

Een onderzoek in opdracht van



## Consensusvorming over minimale en ideale kwaliteitsstandaarden voor preventie, behandeling en harm reduction van verslavingsproblemen (COMIQS.BE)

Mieke Autrique

Isabelle Demarest

Ilse Goethals

Jessica De Maeyer

Marc Anseau

Wouter Vanderplasschen



Woord vooraf

## Woord vooraf

Het COMIQS.BE-project dat de bedoeling had om op Belgisch niveau een consensus te bereiken over minimale Europese kwaliteitsstandaarden voor de preventie, behandeling en schadebeperking van verslavingsproblemen was een boeiend en zeer leerrijk onderzoeksproject. Ondanks de vrij duidelijk afgebakende doelgroep (personen met een verslavingsproblematiek) werd al snel duidelijk dat er in België verschillende maatstaven gelden op vlak van kwaliteitszorg en kwaliteitsstandaarden, afhankelijk van de sector en het type voorziening (bv. preventie, psychiatrische ziekenhuizen (PZ), centra geestelijke gezondheidszorg (CGG), RIZIV-geconventioneerde centra) en het beleidsniveau (federaal, regionaal, stedelijk) dat hierover bevoegd is. Het mag dan ook niet verwonderen dat de houding en openheid ten aanzien van deze kwaliteitsstandaarden sterk verschilde tussen diensten en voorzieningen die verspreid over heel België instaan voor één of meer aspecten van de preventie, behandeling en schadebeperking bij verslavingsproblemen.

In de eerste plaats wensen we Dhr. Aziz Naji (Federaal Wetenschapsbeleid, BELSPO) en Dhr. Kurt Doms (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) te bedanken voor het initiëren van dit onderzoeksthema en voor het financieren van dit project. Het COMIQS.BE-project werd opgestart op een strategisch belangrijk moment en bouwde voort op de inspanningen en realisaties in dit verband op Europees vlak. Het project vormde een toetsing van de EQUUS-standaarden (Uchtenhagen & Schaub, 2011) in de Belgische context en een verdieping ervan in functie van eventueel te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren. Wat het domein 'preventie' betreft, konden we tevens terugvallen op het EDPQS-project dat de projectcyclus en kwaliteitsstandaarden uitvoerig documenteerde en vastlegde in een 'hands-on toolkit' (Sumnall & Brotherhood, 2015). Met de communautarisering van de drughulpverlening in het vershiet (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2016), die in principe tegen eind 2017 gerealiseerd moet zijn en waarbij kwaliteitsstandaarden ongetwijfeld hoog op de agenda zullen staan, drong zich bovendien een gemeenschappelijke bepaling van kwaliteitsstandaarden op Belgisch niveau op voordat deze sector met een duidelijke eigenheid en specificiteit opgesplitst wordt en/of opgaat in een bredere geestelijke gezondheidszorg.

Het resultaat van dit onderzoeksproject (de COMIQS-consensusstandaarden) is het werk van velen. Vooreerst wil ik alle deelnemers aan de verschillende fasen van het onderzoek (online survey, focusgroepen en email survey) bedanken. Zonder hun inspanningen en inbreng was er van consensusstandaarden geen sprake geweest. Tevens wil ik hierbij de rol van onze projectpartners (de koepelorganisaties in Vlaanderen (VAD), Wallonië (Eurotox) en Brussel (FEDITO-BXL)) onderstrepen, die de selectie en rekrutering van de respondenten en het verloop van de focusgroepen ondersteunden. Ik wens hiervoor met name Else De Donder en Johan Jongbloet (VAD), Lucia Casero en Michaël Hogge (Eurotox) en Sébastien Alexandre (FEDITO-BXL) te bedanken.

De onderzoeksequipe werd tijdens het onderzoek bijgestaan door een begeleidingscomité bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende beleidsniveaus, het werkveld en de academische wereld. Het begeleidingscomité kwam tussen februari 2014 en september 2015 halfjaarlijks samen en waakte over de opzet en uitvoering van het onderzoek en gaf ook zijn fiat voor deze publicatie. We wensen alle leden van het begeleidingscomité te danken voor hun constructieve inbreng en feedback.

Volgende personen maakten deel uit van het COMIQS-begeleidingscomité:

- Mevr. Cecile Beduwe, Modus Vivendi asbl, Saint-Gilles
- Mevr. Shanah De Brabander, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Team Preventie, Brussel
- Mevr. Dominique Dethier & Mevr. Annemie Quanten, Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV/INAMI), Brussel
- Prof. dr. Geert Dom, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout & Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)

## Woord vooraf

- Dhr. Kurt Doms, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, DG Gezondheidszorg, Cel Drugs
- Prof. dr. Karin Hannes, KULeuven, Centrum voor Sociologisch Onderzoek
- Dhr. Kurt Lievens, Zorginspectie Vlaanderen, Brussel
- Dhr. Luca Littera, Drugvrij Therapeutisch Programma De Kiem, Gavere
- Dhr. Vladimir Martens, Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé – Direction de la Promotion de la Santé, Cellule politique francophone santé-assuétudes, Bruxelles
- Prof. Dr. Catharina Mathei, Free Clinic Antwerpen & KULeuven, Academisch Centrum voor Huisarts-geneeskunde
- Prof. Dr. Frieda Matthys, UZ Brussel, Dienst Psychiatrie & VUB, Vakgroep Observerende Klinische Wetenschappen (KLIW)
- Mevr. Emmanuelle Mengeot, Commission Communautaire française, Service de la Santé, Toxicomanie, Bruxelles
- Mevr. Laurence Przlucky, Fédito Wallonne, Liège & Comptoir d'échanges, Charleroi
- Mevr. Dominique Roos, Provinciaal Interbestuurlijk Samenwerkingsverband voor Aanpak van Drugmisbruik (PISAD), Oudenaarde
- Dhr. Christophe Thoreau, Trempline asbl, Châtelet
- Dhr. Peer Van der Kreeft, HoGent, Faculteit Mens en Welzijn, Vakgroep Sociaal Werk
- Dhr. Johan Van de Walle, vzw De Sleutel, Dienst Preventie, Gent
- Dhr. Peter Verduyck, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (GGC), Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel
- Dr. Rita Verrando, CAD/MSOC Limburg, Hasselt
- Prof. dr. André Vyt, Universiteit Gent en Arteveldehogeschool, Gent & PROSE Netwerk, Qred, Merelbeke
- Mevr. Tessa Windelinckx, Free Clinic Antwerpen, Coördinatie Spuitenruil

Gezien we voor dit onderzoeksproject sterk aanleunden bij de ontwikkelingen inzake kwaliteitsstandaarden op Europees vlak, zijn we een woord van dank verschuldigd aan alle internationale experts bij wie we in de loop van dit onderzoeksproject te rade gingen. De professoren Michael Schaub (Swiss Research Institute for Public Health and Addiction (ISGF), Zurich) en Michal Miovsky (Department of Addictology, Charles University, Praag) stonden ons bij op basis van hun expertise met de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden in respectievelijk de Europese Unie en Tsjechië. Harry Sumnall en Angelina Brotherhood (Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool) deelden graag hun ervaringen en bevindingen met betrekking tot de implementatie van preventiestandaarden op basis van het EDQOS-project. Naast deze academische contacten, reikten verscheidene deskundigen op het terrein ons zeer waardevolle inzichten aan over de implementatie van kwaliteitsstandaarden. De jarenlange ervaringen van René Stamm (Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern) in Zwitserland waren in die optiek van bijzondere waarde, evenals de contacten met Anders Eriksson (Social Development Unit, Social Services Administration, City of Stockholm), verantwoordelijke van het Three Cities-project in Stockholm.

Dichter bij huis willen we Kris Van den Broeck, André Vyt en Peter Joostens bedanken, die zeer interessante en nuttige informatie aanleverden met betrekking tot lopende projecten en initiatieven over de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en -indicatoren in andere sectoren, zoals het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP<sup>2</sup>), het PROSE Expertisenetwerk voor kwaliteitszorg met oa. projecten in de bijzondere jeugdzorg en ouderenzorg en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en bijhorend accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum dat ook behandelprogramma's in Vlaanderen erkent.

Tot slot wens ik alle leden van de onderzoeksploeg expliciet te bedanken, met name de betrokken onderzoekers Mieke Autrique (UGent), Isabel Demarest (ULG) en Ilse Goethals (HoGent). Tevens wens ik mijn collega's promotoren Jessica De Maeyer (HoGent) en Marc Anseau (ULG) te danken voor de constructieve samenwerking. Ik wil dit ook herhalen naar de betrokken koepelorganisaties (VAD, Eurotox en FEDITO-BXL), die een cruciale rol speelden in het welslagen van dit project.

Hartelijk dank aan allen voor deze vruchtbare samenwerking!

Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen, projectcoördinator, Februari 2016

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding en situering.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Methodologie .....</b>	<b>9</b>
2.1 Steekproef online survey .....	10
2.1.1 Preventie .....	10
2.1.2 Behandeling .....	11
2.1.3 Harm reduction .....	12
2.2 Respondenten focusgroepen en email survey .....	13
2.3. Gegevensverwerking .....	13
<b>3. Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Preventie.....</b>	<b>14</b>
3.1. Online survey – Preventie .....	14
3.2. Consensusprocedure – Preventie .....	18
3.2.1. Samenvatting consensusprocedure .....	18
3.2.2. Bespreking controversiële kwaliteitsstandaarden preventie .....	21
3.2.3. Verduidelijkingen en toelichtingen bij aanvaarde preventiestandaarden .....	37
3.2.4. Bijkomend voorgestelde preventiestandaarden .....	39
<b>4. Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Behandeling .....</b>	<b>40</b>
4.1. Online survey – Behandeling .....	40
4.2. Consensusprocedure behandeling .....	43
4.2.1. Samenvatting consensusprocedure .....	43
4.2.2. Bespreking controversiële standaarden behandeling .....	47
4.2.3. Verduidelijkingen en toelichtingen bij aanvaarde behandelingsstandaarden .....	52
4.2.4. Motivering voor het verwerpen van behandelingsstandaarden .....	55
4.2.5. Nieuw geformuleerde behandelingsstandaarden .....	57
<b>5. Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Harm reduction .....</b>	<b>60</b>
5.1. Online survey – Harm reduction .....	60
5.2. Consensusprocedure behandeling .....	63
5.2.1. Samenvatting consensusprocedure .....	63
5.2.2. Bespreking controversiële standaarden harm reduction .....	66
5.2.3. Motivering voor het verwerpen van harm reductionstandaarden.....	80
5.2.4. Verduidelijkingen en verdere toelichtingen bij aanvaarde harm reduction-standaarden ....	81
5.2.5. Nieuw geformuleerde standaarden m.b.t. harm reduction .....	83

<b>6. COMIQS-consensusstandaarden</b> .....	<b>85</b>
6.1. Preventie.....	86
6.2. Behandeling.....	92
6.3. Harm reduction.....	95
<b>7. Inspirerende praktijken</b> .....	<b>98</b>
7.1 Het Vlaams Indicatoren Project (VIP-VIP <sup>2</sup> ) in de geestelijke gezondheidszorg.....	98
7.2 European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS).....	100
7.3 De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en een kwaliteitsbeleid voor drugpreventie en -hulpverlening in Tsjechië.....	102
7.4 Qualität Therapie Drogen Alkohol (QuaThéDA) in Zwitserland.....	104
7.5 Three Cities Project (Trestad2): Stockholm, Malmö en Göteborg (Zweden).....	108
<b>8. Conclusies en aanbevelingen</b> .....	<b>110</b>
8.1. Aanbevelingen m.b.t. de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden.....	113
8.2. Aanbevelingen m.b.t. de implementatie van kwaliteitsstandaarden.....	116
8.3. Beperkingen van het onderzoek.....	118
<b>Referenties</b> .....	<b>120</b>

## 1. Inleiding en situering

Het voorbije decennium kwam er meer en meer nadruk te liggen op de toepassing van evidence-based interventies ('evidence-based-practice') bij de preventie, behandeling en schadebeperking van alcohol- en drugproblemen (Berglund, Thelander & Jonsson, 2003; Miller, Sorensen, Selzer & Brigham, 2006). Dit resulteerde onder meer in de BELSPO-studie "Evidence-based werken in de verslavingszorg" die focuste op de werkzaamheid van bestaande interventies en op richtlijnen om deze te implementeren (Autrique, Vanderplasschen, Pham, Broekaert & Sabbe, 2007). De evolutie naar een op evidentie gestoelde praktijk wordt aangewakkerd door een toenemend aantal systematische reviews, meta-analyses en evidence-based richtlijnen die inzicht geven in 'wat werkt' en hoe de implementatie van deze interventies in de dagelijkse praktijk dient te verlopen (Autrique, Vanderplasschen & Sabbe, 2008). Echter, hoewel de literatuur duidelijke aanwijzingen bevat over de effectiviteit en toepassing van specifieke interventies (bv. contingency management, community reinforcement approach (CRA) multisystem family therapy (MST)), bestaan er over het algemeen weinig eenduidige standaarden of normen voor het garanderen van de globale kwaliteit van de dienstverlening in de verslavingszorg en -preventie. Nochtans wint de implementatie van standaarden en indicatoren voor een kwaliteitsvolle dienstverlening en behandeling van allerlei gezondheidsproblemen sterk aan belang op regionaal, nationaal en internationaal niveau. Men veronderstelt immers dat kwaliteitsstandaarden een belangrijk middel zijn om de effectiviteit en efficiëntie van de hulp- en dienstverlening te bevorderen (UNODC, 2012). Onder kwaliteitsstandaarden verstaan we "algemeen aanvaarde principes of regels die gaan over de beste of meest geschikte manier om een interventie te implementeren" (EMCDDA, 2013). Men maakt hierbij vaak een onderscheid tussen minimale en ideale kwaliteitsstandaarden. Minimale kwaliteitsstandaarden zijn standaarden waaraan elke voorziening moet kunnen voldoen. Ideale kwaliteitsstandaarden zijn na te streven standaarden, waarbij het mogelijk is dat een organisatie hier nu nog niet aan kan voldoen.

Gezien de geringe toepassing van kwaliteitsstandaarden bij de preventie, behandeling en harm reduction van alcohol- en drugproblemen in de Europese Unie, besliste de Europese Commissie in 2010 tot de aanbesteding van een onderzoek over minimale kwaliteitsstandaarden in Drug Demand Reduction (de zogenaamde EQUUS-studie), waarbij meer dan 500 stakeholders van over heel Europa betrokken waren. Het EQUUS-onderzoek resulteerde in een lijst van ruim 70 kwaliteitsstandaarden met betrekking tot preventie, behandeling en schadebeperking van drugproblemen, waarover consensus werd bereikt bij een grote groep van praktijkwerkers, dienstverleners en wetenschappers ([Uchtenhagen & Schaub, 2011](#)). Deze kwaliteitsstandaarden verwijzen naar structurele aspecten, procescomponenten en uitkomsten op verschillende niveaus (interventie, organisatie en systeem). Hoewel de aanvaardbaarheid van de vooropgestelde kwaliteitsstandaarden niet sterk verschilde tussen landen onderling, stelde men substantiële verschillen vast op het vlak van patronen van druggebruik en drugbeleid, organisatie van de gezondheidszorg en de mate waarin deze standaarden momenteel geïmplementeerd worden ([Schaub, Uchtenhagen & EQUUS Expert Group, 2013](#)). Bovendien moeten de geformuleerde minimale consensusstandaarden eerder beschouwd worden als algemene richtlijnen die verder aangepast dienen te worden aan de specifieke context van de lidstaten.

In België staat de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voor de preventie, behandeling en schadebeperking van alcohol- en drugproblemen nog in zijn kinderschoenen. Het ontbreekt aan algemeen geldende standaarden voor de sector als geheel en kwaliteitsvereisten verschillen sterk naar gelang het type voorziening (bv. ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en RIZIV-geconventioneerde behandelcentra) of zijn zelfs geheel afwezig (bv. stedelijke preventiediensten), wat zowel naar zorggebruikers als professionelen weinig eenduidigheid en garanties biedt op het vlak van de te verwachten kwaliteit van zorg. Gezien de toenemende nadruk op kwaliteit en effectiviteit van zorg en dienstverlening en gezien de beschikbaarheid van minimale kwaliteitsstandaarden voor de verslavingssector op Europees niveau en het gebrek eraan in België, heeft de voorliggende COMIQS.BE-studie volgende doelstellingen:

1. De stand van zaken op vlak van kwaliteitsstandaarden voor de preventie, behandeling en harm reduction van alcohol- en drugproblemen op nationaal en internationaal niveau nagaan en de kritische ingrediënten en vereisten voor een succesvolle implementatie van dergelijke standaarden documenteren op basis van een selectie van 'good practices' in binnen- en buitenland.
2. De aanvaardbaarheid, wenselijkheid en huidige implementatie van de EQUUS-standaarden onderzoeken bij verschillende stakeholders en tot een consensus komen met betrekking tot (aangepaste) minimale standaarden die geïmplementeerd kunnen worden in België.
3. Het bepalen van mogelijke ideale standaarden voor preventie, behandeling en harm reduction in België.

In het volgende hoofdstuk bespreken we eerst de globale onderzoeksmethodologie (hoofdstuk 2). Daarna gaan we nader in op het proces van consensusvorming per domein: preventie (hoofdstuk 3), behandeling (hoofdstuk 4) en harm reduction (hoofdstuk 5). Het zesde hoofdstuk schetst de consensusstandaarden zoals deze uit het onderzoek naar voor zijn gekomen per domein. In hoofdstuk 7 belichten we een aantal inspirerende praktijken met betrekking tot kwaliteitsstandaarden in binnen- en buitenland. Het achtste en laatste hoofdstuk bevat ten slotte de conclusies van het onderzoek en aanbevelingen voor praktijk en beleid.



## 2. Methodologie

Om bovenstaande doelstellingen te realiseren, hanteerden we met een multi-method design dat zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden omvatte.

In functie van de eerste doelstelling bouwden we verder op de eerder vermelde EQUUS-studie ([Uchtenhagen & Schaub, 2011](#)) en het [EMCDDA onderzoek](#) over kwaliteitsstandaarden voor drugpreventie (EDPQS standards) van Brotherhood, Sumnall en het Prevention Standards Partnership (2011). We onderzochten de verdere ontwikkelingen sinds 2010 op vlak van kwaliteitsstandaarden op nationaal en internationaal niveau. Hiervoor werd op 29 april 2014 een internationaal seminarie georganiseerd in Brussel voor projectpartners, leden van het begeleidingscomité en diverse stakeholders, waarop twee internationale experts (Michael Schaub en Harry Sumnall) een stand van zaken presenteerden op het vlak van kwaliteitsstandaarden met betrekking tot de behandeling, schadebeperking en preventie van alcohol- en drugproblemen. Tijdens de laatste maanden van het project bezochten we enkele 'good practices' in het buitenland om na te gaan wat kritische ingrediënten en vereisten zijn voor de succesvolle implementatie van kwaliteitsstandaarden. Deze informatie rapporteerden we in een apart hoofdstuk (cf. 7. Inspirerende praktijken), met het oog op het formuleren van aanbevelingen voor de toekomst.

