC geen sprake van vroege uitval was (zie tabel 3)

OR = odds ratio

BI = betrouwbaarheidsinterval

CM = Centrum Maliebaan

MC = Motivatie Centrum Utrecht

IMC = Intercultureel Motivatie Centrum

$OR_{gecorrigeerd}$ = odds ratio gecorrigeerd voor: leeftijd, ernst problemen met arbeid/opleiding, ernst problemen met familie en sociale relaties, ernst problemen met drugs, coöperatief (Arta vs. CM); volhardend (IMC vs. MC); prikkelzoekend, zelftranscendent, ernst problemen met alcohol, ernst problemen met drugs, ernst psychische en emotionele klachten (Arta/CM vs. IMC/MC)

Vervolgens is een tweede logistische regressieanalyse gedaan waarbij is gecorrigeerd voor potentiële confounders (variabelen waarop de patiëntengroepen significant verschilden, tabel 2). Omdat niet kan worden uitgesloten dat de groep patiënten die aan de vervolgbehandeling deelnam (alleen Centrum Maliebaan en Arta) andere kenmerken heeft dan de groep uit de beginfase I van de behandeling, zijn de verschillen voor de fase-II-groepen opnieuw onderzocht. Hierbij werden deels dezelfde potentiële confounders gevonden (leeftijd, coöperatief, ernst problemen arbeid en opleiding, en ernst problemen familie en sociale relaties). Nieuw

waren de verschillen tussen instellingen in de persoonlijkheidsvariabele sociaalgericht en de gemiddelde somscore van de ernstscores, terwijl de fase-II-groepen niet meer verschilden in ernst van de drugsproblemen (tabel 6).

In deze gecorrigeerde logistische regressieanalyse (vergelijk tabel 5) werd de eerder gevonden OR van Arta vs. Centrum Maliebaan voor de late drop-out in fase II weliswaar wat kleiner, maar bleef significant ($OR_{gecorrigeerd}$ 17,8; $p = 0,031$; 95%-BI 1,3-245,6). Opnieuw moet hier gewaarschuwd worden voor een overinterpretatie van de omvang van het geobserveerde effect.

TABEL 5 Relatie verslavingszorginstelling en kans op vroege en late uitval uit de verslavingsbehandeling fase II (n=53;

	$OR_{ongecorrigeerd}$ en $OR_{gecorrigeerd}$	$OR_{gecorrigeerd}$
	$(95\%-BI; p)$	$(95\%-BI; p)$
Arta vs. CM*		
Vroege uitval	1,4 (0,2-9,0; 0,737)	12,6 (0,6-270,0; 0,106)
Late uitval	24,0 (2,8-202,6; 0,003)	17,8 (1,3-245,6; 0,031)

* = Eerste is referentiecategorie

OR = odds ratio

BI = betrouwbaarheidsinterval

CM = Centrum Maliebaan

$OR_{gecorrigeerd}$ = odds ratio gecorrigeerd voor leeftijd, ernst problemen met arbeid/opleiding, ernst problemen met familie en sociale relaties, somscore van de ernst, coöperatief, sociaal gericht

TABEL 6 Significante groepsverschillen in fase II van de verslavingsbehandeling tussen patiëntengroepen uit Centrum Maliebaan en Arta ($n = 53$; $p < 0,20$)

Variabele	Instelling		p
	CM	Arta	
Gemiddelde leeftijd (SD)	35,7 (10,8)	30,3(7,0)	0,038
Verslavingsernst (EuropASI), % ernstscore ≥ 5			
Problemen met arbeid/opleiding	10,7	32,0	0,058
Problemen met familie/sociale relaties	39,3	80,0	0,003
Somscores (alle gebieden)	2,5	3,4	0,018
Persoonlijkheid (VTCl), gemiddelde (SD)			
Coöperatief	9,6 (4,2)	12,7 (1,9)	0,001
Sociaal gericht	7,7 (3,0)	9,7 (2,5)	0,014

SD = standaarddeviatie
 CM = Centrum Maliebaan
 EuropASI = European Addiction Severity Index
 VTCl = Nederlandse Verkorte Temperament en Karaktereschaal

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

De belangrijkste bevinding van ons onderzoek is dat de verschillen in drop-out in de verschillende instellingen in de eerste fase van de behandeling niet significant waren en dat de variatie van de puntschattingen (19-45%) vergelijkbaar is met de variatie die door De Weert-van Oene e.a. werd gevonden in een literatuuroverzicht met vrijwel uitsluitend reguliere behandelinstellingen (alcohol: 24-41%; drugs: 53-54%) (De Weert-van Oene e.a. 1998). Deze getallen zijn vergelijkbaar met de internationale cijfers (Baekeland & Lundwall 1975; Stark 1992; De Weert-van Oene e.a. 1998). Bovendien bleek dat er tussen de patiënten van de verschillende instellingen weliswaar een aantal verschillen bestonden in demografische kenmerken en persoonlijkheidskenmerken en ook in de mate van ernst van de verslavingsproblemen, maar dat deze verschillen nauwelijks invloed hadden op de kans op drop-out in de eerste fase van de behandeling. Verrassend was echter dat de late uitval (uitval in de periode van 3-8 weken) bij de afdelingen voor vervolgbehandeling van Arta beduidend lager lag dan die van Centrum Maliebaan. Dit weerspiegelt zich in een groot absoluut verschil (50% vs. 4%) en in een significante OR, die ook significant blijft na correctie voor potentiële confounders.

