

SAMENVATTING

ANALYSE EN OPTIMALISATIE VAN SUBSTITUTIEBEHANDELINGEN IN BELGIË (SUBANOP)

VANDER LAENEN FREYA
VANDERPLASSCHEN WOUTER
SMET VALÉRIE
DE MAEYER JESSICA
BUCKINX MARGAUX
VAN AUDENHOVE SHARON
ANSSEAU MARC
DE RUYVER BRICE

Belgian Science Policy Office



belspo



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**



Analyse en optimalisatie van substitutiebehandelingen in België

(SUBANOP)

Conclusies en aanbevelingen

Valérie Smet
Margaux Buckinx
Jessica De Maeyer
Wouter Vanderplasschen
Brice De Ruyver
Freya Vander Laenen

Situering

*Dit document is een uitgebreide samenvatting van het Subanop-onderzoek. Het onderzoek werd gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid en de FOD Volksgezondheid. Het doel van deze samenvatting is het geven van een overzicht van de belangrijkste conclusies van het wetenschappelijk onderzoek, met nadruk op de daaraan gekoppelde aanbevelingen. Het volledig onderzoek werd gepubliceerd: Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Anseau, M., & De Ruyver, B. (2013), *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium*. [Academia Press, Gent]*

1 Doelstellingen en methodologie

1.1 Achtergrond van de studie

In de EU was er voor het eerst sprake van substitutiebehandelingen in de late jaren '60, als antwoord op het stijgend opiatengebruik (EMCDDA, 2000). Voorgaand internationaal onderzoek toonde de effectiviteit aan van substitutiebehandelingen bij het reduceren van criminaliteit (Schwartz et al., 2009), het reduceren van risicofactoren (Keen, Oliver, Rowse & Mathers, 2003), het reduceren van morbiditeit en mortaliteit (Moller, Karymbaeva, Subata, Kiaer, 2009), het reduceren van heroïnegebruik (Amato, Davolia, Peruccia, Ferria, Faggiano & Mattick, 2005), het reduceren van het gebruik van andere illegale drugs (Masson et al., 2004), het verhogen van de behandelingsretentie (Amato et al., 2005) en het verbeteren van de levenskwaliteit inzake tewerkstelling, huisvesting en onderwijs (Vanagas, Padaiga & Bagdonas, 2010).

Substitutiebehandeling werd reeds bestudeerd in verscheidene Belgische onderzoeken (Reggers, Somers & Richy, 2006; Ledoux, Brohée & Lagrain, 2004; Ledoux et al., 2005; Pelc et al., 2004; De Maeyer et al., 2011). Belgische beleidsmakers en veldwerkers wijzen echter op lacunes in de kennis rond substitutiebehandelingen in België, in het bijzonder rond substitutiebehandelingen in settings buiten de medisch-sociale opvangcentra (bv. substitutiebehandeling in (psychiatrische)

ziekenhuizen), rond de kenmerken van de cliënten die een substitutiebehandeling krijgen en tot slot rond de uitdagingen en knelpunten in het aanbieden van dit type behandeling.

1.2 Het doel van de studie

Het SUBANOP-onderzoek heeft als doelstelling het bieden van een breed en actueel overzicht van de kernelementen aangaande substitutiebehandelingen in België. De volgende onderzoeksdoelstellingen kunnen worden onderscheiden:

- 1) Het opstellen van een kritische analyse van beschikbare overzichtsstudies en meta-analyses betreffende substitutiebehandelingen (hoofdstuk 1).
- 2) Het ontwikkelen van een inventaris inzake het actuele aanbod van substitutiebehandelingen in België met betrekking tot het type, de omvang, de geografische spreiding en de zorgstructuren, alsook het in kaart brengen van het actueel aanbod van vormingen, opleidingen en intervisies voor de aanbieders van substitutiebehandelingen in België (hoofdstuk 2).
- 3) Het uitvoeren van een assessment van de psychosociale kenmerken van cliënten in substitutiebehandeling, via secundaire analyse van reeds bestaande data (hoofdstuk 3), alsook het meten van de behandelingstevredenheid bij cliënten binnen de diverse types van substitutiebehandeling (hoofdstuk 4).
- 4) Inzicht verwerven betreffende de invulling en toepassing van het begrip “psychosociale ondersteuning” in België.
- 5) Het ontwikkelen van een uitvoerbare, evidence-based richtlijn voor de behandeling en begeleiding van opiatenafhankelijke individuen in substitutiebehandeling met aandacht voor de interpretatie van het concept “psychosociale ondersteuning” en de WHO-richtlijnen.
- 6) Het geven van een overzicht van de knelpunten inzake de aanbieders van substitutiebehandelingen in België (zoals de toepassing van psychosociale ondersteuning, de moeilijk te bereiken populatie, de verwijzing, de opvolging).
- 7) Het ontwikkelen van beleids- en praktijkgerichte aanbevelingen met het oog op het remediëren van de geïdentificeerde knelpunten (hoofdstukken 5 & 6).

2 Methodologie

2.1 Ethiek

De studie werd beoordeeld en goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (België), de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de Belgische Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

2.2 Onderzoeksdesign

Om de bovenstaande onderzoeksdoelstellingen te beantwoorden, werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een multi-methodisch onderzoeksdesign. Meer specifiek werd een methodologische triangulatie toegepast door zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodes te gebruiken (Dale, 1995). De sterkte van multi-methodisch onderzoek is dat de zwaktes van de ene methode worden opgeheven door de sterktes van de andere methode en dat het bereik van het onderzoek kan toenemen (Creswell, Plano Clark, Gutmann & Hanson, 2003; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Onwuegbuzie & Leech, 2005). Daarenboven werd het onderzoek uitgevoerd door een multidisciplinair onderzoeksteam, bestaande uit criminologen, sociaal werkers, orthopedagogen, psychologen, juristen, artsen en sociologen.

Door het consulteren van (inter)nationale databanken werd de relevante Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur over substitutiebehandelingen (beperkt tot publicatiedata 2000 - april 2012) opgelijst. Gezien de grote hoeveelheid bestaande literatuur over dit thema, werd de inventarisatie in eerste instantie beperkt tot beschikbare meta-analyses, systematische reviews en overzichtsstudies inzake de behandeling van opiaatafhankelijke individuen. Met betrekking tot de psychosociale ondersteuning van opiaatafhankelijken werd de zoektocht verruimd naar primaire studies, omdat het aantal meta-analyses en overzichtsstudies aangaande deze topic eerder beperkt is.

Het huidige aanbod van substitutiebehandelingen werd geïnventariseerd door middel van een **telefonische** (oktober-december 2011) en een **online survey** (november 2011 – mei 2012) bij potentiële Belgische aanbieders van substitutiebehandelingen, nl.: huisartsen, ziekenhuizen, gespecialiseerde centra en apothekers.¹ Een gestratificeerde aselechte steekproef, gebaseerd op de procedures van de Belgische Gezondheidsenquête, werd gebruikt om een representatieve steekproef te genereren voor de telefonische survey bij de huisartsen en de apothekers (ISP – WIV, 2005). Alle ziekenhuizen en gespecialiseerde centra werden gecontacteerd voor de telefonische survey. De algemene doelstelling van de telefonische survey was het in kaart brengen en inventariseren van het aanbod van substitutiebehandelingen door huisartsen, ziekenhuizen, gespecialiseerde centra en apothekers (zowel in het verleden als in het heden). Daarnaast werd tijdens de survey aan deze respondenten gevraagd of ze bereid waren om te participeren aan de online survey. Respondenten die hiermee instemden, werd de link naar de online survey toegestuurd.

Op vraag van het begeleidingscomité werd daarnaast het aanbod van substitutiebehandelingen in de Belgische gevangenissen in kaart gebracht. Voor de gevangenissen werd aanvullende informatie verstrekt door de Belgische Nationale Registratie voor Substitutiebehandeling (Ledoux, Brohée, Lagrain, Vermeire, Houben, Spago & Vansnick, 2008), door de Dienst Gezondheidszorg Gevangenissen van de Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie (2008) (Totds, Glibert & Van

¹ Steekproeven: huisartsen en ziekenhuizen o.b.v. lijsten FOD Volksgezondheid; apothekers o.b.v. lijst RIZIV; gespecialiseerde centra o.b.v. lijst VAD, List VAD (Vlaanderen), Fedito BXL (Brussel), Fedito Wallone (Wallonië). Meer details over de geconsulteerde bronnen en databanken is te vinden in Bijlage II van de publicatie Vander Laenen et al. (2013). 'Gespecialiseerde centra' zijn alle centra die specifiek gericht zijn op het aanbieden van drughulpverlening (dagcentra, crisisinterventiecentra, therapeutische gemeenschappen en vzw's). De gespecialiseerde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen zijn onderdeel van het overzicht van de ziekenhuizen.

Malderen, 2008) en door een survey die in de (Vlaamse) gevangenissen is uitgevoerd in het kader van een masterproef (Debehets, 2011), die gebaseerd was op de studie van Stover, Hennebel & Casselman (2004). Deze survey werd in juni 2012 ook uitgevoerd in de gevangenissen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in Wallonië.

De kenmerken van de cliënten in substitutiebehandeling werden bestudeerd door middel van een secundaire data-analyse van twee databanken: een Belspo-studie en de uitbreiding hiervan (Ledoux, 2005 en een nieuwe dataverzameling in 2006), en een nationale registratie voor het voorschrijven van substitutiemedicatie (Ledoux, Brohée, Lagrain, Vermeire, Houben, Spago & Vansnick, 2010; Ledoux, 2012). Een logistische regressieanalyse werd hierop uitgevoerd. De Belspo-studie bestaat uit verschillende multivariate analyses.

In 2003 heeft de Algemene Farmaceutische Bond (AFB) een onderzoek² gevoerd (Belspo-studie) waarbij de steekproef bestond uit cliënten die methadon als substitutiemedicatie ontvingen (Ledoux, 2005). Meer dan 130 apothekers hebben aan deze studie deelgenomen en evalueerden hun cliënten die substitutiemedicatie ontvingen. Om de representativiteit van de steekproef van cliënten in substitutiebehandeling te verbeteren, werden in 2006 de Vlaamse MSOC's aan deze steekproef toegevoegd. De uiteindelijke steekproef bedroeg 494 Belgische cliënten (311 Waalse en Brusselse cliënten en 183 Vlaamse cliënten). Niettegenstaande de oorspronkelijke studie ook de aandacht vestigde op de evaluatie van cliënten in substitutiebehandeling door apothekers, is het hoofdstuk in de huidige SUBANOP-studie alleen gewijd aan de analyse van de zelf-evaluatie van de cliënten.

De nationale registratie van substitutiebehandelingen bestond uit een epidemiologische analyse van het aantal, het geslacht en de leeftijd van cliënten in substitutiebehandeling, de plaats van verstrekking, het aantal huisartsen/ apothekers die substitutiebehandeling aanboden en de medicatie die werd gebruikt (methadon of buprenorphine-Subutex[®] of Suboxone[®]). De databank bestond uit alle (gecodeerde) cliënten die methadon of buprenorphine voorgeschreven kregen tussen het laatste trimester van 2006 en de tweede trimester van 2009.

De **kwantitatieve interviews** met cliënten (N=77) hadden als doel inzicht te verwerven in de behandelingskarakteristieken, de geschiedenis inzake middelenmisbruik, de behandelingstevredenheid en de kwaliteit van leven van opiaatafhankelijke individuen in substitutiebehandeling. De **diepte-interviews** focusten op de ervaringen van de cliënten (N=77) met psychosociale ondersteuning (bijvoorbeeld beschikbaarheid, frequentie en inhoud) en de substitutiebehandeling in het algemeen.

Met het oog op het concretiseren en aanpassen van de beschikbare richtlijnen over psychosociale ondersteuning bij substitutiebehandeling in België werd een elektronische Delphi-methode, met twee rondes, georganiseerd. De Delphi-methode is een interactieve onderzoeksmethode, waarbij een beroep gedaan wordt op een expertpanel (N=14), dat tijdens verschillende rondes antwoorden op vragen of verklaringen exploreert (McIlrath, Keeney, McKenna & McLaughlin, 2009; Skulmoski, Hartman & Krahn, 2007). De Delphi-methode is een consensusmethode en werd hier gebruikt om de meningen van experts inzake psychosociale ondersteuning bij substitutiebehandeling te identificeren teneinde een consensus te bereiken.

Tot slot werden drie **focusgroepen** georganiseerd (in totaal 21 deelnemers), één in elk gewest, met het oog op het formuleren van beleidsaanbevelingen en het identificeren van good practices,

² Gefinancierd door BELSPO/ Federaal Wetenschapsbeleid

teneinde de organisatie van substitutiebehandelingen in België op een structureel niveau te optimaliseren. De thema's van de focusgroepen waren gebaseerd op de hiaten in de onderzoeksresultaten van voorgaande werkpakketten, aangevuld met suggesties van de leden van het begeleidingscomité. Aldus stonden volgende topics in de focusgroep centraal: de identificatie van de verschillende doelgroepen binnen de substitutiebehandeling en het type diensten waar ze terecht kunnen of waar ze naartoe verwezen kunnen worden; de integratie van de eerstelijnszorg binnen substitutiebehandeling; de integratie van (algemene en psychiatrische) ziekenhuizen binnen substitutiebehandeling; en de optimalisatie van de organisatie van intersectorale samenwerking.

Algemeen werden er verbanden vastgesteld tussen de internationale literatuur inzake substitutiebehandelingen, de verschillende surveys en de focusgroepen. Door gebruik te maken van een multi-methodisch onderzoeksdesign was het eveneens mogelijk meer diepgaande antwoorden te verkrijgen en actuele vraagstukken in de Belgische substitutiebehandeling te identificeren. Speciale aandacht hierbij ging naar de psychosociale ondersteuning die kan gegeven worden als aanvulling op de "klassieke" substitutiebehandeling. De **WHO-richtlijnen voor de "Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence"** (WHO, 2009) vormden het kader van het SUBANOP-onderzoek en werden als vergelijkingsmateriaal gebruikt voor beleids- en praktijkaanbevelingen.

2.2.1 De beperkingen van de onderzoeksmethodologie

De beperkingen van het onderzoeksdesign worden hieronder besproken.

Het literatuuroverzicht bood geen waterdichte antwoorden inzake de effectiviteit van de verschillende types van psychosociale ondersteuning omwille van de verscheidenheid aan psychosociale interventies, de heterogeniteit van de onderzochte populaties, de onderzoekssettings, de duur van de behandelingen, de verschillende types van behandeling en de definitie van psychosociale behandelingen. Daarnaast variëren de betrokken uitkomstvariabelen hetgeen meta-analyses m.b.t. de effectiviteit van psychosociale begeleidingen, de vergelijking van de verschillende types van psychosociale begeleidingen en het formuleren van aanbevelingen m.b.t. welke psychosociale begeleidingen te prefereren zijn boven andere bemoeilijkt (Amato et al., 2011a&b; Mayet et al., 2010). Een bijkomende hindernis was het ontbreken van een eenduidige definitie van het begrip "psychosociale begeleiding". Bij de vergelijking van bijkomende gestructureerde vormen van psychosociale interventies met de bestaande substitutiebehandeling ('treatment-as-usual') werd zelden aangegeven of deze 'controlegroep' naast de substitutiemedicatie al dan niet enige vorm van psychosociale begeleiding kreeg (Griffith, Rowan-Szal, Roark & Simpson, 2000). Bovendien werd het uiteindelijke hoofddoel van de behandeling (detoxificatie of onderhoudsbehandeling) zelden gespecificeerd, waardoor het moeilijk was om de bevindingen inzake de effectiviteit van een specifieke behandelingsdoelstelling te generaliseren. Verder is het niet onbelangrijk mee te geven dat het merendeel van het onderzoek naar dit onderwerp uitgevoerd werd in de Verenigde Staten. We kunnen hierbij de bedenking maken of deze resultaten wel enigszins extrapoleerbaar naar landen met een andere context, cultuur en gezondheidszorg. Tenslotte is de literatuurstudie voornamelijk gebaseerd op bestaande reviews en werden enkel originele artikels geraadpleegd die gepubliceerd zijn sinds 2010.

De telefonische en de online survey met aanbieders hadden ook methodologische beperkingen. Ten eerste waren de antwoorden in de survey gestructureerd door de vragen en was er niet steeds

ruimte voor gedetailleerde antwoorden bij elke topic (bv. vaste antwoordmogelijkheden). Teneinde deze beperking enigszins te ondervangen, kregen de respondenten de mogelijkheid per topic opmerkingen toe te voegen. Daarnaast betreft de survey een zelfrapportage van de verschillende aanbieders van substitutiebehandeling. Het nadeel van zelfrapportage is dat respondenten de neiging kunnen hebben om sociaal wenselijk te antwoorden. “De” waarheid is zodoende moeilijk te achterhalen. Deze beperking werd ondervangen door de organisatie van drie –één in elk gewest-focusgroepen met verschillende aanbieders van substitutiebehandelingen (hoofdstuk 6), en door de Delphi-methode (hoofdstuk 5) wat toeliet de juistheid van de survey respons te controleren en bepaalde topics meer diepgaand te bevragen. Ten derde was de responsgraad van de *online* survey van huisartsen en van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (voor de huisartsen, ziekenhuizen en gespecialiseerde centra) te laag om algemene conclusies te formuleren. Door de beperkte Vlaamse respons van de algemene ziekenhuizen en PAAZ-en in de online survey geeft de online survey voor de Vlaamse ziekenhuizen veeleer de resultaten weer voor de *psychiatrische* ziekenhuizen. De conclusies rond netwerking, vorming en psychosociale ondersteuning in Vlaanderen slaan dan ook in hoofdzaak op de **psychiatrische ziekenhuizen**. De responsgraad aangaande de topic “doorverwijzing en netwerking” van de apothekers uit Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die geen substitutiebehandeling verstrekken was eveneens laag. Tenslotte werd de survey in de Vlaamse gevangenissen in januari 2011 uitgevoerd, terwijl de gevangenissen in Wallonië en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in juni-juli 2012 aan bod kwamen.

