



PROGRAMMATORISCHE OVERHEIDSDIENST WETENSCHAPSBELEID

Substitutiebehandeling in België

*Ontwikkelen van een model ter evaluatie van de verschillende types
van voorzieningen en van de patiënten*

Samenvatting van eindverslag, 1^e fase

Coördinator: Pr. I. PELC (ULB)

Promotor: Pr. Dr. J. CASSELMAN (KULeuven)

Onderzoekers: Isabelle BERGERET (ULB), Philippe CORTEN (ULB),
Karolien MEUWISSEN (KULeuven), Pablo NICAISE (ULB).

November 2003

ULB

Faculté de Médecine
Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie
et d'étude des Toxicomanies
CHU Brugmann – Institut de Psychiatrie

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

Faculteit Rechtsgeleerdheid
Afdeling Strafrecht, Strafvordering en Criminologie
Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke
Gezondheidszorg

Substitutiebehandelingen in België

Ontwikkelen van een model ter evaluatie van de verschillende types van voorzieningen en van de patiënten

WAARSCHUWING

Het onderzoek waarvan dit document een samenvatting van het eindrapport is, omvat de eerste fase van een breder onderzoek dat op dit ogenblik wordt voortgezet. Het onderzoek situeert zich binnen een context van zeer gedifferentieerde praktijken op het vlak van substitutiebehandelingen in België. Deze worden uitgevoerd zowel door huisartsen en/of psychiaters met een privé-kabinet als door gespecialiseerde centra, 'maisons médicales' en andere samenwerkingsverbanden van pratici, of nog, door de laagdrempelige Medisch-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers.

Om deze activiteiten te regelen bestonden er, tot voor kort, enkel aanbevelingen van de een Consensusconferentie (1994) en conclusies van een 'follow-up van de Consensusconferentie' (2000), die tot stand kwamen op initiatief van de Hoge Gezondheidsraad. Enige wettelijke regeling kwam er pas in augustus 2002.

Noch de individuele pratici noch de hulpverleners in gespecialiseerde centra hebben trouwens op dit ogenblik enige verplichting of zelfs een richtlijn om de gerealiseerde activiteiten te inventariseren of om mee te werken aan een evaluatie. Zij dienen enkel de deontologische en ethische regels binnen de algemene gezondheidszorg in acht te nemen.

Bovendien vergt elk type van dit soort onderzoek eerst en vooral een kader voor **actie-onderzoek**, gedurende de ganse periode van het onderzoek. Universitaire onderzoekers en mensen op het werkveld kunnen zodoende een klimaat van vertrouwen en samenwerking ontwikkelen, zodat de onderzoekers alle lokale praktijken (hoe specifiek en hoe gedifferentieerd ook) leren kennen en teneinde bovendien de praktijkmensen te motiveren om aan het onderzoek een deel van hun tijd te spenderen, terwijl zij reeds druk bezet zijn met de bijzonder zware en moeilijke begeleidingen en/of behandelingen van druggebruikers.

In deze omstandigheden werd tijdens de eerste fase van het onderzoek een beperkt aantal doelstellingen nagestreefd om toch voldoende waardevolle informatie te verzamelen die bruikbaar zou zijn om in een tweede fase een evaluatiemodel te testen, rekening houdend met de bevindingen van de eerste fase. Zoals zal blijken hebben we reeds in de eerste fase de voorschrijvende artsen kunnen identificeren en de verscheidenheid aan doelstellingen en bijzonderheden van hun deelname aan lokale netwerken van drughulpverlening, waarin zij gewoonlijk werken, kunnen verduidelijken. Bovendien werden hun reacties nagegaan ten aanzien van het gebruik van evaluatie-instrumenten die de veelheid van aspecten en problemen van druggebruikers identificeren (ASI) of hun subjectieve levenskwaliteit evalueren (QUAVISUB). Deze bevatten essentiële parameters die het opstarten van substitutiebehandelingen rechtvaardigen.

Dit alles heeft ons doen besluiten om het belang te onderstrepen dat we uiteindelijk moeten hechten aan de appreciatie en de evaluatie van de behandeling door de druggebruiker zelf, als voornaamste actor van mogelijke verandering.

1. Inleiding

1.1. Algemeen kader

De "Federale beleidsnota met betrekking tot de drugproblematiek" bepaalt dat de conclusies van de Consensusconferentie over substitutiebehandelingen (Gent, 1994) dient bekrachtigd te worden in formele wetgeving. De juridische leemte die heeft voortbestaan tot de wet van 22 augustus 2002, heeft de ontwikkeling tot gevolg gehad van zeer gedifferentieerde praktijken op dit vlak, die toe zijn aan een evaluatie.

1.2. Mandaat

Tot dit onderzoek werd opdracht gegeven door de Programmatorische Overheidsdienst Wetenschapsbeleid (ex DWTC), in het kader van het Programma Drugs ter uitvoering van de *Federale beleidsnota met betrekking tot de drugproblematiek*. Het onderzoek startte op 1 augustus 2002, voor een hernieuwbare periode van 14 maanden, dus tot 30 september 2003, wat betreft de eerste fase. Het onderzoek werd gecoördineerd door Prof. I. Pelc (ULB), en gezamenlijk uitgevoerd door de onderzoeksequipe van de *Afstudeerrichting Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg* van de KULeuven (promotor: Prof. Dr. J. Casselman; onderzoekster: K. Meuwissen) en de equipe van het *Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies* van de ULB (promotor: Prof. I. Pelc; onderzoekers: I. Bergeret, Ph. Corten en P. Nicaise).

Het huidige verslag bevat de samenvatting van het eindverslag van deze eerste fase.

1.3. Onderzoeksopdrachten

Drie geografische pilotgebieden werden afgebakend voor dit onderzoek: de provincie Henegouwen (voor Wallonië), de provincie Limburg (voor Vlaanderen) en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest.

Taak 1: Kritische en vergelijkende analyse van de juridische situatie in België, in Frankrijk en in Nederland; kritische analyse van de wetenschappelijke internationale literatuur; ontwikkeling van een vragenlijst voor artsen bestemd voor taak 2:

Taak 2: Algemene inventaris van de geneesheren met privé-kabinet die substitutiebehandelingen toepassen in de geografische pilotgebieden, evenals de ambulante instellingen in die regio's (provincie Henegouwen, Brussel-Hoofdstad, provincie Limburg)

Taak 3: Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie van de praktijken van substitutiebehandelingen in de instellingen en bij de geneesheren met privé-kabinet

Taak 4: Afsluiting

1.4. Aard van het project

De wettelijke en klinische doelstellingen van substitutiebehandelingen zijn, in België, terug te vinden in twee documenten: enerzijds de tekst van de Consensusconferentie over substitutiebehandelingen met methadon van 8 oktober 1994, anderzijds de recente tekst van de wet van 22 augustus 2002, dat de wettelijke erkenning van substitutiebehandelingen voor ogen heeft en de wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingstoffen en antiseptica.

Met deze extrinsieke doelstellingen als vertrekpunt zal het huidige verslag verder uitgebouwd worden, met name:

«Onder behandeling met vervangingsmiddelen wordt verstaan elke behandeling die bestaat in het voorschrijven, toedienen of afgeven aan een verslaafde patiënt van verdovende middelen bij wijze van geneesmiddel en die, in het kader van een therapie, de verbetering van de gezondheid en de levenskwaliteit van de patiënt **beoogt** en indien mogelijk tot diens ontwenning leidt.» (Wet van 22 augustus 2002) Bovendien hoopt men tijdens het verloop van de behandeling de volgende aspecten op te merken: «een vermindering van het druggebruik en van het injecteren; een verbetering van de therapietrouw; evenals een verbetering van de socioprofessionele vaardigheden en een vermindering van criminele activiteiten».

1.5. Context waarin dit onderzoek dient uitgevoerd

Deze studie dient rekening te houden met de specifieke context waarin substitutiebehandelingen in België zich bevinden, nl.: **1)** de complexe aard en onduidelijke structuur van substitutiebehandelingen in België (i.e. een gebrek aan een duidelijk overzicht van alle actoren die substitutiebehandelingen toepassen en van de diverse wijzen waarop substitutiebehandelingen worden toegepast - doelstellingen, modaliteiten, toelatingscriteria, enz.) en de diverse mogelijke interpretaties van de richtlijnen van de Consensusconferentie van 1994; en **2)** het gebrek aan een algemene en efficiënte methode ter evaluatie van substitutiebehandelingen in België.

2. Doelstellingen en einddoel

2.1. Doelstellingen

2.1.1 Definitie en algemene doelstellingen van substitutiebehandelingen

Dit onderzoek is gesitueerd in het algemene kader van het drugonderzoek en, meer specifiek, van de substitutiebehandelingen. Een definitie van substitutiebehandelingen, evenals van wat men ermee wil bereiken, wordt bepaald in de wet van 22 augustus 2002.

2.1.2. Intermediaire doelstelling van het onderzoek

De intermediaire doelstelling van deze eerste fase van het onderzoek is dus het ontwikkelen, vertrekkend van bestaande instrumenten en van de ervaring van professionnelen in het werkveld, van een evaluatiemodel aangepast aan de specifieke Belgische praktijken, evenals aan de specifieke randvoorwaarden voor het gebruik ervan door elk van de verschillende voorzieningen.

Met name heeft dit onderzoek tot doel het bestuderen van de diverse praktische modaliteiten voor toegang tot substitutiebehandelingen in de ambulante sector, zijnde:

- 1) de Medisch-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers (MSOC) — Deze laatste zijn reeds het onderwerp geweest van een gedetailleerde evaluatie in opdracht van DWTC (Pelc & al. 2001);
- 2) de gespecialiseerde ambulante instellingen voor de begeleiding van afhankelijke gebruikers (de zgn. 'sessiecentra');
- 3) de artsen georganiseerd in hulpverleningsnetwerken;
- 4) de artsen met uitsluitend privé-consultaties.

2.2. Einddoel

Om deze doelstellingen te bereiken, werd er besloten om **één of meerdere vragenlijst(en) te ontwikkelen ter evaluatie van substitutiebehandelingen** volgens de criteria beschreven in de algemene doelstellingen. Deze vragenlijst(en) moeten bovendien kunnen worden aangewend **in de diverse Belgische contexten waarin substitutiebehandelingen geïmplementeerd worden** zoals deze werden gepreciseerd in de intermediaire doelstellingen. Deze grote diversiteit aan praktijken is de belangrijkste hinderpaal bij het ontwikkelen van zulke instrumenten.

2.3. Werkwijze:

Om dit te realiseren, werden drie tussenstappen voorzien:

2.3.1. Analyse van de haalbaarheid van het gebruik van bestaande gevalideerde vragenlijsten:

(de *Addiction Severity Index (ASI)* (McLellan & al 1992), en de *Questionnaire de Qualité de Vie Subjective (Quavisub)* (Corten 1998))

2.3.2. Verzamelen van pertinente kwalitatieve informatie via hulpverleners

(Institutionele supervisie en Focus Groups)

2.4. Onderzoek naar andere bestaande instrumenten

3. Juridische aspecten en internationale literatuur

3.1 Kritische analyse van de juridische situatie omtrent substitutiebehandelingen in België, Frankrijk en Nederland

3.1.1 Definitie

De juridische of wettelijke situatie omtrent substitutiebehandelingen wordt hier bekeken vanuit een ruim kader. We spreken eerder van **'regelgeving'**, omdat hiermee niet alleen formele wetten worden bedoeld, maar ook (professionele) richtlijnen, rechtspraak, rechtsleer, beleidsdocumenten, etc. die zich op internationaal, nationaal, maar ook op lokaal vlak kunnen situeren.

3.1.2 Internationale regelgeving

Indien men de juridische aspecten omtrent substitutiebehandelingen in enkele Europese landen wil bestuderen, is het van belang vooreerst het **internationale** wettelijke kader te schetsen waarmee alle Europese landen rekening moeten houden bij het reglementeren en uitbouwen van de zorgverlening ten aanzien van druggebruikers.

De meest significante wettelijke basis voor substitutiebehandelingen op internationaal niveau is te vinden in de **VN-verdragen** met betrekking tot drugs van **1961** ('Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen'), van **1971** ('Verdrag inzake psychotrope stoffen') en van **1988** ('Verdrag inzake de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen').

Op basis van de bepalingen in deze verdragen meent een grote meerderheid van de praktijk- en beleidsmensen **substitutiebehandelingen** (met methadon en ev. andere vervangingsmedicatie) voor opiaatgebruikers te mogen beschouwen als een **legitieme** vorm van hulpverlening die de vermindering van drugmisbruik tot doel heeft. Dit is en blijft een **interpretatiekwestie**, aangezien de verdragen deze hulpverleningsvorm niet expliciet vernoemen, maar een classificatiesysteem van lijsten hanteren voor de verschillende roesmiddelen en bepaalde controlemaatregelen verbinden aan de respectieve lijsten. Het gebruik, bezit, productie, enz. van de vernoemde middelen zijn volgens de verdragen *in principe verboden, tenzij voor medische en wetenschappelijke doeleinden*. Op die manier blijft er rond het medisch gecontroleerd voorschrijven van **heroïne** nog heel wat discussie bestaan.

3.1.3 Europa

In Europa ontwikkelde de praktijk van substitutiebehandelingen zich reeds tijdens de jaren '70 en '80, terwijl de wettelijke basis hiervoor in de meeste landen tot eind jaren '90 op zich liet wachten.

3.1.4 Regelgeving in België, Frankrijk en Nederland

De voornaamste vaststelling bestaat hierin dat er een grote **diversiteit** bestaat tussen de regelgeving rond substitutiebehandelingen in de drie voornoemde landen, terwijl het toch buurlanden zijn.

Nederland voerde reeds vroeg een vrij **progressief** beleid door het kiezen (ook wetgevend) voor de **harm reduction-aanpak**, met de nadruk op **methadon**behandelingen voor opiaatafhankelijke gebruikers. Over de doelstellingen bestaat er tegenwoordig een grote eensgezindheid: men heeft voornamelijk het verminderen van gezondheidsproblemen en het verbeteren van de sociale situatie van de gebruiker voor ogen. (In het begin van de jaren '80 stond voor meer dan de helft van de betrokken actoren abstinentie als voornaamste einddoel nog voorop). De **organisatie** en de **modaliteiten** zijn echter zeer divers aangezien de specifieke regelgeving van substitutiebehandelingen hoofdzakelijk wordt overgelaten aan de **lokale** overheden.

In **België** werden substitutiebehandelingen op kleine schaal reeds **eind jaren '70 toegepast** in de praktijk, hoewel het wettelijk niet toegelaten was (zo liepen enkele artsen een strafrechtelijke veroordeling op voor het voorschrijven van methadon). Beleidsmakers en praktijkmensen zijn sinds toen meer en meer geëvolueerd naar een positievere houding ten opzichte van deze behandelingsvorm, maar dit vond pas in **2002** zijn weerslag in een **formele wet**. Hiermee is België de laatste in het rijtje van Europese landen die substitutiebehandelingen wettelijk geregeld hebben. Dit heeft een wat **hypocriete situatie** tot gevolg gehad: enerzijds bleef het voorschrijven van substitutiemiddelen al die tijd strafbaar, maar anderzijds werden er reeds in **1994 richtlijnen** uitgevaardigd, die geen kracht van wet hebben, maar wel gebaseerd waren op een zeer grote consensus van alle betrokken actoren. Deze richtlijnen waren bovendien reeds vanaf het begin **vrij liberaal** te noemen. De uitvoeringsbesluiten die de algemene bepalingen van de wet van 2002 zullen concretiseren, zijn op dit ogenblik (eind 2003) bijna voltooid.

Frankrijk daarentegen heeft steeds een strenge houding aangenomen ten opzichte van de drugproblematiek. Die **striktheid** duurt voort tot op de dag van vandaag, als we de wetgeving omtrent het voorschrijven en afleveren van **methadon** bekijken. Dit kan bijvoorbeeld enkel gebeuren in enkele gespecialiseerde centra (onder strikte voorwaarden en vaak met het oog op abstinentie), die absoluut niet tegemoet komen aan de veel **grotere noden** van de gebruikers. De huisartsen echter die zich willen engageren in substitutiebehandelingen zien zichzelf genoodzaakt om deze strenge regels te omzeilen door het product **Subutex** voor te schrijven, aangezien het gebruik van dit

product voor medische doeleinden nauwelijks aan regels onderworpen is. De laatste 2 à 3 jaar zijn er wel wat veranderingen merkbaar (meer centra, een liberalere houding). Toch blijft Subutex het meest voorgeschreven middel.