Ten tweede wilden we tot een consensus komen over minimale kwaliteitscriteria. Hiertoe werden de oorspronkelijke EQUUS standaarden, aangevuld met enkele standaarden uit de EMCDDA preventiestudie (Brotherhood & Sumnall, 2011), vertaald naar het Frans en het Nederlands volgens de forward-backward methode<sup>1</sup>. Vervolgens werd een gestructureerde vragenlijst opgesteld die we via een online tool afnamen bij praktijkwerkers, beleidsverantwoordelijken, onderzoekers en zorggebruikers binnen volgende sectoren : alcohol- en drugpreventie, behandeling en schadebeperking (cf. 2.1 Online survey). Naar analogie met de EQUUS-studie werd een onderscheid gemaakt tussen drie domeinen: preventie, behandeling en schadebeperking (Uchtenhagen & Schaub, 2011). We beperkten ons evenwel niet tot illegale drugs, maar betrokken ook diensten en organisaties voor alcoholpreventie en -behandeling in het onderzoek. Maximaal één respondent per voorziening kon de vragenlijst invullen. Elke respondent kon zelf bepalen voor welk(e) domein(en) hij of zij de vragenlijst invulde. We gingen voor elk domein de mate van actuele implementatie (barrières en faciliterende factoren) en prioriteit na van de oorspronkelijke standaarden uit de EQUUS en EMCDDA-studie. Voor elke standaard werd vervolgens gevraagd of de stakeholders deze standaard konden aanvaarden als een minimale of ideale standaard en werd hierbij een toelichting gevraagd. Wanneer 80% of meer van de respondenten de standaard aanvaardden, werd deze als aanvaard beschouwd. Wanneer tussen 50% en 80% van de respondenten de standaard aanvaardden, werd de standaard als controversieel beschouwd. Wanneer minder dan 50% van de deelnemers de standaard aanvaardde, beschouwden we deze als verworpen (cf. Uchtenhagen & Schaub, 2011).

Na het analyseren van de data van de online bevraging, organiseerden we twee rondes met focusgroepgesprekken (cf. 2.2 Focusgroepen en email survey). Het betrof zes focusgroepen van telkens 6 tot 12 stakeholders: twee groepen voor preventie, twee voor behandeling en twee voor harm reduction, waarvan telkens één Nederlandstalige en één Franstalige groep (dit om praktische redenen, met name de taalbarrière). Deze zes groepen kwamen elk twee keer samen: dezelfde stakeholders namen deel aan ronde 1 en ronde 2.

Bij aanvang van de eerste ronde focusgroepen, presenteerden we de resultaten van de online bevraging. Controversiële standaarden werden besproken om tot een consensus te komen. De reden voor verwerping van bepaalde standaarden werd onderbouwd.

<sup>1</sup> Er kunnen kleine verschillen zitten in de formulering van de Franstalige en Nederlandstalige standaarden. Dit is het gevolg van de vertaalprocedure en de aanpassingen die de deelnemers tijdens de verschillende focusgroepen maakten. We behielden deze nuances voor zover ze niet tot belangrijke inhoudelijke verschillen qua betekenis van de standaard leidden.

Tijdens de tweede ronde focusgroepen nodigden we de deelnemende stakeholders uit om enerzijds bepaalde standaarden waarover nog geen consensus werd gevonden verder te bespreken en om anderzijds de formulering van aanvaarde standaarden verder toe te lichten en te verduidelijken. Het ging hierbij om standaarden die aanvaard werden tijdens de eerste ronde focusgroepen alsook om enkele standaarden die aanvaard werden tijdens de online survey. Deze laatste werden geselecteerd door het onderzoeksteam in samenspraak met de betrokken koepelorganisaties VAD, Eurotox en FEDITO-BXL; meer specifiek werden standaarden geselecteerd die volgens het onderzoeksteam en koepelorganisaties nog te abstract of onduidelijk waren. Het verloop van deze discussies is terug te vinden in de bijlagen bij het onderzoeksrapport.

Na de tweede ronde focusgroepen bleven er enkele standaarden over waarover er geen consensus was tussen de Nederlandstalige en Franstalige focusgroepen. Deze standaarden werden geherformuleerd en via een email survey opnieuw voorgelegd aan de deelnemers aan de focusgroepen, inclusief een toelichting van het proces dat geleid had tot de herformulering van de standaarden. Opnieuw werd hen gevraagd of ze deze standaarden als minimale of ideale standaarden konden aanvaarden. Wanneer in beide groepen 80% of meer deelnemers de standaard aanvaardden, werd deze weerhouden. Indien niet, dan werd deze definitief verworpen.

Het uiteindelijke doel van de studie was om tot een consensus te komen over een lijst van minimale en ideale kwaliteitsstandaarden en om deze kwaliteitsstandaarden zo nodig toe te lichten en te verduidelijken. Deze lijst van consensusstandaarden is terug te vinden in hoofdstuk 6 (cf. COMIQS-consensusstandaarden).

## 2.1 Steekproef online survey

Om tot een breed gedragen consensus te komen, was de steekproeftrekking van cruciaal belang. Hierna beschrijven we de steekproeftrekking per domein en geven we nadere informatie met betrekking tot het profiel van de respondenten.

### 2.1.1 Preventie

Vierenzeventig respondenten (n=74) vulden de online vragenlijst volledig in met betrekking tot het luik 'preventie'. De deelnemers zijn vooral tewerkgesteld in preventiediensten (31%), bij lokale of regionale overheden (24%) en in CGG's (15%) (cf. tabel 1).

**Tabel 1: Respondenten survey 'preventie' volgens type voorziening (n=74)**

	N	%
Ambulant centrum, gespecialiseerd in alcohol en drugs	5	6,8
Ambulant centrum, niet gespecialiseerd in alcohol en drugs	1	1,4
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)	11	14,9
Preventiedienst (geen onderdeel van CGG)	23	31,1
Residentieel, gespecialiseerd behandelcentrum met kortdurend programma	1	1,4
Residentieel, gespecialiseerd behandelcentrum met langdurig programma	3	4,1
(Afdeling van) Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ)	2	2,7
Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	1	1,4
Onderzoeksinstelling	1	1,4
Overheidsdienst / beleid	18	24,3
Gebruikersvereniging	2	2,7
Andere, nl.: Huisartsenvereniging (n=1), Dienst voor gezondheidspromotie (n=3), Netwerkorganisatie (n=1), Straathoekwerk (n=1)	6	8,1

Negenenzestig procent (69%) van de respondenten is verbonden aan een organisatie in Vlaanderen, 24% werkt in Wallonië en 7% in Brussel. De meeste respondenten zijn vrouwen (52%), 48% zijn mannen. Ze bekleden volgende functies binnen hun organisatie: preventiewerker (38%), beleidsmedewerker (15%) en stafmedewerker (11%) (cf. tabel 2).

**Tabel 2: Respondenten survey 'preventie' volgens functie in de organisatie (n=74)**

	N	%
Directie	7	9,5
Beleidsmedewerker binnen de voorziening	11	14,9
Medewerker kwaliteitszorg	1	1,4
Afdelingsverantwoordelijke / (klinisch) coördinator	7	9,5
Begeleider / hulpverlener / therapeut / psycholoog	5	6,8
Arts / psychiater	1	1,4
Preventiewerker	28	37,8
Onderzoeker	1	1,4
Stafmedewerker overheidsdienst / beleid	8	10,8
Vertegenwoordiger gebruikersvereniging	2	2,7
Andere, nl.: hoofdverpleegkundige, straathoekwerker, medewerker dienst maatschappelijke integratie	3	4,1

De meeste respondenten hebben een diploma (post-)universitair onderwijs of hoger onderwijs korte type. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 41 jaar. Ze hebben een gemiddelde anciënniteit in de voorziening waar ze werken van 11 jaar en dit is ook de tijd dat ze reeds actief zijn in de alcohol- en drugsector.

### 2.1.2 Behandeling<sup>2</sup>

Vierentachtig respondenten (n=84) vulden de vragenlijst over behandeling volledig in. Deze respondenten zijn met name tewerkgesteld in ambulante gespecialiseerde centra (43%) en in mindere mate in psychiatrische ziekenhuizen (13%), CGG's (10%) en residentiële gespecialiseerde behandelcentra (8%) (cf. tabel 3).

**Tabel 3: Respondenten survey 'behandeling' volgens type voorziening (n=84)**

	N	%
Ambulant centrum, gespecialiseerd in alcohol en drugs	36	42,9
Ambulant centrum, niet gespecialiseerd in alcohol en drugs	1	1,2
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)	8	9,5
Residentieel, gespecialiseerd behandelcentrum met kortdurend programma	5	6,0
Residentieel, gespecialiseerd behandelcentrum met langdurig programma	7	8,3
Crisiscentrum	3	3,6
(Afdeling van) Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ)	11	13,1
Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	4	4,8
Onderzoeksinstelling	2	2,4
Overheidsdienst / beleid	3	3,6
Gebruikersvereniging	1	1,2
Andere, nl.: Netwerkorganisatie (n=2), Straathoekwerk (n=1)	3	3,6

De meeste deelnemers aan dit luik van de survey zijn verbonden aan een voorziening die gesitueerd is in Vlaanderen (62%), 31% werkt in Wallonië en 7% in Brussel. Zevenveertig procent (47%) van de respondenten zijn mannen, 53% vrouwen. De meeste respondenten bekleeden een verantwoordelijke functie binnen de voorziening waar ze werken: afdelingsverantwoordelijke/(klinisch) coördinator (33%), begeleider/hulpverlener/therapeut/psycholoog (24%) en directeur (13%) (cf. tabel 4). Ook artsen en psychiaters zijn goed vertegenwoordigd (11%).

<sup>2</sup> Naar analogie met de EQUUS-studie (Uchtenhagen & Schaub, 2011) werd methadonsubstitutiebehandeling bij behandeling ondergebracht. Respondenten die de vragen over behandeling beantwoordden (bv. vanuit een substitutieprogramma), konden er tevens voor opteren om het luik over 'harm reduction' in te vullen.