De secundaire data-analyse van de BELSPO-studies en de nationale registratiestudies (Ledoux, 2005; Ledoux, Brohée, Lagrain, Vermeire, Houben, Spago & Vansnick, 2010; Ledoux, 2012) (hoofdstuk 3), is beperkt doordat de BELSPO-databank en de nationale registratie gedateerd is. Bovendien gebruikte 1% van de niet-illegale druggebruikers de medicatie als pijnbestrijding. Tot slot was geen sprake van een interferentie-analyse tussen de verschillende variabelen.

De semi-gestructureerde -interviews met cliënten in substitutiebehandeling waren eveneens onderworpen aan een aantal beperkingen. Ten eerste was de steekproef beperkt ($n=77$) en bestond de steekproef voornamelijk uit een oudere groep van opiaatafhankelijke personen ($M= 41.58$ jaar; $SD = 8.56$), waardoor de steekproef niet representatief is voor de groep van opiaatafhankelijke individuen in substitutiebehandeling in België. De bevindingen zijn daarom niet generaliseerbaar naar andere groepen opiaatgebruikers. Ten tweede werden cliënten die minder dan drie maanden in substitutiebehandeling waren niet opgenomen in de studie. Ten derde bestond de steekproef voornamelijk uit respondenten die een substitutiebehandeling volgden in verstedelijkte gebieden, wat ons inzicht verschafte in de urbanisatiegraad van substitutiebehandeling maar slechts beperkte informatie inzake het aanbod van substitutiebehandeling in de landelijke gebieden. Deze beperking heeft als gevolg dat het onmogelijk is om de data te extrapoleren naar andere regio's (in België) met mogelijks een andere cliëntenpopulatie. Ten vierde is het belangrijk op te merken dat de meerderheid van de respondenten hun substitutiemedicatie ontving in een gespecialiseerd centrum, waardoor geen specifieke uitspraken gedaan konden worden over cliënten die hun substitutiebehandeling in een privépraktijk ontvingen.

De gehanteerde Delphi-methode heeft eveneens een aantal beperkingen. Het betreft een consensusmethode en deze werd in dit onderzoek gebruikt voor het identificeren en het verkrijgen van consensus inzake de meningen van experts aangaande psychosociale begeleiding bij substitutiebehandeling. Dit hield het risico in dat de deelnemers aan de Delphi-methode zich laten

beïnvloeden door de antwoorden van andere deelnemers of dat ze sociaal wenselijke antwoorden geven. Een andere beperking van de gebruikte Delphi-methode was het gebrek aan anonimiteit: doordat de voornaam van de deelnemer op het forum bekend gemaakt werd, waren de meningen en beslissingen van de deelnemers openbaar voor alle deelnemers. Bovendien werden de deelnemers niet willekeurig gekozen, maar doelgericht, omwille van hun expertise in de substitutiebehandeling. Tenslotte was het aantal deelnemers aan het forum eerder beperkt ($n=14$) en was er sprake van een oververtegenwoordiging aan Vlaamse experts, wat een invloed kan hebben op de inhoud van het discussieforum. De beperkte tijdspanne, het gebruik van een online communicatieforum en de potentiële taalbarrière hadden aldus een negatief effect op het aantal experts die deelnamen aan de Delphi-studie.

De focusgroep-techniek kende eveneens beperkingen. De nadelen zijn grotendeels toe te schrijven aan de groepsdynamiek. Omwille van de groepsdynamiek kan dat de groepsdiscussie gedomineerd worden door één of meerdere deelnemers (Macphail, 2001). Deelnemers kunnen zich onder druk gezet voelen om zich te conformeren aan de meningen van collega's en/of dominante individuen in de groep. De groepsdynamiek kan bovendien een invloed hebben op de houding van de individuele deelnemers (Bristol & Fern, 2003). Bij kwalitatieve groepstechnieken bestaat eveneens het gevaar dat de participanten geen nieuwe ideeën genereren en daardoor blijven vasthouden aan een idee dat eerder in de discussie geopperd werd of dat één onderwerp sterk uitgewerkt wordt en andere onderwerpen slechts in beperkte mate ter sprake komen (Vander Laenen, 2009). Daar de focusgroep een kwalitatieve methode is, zijn de resultaten niet zondermeer te generaliseren naar een bredere populatie (of, in deze studie, naar elke aanbieder van substitutiebehandeling in België). Het rapport, met zijn conclusies en aanbevelingen, zal echter besproken worden met het begeleidingscomité, waardoor de resultaten gevalideerd kunnen worden.

3 Substitutiebehandeling in de internationale literatuur

Onderzoek naar de *farmacologische* behandeling van opiaatafhankelijkheid domineert de literatuur inzake substitutiebehandelingen en is onderworpen aan hoge kwaliteitsnormen. De focus ligt voornamelijk op de rol en de effectiviteit van de farmacologische interventies en de fysiologische aspecten van afhankelijkheid (in plaats van op de psychosociale aspecten).

De literatuur is eenduidig over de effectiviteit van de farmacologische behandeling; voldoende bewijs is voorhanden met betrekking tot het gunstig effect van methadononderhoudsbehandeling op behandelingsretentie en heroïneabstinentie (Mattick et al., 2009), al zijn deze uitkomsten dosisafhankelijk.

Op basis van voorgaand onderzoek kan eveneens gesteld worden dat de toevoeging van een (minimale hoeveelheid) psychosociale ondersteuning aan de farmacologische behandeling een positief effect heeft op de retentie en de opiaatabstinentie (Amato et al., 2011a&b; van den Brink, van de Glind & Schippers, 2012).

Er kan echter geen eenduidig antwoord gegeven worden op de vraag welk type van psychosociale ondersteuning het meest effectief is. Het bestaande onderzoek naar psychosociale interventies is erg heterogeen, waardoor conclusies voor één type interventie niet kunnen gegeneraliseerd worden naar elke vorm van psychosociale ondersteuning. Het onderzoek focust zich voornamelijk op de effectiviteit van meer structurele vormen van psychosociale interventies zoals "contingency management" en andere gedragstherapieën. Weinig aandacht gaat naar de psychosociale

component in “treatment-as-usual”. Ondanks het bestaan van verschillende soorten psychosociale interventies bij de behandeling van opiaatafhankelijkheid en de algemene consensus over het belang van een minimale hoeveelheid psychosociale ondersteuning, is het bestaande onderzoek aangaande de definitie en de afbakening van het concept, en de toepassing en effectiviteit ervan eerder marginaal.

Verder blijkt uit de literatuur dat de opleiding voor behandelaars van substitutiebehandeling (en in de verslavingszorg in het algemeen) broodnodig en voor verbetering vatbaar is (Go et al., 2001; Walters et al., 2005).

In de literatuur worden verschillende omschrijvingen van ‘**psychosociale ondersteuning**’ gebruikt; ook in de praktijk verschilt de invulling van psychosociale ondersteuning (van standaardbehandeling tot gestructureerde vormen van therapie). Sommige overzichtsstudies omschrijven psychosociale ondersteuning als ‘**elke vorm van interventie of behandeling met uitzondering van de verstrekking van medicatie**’ (Winhusen & Kropp, 2003; Mayet, Farrell, Ferri, Amato, & Davoli, 2010; Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert & Fridell, 2007; Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri, Mayet, 2011b; Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter, 2008; Cleary et al., 2009; Veilleux et al., 2010). Deze algemene omschrijving wordt ook in dit onderzoek gehanteerd.

4 Algemene organisatorische principes voor de substitutiebehandelingen in België

Eerst en vooral moet de aanpak van opiaatafhankelijkheid en substitutiebehandeling gefocust zijn op het verbeteren van het welzijn en de **kwaliteit van leven** van de cliënten in plaats van op het reduceren van criminaliteit en het beperken van overlast. Dit is vooral van belang aangezien het krijgen en behouden van het vertrouwen van cliënten een zeer succesvolle factor blijkt te zijn bij substitutiebehandeling. Dit uitgangspunt wordt vooral benadrukt in de focusgroep in Vlaanderen. Een **positieve relatie** tussen hulpverlener en cliënt is een essentiële hoeksteen voor het bereiken van de vooropgestelde behandelingsdoelstellingen van de cliënt. Een positieve relatie wordt gekenmerkt door een affectieve en evenwaardige relatie tussen de cliënt en zijn hulpverlener en een gedeelde besluitvorming over de behandelingsdoelstellingen. Case management en een gerichtheid op de sterktes en capaciteiten van cliënten kunnen helpen om de band tussen cliënt en hulpverlener te versterken (RIOB, 2012). Samen met de cliënt de doelstellingen bepalen is van cruciaal belang, aangezien de noden van de cliënt niet zelden afwijken van de verwachtingen en de doelstellingen van de hulpverleners. Daarom is een voorafgaande screening van de behandelingsdoelstellingen en noden die de cliënt voor ogen heeft van onschatbare waarde. Vraaggericht werken en zorg op maat zijn aldus sleutelprincipes, wat resulteert in een persoonlijk behandelingsplan, gebaseerd op individuele noden, capaciteiten en verwachtingen. Bovendien moet er gewerkt worden op alle levensdomeinen tegelijkertijd zodat het ene probleem het andere niet creëert of versterkt (“**holistic care**”) (Cleary et al., 2009; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010). Ook de WHO-richtlijn benadrukt het belang van holistic care: “*The optimal approach is to provide integrated holistic care to address current problems and prevent further problems. In practice, this means being able to detect medical, psychiatric and social issues in the assessment process, and having the means onsite to attend to the issues simultaneously*” (WHO, 2009: 19).

Outreachend werken kan een belangrijke manier zijn om zicht te krijgen op de leefwereld van de cliënten, hun sterktes en noden, en biedt bovendien de kans een positieve relatie op te bouwen met de cliënt. Outreachend werken wordt daarenboven ook aanbevolen door het WHO, UNODC en UNAIDS als een zeer effectieve methode (*“an extraordinarily effective method”*, WHO, 2009: 8) om moeilijke bereikbare groepen te bereiken en in het injecterende druggebruikers. De huidige evolutie naar een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg in België (art. 107 van de Ziekenhuiswet) promoot outreachend werken aangezien deze voor een vlottere integratie van opiaatafhankelijke individuen in de samenleving en het aantal ziekenhuisopnames tot een minimum kan herleiden. Outreach initiatieven zijn ook een manier om psychosociale ondersteuning te voorzien. Daarnaast kan outreachend werken zorgen voor het wegwerken van hinderpalen die de toegang tot de vraag tot psychosociale ondersteuning in de weg staan (vb. schaamte om de stap te zetten naar de hulpverlening, contact met andere druggebruikers, mobiliteitsproblemen,...).

Ten tweede moet de substitutiebehandeling bestaan uit een **gedifferentieerde cliëntgerichte therapie**, in overeenstemming met de vraag van de cliënt (Trujols et al., 2011; De Maeyer et al., 2011b). De behoefte aan psychosociale ondersteuning is divers en kan in verschillende vormen voorkomen: van een korte chatsessie tot het vertrekken van praktische ondersteuning (vb. het hebben van een dagbesteding) of specifieke therapeutische sessies. De specifieke behandelingsnoden en de focus op de levensdomeinen kunnen tijdens het behandelingsproces variëren. Individuen met een opiaatafhankelijkheid zijn een heterogene groep met verschillende behandelingsnoden, -mogelijkheden en -verwachtingen. Deze heterogeniteit illustreert het belang van psychosociale ondersteuning op maat, afgestemd op de specifieke capaciteiten van de persoon. Wanneer de psychosociale ondersteuning zich niet alleen beperkt tot gestructureerde, op voorhand geplande gesprekken, maar ook informele gesprekken omvat, ontstaat voor de cliënt een emotionele betrokkenheid op de behandelingssetting, wat een positieve impact heeft op het behandelingsproces. Bijzondere aandacht moet geschonken worden aan de differentiatie van de substitutiebehandeling, overeenkomstig de noden van de cliënt en zijn specifieke kenmerken (een principe dat ook aan bod is gekomen tijdens de focusgroepen en de Delphi-methode). Een voorbeeld van een *good practice* is Vancouver waar via het concept **‘stepped care’** gedifferentieerd kan worden naargelang de noden van de cliënt (Parkes & Reist, 2010). Meer gestabiliseerde cliënten (d.w.z. cliënten die stabiliteit kennen op andere Europ-ASI levensdomeinen) worden begeleid door huisartsen, terwijl cliënten met meer complexe psychische en sociale noden eerder begeleid worden door ziekenhuizen (Vancouver heeft geen systeem van gespecialiseerde centra zoals het geval is in België). Dit onderscheid is ook van belang wanneer de bijkomende psychosociale ondersteuning ter sprake komt (dit wordt verder besproken onder punt 3). Als voorbeeld van *good practice* kan ook verwezen worden naar het MSOC van Gent: dit MSOC verwijst, in nauwe samenwerking met de psycholoog van het MSOC, gestabiliseerde cliënten door naar de huisarts. Het MSOC blijft beschikbaar om psychosociale ondersteuning aan de cliënt te verschaffen, ook na de doorverwijzing.

De aanbieders van substitutiebehandeling hebben tijdens de focusgroepen en de online survey gewezen op de noodzaak van een **consistent juridisch kader** voor substitutiebehandeling. Tevens benadrukken ze de noodzaak om de huidige Koninklijke Besluiten van 2004 en 2006, die de substitutiebehandelingen regelen, te optimaliseren. In deze context suggereren de respondenten uit de Vlaamse focusgroep een Ministeriële Omzendbrief te koppelen aan het Koninklijk Besluit teneinde concrete duidelijkheid te scheppen over het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de

verschillende aanbieders van substitutiebehandelingen. Dit zou een ideaal vertrekpunt zijn om de invulling en omkadering van alle betrokken instanties gericht te omlijnen.

De huidige Minister van Volksgezondheid Gezondheidszorg en Sociale Zaken, Minister Laurette Onkelinx, vroeg in 2011 aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en de FOD Volksgezondheid om een nieuw KB uit te werken. Deze diensten hebben een ontwerp van KB opgesteld en dit in juni 2012, voor commentaar, overgemaakt aan het SUBANOP-team. Het team heeft het ontwerp van KB geanalyseerd op basis van de voorlopige resultaten en haar opmerkingen overgemaakt aan de FOD Volksgezondheid. Het KB is in december 2012 voorgelegd aan de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer en zou in juli 2013 van kracht moeten zijn.

5 De spreiding van het verstrekken van en behandelen met substitutiebehandeling

5.1 Wie zijn de verstrekkers/behandelaars?

5.1.1 Type verstrekkers/behandelaars

Op basis van de telefonische survey, toont tabel 1 aan dat de substitutiebehandeling in België voornamelijk wordt aangeboden door **gespecialiseerde centra, gevolgd door apothekers**. Apothekers nemen een bijzonder plaats in daar zij zowel substitutiebehandeling kunnen verstrekken als de substitutiemedicatie kunnen toedienen. De **ziekenhuizen** bieden ook substitutiebehandeling aan, maar zij rapporteren minder cliënten per week dan de gespecialiseerde centra. Voor de ziekenhuizen is er een sterke vertegenwoordiging van psychiatrische afdelingen binnen de algemene ziekenhuizen (**PAAZ**) die instaan voor de substitutiebehandeling (38.1%), al behandelen ook **psychiatrische ziekenhuizen** regelmatig (34.5%). Algemene ziekenhuizen behandelen het minst (27.4%). Huisartsen behandelen veel minder, in het bijzonder in Vlaanderen.

Daarenboven komt uit de focusgroepen naar voren dat sprake is van **een gebrek aan aanvaarding** van cliënten in substitutie en een **gebrek aan kennis** aangaande opiaatafhankelijkheid en substitutiebehandeling bij sommige (algemene en psychiatrische) ziekenhuizen, huisartsen en apothekers (Deering et al., 2011). Door middel van opleiding en vorming zou de bereidwilligheid van deze potentiële aanbieders kunnen toenemen (cfr. 7.2.). In de Vlaamse focusgroep werden twee redenen gegeven waarom cliënten voor een substitutiebehandeling geweigerd worden: potentiële verstrekkers/behandelaars vrezen overlast of kunnen, omdat ze de cliënt niet kennen, de juistheid van de methadondosis die de cliënt vraagt niet controleren.

De online survey toont een aantal regionale verschillen aan. Het *aantal* ziekenhuizen en gespecialiseerde centra die substitutiebehandeling aanbieden, is in Vlaanderen groter dan in Wallonië. Wanneer we respons van de telefonische survey van de ziekenhuizen meer in de detail bekijken, zien we dat in Vlaanderen substitutiebehandeling voornamelijk wordt gegeven door de PAAZ-en, terwijl in Wallonië het voornamelijk psychiatrische ziekenhuizen zijn die substitutiebehandeling aanbieden. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in Wallonië rapporteren algemene ziekenhuizen dat ze substitutiebehandelingen voorzien, terwijl dit in Vlaanderen eerder zeldzaam is.

We stellen **concentraties** vast van gespecialiseerde centra en apothekers die substitutiebehandelingen aanbieden rond de **grote steden** (vb. Gent, Antwerpen, Luik en Charleroi). Dit sluit aan bij de bevindingen van de Nationale Registratie (Ledoux et al., 2010) waaruit bleek dat de prevalentie van cliënten in substitutiebehandeling (voor het jaar 2008) het hoogst is in Luik en Charleroi (46,4% van het totaal aantal Waalse cliënten in substitutiebehandeling) en in Antwerpen, Gent en Aalst (43,8% van de Vlaamse cliënten in substitutiebehandeling). Ook in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zien we een concentratie van diverse verstrekkers/behandelaars van substitutiebehandeling.

Omwille van de hogere urbanisatiegraad in Vlaanderen, vinden we in Vlaanderen meer gespecialiseerde centra (n= 17) terug dan in Wallonië (n= 12; inclusief de Duitstalige Gemeenschap). Daarnaast hebben de Vlaamse gespecialiseerde centra meer antennes (n= 45) dan de Waalse gespecialiseerde centra (n= 3).