3.1.5 Aanbevelingen

De hieronder opgesomde aanbevelingen zijn gebaseerd op een grote consensus van praktijkmensen en beleidsmakers in verschillende Europese landen (waaronder België, Frankrijk en Nederland). Toch dienen we te vermelden dat er steeds actoren (zullen) zijn die niet achter deze aanbevelingen staan. Omtrent substitutiebehandelingen blijft blijikbaar tot op heden een zekere controverse bestaan.

- *Substitutiebehandelingen zouden uitgebreider moeten toegepast worden*, evenals laagdrempelige centra en schadebeperkende initiatieven in het algemeen.
- *Substitutiebehandelingen zouden gebaseerd moeten zijn op een degelijke wettelijke basis*, met duidelijke regels die tegelijkertijd voldoende ruimte laten aan de mensen in het werkveld om te differentiëren, aangezien er grote verschillen bestaan met betrekking tot gebruikers, specifieke lokale situaties, enz.
- *De regelgeving inzake substitutiebehandelingen zou in het algemeen soepel moeten zijn*, om de behandelingen te kunnen aanpassen aan de specifieke situatie van de individuele patiënt/cliënt (bv. versoepeling van toelatingscriteria, meer aandacht voor onderhoudsbehandelingen (onbepaalde duur) met schadebeperking en niet abstinentie als einddoel, uitbreiding van de lijst van toegelaten substitutiemiddelen – inclusief het medisch voorschrijven van heroïne voor een selecte groep van zeer gemarginaliseerde en problematische gebruikers).
- *Zoveel mogelijk actoren zouden moeten betrokken worden bij substitutiebehandelingen* : naast gespecialiseerde centra, ook huisartsen, apothekers, algemene gezondheidscentra, (psychiatrische) ziekenhuizen én gevangenis.
- *De mogelijkheden tot aanvullende psychosociale ondersteuning zouden moeten gemaximaliseerd worden*, voor gebruikers waarbij de afhankelijkheid samengaat met belangrijke psychosociale problemen.
- *Er is nood aan meer wetenschappelijk onderzoek*, met name evaluatieonderzoek via correcte registratiegegevens, aangevuld met kwalitatief onderzoek.
- *Er is nood aan betere opleiding en permanente bijscholing* voor alle betrokken actoren en voor huisartsen in het bijzonder.

3.2. Overzicht van de internationale wetenschappelijke literatuur

3.2.1. Substitutiebehandelingen en afhankelijkheid

3.2.1.1. Historiek m.b.t. substitutiebehandelingen

Wanneer we het hebben over legale middelen ter vervanging van illegale middelen (zoals over methadon als substitutiemiddel voor heroïne) en dan vooral in het kader van de juridische situatie zoals hierboven beschreven, wordt nogal eens vergeten dat deze roesmiddelen niet altijd bij wet verboden geweest zijn. Integendeel, de illegaliteit van opiaten zoals heroïne is op de keeper beschouwd van vrij recente datum. Wanneer we nu deze vaststelling in zijn historische context zien, krijgt ze een andere betekenis. Heroïne werd gesynthetiseerd in 1898 (cocaine in 1860) en het duurde nog een hele tijd vooraleer deze stof verboden werd... Toen deze producten werden ontdekt, gebruikte men ze over het algemeen matig als recreatief genotsmiddel (de vin mariani of oorspronkelijk de befaamde Coca-Cola). In die tijd werd laudanum (opiumlikeur) vaak voorgeschreven als medicijn tegen stress (toen reeds!), acute en chronische pijnen, dat een afhankelijkheid van een iatrogene soort veroorzaakte. Op het einde van de 19° eeuw waren 2/3 van de opiaatafhankelijke personen oudere blanke vrouwen van de midden- en hogere klasse en 1/3 waren oorlogsinvaliden en misvormde mensen (men schat hun aantal op het einde van de 19° eeuw op zo'n 300.000 personen). Tegenover deze vrouwen had men eerder een houding van medelijden. Vrij snel constateerde men echter nefastere gevolgen van het gebruik van deze producten en werden regels uitgevaardigd voor de commercialisering en het gebruik ervan. Nochtans was er ook sprake van 'informele controlemechanismes' (Jay M, 2002). Op die manier nam het misbruik sterk af bij beide groepen gebruikers.

De samenstelling van de populatie afhankelijke gebruikers in de USA veranderde radicaal aan het begin van de 20° eeuw met de komst van de immigranten, eerst uit Europa, vervolgens uit China en de Caraïben. Deze populatie groeide snel aan in de achtergestelde buurten en de ghettos waar reeds veel criminaliteit bestond, wat leidde tot de stigmatisering van het imago van 'de verslaafde'.

De verandering in de samenstelling van de populatie afhankelijke gebruikers alleen volstaat niet als verklaring voor het feit dat verdovende en andere roesmiddelen illegaal zijn geworden. Verscheidene factoren kunnen hier aangehaald worden (De Kort M, 1995):

- 1) Economische en strategische belangen;
- 2) De morele kwestie (met name de Temperance Movement in de Verenigde Staten);
- 3) De belangen van de medische professies;
- 4) Lokale economische belangen tussen de katoenlobbys en de henneplobbys in de USA.

Een medisch-juridische context dwong de *Narcotics Division* om zijn positie te herzien. Tussen het midden en het eind van de jaren '60 vertegenwoordigde de mortaliteit gelieerd aan heroïne de voornaamste doodsoorzaak bij jongvolwassenen tussen 15 en 35 jaar in New-York. De gevallen van hepatitis stegen exponentieel. Het aantal afhankelijke personen dat gearresteerd werd voor drugdelicten overspoelde de gevangenissen aangezien men hen geen efficiënte behandeling kon aanbieden. Juist op dat ogenblik werd dokter Vincent Dole voorzitter van de '*Narcotic Committee of the Health Research Council of New-York City*' en werd hem opgedragen om de haalbaarheid te bestuderen van een onderhoudsbehandeling met opiaten.

Het is ook belangrijk om hier de '*Experience of Liverpool*' aan te halen. Het is inderdaad daar dat enerzijds de notie van '*schadebeperking*' (*harm reduction*) ontstaan is, en dat anderzijds de substitutiebehandelingen hun eerste 'politieke' erkenning hebben gekregen. We schrijven jaren '80 in Groot-Brittannië: in Liverpool maakt de industriële reconversie ravages, en de AIDS-epidemie komt voor het eerst op. Handig gebruik makend van een juridische lacune in de Britse wetgeving, beginnen verschillende artsen – waaronder Dr. J. Marks de beroemdste is – te experimenteren met het voorschrijven van diverse roesmiddelen (voornamelijk heroïne en cocaïne) aan afhankelijke gemarginaliseerde patiënten voor wie elke andere vorm van hulpverlening gefaald heeft.

Alhoewel deze aanpak uiteraard geen enkele betekenis heeft in een abstinentiologica, geeft zij aanleiding tot verrassende medische resultaten. De afhankelijke personen die deze behandeling krijgen, hoeven immers niet langer het merendeel van hun tijd te spenderen aan het verzamelen van het nodige geld om hun product te kopen, aangezien het product officieel in de apotheek verkocht wordt aan een redelijke lopendeprijs. Zo kunnen zij weer een 'normaal' sociaal leven leiden, i.e. de mogelijkheid om opnieuw werk te vinden. Omdat het ter beschikking stellen van het product geen geldprobleem meer stelt, neemt tegelijkertijd de criminaliteit zeer sterk af. Tenslotte gebeurt het druggebruik op plaatsen en wijzen die ontegensprekelijk hygiënisch verantwoord zijn, terwijl het afgeleverde vervangproduct zeer zuiver is (HENMANN A, 1996). De hygiënische complicaties worden zo eveneens uitgeschakeld, en de gunstige invloed op de ontwikkeling van de AIDS-epidemie staat onontkenbaar vast.

Samengevat, hoewel methadon het bekendste en meest gebruikte middel is, mag men niet uit het oog verliezen dat er nog andere substitutiemiddelen bestaan en daarom spreken we ook van 'substitutiebehandelingen'. In die zin maakt de behandeling met het voorschrijven van heroïne evenzeer deel uit van de substitutiebehandelingen. De medisch gecontroleerde distributie van heroïne wordt in Zwitserland toegepast sinds 1994, in Nederland sinds 1997 en meer recent ook in Duitsland en Spanje. In het Verenigd Koninkrijk wordt heroïne reeds enkele decennia voorgeschreven, weliswaar op kleinschalige en zeer selecte basis (Meuwissen K et al. 2003).

3.2.1.2. *Overzicht van de literatuur*

Substitutiebehandeling als concept kan men zeer strikt dan wel erg ruim beschouwen. In de meest ruime zin gaat het om het vervangen van illegaal – en dus clandestien – gebruik van opiaten door een ander product waarop de controle minder strikt is. Aldus kan men deze aanpak beschrijven vanuit drie standpunten:

- De strikte interpretatie van substitutiebehandeling: een voorgeschreven opiaat vervangt een illegaal opiaat – methadon, buprenorfine,...
- Het antagonistische standpunt:
- De ideologie van de 'reductie van symptomen'.

Onze studie behandelt de substitutiebehandeling in strikte zin.

Uit de literatuur blijken over het algemeen slechts twee producten gebruikt en beschreven inzake substitutiebehandeling, te weten: methadon en buprenorfine.

1) *Methadon*

- De Guide Line van het Amerikaanse ministerie van Gezondheid

Inzake de adequate toepassing van de behandeling met methadon, bestaat de literaire referentie reeds jaren uit de '*State Methadone Treatment Guidelines*', een co-publicatie van het US Department of Health and Human Service en de Phenix Foundation (Parrino MW 1992). Dit document bepaalt een aantal richtlijnen met betrekking tot de volgende aspecten:

- a. Klinische aspecten van methadonbehandeling;
- b. Toelatingsbeleid en –procedures;
- c. Principes van de bepaling van de methadondosering;
- d. Urinetests als klinisch instrument;
- e. Verantwoorde praktijken inzake het meegeven van methadon;
- f. Behandeling van poly -druggebruik;
- g. Methadononderhoudsbehandeling tijdens de zwangerschap;

- h. Infectieziekten en HIV;
- i. Behandelingsduur en retentie van de patiënten;
- j. Integratie van methadonprogramma's in de samenleving.

- De Consensusconferentie en de follow-up door de HGR

In oktober 1994 vond in Gent de Consensusconferentie inzake methadon plaats (Ministerie van Volksgezondheid, 1994). Enkele jaren later, in 2000, verscheen trouwens een rapport van het vervolg van deze conferentie door de Hoge Gezondheidsraad (Hoge Gezondheidsraad, 2000).

Deze Consensusconferentie en de follow-up ervan zijn het eens over het feit dat men van deze behandeling verwacht te merken: *'een vermindering van het druggebruik en van het injecterend gebruik; een verbetering van de therapietrouw, evenals een verbetering van de socio-professionele vaardigheden en een vermindering van de criminele activiteiten'*. Tegelijkertijd verwacht men een vermindering te constateren van de risico's van overdracht van het AIDS-virus en van hepatitisvirussen evenals een afname van overdosissen, complicaties en de mortaliteit.

- Andere artikels

In Frankrijk waren substitutiebehandelingen van 1973 tot 1995 beperkt tot twee experimentele centra voor de aflevering van methadon. Wat betreft de posologie merkt men een stijging van de gemiddelde dosis. Deze gemiddelde dosis bedraagt minstens 110 mg methadon per dag.

In België kan een methadonbehandeling geïnitieerd worden door eender welke geneesheer.

Sinds de Consensusconferentie van Gent werden enkele duizenden druggebruikers onder behandeling genomen door de huisartsen van het netwerk 'Alternatives aux Toxicomanies (ALTO)'. De huisartsen van het project ALTO hebben de methadonbehandeling geëvalueerd. Daaruit bleek dat de behandeling efficiënt is inzake de stabilisatie en reïntegratie van de patiënt en dat de therapietrouw goed is. Op het vlak van het psychologisch evenwicht en het druggebruik daarentegen blijken de patiënten minder goed gestabiliseerd.

2) Buprenorfine

In Frankrijk stelt het medisch systeem sinds 1996 Subutex (buprenorfine in hoge dosis) ter beschikking. De galenische vorm van buprenorfine en de farmacologische eigenschappen van partiële agonist met lange werkingsduur bieden een beveiligend kader. De voorschrijf- en afleveringsmodaliteiten verschillen sterk van die van methadon. Elke geneesheer is bevoegd, zonder beperking van het uitvoeringskader, om buprenorfine voor te schrijven in hoge dosissen. Daarom is het in Frankrijk het meest voorgeschreven substitutiemiddel (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2001).

3) Vergelijking van methadon en buprenorfine en mentale gevolgen

Meer dan de farmacologische eigenschappen blijken de wijze van gebruik en de mentale voorstelling gelinkt aan het product, de factoren die de keuze van de gebruiker en de voorschrijver voor een product bepalen. Zo ziet men methadon in Frankrijk als het medicijn van de laatste kans en dus bestemd voor de meest 'zware gevallen'. Dit imago van methadon vindt men niet terug in landen waar het reeds lange tijd gebruikt wordt.

4) De verdiensten van substitutiebehandelingen

Substitutiebehandelingen bieden de mogelijkheid een zekere stabiliteit te bereiken door de opeenvolging van intoxicatiefases te vermijden en door de gemoedsschommelingen die leiden tot professionele en relationele moeilijkheden, te beperken. De behandeling laat toe om te werken aan plannen op veel langere termijn en om evenwichtige sociale relaties te hernieuwen, onder andere met de familie.

In een literatuuroverzicht (Avants S et al, 1999, Auriacombe M et al, 1994, Tremeau F et al, 2002) werd het feit goed gedocumenteerd dat de positieve effecten van de substitutiebehandeling zijn: het terugdringen van het illegale gebruik van opiaten, het trachten de criminaliteit te verminderen, het terugdringen van de mortaliteit gelinkt aan de HIV-infectie en het verbeteren van de sociale reïntegratie.

Bovendien blijkt *de duur* van de behandeling de belangrijkste factor te zijn in het voorspellen van een 'niet-terugval' en van het behoud van geboekte vooruitgang, nadat de patiënten een hulpverleningscentrum hebben verlaten.

De professionele situatie blijkt het minst snel te verbeteren (verbetering in 24 maanden) (Dubrucq, A. et al., 1999). Voor een groot aantal studies werd gebruik gemaakt van de ASI (Mc Lellan At et al, 1982, Martin C et al, 1996, Strain EC et al, 1996) om de eventuele veranderingen te bewijzen in de verschillende domeinen die met het instrument onderzocht worden.

3.2.2. Levenskwaliteit

De analyse van de internationale literatuur (Corten Ph, 1998) toont aan dat dit label gebruikt wordt in drie grote invalshoeken (Mercier C, 1994):

- De levenskwaliteit m.b.t. de omgeving;
- De levenskwaliteit m.b.t. de gezondheid;
- De levenskwaliteit die alle levensdomeinen bevat en gezien wordt als één geheel.

De huidige studie kadert in deze laatste invalshoek, in die zin dat de levenskwaliteit van druggebruikers niet beperkt is tot gezondheidskwesties.

De essentie van de subjectieve levenskwaliteit of '*levenskwaliteit als één geheel*' ligt in de subjectieve belevingswereld en legt de nadruk op het belangrijke feit dat alle levensdomeinen in rekening moeten genomen worden. Corten e.a. (Corten Ph et al, 2002) hebben aangetoond dat dit model heuristisch is, zowel voor 'gezonde personen' als voor geesteszieken of patiënten met een afhankelijkheidsprobleem en dat de levensdomeinen kunnen gevat worden in vier grote dimensies: het materiële leven, het relationele leven, het sociale leven en het zelfbeeld.

3.2.3 Evaluatie-instrumenten

3.2.3.1. *Addiction Severity Index (ASI)*

Beschrijving van het instrument

De *Addiction Severity Index (ASI)* is een semi-gestructureerd instrument dat ontwikkeld werd in 1980 door een Amerikaanse onderzoeksgroep, geleid door McLellan et (1985). Dit klinische instrument meet de ernstgraad van afhankelijkheidsproblemen en evalueert de nood aan behandeling van de patiënt op het vlak van de volgende zeven dimensies: medische toestand; werk en inkomen; alcoholgebruik; druggebruik; juridische situatie; familiale en sociale relaties; psychiatrische of psychologische toestand.