**Tabel 4: Respondenten survey 'behandeling' volgens functie in de organisatie (n=84)**

	N	%
Directie	12	14,3
Beleidsmedewerker binnen de voorziening	7	8,3
Afdelingsverantwoordelijke / (klinisch) coördinator	28	33,3
Begeleider / hulpverlener / therapeut / psycholoog	20	23,8
Arts / psychiater	9	10,7
Onderzoeker	2	2,4
Stafmedewerker overheidsdienst / beleid	4	4,8
Vertegenwoordiger gebruikersvereniging	1	1,2
Andere, nl.: verpleegkundige	1	1,2

De meeste respondenten hebben een diploma (post-)universitair onderwijs of hoger onderwijs korte type. Hun gemiddelde leeftijd bedraagt 44 jaar. Gemiddeld werken zij reeds 14 jaar in de voorziening die zij vertegenwoordigen en hun anciënniteit in de verslavingszorg is gemiddeld 16 jaar.

### 2.1.3 Harm reduction

Zesendertig respondenten (n=36) beantwoordden alle vragen over 'harm reduction'. De meesten van hen zijn tewerkgesteld in ambulante gespecialiseerde centra (47%) en bij lokale of regionale overheden (14%) (cf. tabel 5).

**Tabel 5: Respondenten survey 'harm reduction' volgens type voorziening (n=36)**

	N	%
Ambulant centrum, gespecialiseerd in alcohol en drugs	17	47,2
Ambulant centrum, niet gespecialiseerd in alcohol en drugs	1	2,8
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)	1	2,8
Preventiedienst (geen onderdeel van CGG)	1	2,8
Residentieel, gespecialiseerd behandelcentrum met kortdurend programma	1	2,8
Residentieel, gespecialiseerd behandelcentrum met langdurig programma	1	2,8
Crisiscentrum	2	5,6
(Afdeling van) Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ)	2	5,6
Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	1	2,8
Overheidsdienst / beleid	5	13,9
Gebruikersvereniging	1	2,8
Andere: Straathoekwerk (n=1), Netwerkorganisatie (n=1), Beschut wonen (n=1)	3	8,3

Drieënvijftig procent (53%) van de respondenten is verbonden aan een organisatie in Vlaanderen, 36% aan een Waalse en 11% aan een Brusselse organisatie. Deelnemers aan de survey zijn hoofdzakelijk mannen (61%), tegenover 39% vrouwen. Hun functie in de organisatie is meestal die van afdelingsverantwoordelijke of (klinisch) coördinator (25%), begeleider, hulpverlener, therapeut of psycholoog (25%), directielid (19%) of beleidsmedewerker binnen de voorziening (17%) (cf. tabel 6).

**Tabel 6: Respondenten survey 'harm reduction' volgens functie in de organisatie (n=36)**

	N	%
Directie	7	19,4
Beleidsmedewerker binnen de voorziening	6	16,7
Afdelingsverantwoordelijke / (klinisch) coördinator	9	25
Begeleider / hulpverlener / therapeut / psycholoog	9	25
Arts / psychiater	1	2,8
Preventiewerker	1	2,8
Stafmedewerker overheidsdienst / beleid	1	2,8
Vertegenwoordiger gebruikersvereniging	1	2,8
Andere, nl.: Hoofdverpleegkundige (n=1)	1	2,8

Het merendeel van de respondenten heeft een diploma (post-)universitair onderwijs of hoger onderwijs korte type. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 43 jaar voor dit deel van de survey. Gemiddeld zijn ze reeds 11 jaar werkzaam binnen de organisatie die ze vertegenwoordigen. Hun gemiddelde anciënniteit in de verslavingszorg bedraagt 15 jaar.

## 2.2 Respondenten focusgroepen en email survey

Voor de samenstelling van de focusgroepen werd per taalgebied gemikt op 8 à 12 deelnemers voor de domeinen 'preventie', 'behandeling' en 'harm reduction'.

Aan de eerste Nederlandstalige focusgroep 'preventie' namen in totaal 12 mensen deel, van wie 4 mensen betrokken bij lokaal/regionaal beleid, 6 preventiewerkers, 1 onderzoeker en 1 medewerker van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs (VAD). Tijdens de tweede focusgroepronde namen nog 8 mensen deel: 2 personen betrokken bij het lokaal/regionaal beleid, 4 preventiewerkers, 1 onderzoeker en 1 medewerker van het Vlaams expertisecentrum.

Aan de eerste focusgroep 'behandeling' namen in Vlaanderen in totaal 10 personen deel, onder wie 8 personen werkzaam in de praktijk, 1 beleidsverantwoordelijke en 1 medewerker van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs (VAD). De tweede Nederlandstalige focusgroep 'behandeling' werd bijgewoond door 9 mensen, met name 7 praktijkwerkers en 2 beleidsverantwoordelijken.

Tenslotte namen 13 personen deel aan de eerste Nederlandstalige focusgroep 'harm reduction'. Het betrof 9 praktijkwerkers, 1 onderzoeker, 1 beleidsverantwoordelijke, 1 vertegenwoordiger van een gebruikersorganisatie en 1 medewerker van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs (VAD). Aan de tweede focusgroep 'harm reduction' namen in Vlaanderen nog slechts 6 mensen deel, met name 4 praktijkwerkers, 1 onderzoeker en 1 medewerker van het expertisecentrum.

De Franstalige focusgroepen kenden een gelijkaardige samenstelling en hiervoor werden per domein 10 respondenten gerekruteerd in Brussel en Wallonië.

Aan de Franstalige focusgroep 'preventie' namen in totaal 10 mensen deel. De eerste focusgroep werd bijgewoond door 8 personen, waarvan 6 preventiewerkers en twee personen betrokken bij het lokaal/regionaal beleid. Aan de tweede focusgroep 'preventie' namen 7 personen deel: 4 preventiewerkers, 2 personen betrokken bij het lokaal/regionaal beleid en één onderzoeker.

Aan de eerste focusgroep 'behandeling' namen in Brussel en Wallonië in totaal 8 personen deel, van wie 7 personen werkzaam in de praktijk en 1 persoon betrokken bij lokaal/regionaal beleid. Tijdens de tweede focusgroep daagden 7 personen op, 6 praktijkwerkers en 1 persoon betrokken bij het beleid.

Tenslotte namen in totaal 10 personen deel aan de Franstalige focusgroepen over 'harm reduction'. Acht personen woonden de eerste focusgroep bij (5 praktijkwerkers en 3 personen betrokken bij het lokaal/regionaal beleid), 6 personen waren aanwezig bij de tweede focusgroep: 5 praktijkwerkers en 1 persoon betrokken bij het lokaal/regionaal beleid.

## 2.3. Gegevensverwerking

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 geven we gedetailleerd aan hoe het consensusproces verliep per domein (preventie, behandeling en harm reduction), inclusief de mate van consensus per standaard en amendementen die door de deelnemers aan de focusgroepen werden voorgesteld. Aldus wordt het proces van dataverzameling en -analyse per domein beschreven en integreerden we dit in de beschrijving van de bevindingen per domein. Hoewel dit niet gebruikelijk is in wetenschappelijke rapporten, leek dit ons de beste manier om de consensusprocedure te verduidelijken en tegelijk de resultaten ervan scherp te stellen. Informatie over de gegevensverzameling en -analyse met betrekking tot de domeinen 'preventie', 'behandeling' en 'harm reduction' is daarom terug te vinden in, respectievelijk hoofdstuk 3, 4 en 5.

### 3. Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Preventie

#### 3.1. Online survey – Preventie

Voor het domein preventie werd de mening van de respondenten (n= 74) gevraagd over 35 kwaliteitsstandaarden (cf. tabel 7), die afgeleid werden uit de EQUUS-studie (Uchtenhagen & Schaub, 2011) en de EPDQS standaarden (Brotherhood, Sumnall & Prevention Standards Partnership, 2011). Voor elke kwaliteitsstandaard werd nagegaan in welke mate deze standaard reeds toegepast wordt in de voorziening. Indien deze wordt toegepast, werd bevraagd welke prioriteit aan deze standaard wordt gegeven. Indien deze (nog) niet wordt toegepast, dienden de respondenten aan te geven of ze de toepassing van deze standaard haalbaar zagen binnen hun voorziening. Tot slot werd de deelnemers gevraagd of ze deze standaard kunnen aanvaarden als minimale kwaliteitsstandaard voor alcohol- en drugpreventie in België, dan wel als ideale standaard. Onder een 'minimale kwaliteitsstandaard' wordt verstaan dat elke voorziening moet kunnen voldoen aan deze standaard, terwijl een 'ideale kwaliteitsstandaard' een na te streven standaard is, waar men mogelijk nu (nog) niet kan aan voldoen, bijvoorbeeld omwille van een gebrek aan middelen.

Tabel 7 biedt een overzicht van de resultaten per originele standaard, uitgedrukt in percentages.