Tabel 1: respons van de verstrekkers/behandelaars op de telefonische en online survey

Verstrekkers/ behandelaars	Populat ie	Steekpro ef	Telef. Survey			Online survey			
			Respo ns	Substitutiebehandelin gen (SB)		steekproefgroot te	respo ns	SB	
				N	%			n	%
Huisartsen VL Wall.+Duitst. BHG TOTAAL	7090 4693 1547	100 100 50	88 71 49	5 13 7	5,7 18,3 14,3	66 67 22	42 56 13	1 10 2	2,4 17, 8 15, 4
	13330	250	208	25	12	155	111	13	11, 7
Ziekenhuizen VL Wall.+Duitst. BHG TOTAAL	103 64 41	103 64 41	98 55 36	65 19 11	66,3 34,5 30,5	17 34 41	12 24 2	12 11 2	100 45, 8 100
	208	208	189	95	50,2	92	38	25	65, 8
Gespec. centra. VL Wall.+Duitst. BHG TOTAAL	70* 19* 9	70 19 9	70 19 3	5812 3	82.8 63.1 100	17 19 9	17 11 3	17 11 3	100 100 100
	98	98	92	73	79.3	45	31	31	100
Apothekers VL Wall.+Duitst. BHG TOTAAL	1728 1443 480	100 100 50	96 90	76 66 31	79,2 73,3 65,9	81 90 35	61 79 13	46 57 9	75, 4 63, 3 69, 2

			47						
	3651	250	233	173	74,2	206	153	11	73,
								2	2
Totaal alle verstrekkers/behandel aars	17287	806	722	366	49.5	498	333	18	54.
								1	3

(*) Antennes inbegrepen

5.1.2 Het aantal cliënten

Om een volledig zicht te krijgen op de verstrekking en behandeling van substitutiebehandelingen, moet het aantal cliënten in rekening worden gebracht. Daaruit blijkt dat de Belgische gespecialiseerde centra de meeste cliënten behandelen, gevolgd door de ziekenhuizen.

Wanneer we, op basis van de rapportage in de online survey, het aantal cliënten behandeld door de verschillende types behandelaars en de verstrekkers met elkaar vergelijken, dan blijkt dat de gespecialiseerde centra het meeste aantal cliënten per week behandelen, gevolgd door de apothekers. We merken hierbij op dat de kans reëel is dat een deel van de cliënten van de apothekers is doorverwezen vanuit de gespecialiseerde centra. Huisartsen rapporteren het minste aantal cliënten per week, hoewel de Waalse huisartsen meer cliënten per week behandelen dan de Waalse ziekenhuizen. Tabel 2 toont aan dat de gespecialiseerde centra de meeste cliënten per week in behandeling hebben. Bovendien blijken in het bijzonder de MSOC's het grootste aantal cliënten per week te behandelen (tabel 3). Het aantal cliënten per week dat behandeld wordt in de ziekenhuizen blijft beperkt tot minder dan 50 voor alle ziekenhuizen in Vlaanderen die deelnamen aan de online survey (N=12) en tot minder dan 100 voor alle deelnemende Waalse ziekenhuizen (N=11). Ook hier bestaan regionale verschillen aangezien de ziekenhuizen in Wallonië veel meer cliënten in substitutiebehandeling hebben dan de Vlaamse ziekenhuizen. Daar we constateren dat meer ziekenhuizen in Vlaanderen cliënten in substitutiebehandeling hebben in vergelijking met de ziekenhuizen in Wallonië, kan dit wijzen op een **concentratie van substitutiebehandelingen in bepaalde Waalse ziekenhuizen**. Wellicht is het in de focusgroepen aangehaalde **gebrek aan aanvaarding** van cliënten in substitutiebehandeling en een **gebrek aan kennis** aangaande opiaatafhankelijkheid en substitutiebehandeling bij sommige (algemene en psychiatrische) ziekenhuizen, huisartsen en apothekers een verklaring voor het beperkt aantal cliënten bij deze verstrekkers/behandelaars.

⇒ *Opvallend is het beperkte aantal cliënten die per week behandeld worden in de Vlaamse (gemiddeld minder dan 2 cliënten per week) en Waalse ziekenhuizen (gemiddeld minder dan 4 cliënten per week). Rekening houdend met het beperkt aantal cliënten dat een substitutiebehandeling krijgt in de (psychiatrische) ziekenhuizen, is een uitbreiding van het aanbod voor substitutiebehandeling aangewezen.*

Tabel 3 toont ook aan dat de MSOC's in Vlaanderen beduidend meer cliënten per week in substitutiebehandeling hebben dan de Waalse MSOC's (respectievelijk 2406 en 667). Dit bevestigt dat in Vlaanderen substitutiebehandelingen het meest verstrekt worden door specifieke, laagdrempelige diensten voor druggebruikers (Lamkaddem & Roelands, 2010). Sommige cliënten kiezen er nochtans bewust voor om bij de huisarts langs te gaan voor hun substitutiebehandeling om zo het contact met andere druggebruikers in gespecialiseerde centra te vermijden en gevoelens van stigmatisering en discriminatie te beperken.

Wanneer we het aantal cliënten op basis van de online survey vergelijken met de resultaten van de nationale registratie (hoofdstuk 3), merken we een discrepantie: de nationale registratie toont enerzijds aan dat meer dan de helft van alle cliënten in substitutiebehandeling geregistreerd wordt in Wallonië (55,5%), gevolgd door Vlaanderen (28,6%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (16,4%), terwijl de online survey bij de verstrekkers/behandelaars uitwijst dat de gespecialiseerde centra en apothekers in Vlaanderen meer cliënten behandelen dan hun Waalse tegenhangers. Zoals we al aangaven, laat de lage respons in de online survey niet toe uitspraken te doen voor de huisartsen. De vraag stelt zich dan ook of het ontbreken van informatie over de behandelende huisartsen een verklaring zou kunnen vormen voor deze discrepantie, aangezien in Wallonië substitutiebehandelingen vooral worden verstrekt door huisartsen (Lamkaddem & Roelands, 2010). Dit gebrek aan informatie is een bijkomende argument om de registratie van substitutiebehandelingen door huisartsen op een systematische en gestructureerde manier te laten verlopen.

Tabel 2: Aantal cliënten per week (bron: online survey)

Verstrekkers/ behandelaars	Aantal cliënten per week	Haalbaar aantal cliënten
Huisartsen		
VL	1	1
BHG	22	30
Wall	95,5	99,5
Ziekenhuizen		
VL	44	73
BHG	-	-
Wall	91,5	118
Gespec. centra		
VL	2026	1688
BHG	290	265
Wall	757	997
Apothekers		
VL	151	333 ³
BHG	59	104
Wall	250	564,9

Tabel 3: Het aantal cliënten per week en het haalbaar gedachte aantal cliënten van de gespecialiseerde centra (bron: e-mail bevraging)

Gespecialiseerde centra*	Aantal cliënten per week	Haalbaar aantal cliënten
MSOC's		

³ Dit aantal werd beïnvloed door een uitschieter: één apotheker meldt 1000 cliënten als een haalbaar aantal cliënten per week. indien dit antwoord mee in rekening wordt gebracht, komt het totaal aantal haalbare cliënten op 1333 liggen.

VL		
BHG	1701	1260
Wall	170	140
Totaal	535	570
	2406	1970
Niet-MSOC's		
VL		
BHG	325	428
Wall	120	125
Totaal	222	427
	667	980

* geen antennes

Wanneer gepeild wordt naar het haalbare aantal cliënten per week, zien we dat alle Belgische verstrekkers/behandelaars, met uitzondering van sommige gespecialiseerde centra, meer cliënten per week zouden kunnen begeleiden (tabel 2 en 3). In Vlaanderen en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest rapporteren de MSOC's een haalbaar aantal cliënten per week dat lager ligt dan het huidige aantal cliënten per week. In Wallonië ligt het haalbaar aantal cliënten per week hoger dan het werkelijke aantal.

Daar het aantal cliënten van de MSOC's varieert en de antennes niet werden bevraagd in de online survey, werden alle Belgische MSOC's gevraagd het aantal cliënten per week voor het MSOC zelf, alsook voor de antennes, te rapporteren (tabel 4: e-mail request). De vergelijking van het aantal cliënten van de MSOC's leert ons dat het werkelijke aantal cliënten per week van de MSOC's zelfs hoger ligt dan het aantal dat werd gemeld in de online survey. Daarnaast blijkt uit tabel 4 dat de antennes belangrijke behandelaars zijn aangezien zij substitutiebehandeling voorzien aan één derde van de cliënten in de MSOC's. We vonden wel regionale verschillen tussen de MSOC's: vooral in de provincie Limburg, West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant bereiken de antennes heel wat cliënten. De rol van de antennes is eerder beperkt in de MSOC's van Oost-Vlaanderen en Antwerpen. De MSOC's van Brussel en Luik hebben geen antennes.

Tabel 4: Het aantal cliënten per week per MSOC antenne (bron: e-mail bevraging)

Province	MSOC	Aantal cliënten per week in de MSOC's	Antennes	Aantal cliënten per week in de antennes	Total aantal cliënten per week
VLAANDEREN					

ANTWERPEN	MSOC Antwerpen	294	Antwerpen (alleen vrouwen)	18	312
OOST-VL	MSOC Gent	570 ⁴	Lokeren Sint-Niklaas	20 (SB-service: 1 dag per week) 12 (SB-service: 1 dag per week)	602
LIMBURG	MSOC Limburg		Beringen Bilzen Genk Hasselt Heusden-Zolder Maasmechelen Noord-Limburg St-Truiden Tongeren	11 13 87 107 16 30 13 38 46	361
WEST-VL	MSOC Oostende	250	Kortrijk Roeselare	100 70	420
VLAAMS-BRABANT	MSOC Leuven	90	Diest Tienen Vilvoorde	98 81 62	331
TOTAAL		1204		822	2026
WALLONIE					
LUIK	MSOC Luik	180			180
HENGEGOUWEN	MSOC Charleroi	180	Farciennes Chapelle-lez-Herlaimont	21 30	231
	MSOC Bergen	155	Hougend	60	215
TOTAAL		515		111	626
BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST					
	MSOC Brussel	170			170
TOTAAL		1889		933	2822

De resultaten van de online survey kunnen niet worden vergeleken met aantallen gegeven in de e-mail bevraging daar deze laatste ook de antennes omvat (deze werden niet bevroegd in de online survey) en op een ander tijdstip werd afgenomen. Het aantal cliënten per week dat werd gerapporteerd in de e-mailbevraging bleek echter significant hoger voor alle MSOC's. De resultaten van de e-mail bevragen zorgden evenwel voor discussie tussen de Vlaamse MSOC's, aangezien het aantal cliënten per week vertekend kon zijn door cliënten die hun substitutiemedicatie in een apotheek ontvangen alsook door cliënten die andere vormen van ondersteuning dan farmacologische substitutie ontvangen. Op basis van deze bedenking werd een nieuwe

⁴ Het MSOC van Gent rapporteert 450 van hun cliënten die hun medicatie bij de apotheker verkrijgen, 120 cliënten per week krijgen hun medicatie in het centrum toebedeeld. De andere MSOC's maakten geen onderscheid tussen het centrum en de apothekers als verstrekkers van de medicatie.

berekeningsformule ontwikkeld, waarbij het aantal revalidatieweken⁵ per jaar in rekening wordt gebracht. Door dit aantal te delen door 52 en hier het aantal cliënten dat enkel psychosociale ondersteuning krijgt in het MSOC af te trekken, kan het wekelijks aantal cliënten berekend worden. Ondanks de vraag om het aantal cliënten te berekenen op basis van deze formule werden geen gegevens verstrekt door de Waalse en Brusselse MSOC's. Hetzelfde geldt voor MSOC Vlaams Brabant. Deze formule heeft echter ook nadelen daar ze geen rekening houdt met cliënten die meerdere keren per week het MSOC bezoeken en is bijgevolg niet sluitend voor de berekening van de case load van deze centra.

⇒ *Rekening houdend met de gerezen problemen bij het berekenen van het exact aantal substitutiecliënten per week en van de case load van de MSOC's is een **systematisch uitgevoerd en uniform registratiesysteem** dat de monitoring van de case load mogelijk maakt aanbevolen.*

5.2 Geografische spreiding van de verstrekkers van en behandelaars van substitutie

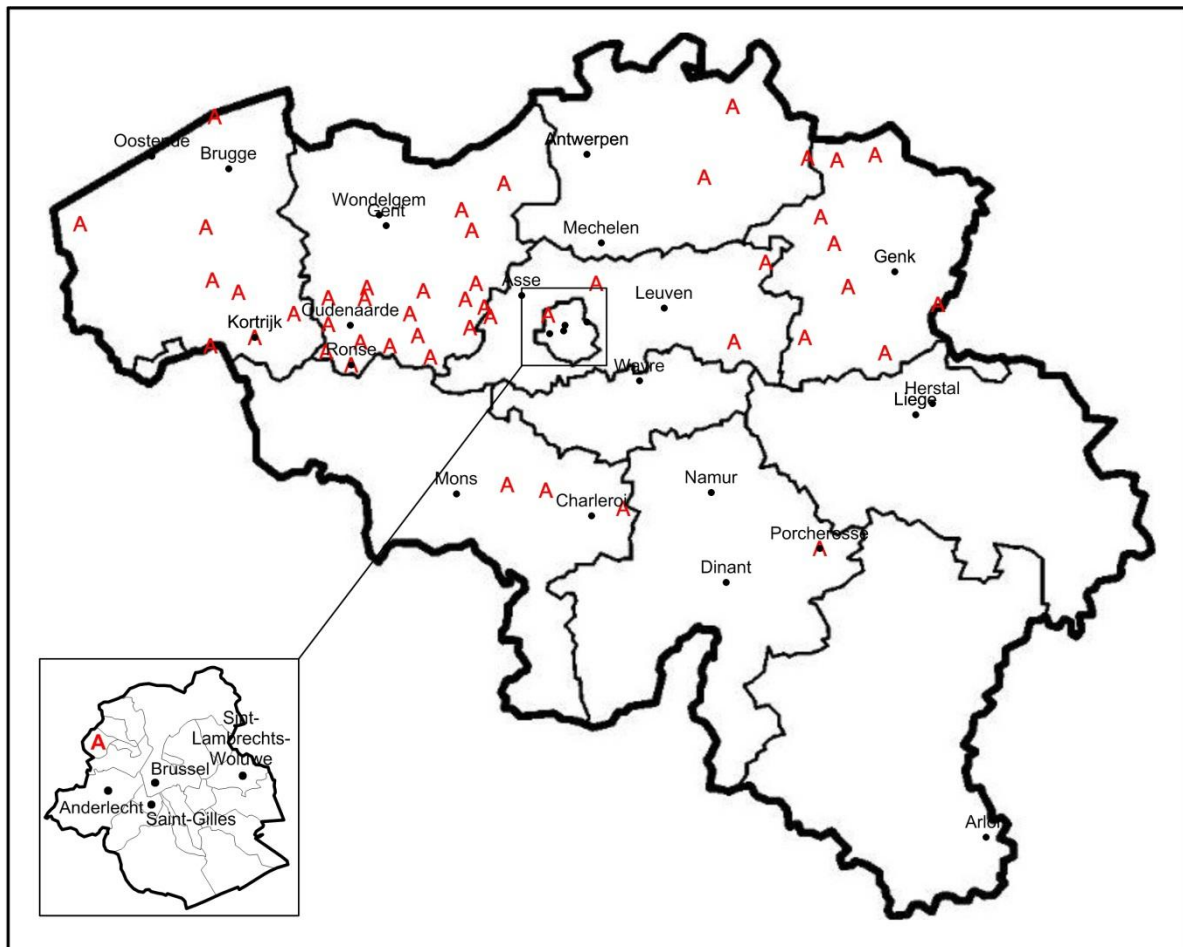
5.2.1 Geografische spreiding

Wanneer we de geografische spreiding van verstrekkers/behandelaars bekijken, vinden we in bepaalde regio's een beperkt aantal verstrekkers/behandelaars terug. Dit is het geval voor West-Vlaanderen, waar slechts een paar apothekers en gespecialiseerde centra substitutiebehandelingen verstrekken/behandelen en waar de bevroegde huisartsen geen substitutiebehandelingen lijken te voorzien. In Vlaanderen hebben de provincies West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant weinig apothekers die substitutiebehandelingen verstrekken. In Wallonië hebben de Duitstalige gemeenschap en Waals-Brabant het kleinste aantal verstrekkende apothekers en behandelende huisartsen.

Zoals uit kaart 1 blijkt, zijn er meer gespecialiseerde centra in Vlaanderen dan in Wallonië en zijn deze geografisch meer verspreid. Zoals eerder aangegeven, heeft Vlaanderen 45 antennes waar substitutiebehandeling aangeboden wordt. Deze antennes zijn ingeplant op plaatsen waar anders geen substitutiebehandeling zou worden verstrekt. In Wallonië zijn er slechts vier antennes in totaal.

Kaart 1: Belgische gespecialiseerde centra en hun antennes die substitutiebehandelingen verstrekken

⁵ Alle revalidatiecentra (inclusief de MSOC's) moeten trimestrieel hun capaciteit rapporteren aan het RIZIV. Dit impliceert een registratie van elk contact met 1 client in een week ('revalidatieweek'). Deze contacten bestaan ook uit psychosociale ondersteuning of omvatten cliënten met een niet-opiaatverslaving dan wel alcoholverslaving. Deze data geven bijgevolg geen volledig zicht op het totaal aantal substitutiecliënten. Ze kunnen echter wel een inzicht geven in het aantal cliënten erwekelijks over de vloer komen bij een MSOC. Aangezien medicatie ook wordt geregistreerd kunnen deze cijfers verder een indicatie vormen voor de spreiding van substitutiecliënten over de verschillende gespecialiseerde centra heen (telefonisch interview, dr. Tino Ruyters, directeur Free Clinic Antwerpen, 27/06/2012).



●	Gespecialiseerd centrum
A	Antenna van gespecialiseerd centrum

De geografische locaties van de centra tonen aan dat de spreiding efficiënter kan georganiseerd worden in sommige (delen van de) provincies Vlaanderen en Wallonië. Voor Vlaanderen is dit het geval voor het noorden van de provincie Antwerpen, het zuidwesten van West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. In Wallonië kunnen de provincies Luxemburg, Waals-Brabant en de Duitstalige gemeenschap beter georganiseerd worden. Wallonië heeft minder centra en de centra hebben minder antennes (slechts twee MSOC's hebben antennes in Henegouwen). Bovendien zijn de centra in Wallonië geconcentreerd rond de grote steden. De provincie Luik heeft het meest aantal centra (n= 3). In dit opzicht is het belangrijk mee te geven dat het verschil in spreiding tussen Vlaanderen en Wallonië deels kan worden toegeschreven aan de urbanisatiegraad. Door de hogere urbanisatiegraad in Vlaanderen zijn meer centra voorhanden dan in Wallonië en zijn er gemiddeld meer apothekers in Wallonië die substitutiebehandeling verstrekken dan in Vlaanderen.