De ASI laat toe zowel subjectieve informatie te verzamelen (wat de patiënt bezighoudt betreffende het onderzochte domein) als objectieve informatie (de hoeveelheid, de ernst en de duur van symptomen gedurende zijn/haar hele leven en in de loop van de laatste 30 dagen). Deze gegevens maken twee types van scores mogelijk: ernstscores en samengestelde scores. De **ernstscores** worden berekend aan de hand van de items die de bezorgdheden van de patiënt hernemen en de evaluatie van haar/zijn **beleving van de nood aan behandeling** en van de zgn. 'kritieke' items per onderzochte dimensie. Deze ernstscores zijn vooral van klinisch belang, daar ze een evaluatie mogelijk maken van de **subjectieve noden** in de behandeling van de patiënt en de aanpassing ervan gedurende de behandelingsperiode.

De **samengestelde scores** daarentegen, zijn vooral van belang voor het onderzoek. Deze worden berekend aan de hand van zgn. 'kritieke' items betreffende **objectieve gegevens**.

Validiteit, betrouwbaarheid en relevantie van de ASI

Hoewel de ASI volgens McLellan (auteur van het instrument) reeds gebruikt werd in duizenden hulpverleningssettings en vertaald is in meer dan 9 talen, bestaan er slechts een dozijn studies (buiten deze van de auteurs McLellan et al, 1980, 1985, 1992 en Zanis DA et al, 1994) m.b.t. de validiteit van het instrument (Kosten T.R et al, 1983, Hendricks V.M. et al, 1989, Hodgins D C et al 1992, McCusker J et al, 1994, Alterman AI et al, 1994, Drake RE et al, 1995, Rosen CS et al 2000, Joyner LM et al, 1996, Leonhard C et al, 2000, Bovasso GB et al 2001, Butler SF et al, 2001).

De eigenschappen zijn de volgende:

1. De schatting van de betrouwbaarheid wat betreft de test-retest na drie dagen is geklasseerd in het volgende interval: $r = 0.84$ tot $r = 0.95$;
2. De betrouwbaarheid m.b.t. de ernstscores is berekend tussen $r = 0.74$ en $r = 0.99$;
3. Het instrument is voldoende gevoelig om de veranderingen gedurende de behandeling te meten;
4. De interne consistentie van de samengestelde scores gaat van 0.56 voor werk en inkomen tot 0.85 voor het alcoholgebruik; maar de resultaten van de α van Cronbach (1951) voor elke dimensie variëren sterk tussen de verschillende studies;
5. De ASI laat toe de behandeling aan te passen aan de noden van de patiënt.

De ASI heeft het voordeel vertaald te zijn in verschillende talen, aangepast aan verschillende culturele contexten en gevalideerd te zijn. Verscheidene Europese landen (Duitsland, Spanje, Frankrijk, Griekenland, Italië en Nederland) hebben de ASI vertaald en aangepast in functie van de culturele verschillen. Zo bestaat er een gestandaardiseerde

versie onder de naam 'EuropASI' (Kokkevi A et al, 1995, Lafitte C et al., 1998). Deze versie bevat psychometrische gegevens die overeenkomen met de gegevens berekend voor de ASI. Het is echter de Amerikaanse ASI, vertaald naar het Frans en niet de Franse versie van de EuropASI die werd gebruikt voor het franstalige gedeelte van dit onderzoek.

3.2.3.2. *Quavisub*

Beschrijving van het instrument

Het instrument inzake de levenskwaliteit die gebruikt werd in dit onderzoek, is de Quavisub. De levenskwaliteit wordt erin gedefinieerd als zijnde het cognitieve oordeel van de geëvalueerde op vlak van verschillende levensdomeinen, over zijn/haar subjectieve welzijn, in relatie met zijn/haar plannen en verwachtingen.

De Quavisub is een instrument van zelf-evaluatie van de subjectieve levenskwaliteit. Het is een instrument dat samengesteld is uit een reeks gevalideerde 'deel-schalen':

1. De *Satisfaction with Life Domains Scale* (SLDS) van Baker en Intigliata (1982) aangepast door Corten en Mercier (1997) en Caron J et al (1997) dat de subjectieve tevredenheid meet van 20 levensdomeinen;
2. De *Importance of Life Domains Scale* (ILDS) van Corten en Mercier (1997) dat het belang meet, geaccordeerd aan de 20 levensdomeinen van de SLDS;
3. De *Life Ladder* van Cantril (1965) die de strevingen en verwachtingen van de geïnterviewden meet;
4. *L'échelle d'interdépendance* van Corten en Mercier (1997) dat de omvang van en de diversiteit in het sociale weefsel meet;
5. De *Social anxiety scale* van Richardson en Tasto (1976) dat de gevoeligheid meet van een persoon voor het negatieve oordeel van de andere;
6. De *Performance Scale* van Smith en Linn dat meet hoeveel belang een persoon hecht aan prestaties;
7. *Questionnaire des habitudes de prise de boissons alcoolisées* van Pelc (1985).

Voor dit onderzoek hebben we de auteurs gevraagd om aan de basisset nog een schaal toe te voegen met betrekking tot middelen en de daaraan verbonden gevoelens.

Validiteit, betrouwbaarheid en relevantie van de Quavisub

De psychometrische eigenschappen van elke schaal werden bestudeerd (Corten, e.a., 1997):

1. De betrouwbaarheid voor een test-retest na 4 dagen ligt in een interval gaande van $r = 0.89$ tot $r = 1.0$, naargelang de schalen.
2. Het instrument is voldoende gevoelig om veranderingen tijdens de behandeling op te merken (getest na 4 maanden).
3. De α van Cronbach zijn uitstekend voor elke 'deel-schaal'

3.2.3.3. *TUF*

De 'Treatment Unit Form' (TUF) is een instrument dat ontwikkeld werd door een onderzoeksgroep van het Griekse Focal Point van het REITOX-netwerk van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslavingen (juni 1997)¹. Het doel was om een constructie te kunnen maken van een gestandaardiseerde typologie op het niveau van de Europese Unie van types van drughulpvoorzieningen. Voor onze studie hebben we dit instrument gekozen voor de beschrijvende waarde ervan en niet voor de statistische waarde.

¹ <http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Process/ttuf.shtml>, 20/08/03

4. Werkwijze

4.1. Selectie van de instellingen (Methodologie)

4.1.1. Definitie van de term 'instelling':

Zoals gespecificeerd in de intermediaire doelstellingen had dit onderzoek in het bijzonder tot doel de diverse praktische modaliteiten voor toegang tot ambulante substitutiebehandelingen te bestuderen. De huisartsen met privé-kabinet hebben we niet als instellingen beschouwd. Nochtans werden ze uitgenodigd voor discussiegroepen, voor het kwalitatieve gedeelte.

4.1.2. Provincie Henegouwen

Wat betreft de provincie Henegouwen werd in dit onderzoek de voorkeur gegeven aan de regio van Charleroi, enerzijds aangezien de prevalentie van afhankelijkheidsproblemen er relatief hoog is, en anderzijds beschikte de onderzoeksequipe daarover op voorhand reeds over heel wat informatie, verzameld naar aanleiding van het evaluatieonderzoek over de MSOC's (Pelc I et al, 2001). De auteurs bestudeerden de volgende instellingen:

- 1) Het MSOC van Charleroi (Diapason);
- 2) Gespecialiseerde ambulante instellingen: de *Collectifs de Santé van Charleroi-Nord* en van *Gilly-Haies*;
- 3) Het netwerk 'Alto'.

Hierbij dient opgemerkt dat voor Henegouwen, het werken met het netwerk Alto van Charleroi niet nuttig gebleken is, in die zin dat dit netwerk alle geneesheren groepeerde die eveneens werken in de gespecialiseerde instellingen van de regio.

4.1.3. Brussel-Hoofdstad (Franstalig)

Wat betreft Brussel-Hoofdstad (Franstalige artsen), waren de bestudeerde instellingen de volgende:

- 1) Het MSOC van Brussel (dat een federale voorziening is en dus tweetalig, maar hoofdzakelijk Franstalig);
- 2) Gespecialiseerde ambulante instellingen: Project LAMA;

De participatie van het *Project Lama* leek ons primordiaal. Nochtans heeft deze instelling uiteindelijk toch geen deel kunnen uitmaken van de steekproef.

- 3) Netwerk: 'R.A.T.' (Réseau d'Aide aux Toxicomanes);

Uiteindelijk was het niet mogelijk om de participatie van RAT in deze studie te concretiseren. De voornaamste reden was het feit dat RAT een ander instrument gebruikt (Evolutox) dat steeds gebruikt wordt voor interne studies.

4.1.4. Provincie Limburg

- 1) MSOC Limburg: het MSOC is eigenlijk het enige ambulante centrum in Limburg dat substitutiebehandelingen toepast.

2) Gespecialiseerde ambulante instellingen: er bestaat in Limburg geen enkel ander ambulante centrum dat substitutiebehandelingen toepast (buiten het MSOC).

3) Huisartsen in een netwerk: deze bestaan niet in Limburg, hoewel men de gemandateerde huisartsen aldusdanig zou kunnen beschouwen - zij maken deel uit van het netwerk rond het MSOC

- 4) 'Geïsoleerde' huisartsen: zie infra 4.3.

4.1.5. Brussel-Hoofdstad (Nederlandstalig)

- 1) MSOC: er is geen specifiek Nederlandstalig MSOC in Brussel. Officieel is het hierboven beschreven MSOC van Brussel tweetalig (bi-communautaire).

2) Gespecialiseerde ambulante instellingen: we vonden 2 centra: Transit en het dagcentrum De Sleutel.

- 3) 'Geïsoleerde' huisartsen: zie infra 4.3.

4.2. Selectiemethode voor de gevallen in deze studie.

4.2.1. Provincie Henegouwen en Brussel-Hoofdstad (franstalig)

In elke instelling werd een gestratificeerde steekproef samengesteld. Enkel de patiënten die een substitutiebehandeling kregen op het ogenblik van het samenstellen van de steekproef, werden opgenomen. Elke instelling verschaftte voor een steekproef van 30 patiënten de verhoudingen in termen van leeftijd en geslacht, aan de hand van de registratiegegevens in hun jaarverslagen.

Voor de Quavisub werd daarnaast een controlegroep samengesteld. Deze controlegroep is afkomstig van de databank van de auteurs van de vragenlijst. Elke patiënt werd gelinkt aan een 'gezond' controle-individu, van hetzelfde geslacht, dezelfde leeftijd en hetzelfde opleidingsniveau.

4.2.2. Provincie Limburg

Nadat we de concrete aspecten van het onderzoek toegelicht hadden in het MSOC van Genk (centrale antenne), heeft de coördinator de TUF-vragenlijst ingevuld en zijn medewerking toegezegd bij het trekken van een representatieve steekproef van 50 methadoncliënten. Bij het afnemen van de vragenlijsten voor patiënten (EuropASI en Quavisub) deden zich echter heel wat praktische problemen voor, vnl. omdat de onderzoekster de vragenlijsten zelf moest afnemen (wat veel tijd in beslag nam), maar ook omdat weinig cliënten kwam opdagen op de afspraak.

4.2.3. Brussel-Hoofdstad (nederlandstalig)

Dezelfde praktische problemen (tijdovende aspect en cliënten die zich niet aan de afspraken hielden) werden gerapporteerd door de medewerkster van Transit die zelf de vragenlijsten zou afnemen (EuropASI) of de cliënten zou helpen bij het invullen ervan (Quavisub). Wat het dagcentrum De Sleutel betreft, is het de bedoeling om contact op te nemen in de tweede fase van het project met mevr. Veerle Raes die de registratiegegevens beheert van de patiënten van de De Sleutel.

4.3. Inventaris van de professionelen

Eenzijds kwam het erop neer om **de artsen die substitutiebehandelingen toepassen te identificeren**, hun aantal, het aantal patiënten, en anderzijds om **in elke regio een steekproef van artsen samen te stellen** voor de andere onderzoekstaken.

4.3.1. Provincie Henegouwen en Brussel-Hoofdstedelijk Gewest (Franstalige artsen)

De volledige lijsten van geneesheren werden verkregen van de Orde van Geneesheren van de provincie Henegouwen en de Orde van Geneesheren van Brabant met het Frans als voertaal. De vragenlijst die ontwikkeld was onder taak 1 werd naar de volgende geneesheren gestuurd: huisarts, gynaecoloog-verloskundige, internist, neuroloog, neuropsychiater, psychiater, militaire geneesheer en de kandidaten in deze specialismen. Een database werd geconcipieerd om de verkregen antwoorden op de vragenlijst te verwerken.

Het gaat om: 2641 verstuurdde enquêtes voor de provincie Henegouwen en 4233 verstuurdde enquêtes voor het Brussel-Hoofdstedelijk Gewest (Franstalige geneesheren).

4.3.2. Provincie Limburg en Brussel-Hoofdstedelijk Gewest (Nederlandstalige geneesheren)

De lijst van alle geneesheren van de provincie Limburg werd ons overhandigd door de medische directeur van het MSOC Limburg. Uit die lijst hebben we de meest relevante disciplines geselecteerd: huisartsen, internisten, gynaecologen, neurologen, psychiaters, neuropsychiaters, militaire geneesheren en de kandidaten in deze specialismen. 1235 vragenlijsten werden per post verstuurd in de provincie Limburg en 278 in Brussel.

4.4. Focus Groups

In elk geografisch pilootgebied hebben discussiegroepen plaatsgevonden. Deze groepen waren samengesteld uit artsen die substitutiebehandelingen toepassen in hun privé-praktijk.

Het organiseren van deze discussiegroepen had tot doel: het bepalen van de modaliteiten van behandelingen in de privé-praktijk, de verschillen met behandelingen in instellingen, de problematiek van de psychosociale steun, de plaats van de praktiserend geneesheer in deze behandelingsvorm.

4.5. Institutionele intervisie

De methode van de *'institutionele intervisie'* werd gebruikt als kwalitatieve methode voor het begeleiden van de instellingen in het kader van dit onderzoek. Hoewel deze methode kan gezien worden in hetzelfde kader als *Focus Groups* en discussiegroepen met hulpverleners, is het doel ervan bijna tegengesteld aan deze laatste. Waar de primaire doelstelling van de FG immers het bespreken is van alle mogelijke meningen over een bepaald thema, is het doel van de *institutionele intervisie* het bereiken van een consensus tussen individuen die participeren aan hetzelfde geheel.

5. Resultaten

5.1. Kwantitatieve evaluatie (ASI, Quavisub)

5.1.1 Addiction Severity Index

5.1.1.1 Gegevensverzameling: voorgestelde en ingevulde vragenlijsten

Het protocol vermeld in het contract voorzag het verzamelen van 30 volledig ingevulde en valide vragenlijsten per instelling (i.e. 120 vragenlijsten). Aangezien de ASI reeds gebruikt werd in duizenden studies over de hele wereld leek deze doelstelling niet onbereikbaar. Het ging hier echter om het evalueren van de haalbaarheid van het routinewege gebruik van dit instrument, d.w.z. ingevuld door de hulpverleners zelf en niet door de onderzoekers die de vragenlijsten enkel zouden bezorgen aan de instellingen. Blijkbaar werden de vragenlijsten aan de Franstalige kant inderdaad volledig en valide ingevuld terugbezorgd aan de onderzoeksequipe, wat aan de Nederlandstalige kant niet het geval was. Nochtans werd het doel van 30 complete testen door geen enkele instelling bereikt (maximum 1/3). Het blijkt vooral dat de hulpverleners klagen over de lange duur van afname van de vragenlijsten, zeker in vergelijking tot de tijd die normaal gezien voor een medische consultatie wordt uitgetrokken. Bovendien vinden de hulpverleners dat de informatie die via de ASI wordt verzameld geen meerwaarde oplevert voor hun praktijk.

5.1.1.2. 'Face validity'

De ASI lijkt perfect tegemoet te komen aan de evaluatiecriteria die in de wet en de Consensusconferentie worden vooropgesteld, uitgezonderd aan dat van de levenskwaliteit.

De items die in de ASI zijn opgenomen, leggen vooral de nadruk op de negatieve elementen. De meeste vragen van de ASI betreffen objectieve elementen, waarover telkens moet nagedacht worden. De gemiddelde tijd nodig voor de afname van de ASI bedroeg in deze studie 53 minuten.