1. De eerste kolom toont in hoeveel % van de deelnemende organisaties deze standaard reeds toegepast wordt.
2. De tweede kolom geeft weer hoeveel voorzieningen een hoge prioriteit toekennen aan deze standaard, indien zij deze reeds toepassen (percentage respondenten dat stelt dat de prioriteit van deze standaard 'hoog' of 'eerder hoog' is).
3. De derde kolom toont hoe haalbaar de respondenten de implementatie van de standaard achten, indien deze nog niet wordt toegepast in de voorziening (% 'ja, haalbaar' of 'ja, met problemen' (i.e. toepassing haalbaar, maar er worden hierbij problemen verwacht).
4. De vierde kolom geeft het percentage respondenten weer dat de standaard aanvaardt als minimale standaard. 'Aanvaarden' wil zeggen dat de deelnemers akkoord zijn dat elke voorziening in België aan deze standaard zou moeten voldoen. Enkel de respondenten die 'ja' of 'nee' antwoordden op deze vraag werden in rekening gebracht (Het antwoord 'ik weet niet' werd buiten beschouwing gelaten in de analyses). Indien 80% of meer van de respondenten akkoord waren, werd de standaard aanvaard als minimale standaard (conclusie: +). Indien 50 tot 79% van de respondenten akkoord waren, werd de standaard als controversieel beschouwd (conclusie: +/-). Deze standaarden werden verder besproken in de focusgroepen (cf. 2.2), waarin getracht werd om consensus te bereiken over deze standaard. Indien minder dan 50% van de respondenten akkoord gingen, werd de standaard verworpen (conclusie: -). Ook deze standaarden werden verder besproken tijdens de focusgroepen, om de reden voor verwerping van de standaard verder te onderbouwen.
5. De vijfde en laatste kolom geeft aan of de respondenten de kwaliteitsstandaarden die ze niet aanvaardden als minimale standaard, wel kunnen aanvaarden als ideale kwaliteitsstandaard. Indien ze dit aanvaarden, verklaren ze zich ermee akkoord dat elke organisatie/voorziening in België zou moeten streven naar het bereiken van deze standaard, al kan men hier mogelijk momenteel nog niet aan voldoen. Zoals hierboven vermeld, werden enkel respondenten die 'ja' of 'nee' antwoordden in rekening gebracht. 80% of meer van de respondenten die zich akkoord verklaarden, leidde tot aanvaarding als ideale standaard (conclusie: +). Bij 50 tot 79% akkoord, werd de standaard als controversieel (conclusie: +/-) beschouwd en verder besproken tijdens de focusgroepen. Indien minder dan 50% akkoord bleek, werd de standaard verworpen (conclusie: -) en nader besproken tijdens de focusgroepen. Een vraagteken wil zeggen dat de standaard door 50 tot 79% van de respondenten als minimaal beschouwd werd (controversieel) en op basis van de focusgroepen zal bepaald worden of de standaard als 'minimaal' dan wel 'ideaal' wordt beschouwd. Nvt (niet van toepassing) wil zeggen dat de standaard reeds als minimale standaard werd aanvaard.

**Tabel 7: Overzicht kwaliteitsstandaarden preventie, inclusief toepassingsgraad, haalbaarheid en aanvaardbaarheid volgens respondenten survey (n=74)**

Oorspronkelijke standaarden (=vertaling EQUUS en EPQDS-standaarden)		Toepassingsgraad	Indien toegepast: prioriteit 'eerder hoog' tot 'hoog'	Indien niet toegepast: haalbaarheid		Minimaal		Ideaal
				Ja	Ja, met problemen			
P1	Ethische principes: men moet zich houden aan ethische principes. Bijvoorbeeld: een preventiedienst moet de rechten van de doelgroep beschermen, activiteiten voorzien die duidelijke voordelen hebben voor de doelgroep, geen activiteiten voorzien waarvan evidentie aantoont dat ze de doelgroep zouden kunnen schaden (vb. vermeerderen van druggebruik, stigmatisering van cliënten)	95,2	96,5	0	100	99	+	nvt
P2	Beleid en wetgeving: de implementatie van de activiteiten van de preventiedienst gebeurt in overeenstemming met het alcohol- en drugbeleid en de wetgeving	92,3	89,1	0	66,7	91	+	nvt
P3	Samenwerking met andere instanties: de organisatie werkt standaard samen met andere instanties en instellingen, in overeenstemming met de multidisciplinaire aard van drugpreventie (vb. gezondheids- en sociale diensten, gerechtelijke diensten, onderwijsdiensten)	97	100	0	100	92	+	nvt
P4	Financiële vereisten: er is een duidelijke en realistische kostenraming; beschikbare financieringsstromen zijn voldoende om kosten van het preventie-aanbod te dekken	53,8	88,3	0	71,4	86	+	nvt
P5	Interne middelen en capaciteit: men beschikt over voldoende middelen (vb. menselijke, technologische, financiële middelen) om de implementatie van de activiteiten van de preventiedienst mogelijk te maken	50	77,4	0	59,3	94	+	nvt
P6	Samenstelling van het personeel: de multidisciplinaire samenstelling van het team en de kwalificaties van het personeel zijn geschikt voor de preventiedienst (vb. op vlak van functies, aantal personeelsleden, opleidingsniveau)	55,6	90,7	4,2	50	78	+/-	?
P7	Ondersteuning van personeel: personeelsleden worden op een geschikte wijze ondersteund in hun werk	66,7	85	26,7	53,3	97	+	nvt
P8	Ethische standaarden: men houdt zich aan ethische standaarden (vb. een activiteit wordt alleen uitgevoerd als er nood aan is, er zijn procedures voorhanden om informed consent, vertrouwelijkheid, de veiligheid van de doelgroep en personeelsleden en de accuraatheid van aangeboden informatie over drugs en aanverwant gedrag te verzekeren)	89,1	94,5	0	75	95	+	nvt
P9	Beoordelingsprocedures: via primair of secundair onderzoek (eigen onderzoek of gebruik makend van reeds bestaande gegevens) moet er gedetailleerde en gevarieerde informatie verzameld worden over druggebruik in de betreffende doelgroep (vb. soorten drugs die gebruikt worden, mate van druggebruik en trends)	57,6	75,8	15,8	47,4	79	+/-	?
P10	Beoordelingsprocedures: de cultuur van de doelgroep (1. inzake druggebruik, 2. inzake de activiteiten van de preventiedienst) moet in kaart gebracht worden	62,7	66,6	20	26,7	75	+/-	?
P11	Beoordelingsprocedures: naast druggebruik en cultuur van de doelgroep, moeten ook andere relevante kenmerken van de doelgroep in kaart gebracht worden (vb. cognities, attitudes, risicogedragingen, criminaliteit, sociale status, beschikbaarheid van drugs)	53,3	79,3	13	39,1	66	+/-	?

Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Preventie

P12	Beoordelingsprocedures: het draagvlak bij de doelgroep voor het aanbod/de activiteiten van de preventiedienst moet bepaald worden (vb. bronnen van tegenstand of steun)	68,9	80	15,4	46,2	76	+/-	?
P13	Beoordelingsprocedures: hiaten in het huidige preventie-aanbod moeten in kaart gebracht worden	60,7	60	41,2	17,6	81	+	nvt
P14	Betrokkenheid van stakeholders: alle stakeholders die relevant zijn voor de interventie worden waar nodig betrokken bij de ontwikkeling en implementatie ervan (vb. doelgroep, andere instanties)	82,5	89,6	0	20	84	+	nvt
P15	Duurzaamheid: er wordt gewerkt met een lange termijn strategie voor drugpreventie of bredere gezondheidspromotie (alle activiteiten maken deel uit van de lange termijn strategie)	73,4	88,6	16,7	58,3	93	+	nvt
P16	Doelbepaling: de doelen van de activiteiten van de preventiedienst zijn specifiek, realistisch en gebaseerd op een vooronderzoek (vb. het is duidelijk op welke soorten druggebruik of gedrag men zich richt)	72,3	90,9	26,7	26,7	91	+	nvt
P17	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn gebaseerd op theoretische modellen met betrekking tot druggereleerd gedrag en gedragsverandering; men begrijpt dit druggereleerd gedrag en gedragsveranderingen op basis van wetenschappelijk onderzoek.	85,9	88,7	14,3	0	90	+	nvt
P18	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn evidence-based (gebaseerd op de bevindingen van vernieuwende of bestaande overzichten van wetenschappelijke effectiviteitsstudies, of op professionele ervaring wanneer deze literatuuroverzichten niet beschikbaar zijn)	81,8	88,3	0	60	86	+	nvt
P19	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst worden ontwikkeld op maat van het individu en de populatie (vb. taal, activiteiten, boodschap, timing, aantal cliënten)	95,3	93	0	100	97	+	nvt
P20	Ontwikkeling van het aanbod: de criteria voor het afronden van de activiteiten zijn gedefinieerd (vb. bereikte doelen, verplicht aantal bijgewoonde sessies, aantal bereikte cliënten, duur van de interventie)	62,3	77,1	11,1	33,3	73	+/-	?
P21	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn haalbaar en intern consistent (vb. de activiteiten zijn gerelateerd aan de doelstellingen, de doelgroep is gekozen in overeenstemming met het nodenonderzoek, de doelgroep is bereikbaar, de setting is geschikt voor de activiteiten)	87,7	90,7	0	40	89	+	nvt
P22	Aanpassing: bestaande programma's (vb. programma's waarvan een handleiding beschikbaar is, modellen die elders geïmplementeerd werden) worden aangepast, rekening houdend met de verschillen tussen de oorspronkelijke en huidige omstandigheden (vb. kenmerken van de doelgroep)	79,7	77,5	22,2	33,3	86	+	nvt
P23	Training en ontwikkeling van personeel: degenen die de preventie-activiteiten uitvoeren (vb. preventiewerkers, leerkrachten, ouders, voormalige druggebruikers) beschikken over de competenties die nodig zijn voor een succesvolle implementatie	76,2	100	40	50	99	+	nvt
P24	Recrutering: cliënten of deelnemende groepen (vb. scholen, gemeenschappen) worden geselecteerd uit de vooraf gedefinieerde doelgroep	75,8	85,4	22,2	22,2	74	+/-	?
P25	Implementatie: er is een systematisch uitgeschreven projectplan beschikbaar (vb. inclusief de essentiële elementen en procedures van het preventie-aanbod/de preventie-activiteiten, een risicoanalyse en plannen voor onvoorziene omstandigheden)	42,2	83,4	23,3	46,7	74	+/-	?



Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Preventie

P26	Implementatie: de implementatie wordt gemonitord en noodzakelijke aanpassingen worden geïdentificeerd (vb. het nakijken van voorlopige resultaten, procesgegevens, projectplan en middelen)	54,8	70	15,8	42,1	75	+/-	?
P27	Implementatie: de activiteiten van de preventiedienst worden geïmplementeerd volgens het projectplan en aangepast in overeenstemming met de bevindingen uit monitoring	53,3	79,3	9,1	45,5	73	+/-	?
P28	Procesevaluatie: indien nodig zal er een pilootstudie uitgevoerd worden (vb. wanneer nieuwe of sterk aangepaste activiteiten geïmplementeerd worden, of wanneer programma's bestemd zijn voor een ruime verspreiding). De bevindingen uit deze pilootstudie worden gebruikt ter ondersteuning en optimalisering van de eigenlijke implementatie	45,9	56	4,5	36,4	64	+/-	?
P29	Procesevaluatie: de implementatie wordt gedocumenteerd en toegelicht (tekortkomingen en afwijkingen van het oorspronkelijke plan, betrokkenheid van de doelgroep, activiteiten, uitvoering van de activiteiten, gebruik van menselijke, financiële en materiële middelen)	61,9	83,4	0	43,8	75	+/-	?
P30	Verspreiding: voor en/of na de preventie-activiteiten wordt er een uitgeschreven en heldere beschrijving van die activiteiten (minstens ten dele) ter beschikking gesteld aan relevante groepen (vb. deelnemers)	54,8	74,2	14,3	52,4	65	+/-	?
P31	Verspreiding: informatie over de preventie-activiteiten wordt na afloop in een geschikte vorm verspreid (vb. evidence briefings, verslag aan financierders, feedback aan deelnemers)	68,3	72,5	28,6	42,9	69	+/-	?
P32	Verspreiding: een eindverslag beschrijft op een heldere, logische en eenvoudig te lezen manier alle belangrijke elementen die behoren tot de planning, de implementatie, en (waar mogelijk) de evaluatie van het preventieprogramma	57,1	90	15	35	75	+/-	?
P33	Doel van preventie: verminderd druggebruik (preventie moet gericht zijn op abstinentie, uitgesteld druggebruik, verminderd druggebruik en/of preventie van afhankelijkheid)	89,1	92,6	33,3	16,7	82	+	nvt
P34	Evaluatie: een geschikte evaluatie wordt uitgevoerd als onderdeel van de activiteiten van de preventiedienst (vb. evaluatie van uitkomsten, procesevaluatie)	71,4	76,7	25	25	87	+	nvt
P35	Evaluatie: de activiteiten van de preventiedienst worden verdergezet op basis van evidentie die wordt aangeleverd door monitoring of evaluatie	71,0	85,4	50	30	83	+	?

De bevindingen maken duidelijk dat de meeste Europese kwaliteitsstandaarden in België een toepassingsgraad kennen die lager ligt dan 75%. Met name standaarden P25 en P28, die respectievelijk betrekking hebben op het systematisch hanteren van een projectplan voor het uitrollen van een preventie-activiteit en op de evaluatie van pilootprojecten hebben een toepassingsgraad, wordt volgens minder dan 50% van de betrokken organisaties toegepast. Nochtans kennen organisaties die reeds systematisch een projectplan hanteren hier een hoge prioriteit aan toe (>80%), wat veel minder het geval is voor de evaluatie van pilootprojecten. Vaak toegepaste standaarden waar men geen hoge prioriteit (<70%) aan toekent zijn: het beoordelen van de cultuur van de doelgroep (P10) en het in kaart brengen van hiaten in het huidige preventie-aanbod (P13). Tot de meest toegepaste kwaliteitsstandaarden behoren deze met betrekking tot ethische principes en regels (P1 en P8), samenwerking met andere organisaties en de doelgroep (P3 en P14) en ontwikkeling van een coherent preventie-aanbod op maat van de doelgroep, rekening houdend met theoretische inzichten en wetenschappelijke evidentie en het vigerend beleid (P2, P17-19, P21)

In voorzieningen waar bepaalde standaarden niet toegepast worden, zien de respondenten deze standaarden overwegend als 'niet haalbaar' ofwel acht men dit toch haalbaar, maar verwacht men hierbij problemen. We dienen er evenwel mee rekening te houden dat het hier steeds kleine aantallen betreft, aangezien bij deze vraag enkel respondenten meegeteld werden die deze standaard niet toepasten. Het is dus moeilijk om hier veel conclusies aan te verbinden.

Twintig van de 35 standaarden (57%) werden door de respondenten meteen aanvaard als minimale kwaliteitsstandaarden. Over 15 standaarden was er niet meteen consensus. Geen enkele standaard werd initieel verworpen als minimale kwaliteitsstandaard. Tegelijk werd voor geen enkele standaard bevraagd of deze aanvaard kon worden als ideale standaard.

Kwaliteitsstandaarden die niet als minimale standaarden aanvaard werden, stonden verder ter discussie. In de eerste ronde van de focusgroepen werd geprobeerd een consensus te vinden over deze 'controversiële standaarden' (cf. 3.2). Voor preventie betrof dit volgende standaarden: P6, P9, P10, P11, P12, P20, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31 en P32. Tijdens de tweede ronde van focusgroepen werden deze controversiële standaarden en enkele standaarden die reeds in de online survey aanvaard werden<sup>3</sup> verder verduidelijkt, met de bedoeling deze te concretiseren zodat ze in de toekomst eventueel omgezet kunnen worden in indicatoren.

## **3.2. Consensusprocedure – Preventie**

### *3.2.1. Samenvatting consensusprocedure*

In tabel 8 wordt aangegeven hoe de consensusprocedure met betrekking tot de kwaliteitsstandaarden preventie verliep, waarbij voor elke onderzoeksfase aangegeven wordt hoeveel standaarden aanvaard werden en hoeveel er ter discussie stonden en nadien geherformuleerd werden. Uiteindelijk resulteerde dit in een lijst van 4 verworpen standaarden, 4 ideale standaarden en 28 minimale standaarden (cf. tabel 9). Het is belangrijk hierbij de rol van het onderzoeksteam te verduidelijken, gezien zij dit proces faciliteerden door de bevindingen terug te koppelen naar de respondenten, inclusief de opmerkingen die in andere focusgroepen of tijdens eerdere fasen van het onderzoek gemaakt werden.

---

<sup>3</sup> Het betrof meer specifiek de standaarden P2, P7, P13 en P34, gezien deze door het onderzoeksteam als te vaag en te abstract ingeschat werden.

**Tabel 8: Verschillende fasen van de consensusprocedure voor de kwaliteitsstandaarden preventie**

Fase	Periode	Omschrijving
Online survey	Juni-juli 2014	74 professionals uit de alcohol- en drugpreventiesector spraken zich uit over 35 Europese minimumstandaarden met betrekking tot preventie 20 standaarden werden meteen aanvaard als minimale kwaliteitsstandaarden
Eerste ronde focusgroepen	September 2014	15 standaarden (die door 50 tot 79% van de deelnemers aan de online survey aanvaard werden als minimale kwaliteitsstandaard) werden besproken tijdens de eerste ronde focusgroepen (in één Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep)
Overleg onderzoeksteam (incl. koepelorganisaties)	November 2014	Het onderzoeksteam vergeleek de resultaten van beide focusgroepen voor de 15 bediscussieerde standaarden : - Zeven standaarden werden aanvaard door beide focusgroepen (6 als minimale en 1 als ideale standaard) - Voor 8 standaarden werd een verschillend resultaat bereikt in beide focusgroepen. De opmerkingen die over deze standaarden gemaakt werden, werden samengebracht door het onderzoeksteam, om daarna opnieuw voorgelegd te worden tijdens de tweede ronde focusgroepen
Bijeenkomst onderzoeksteam en begeleidingscomité	November 2014	Het onderzoeksteam selecteerde 4 standaarden uit de initiële online survey waarvoor ze graag verduidelijking en enige voorbeelden wilde. Door het begeleidingscomité werd tevens beslist om aan elke focusgroep te vragen een nieuwe standaard voorop te stellen over kosteneffectiviteit.
Tweede ronde focusgroepen	November – december 2014	Negen standaarden werden tijdens de tweede ronde focusgroepen voorgelegd met de bedoeling hierover consensus na te gaan (inclusief de nieuwe standaard over kosteneffectiviteit) Tevens werd de focusgroepen gevraagd om de 15 standaarden die tijdens de eerste ronde focusgroepen besproken werden nader te verduidelijken, alsook 4 standaarden die tijdens de online survey reeds aanvaard werden (P2, P7, P13 en P34)
Overleg onderzoeksteam (incl. koepelorganisaties)	Februari- maart 2015	Het onderzoeksteam besprak de resultaten van de focusgroepen voor de 9 standaarden die opnieuw werden voorgelegd : – Twee standaarden werden aanvaard als minimale standaarden – Drie standaarden werden aanvaard als ideale standaarden – Twee standaarden werden verworpen (waaronder de standaard over kosteneffectiviteit) – Twee standaarden waarvoor geen consensus bestond, werden geherformuleerd door het onderzoeksteam om via e-mail opnieuw voorgelegd te worden aan de deelnemers van de focusgroepen
E-mail met voorstellen	Maart 2015	De twee laatste, aangepaste standaarden werden opnieuw ter goedkeuring voorgelegd aan de deelnemers van de focusgroepen, maar werden verworpen

De hiervoor beschreven consensusprocedure had voor elke standaard volgende uitkomst voor gevolg: ofwel aanvaard als minimale standaard (al dan niet na aanpassing), ofwel aanvaard als ideale standaard (al dan niet na aanpassing) ofwel werd de standaard verworpen. Deze conclusies zijn terug te vinden in Tabel 9, waarbij ‘minimal’ staat voor minimale standaard, ‘ideal’ voor een ideale standaard en ‘rejected’ voor een verworpen standaard.