De vraag is waar deze verrassende bevinding mee samenhangt. De eerste en meest voor de hand liggende verklaring is dat er in Arta in de eerste fase van de behandeling een sterke selectie plaatsvindt van voor vervolgbehandeling meer gemotiveerde patiënten. De drop-out in die eerste fase is namelijk relatief hoog (44,2% t.o.v. 28,1% voor Centrum Maliebaan; niet significant). Een dergelijke selectie, waardoor de patiëntenpopulatie in Arta relatief veel goed gemotiveerde patiënten zal bevatten, is ongetwijfeld verantwoordelijk voor een belangrijk gedeelte van het geobserveerde verschil. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat het behandelklimaat van Arta een aantal elementen bevat die vooral bij langerdurende vervolgbehandeling mogelijk drop-out voorkómen. Uit onderzoek is bekend dat factoren als patiëntgerichtheid, programmacohesie en -structuur en continuïteit van zorg therapietrouw bevorderen, wat overigens iets anders is dan het voorspellen van drop-out (Bleyen 2002; De Leon 1991; Joe e.a. 1991). In de behandelvisie van Arta spelen deze factoren een prominente rol. De daarin van bijzonder belang geachte aandacht voor de mens als geheel impliceert een hoge mate van patiëntgerichtheid. Ook continuïteit van zorg en programmacohesie met goed omschreven behandelafases over de grenzen van de verschillende behandelunits heen zijn bij een kleinschalige instelling als Arta goed mogelijk. De

continuïteit van zorg wordt ook bevorderd door een uitgebreid nazorgnetwerk met de mogelijkheid van begeleide kamerbewoning na afloop van de intramurale behandeling (Van der Berg 2000; Fusiestuurgroep Arta 2002). Een laatste verklaring is mogelijk dat een belangrijk uitgangspunt bij de behandeling bij Arta het versterken van de gezonde en positieve kanten van patiënten is. Er zijn aanwijzingen dat therapietrouw op de langere termijn positief beïnvloed wordt wanneer in de behandeling de nadruk niet zozeer ligt op de problemen van de patiënt (op socio-economisch, justitieel of medisch-psychiatrisch gebied) maar op de gezonde, positieve kenmerken van patiënten (Tjaden 2004). Dat dergelijke kenmerken belangrijk kunnen zijn in het verloop van chronische ziekten (zoals verslaving immers ook is), illustreert een recent onderzoek van Surtees e.a. (2003). Zij vonden in hun prospectief onderzoek ($n = 20.579$; leeftijd 41-80 jaar) dat een persoonlijkheidsstructuur die zich kenmerkt door een sterke 'sense of coherence' (coherentiegevoel) geassocieerd was met een significant lager mortaliteitsrisico als gevolg van alle doodsoorzaken (relatief risico = 0,69; $p < 0,0001$). Dit coherentiegevoel is opgebouwd uit 3 dimensies: gevoel van begrijpelijkheid (*sense of comprehensibility*), gevoel van stuurbaarheid (*sense of manageability*) en gevoel van zinvolheid (*sense of meaningfulness*) (Antonovsky 1987). Aangezien zingeving een belangrijk item is in de behandeling bij Arta, speelt mogelijk vooral deze laatste dimensie een rol als verklaring voor het gevonden verschil.

Enige voorzichtigheid is overigens bij het interpreteren van de in dit onderzoek gevonden resultaten op zijn plaats. Het onderzoek is beperkt doordat het om betrekkelijk kleine aantallen patiënten gaat. Dat geldt zeker voor de fase-II-groep, ten gevolge van de opgetreden onderzoeks-drop-out. De gevonden OR's hebben dan ook een erg breed betrouwbaarheidsinterval. Ten slotte is duidelijk dat het onderzoek erg aan zeggingskracht had gewonnen als nog andere instellingen met een bijzondere (bv. christelijke) signatuur aan het onderzoek hadden deelgenomen. Helaas werd de medewerking van deze instellingen niet verkregen.

✍ Met dank aan Anne Marie Spoek, psycholoog, die samen met de eerste auteur verantwoordelijk was voor de gegevensverzameling.

We danken de patiënten die deelnamen aan het onderzoek en ook de directie en de medewerkers van de Arta-Lievegoedgroep (divisie verslavingszorg), Centrum Maliebaan en IMC Jellinek.