Sommige vragen lijken te indringend, volgens de interviewers, vooral de specifieke vragen over bedragen van inkomsten en schulden; de opeenvolging van de vragen is niet altijd opportuun; het systematische uitspitten van het strafrechtelijk verleden, zelfs zonder enig verband met het drugprobleem, wordt eveneens negatief beoordeeld. Bovendien dwingt de codering regelmatig tot het teruggrijpen naar de handleiding en maakt een voorafgaande opleiding onmisbaar.

Daarnaast worden in de ASI op het metrische plan verschillende schalen gehanteerd: 5 niveaus voor de scores van beleving en belangrijkheid, 10 voor de ernst, 30 voor de maandelijkse frequenties, van 0 tot 1 voor de samengestelde scores, enz. Deze variaties in het bereik van de schalen maakt de statistische verwerking veel complexer.

5.1.1.3. Interne validiteit

De ASI toont een zeer grote interne coherentie voor de domeinen 'medische toestand', 'juridische situatie' en 'psychiatrische situatie'. Het domein dat het minst goed vertegenwoordigd is, is het domein van de sociale relaties. Ten slotte, wat betreft de dimensie 'druggebruik', is de ernstgraad goed gecorreleerd met de mening van de patiënt, maar staat dan weer los van de samengestelde score over de objectieve situatie.

5.1.1.4. Constructvaliditeit

De analyse van de internationale literatuur heeft bewezen dat de samengestelde scores een degelijke α van Cronbach bereikten voor het merendeel van de scores behalve voor de dimensie 'drugs'. Ondanks de omvang van de steekproef (N=15) zijn de α van Cronbach herberekend. Enkel de scores 'medisch' en 'werk' behaalden juist de drempel; de score 'drugs' was net onvoldoende.

5.1.2. Quavisub

5.1.2.1 Gegevensverzameling

Het protocol vermeld in het contract voorzag in het verzamelen van 30 complete en valide vragenlijsten per instelling (i.e. 120 vragenlijsten). Het ging hier om het evalueren van de haalbaarheid om dit instrument routinematig te gebruiken, d.w.z. ingevuld door de hulpverleners zelf en niet door de onderzoekers die de vragenlijsten enkel zouden gaan afleveren in de instellingen. Van de Franstalige kant heeft één instelling (MSOC van Charleroi) dit doel bereikt. De vooropgestelde versie van de vragenlijst stelt echter problemen in de huisartsenpraktijk. Hoewel de patiënt de vragenlijst zelf dient in te vullen, is deze te lang om dat in de wachtzaal te doen en veel patiënten die de vragenlijst mee naar huis kregen om die daar in te vullen, hebben ze niet teruggebracht bij de volgende consultatie.

5.1.2.2. 'Face validity'

De Quavisub is een instrument dat de levenskwaliteit wil evalueren. Het instrument werd niet ontwikkeld voor een specifieke problematiek. Wat betreft de doelstellingen bepaald in de wet en in de Consensusconferentie, meet het wel degelijk de levenskwaliteit en verschillende levensdomeinen (materieel leven, relationeel leven, sociaal en professioneel leven, zelfbeeld en gezondheid,...), maar het bevat geen luik over criminaliteit, noch over injecterend gebruik (hoewel een reeks items gaan over middelen en verslavend gedrag).

In z'n geheel geeft de Quavisub de prioriteit aan subjectieve en kwalitatieve antwoorden. Ook is ze meer gericht op het klinische aspect (middel-lange en lange versie) in die zin dat het peilt naar de belevingswereld van de hulpverleners en dat het een licht werpt op de strategieën van levenskwaliteit, gebruikt door de geïnterviewden. In vergelijking met de ASI legt deze vragenlijst de nadruk op hetgeen goed gaat (en niet enkel op de negatieve aspecten, als ze tenminste niet gerapporteerd worden) en op hetgeen vatbaar is voor verbetering.

Meer specifiek betreffende de afhankelijkheidsproblematiek, ligt de originaliteit van deze vragenlijst in het voorstellen van een 'tevredenheidsschaal' over het gebruik van diverse producten en verslavend gedrag (alcohol, tabak, drugs, medicatie, gokken,...).

5.1.2.3. Interne validiteit

Zoals beschreven in het methodologische hoofdstuk werd er een controlegroep samengesteld van 'gezonde' personen van dezelfde leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Zowel de tevredenheidsschaal als de schaal van belangrijkheid of de objectieve domeinen tonen een significant verschil tussen beide groepen.

Wat betreft de strategieën, verschillen beide groepen enkel op het vlak van de onderlinge afhankelijkheid en van de autonomie in het dagelijks leven. Er is daarentegen geen significant verschil voor de identificatie met prestatie strategieën en de negatieve impact van de sociale druk.

Bovendien toont een logische analyse tussen beide groepen aan (Wald Method) dat 93.7% van de gevallen correct geklasseerd zijn als men de volgende samengestelde variabelen selecteert:

1. Belang van het zelfbeeld en van de gezondheid;
2. Objectief materieel leven;
3. Objectief sociaal leven;
4. Eigenwaarde op de levensschaal;
5. Gebruik van alcohol voor zijn kalmerend effect op het bewustzijn.

Daarenboven toont een analyse met hiërarchische clusters aan dat men binnen de steekproef van afhankelijke patiënten drie verschillende groepen kan onderscheiden (6, 12 en 18 gevallen).

5.1.2.4. Constructvaliditeit:

Alle schalen van de Quavisub, behalve de prestatieschaal, bevinden zich boven de minimumdrempels.

5.1.3. Inventaris en resultaten van de geneesherenenquête

Zoals we reeds benadrukt hebben, is het doel van deze inventaris met name om een opiniepeiling te houden bij artsen die substitutiebehandelingen toepassen of hebben toegepast en niet om een epidemiologische enquête te realiseren op basis van een representatieve steekproef van alle geneesheren (de relevantie van de mening van geneesheren die nooit een druggebruiker in hun praktijk hebben gezien, valt buiten het bereik van onze studie).

5.1.3.1. Provincie Henegouwen en Brussel-Hoofdstad

De enquête werd verstuurd naar 2641 geneesheren van de provincie Henegouwen en naar 4233 geneesheren van het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (Fr.). We hebben 253 vragenlijsten teruggekregen uit de provincie Henegouwen (i.e. een response ratio van 9.6%) en 430 uit Brussel-Hoofdstad (i.e. een response ratio van 10.2%).

Van alle verzamelde gegevens (N=683) heeft 45.38% van de artsen ervaring met het behandelen van afhankelijke patiënten. 54.61% heeft noch een privé-praktijk noch afhankelijke patiënten. 19.9% heeft een privé-praktijk en patiënten met afhankelijkheidsproblemen en 5.1% heeft geen privé-praktijk, maar wel afhankelijke patiënten.

1. Geneesheren met een privé-kabinet die substitutiebehandelingen toepassen.

- Modaliteiten van substitutiebehandelingen (170 artsen): 127 artsen zeggen een substitutieprotocol in strikte zin te volgen (volgens de Consensusconferentie), 103 korte termijn ontwenningbehandelingen en 114 onderhoudsbehandelingen (geen elkaar uitsluitende categorieën)
- Contactfrequentie patiënten/artsen (170 artsen): 56 artsen zien hun patiënten 1x om de 14 dagen, 51 1x per maand, 39 frequenter en 19 onregelmatig.
- Aantal patiënten per geneesheer met een privé-kabinet (170 artsen): de geneesheren met een privé-kabinet hebben in het algemeen weinig patiënten in behandeling, 54 hebben er 1 of 2, 66 hebben 3 tot 10 patiënten.

2. Geneesheren die substitutiebehandelingen toepassen of hebben toegepast.

- Deze geneesheren zijn eerder gunstig gestemd tegenover het voorschrijven van heroïne voor afhankelijke gebruikers
- Deze geneesheren zijn eerder gunstig gestemd tegenover een uniforme en gecentraliseerde registratie van substitutiepatiënten
- Deze geneesheren zijn eerder gunstig gestemd tegenover de verplichte steun en vorming voor de geneesheren
- Deze geneesheren zijn eerder gunstig gestemd tegenover de terugbetaling van subutex en naltrexon door de mutualiteiten
- Deze geneesheren zijn eerder gunstig gestemd tegenover de verplichte psychosociale steun voor de substitutiepatiënt

3. Geneesheren die niet (meer) substitutiebehandelingen toepassen.

- Doorverwijzing van vragen voor substitutiebehandeling naar andere instellingen:
36,5% van de artsen die geen substitutiebehandelingen (meer) toepassen zeggen door te verwijzen naar een instelling en 24,8% naar een collega-psychiater. Er blijkt een significant verschil te zijn in de manier van doorverwijzen tussen de Brusselse artsen en de artsen van Henegouwen. Zo verwijzen de Brusselse artsen de patiënten eerder door naar een instelling, terwijl hun collega's van Henegouwen doorverwijzen naar een huisarts.

5.1.3.2. Provincie Limburg en Brussel-Hoofdstad (nederlandstalige artsen)

Bij de aanvang van het onderzoek werd een eenvoudig enquêteformulier ontwikkeld dat per post werd opgestuurd naar alle geneesheren, met name huisartsen, internisten, gynaecologen en (neuro)psychiaters van de pilootgebieden (voor de KULeuven: provincie Limburg & Brussel-Hoofdstad - Nederlandstalige artsen). Deze enquête had tot doel om zo'n compleet mogelijk overzicht te bekomen van de geneesheren die substitutiebehandelingen voor druggebruikers toepassen. Voor de artsen voor wie dit inderdaad het geval was, bevatte het formulier een aantal vragen omtrent het aantal patiënten, modaliteiten, voorgeschreven middelen, enz. De opinievrage kon door alle respondenten beantwoord worden. Naast enkele gegevens omtrent de respons op deze enquête geven we hier een overzicht van de voornaamste bevindingen.

1) Respons

Voor de provincie **Limburg** hebben er 406 van de 1235 aangeschreven artsen geantwoord: een **response ratio van 33%**. Van de 406 respondenten gaven 46 geneesheren (of **11%**) aan **substitutiebehandelingen** toe te passen. Dit eerder lage percentage wordt toegeschreven aan de specifieke situatie in de provincie Limburg waar een systeem van '**gemandateerde huisartsen**' (GHA) gangbaar is: huisartsen die door hun huisartsenkring worden aangeduid om voor hun regio alle patiënten met een illegale drugproblematiek te behandelen (waaronder ook substitutiepatiënten).

Wat **Brussel** betreft is de **response ratio** lager, nl. **21%** (of 59 van de 278 aangeschreven artsen), maar het percentage artsen dat aangeeft **substitutiebehandelingen** toe te passen, ligt er hoger, nl. **20,3%** (of 12 artsen).

2) Redenen voor het NIET toepassen van substitutiebehandelingen

Van de **Limburgse** respondenten die geen substitutiebehandelingen toepassen, **verwijzen** de meesten (bijna 40%) een druggebruiker met een vraag naar vervangmedicatie door; meestal **naar een collega-(gemandateerde)huisarts of een gespecialiseerde instelling** en slechts in enkele gevallen naar een collega-psychiater. Daarnaast krijgt meer dan ¼ van de respondenten eenvoudigweg geen hulpvraag in die zin. Opmerkelijk is dat bijna 20% van de Limburgse respondenten die geen substitutiebehandelingen toepassen, zichzelf niet competent genoeg acht om patiënten met een (illegaal) drugprobleem te behandelen. Dit kan wijzen op een tekort aan aandacht voor de drugproblematiek, reeds tijdens de opleiding van geneesheren. Op de laatste plaats haalt 'het vermijden van contact met druggebruikers' toch ook nog een niet te verwaarloosbare score van 10%.

De antwoorden die de **Brusselse** respondenten gegeven hebben, lopen enigszins parallel met die van de Limburgse respondenten, uitgezonderd dat men minder doorverwijst en meer gebruik maakt van de antwoordcategorie 'andere'. Op de eerste plaats **verwijst** men ook door (wel minder dan 30%), maar eerder **naar een gespecialiseerde instelling** en minder naar een collega-huisarts of een collega-psychiater. Een tweede reden die geopperd wordt is dat men zulke hulpvraag niet of nauwelijks krijgt (+/- 25%). Dit betekent niet dat er geen enkele hulpvraag werd gesteld, maar dit is uiteraard meer betwistbaar. Een meer aannemelijke verklaring hebben we gevonden in gesprekken met Brusselse huisartsen: de Nederlandstalige Orde der Geneesheren treedt immers bijzonder streng op tegen artsen die vervangmedicatie voorschrijven, waardoor gebruikers zich makkelijker richten tot Franstalige artsen. Een even grote groep respondenten als de Limburgse geeft aan zichzelf niet competent genoeg te vinden voor het behandelen van (illegale) druggebruikers. 'Het vermijden van contact met druggebruikers' - hoewel op de voorlaatste plaats - is toch

nog goed voor meer dan 12% van de antwoorden. Zoals gezegd, werd de restcategorie ‘andere’ opmerkelijk vaak gebruikt door de Brusselse artsen. Hierin wordt bv. expliciet vermeld wat ook uit gesprekken gebleken is, nl. dat de Nederlandstalige Orde van Geneesheren er een strenge houding aanneemt tegenover substitutiebehandelingen. Ook wordt hier een reden aangegeven die al bij de antwoordmogelijkheden voorzien was, nl. ‘men wil geen druggebruikers over de vloer krijgen’.

3) Aantal patiënten, producten en contact-frequentie

Wanneer we nu de bevindingen bestuderen van de vragen die alleen de artsen aangaan die inderdaad substitutiebehandelingen toepassen, kunnen we enkel algemene tendenzen formuleren, aangezien het slechts om een klein aantal respondenten gaat (Limburg: N=46; Brussel: N=12).

Wat **Limburg** betreft, is het aantal patiënten per arts zeer uiteenlopend. Een tendens blijkt wel te zijn dat gemandateerde huisartsen (**GHA**) eerder **hoge patiëntenaantallen** hebben (van 20 tot 50). Dit zal waarschijnlijk te verklaren zijn door het feit dat zij in nauw contact staan met het MSOC Limburg, dat werkt met grote aantallen van substitutiecliënten. De **andere artsen** hebben **eerder weinig patiënten** (1 à 4). Vanzelfsprekend bestaan hierop steeds uitzonderingen.

Wat de producten betreft, neemt **methadon** duidelijk de eerste plaats in, terwijl **Temgesic** (buprenorfine) ook, maar in veel mindere mate gebruikt wordt. Opvallend is dat de GHA evenveel Codicontin als Temgesic voorschrijven, terwijl de andere artsen het voorschrijven van Codicontin zelden of nooit vermelden.

De frequentie waarmee patiënten gezien worden, verschilt dan weer tussen GHA en de ‘gewone’ artsen, in die zin dat deze laatsten hun patiënten gemiddeld **vaker zien** (gemiddeld 1x/week) dan de GHA (1x/14 dagen of minder frequent). Dit is te verklaren door het feit dat de GHA hun patiënten bijna uitsluitend in het MSOC zien, waar de artsen een beurtrol gehanteren.

Zoals de ‘gewone’ Limburgse artsen, hebben de **Brusselse** respondenten over het algemeen **kleine patiëntenaantallen** (1 à 3), enkele uitzonderingen niet te nagesproken (van 17, 20 tot zelfs 30 patiënten voor 1 arts). Nog meer dan in Limburg is **methadon** voor de 12 betrokken brusselse artsen hét substitutiemiddel bij uitstek. Zij zien hun patiënten gemiddeld 1x/week of 1x/14 dagen, wat **vrij frequent** is, maar toch minder frequent dan in Limburg.

4) Modaliteiten

De **Limburgse** GHA lijken makkelijker op langere termijn vervangmedicatie voor te schrijven dan de ‘gewone’ artsen, die dus substitutiebehandelingen eerder op kortere termijn toepassen. Algemeen wordt van de drie vooropgestelde modaliteiten de **onderhoudsbehandeling** (onbepaalde duur) het meest toegepast (bijna 75%), gevolgd door de **substitutiebehandeling sensu stricto** (bijna 68%). Hoewel de degressieve ontwenning het minst aangekruist wordt, is deze modaliteit toch nog van toepassing op meer dan de helft van de patiënten (ruim 55%).

De **Brusselse** respondenten geven aan vooral **substitutiebehandeling sensu stricto** toe te passen en iets minder de **onderhoudsbehandeling** (onbepaalde duur). De modaliteit van de degressieve ontwenning wordt er veel minder toegepast; bijna 2/3 van de respondenten geven zelfs expliciet aan deze vorm *niet* toe te passen.