Teneinde aanbevelingen te formuleren rond een optimale spreiding van substitutiebehandeling, dient de verstrekking/behandeling van de substitutiebehandeling in overeenstemming te zijn met (trends in) het opiaatgebruik en met de kenmerken van de opiaatgebruikers. De gegevens betreffende de behandelingsvraag van cliënten zijn echter gefragmenteerd (zie ook 4.4 voor de karakteristieken van de cliënten). Bovendien zijn de beschikbare gegevens verzameld bij de groep van opiaatgebruikers in behandelingssettings. Bijgevolg zijn deze data niet generaliseerbaar naar de volledige groep van opiaatgebruikers (Colpaert, 2012). Uit peilingen van het aantal opiaatafhankelijke

individuen die in de Europese Unie een behandeling volgen, blijkt immers dat slechts 40% van alle problematische opiaatgebruikers een substitutiebehandeling volgt (meestal methadonsubstitutie – 70%) (EMCDDA, 2009). Het is dan ook onduidelijk of de huidige geografische spreiding inderdaad in overeenstemming is met de feitelijke vraag.

- ⇒ *Niettegenstaande het verschil in urbanisatiegraad blijkt uit onderzoek (EMCDDA, 2005; Goossens, 2012) dat een te sterke concentratie van eerstelijnszorgorganisaties die substitutiebehandelingen aanbieden, kan leiden tot overlast in de onmiddellijke omgeving. Daarom kan het aangewezen zijn de spreiding van de aanbieders van substitutiebehandelingen in Wallonië te optimaliseren.*
- ⇒ *De nood aan betrouwbare data inzake de vraagzijde en de systematische registratie van trends aangaande de totale groep van opiaatgebruikers zijn noodzakelijke voorwaarden om (de spreiding van) de verstrekkers/behandelaars van substitutiebehandelingen consistent en consequent te monitoren.*

Apothekers en huisartsen lijken inspanningen te leveren om substitutiebehandelingen aan te bieden. De online survey leert immers dat de angst voor een slechte reputatie of de angst voor blootstelling van de andere cliënten aan cliënten in substitutiebehandeling voor apothekers en huisartsen niet zozeer significante obstakels zijn. De belangrijkste reden die apothekers en huisartsen aangeven om geen substitutiebehandelingen aanbieden, is het ontbreken van een vraag tot verstrekking/behandeling. Nochtans blijkt uit de kwalitatieve interviews met de cliënten dat een aantal onder hen moeilijkheden ervoer bij het vinden van een apotheker die bereid was substitutiemedicatie te verstrekken, wat leidt tot **moeilijkheden bij de toegankelijkheid van de zorg**. Dit knelpunt komt ook tot uiting in de online survey: het niet nakomen van afspraken door cliënten in substitutiebehandelingen wordt door de apothekers als de belangrijkste hindernispaal aanzien voor het opnieuw voorzien van substitutiebehandelingen. Uit de online survey komt ook naar voor dat het **gebrek aan kennis** inzake substitutiebehandeling voor Vlaamse huisartsen een reden is om geen substitutiebehandeling (meer) aan te bieden. Bijgevolg moet meer aandacht gaan naar een degelijke opleiding voor huisartsen. Omwille van het belang van opleiding, wordt dit thema in detail besproken in 7.2.

5.2.2 Detoxificatie en onderhoud

Belgische huisartsen verstrekken meer onderhoudsbehandelingen dan detoxificatie. De ziekenhuizen daarentegen verstrekken meer detoxificatie dan onderhoudsbehandelingen. Voor huisartsen en ziekenhuizen zien we geen regionale verschillen. Voor de gespecialiseerde centra lijkt detoxificatie in de Vlaamse centra meer voor te komen dan onderhoudsbehandelingen, terwijl in Wallonië de centra in gelijke mate detoxificatie en onderhoudsbehandelingen verstrekken. Wanneer specifiek naar ziekenhuizen gekeken wordt, zien we dat substitutie over het algemeen zowel als detoxificatie en als onderhoudsdosis aangeboden wordt door Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen, terwijl de PAAZ-diensten in Wallonië eerder aan detoxificatie doen.

In de online survey werd geen vraag opgenomen die peilde naar het *opstarten* van een onderhoudsbehandeling. Daarom is het niet duidelijk of de onderhoudsbehandeling louter bestaat uit het eigenlijk opstarten van de onderhoudsbehandeling, dan wel de voortzetting betreft van een substitutiebehandeling die elders werd opgestart.

Wanneer we de spreiding van “detoxificatie versus -onderhoudsbehandeling” door de gespecialiseerde centra in kaart brengen, merken we geen noemenswaardige verschillen tussen de

Belgische provincies. Voor België, kunnen we algemeen stellen dat gespecialiseerde centra minder aan onderhoudsbehandeling doen dan aan detoxificatie. Doorgaans wordt dit in de meeste provincies wel opgevangen door andere voorzieningen. Centra in de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant, Waals-Brabant, Namen, Luik en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die detoxificatie aanbieden, bieden ook allemaal onderhoudsbehandeling aan. Alleen Henegouwen telt meer gespecialiseerde centra die aan onderhoudsbehandeling doen, en minder aan detoxificatie.

In West Vlaanderen verstrekt het gespecialiseerde centrum met de meeste antennes (n=6) enkel detoxificatie. Het andere centrum dat wel onderhoudsbehandeling voorziet heeft slechts twee antennes. *Bijgevolg zou de onderhoudsbehandeling in de provincie West-Vlaanderen beter gespreid kunnen worden, in het bijzonder in het noorden en het westen van de provincie, waar op dit moment geen antennes of centra een onderhoudsbehandeling voorzien.* Zuid-Oost-Vlaanderen heeft slechts één gespecialiseerd centrum (met één antenne) dat substitutiemedicatie verstrekt op onderhoudsbasis. Over het algemeen kan de geografische spreiding in Zuid-Oost-Vlaanderen beter worden georganiseerd, daar één antenne teveel cliënten over de vloer krijgt die afkomstig zijn van de naburige steden waar enkel detoxificatie worden verstrekt. Eén gespecialiseerd centrum in deze regio, met verschillende antennes, biedt enkel detoxificatie aan. *Het strekt aldus tot de aanbeveling dat de geografische spreiding in deze regio in Oost-Vlaanderen verbeterd wordt, en dat ook aan onderhoudsbehandeling wordt gedaan.* In de provincie Luxemburg stellen we vast dat het gespecialiseerd centrum wel detoxificatie aanbiedt, maar geen onderhoudsbehandeling. Ook de nabijgelegen provincie Namen heeft een centrum dat uitsluitend aan detoxificatie doet. *Het is dus raadzaam de spreiding van gespecialiseerde centra in het Zuiden van Wallonië (in het Zuiden van Namen en Luxemburg) die onderhoudsbehandelingen aanbieden, te verbeteren.*

5.2.3 Netwerking en samenwerking

Netwerking en samenwerking zijn essentiële elementen in substitutiebehandeling...

Alle gespecialiseerde centra maken deel uit van een netwerk dat bestaat uit verschillende types professionals en diverse organisaties uit de drughulpverlening, van de verschillende niveaus (stedelijk, provinciaal en regionaal). Van alle behandelaars hebben de gespecialiseerde centra het meest diverse netwerk.

Alle Vlaamse ziekenhuizen en 80% van de Waalse ziekenhuizen hebben contact met andere professionals of maken deel uit van een netwerk. Hierbij dient evenwel opgemerkt dat omwille van de lage respons van de Vlaamse PAAZ'en en algemene ziekenhuizen in de online survey, de resultaten rond netwerking voor de Vlaamse ziekenhuizen vooral betrekking hebben op de psychiatrische ziekenhuizen. Het betreft hier voornamelijk drughulpverleningscentra en gespecialiseerde centra. Vlaamse ziekenhuizen werken eerder samen met drughulpverleningscentra op provinciaal niveau, terwijl de Waalse ziekenhuizen eerder een samenwerking verkiezen met de netwerken voor drughulpverlening op stedelijk niveau (wat niet verrassend is, gezien de stedelijke concentratie van gespecialiseerde centra in Wallonië).⁶

Apothekers hebben vaak geen contact met andere professionals en maken doorgaans geen deel uit van een netwerk. Wanneer apothekers die substitutiebehandeling verstrekken toch deel

⁶ Omdat te weinig huisartsen die substitutiebehandelingen verstrekken de survey hebben beantwoord, kunnen geen algemene conclusies worden getrokken.

uitmaken van een netwerk, impliceert dat in hoofdzaak gespecialiseerde centra. In Wallonië omvatten deze netwerken vaker ook behandelende huisartsen. Netwerkvorming komt vaker voor bij Vlaamse apothekers (45,7%) dan bij Waalse apothekers (30%). Waalse apothekers die substitutiebehandeling verstrekken, kennen vaker collega-apothekers die substitutie verstrekken dan de apothekers uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Vlaamse apothekers kennen het minste aantal collega's die substitutie verstrekken. In Vlaanderen en Wallonië kennen de verstrekkende apothekers minder behandelende huisartsen dan verstrekkende apothekers, terwijl de Brusselse verstrekkende apothekers er net meer blijken kennen.

⇒ *Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen we concluderen dat de huidige netwerkvorming voor verbetering vatbaar is: apothekers zouden systematisch deel moeten uitmaken van een netwerk, vooral gezien het belang van apothekers voor (gestabiliseerde) cliënten in substitutiebehandeling.* Het nut hiervan werd benadrukt tijdens de interviews met cliënten in substitutiebehandeling. Cliënten die de mogelijkheid krijgen om hun substitutiemedicatie af te halen bij de apotheker, in plaats van een dagelijkse afhaling in een gespecialiseerd centrum, zijn hier erg lovend over. Drie voordelen worden door hen opgesomd: het contact met andere druggebruikers wordt beperkt omdat ze niet naar het gespecialiseerd centrum moeten gaan, meer flexibele openingsuren en het feit dat de cliënten vaak voor enkele dagen hun substitutiemedicatie mee naar huis krijgen. Gevoelens van stigmatisering verminderen ook wanneer cliënten de kans krijgen om in alle anonimiteit hun substitutiemedicatie af te halen bij een lokale apotheker. Tot slot zijn apothekers ook een bron van emotionele ondersteuning.

Van alle verstrekkers/behandelaars zijn de gespecialiseerde centra de enige die allemaal doorverwijzing van cliënten rapporten, al geeft ook het merendeel van de ziekenhuizen aan op regelmatige basis cliënten door te verwijzen. Gespecialiseerde centra en ziekenhuizen verwijzen het meest door naar behandelende huisartsen en naar psychiatrische ziekenhuizen. Apothekers verwijzen zelden door. Wanneer dit toch gebeurt, verwijzen ze meestal door naar gespecialiseerde centra.

Zoals reeds vermeld, zijn de *behandelende huisartsen*, ondervertegenwoordigd in de online survey. Mits met enige voorzichtigheid kan worden geconcludeerd dat huisartsen die geen substitutiebehandeling aanbieden de cliënten doorverwijzen naar gespecialiseerde centra of psychiatrische ziekenhuizen. Er bestaan regionale verschillen: zo verwijzen niet-behandelende huisartsen uit Vlaanderen en uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de cliënten ook door naar de PAAZ, terwijl hun Waalse collega's de cliënten ook doorverwijzen naar huisartsen die wel substitutiebehandeling aanbieden. Waalse huisartsen die geen substitutiebehandelingen aanbieden, hebben kennen veel meer collega's die wel substitutiebehandelingen aanbieden dan de huisartsen uit Vlaanderen en uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Alle ziekenhuizen (met uitzondering van de ziekenhuizen uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest omwille van de non-respons) die substitutiebehandeling aanbieden, verwijzen de cliënten door naar huisartsen met substitutie-ervaring⁷ en verwijzen, op twee na, allen naar psychiatrische

⁷ Met uitzondering van één Vlaams ziekenhuis dat geen cliënten doorverwijst.

ziekenhuizen. De doorverwijzing van ziekenhuizen naar gespecialiseerde centra gebeurt vaker in Wallonië. Alle ziekenhuizen verwijzen op regelmatige basis cliënten door (dit geldt voor 80% van de Waalse ziekenhuizen en voor 100% van de Vlaamse ziekenhuizen). Uit ons onderzoek kunnen we niet afleiden of deze huisartsen deel uitmaken van een netwerk of werkzaam zijn in een gespecialiseerd centrum; wat wel duidelijk is, is dat de huisartsen een belangrijk deel uitmaken van het netwerk van ziekenhuizen.

⇒ *Specifieke aandacht moet gaan naar huisartsen die niet op een structurele manier deel uitmaken van een netwerk, daar ziekenhuizen cliënten regelmatig doorverwijzen naar huisartsen.*

In vergelijking met Wallonië, verwijzen de Vlaamse ziekenhuizen meer cliënten door voor psychosociale ondersteuning. Wanneer het ziekenhuis zelf de nodige begeleiding voorziet, wordt de cliënt doorgaans niet doorverwezen. Vlaamse ziekenhuizen verwijzen meestal door naar gespecialiseerde centra voor psychosociale ondersteuning.

Alle Belgische gespecialiseerde centra verwijzen cliënten door, meestal naar huisartsen met substitutie-ervaring en naar psychiatrische ziekenhuizen. Wat betreft psychosociale ondersteuning, verwijzen Vlaamse gespecialiseerde centra de cliënten door naar de geestelijke gezondheidszorg, terwijl in Wallonië de doorverwijzing meer divers is (ook externe psychologische experts en het 'OCMW' worden betrokken). Waalse gespecialiseerde centra verwijzen vaker door naar andere gespecialiseerde centra.

Niettegenstaande de gespecialiseerde centra zelf psychosociale ondersteuning aanbieden, merken we op dat ze regelmatig cliënten doorverwijzen naar andere diensten die ook psychosociale ondersteuning aanbieden. Deze diensten zijn eerder **gespecialiseerd in specifieke levensdomeinen** van de cliënt, zoals psychische gezondheid, werk, opleiding of inkomen. Het multidisciplinair team van een gespecialiseerd centrum kan misschien niet voldoende ingrijpen in een specifiek levensdomein hetgeen doorverwijzing noodzakelijk maakt. Over het algemeen verwijzen de gespecialiseerde centra de cliënten door naar verschillende diensten voor psychosociale ondersteuning.

Apothekers uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verwijzen cliënten evenredig door voor psychologische en sociale ondersteuning, terwijl in Vlaanderen de psychologische ondersteuning domineert en in Wallonië de apothekers in hoofdzaak doorverwijzen voor sociale ondersteuning. In de drie regio's wordt de cliënt voor psychosociale ondersteuning doorgaans doorverwezen naar een gespecialiseerd centrum en naar de huisarts. Wanneer een apotheker een cliënt niet doorverwijst, zijn de redenen die zij hiervoor aangeven tweërlei: ofwel hebben de cliënten geen vraag naar psychosociale ondersteuning, ofwel krijgt de cliënt reeds psychosociale ondersteuning.

... hoewel obstakels vaak in de weg staan van netwerking en samenwerking

Tijdens de Delphi-studie en tijdens de focusgroepen is vaak naar voren gekomen dat de deskundigen moeilijkheden ondervinden bij het gericht doorverwijzen van mensen met een afhankelijkheidsprobleem omwille van wachtlijsten, bestaande vooroordelen in de gezondheidszorg en alcohol- en drugsector over individuen met afhankelijkheidsproblemen, co-morbiditeit,.... Verder is de nood aan activiteiten en laagdrempelige projecten (vb. dagactiviteiten) in de bredere maatschappij hoog aangezien deze de sociale identiteit van opiaatafhankelijke individuen kunnen

versterken en hun gevoel van betrokkenheid aan de samenleving doen toenemen. Dit wordt niet bereikt door het louter organiseren van activiteiten door een gespecialiseerd centrum binnen de grenzen van het behandelingstraject.

Exclusie- en time-outcriteria, alsook toegankelijkheidsproblemen, zijn in principe ontoelaatbaar, zo stellen de WHO-richtlijnen. Deze moeten bijgevolg tot een minimum herleid worden. Zo mag een overtreding van programma- of huisregels niet de enige reden zijn om een cliënt uit te sluiten, tenzij *“Involuntary discharge from treatment is justified to ensure the safety of staff and other patients.” (WHO, 2009:17).“*

De deelnemers aan de Delphi-methode merken op dat het een taak is van de stafleden van een drugbehandelingscentrum om hun cliënten bij te staan en hen te helpen bij de realisatie van hun sociale rechten. Wanneer cliënten een beroep willen doen op allerlei diensten worden ze vaak geconfronteerd met allerlei barrières (vb. discriminatie). Diensten die goed op elkaar zijn afgestemd kunnen dergelijke barrières voorkomen en veroordelen opheffen. Het doorverwijzen van een cliënt in substitutiebehandeling naar de geestelijke gezondheidszorg verloopt vaak moeizaam. Dit is een mooi voorbeeld van wat onder versnipperende zorg verstaan wordt, aangezien cliënten die een substitutiebehandeling volgen niet zelden uitgesloten worden (exclusie criterium). Deze denkwijze staat haaks op het streven naar een geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met een opiaatverslaving. Anderzijds zou een netwerk van gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde voorzieningen de drempels in de niet-gespecialiseerde voorzieningen kunnen verlagen, wanneer die laatste cliënten in substitutiebehandeling zouden kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde voorzieningen wanneer zich moeilijkheden voordoen, zo suggereert het Forum Verslavingsgeneeskunde (VAD, e-mail, 08/10/2012).