**Tabel 9: Uitkomst consensusprocedure per standaard voor het domein preventie**

N	Conclusion	Online survey %	1e focus group (Sept. 2014)		Research team (Nov. 2014)	2e focus group (Nov.-Dec. 2014)		Research team (Feb. 2015)	E-mail survey (March 2015)
			FR	NL	Decision	FR	NL	Decision	By e-mail
P1	Minimal	99%	-	-	-	-	-	-	-
P2	Minimal	91%	-	-	-	Concretised	Concretised	-	-
P3	Minimal	92%	-	-	-	-	-	-	-
P4	Minimal	86%	-	-	-	-	-	-	-
P5	Minimal	94%	-	-	-	-	-	-	-
P6	Ideal (+ remark)	78%	Ideal	Minimal	Modified and discussed again	Minimal (modified)	Minimal (original)	Ideal (+ remark)	-
P7	Minimal	97%	-	-	-	Concretised	Concretised	-	-
P8	Minimal	95%	-	-	-	-	-	-	-
P9	Rejected	79%	Rejected	Minimal	Modified and discussed again	Rejected	Minimal (modified)	Rejected	-
P10	Minimal (+remark)	75%	Minimal	Minimal (+ remark)	Minimal (+ remark)	-	-	-	-
P11	Minimal (+remark)	66%	Minimal	Minimal	Minimal (+ remark)	Concretised	-	-	-
P12	Minimal (modified)	76%	Minimal	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Concretised	Concretised	-	-
P13	Minimal	81%	-	-	-	Concretised	-	-	-
P14	Minimal	84%	-	-	-	-	-	-	-
P15	Minimal	93%	-	-	-	-	-	-	-
P16	Minimal	91%	-	-	-	-	-	-	-
P17	Minimal	90%	-	-	-	-	-	-	-
P18	Minimal	86%	-	-	-	-	-	-	-
P19	Minimal	97%	-	-	-	-	-	-	-
P20	Minimal (Modified)	73%	Rejected	Minimal	Modified and discussed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (Modified)	-
P21	Minimal	89%	-	-	-	-	-	-	-
P22	Minimal	86%	-	-	-	-	-	-	-
P23	Minimal	99%	-	-	-	-	-	-	-
P24	Rejected	74%	Minimal (modified)	Minimal	Modified and discussed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Rejected
P25	Ideal (modified)	74%	Ideal	Minimal (modified)	Modified and discussed again	Ideal (modified)	Minimal (modified)	Ideal (modified)	-
P26	Rejected	75%	Minimal (modified)	Minimal (+ remark)	Modified and discussed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Rejected
P27	Minimal	73%	Minimal	Minimal	Minimal	Concretized	-	-	-
P28	Ideal	64%	Ideal	Minimal	Ideal	-	-	-	-
P29	Minimal	75%	Minimal	Minimal	Minimal	-	-	-	-
P30	Minimal (Modified)	65%	Minimal	Rejected	Correction of Dutch translation	-	Minimal (modified)	Minimal (Modified)	-
P31	Minimal	69%	Minimal	Minimal	Minimal	-	Concretized	-	-

N	Conclusion	Online survey	1e focus group (Sept. 2014)		Research team (Nov. 2014)	2e focus group (Nov.-Dec. 2014)		Research team (Feb. 2015)	E-mail survey (March 2015)
			Ideal	Minimal		Ideal (modified)	Minimal (modified)		
P32	Ideal (modified)	75%	Ideal	Minimal	Modified and discussed again	Ideal (modified)	Minimal (modified)	Ideal (modified)	-
P33	Minimal	82%	-	-	-	-	-	-	-
P34	Minimal	87%	-	-	-	Concretised	-	-	-
P35	Minimal	83%	-	-	-	-	-	-	-
P36	No additional standard	-	-	-	Ask for proposal	No proposal	Proposal	No standard	-

Bij de bespreking van de standaarden waarover geen consensus bestond in de Franstalige en Nederlandstalige focusgroepen heeft het onderzoeksteam telkens beslist om te opteren voor de minst ingrijpende formulering en minimale mate van aanvaarding. Als een standaard bijvoorbeeld door de ene focusgroep aanvaard werd als ‘minimale standaard’ en door de andere als ‘ideale standaard’, beschouwde het onderzoeksteam deze standaard als ideale kwaliteitsstandaard voor beide groepen. Wanneer één van beide focusgroepen voorstelde om de terminologie aan te passen teneinde een standaard minder veeleisend te maken, dan werd deze laatste behouden voor beide groepen.

Zoals eerder aangegeven, werkten we met drie koepelorganisaties samen in functie van het rekruteren van respondenten voor het onderzoek en het valoriseren van de onderzoeksbevindingen. In maart 2015 werden deze partners geconsulteerd over de standaarden waarover na twee focusgroepen nog steeds geen consensus was bereikt tussen beide focusgroepen. Er werd beslist om een laatste voorstel te doen aan de deelnemers van deze focusgroepen voor die standaarden waarvoor het moeilijk was om een formulering te vinden die zowel aan de opmerkingen van de Franstalige als de Nederlandstalige focusgroep beantwoordde. Aan beide groepen werden deze voorstellen voorgelegd. Enkel de deelnemers die bij minstens één focusgroepbijeenkomst aanwezig waren, werden gecontacteerd en slechts één stem per voorziening kon meegeteld worden. We stelden voorop dat de standaard door minimum 80% van de respondenten per focusgroep aanvaard moest worden, alvorens deze aanvaard kon worden. Geen van beide voorgestelde gewijzigde standaarden werd aldus aanvaard.

Voor een gedetailleerde overzicht van de bevindingen, opmerkingen en discussies in de Nederlandstalige en Franstalige focusgroepen verwijzen we naar bijlage 1 over de preventiestandaarden (pp. 5-56)

### 3.2.2. Bespreking controversiële kwaliteitsstandaarden preventie

Deze rubriek kent een analoge opmaak per controversiële standaard. Eerst wordt in een grijze box de finaal aanvaarde/verworpen standaard weergegeven, met daaronder de oorspronkelijke EQUUS-standaard. Daarna volgt een samenvatting van de voorstellen en beslissingen tijdens de consensusprocedure, gevolgd door de conclusie met betrekking tot deze standaard.

P6	
<p><b>Samenstelling van het personeel: De multidisciplinaire samenstelling van het team en de kwalificaties van het personeel zijn geschikt voor de preventiedienst (vb. op vlak van functies, aantal personeelsleden, opleidingsniveau).</b> Opmerking: Dit kan men bekomen door het samenwerken in een netwerk.</p>	<p><b>Composition du personnel : La transdisciplinarité et les qualifications du personnel sont adéquates pour le service (p. ex. type de rôles, nombre de personnes, niveau de formation).</b> Remarque : Cet objectif peut être atteint en travaillant en réseau.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Samenstelling van het personeel: de multidisciplinaire samenstelling van het team en de kwalificaties van het personeel zijn geschikt voor de preventiedienst (vb. op vlak van functies, aantal personeelsleden, opleidingsniveau).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

De standaard werd nipt niet aanvaard als minimale standaard door de deelnemers aan de online survey (78% consensus).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: aanvaard als minimale standaard

FR: aanvaard als ideale standaard

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste de standaard aan te passen opdat deze aanvaard zou kunnen worden als minimale standaard door beide groepen en stelde – op basis van de suggesties tijdens de focusgroepen - volgende aanpassing voor tijdens de tweede ronde focusgroepen: *“Samenstelling van het personeel: de preventiedienst handelt vanuit een transdisciplinair perspectief. Opmerking: dit kan men bekomen door het samenwerken in een netwerk”.*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: wilden de oorspronkelijke standaard behouden en aanvaarden als minimale standaard

FR: aanvaardbaar als als minimale standaard mits twee nuances: *“Samenstelling van het personeel: de preventiedienst verbindt zich ertoe om vanuit een transdisciplinair perspectief te werken. Opmerking : dit doel kan men bereiken door netwerkvorming”.*

Men maakte de opmerking dat er voldoende middelen nodig zijn om deze standaard te realiseren.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam stelt voor om de oorspronkelijke standaard te behouden als ideale standaard, aangezien beide groepen deze standaard aanvaardden tijdens de eerste ronde en een aanvaarding als ideale standaard de minimale mate van aanvaarding betreft door beide groepen. Tevens wordt een opmerking toegevoegd betreffende samenwerking in een netwerk om deze kwaliteitsstandaard te realiseren.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

P9	
<p><b>Beoordelingsprocedures:</b> via primair of secundair onderzoek (eigen onderzoek of gebruik makend van reeds bestaande gegevens) moet er gedetailleerde en gevarieerde informatie verzameld worden over druggebruik in de betreffende doelgroep (vb. soorten drugs die gebruikt worden, mate van druggebruik en trends).</p>	<p><b>Procédures d'évaluation :</b> Des informations détaillées et diversifiées sur l'usage de drogues dans la communauté / la population cible / l'environnement concerné(e) doivent être récoltées via une étude primaire ou secondaire (p. ex. types d'usage de drogues, taux d'usage de drogues et tendances).</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Idem*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd nipt niet aanvaard als minimale standaard door de respondenten tijdens de online survey (79% consensus).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: aanvaard als minimale standaard

FR: verworpen als minimale en ideale standaard, omwille van het feit dat een preventie-activiteit volgens de respondenten niet noodzakelijk gebaseerd moet zijn op kennis van het druggebruik in de populatie.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om een licht aangepaste standaard voor te leggen tijdens de tweede focusgroep, met vermelding van volgende opmerking:

*“Beoordelingsprocedures: via primair of secundair onderzoek moet er specifieke informatie verzameld worden over het druggebruik in de betreffende doelgroep of setting (vb. soorten drugs die gebruikt worden, mate van druggebruik en trends).*

*Opmerking: Het is belangrijk om te weten wat er aan de hand is alvorens een interventie te doen. Het betekent dus niet dat een voorziening gedetailleerde informatie moet hebben van elke deelnemer. Primair en secundair onderzoek wil zeggen dat de voorzieningen zowel gebruik kunnen maken van eigen data als van data die verzameld werden door andere instanties (bv: universiteiten).”*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: aanvaard als minimale standaard, mits weglating van het voorbeeld ‘soorten drugs die gebruikt worden’ omdat dit niet altijd prioriteit is.