Hier is echter een belangrijke **opmerking** op zijn plaats, die we meermaals vernomen hebben tijdens gesprekken met geneesheren en hulpverleners. De vooropgestelde modaliteiten komen *niet helemaal overeen met de dagelijkse praktijk*. Meestal weet men bij het begin van de behandeling nog niet welke modaliteit men zal toepassen; dit blijkt meestal pas *tijdens de behandeling* en is *afhankelijk van de individuele patiënt en diens specifieke toestand*. Bij een verandering in de toestand van de patiënt kan dan ook *de modaliteit veranderen* tijdens de behandeling.

5) Contact met gespecialiseerde drughulpverlening

De situatie in **Limburg** is vrij eenvoudig: de GHA werken samen met het MSOC Limburg. De overige artsen kunnen ofwel in contact staan met het MSOC of een residentieel drugcentrum, ofwel ‘geïsoleerd’ werken. Wat betreft de respondenten van onze enquête, zijn er **12** van de 21 niet-gemandateerde artsen die momenteel **geen contact hebben met de drughulpverlening**, wat toch een aanzienlijk aantal is. Het is een prioritaire taak voor de 2^o fase van het onderzoek om deze 12 artsen diepgaand mondeling te interviewen.

Voor de **Brusselse** artsen is het blijkbaar niet duidelijk wat precies het verschil is tussen ‘instellingen’ en ‘netwerken van huisartsen’, te merken aan het feit dat men bij beide categorieën dezelfde instellingen of diensten vermeldt. Bovendien zijn er zeer weinig Nederlandstalige drugcentra in Brussel, waardoor de **Nederlandstalige artsen eerder samenwerken met de franstalige artsen en/of drugcentra**

6) Opiniepeiling

De laatste vraag op het enquêteformulier was een 'opinie-vraag', die peilde naar de mening van de respondenten betreffende enkele topics (in het kader van substitutiebehandelingen) waarover nog steeds discussie bestaat. Een onderscheid maken tussen de respondenten die substitutiebehandelingen toepassen en degenen die substitutiebehandelingen niet (meer) toepassen, heeft geen noemswaardige verschillen opgeleverd.

Onder alle **Limburgse** artsen bestaat er een zekere **consensus** over de topics '*uniforme en centrale registratie*', '*verplichte ondersteuning/vorming artsen*' en '*verplichte psychosociale begeleiding patiënten*'. Deze topics worden bijna unaniem (en in die volgorde) van vooral 'zeer gunstig' tot ook 'gunstig' geëvalueerd. De topic '*terugbetaling subutex en en naltrexon*' wordt gunstig gevonden, maar bijna evenveel respondenten geven aan hierover geen mening te hebben. Een verklaring kan zijn dat in Vlaanderen deze producten nauwelijks gekend zijn, zoals enkele respondenten er zelfs uitdrukkelijk bijgeschreven hebben (buprenorfine is in Vlaanderen gekend als Temgesic bv.). De topic waarover de **meningen** werkelijk **verdeeld** zijn, is '*heroïne op medisch voorschrift*': dit wordt zowel gunstig als niet gunstig beoordeeld, met een **lichte doorslag naar de negatieve beoordeling** voor de artsen die substitutiebehandelingen **toepassen** en een **erg negatieve houding** vanwege de artsen die **geen substitutiebehandelingen (meer) toepassen**. We moeten ook stellen dat de categorie 'geen mening' ook vaak wordt aangekruist, wat duidelijk maakt dat velen hun mening in verband met dit onderwerp niet willen geven.

Over de **Brusselse** artsen kunnen we weinig uitspraken doen, aangezien het hier sowieso al gaat om een klein aantal respondenten, waarvan nog eens de helft deze vraag niet beantwoord heeft. De resultaten zijn **vergelijkbaar** met die van de Limburgse artsen, uitgezonderd het feit dat de topic '*heroïne op medisch voorschrift*' voor de artsen die substitutiebehandelingen **toepassen** lichtjes **positief** wordt beoordeeld, in tegenstelling tot de '**niet-substitutieartsen**' die er eerder **zeer ongunstig** tegenover staan.

Samengevat voor Brussel én Limburg kunnen we vaststellen dat alle topics eerder gunstig gevonden worden, behalve de controversiële topic '*heroïne op medisch voorschrift*', dat vooral niet gunstig wordt beoordeeld, enkele positieve uitzonderingen niet te na gesproken (waarbij het dan gaat over artsen die substitutiebehandelingen toepassen).

5.2. Kwalitatieve evaluatie: Focus Groups en discussiegroepen

5.2.1. *Provincie Henegouwen en Brussel-Hoofdstad*

5.2.1.1. *Focus Groups met de artsen die substitutiebehandelingen toepassen in hun privé-kabinet*

4 Focus Groups (FG) werden gehouden in het kader van dit onderzoek: 2 in Brussel, 2 in Charleroi. Volgens de criteria van deze methodologie, werden de bijeenkomsten georganiseerd rond een open thema om discussies op gang te brengen en om de verschillende meningen te verkrijgen. Dit thema bestond uit een voorstelling van de wettelijke situatie inzake substitutiebehandelingen en de technische modaliteiten van deze behandelingen, zoals bijvoorbeeld:

- de lijst van toegelaten producten in het kader van een substitutiebehandeling (methadon, buprenorfine,...);
- de voorwaarden van aflevering en toediening van de medicatie;
- de registratie van de behandeling met respect voor de wet op de bescherming van de privé-sfeer;
- het aantal patiënten dat per geneesheer kan behandeld worden;
- de begeleiding van de behandeling en de permanente vorming van de geneesheer;
- de relatie van de geneesheer met een gespecialiseerd centrum of met een hulpverleningsnetwerk (Wet, 2002).

Over het algemeen is de situatie van artsen die substitutiebehandelingen toepassen in hun privé-kabinet complex vanuit het standpunt van hun evaluatie. Vooreerst behandelt een relatief groot aantal artsen immers slechts een klein aantal patiënten: er is dus sprake van een grote spreiding van patiënten. Ten tweede maken het strikte kader van de medische consultatie en dan vooral de duur ervan (10 tot 30 minuten) het gebruik van al te gespecialiseerde instrumenten praktisch onmogelijk. Ten derde is het beroep doen op een vrij gevestigde huisarts vaak ingegeven door het intieme karakter van de therapeutische relatie: bijgevolg doet men beroep op de familiedokter, die zijn patiënten reeds lang heeft behandeld voor diverse gezondheidsproblemen, die steeds het vertrouwen van verschillende leden van dezelfde familie heeft genoten, die eventueel de achtergrond van het leven van zijn patiënten kent en die een zekere geheimhouding kan garanderen.

5.2.1.2. Discussiegroepen i.k.v. de zgn. ‘institutionele intervisie’ met de leden van de instellingen

De ‘institutionele intervisie’ is vooral gestuurd geworden in functie van het goede verloop van de testen met de eerder beschreven vragenlijsten. Tijdens de discussiegroepen hebben de hulpverleners van de verschillende equipes hun standpunten kunnen expliciteren ten aanzien van de relevantie van de gebruikte instrumenten, hebben ze ideeën kunnen voorstellen om de onderzoeks te helpen in hun zoektocht naar andere instrumenten, en hebben ze hun mening kunnen geven over de validiteit en de bruikbaarheid van de instrumenten.

De methode van de institutionele intervisie werd ontwikkeld voor periodes van ‘middel-lange termijn’ (2 à 3 jaar). Juist op dat ogenblik levert deze methode de beste resultaten op, met name bij het in overeenstemming brengen van de doelstellingen van een equipe en de middelen om ze te bereiken. In dat stadium hebben we grondig nagedacht over de adequaatheid van de ‘Quavisub’-vragenlijst, rekening houdend met de verwachtingen van de hulpverleners, en daar tegenover het feit dat de doelstellingen van de ASI niet overeenstemmen met het klinische werk van de hulpverleners.

5.2.2. Provincie Limburg en Brussel-Hoofdstad

5.2.2.1. Panelgesprek gemandateerde huisartsen Limburg

Het panelgesprek met **16 gemandateerde huisartsen** in Limburg leverde ons belangrijke bijkomende informatie, aangezien de vooropgestelde ‘TUF’-vragenlijst ons inziens niet voldoende tegemoetkwam aan de specifieke onderzoeksvragen van onderhavig project. Aan de hand van een **gesloten vragenlijst** – ontwikkeld door het onderzoeksteam van de KULeuven – werd deze groep tijdens een eerste bijeenkomst bevraagd. Bij de tweede bijeenkomst kwamen open vragen, topic’s en discussiethema’s aan bod, die zowel door de onderzoeker als door de praktijkmensen-deelnemers aan het panelgesprek zelf aangebracht worden.

De **respondenten** zijn gemiddeld reeds **18 jaar huisarts** en hebben gemiddeld ongeveer **9 jaar het statuut van ‘gemandateerd huisarts’** (GHA). Dit systeem was bijgevolg reeds in voege voordat het MSOC werd opgericht in 1997.

1) Diversiteit

Na de verwerking van de verzamelde data blijkt de belangrijkste conclusie gevonden te worden in de grote (theoretische én praktische) **verschillen** ten aanzien van substitutiebehandelingen in al zijn aspecten. Dit is des te meer opmerkelijk wanneer men weet dat de respondenten vooraf het nut van deze vragen in twijfel trokken aangezien ‘er toch de richtlijnen van de consensusconferentie zijn en die worden door alle betrokken actoren op dezelfde wijze toegepast’...

Hierna bespreken we de voornaamste bevindingen van het eerste deel van het panelgesprek met 16 Limburgse GHA, met name de resultaten van de KULeuven-vragenlijst. Doorheen deze bevindingen zal duidelijk worden hoezeer de toepassing van substitutiebehandelingen verschillen vertoont, zelfs in 1 regio (i.c. de provincie Limburg). We menen te mogen veronderstellen dat tijdens de 2^o fase van ons onderzoek deze diversiteit eveneens naar boven zal komen in andere regio’s, en wellicht in nog grotere mate... Het toetsen van deze hypothese zal dus van fase 2 een belangrijke onderzoeksopdracht uitmaken.

2) Doelstellingen

Tegen onze verwachtingen in (en die van de respondenten) bleek er allereerst **geen eensgezindheid** over de doelstelling(en) van substitutiebehandelingen. Wat betreft het aankruisen van welke doelstellingen men in welke mate belangrijk vindt, lopen de antwoorden zeer uiteen. Wanneer men de drie belangrijkste doelstellingen dient te rangschikken in orde van belangrijkheid, is er zelfs sprake van ambiguïteit: iets meer dan de helft van de respondenten geeft het **‘verbeteren van de leefomstandigheden en het sociaal functioneren’** (= schadebeperkend denken) aan als belangrijkste doelstelling. Dit terwijl tegelijkertijd toch ook ¼ van de respondenten als nummer 1 in de rangschikking **‘abstinentie van illegale drugs’** aanduidt (= gericht op onmiddellijke fysieke en later psychologische ontwenning). Samengevat kunnen we niet spreken van een consensus over de doelstellingen van substitutiebehandelingen, met uitzondering van de doelstelling ‘het verbeteren van de levensomstandigheden en het maatschappelijk functioneren van de patiënt’, dat door de overgrote meerderheid van de respondenten zeer belangrijk wordt gevonden.

3) Inclusiecriteria

Een tweede duidelijke voorbeeld van deze diversiteit in de praktische toepassing van substitutiebehandelingen betreft de toelatingscriteria. Hoewel we hier weinig variatie zouden verwachten aangezien inclusiecriteria duidelijk werden omschreven in de Consensusconferentie, geven de artsen hier **zeer uiteenlopende antwoorden**, met name inzake het aantal **mislukte detoxingen** en het aantal **jaren opiaatafhankelijkheid**. Urinecontroles worden door alle artsen toegepast.

Op de vraag of deze criteria minder strikt worden toegepast voor bepaalde subgroepen, geeft men een eenduidig negatief antwoord wat betreft HIV-/Hepatitis-positieve patiënten. M.b.t. **zwangere vrouwen** zijn de meningen dan weer op en top verdeeld: de ene helft beweert de regels voor deze subgroepen minder strikt toe te passen; de andere helft beweert geen onderscheid te maken tussen deze en andere patiënten.

4) Substitutiemiddelen en dosissen

Over de aard van de vervangmedicatie bestaat meer duidelijkheid. **Methadon** blijft hét substitutiemiddel bij uitstek: alle artsen vermelden methadon, waarbij **sommige** patiënten **buprenorfine** of **Codicontin** wordt voorgeschreven. Wat betreft het hanteren van een **maximumdosis** zijn de antwoorden **dubbel**: de helft van de respondenten hanteert een maximale dosis, de andere helft doet dat niet. Inzake maximumdoses is (op één geval na) **>100mg/dag** de norm geworden. Wij vonden 140mg als absoluut maximum, gehanteerd door één arts. Zoals gezegd gaat het hier in nagenoeg alle gevallen om methadon.

Nemen we het patiëntenbestand van alle artsen samen, dan blijkt dat 90% van alle patiënten die een substitutiebehandeling volgt, de gemiddelde dosis voorgeschreven krijgt, nl. tussen 21 en 60mg/dag.

5) Modaliteiten van substitutiebehandelingen

Ook in dit verband een aantal belangrijke vaststellingen:

- Allereerst zijn er geen respondenten die de substitutiebehandeling onderwerpen aan een vastgestelde duur, op één uitzondering na.
- Meest relevant inzake de modaliteiten is de substitutiebehandeling als **onderhoudsbehandeling**. Een ruime helft van de respondenten onderschrijft deze zienswijze. Dit impliceert uiteraard dat de duur van een substitutiebehandeling variabel is.
- Vervolgens ontvangt een kwart van de patiënten een **onderhoudsbehandeling stricto sensu** (2-5 jaar).
- De zgn. ‘degressieve ontwenning’ kent weinig toepassingen: 10% van de patiënten krijgt dergelijke behandeling.

Deze bevindingen zijn weinig verrassend aangezien het hier gaat om patiënten van een MSOC, een dienst waarvan men mag veronderstellen dat zij functioneert overeenkomstig de *harm reduction*-benadering, in eerste instantie gericht op de reïntegratie van de patiënt in de samenleving.

6) Wijze van toekenning en aflevering van de substitutiemedicatie

De overgrote meerderheid van de respondenten, ofwel 13 artsen, schrijft ‘altijd’ of ‘meestal’ in een **MSOC** voor. Opmerkelijk is dan weer dat de helft toch toegeeft ‘soms’ in de **privé -praktijk** voor te schrijven. 25% van de artsen ziet zijn/haar substitutiepatiënten weliswaar in de praktijk maar **voor andere medische zaken** dan het voorschrijven van vervangmedicatie. Een aanzienlijke groep van de respondenten (1/5 van de 16 artsen) geeft aan hun patiënten ‘nooit’ in de praktijk te zien.

7) Evaluatie van de substitutiebehandeling

Ten slotte nog een korte toelichting bij de opvolging van de substitutiepatiënt.

- In 80% van de gevallen wordt er bij de **aanvang** van de behandeling een ‘**plan**’ opgesteld. De kans dat dit door het **MSOC** (7/16) dan wel door de **GHA in samenspraak met het MSOC** gebeurt is vrij groot.
- Ook **tijdens** de substitutiebehandeling wordt de patiënt geëvalueerd. Slechts 2 artsen geven aan dit slechts ‘soms’ te doen. Men doet dit op zgn. **intervisievergaderingen** waar alle personen betrokken bij de behandeling van een bepaalde patiënt, aanwezig zijn.
- Aan het **einde** van een substitutiebehandeling wordt een **succesvolle beëindiging** van de behandeling gedefinieerd, waarbij we op zoek gingen naar de **criteria** die hierbij worden gehanteerd. De gevarieerde terminologie en de zeer uiteenlopende antwoorden, zouden ons te ver leiden deze vragen hier grondig te beschouwen. Hiervoor verwijzen we naar het integrale eindrapport. Bovendien is dit bv. een topic die tijdens een 2^o panelgesprek verder uitgediept zal worden.

5.3. Andere bestaande vragenlijsten

Tijdens het verloop van het onderzoek, hebben de onderzoekers zich eveneens gebogen over het bestaan en de relevantie van alternatieve surveys, meer gericht op de dagdagelijkse realiteit. Er is heel wat minder wetenschappelijke informatie te vinden over dergelijke alternatieve vragenlijsten. De analysecriteria van deze vragenlijsten zijn dezelfde als de eerder gehanteerde criteria, te weten: de doelstellingen van substitutiebehandeling zoals gestipuleerd in de wet én de aanbevelingen in de Consensusconferentie.