=> *Bij sommige cliënten (vb. cliënten met complexe behandelingsnoden, waarbij verschillende voorzieningen betrokken zijn) is de **coördinatie van verschillende diensten** aangewezen, teneinde versnipperende zorg en het verlies van contact te voorkomen en de toegankelijkheid van de diensten te verbeteren (Colpaert, 2012).*

- ⇒ *Met het oog op de complexe problematiek van **co-morbiditeit** (Roozen, Kerkhof & van den Brink, 2000; Castells, Kosten, Capella, Vidal, Colom & Casas, 2009) en gezien het gegeven dat gespecialiseerde centra de cliënten op regelmatige basis doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg, moet de substitutiebehandeling vertrekken vanuit een **geïntegreerde zorg** en moet een **multidisciplinair team** zich hierover ontfermen.*
- ⇒ *Een goed netwerk en efficiënte doorverwijzingen zijn noodzakelijke voorwaarden om te komen tot een goed aanbod van substitutiebehandelingen. Een netwerk zou moeten bestaan uit gespecialiseerde en niet gespecialiseerde diensten. Apothekers en huisartsen die niet op systematische basis betrokken zijn in een netwerk, verdienen extra aandacht.*

Een voorbeeld van een *good practice* vinden we terug in Limburg, waar gemandateerde huisartsen met gespecialiseerde centra een netwerk vormen. De gespecialiseerde centra verwijzen de cliënten voor het voorschrijven van substitutiemedicatie uitsluitend naar deze huisartsen door. Daarnaast maken zij gebruik van een centraal elektronisch registratiesysteem waardoor de afgelegde behandelingsweg van de cliënt kan (op)gevolgd worden (inclusief doorverwijzingen), evenals de evolutie van de behandeling in het algemeen (zowel de farmacologische als de psychosociale ondersteuning, zie ook 8.1.). Het centraal registratiesysteem wordt opgestart in het MSOC, en alle

betrokken dokters hebben er toegang tot. Andere stafleden hebben geen toegang tot het medische gedeelte van de dossiers (de voorgeschreven medicatie en de medische voorwaarden). De ziekenhuizen, de politie en de gevangenen hebben eveneens geen toegang tot dit registratiesysteem.

Het is zinvol één van de aanbevelingen van een wetenschappelijke studie te vermelden gericht op het wegwerken van obstakels bij de ontwikkeling van gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg en het stimuleren van de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnszorg. Dezelfde aanbevelingen kunnen immers geformuleerd worden inzake het optimaliseren van het aanbod aan substitutiebehandelingen buiten de gespecialiseerde centra en psychiatrische ziekenhuizen: *“This may be facilitated by ensuring that there are sufficient numbers of primary care staff, regulating training, organizing adequate and ongoing supervision of primary care staff by mental health professionals, addressing staff attitudes, and by developing and managing coordinated support networks with specialized community mental health services and other relevant sectors (such as social welfare, health, housing and employment, as well as NGO’s and the private sector.”* (Semrau, Barley, Law & Thornicroft, 2011:223). De uitdagingen voor cliënten in substitutiebehandelingen zijn inderdaad gelijkaardig aan de uitdagingen, zoals geformuleerd door de *World Psychiatry Association* aangaande de ontwikkeling van een gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg in Europa. Deze aanbevelingen gelden dus eveneens voor substitutiebehandelingen. Vanuit deze optiek kunnen de geestelijke gezondheidszorg en de drughulpverlening van elkaar leren. De komende jaren zal de de-institutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg (art. 107 van het Ziekenhuiswet) zelfs leiden tot een hogere nood aan opleiding, begeleiding en de ontwikkeling van gecoördineerde ondersteunende netwerken. Door de hoge co-morbiditeit bij afhankelijkheidsproblemen is het aldus raadzaam om de krachten tussen de diverse sectoren te bundelen.

5.3 Substitutiebehandelingen in de Belgische gevangenen

Wanneer we de resultaten van de zelfrapportage van Todts et al. (2008) aangaande de prevalentie van (injecterende) opiaatgebruikers in Belgische gevangenen vergelijken met het aantal cliënten in substitutiebehandeling in de gevangenen, rijzen er vragen over de substitutiebehandeling in de gevangenen,⁸ en in het bijzonder m.b.t. onderhoudsbehandeling en specifiek voor sommige gevangenen. Alle Belgische gevangenen voorzien substitutiebehandeling, maar ze verlenen niet allemaal onderhoudsverstrekkingen. Dit is in het bijzonder het geval voor de gevangenen in Vlaanderen. In Vlaanderen rapporteren vijf gevangenen (5/15) enkel het aanbieden van substitutie voor detoxificatie. In Limburg verstrekt de gevangenis geen substitutiemedicatie onderhoudsdosis. De twee gevangenen uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die hebben deelgenomen aan de survey rapporteren zowel detoxificatie als onderhoudsbehandeling. In Wallonië voorziet slechts één gevangenis (1/10) louter substitutie voor detoxificatie.

We kunnen stellen dat dit niet strookt met de bepalingen van de Belgische wetgeving. De Basiswet van 2005 betreffende de rechtspositie van de gedetineerde formuleert het fundamentele principe van gelijkwaardigheid tussen de gezondheidszorg in de vrije samenleving en de gezondheidszorg in een gevangenisomgeving, en voegt er ter ondersteuning van deze gelijkwaardigheid aan toe dat

⁸ De data aangaande substitutiebehandelingen in de gevangenen worden apart besproken, daar een andere methodologie werd gebruikt (alleen online survey).

rekening dient gehouden worden rekening dient te houden met de specifieke noden van gedetineerden (art. 88). Bovendien formuleert art. 89 expliciet dat een gedetineerde recht heeft op continuïteit van gezondheidszorg, zoals dat ook het geval is in de vrije samenleving. Dit principe werd, met betrekking tot substitutiebehandeling, geëxpliciteerd in een technisch protocol, toegevoegd aan de Ministeriële Omzendbrief van 2006 (Ministeriële Circulaire nr. 1785 van 18 juli 2006 inzake het drugprobleem in gevangenen). Wat betreft de globale psychosociale ondersteuning van gedetineerden wordt inderdaad erkend dat het huidige behandelingsaanbod in gevangenen niet volstaat om de daadwerkelijke uitvoering van deze rechten te waarborgen (Van Malderen, 2012).

Niettegenstaande de wetenschappelijke bewijsvoering dat een onderhoudsdosis resulteert in een lager opiatengebruik binnen de gevangenenmuren (Stallwitz & Stöver, 2007; Stevens, Stöver & Brentari, 2010), is het aanbieden van een onderhoudsdosis in de Vlaamse gevangenen minder gebruikelijk. In Wallonië en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is eerder sprake van een gelijkmatige verdeling inzake detoxificatie en onderhoudstherapie. Het aanbieden van een onderhoudsdosis aan gedetineerden met eerdere opsluitingen door een heroïneverslaving is effectief gebleken om de cirkel van een eventuele terugval en recidive te doorbreken. Het aanbieden van methadon als onderhoudsdosis blijkt meer effectief dan louter begeleiding (Kinlock, Gordon, Schwartz, Fitzgerald & O'Grady, 2009).

- ⇒ *Op basis van het juridische gelijkheidsbeginsel (in de gezondheidszorg) en op basis van wetenschappelijk bewijsvoering die de positieve resultaten van substitutiebehandeling in de gevangenen in de verf zetten, raden wij sterk aan om substitutie als onderhoudsdosis uit te breiden naar alle Belgische gevangenen (Council of the European Union, 2012).*
- ⇒ *Om de zorgcontinuïteit te waarborgen (vanaf het ogenblik dat de gedetineerde de gevangenis betreedt tot na zijn vrijlating), zou voor gedetineerden een case manager kunnen worden aangesteld.*

Speciale aandacht moet worden besteed aan de aanwezigheid van opiaten binnen de gevangenen omdat de tolerantiegrens van gedetineerden in substitutiebehandeling tijdens het detoxificatieproces laag is, en het een impact heeft op het controleren van de *craving*. Uit het onderzoek uit 2008 komt naar voren dat 13,1% (n= 51) van de gedetineerden methadon of buprenorphine had verkregen via de grijze markt in de gevangenis (Todts, Glibert & Van Malderen, 2008). De bestaande grijze markt inzake substitutiemedicatie binnen de gevangenenmuren en de evoluties hierin zouden dan moeten gemonitord worden.

5.4 Kenmerken van de cliënten in substitutiebehandeling

Tussen midden 2008 en midden 2009 werden 16974 cliënten in substitutiebehandeling geregistreerd op nationaal niveau (Ledoux et al., 2010). Farmanet (het elektronisch registratiesysteem van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkeringen (RIZIV) verzamelt, per voorschrijver, gegevens over terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen die via de apotheken worden afgeleverd) rapporteerde voor de periode januari 2010 tot november 2010 16.095 cliënten die minstens één magistrale methadonbereiding hadden ontvangen, en 2169 cliënten die ten minste één verpakking Buprenorphine hadden gekregen .

Vrouwen vertegenwoordigen een vierde van de totale populatie aan cliënten in substitutiebehandelingen (24,6%) (Ledoux et al., 2010). In bepaalde steden is een opmerkelijk aantal cliënten in substitutiebehandeling **jonger dan 25 jaar**. Voor Vlaanderen is dit het geval voor Aalst (44,3%), Oudenaarde (32,1%), Dendermonde (31,2%) en Roeselare (30,6%). In Wallonië treffen we de jongste cliënten aan in Bastenaken (31,6%), Aarlen (31,2%), Doornik (25,9%) en Virton (25,9%).

Het **recente gebruik van illegale drugs** is vrij hoog bij cliënten in substitutiebehandelingen. Ongeveer de helft van deze cliënten blijft heroïne gebruiken, en een derde blijft cocaïne gebruiken. Cliënten die meer dan één keer per week heroïne gebruiken, hebben een grotere kans begeleid te worden door een MSOC. **Frequent alcoholgebruik** komt tijdens de behandeling minder vaak voor dan het gebruik van illegale drugs, niettegenstaande 10% van de cliënten in substitutiebehandeling dagelijks 9 glazen of meer consumeert (Ledoux, 2005).

⇒ *Het problematisch alcoholgebruik van sommige cliënten in substitutiebehandelingen moet tijdens het behandeltraject de nodige aandacht krijgen.*

Met betrekking tot de behandelingstevredenheid, is de meerderheid van de deelnemers “enigszins tevreden” (70,6%), terwijl 7,8% van de deelnemers “eerder ontevreden” is over de substitutiebehandeling in het algemeen. Echter, bijna een derde van de deelnemers is “eerder ontevreden” over de specifieke interventies (bijvoorbeeld ondersteuning bij hun sociale situatie en werksituatie) en meer dan een vijfde van de deelnemers is “(enigszins) ontevreden” over de vaardigheden van de psycholoog. In deze optiek moet evenwel de opmerking worden gemaakt dat slechts een beperkt aantal deelnemers (N = 26) ervaringen met psychologen hebben gehad tijdens hun substitutiebehandeling. De resultaten van deze studie tonen aan dat een hoog percentage deelnemers ondersteuning wensen op verschillende levensdomeinen, in het bijzonder thuis, in het werk en in de vrijetijdsbesteding. Dergelijke sociale ondersteuning wordt hen momenteel niet aangeboden.

⇒ *Zoals hierboven aanbevolen, is de behoefte aan kwaliteitsvolle data over de noden rond behandeling groot, evenals de systematische monitoring van trends in de totale groep van opiaatgebruikers, teneinde te komen tot een goede monitoring en evaluatie van de (verspreiding van) context-specifieke verstrekking/behandeling van substitutiebehandelingen. We hebben nood aan een grondige assessment en inzicht in de lokale situatie, met inbegrip van de cliëntkarakteristieken, zoals verschillen in leeftijd en geslacht (WHO, UNODC & UNAIDS, 2009). In 7.1. komen we tot gedetailleerde aanbevelingen over de wijze waarop de huidige registratie kan geoptimaliseerd worden.*

6 Medicatieverstrekking en -voorschrijving

Op basis van de online survey kunnen geen algemene conclusies getrokken worden met betrekking tot de absolute prevalentie van het voorschrijven van methadon of buprenorphine daar teveel mogelijke combinaties van substitutiemedicatie werden gerapporteerd.

In België lijkt een combinatie van methadon met buprenorphine en naloxon de meest voorkomende combinatie om aan detoxificatie te doen, gevolgd door het aanbieden van enkel methadon, en de combinatie van methadon met buprenorphine.

De meest gebruikte medicatie als onderhoudsdosis betreft een combinatie van methadon met naloxon en buprenorphine (37,2%), gevolgd door methadon (33,3%) en de combinatie van

buprenorphine met naloxon (11,8%). Tabel 5 (detoxificatie) en tabel 6 (onderhoudsbehandelingen) geven een overzicht van verschillende soorten substitutiemedicatie in relatie tot de behandelingsoriëntatie.

Het literatuuroverzicht toont aan dat methadon en buprenorphine/naloxon de meest gebruikelijke en veilige medicaties zijn voor detoxificatie. Als onderhoudsdosis worden methadon, buprenorphine en buprenorphine/naloxon als standaardmedicatie gebruikt (van den Brink, Goppel & van Ree, 2003; van den Brink & Haasen, 2006; Soyka et al., 2011). In de WHO-richtlijnen wordt methadon boven buprenorphine aanbevolen, omdat het meer kosteneffectief is. Bovendien heeft Buprenorphine een iets andere farmacologische werking. Aldus is het belangrijk dat beide medicaties beschikbaar zijn teneinde meer mensen aan te moedigen om zich te laten behandelen alsook omdat een passende behandeling betere resultaten oplevert (WHO, 2009:11).

Tabel 5 Substitutiemedicatie voor detoxificatie voor de verschillende aanbieders (bron: online survey).

AANBIEDER	DETOXIFICATIE						
	N° SB	M	B	M + B	B + NX	M+B+NX	A
Huisartsen							
VL	0	0	0	0	0	0	0
WALL+DUITST	7	7	3	.	2	.	.
BHG	2	1	0	1	0	0	0
TOTAAL	9	8	3	1	2	0	0
% Belgische aanbiedende huisartsen		88.9%	33.3%	11.1%	22.2%		
ziekenhuizen							
VL	11	1	.	.	.	.	.
WALL+DUITST	9	1	1	2	0	6	1
BHG	.	.	0	.	6	.	3
TOTAAL	20	2	1	2	6	6	4
% Belgische aanbiedende ziekenhuizen		10%	5%	10%	30%	30%	20%
Gespecialiseerde centra							
VL	17	1	0	6	0	9	0
WALL+DUITST	8	1	0	2	0	5	0
BHG	.	.	.	.	.	.	.
TOTAAL	25	2	0	8	0	14	0
% Belgische aanbiedende gespec.centra		7.1%		30.8%		53.8%	
TOTAAL	54	12	4	11	8	20	4
% van Belgische aanbieders		22.2%	7.4%	20.3%	14.8%	37%	7.4%

M	Methadon	NX	Naloxon
B	Buprenorphine	A	Andere

Tabel 6 Substitutiemedicatie voor onderhoud voor de verschillende aanbieders (bron: online survey).

AANBIEDER	ONDERHOUD						
	N° SB	M	B	M + B	B + NX	M+B+NX	A

Huisartsen							
VL							
WALL+DUITST	1	1	0	0	0	0	0
BHG	9	8	3	.	2	.	2
	2	1	0	1	0	0	0
TOTAAL	12	10	3	1	2	0	2
% Belgische aanbiedende huisartsen		83.3%	25%	8.3%	16.7%		16.7%
Ziekenhuizen							
VL							
WALL+DUITST	10	3	0	1	0	6	0
BHG	8	2		1		5	

TOTAAL	18	5	0	2	0	11	0
% Belgische aanbiedende ziekenhuizen		27.8%	0%	11.1%		61.1%	
Gespecialiseerde centra							
VL							
WALL+DUITST	13	2	0	3	8	0	0
BHG	8	0	0	0	0	8	0

TOTAAL	21	2	0	3	8	8	0
% Belgische aanbiedende gespec.centra		9.5%	0%	14.3%	38.1%	38.1%	
TOTAAL	51	17	3	6	10	19	2
% van Belgische aanbieders		33.3%	5.9%	11.8%	19.6%	37.2%	3.9%

Uit de online survey komt duidelijk naar voor dat de **verpleegkundigen** in ziekenhuizen en gespecialiseerde centra een belangrijke rol spelen bij het toedienen van substitutiemedicatie. De apothekers verstrekken zelf de substitutiemedicatie.

- ⇒ *Omwille van de regelmatige contacten van verplegers met cliënten, moet vorming en opleiding van deze groep worden benadrukt (zie ook Go, Dykeman, Santos & Muxlow, 2011 die het belang van gespecialiseerde opleiding benadrukken). Deze opleiding moet bestaan uit alle aspecten van legaal en illegaal druggebruik, evenals de symptomen bij onthoudingsverschijnselen en bij een overdosis, de beschikbare behandelingsmodaliteiten voor opiaatverslaving enz. moeten aan bod komen (bijkomende argumenten worden onder punt 4.2. besproken).*

Gespecialiseerde centra, ziekenhuizen en huisartsen verwijzen cliënten door naar **apothekers** voor de verstrekking van de substitutiemedicatie. De deelnemers aan de Vlaamse focusgroep geven duidelijk aan dat substitutieverstrekking de (eind)verantwoordelijkheid van de medici moet blijven. Het onderscheid tussen medische begeleiding en ondersteuning van psychosociale aspecten moet gevrijwaard blijven, zodat elke hulpverlener zijn rol kan blijven opnemen en de relatie met de cliënt niet onder druk komt te staan.

Er is een onderscheid gevonden tussen Wallonië en Vlaanderen inzake de wijze waarop ziekenhuizen en gespecialiseerde centra de verstrekking van substitutiebehandelingen organiseren. De meerderheid van de diensten in Wallonië die aan de survey deelnam (5 ziekenhuizen en 5 gespecialiseerde centra), verstrekken alleen substitutiemedicatie onder begeleiding. Echter, Waalse ziekenhuizen en gespecialiseerde centra geven vaker substitutiemedicatie mee naar huis dan in Vlaanderen het geval is. Dit zou kunnen verklaren waarom de illegale handel in substitutiemedicatie als een belangrijk knelpunt werd beschouwd door de deelnemers aan de Waalse focusgroep. Dit

knelpunt kwam niet ter sprake tijdens de focusgroepen in Vlaanderen en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De dagelijkse verstrekking van substitutiemedicatie is voor de behandelaars vaak een ideaal moment om in contact te komen met cliënten die eerder terughoudend zijn ten aanzien van gestructureerde vormen van psychosociale ondersteuning. Daarnaast is het een ideaal moment om een relatie met de cliënten op te bouwen en te versterken. Uit de interviews met de cliënten blijkt dat elke medewerker die betrokken is bij substitutiebehandelingen, *los van hun beroep* (vb. verpleegkundige, dokter, psycholoog, apotheker,...) een invloed kan uitoefenen op het behandelingsproces van de cliënt, en met de cliënt een positieve relatie kan aangaan. Daarom moet de psychosociale ondersteuning niet noodzakelijk voorbehouden blijven voor psychologen en maatschappelijk werkers.