LITERATUUR

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Berg, A. van der. (2000). *Een plek onder de zon. Een praktijkbeschrijving van Arta*. Zeist: Arta.
- Bleyen, K. (2002). *Het cliëntperspectief in de residentiële behandeling van verslaving*. Proefschrift. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Bruijn, I. de. (2003). *Jaarverslag 2002*. Utrecht: Centrum Maliebaan.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., e.a. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. In R.W. Pickens, C.G. Leukeveld & C.R. Schuster (Red.), *Improving drug abuse treatment (NIDA Monograph 106)* (pp. 218-224). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Duijsens, I.J., & Spinhoven, Ph. (2001). *VTCT handleiding. Handleiding van de Verkorte Nederlandse Temperament en Karakter Vragenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Duijsens, I.J., Spinhoven, Ph., Verschuur, M., e.a. (1999). *De Nederlandse Verkorte Temperament en Karakterschaal (VTCT)*. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar grensgebieden*, 54, 276-283.
- Fusiestuurgroep. (2002). *Fusiedocument Juridische Fusie STAP-ARTA*. Zeist/Bilthoven: Arta.
- Hendriks, V.M., Kaplan, C.D., van Limbeek, J., e.a. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133-141.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., & Hubbard, R.L. (1991). Unmet service needs in methadone maintenance. *The International Journal of the Addictions*, 26, 1-22.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). *EuropAsi: European adaptation of a multidimensional assesment instrument for drug and alcohol dependence*. *European Addiction Research*, 1, 208-220.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., e.a. (1985). *Guide to the Addiction Severity Index: background, administration and field testing re-*

sults (National Institute on Drug Abuse, Treatment Research Monograph Series). Washington, DC: US Government Printing Office.

Rigter, H., ten Have, M., Cuijpers, P., e.a. (2002). *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 11, 93-116.

Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., e.a. (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1202-1209.

Tjaden, B.R., van den Brink, W., & Vertommen, H. (2004). Verslavingszorg en drop-out. Achtergronden en perspectieven. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen*, 25, 113-128.

Tjaden, B.R., Spoek, A.M., Koeter, M.W.J., e.a. (2003). Allochtonen en autochtonen in de klinische verslavingszorg. Acceptatie van het behandel aanbod en vroegtijdige beëindiging van de behandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 461-471.

Weert-van Oene, G.H. de, Schnabel, P., & Schrijvers, A.J.P. (1998). Drop-out in de verslavingszorg. Literatuurstudie over de periode 1990-1996. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 53, 388-402.

AUTEURS

B.R. TJADEN is huisarts en werkzaam bij het Widar Gezondheidscentrum te Zeist.

M.M.W. KOETER is psycholoog/epidemioloog, en universitair docent bij afdeling psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, en is senior onderzoeker bij het Amsterdam Institute for Addiction Research.

W. VAN DEN BRINK is arts-epidemioloog, en als hoogleraar Verslavingszorg verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, en directeur van het Amsterdam Institute for Addiction Research.

H. VERTOMMEN is psycholoog/psychotherapeut en als hoogleraar Klinische psychologie verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentieadres: B. Tjaden, Pauw van Wieldrechtlaan 27, 3701 ET Zeist.

E-mail: bram.tjaden@planet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Dit onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van ZON-MW nr 31.00.00.08 en een bijdrage van de Arta-Lievegoed-groep.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-8-2004.

SUMMARY

The influence of treatment philosophy on drop-out: an investigation into treatment at three types of addiction institutions – B.R. Tjaden, M.M.W. Koeter, W. van den Brink, H. Vertommen –

BACKGROUND Currently, no empirical data are available concerning the effectiveness of treatment provided by institutions based on particular religious or philosophical principles (e.g. Christian or anthroposophical clinics and clinics providing ‘culture-sensitive’ treatment). This is regrettable because these institutions claim that they achieve excellent results.

AIM To obtain more insight into the effectiveness of treatment (and the drop-out rate) at clinics based on specific religious and philosophical principles and to compare their results with the results of treatment at a regular clinic.

METHOD In this prospective study data were collected for 182 in-patients admitted to 4 different clinics providing addiction treatment; one provides regular treatment and two provide culture-sensitive treatment and one anthroposophical treatment respectively. By means of regression analysis we investigated whether there were significant differences in the drop-out rate at the three clinics concerned. Thereafter we performed a second analysis correcting for potential confounders (baseline variables that were significantly different for the 3 patient groups).

RESULTS The most important finding was that in the first phase of treatment the drop-out figures at the clinics did not differ significantly. However, we were surprised to find that the late drop-out figures in the units for continuation treatment at the anthroposophical clinical Arta were considerably lower than the late drop-out figures at the regular clinic Centrum Maliebaan.

DISCUSSION Clinics based on particular religious or philosophical principles (such as Arta) may be able to keep patients in treatment for longer periods than regular clinics (such as Centrum Maliebaan). The difference is probably due partly to selection, Arta admitting relatively large numbers of patients who are strongly motivated to participate in continuation treatment. Other possible reasons for the difference are patient-centred treatment, programme cohesion and programme structure, continuity of care, and the policy of strengthening the healthy and positive elements of the patient’s condition.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)1, 7-17]

KEY WORDS addiction, dropouts, treatment, philosophy