5.3.1. Evolutox

Deze korte vragenlijst (19 items) werd ontwikkeld door het *Réseau d'Aide aux Toxicomanes* en vormde het onderwerp van een onderzoekscontract tussen het FNWO en de CoCof (Ledoux Y et al, 1993, Remy C, 1995 et 1997). Zoals de naam reeds doet vermoeden, dient de Evolutox om de **evolutie** van de gebruiker die een substitutiebehandeling volgt, te **evalueren**. De 19 items bestrijken volgende gebieden:

1. **Producten:** 3 items inzake de frequentie van gebruik en één inzake de dosis van het vervangmiddel.
2. **Indicator m.b.t. de ernst van de problematiek:**
 - a. Een zgn. 'marginaliserings-factor', samengesteld uit 5 items: levensplan, werk, autonomie, voorkomen, identificatie met het imago van 'verslaafde'.
 - b. Een zgn. 'deviantie-factor', samengesteld uit 3 items: deelinquentie, deal en juridische situatie.
3. **Gezondheidstoestand:** 3 items peilen naar het bestaan van een – al of niet behandelde – medische pathologie en de intensiteit van eventuele depressieve- of angstepisodes.
4. **Sociale aspecten:** 2 vragen houden enerzijds rekening met het sociale weefsel en anderzijds met de autonomie in het dagelijks leven.
5. **Therapeutische inspanningen:** één thema evalueert het contact met de therapeut, terwijl een bijkomende module de zelfkritiek behandelt van de cliënt m.b.t. haar/zijn gebruik.

Tijdens het eerste contact wordt een anamnesefiche opgesteld door de arts, over het gebruik van de cliënt en diens toedieningswijzen. De cliënt vult zelf een vragenlijst in m.b.t. de context waarin de cliënt leeft en haar/zijn levensverwachtingen.

Alle items worden beoordeeld op een schaal van 0 tot 4 en nemen 1 pagina recto-verso in beslag. Vanaf het begin van de behandeling moet dit elke drie maanden opnieuw ingevuld worden. Het invullen neemt weinig tijd in beslag en zijn compatibel met de medische activiteiten in de privé-praktijk. De eenvormigheid van elk item, op dezelfde manier beoordeeld, vergemakkelijkt de decodering en de statistische analyses.

5.3.2. Minimale Toxicomanie Gegevens (MTG)

De Minimale Toxicomanie Gegevens (MTG) vormen een geïntegreerde module binnen de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) en zijn aangepast aan de specificiteit van gehospitaliseerde druggebruikers.

Deze module werd uitgewerkt i.s.m. experts, werkzaam op het terrein en is opgesteld overeenkomstig de Europese standaarden, aangevuld met specifieke klinische gegevens. Een handleiding werd voorzien. Omwille van administratieve moeilijkheden, eigen aan de MPG, kent de MTG nog steeds geen toepassing tot op heden. Deze is nochtans klaar om in gebruik genomen te worden (Bergeret I et al, 1999 et 2001).

5.3.3. KULeuven-vragenlijst betreffende substitutiebehandelingen - voor artsen

Deze eigen ontwikkelde vragenlijst is gericht om op algemene wijze een duidelijker beeld te verschaffen inzake het cliënteel van huisartsen. Men kan 8 secties onderscheiden:

1. Identificatie van de arts
2. Beoogde doelstellingen m.b.t. substitutiebehandelingen
3. Inclusie- en exclusiecriteria voor cliënten
4. Gebruikte vervangmiddelen en dosering
5. Modaliteiten inzake substitutiebehandelingen
6. Voorschriften en aflevering van de substitutiebehandeling
7. Evaluatie
8. Aantal patiënten in behandeling

Globaal beschouwd, is deze vragenlijst helder en gemakkelijk in te vullen. Men gaat niet op zoek naar precieze cijfers maar eerder naar globale schattingen (bv. % patiënten die methadon krijgen). Er wordt op passende wijze ingegegaan op die informatie die onmisbaar is voor een intake.

Wel ontdekten we enkele inconsequenties inzake de ontwikkelde metrische schalen. Het bereik van de schalen verschilt, wat de statistische analyse moeilijker maakt. Soms bevindt het antwoord 'gemiddeld' zich niet in het midden van de schaal, wat het statistisch gezien een positief antwoord maakt i.p.v. neutraal te blijven. De volgorde van quotatie is niet homogeen (in sommige schalen komt 'altijd' overeen met de maximale score, in andere met de minimale), zonder verdere uitleg betreffende de reden hiervoor.

Uiteraard is deze vragenlijst tot op heden nog niet onderworpen aan validiteitsstudies van welke aard ook (construct-validiteit, betrouwbaarheidsvaliditeit, enz.) aangezien het een experimenteel instrument betreft. Toch verdient deze survey heel wat merites waardoor hij middels enige aanpassingen, zeker ingezet kan worden.

5.3.4. Mini-vragenlijst van de Maison Médicale

Tijdens de ontmoetingen met de artsen van de 'maison médicale', hebben zij de wens uitgedrukt te kunnen beschikken over een eenvoudig en snel instrument, aangepast aan de realiteit van de consultaties in de praktijk. Uit de discussie kwam naar voor dat dit instrument moet voldoen aan de volgende eisen :

- maximaal één bladzijde (gemakkelijk en snel in te vullen)
- evaluatie volgens de schalen van de ASI dienen bewaard (de 4 schalen van ernst en belang voor de patiënt)
- ondanks alles, de multidimensionaliteit omvatten van de problematiek van de afhankelijke patiënt.

Uiteraard gaat het hier in deze fase slechts om een denkpiste, niet om een gevalideerd document.

5.3.5. Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN)

Deze vragenlijst werd reeds gebruikt in Nederland door F.M.H.M. Driessen (1992). Het is een specifieke vragenlijst voor substitutiebehandelingen met methadon. Doorheen de vragenlijst kan men de volgende domeinen onderscheiden:

1. Sociale identificatie van de patiënt
2. Gebruik van illegale drugs en methadon
3. Lichamelijke gezondheid
4. Geestelijke gezondheid
5. Justitie
6. Werk en opleiding
7. Anamnese van familie en kindertijd
8. Professionele hulp

De MCN bevat 67 vragen die elkaar opvolgen zonder onderverdelingen en is vervelend gepresenteerd. De gestelde vragen lijken sterk op de vragen van de ASI. Verschillende items zijn dichotoom, sommige zijn parametrisch. Spijtig genoeg hebben de graden-items niet systematisch hetzelfde bereik, wat de statistische analyse bemoeilijkt en wat de bruikbare methodes beperkt. Zoals de ASI belicht deze vragenlijst te weinig de positieve aspecten van het leven van de gebruiker en zeker niet zijn/haar levenskwaliteit. De materiële levensvoorwaarden, het sociale en affectieve leven van de persoon worden niet aangeraakt. Er zijn slechts weinig items die een evolutie meten en deze vragenlijst is meer geschikt om een profiel op te stellen van de consultants dan van hun follow-up of evolutie. In vergelijking met de Evolutox bestudeert deze vragenlijst nergens de therapeutische relatie, de levensdoelen, het inzicht, de identificatie met het imago van 'verslaafde'. Evenmin bevat de vragenlijst een indicatie van de ernstgraad en – voor zover we weten – ook geen samengestelde scores. Deze vragenlijst exploreert bovendien niet de doelstellingen van de behandeling.

We hebben ten slotte geen studie kunnen vinden betreffende de validiteit en de metrische waarden van de vragenlijst.

5.3.6. Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN)

Deze vragenlijst werd in Nederland gebruikt door F.M.H.M. Driessen (1990). Het gaat hier om een vragenlijst die, zoals de 'TUF', tot doel heeft een profiel van de instelling op te stellen.

Deze gedetailleerde vragenlijst bevat 111 items met het oog op de beschrijving van de activiteiten en de organisationele aspecten van de instelling.

6. Discussie

Voor het onderzoek ‘Substitutiebehandelingen in België. Ontwikkelen van een model ter evaluatie van de verschillende types van voorzieningen en van de patiënten’ hebben we enerzijds verwezen naar hetgeen de wet voorschrijft en anderzijds naar de vaststellingen zoals ze worden beschreven in de Consensusconferentie en de follow-up ervan.

6.1. Kritische discussie van de kwantitatieve analyse

Drie instrumenten werden gebruikt voor de kwantitatieve analyse. De Addiction Severity Index heeft tot doel de subjectieve noden aan behandeling te bepalen en een profiel op te stellen van de context van de afhankelijkheid. De Quavisub evalueert voornamelijk de subjectieve en objectieve levenskwaliteit en de tevredenheid over middelengebruik of verslavend gedrag. De TUF is een beschrijvend instrument dat toelaat een algemeen profiel van een instelling te schetsen. Om te kunnen oordelen over de haalbaarheid en de relevantie van een eventueel routinematig gebruik van deze instrumenten heeft elke instelling zelf deze instrumenten toegepast.

6.1.1. De Addiction Severity Index

De ASI werd reeds gebruikt in duizenden settings over de hele wereld, t.t.z. dit instrument kan toegepast worden, mits bepaalde voorwaarden, voor illegale druggebruikers of alcoholisten. Bij het lezen van gepubliceerde artikels blijkt nochtans dat dit instrument vooral wordt gebruikt in residentiële ontwenningencentra en ziekenhuizen die in hun werking een volledige evaluatie van de patiënt vanaf zijn aankomst integreren. Dat is helemaal niet de context waarin het huidige onderzoek zich afspeelt.

Op grond daarvan erkennen de praktijkmensen die het instrument ingevuld hebben, de relevantie van de onderzochte domeinen en appreciëren vooral het feit dat in deze vragenlijst de reflectie wordt uitgebreid tot het geheel van de levensdomeinen van de druggebruiker. Ze betreuren echter de grote omvang ervan, de disproportionele items betreffende het verleden in vergelijking met de items over het huidige leven, de nadruk die gelegd wordt op de ernst van de problemen zonder daar positieve factoren tegenover te stellen.

Wat betreft het invullen van de items, is de codering ingewikkeld en dwingt enerzijds tot het vaak teruggrijpen naar de handleiding en anderzijds tot een vorming van 2 dagen.

De statistische validiteit van de α van Cronbach van de samengestelde indicatie ‘drugs’ wordt in de internationale literatuur niet bijzonder gevonden en zelfs vrij slecht in onze steekproef. Bovendien is het bereik van de items voor veel vragen verschillend, wat de verwerking zeer complex maakt voor de onderzoeker.

Omwille van al deze redenen blijkt de ASI, hoewel we met dit instrument een massa informatie hebben verzameld over verschillende levensdomeinen van de druggebruiker, toch **niet de meest geschikte vragenlijst** in het kader van substitutiebehandelingen in België; het blijft nochtans een interessant instrument voor het evalueren en op punt stellen van gespecialiseerde hulpverleningscentra.

6.1.2. De Quavisub

De Quavisub is reeds gebruikt in een vijftigtal studies in Frankrijk, België, Canada en de USA. Het gaat om een vragenlijst die zowel de subjectieve als de objectieve levenskwaliteit exploreert. Deze is samengesteld uit een reeks van instrumenten die zelf reeds uitgebreid gebruikt werden, vooral de SLDS van Baker en Intigliata. Ze wordt gepresenteerd in een zelf in te vullen vorm, wat ongeveer twintig minuten in beslag neemt; de verwerking ervan tien minuten. De verwerking leverde geen noemenswaardige problemen op voor het MSOC van Charleroi waar men de vragenlijsten liet invullen in de wachtzaal. In de ‘maisons médicales’ werd ze echter veel minder ingevuld omwille van het feit dat men vergat de vragenlijst terug mee te brengen bij een volgende consultatie. Daarom is het wenselijk om te beschikken over een kortere versie dan degene die gebruikt werd, zodat men ze kan invullen in de wachtzaal.

In wezen is de Quavisub geen specifiek instrument. Ze kan zowel toegepast worden voor ‘gezonde’ personen als voor druggebruikers, en de auteurs hebben aangetoond dat de procedure van de evaluatie van de levenskwaliteit gebaseerd is op dezelfde criteria voor beide groepen. De nadruk wordt gelegd op het subjectieve aspect, zonder de objectieve context van het onderzochte subject te verwaarlozen. In de vragenlijst is onder andere een schaal opgenomen die de tevredenheid meet over het middelengebruik of ‘verslavend’ gedrag in het algemeen. Praktijkmensen kunnen zich in de filosofie van de vragenlijst herkennen, aangezien die dichter bij hun klinische ervaringen staat en o.w.v. het feit dat de levensdomeinen erin opgenomen zijn die vatbaar zijn voor verbetering.

Op het statistische vlak is de validiteit zeer goed, wat ook de criteria zijn. De decodering wordt vergemakkelijkt door het terbeschikking stellen van een software pakket dat automatisch de samengestelde scores berekent met dezelfde antwoordmogelijkheden en dat toelaat om tegelijkertijd twee rapporten te maken: één voor de patiënt (in tekstvorm) en één voor de therapeut (in de vorm van grafieken). Een specifieke vorming voor de verwerking van de gegevens is

niet nodig; wel dient men even zijn kennis op te frissen m.b.t. het interpreteren van de grafieken die gepresenteerd worden in standaard afwijkingen.

Er bestaan verschillende versies. Indien men deze vragenlijst samen met de ASI toepast, is de kortste versie het meest aangewezen. In het kader van het vervolg van deze studie stellen we voor de middel-lange versie te gebruiken, aangevuld met de schaal van de perceptie van de gevoelens betreffende het middelengebruik of betreffende het ‘verslavend’ gedrag in het algemeen.

6.1.3. De TUF

Le TUF is een beschrijvend instrument dat tot doel heeft een profiel te schetsen van een instelling. Het gaat om een experimenteel instrument dat voorgesteld werd door het Griekse Focal Point van het Waarnemingscentrum in Lissabon. Gezien het kleine aantal bestudeerde instellingen kunnen we ons niet uitspreken over de waarde en de relevantie ervan. Deze vragenlijst kan makkelijk worden vervangen door een ander instrument dat we toepasselijker vinden.

6.2. Kwalitatieve analyse

6.2.1. Provincie Henegouwen en Brussel-Hoofdstad (franstalig)

Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek bestond uit twee verschillende methodes: enerzijds de Focus Groups (FG) met panels van artsen die substitutiebehandelingen toepassen in hun privé-kabinet, om zoveel mogelijk verschillende meningen aan het licht te brengen over modaliteiten van substitutiebehandelingen en over de haalbaarheid van een evaluatiemodel dat aangepast is aan deze specifieke praktijken. Meerdere hypothesen kwamen daaruit voort en er werden voorstellen gedaan betreffende de structuur van methodologische instrumenten.

Anderzijds werd de methode van de ‘institutionele intervisie’ gebruikt in de instellingen om een institutionele consensus te bereiken betreffende het gebruik van de vragenlijsten. De technische bemerkingen m.b.t. de vragenlijsten buiten beschouwing gelaten, de voornaamste verdienste van de kwalitatieve methodes lag in het aantonen van de zeer grote verscheidenheid aan behandelingsvormen aan de hand van dezelfde vragenlijsten: het medische voorschrift en de substitutiebehandelingen. Daaruit blijkt dat een duurzame klinische evaluatie op lange termijn niet de identificatie van de verschillende praktijken zou vermijden, die zelf evenveel verschillende invalshoeken en filosofieën betreffende de hulpverlening vertegenwoordigen.

6.3. Alternatieve vragenlijsten

Een reeks alternatieve vragenlijsten werd geanalyseerd op basis van hun facevaliditeit. (Beantwoorden zij aan de criteria van de wet en de Consensusconferentie? Zijn ze goed opgebouwd? Zijn ze specifiek? Kunnen zij routinematig gebruikt worden in een standaard medische praktijk, en in het bijzonder in de Belgische context van aflevering van substitutiemiddelen door ambulante centra? Zijn ze aangepast aan de verschillende behandelingsfilosofieën? Bestuderen zij de prioritaire doelstellingen van de behandeling? Enz.).