Een element dat bijdraagt tot de hierboven besproken algemene aanbeveling dat het belangrijk is **samen met de cliënten de behandelingsdoeleinden te bespreken**, inclusief de substitutiemedicatie dosis (Ti, Tzemis & Buxton, 2012), kan gevonden worden in de kritieken van sommige cliënten aangaande de dosis van hun substitutiemedicatie. Uit de interviews met de cliënten komt naar voren dat één vijfde zich onvoldoende betrokken voelt bij het bepalen van hun huidige dosis substitutiemedicatie en dat ze weinig mogelijkheden zien om hun substitutiemedicatie te verminderen. Hierdoor krijgen de cliënten het gevoel dat ze “vastgeketend” zijn aan hun substitutiemedicatie en dat er geen hoop meer op een leven zonder substitutiemedicatie (Witteveen & Van Santen, 2011).

7 Psychosociale ondersteuning⁹

Recente literatuuroverzichten tonen aan dat de psychosociale component in de behandeling van opiaatafhankelijke individuen wordt gezien als een essentieel onderdeel van een geïntegreerde holistische benadering (Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri & Mayet, 2011a; Amato et al., 2011b; Mayet et al., 2010; Soyka et al., 2011).

Over het algemeen besteden de Belgische verstrekkers/behandelaars aandacht aan psychosociale ondersteuning. Psychosociale ondersteuning bestaat uit zowel sociale en psychologische ondersteuning; de sociale ondersteuning spitst zich hoofdzakelijk toe op de Europ-ASI levensdomeinen (gezondheid, werk/dagbesteding, familierelaties, ...). Zelfs apothekers en huisartsen blijken, ondanks hun beperkte tijd en middelen, rekening te houden met deze noden door zelf psychosociale ondersteuning aan te bieden en/of door de cliënten door te verwijzen. In tegenstelling tot collega's uit Wallonië (21%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (44,4%), bieden de Vlaamse apothekers meer psychosociale ondersteuning aan (67,4%).¹⁰ Ook de secundaire analyse van de Belspo-studie (Ledoux, 2012) toonde aan dat de apotheker hierin een belangrijke rol vervult (een gebrekkige relatie met de apotheker is een meer voorspellende factor voor frequent heroïnegebruik dan de therapeutische relatie met de arts). Uit de interviews met cliënten wordt ook duidelijk dat apothekers een belangrijke bron van emotionele ondersteuning kunnen zijn.

⁹ Hierbij dient evenwel opnieuw opgemerkt dat omwille van de lage respons van de Vlaamse PAAZ'en en algemene ziekenhuizen in de online survey, de resultaten rond psychosociale ondersteuning voor de Vlaamse ziekenhuizen vooral betrekking hebben op de psychiatrische ziekenhuizen.

¹⁰ Apothekers voorzien evenwel niet in gestructureerde vormen van psychosociale begeleiding; ze hebben een belangrijke rol als luisterend oor en als zorgverlener (Vogt & Finley, 2009).

Evenwel blijkt zowel uit de kwantitatieve als uit de kwalitatieve interviews met de cliënten dat het aantal respondenten die een bepaalde vorm van psychosociale ondersteuning wil hoger is dan het aantal respondenten die daadwerkelijk enige vorm van psychosociale ondersteuning krijgt. Daarnaast kan het verlenen van psychosociale ondersteuning aan cliënten in de gevangenissen verbeterd worden, daar slechts 9 van de 15 Vlaamse gevangenissen en de helft van de gevangenissen in Wallonië (5/10) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (1/2) psychosociale ondersteuning aanbiedt. Een recent rapport van de FOD Justitie toont aan dat in het algemeen meer aandacht moet gaan naar psychosociale ondersteuning van gevangenen, daar het gebrek aan psychosociale ondersteuning een verklaring zou kunnen vormen voor het hoge percentage in het medicatiegebruik in de gevangenis (37,96% van de totale gevangenispopulatie in 2010; FOD, 2012).

⇒ *Het **aanbod** van psychosociale ondersteuning moet worden versterkt voor een bepaalde groepen cliënten. Dit geldt meer specifiek voor de Belgische **gevangenissen**.*

7.1 Psychosociaal assessment

De online survey toont aan dat het psychosociaal assessment doorgaans wordt uitgevoerd door de gespecialiseerde centra en door de diverse ziekenhuizen, waar een multidisciplinair team voorhanden is. Het assessment besteedt over het algemeen aandacht aan de verschillende Europ-Asi levensdomeinen en de psychodiagnostiek (psychologische testen).

Uit de interviews met de cliënten komt naar voor dat, in hun ervaring, weinig aandacht besteed wordt aan de verwachtingen en ervaringen van de cliënten zelf (vb. kwaliteit van leven) inzake de substitutiebehandeling. Eveneens wordt weinig aandacht geschonken aan de wijze waarop zij de substitutiebehandelingen beoordelen. De focus ligt immers doorgaans op maatschappelijk wenselijke verwachtingen (vb. geen illegaal druggebruik, niet plegen van criminaliteit, het hebben van een job) (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2009). In de Delphi-methode komt ook naar voren dat er nood is aan een holistisch startpunt, met aandacht voor de verschillende levensdomeinen, die verder reiken dan de druggerelateerde aspecten.

⇒ *Gebaseerd op voorgaande bevindingen, raden we aan dat zowel in het assessment als in de psychosociale ondersteuning voldoende aandacht geschonken wordt aan de verschillende levensdomeinen, die verder reiken dan de druggerelateerde aspecten. Verder moet meer aandacht gaan naar door de cliënt gerapporteerde resultaten en algemeen welzijn.*

7.2 Complexe problemen vragen om een holistische benadering

7.2.1 Psychosociale ondersteuning is essentieel, met de focus op sociale ondersteuning

Het literatuuroverzicht benadrukt dat geen consensus bestaat over waaruit psychosociale ondersteuning minimaal moet bestaan (Griffith, Rowan-Szal, Roark & Simpson, 2000). Professionelen kunnen bijgevolg diverse types interventies aanbieden. De diversiteit aan interventies kan worden verklaard door één van de aanbevelingen die de deelnemers aan de focusgroepen vooropstelden. Zij vinden het immers belangrijk dat de psychosociale ondersteuning een individuele invulling krijgt, **afhankelijk van de psychosociale noden** van de cliënt. De Vlaamse en Waalse focusgroep

benadrukken ook dat de soort begeleiding en het al dan niet aanbieden van begeleiding afhankelijk is van de stabiliteit van de cliënt.

⇒ *In de psychosociale ondersteuning moet de cliënt centraal staan en deze begeleiding moet differentiëren tussen verschillende types cliënten.*

Psychosociale ondersteuning bestaat uit een sociaal en een psychologisch luik. De sociale begeleiding focust zich vooral op de Europ-ASI levensdomeinen met nadruk op het aanleveren van oplossingen aangaande wonen en werken, het doorverwijzen van cliënten naar meer gespecialiseerde centra en het aanbieden van hulp bij juridische en administratieve problemen. De psychologische begeleiding bestaat uit de betrachting om een open en empathische houding aan te nemen ten aanzien van de cliënten of om de cliënten naar psychiaters of psychologen door te verwijzen. Daarnaast is het belangrijk aan te stippen dat uit het tevredenheidsonderzoek van de cliënten blijkt dat zij **sociale begeleiding** belangrijker vinden dan psychologische ondersteuning. Deze resultaten tonen aan dat vele deelnemers, die op het ogenblik van de bevraging geen sociale ondersteuning kregen, ondersteuning wensen op de diverse levensdomeinen, in het bijzonder thuis, op het werk en bij vrijetijdsbesteding. De resultaten inzake Kwaliteit van Leven tonen ook aan dat de nood aan ondersteuning op de verschillende levensdomeinen hoog is (vb. vrijetijdsbesteding, sociaal netwerk, financiële situatie). Uit de kwalitatieve interviews met cliënten komt duidelijk naar voren dat ze willen praten over hun huidige situatie en hun toekomstperspectief, eerder dan voortdurend het verleden op te rakelen en te vertellen waarom ze ooit begonnen zijn met het gebruiken van drugs.

⇒ *De psychosociale ondersteuning van cliënten in substitutiebehandeling moet de verschillende levensdomeinen omvatten. De cliënten verwachten vooral meer sociale steun dan nu het geval is, in het bijzonder thuis, op het werk en bij de vrijetijdsbesteding.*

7.2.2 Begeleiding op vrijwillige basis

Alle deelnemers uit de focusgroepen en de cliënten uit de interviews zijn het erover eens dat cliënten niet verplicht kunnen worden zich psychosociaal te laten begeleiden, hoe waardevol deze begeleiding ook wordt gevonden. De motivatie van de cliënt is immers bepalend is voor het slagen van de substitutiebehandeling. In Vlaanderen is de psychosociale ondersteuning in ziekenhuizen en gespecialiseerde centra veel meer verplicht dan in Wallonië. Wallonië volgt het principe van autonomie van de cliënt, beschreven door de deelnemers uit de focusgroepen. Het belangrijkste vormelijke verschil in psychosociale ondersteuning tussen Vlaamse en Waalse ziekenhuizen is het aspect van de *schriftelijke overeenkomst*. Dit komt veel vaker voor in de Waalse ziekenhuizen. In tegenstelling tot de ziekenhuizen, komen schriftelijke overeenkomsten in de gespecialiseerde centra dan weer vaker voor in Vlaanderen dan in Wallonië.

De geïnterviewde cliënten benadrukken het belang van psychosociale ondersteuning op momenten dat zij hier nood aan hebben zonder vooraf vastgelegde afspraken met een strakke tijdslimiet. Uit hun verhalen kan opgemaakt worden dat ze vaak een erg onvoorspelbaar leven leiden. Flexibiliteit in het aanbieden van psychosociale ondersteuning is aldus noodzakelijk. Een aantal cliënten heeft geen nood aan bijkomende psychosociale ondersteuning (vb. cliënten met een sterk sociaal netwerk) of willen geen aanvullende psychosociale ondersteuning. Onderzoek toont aan dat het louter aanbieden van substitutiebehandeling alleen - zonder een psychosociale component - positieve

effecten heeft op de reductie van het plegen van criminaliteit en het gebruik van illegale drugs (Schwartz, Kelly, O'Grady, Gandhi & Jaffe, 2011).

⇒ Ook de WHO geeft aan dat psychosociale ondersteuning beschikbaar moet zijn voor alle opiaatgebruikers, maar dat OST behandeling niet verplicht mag worden: *“Psychosocially assisted pharmacological treatment should not be compulsory (WHO, 2009:9-10)*. De cliënten verwachten nochtans meer flexibiliteit in het voorzien van de begeleiding (*flexibiliteit blijkt bovendien een essentieel element van kwaliteitsvolle substitutiebehandeling, Deering, Horn & Frampton, 2012*).

7.2.3 Samenwerking en doorverwijzing bij psychosociale ondersteuning is de essentie

Vlaamse ziekenhuizen verwijzen cliënten meer door voor psychosociale ondersteuning dan Waalse. Wanneer de ziekenhuizen uit beide regio's zelf de psychosociale ondersteuning op zich nemen, wordt de cliënt niet doorverwezen. Wanneer Vlaamse ziekenhuizen doorverwijzen, verwijzen ze doorgaans naar de gespecialiseerde centra.

In Brussel verwijzen de apothekers cliënten op een gelijke basis door voor zowel psychosociale als voor sociale ondersteuning. In Vlaanderen worden cliënten meer doorverwezen voor psychologische begeleiding, terwijl in Wallonië doorverwijzing voor sociale begeleiding domineert. In alle regio's merken we dat het doorverwijzen van cliënten naar dokters en naar gespecialiseerde centra voor psychosociale ondersteuning het meest voorkomt. Wanneer apothekers de cliënt niet doorverwijzen, komt dit vooral omdat de cliënt hier geen behoefte aan heeft of omdat de cliënt reeds psychosociale ondersteuning krijgt.

Niettegenstaande de gespecialiseerde centra vaak zelf psychosociale ondersteuning aanbieden, verwijzen ze de cliënten door naar diensten die eveneens psychosociale ondersteuning aanbieden. Dit zijn eerder diensten die gespecialiseerd zijn in de ondersteuning van de cliënt voor specifieke levensdomeinen (zoals geestelijke gezondheid, werk, opleiding en inkomen). Deze specifieke levensdomeinen kunnen misschien niet afdoende worden behandeld door het multidisciplinaire team van de gespecialiseerde centra waardoor doorverwijzing naar andere diensten noodzakelijk is. De Vlaamse gespecialiseerde centra verwijzen de cliënten doorgaans door naar de geestelijke gezondheidszorg, terwijl de doorverwijzing van cliënten in Wallonië meer divers is (waarbij ook externe psychologische experts en OCMW betrokken zijn).

Alle deelnemers van de drie focusgroepen stellen dat **netwerking over de verschillende niveau's van de zorg heen** een essentiële randvoorwaarde is voor een actieve ondersteuning: huisartsen, apothekers en andere eerstelijnsdiensten zouden cliënten met een complexe problematiek moeten doorverwijzen naar andere, meer gespecialiseerde actoren, zoals gespecialiseerde drugscentra of eerstelijnsorganisaties, met een lage drempel en met expertise in het bereiken van gemarginaliseerde populaties (OCMW/CAW/MSOC). Vanuit deze optiek benadrukken de deelnemers aan de focusgroepen dat samenwerking tussen de verschillende (gezondheids)organisaties een belangrijk onderdeel is van het behandelingsproces.

Ook de WHO-richtlijnen benadrukken het belang van samenwerking tussen diverse gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde gezondheids- en andere instanties: *“Access to and networking with medical, psychiatric, social and harm-reduction services is desirable, and should be developed when possible”* (WHO, 2009: 17).

De deelnemers aan de drie focusgroepen zijn het met elkaar eens dat het belangrijk is dat de verschillende eerstelijnsactoren en de gespecialiseerde centra die substitutiebehandelingen aanbieden elkaar (beter leren) kennen, zowel structureel-organisatorisch als inhoudelijk en op vlak van de (behandelings)methoden die gebruikt worden. Elkaar kennen heeft talrijke belangrijke voordelen, zowel voor de cliënt als op structureel niveau. Door samen te werken kan vertrouwen ontstaan in elkaars werking en kan gerichte samenwerking tot stand komen. Bovendien kan een professionele samenwerking leiden tot het vermijden van misverstanden en kan worden voorkomen dat cliënten “shoppen” tussen huisartsen voor medische voorschriften. Tot slot kan een gedegen samenwerking de spreiding van de cliënten mee helpen optimaliseren.

- ⇒ *Vooraleerst kan gesteld worden dat de deelname aan conferenties, informele en formele bijeenkomsten ideale manieren zijn om elkaar te leren kennen, en aldus de samenwerking en netwerking optimaliseren. Ten tweede wordt het driehoeksoverleg tussen gespecialiseerde en niet gespecialiseerde – ambulante en residentiële - zorg - beschouwd als ‘de gouden driehoek’. Dit overleg wordt gezien als een eenvoudige en doeltreffende manier om samenwerking te stimuleren zowel op cliënt- als op organisatieniveau. Om dit te realiseren moeten overlegmomenten op regelmatige basis plaatsvinden (vb. driemaandelijks).*
- ⇒ *Doorverwijzing kan ook geoptimaliseerd worden door de ontwikkeling van een kaart met de verschillende diensten, hun specifiek aanbod en hun verantwoordelijkheden. Daarnaast zou een degelijke opleiding aan huisartsen en apothekers inzake substitutiebehandelingen en opiaatafhankelijkheid kunnen resulteren in een betere probleemidentificatie en –detectie, wat op zijn beurt zou leiden tot een optimale doorverwijzing.*

Een ander belangrijke argument voor kwaliteitsvolle doorverwijzing is de waarde die **cliënten in substitutiebehandelingen** hechten aan de relatie met de hulpverlener (cfr. infra). Om frustraties en uitval in de behandeling te voorkomen, is een optimale doorverwijzing onontbeerlijk. Uit het tevredenheidsonderzoek komt namelijk naar voren dat cliënten het erg vervelend vinden om bij elke doorverwijzing hun verhaal te moeten vertellen wanneer zij naar verschillende diensten worden doorverwezen. Tijdens de kwalitatieve interviews uiten de cliënten de wens om een **centrale casemanager** te hebben (vb. een centraal persoon of sleutelfiguur zoals een maatschappelijke werker) die ze kunnen vertrouwen. Daarnaast vinden de cliënten het personeelsverloop tijdens hun hulpverleningstraject bijzonder vervelend. Dit belemmert de cliënten om een vertrouwensrelatie aan te gaan met een professional in de verschillende behandelingscentra.

- ⇒ *Cliënten met complexe problemen zouden baat hebben bij een **case manager** die, als centrale professional, de zorg op elkaar kan afstemmen. Dit zou een versnippering van de zorg kunnen voorkomen en zou kunnen leiden tot de ontwikkeling van een persoonlijke en positieve relatie tussen de hulpverlener en de cliënt. Om de continuïteit van zorg te garanderen, kan een case manager aangesteld worden voor cliënten met diverse en wisselende hulpverleningsnoden (vb. door detentie, ziekenhuisopname, thuisloosheid van de cliënt) (Parkes & Reist, 2010). Deze case manager kan het volledige hulpverleningstraject van de cliënt opvolgen.*

8 Essentiële randvoorwaarden om de kwaliteit van substitutiebehandelingen te verbeteren

8.1 De vraag en het aanbod aan substitutiebehandelingen registreren

Om substitutiebehandeling te optimaliseren is er nood aan betrouwbare gegevens over het aantal opiaatgebruikers die een OST volgen (*de vraag*) en de spreiding van de diverse aanbieders van substitutiebehandelingen (*het aanbod*). Daarvoor zijn betrouwbare cijfergegevens noodzakelijk op zowel het structurele als op het cliëntniveau.