- **Eén enkele vragenlijst beantwoordt aan zowat alle hierboven opgesomde criteria: de Evolutox.**
- **Twee vragenlijsten mogen niet verworpen worden, gezien hun eenvoud: de ‘Mini-vragenlijst van de Maison Médicale’ en de ‘KULeuven-vragenlijst betreffende substitutiebehandelingen - voor artsen’.**
- **Eén vragenlijst beantwoordt niet aan de selectiecriteria: de ‘Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN)’. Eén vragenlijst zou de ‘TUF’ kunnen vervangen: de ‘Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN)’.**

Belangrijke opmerking: In geen enkele vragenlijst kan men iets terugvinden over de verwachte veranderingen bij de patiënten. Deze zijn echter onmisbaar voor de evaluatie als de instelling (of de geneesheer in een privé-kabinet) de veranderingen van de cliënt/patiënt op het vlak van bepaalde levensdomeinen goed volgt. Het komt er dus op aan óf een item ‘veranderingen tijdens de behandeling’ toe te voegen, óf focus groups te organiseren bij de instellingen.

7. Aanbevelingen en conclusies

7.1. Definitieve vragenlijst

De auteurs stellen twee soorten vragenlijsten voor:

- een extra-korte vragenlijst gebaseerd op de ‘**Mini-vragenlijst van de Maison Médicale**’ en de ‘**KULeuven-vragenlijst betreffende substitutiebehandelingen - voor artsen**’ die slechts 1 pagina mag beslaan en moet kunnen ingevuld worden na een consultatie in minder dan 3 minuten. Deze vragenlijst moet ook nog gevalideerd worden.
- een standaard-vragenlijst die de volgende domeinen bevat:
 - **Producten:** frequentie van druggebruik en dosis van het substitutiemiddel.
 - **Ernstindicatie**
 - **Marginalisatie - autonomisatie**
 - **Sociale deviantie en gerechtelijke aspecten**
 - **Fysieke en psychische gezondheidstoestand inclusief HIV en hepatitis**
 - **Sociale situatie**
 - **Evolutie van de therapeutische relatie**
 - **Gebeurtenissen in het leven en anamnestiche elementen**
 - **Subjectieve en objectieve levenskwaliteit**
 - **Schaal van beleving tegenover het middelengebruik of ‘verslavend’ gedrag**

7.2. Aanbevelingen

Het is noodzakelijk dat het gebruik van deze instrumenten integraal deel uitmaakt van een ‘actie-onderzoek’ zoals dit werd gedefinieerd in de voorafgaande studie betreffende de MSOC’s (Pelc I et al, 2001). De vragenlijsten moeten dus geïmplementeerd worden, tegelijk met de begeleiding van de instellingen bij hun reflectie over de doelstellingen van de substitutiebehandeling. Om dit te bereiken, is het nodig:

1. dat het invullen van de vragenlijsten gekoppeld wordt aan een onmiddellijke feed-back (in de vorm van een rapport of van overzichtelijke grafieken). Het eenvoudigste zou zijn om te kunnen beschikken over een geïnformatiseerd instrument,
2. dat er regelmatig een profiel van de analyse van hun gegevens wordt overhandigd, ofwel in de vorm van een geschreven rapport, ofwel (beter) middels een bijeenkomst met vertegenwoordigers van de instelling en de personen die de informatie centraliseren,
3. dat de praktijkmensen meedelen hoe de analysegegevens zich verhouden tot wat zich afspeelt in het werkveld en dat dit mee in rekening wordt genomen,
4. dat de vragenlijst niet onaantastbaar is en dat er, in functie van de doelstellingen of de belangen, bepaalde evaluaties kunnen toegevoegd worden (comme dans le RPM),
5. dat de kwalitatieve dimensies die met name de veranderingen en de therapeutische relaties betreffen, niet achterwege worden gelaten en dat de gegevensverzameling geen doel op zich is, maar een middel om te reflecteren over de praktijk.

7.3. Conclusies

De resultaten van deze eerste studie zijn de volgende:

1. Substitutiebehandelingen zijn in België correct gekaderd in richtlijnen voor een goede werkwijze, maar worden toegepast in zeer diverse contexten van hulp en medische assistentie, met bijgevolg zeer diverse doelstellingen en betekenissen van de behandeling voor elk van deze contexten.
2. Naast de gespecialiseerde centra zijn er een beperkt aantal actoren die substitutiebehandelingen toepassen en deze hebben op hun beurt ook een beperkt aantal cliënten dat substitutiebehandeling krijgt.
3. Er bestaat tot op heden geen enkel administratief kader voor de systematische evaluatie van substitutiebehandelingen en de organisatie ervan. Bovendien zijn de verwachtingen van onderzoekers in dit domein tegenwoordig hooggespannen en beperken daarom onmiskenbaar de mogelijkheden van de mensen in het werkveld om te participeren aan dergelijke evaluaties, behalve als men werkt met de methodologie van het ‘actie-onderzoek’ die kan evolueren tijdens de loop van het onderzoek en die een constante en efficiënte interactie van de onderzoeksequipes en de praktijkmensen noodzakelijk maakt.
4. Gezien de voorgaande bemerkingen stellen we twee soorten vragenlijsten voor met de hierboven beschreven kenmerken.
5. Ten slotte kan zulk onderzoek slechts gevoerd worden in het kader van het actie-onderzoek en daarom genieten van een grote soepelheid m.b.t. het aanpassen van de methodologie, natuurlijk steeds in het licht van voorafgaande precies gedefinieerde onderzoeksdoelstellingen.

Bibliografie

- ABBEY A. & ANDREWS F.M. (1985) ; Modeling the Psychosocial Determinants of Quality of Life, in *Social Indicators Research*, 16(1), pp. 1-34
- *Actieplan Toxicomanie-Drugs / Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* (02/02/1995), Kabinet van de Eerste Minister / Cabinet du Premier Ministre, Brussel / Bruxelles
- ALTERMAN A.I., BROWN L.S., ZABALLERO A. & McKAY J.R. (1994) ; Interviewer Severity Ratings and Composite Scores of the ASI : A Further Look, in *Drug and Alcohol Dependence*, 34, pp. 201-209
- ANDREWS F.M. & CRANDALL R. (1976) ; The Validity of Measures of Self-Reported Well-Being, in *Social Indicators Research*, 3, pp. 1-19
- ANDREWS F.M. & INGLEHART R.F. (1979) ; The Structure of Subjective Well-Being in Nine Western Societies, in *Social Indicators Research*, 6, pp. 73-90
- ANDREWS F.M. & McKENNEL A.C. (1980) ; Measures of Self-Reported Well-Being : Their Affective, Cognitive and Other Components, in *Social Indicators Research*, 8, pp. 127-155
- ANDREWS F.M. & ROBINSON J.P. (1991) ; Measures of Subjective Well-Being, in Robinson J.P., Shaver Ph. R. & Wrightsman L.S. ; *Measures of Social Psychology Attitudes*, vol. I, Academic Press, San Diego (Ca), pp. 61-115
- ANDREWS F.M. & WITHEY S.B. (ed.) (1976) ; *Social Indicators of Well-Being, American's Perception of Life Quality*, Plenum Press, New York
- ANDREWS F.M. & WITHEY S.B. (1974) ; Developing Measures of Perceived Life-Quality. Results from Several National Surveys, in *Social Indicators Research*, 1, pp. 1-26
- *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the EU* (1998), EMCDDA, Lisboa
- AURIACOMBE M., FRANQUES P. & MARTIN C. (1994) ; Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne, Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne, in Guffens J. (ed.) ; *Toxicomanie, hépatites, SIDA*, Paris, 1994
- AVANTS S., MARGOLIN A. & SINDELAR J.L. (1999) ; Day Treatment Versus Enhanced Standard Methadone Service for Opioid-Dependent Patients : A Comparison of Clinical Efficacy and Cost, in *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 27-33
- BAKER F. & INTAGLIATA J. (1982) ; Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems, in *Evaluation & Program Planning*, 5(1), pp. 69-78
- BALL J.C. & ROSS A. (1991) ; *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York
- BART HWELL A. & GASTFRIEND D.R. (1994) ; Traitement de la polytoxicomanie, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 157-179
- BERGERET I., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I (2001) ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- BERGERET I., DE BACKER V., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I (1999) ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- BERTSCHY G. (1995) ; Methadone Treatment : An Update, in *European Archives of Clinical Neuroscience*, 245, pp. 114-124
- *Besluit houdende uitvoeringsvoorschriften krachtens de Opiumwet (Opiumwetbesluit)* (09/12/2002), versie geldig vanaf 17 maart 2003.
- BOEKHOUT VAN SOLINGE T. (1996) ; *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk, Handel, gebruik en beleid*, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
- BONIN B. (1999) ; Traitement substitutif par buprénorphine et travail en réseau, in *Annales Psychiatriques*, 14 (2), pp. 121-126
- BONNET N., BEAUVERIE P., GAUDONEIX-TAIEB M., POSSON N., IMBERT E. & FOURNIER G. (2001) ; Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution, in *Annales de Médecine Interne*, 152, pp. 2515-2150
- BOVASSO G.B., ALTERMAN A.I., CACCIOLA J.S. & COOK T.G. (2001) ; Predictive Validity of the Addiction Severity Index's Scores in the Assessment of 2-Year Outcomes in a Methadone Maintenance Population, in *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), pp. 171-176
- BRADBURN N.M. (1969) ; *The Structure of Psychological Well-Being*, Adline, Chicago (Il.)

- BRADBURN N.M. & CAPLOVITZ D. (1965) ; *Reports on Happiness : A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health*, Aldine, Chicago (II.)
- BRECHER M. (EDS.) (1972) ; *The Consumers Union Report on Licit and Illicit drugs*, New Haven (CT)
- BROWN J. (1994) ; Pratique responsable en matière de méthadone à emporter, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 147-156
- BURKE D. (1994) ; Intégration des programmes de méthadone à la communauté, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 237-251
- BUTLER S.F., BUDMANN S.H., GOLDMANN R.J., BECKLEY K.E., TROTTIER D., NEWMAN F.L. & CACCIOLA J.S. (2001) ; Initial Validation of a Computer-Administered Addiction Severity Index : The ASI-MV, in *Psychology and Addictive Behaviors*, 15(1), pp. 4-12
- CACCIOLA J.S., ALTERMAN A.I., RUTHERFORD M.J., McKAY J.R. & MULVANEY F.D. (2001) ; The Relationship of Psychiatric Comorbidity to Treatment Outcomes in Methadone Maintained Patients, in *Drug and Alcohol Dependence*, 61, pp. 271-280
- CAD/MSOC LIMBURG (1999) ; *Jaarverslag 1998*, Hasselt
- CAMPBELL A. (ed.) (1981) ; *The Sense of Well-Being in America, Recent Patterns and Trends*, McGraw Hill, New York
- CAMPBELL A. (1976) ; Subjective Measures of Well-Being, in *American Psychologist*, 31, pp. 117-124
- CAMPBELL A., CONVERSE P.H. & RODGERS W.L. (ed.) (1976) ; *The Quality of American Life, Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, Russel Sage Foundation, New York
- CANTRIL H. (1965) ; *The Pattern of Human Concerns*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ)
- CARON J., MERCIER C. & TEMPIER R. (1997) ; Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains, in *Santé Mentale au Québec*, 22(2), pp. 195-217
- CARR-HILL R.A. (1989) ; Assumption of the OALY Procedure. Background Material for the Workshop on QUALYS, in *Social Sciences & Medicine*, 29(3), pp. 469-477
- CHATTERJEE S.K. (1989) ; The Limitations of the International Drug Conventions, in ALBRECHT H.J. & VAN KALMTHOUT A. (eds.) ; *Drug Policies in Western Europe*, Freiburg, pp. 7-19
- COFFIN P.O. (1997) ; *Methadone Maintenance Treatment Research Brief*, Drug Policy Alliance, New York - San Francisco
- *Compendium des médicaments, XXI^e ed.* (2003) ; AGIM, Bruxelles
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD (2000) ; *Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone / Verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over methadon*, Bruxelles / Brussel
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD (1994) ; *Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994 / Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement / Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Bruxelles / Brussel
- COOPER J.R., ALTMAN F., BROWN B.S. & CZECHOWICZ D. (1983) ; *Research in the Treatment of Narcotic Addiction : State of Art*, US Govt. Print. Off., Washington D.C.
- CORTEN PH., BERGERET I., FROM L., MERCIER C. & PELC I. (2002) ; *Are Psychiatric Patients Good Proband for Subjective Assessment of the Quality of Life ?* (à paraître)
- CORTEN PH. (1998) ; Le concept de "qualité de vie" vu à travers la littérature anglo-saxonne, in *L'information psychiatrique*, 74, 8 (11/1998), pp. 922-932
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1998) ; *Quavistrat, évaluation des stratégies de qualité de vie / Evaluatie van strategieën voor levenskwaliteit*, Bruxelles
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1997) ; Quavisub, in Coll. ; *Pattern of Quality of Life among People with Disabilities*, International Report NATO Collaborative Research Grant n° 910084, Northern Atlantic Treaty Organization (NATO), Brussels
- CRONBACH L.J. (1951) ; Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests, in *Psychometrika*, 16, pp. 297-333
- DAZORD A., GERIN P., BROCHIER C., CLUSE M., TERRA J.L. & SEULIN CH. (1993) ; Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêts chez le patient dépressif, in *Santé Mentale au Québec*, 28(2), pp. 49-74
- DEGLON J.J. (2003) ; *Thirty Years of Substitution Therapy : an Assessment*, Fondation Phénix, Geneva
- DEGLON J.J. (1994) ; En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes ?, in *Annales de médecine interne*, 13, pp. 268-271
- DE KORT M. (1995) ; *Tussen patiënt en delinquent, Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*, Uitgeverij Verloren, Hilversum

- DE MAERE W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F. & VANDERVEKEN M. (2000) ; *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, DWTC, Brussel
- DE MAERE W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F. & VANDERVEKEN M. (2000) ; *Santé et usage de drogues en milieu carcéral, Développement d'un instrument de recherche épidémiologique*, SSTC, Bruxelles
- DE RUYVER B., VAN BOUCHAUTE J. & BALTHAZAR T. (1994) ; *Methadon : hulpmiddel of wondermiddel ?*, Garant, Leuven – Apeldoorn
- DERVAUX A. & LAQUEILLE X. (1999) ; Traitements de substitution : les règles de prescription, in *La revue du praticien*, 13, pp. 1589-1592
- DEVIS V. (2002) ; *Methadon substitutiebehandeling in de 'geïnteresseerde' huisartsenpraktijk : de praktische aanpak in Vlaamstalig Brussel, eindwerk opleiding huisartsgeneeskunde*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel
- DOLE V.P. & JOSEPH H. (1978) ; Long-Term Outcome of Patients Treated with Methadone Maintenance, in *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, pp. 181-189
- DOLE V.P. & NYSWANDER M.E. (1967) ; Heroin Addiction : Metabolic Disease, in *Archives of Internal Medicine*, 120, pp. 19-24
- DOLE V.P., NYSWANDER M.E. & KREEK M.J. (1966) ; Narcotic Blockade, in *Archives of Internal Medicine*, 118, pp. 304-309
- DOLE V.P. & NYSWANDER M.E. (1965) ; A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, in *Journal of the American Medicine Association*, 193, pp. 645-650
- DRAKE R.E., McHUGO G.J. & BIESANZ J.C. (1995) ; The Test-Retest Reliability of Standardized Instruments Among Homeless Persons with Substance Use Disorders, in *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2), pp. 161-167
- DRIESSEN F.M.H.M., VÖLKER B.G.M., KREGTING J. & VAN DER IELIJ B. (1999) ; *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Bureau Driessen, Den Haag-Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1996) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1992) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1990) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DUBURCQ A., CHARPAK Y., BLIN P. & MADEC L. (2000) ; Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous Buprénorphine Haut Dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex en Médecine de Ville), in *Revue épidémiologique et santé publique*, 48, pp. 363-373
- EDER H., FISCHER G., GOMBAS W., JAGSCH R., STUHLINGER G. & KASPER S. (1998) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone Maintenance in Opiate Addicts, in *European Addiction Research*, 4, pp. 3-7
- EMCDDA (2002) ; *Drugs in focus, Key role of substitution in drug treatment*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- EMCDDA (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, "Insights Series" (3), Luxembourg
- FACY F. (2000) ; *Epidémiologie clinique des conduites d'usages et d'abus de drogues, Evaluation et toxicomanie : avancées méthodologiques*, INSERM, Paris
- FARELL M. & al. (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA, "Insights", n°3, Luxembourg
- FIELLIN D.A. & al. (1998) ; *Manual for Methadone Medical Management*
- FINNEGAM L.P. & WAPNER R.J. (1987) ; Narcotic addiction in pregnancy, in NEYBIL J.R. ; *Drug Abuse in Pregnancy*, Lea & Febinger, Philadelphia, pp. 203-222
- GACHET L. (1997) ; *La consommation des médicaments de substitution aux opiacés et le détournement des médicaments, Enquête comparative auprès des pharmaciens d'officine de l'agglomération grenobloise*, Thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, Grenoble
- GASQUET I., LANCON C. & PARQUET P. (1999) ; Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par Buprénorphine Haut Dosage. Etude naturaliste en médecine générale, in *L'encéphale*, 6, pp. 645-651
- GERIN P., DAZORD A., SALI A. & BOISSEL J.P. (1992) ; L'évaluation de la dépression à la lumière du concept de qualité de vie subjective, in *L'Information Psychiatrique*, 68(5), pp. 47-56
- GRAPENDAAL M., LEUW E., & NELEN J.M. (1991) ; *De economie van het drugbestaan, Criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan*, Gouda Quint, Arnhem
- HACHEY R & MERCIER C. (1992) L'impact des services de réadaptation sur la Qualité de Vie, in *Santé Mentale au Québec*, XVIII(2), pp 197-200
- HÄYRI M. (1991); Measuring the Quality of Life : Why, How & What?, in *Theoretical Medicine*, 12, pp. 97-