8.1.1 Registratie op structureel niveau

Registratie op een structureel niveau is gericht op het genereren van epidemiologische gegevens met als doel de vraag en het aanbod, maar ook het beheer van substitutiebehandelingen te optimaliseren. Dit heeft zowel voordelen voor de cliënten als voor de verstrekkers/behandelaars. Twee bestaande databanken kunnen hiervoor gebruikt worden: Farmanet (RIZIV) en de Treatment Demand Indicators.

Farmanet registreert de verstrekking van substitutiemedicatie omwille van financiële doeleinden. Nochtans zou Farmanet, door minimale inspanningen, waardevolle informatie kunnen opleveren omdat hierin nu al de substitutiemedicatie die apothekers verstrekken, geregistreerd wordt (met afzonderlijke bestanden voor Methadon en Buprenorphine), alsook de postcodes van de apothekers, de arts die de medicatie heeft voorgeschreven (medische specialisatie), en de leeftijd van de cliënt. Cliënten worden op anonieme wijze geregistreerd door middel van een code, en elk voorschrift wordt afzonderlijk geregistreerd. Dit resulteert in een rijkelijk gevuld databestand.

⇒ *Door de bestanden van de verschillende types van substitutiemedicatie te combineren in een centraal bestand, en hierbij een onderscheid te maken tussen het gebruik van substitutiemedicatie omwille van pijnbestrijding of substitutie en door de registratie van de behandelingsoriëntatie (als onderhoudsdosis dan wel voor detoxificatie), zou dit alles leiden tot een beter inzicht in de verstrekking. Het verzamelen van informatie over de arts die de medicatie voorschrijft zou nuttig kunnen zijn om fraude op cliëntniveau en op het niveau van de voorschrijver te detecteren. Verder kan deze informatie de geografische spreiding van de aanbieders in kaart brengen. Een vergelijking tussen de geografische aanbodzijde en de vraagzijde zou eveneens mogelijk zijn indien deze databank ook de woonplaats van de cliënten zou registreren. Het wijzigen van de unieke code in een numerieke code¹¹ zou ons toelaten om epidemiologische gegevens over de dosering, de leeftijd van de cliënten, de prevalentie van Methadon en Buprenorphine en de verstrekkende apothekers te verkrijgen. Daarnaast zou de databank ons meer informatie kunnen verschaffen aangaande de workload van de apothekers die substitutiemedicatie verstrekken.*

Het RIZIV verzamelt eveneens informatie van de gespecialiseerde centra aangaande het aantal “revalidatieweken” per cliënt, wat ons inzicht verwerft in (de evolutie van) het aantal cliënten dat

¹¹ Op dit moment bestaat deze unieke code uit letters en cijfers waardoor het niet toegankelijk voor SPSS-analyse. Aldus is een numerieke codering aangewezen.

begeleid wordt door een gespecialiseerd centrum. De contacten in deze “revalidatieweken” kunnen ook alleen bestaan uit psychosociale ondersteuning, of hebben betrekking op cliënten met een andere drugafhankelijkheid (niet-opiaten of alcohol). Aangezien medicatie eveneens wordt geregistreerd, geeft dit alvast een indicatie van de spreiding van cliënten die substitutie krijgen over de verschillende gespecialiseerde centra (telefonisch interview, directeur MSOC Antwerpen, 27/06/2012).

Op dit ogenblik bestaat een anonieme registratie op cliëntniveau en deze registratie wordt verder ontwikkeld door middel van de *Treatment Demand indicator* (TDI) van het EMCDDA, en gecoördineerd voor België door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). De **Treatment Demand indicator** (TDI), die onder meer moet ingevuld worden door de behandelingscentra die door het RIZIV zijn erkend, levert anonieme cijfergegevens over cliënten in de verslavingszorg (leeftijd, geslacht, woonplaats, frequentie van het gebruik, het ontvangen van substitutiebehandelingen,...). Deze databank is de sleutel tot het bijhouden van kenmerken van cliënten, waarbij informatie over de Europ-ASI levensdomeinen, de behandelingsvraag en - in de toekomst – evoluties in de profielen van cliënten van substitutiebehandelingen in kaart kunnen gebracht worden.

⇒ *De databank zou ook de specifieke behandelingsoriëntatie (detoxificatie/ onderhoudsbehandeling) moeten registreren. Aangezien geen gegevens worden geregistreerd aangaande de behandelingscontinuïteit, omdat de databank alleen informatie over cliënten bevat bij het opstarten van een behandeling, bevat de TDI geen informatie over cliënten die een substitutiebehandeling verder zetten.*

Momenteel worden de gegevens van de behandelingsafdelingen in de gevangenissen, onafhankelijke huisartsen, huisartsengroepspraktijken, onafhankelijke psychiaters en apothekers niet opgenomen in de TDI. Bovendien registreert momenteel enkel een deel van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen data in de TDI.

=> Om een volledig overzicht inzake de aanbieders van substitutiebehandelingen te verkrijgen, raden wij aan dat elke aanbieder in de TDI zou registreren.¹²

8.1.2 Registratie op cliëntniveau

Het belangrijkste doel van een registratie op cliëntniveau is het waarborgen van de continuïteit van de substitutiebehandeling wanneer sprake is van een verandering doorheen voorzieningen (hospitalisatie, arrestatie en opsluiting) en de follow-up van de cliënten in contact met verschillende zorgverleners. Een ander doel is het vermijden van de interferentie tussen verschillende soorten

¹² Anno 2012 heeft TDI betrekking op de gegevens uit een pilootfase in 25 algemene en psychiatrische ziekenhuizen voor de periode augustus 2011 tot augustus 2012 en 42 algemene en psychiatrische ziekenhuizen voor de periode augustus 2012 en december 2013, ,maar tevens op alle Vlaamse en Waalse verstrekkers met een Nationaal Instituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)-registratie, alle Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), alle Waalse verstrekkers met een drugzorgregistratie door de Waalse regering, de drugcentra uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zonder RIZIV-registratie (die deel uitmaken van het ADDIBRU-netwerk) en de drughulpverleningscentra van de Waalse Gemeenschap zonder RIZIV-registratie of registratie door de Waalse regering (die deel uitmaken van het Eurotex-netwerk). De TDI registratie zal, na evaluatie van de pilootfase en het advies van de betrokken instanties, operationeel zijn in alle ziekenhuizen in 2014.

medicatie (vb. Benzodiazepines en opiaten,...). Daarnaast kan deze registratie de weerstand van bepaalde organisaties (vb. ziekenhuizen, gevangenissen) aangaande het aanbieden van substitutiebehandeling verminderen, daar het informatie bevat over de vraag of een cliënt al een substitutiebehandeling krijgt, de behandelingsoriëntatie, de dosering en het medicatiegebruik. Het vierde belangrijkste doel van een registratie op cliëntniveau betreft de opsporing van mogelijk misbruik door de cliënten ("shoppen") en door de voorschrijvers van substitutiemedicatie. Voor dit laatste kan de databank van Farmanet gebruikt worden als bijkomende informatiebron.

De voordelen van een centraal registratiesysteem op cliëntniveau is in overeenstemming met de WHO-richtlijnen (2009: 10), die bepalen dat: *"Prevents patients from receiving Methadone or buprenorphine from more than one source; can be used to limit access to other controlled medicines requiring central approval, such as other opioids; can provide more accurate data on treatment numbers than situations where central registration is not used."*

Er bestaat echter weerstand om een centraal registratiesysteem met **identificeerbare cliënten** te implementeren. Dit was merkbaar in de driefocusgroepen waar geen eensgezindheid bestond aangaande een (elektronisch) centraal registratiesysteem.

Omwille van de hierboven beschreven voordelen, zijn de deelnemers uit de **Vlaamse focusgroep**, die werkzaam zijn in gespecialiseerde centra, voorstander van een elektronisch centraal registratiesysteem. Deelnemers uit het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest** hebben geen consensus bereikt over de meerwaarde van het elektronisch centraal registratiesysteem, omwille van de mogelijke negatieve gevolgen. De deelnemers uit de **Waalse focusgroep** erkennen de mogelijke meerwaarde van een elektronisch centraal registratiesysteem, maar het merendeel is eerder terughoudend omwille van de mogelijke negatieve gevolgen. De Waalse deelnemers zijn geen voorstander van een elektronische registratie van gegevens om excessen te voorkomen; ze geven eerder de voorkeur aan een liaison om deze gegevens te verzamelen en door te geven. Zij stellen eveneens voor dat het interessanter zou zijn om de diverse instituties, organisaties en professionals die betrokken zijn bij substitutiebehandelingen overzichtelijk te bundelen. Dit zou kunnen leiden tot meer duidelijkheid voor alle professionals en meer zichtbaarheid voor alle cliënten.

De belangrijkste redenen waarom de deelnemers uit de focusgroepen geen voorstander zijn van een elektronisch centraal registratiesysteem, situeren zich op het vlak van vertrouwelijkheid, **beroepsgeheim** en **privacy**. Omwille van dit laatste argument staat ook de WHO twijfelachtig tegenover een centraal registratiesysteem: *"However, central registration can facilitate breaches of privacy, and this may deter some patients from entering treatment.¹³ It can also delay the commencement of treatment. Safe and effective treatment of opioid dependence can be achieved without central registration. Because such registration could cause harm if privacy is breached, it should only be used if government agencies have effective systems for maintaining privacy (WHO, 2009: 10)."*

Een centrale registratie van cliëntgegevens in een medisch dossier (e-Health platform) wordt door de Nationale Gezondheidsraad en door de Orde van Geneesheren gecontesteerd. In 2005 heeft de Nationale Gezondheidsraad zich gekant tegen een gecentraliseerd medisch dossier dat toegankelijk is voor alle medische zorgverleners, daar dit een inbreuk is op het beroepsgeheim. Daarom brachten ze

¹³ Uit onderzoek in Nieuw Zeeland blijkt inderdaad dat 71 % van de steekproef van opiaatgebruikers aangaven dat 'geregistreerd staan als 'drugverslaafde' minstens een behoorlijke drempel vormde bij substitutiebehandeling (Deering et al, 2011).

het advies uit om de toegang tot het bestand te beperken tot specifieke categorieën of gespecialiseerde artsen (Advies NROvG, 26 November 2005).

Met betrekking tot het e-platform dient te worden opgemerkt dat de Orde van Geneesheren in 2008 een advies formuleerde waaruit blijkt dat men gekant is tegen een centralisatie van de data waarbij één instelling de encryptiesleutels zowel bezit als beheert, aangezien deze sleutels gebruikt kunnen worden om cliënten te identificeren (Orde van Geneesheren, 7 juni 2008).

Al bij al is het duidelijk dat een centraal registratiesysteem belangrijke voordelen heeft. Omwille van mogelijke inbreuken op de privacy, zowel in de literatuur als door de praktijk aangestipt, vraagt dit thema evenwel verdere discussie. Wellicht zal de evaluatie van het project 'Vitalink', een Vlaams proefproject dat eind 2012 startte in Aalst, Limburg, Turnhout en Zenneland, gericht op het uitwisselen van behandelingsgegevens (onder meer medicatie) tussen zorgverleners, kunnen leiden tot concrete aanbevelingen.¹⁴ Positief is zonder twijfel dat de patiënt zijn/haar toestemming moet geven voor de informatie-uitwisseling en dat de informatie van alle medicatiegegevens wordt gedeeld en niet enkel de informatie over substitutiemedicatie.

Een centraal registratiesysteem op cliëntniveau bestaat reeds in Limburg (in combinatie met een systeem van gemandateerde huisartsen). In dit registratiesysteem, dat nog verder ontwikkeld wordt, worden alle details van de cliënten gemonitord (doorverwijzing, behandelingsplan), waardoor het voor de verschillende zorgverleners gemakkelijker is om het pad en de evolutie van de cliënt te volgen. Het systeem is toegankelijk voor medische en psychosociale zorgverleners; de inhoud van de medische begeleiding is niet beschikbaar voor psychosociale zorgverleners. Er is een overeenkomst tussen de gemandateerde huisartsen en de MSOC's om geen Benzodiazepines voor te schrijven aan cliënten in substitutiebehandeling, wegens de gevaarlijke interactie tussen Methadon en Benzodiazepines. De cliënten worden omwille van de gevaarlijke combinatie ook getest op alcohol. Het systeem is toegankelijk voor alle artsen van de MSOC's en de gemandateerde huisartsen. De beperking van het systeem is dat de reikwijdte beperkt is tot de provincie Limburg. Daarnaast is het systeem niet toegankelijk voor dokters in ziekenhuizen en in gevangenissen. Uit de online survey komt naar voren dat de continuïteit van de substitutiebehandeling verstoord wordt wanneer de cliënt wordt gehospitaliseerd of in de gevangenis belandt. De zorgverleners worden echter geconfronteerd met cliënten die om substitutiemedicatie vragen, maar kunnen niet verifiëren of deze cliënten in het verleden reeds substitutiemedicatie kregen, noch wat de behandelingsoriëntatie (detoxificatie/onderhoudsdosis), het type medicatie, de juistheid van de dosis, etc. zijn. Een mogelijk oplossing voor de zorgverleners die geen toegang hebben tot het systeem is het creëren van een telefoonnummer waar ze dag en nacht terecht kunnen met vragen bij een liaison aangaande de substitutiebehandeling (vb. dosis) van de cliënt. De liaisonfunctie gaat bij voorkeur uit naar een arts.

De centrale registratie op cliëntniveau zou idealiter **informatie bevatten over de zorgverlener die de substitutiemedicatie voorschrijft** (inclusief contactgegevens), **de behandelingsoriëntatie, de dosis, ander medicatiegebruik** (interactie met substitutiemedicatie kan gevaarlijk zijn, in het bijzonder met Benzodiazepines), en de ontwikkeling dan wel vermindering van het **tolerantieniveau** (Strang, Copenhagen, June 2012).

¹⁴ Het betreft een samenwerkingsverband van huisartsen, apothekers, verpleegkundigen, verzorgers en softwarebedrijven (meer informatie op: www.vitalink.be).

8.2 Opleiding en vorming

De resultaten van de survey bij verstrekkers/behandelaars, de focusgroepen en de Delphi-methode en de internationale literatuur (Walters, Matson, Baer & Ziedonis, 2005) tonen aan dat een gedegen opleiding en vorming absolute prioriteiten zijn om tot kwaliteitsvolle substitutiebehandelingen te komen. De resultaten van de survey en de focusgroepen geven nochtans aan dat opleiding en vorming voor verbetering vatbaar zijn.

Alle Belgische **gespecialiseerde centra en ziekenhuizen** rapporteren vorming en opleiding. We merken hierbij echter op dat de resultaten van de ziekenhuizen voor Vlaanderen in hoofdzaak betrekking hebben op de psychiatrische ziekenhuizen. Intervisies zijn voor alle Belgische gespecialiseerde centra en ziekenhuizen meer gangbaar dan supervisies (en ze zijn ook meer verplicht). Alle Belgische gespecialiseerde centra rapporteren vormingen. Er zijn wel regionale verschillen merkbaar gezien vorming verplicht is daartoe in alle Vlaamse gespecialiseerde centra en slechts in de helft van de Waalse centra. De inhoud van de vormingssessies in Vlaanderen is erg divers. De algemene vorming bestaat uit een psychosociale opleiding (levensdomeinen en gespecialiseerde types van psychologische interventies), een specifieke farmacologische opleiding (13/17), cliënt assessment (11/17) en een algemene opleiding aangaande druggebruik, afhankelijkheid en behandeling. In Wallonië is een opleiding aangaande de levensdomeinen het meest gebruikelijke.

In de Belgische (psychiatrische) ziekenhuizen zijn vormingssessies ook gangbaar. Dit is in Wallonië evenwel minder verplicht dan in Vlaanderen.

Belgische **apothekers** nemen minder deel aan vormingssessies (slechts één op vijf apothekers in de online survey). Wanneer ze worden georganiseerd, gebeurt dit op vrijwillige basis. Intervisies en supervisies zijn ook niet gebruikelijk bij de Belgische apothekers.¹⁵ In tegenstelling tot Wallonië, krijgen apothekers uit Vlaanderen en uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zelden psychosociale vormingen. *Daar het merendeel van de apothekers uit Vlaanderen en uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest psychosociale ondersteuning aanbieden (respectievelijk 67,4% en 44,4%), is het aangewezen dat deze apothekers hierover vormingssessies krijgen.*

Vormingssessies voor **gevangenispersoneel** die betrokken zijn bij substitutiebehandelingen zijn eerder beperkt zowel in Vlaanderen (7/15), Wallonië (3/10) als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (0/2). Bovendien blijkt dat, indien deze vormingen georganiseerd worden, deze erg beperkt zijn. Een basisopleiding voor nieuwe medewerkers wordt wel georganiseerd. Meer informatie over de inhoud van de vormingssessies is niet voorhanden (Debehets, 2011). Het merendeel van de Waalse gevangenis (n= 7) organiseert geen vormingssessies voor hun medewerkers. Drie gevangenis vormen hierop een uitzondering. De twee gevangenis uit het Brussels Hoofdstedelijk – die deelnamen aan de survey - organiseren geen vormingssessies voor hun medewerkers. We kunnen besluiten dat vormingssessies vaker in de Vlaamse gevangenis dan in Waalse en Brusselse gevangenis worden georganiseerd, hoewel in Vlaanderen slechts de helft van de gevangenis vormingen organiseert.

De bestaande opleidingen en de vormingen besteden vooral aandacht aan de **farmacologische** kant, eerder dan aan de psychosociale aspecten van de ondersteuning (ook al worden deze aspecten wel

¹⁵ Daar de respons op de enquête door huisartsen die substitutiebehandelingen verstrekken erg laag was, kunnen geen algemene conclusies met betrekking tot de huisartsen getrokken worden.

vermeld, zij het in mindere mate). De gespecialiseerde centra rapporteren, in tegenstelling tot de andere aanbieders, meer vormingssessies rond de levensdomeinen van de cliënt.

De deelnemers aan de focusgroepen benadrukken dat zowel de **medische kant als de psychosociale aspecten** rond substitutiebehandelingen tijdens opleidingen en vormingen ruimschoots aan bod moeten komen.

De geïntegreerde holistische zorg moet alle zorgelementen in zich dragen. Vanuit deze optiek benadrukken de deelnemers aan de focusgroepen de belangrijkheid van het aanleren van nieuwe vaardigheden voor elke zorgverlener. Apothekers en huisartsen rapporteren dat ze over onvoldoende tijd en vaardigheden beschikken om de cliënt met een (in)directe vraag naar psychosociale ondersteuning persoonlijk, efficiënt en effectief te begeleiden. **Cliënten met een complexe problematiek** hebben in het bijzonder nood aan een langdurige en actieve ondersteuning, overeenkomstig hun hulpvraag.