- HENDRICKS V.M., KAPLAN C.D., VAN LIMBEEK J. & GEERLINGS P. (1989) ; The Addiction Severity Index : Reliability and Validity in a Dutch Addict Population, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), pp. 133-141
- *Herontwerp van methadonverstrekking naar verslavingszorg* (2002), Bouman Verslavingszorg; Capelle aan den IJssel
- *Het Nederlandse drugbeleid, Continuïteit en verandering, brief van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en van de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken aan de Tweede Kamer*, (15 september 1995), Rijswijk
- HODGINS D.C. & EL GUEBALY N. (1992) ; More Data on the Addiction Severity Index : Reliability and Validity with the Mentally Ill Substance Abusers, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(3), pp. 197-201
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD / CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (2000) ; *Verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over methadon / Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone*, Brussel / Bruxelles
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD / CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (1994) ; *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994 / Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu / Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Brussel / Bruxelles
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE - LOUIS PASTEUR (2002) ; *Enquête de santé par interview – Belgique 2001*, IPH/EPI Reports, n° 2002-25, Bruxelles
- JAY M. (2002) ; Legislation : The First Hundred Years. What Happened When Drugs Were Legal and Why They Were Prohibited, lecture presented in *Legislation conference*, London, 17/07/2002
- JOHNSON R.E. (1992) ; A Controlled Trial of Buprenorphine Treatment for Opioid Dependence, in *Journal of the American Medicine Association*, 267, pp. 2750-2755
- JOSEPH H., STANCLIFF S. & LANGROD J. (2000) ; Methadone Maintenance Treatment (MMT) : A Review of Historical and Clinical Issues, in *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (5 & 6)
- JOYNER L.M., WRIGHT J.D. & DEVINE J.A. (1996) ; Reliability and Validity of the Addiction Severity Index Among Homeless Substance Misusers, in *Substance Use and Misuse*, 31(6), pp. 729-751
- KALTENBACH K., SILVERMAN N. & WAPNER R. (1994) ; Maintien de la méthadone au cours de la grossesse, in PARRINO M.W.; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 180-197
- *Koninklijk Besluit omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen* (31/12/1930), Brussel
- KOSTEN T.R., ROUNSAVILLE B. & KLEBER H.D. (1983) ; Concurrent Validity of the Addiction Severity Index in *Journal of Mental and Nervous Disease*, 171, pp. 606-610
- KRAFT M., ROTHBARB A.B., HADLEY T.R., McLELLAN A.T. & ASCHD.A. (1997) ; Are Supplementary Services Provides During Methadone Maintenance Really Cost-Effective ?, in *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 1214-1219
- KREEK M.J. (1987) ; Tolerance and Dependence : Implications for the Pharmacological Treatment of Addiction, in HARRIS L.S. (ED.) ; *Problems of Drug Dependence*, National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 76, Rockville (MD)
- LAFITTE C., BONNAL F., DAULOUEDE J.P., TIGNOL J. (1998) ; Influence des traitements par la méthadone dans la prise en charge médicale des toxicomanes séropositifs pour le virus du SIDA : résultats d'une étude descriptive, Bayonne, 1996, in *L'Encéphale*, 24, pp. 205-214
- LALANDE A. & GRELET S. (2001) ; *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Approche qualitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- LANE E.A., GUTHRIE S. & LINNOILA M. (1985) ; Effect of Ethanol on Drug and Metabolite Pharmacokinetics, in *Clinical Pharmacokinetics*, 1985 (10), pp. 228-247
- LANGROD J. (1994) ; Politiques et procédures d'admission, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 89-108
- LEDOUX Y. (2001) ; Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT). Les dimensions de l'efficacité substitutive, in *Séminaire GEERMM : Evaluation et promotion de la qualité des soins aux toxicomanes, Projet de Recherche-Action : Substitutions en Europe*, Bruxelles
- LEONHARD C., MULVEY K., GASTFRIEND D.R. & SCHWARTZ M. (2000) ; The Addiction Severity Index. A Field Study of Internal Consistency and Validity, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, pp. 129-135
- LILLIN B. (1996) ; Les appels concernant la substitution à Drogues Info Service, in *Interventions*, 57, pp. 28-32
- *Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques / Wet betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* (24/02/1921), Bruxelles / Brussel

- *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques / Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* (22/08/2002), *Moniteur Belge / Belgische Staatblad, Bruxelles / Brussel*, 01/10/2002
- MARION I.J. (1994) ; L'analyse d'urine en tant qu'instrument clinique, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 133-145
- MARTIN C., GRABOT D., AURIACOMBE M., BRISSEAU S., DAULOUEDE J.P. & TIGNOL J. (1996) ; Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France, in *L'encéphale*, 22, pp. 359-363
- McCUSTER J., BIGELOW C., SERVIGNON C. & ZORN M. (1994) ; Test-Retest Reliability of the Addiction Severity Index Composite Scores Among Clients in Residential Treatment, in *American Journal of Addiction*, 3(3), pp. 254-262
- McLELLAN A.T., ARNDT I.O. & METZGER D.S. (1993) ; The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment, in *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-1959
- McLELLAN A.T., KUSHNER H. & al. (1992) ; The Fifth Edition of the Addiction Severity Index, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, pp. 199-213
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L., CACCIOLA J., GRIFFITH J., EVANS F., BARR H. & O'BRIEN C.P. (1985) ; New Data from the Addiction Severity Index : Reliability and Validity in Three Centers, in *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173(7), pp. 412-422
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L. & O'BRIEN C.P. (1982) ; Is Treatment for Substance Abuse Effective ?, in *Journal of the American Medicine Association*, 247, pp. 1243-1428
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L., O'BRIEN C.P. & WOODY G.E. (1980) ; An Improved Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients : the Addiction Severity Index in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, pp. 26-33
- MERCIER C. (1994) ; Improving the Quality of Life of People with Severe Mental Disorders, in *Social Indicators Research*, 33, pp. 165-192
- MEUWISSEN K., CASSELMAN J. & OPDEBEECK A. (2003) ; Legal Aspects of Substitution Treatment, An Insight into 9 EU Countries, EMCDDA, Lisboa
- MEUWISSEN K. (2001) ; De Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers in België (MSOC's), in *Handboek Verslaving*, 2001, B 4365, pp. 1-26
- MICHALOS A.C. (1985) ; Multiple Discrepancies Theory, in *Social Indicators Research*, 16, pp. 347-413
- *Ministeriële Omzendbrief met betrekking tot de integrale aanpak van de drugproblematiek in de penitentiaire instellingen* (18/12/2000), nr. 1722
- NESHIN S. (1994) ; VIH et autres maladies infectieuses, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 199-224
- *Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue* (2001), Bruxelles
- NYERS R.D., BORG S. & MOSSBERG R. (1986) ; Antagonism by Naltrexone of Voluntary Alcohol Selection in the Chronically Drinking Macaque Monkey, in *Alcohol*, 1986 (3), pp. 383-388
- OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2000) ; Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution, Rapport technique élaboré par l'OEDT à la demande du Secrétariat du Groupe Pompidou, Luxembourg
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; Evolution de la prise en charge des toxicomanies ; Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001, OFDT, Paris
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement, OFDT, Paris
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2001) ; Usagers de drogues injectables et Buprénorphine Haut Dosage, Analyse des déviations de son utilisation, OFDT, Paris
- PARRINO M.W. (1992) ; State Methadone Treatment Guidelines, Ed. Médecine et Hygiène, Genève
- PAYTE J.T. & KHURI E.T. (1994) ; Principe de détermination du dosage de la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 109-131
- PAYTE J.T. & KHURI E.T. (1994) ; Durée du traitement à la méthadone et rétention, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 225-236
- PEGGY A. (1996) ; Buprenorphine as a Pharmacotherapy for Opiate Addiction. What Dose Provides a Therapeutic Response ?, in *American Journal on Addiction*, 5, pp. 220-230

- PELC I. (1985) ; Echelle d'évaluation des habitudes de boisson, in Cottraux J., Bouvard M. & Legeron P. ; *Méthodes et échelles d'évaluation du comportement*, Applications Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, pp. 232-235
- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. (2001) ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers, Algemeen rapport*, DWTC, Brussel
- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. (2001) ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles
- PERDRIAU J.F., BACLE F., LALANDE M. & FONTAINE A. (2001) ; *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Étude prospective de suivi de 95 patients, Approche quantitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- PINOIT J.M. (1997) ; *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris
- PLANIJE M.P., SPRUIT I.P. & MENSINK C. (1999) ; *Fact Sheet 10 : Harddrugsbeleid : Opiaten update*, Trimbosinstituut, Utrecht
- *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue / Actieplan Toxicomanie-Drugs (02/02/1995)*, Cabinet du Premier Ministre / Kabinet van de Eerste Minister, Bruxelles / Brussel
- REISINGER M. (1999) ; Quinze ans de traitement à la buprénorphine, in *THS La Revue*
- REISINGER M. (1985) ; Buprenorphine as a New Treatment for Heroin Dependence, in *Drug Alcohol Dependence*, 16, pp. 257-262
- RICHARDSON F. C. & TASTO D. L. (1976) ; Development and Factors Analysis of a Social Anxiety Inventory, in *Behavior Therapy*, 7, pp. 453-462
- *Richtlijnen voor het opsporings- en strafvorderingsbeleid inzake strafbare feiten van de Opiumwet*, vastgesteld op 11/09/1996, inwerkingtreding op 01/10/1996, bijlage A
- ROBAYE F. (1957) ; *Niveaux d'aspiration et d'expectation*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris
- ROSEN C.S., HENSON B.R., FINNEY J.W. & MOOS R.H. (2000) ; Consistency of a Self-Administered and Interview-Based Addiction Severity Index Composite Scores, in *Addiction*, 95(3), pp. 419-425
- SASZ TH. (1961) ; *The Myth of Mental Illness*, Paul B. Hoeber Inc., New York
- SCHOTTENFELD R.S., PAKES J.R., OLIVETO A., ZIEDONIS D. & KOSTEN T.R. (1997) ; Buprenorphine Versus Methadone Maintenance Treatment for Concurrent Opioid Dependence and Cocaine Abuse, in *Archives of General Psychiatry*, 54, pp. 713-720
- SIMARD G. (1989) ; *La méthode du "Focus Group"*, Mondia, Coll. "Animer, Planifier et Evaluer l'action", Laval (Québec)
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A. & BIGELOW G.E. (1996) ; Buprenorphine Versus Methadone in the Treatment of Opioid Dependence : Self-Reports, Urinalysis and Addiction Severity Index, in *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, pp. 58-67
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A. & BIGELOW G.E. (1994) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, in *American Journal of Psychiatry*, 151, pp: 1025-1030
- TESTA M.A. & SIMONSON D.C. (1996) ; Assessment of Quality of Life Outcomes, in *Current Concepts*, 334 (13), pp. 835-840
- TORRANCE G.W. (1987) ; Utility Approach to Measuring Health Related Quality of Life, in *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), pp. 593-600
- TRACHTENBERG M.C. & BLUM K. (1987) ; Alcohol and Opioid Peptides : Neuropharmacological Rationale for Physical Craving of Alcohol, in *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1987 (13), pp. 365-372
- TRÉMEAU F., DARREYE A., KHIDICHIAN F., WEIBEL H., KEMPF M., GRETH PH., SCHNEIDER J.L., WANTZ C., WEBER B., STÉPIEN S. & MACHER J.P. (2002) ; Impact d'un traitement de substitution par méthadone sur des sujets dépendants aux opiacés évalués par l'Addiction Severity Index et des contrôles urinaires, in *L'encéphale*, 28, pp. 448-453
- TRÉMEAU F., DARREYE A. & GRETH PH. (1998) ; Traitement de substitution par la méthadone et troubles psychiatriques, in *Annales de Psychiatrie*, 13, pp. 268-271
- UEHLINGER C., DEGLON J., LIVOTI S., PETITJEAN S., WALDVOGEL D. & LADEWIG D. (1998) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, in *European Addiction Research*, 4, pp. 13-18
- *United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (1988), Vienna
- *United Nations Convention on Psychotropic Substances* (1971), Vienna
- *United Nations Single Convention on Narcotics Drugs* (1961), as amended by the protocol of 25 March 1972 (1972), New York

- VAN DEN BRINCK W. & al. (2002) ; *Heroïne op medisch voorschrift, Verkorte weergave van de rapportage*, Centrale Commissie Behandeling Heroïne-verslaafden (CCBH), Utrecht
- VAN DIJCK A. (1997) ; *Tolerant Nederland? Een socio-culturele studie van het Nederlandse beleid inzake roesmiddelen*, licentiaatsthesis Politieke en Sociale Wetenschappen, UIA, Antwerpen
- WEBER J.C. & KOPFERSCHMITT J. (1998) ; Les traitements de substitution chez le toxicomane, in *Presse médicale*, 27, pp. 2088-2099
- *Wet betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica / Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (24/02/1921), Brussel / Bruxelles
- *Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica / Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (22/08/2002), Belgische Staatsblad / Moniteur Belge, Brussel / Bruxelles, 01/10/2002
- *Wet tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdovende middelen (Opiumwet)*, + de verschillende wetswijzigingen (12/05/1928). laatste versie: Staatsblad 2003, 217, geldig vanaf 10 augustus 2003
- WOLFF K., SANDERSON M., HAY A.W.M. & RALSTRICK D (1991) ; Methadone Concentrations in Plasma and Their Relationship to Drug Dosage, in *Clinical Chemistry*, 37(2), pp. 205-209
- WOODY G.E., McLELLAN A.T., LUBORSKY L. & O'BRIEN C.P. (1995) ; Psychotherapy in Community Methadone Programs : a Validation Study, in *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1302-1308
- ZANIS D.A., McLELLAN A.T., CNAAM R.A. & RANDALL M. (1994) ; Reliability and Validity of the Addiction Severity Index with a Homeless Sample, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), pp. 541-548
- ZWEBEN J.E. (1994) ; Aspects cliniques du traitement à la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Ge nève, pp. 71-87
- ZWEBEN J.E. & PAYTE J.T. (1990) ; Methadone Maintenance in the Treatment of Opioid Dependence : A Current Perspective, in *Western Journal of Medicine*, 152(5), pp. 588-599

URL's

- Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge – synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, juin 1998, in http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_subutex.htm ; 28/06/2003
- <http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Process/ttuf.shtml> ; 20/08/03
- <http://fmm.victory-creation.com> ; 20/08/2003
- <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0026.htm> ; 13/01/2003
- http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf ; 28/06/2003
- http://www.feditobxl.be/projet_lama/presentation.html ; 20/08/2003
- http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html / http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/Brochures/conference_consensus_methadone.html ; 11/09/2002
- <http://www.iph.fgov.be> ; 18/08/2002
- http://www.lindesmith.org/cites_sources/brief14.html ; 02/05/2000
- <http://www.openbaarministerie.nl/publikat/drugs/drugsrl.htm> ; 12/07/2003
- <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> ; 01/04/2003
- VERSTER A. & BUNING E. (2000) ; Methadone Guidelines, in <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/guidelines.htm> ; 11/09/2002