Volgens de focusgroepen en de deelnemers aan de Delphi-methode zijn **doorverwijzing** en **netwerkvorming** ook belangrijke aspecten binnen een opleiding. De medewerkers van de eerstelijnszorg hebben immers niet de middelen om elke cliënt met een vraag naar substitutiebehandeling volwaardig te begeleiden. Daarom is het belangrijk dat deze medewerkers op de hoogte zijn van bestaande substitutieverstrekters/behandelaars en **mogelijke netwerken** waar ze naar kunnen doorverwijzen. Meer samenwerking tussen de gespecialiseerde centra en de eerstelijnszorg zou een positief impact op de sociale re-integratie van opiaatafhankelijke individuen hebben en zou hun gevoel van integratie in de bredere samenleving versterken. Elkaars werking kennen is belangrijk, maar om te komen tot geïntegreerde zorgverlening zijn een nauwe samenwerking en het maken van afspraken van essentieel belang.

- ⇒ Zoals reeds eerder vermeld, is de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie erg belangrijk. De deelnemers aan de Delphi-methode wijzen op het feit dat de zorgverleners getraind kunnen worden in **cliëntgerichte communicatiestrategieën**, zoals het aanleren van specifieke gesprekstechnieken, en een actieve en empathische communicatietechniek, waardoor de cliënten het gevoel hebben dat de zorgverlener er daadwerkelijk voor hem/haar is (Stewart et al., 2000). *De vormingssessies zouden voor alle aanbieders en voor alle medische en niet medische medewerkers die met substitutiebehandelingen in contact komen, moeten worden georganiseerd, inclusief voor gevangenispersoneel, daar een gebrek aan kennis kan resulteren in onvoldoende zorg (Go, Dykeman, Santos & Muxlow, 2011) en het weigeren van cliënten in substitutiebehandelingen. De vormingssessies moeten bestaan uit alle verschillende aspecten van opiaatafhankelijkheid (farmacologische en psychosociale ondersteuning, doorverwijzing en het beschikbare netwerk van (psychosociale) steun voor opiaatafhankelijke personen, actueel aanbod,...) (Stöver, 2011). In de opleiding voor substitutieverstrekters en behandelaars mag niet alleen aandacht geschonken worden aan de specifieke behandelingsmethoden en –technieken. Efficiënte manieren om een stabiele therapeutische relatie met cliënten op te bouwen moeten eveneens tot het opleidingspakket behoren. In het bijzonder apothekers, verpleegkundigen, huisartsen, andere eerstelijnsmedewerkers, en personeel in algemene en psychiatrische ziekenhuizen hebben nood aan een degelijke opleiding en vorming inzake substitutiebehandelingen.*

Volgens de deelnemers van de drie focusgroepen vormt het gebrek aan ondersteuning en vorming voor *alle* zorgverleners één van de belangrijkste obstakels voor een kwalitatieve

substitutiebehandeling Zij geven aan dat apothekers, huisartsen en andere eerstelijnsmedewerkers, en ziekenhuizen nood hebben aan opleiding en vorming.

Verschillende argumenten kunnen gegeven worden waarom een degelijke opleiding en vorming essentieel zijn. Ten eerste blijkt uit de online survey dat 33,3% van de Vlaamse huisartsen die geen substitutiebehandeling verstrekt gebrek aan kennis een obstakel vindt om substitutiebehandelingen aan te bieden of terug op te starten terwijl vorming en opleiding voor huisartsen en apothekers niet op regelmatige basis wordt georganiseerd. Ten tweede is het aanbevolen om in het curriculum van de basisopleidingen meer aandacht te besteden aan opiaatafhankelijkheid in het algemeen, daar dit kan leiden tot **minder weerstand** tegen substitutiebehandelingen en tegen cliënten in substitutiebehandelingen. **Tevens kan dit het pad effenen naar een betere zorg voor substitutiecliënten.** De Waalse focusgroep suggereert tevens om studenten stage te laten lopen in gespecialiseerde centra of specifieke psychiatrische ziekenhuizen.

- ⇒ *Er moet in de **basisopleiding** van artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en apothekers meer aandacht gaan naar alle aspecten van problematisch middelengebruik en opiaatafhankelijkheid, teneinde de kennis aangaande substitutie te optimaliseren. **Stage** lopen in een dienst die substitutiebehandelingen aanbiedt, kan de interesse bij potentiële aanbieders aanwakkeren (vb. stage lopen in een gespecialiseerd centrum).*

Er zijn echter bepaalde **voorwaarden** verbonden aan de opleiding en vorming.

- ⇒ *Ten eerste moeten de vormingssessies **op regelmatige basis** en **herhaaldelijk** georganiseerd worden, daar de positieve effecten van een vorming vlug wegebben. Dit wordt benadrukt door de focusgroepen van Vlaanderen en Wallonië en in de internationale literatuur (Walters, Matson, Baer & Ziedonis, 2005).*
- ⇒ *Ten tweede kost deelnamen aan vormingssessies tijd en dus geld, waardoor een financiële compensatie wellicht nodig zal zijn om alle belanghebbenden, in het bijzonder apothekers en huisartsen, tot deelname te motiveren. Een alternatief hiervoor is de (ontwikkeling van een) minder tijdrovende “e-learning tool”. Het belang van de ontwikkeling van een website met informatie over substitutie, met daarbij een e-learning module, werd ook benadrukt door het Forum Verslavingsgeneeskunde van de VAD (e-mail, 08/10/2012). Deze module zou dan ook kunnen gebruikt worden voor de basisopleiding van relevante bachelors en masters. Bovendien blijkt uit evaluatieonderzoek over online opleiding rond substitutieverstrekking voor apothekers dat deze vorm van opleiding een geschikte en betaalbare methode is om de vaardigheden van apothekers rond deze groep van cliënten te vergroten en dat de methode erin slaagt een breder publiek van apothekers te bereiken (Walters, Raymont, Galea & Wheeler, 2012).*

*Om apothekers en huisartsen te motiveren, zou een **financiële tegemoetkoming** wenselijk zijn, dan wel de ontwikkeling van een “e-learning tool” (in functie van het gebrek aan tijd en middelen).*

Ten derde dringen de deelnemers van de Vlaamse focusgroep erop aan dat dergelijke initiatieven georganiseerd worden door onafhankelijke instanties en niet door farmaceutische bedrijven. De

deelnemers uit de Waalse focusgroep suggereren de Orde van Huisartsen of de Orde van Apothekers als organisatoren.

⇒ *Vormingssessies en opleidingen moeten door **onafhankelijke** instanties worden georganiseerd. Netwerken van gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde voorzieningen zouden ook als netwerk voor vormingen en opleidingen kunnen functioneren.*

9 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het SUBANOP-onderzoek is gestart met de ambitie een beter zicht te krijgen op de praktijk van substitutiebehandelingen in België, teneinde deze te optimaliseren. Spijtig genoeg werden we van bij het begin van dit onderzoek geconfronteerd met de beperkingen van de beschikbare gegevensbestanden, die vaak versnipperd en weinig omvattend bleken te zijn. Hoewel substitutiebehandelingen reeds meer dan 15 jaar op grote schaal toegepast worden in ons land, blijft het onderzoek ernaar al bij al beperkt. Op basis van het SUBANOP-onderzoek kunnen op diverse domeinen aanbevelingen voor verder onderzoek geformuleerd worden.

Zoals hierboven beschreven is er nood aan een centraal en omvattend databestand dat toelaat de verstrekkers van substitutie in kaart te brengen en de evoluties in het aanbod aan substitutieverstrekkers te monitoren doorheen de tijd. Hierin moeten zowel de gespecialiseerde voorzieningen worden opgenomen als de algemene ziekenhuizen, de PAAZen, de huisartsen en de apothekers. Naast de kwantitatieve en longitudinale analyse van het bestaande zorgaanbod, is het noodzakelijk deze en andere aspecten meer diepgaand te analyseren via kwalitatief onderzoek. Hierbij kan in eerste instantie gedacht worden aan onderzoek bij verstrekkers en hulpverleners die nu nog weigerachtig staan tegenover het verstrekken van substitutie of het aanbieden van substitutie dan wel psychosociale ondersteuning van cliënten in substitutiebehandeling om de bestaande drempels in kaart te brengen en oplossingen te zoeken om deze drempels zoveel als mogelijk weg te werken (Deering et al., 2012). Bij dit type van onderzoek is het bovendien van belang de ervaringen van (potentiële) cliënten in kaart te brengen.

Daarnaast is er nood aan een centraal en omvattend databestand dat toelaat om beter zicht te krijgen op de kenmerken en noden van personen die behandeld worden met substitutiemedicatie. Op basis van de registratie van Farmanet is hierover momenteel beperkte informatie beschikbaar, maar de geregistreerde variabelen dienen verder verfijnd (cf. 7.1.1) en aangevuld te worden met onder meer sociodemografische gegevens (opleidingsniveau, afkomst, ...) en informatie met betrekking tot de leefsituatie (bv. dagbesteding, huisvesting) van cliënten. Aldus kunnen profielen van gebruikers gedistilleerd worden die toelaten om de hulpverlening – en de psychosociale ondersteuning in het bijzonder – beter af te stemmen op de noden van de doelgroep. Een recent gepubliceerde studie van de vakgroep Orthopedagogiek (UGent) met betrekking tot de levenskwaliteit van opiaatafhankelijke personen (n=159) 5 à 10 jaar na het opstarten van een substitutiebehandeling (De Maeyer et al., in press) toonde aan dat dit een zeer heterogene populatie betreft met uiteenlopende ondersteuningsnoden, waarbinnen evenwel een aantal duidelijke profielen onderscheiden kunnen worden. Zo onderscheidde men in deze studie volgende drie groepen van personen 5 à 10 jaar na het starten van een behandeling met methadon: sociaal ingeburgerde personen met een job of een gestructureerde dagbesteding en met duidelijke levensdoelen (n=95); maatschappelijk uitgesloten, maar gestabiliseerde personen die meestal van

een uitkering leven en beperkte sociale relaties en globaal matige kwaliteit van leven hebben (n=41); opiaatafhankelijke personen die in gemarginaliseerde situaties leven, gekenmerkt door ernstig drugsgebruik, onveiligheid en een lage levenskwaliteit (n=23). Zo kan ook combineren van behandelingsgegevens (bv. dosering, substitutiemiddel en –schema) met cliëntgegevens belangrijke informatie opleveren met betrekking tot de vraag welke cliënten het meest gebaat zijn met bijvoorbeeld substitutie met buprenorfine of op welk vlak hun ondersteuningsnoden liggen. Het is verder erg belangrijk dat dergelijke informatieverzameling niet beperkt blijft tot de situatie bij de start van de behandeling, maar dat deze regelmatig geactualiseerd wordt zodat men ook zicht verkrijgt op gewijzigde noden en behoeften gezien de vaak lange duur van een substitutiebehandeling.

Naast de kwantitatieve en longitudinale analyse van zorgbehoeften en –profielen van personen die een substitutiebehandeling volgen, is het noodzakelijk deze en andere aspecten meer diepgaand te analyseren via kwalitatief onderzoek. Zo rijzen steeds meer vragen over de specifieke noden van oudere opiaatafhankelijke personen die als vroeg bejaard kunnen worden beschouwd of over jonge dakloze polydruggebruikers met een opiaatafhankelijkheid die zowel maatschappelijk als binnen de hulpverlening tussen wal en schip vallen. Andere vragen hebben betrekking op de organisatie van de zorg, zoals het omgaan met problemen van agressie, gender issues en de wenselijkheid van aparte loketten voor meer gestabiliseerde cliënten. Het lijkt ons aangewezen om zowel gebruikers, hulpverleners, coördinatoren als beleidsactoren in deze discussies te horen.

Tenslotte is er nood aan meer onderzoek met betrekking tot de aard en de inhoud van de psychosociale begeleiding en ondersteuning. Uit het SUBANOP-onderzoek kwam naar voor dat dit meestal heel divers en weinig methodisch onderbouwd wordt ingevuld. Onderzoek naar de werkzaamheid van bepaalde vormen van psychosociale ondersteuning zowel binnen de context van gespecialiseerde ambulante centra als voor personen die methadon verstrekt krijgen via de apotheek is dan ook aangewezen. Bovendien is het, gezien de sterke samenhang tussen behandelretentie en -uitkomsten, belangrijk meer onderzoek te doen naar de behandelbetrokkenheid en therapietrouw van opiaatafhankelijke personen en op welke manier deze vergroot kan worden (McLellan, 2002). De relatie tussen hulpverlener en cliënt en hoe deze versterkt kan worden, verdient hierbij bijzondere aandacht. Dit alles dient opgezet te worden vanuit een visie op opiaatafhankelijkheid als een langdurig en complex probleem, met aandacht voor de evolutie van ondersteuningsnoden op langere termijn en een focus op ‘recovery’. In het Verenigd Koninkrijk maar ook daarbuiten, wint deze recovery-benadering aan belang (Best, 2012), onder meer als reactie op de extreem lage abstinenciecijfers na het volgen van een substitutiebehandeling (Berridge, 2012). Binnen ‘recovery’ staat een cliëntgerichte benadering centraal die erop gericht is om individuen meer controle te geven over hun leven en kwaliteitsvol leven te leiden, ondanks de beperkingen die voortvloeien uit hun afhankelijkheid (Slade, Amering & Oades, 2008; Vanderplasschen, Rapp, Pearce, Vandeveld & Broekaert, 2013).

10 Algemene conclusies

Over de gehele lijn kunnen we stellen dat de resultaten van het SUBANOP-onderzoek stroken met de WHO-richtlijnen voor *Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (WHO, 2009).

De substitutiebehandelingen moeten in de eerste plaats gekaderd worden vanuit een (volks)**gezondheidsperspectief**, eerder dan vanuit een veiligheidsdiscours. Deze redenering wordt eveneens ondersteund door de WHO-richtlijnen en door de deelnemers uit de Vlaamse focusgroep: *“Given the multiple medical problems associated with opioid dependence and the nature of pharmacological treatment, provision of pharmacological treatment for opioid dependence should be a health-care priority”* (WHO, 2009:8).

Ook de WHO-richtlijnen benadrukken het belang van een geïntegreerde, **holistische zorg**: *“The optimal approach is to provide integrated holistic care to address current problems and prevent further problems. In practice, this means being able to detect medical, psychiatric and social issues in the assessment process, and having the means onsite to attend to the issues simultaneously”* (WHO, 2009:19).

Geïntegreerde zorg kan niet zonder doorverwijzing en netwerking (Broekaert & Vanderplasschen, 2003). De WHO-richtlijnen benadrukken ook het belang van samenwerking tussen diverse gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde hulpverleningsinstanties: *“Access to and networking with medical, psychiatric, social and harm-reduction services is desirable, and should be developed when possible”* (WHO, 2009:17).

Centrale registratie wordt ook ondersteund door de WHO-richtlijnen. De WHO-richtlijnen focussen zich in eerste instantie op de noodzakelijke inhoud van deze registratie (vb. contacten met de zorgverlener die de substitutiemedicatie voorschrijft, de dosering, andere medicatie, behandelingsoriëntatie, tolerantiegraad). Een noodzakelijke differentiatie tussen registratie op cliëntniveau en registratie op structureel niveau zou eventuele obstakels met betrekking tot **privacy** kunnen wegwerken. Volgens de WHO-richtlijnen heeft het centraal registratiesysteem de volgende voordelen: *“[It] prevents patients from receiving methadone or buprenorphine from more than one source; can be used to limit access to other controlled medicines requiring central approval, such as other opioids; can provide more accurate data on treatment numbers than situations where central registration is not used.”* Omwille van dit laatste argument staat de WHO weigerachtig tegenover een centraal registratiesysteem: *“However, central registration can facilitate breaches of privacy, and this may deter some patients from entering treatment. It can also delay the commencement of treatment”* (WHO, 2009:10).

Volgens de WHO-richtlijnen kan een substitutiebehandelingsbeleid pas efficiënt zijn als dit onderbouwd is door betrouwbare epidemiologische data. Een centraal registratiesysteem (op structureel niveau, bepaald door de focusgroepen) kan hiertoe bijdragen: *“The policy should outline the approach to preventing and treating the problems of opioid dependence. It should be based on epidemiological data, the evidence for effectiveness of interventions, the resources of the country and the values of the society”* (WHO, 2009:8-9).

Met betrekking tot de aspecten **opleiding en vorming** zijn verschillende resultaten van het SUBANOP-onderzoek in overeenstemming met de WHO-richtlijnen. Verpleegkundigen en apothekers spelen een belangrijke rol in het toedienen van medicatie. Daarnaast hebben zij veelvuldig contact met cliënten. Daarom is het belangrijk dat zij een gedegen opleiding aangaande de problematiek hebben genoten: *“Staff dispensing methadone and buprenorphine are generally pharmacists, although (...) nursing staff may also be able to dispense medication, depending on national laws. Staff dispensing methadone and buprenorphine should have specific training in opioid-dependence*

treatment” (WHO, 2009:15-16). Een degelijke en continue vorming en opleiding voor alle hulpverleners is ook voor de WHO een absolute noodzaak, met het oog op kwaliteitsvolle substitutiebehandelingen: “The support and training of health-care personnel requires a continuous effort (...). These requirements may include postgraduate training and certification, continuing education and licensing and the setting aside of funding for monitoring and evaluation” (WHO, 2009:15).

Het belang van een goede cliëntopvolging na een vrijlating uit de **gevangenis** wordt door de WHO-richtlijnen sterk benadrukt. Het SUBANOP-onderzoek suggereert de toewijzing van een casemanager voor mensen die dikwijls van voorziening veranderen, teneinde zorgcontinuïteit te garanderen (Parkes & Reist, 2010). *“Policy makers and prison administrators should ensure appropriate links between prison health services and agonist maintenance treatment outside prison. Even small gaps in the continuity of treatment are distressing for the patient and risk the person relapsing to illicit opioid use. Therefore, opioid agonist maintenance treatment should be continuous on leaving prison. This means coordinating the day of discharge from prison with the day of commencement of opioid agonist treatment outside prison.” (WHO, 2009:12)*