FR: verworpen als minimale en ideale standaard met volgende argumentatie: op vlak van preventie zijn sommige activiteiten niet gericht op bepaalde drugs of producten, maar op een verbetering van het welbevinden.

**CONCLUSIE: STANDAARD VERWORPEN**

P10	
<p><b>Beoordelingsprocedures: De cultuur van de doelgroep (1. inzake druggebruik, 2. inzake de activiteiten van de preventiedienst) moet ingeschat worden.</b></p> <p>Opmerking: In het kader van deze standaard, kan de cultuur van de populatie beperkt worden tot wat er tussen haakjes staat.</p>	<p><b>Procédures d'évaluation : La culture de la population cible doit être estimée (1. relation avec l'usage de drogues, 2. relation avec les activités du service / de l'intervention).</b></p> <p>Remarque : Dans le cadre de ce standard, la culture de la population peut être limitée aux spécifications entre parenthèses.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Beoordelingsprocedures: De cultuur van de doelgroep (1. inzake druggebruik, 2. inzake de activiteiten van de preventiedienst) moet **in kaart gebracht** worden.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (75%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: aanvaard als minimale standaard

FR: aanvaard als minimale standaard, mits toevoeging van bovenstaande opmerking

Beslissing onderzoeksteam:

Aanvaarden van de standaard, met de toegevoegde opmerking.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Geen verduidelijking nodig. De woorden 'in kaart gebracht' worden vervangen door 'ingeschat'.

FR: Verdere verduidelijking van de standaard bleek niet nodig.

**CONCLUSIE : MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**



P11	
<p><b>Beoordelingsprocedures: Naast druggebruik en cultuur van de doelgroep, moeten ook andere relevante kenmerken van de doelgroep ingeschat worden (vb. cognities, attitudes, risicogedragingen, criminaliteit, sociale status, beschikbaarheid van drugs).</b></p> <p>Opmerking: Een diepteonderzoek is niet nodig.</p>	<p><b>Procédures d'évaluation : Les autres caractéristiques pertinentes de la communauté / la population cible / l'environnement doivent être estimées (p. ex. connaissances, attitudes, comportements à risque, criminalité, situation sociale, disponibilité des drogues).</b></p> <p>Remarque : Une évaluation approfondie n'est pas nécessaire.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Naast druggebruik en cultuur van de doelgroep, moeten ook andere relevante kenmerken van de doelgroep **in kaart gebracht worden** (vb. cognities, attitudes, risicogedragingen, criminaliteit, sociale status, beschikbaarheid van drugs).*

**Samenvatting consensusprocedure:**

Deze standaard werd door slechts 66% van de deelnemers aan de survey aanvaard als minimale standaard.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard.

FR: Aanvaard als minimale standaard indien het woord 'geëvalueerd' vervangen wordt door 'ingeschat' en mits toevoegen van de bedenking dat een diepgaande evaluatie niet altijd mogelijk is.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam hield rekening met de opmerkingen van de respondenten en voegde de opmerking "een diepgaande evaluatie is niet noodzakelijk" toe aan de standaard. Men besliste om de standaard op deze manier als minimale standaard te aanvaarden.

Tweede ronde focusgroepen:

In deze ronde werd de standaard verder verduidelijkt:

NL: De deelnemers aan de Nederlandstalige focusgroep vonden niet dat de standaard verdere verduidelijking behoefde. Ze opteerden er wel voor om 'in kaart gebracht' te vervangen door 'ingeschat en indien mogelijk in kaart gebracht'. Een bijkomende opmerking hoefde voor hen niet, aangezien deze eigenlijk reeds vervat zit in de standaard door middel van de woorden 'indien mogelijk'.

FR: Bovenstaande beoordelingsprocedure gebeurt op basis van de uitgangsvraag. Deze wordt geanalyseerd, alsook de problematiek en de situatie. Sommigen consulteren hiervoor ook de literatuur en collega's in het werkveld.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P12	
<p><b>Beoordelingsprocedures:</b> Het draagvlak bij de doelgroep voor het aanbod/de activiteiten van de preventiedienst moet ingeschat worden (vb. bronnen van tegenstand of steun).</p>	<p><b>Procédures d'évaluation :</b> Le degré de disposition de la population cible et de la communauté pour le service/l'intervention doit être évaluée (p. ex. sources d'opposition ou de soutien).</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Beoordelingsprocedures: Het draagvlak bij de doelgroep voor het aanbod / de activiteiten van de preventiedienst moet **bepaald** worden (vb. bronnen van tegenstand of steun).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (76% consensus).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: aanvaard als minimale standaard.

FR: aanvaard als minimale standaard mits aanpassing naar 'Le degré de disposition'.

Tweede ronde focusgroepen:

Verduidelijking van de standaard door beide groepen als volgt:

NL: De deelnemers stelden dat je een draagvlak niet kan bepalen, wel inschatten. Het gaat namelijk over de visie van anderen. Dit werd aangepast in de vertaling.

FR : voor bepaalde voorzieningen gebeurt deze inschatting automatisch omdat ze niet op vraag werken. Maar als er geen consensus is met de vraagsteller over de interventie, gaat de dienst werken rond de vraag zelf alvorens te handelen. De doelgroep is hier de groep waarop de interventie zich richt. Het gaat niet noodzakelijk over de uiteindelijke doelgroep.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P20	
<p><b>Ontwikkeling van het aanbod: De criteria voor het afronden van de activiteiten zijn gedefinieerd (vb. bereikte doelen, verplicht aantal gevolgde sessies, aantal deelnemers, duur van de interventie).</b> Opmerking: de interventie moet een doel hebben.</p>	<p><b>Conception du service/de l'intervention : Les critères pour la fin de l'intervention sont définis (p. ex. objectifs atteints, nombre requis de sessions atteint, nombre de participants atteint, durée de l'intervention).</b> Remarque: Les actions entreprises doivent avoir un objectif.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Ontwikkeling van het aanbod: de criteria voor het afronden van de activiteiten zijn gedefinieerd (vb. bereikte doelen, verplicht aantal vervolledigde sessies, aantal bereikte cliënten, duur van de interventie).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd door minder dan 80% van de deelnemers aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (73%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, mits vervanging van het woord 'cliënten' door 'deelnemers' of 'participanten'.

FR: Verworpen als minimale en ideale standaard, omdat een dergelijke standaard hen de indruk geeft dat dergelijke preventie-aanbod per definitie eindig is.

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien de standaard aanvaard werd door de Nederlandstalige focusgroep, besliste het onderzoeksteam na de eerste focusgroep om de standaard aan te passen alvorens deze opnieuw voor te stellen (voor de aanvaarde standaard: cf. supra).

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard in aangepaste versie

FR: Aanvaard als minimale standaard in aangepaste versie

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P24	
<p><b>Rekrutering:</b> Participanten of deelnemende groepen (vb. scholen, gemeenschappen) worden geselecteerd uit een door de dienst vooraf gedefinieerde doelgroep.</p>	<p><b>Recrutement :</b> Les participants ou les unités participantes (p. ex. écoles, communautés) proviennent de la population cible définie par le service.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Recrutering: Cliënten of deelnemende groepen (vb. scholen, gemeenschappen) worden geselecteerd uit de vooraf gedefinieerde doelgroep*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (74% consensus).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard

FR: Aanvaard als minimale standaard op voorwaarde dat ‘bepaald door de preventiedienst’ wordt toegevoegd m.b.t. de te selecteren doelgroep, omdat men vreesde dat op basis van deze standaard de definitie van de doelgroep zou kunnen opgelegd worden door een externe instantie.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de door de Franstalige deelnemers voorgestelde aanpassingen voor te leggen tijdens de tweede Nederlandstalige focusgroep.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Deelnemers wilden de aangepaste standaard niet aanvaarden en verkozen om ‘vooraf bepaald’ te behouden in plaats van ‘bepaald door de preventiedienst’, omdat men er op zich geen probleem mee heeft dat de overheid of subsidiërende instanties de doelgroep bepalen. Men stelde voor om de oorspronkelijke standaard te behouden, omdat ook de overheid en financierders de doelgroep kunnen definiëren.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om volgende standaard als minimale standaard voor te stellen tijdens een e-mail survey, waarbij men rekening hield met de opmerkingen van beide focusgroepen:

*“Rekrutering: Participanten of deelnemende groepen (vb. scholen, gemeenschappen) worden geselecteerd uit een doelgroep gedefinieerd door de voorziening of waarvan de definiëring vooraf werd geaccepteerd door de voorziening.”*

*“Opmerking: De doelgroep kan ook vooraf gedefinieerd zijn door de overheid of financierders (met akkoord van de dienst).”*

E-mail survey:

In beide groepen werd de standaard door minder dan 80% van de deelnemers aanvaard als minimale standaard.

**CONCLUSIE : STANDAARD VERWORPEN**

P25	
<p><b>Implementatie:</b> Er is een uitgeschreven projectplan beschikbaar (vb. inclusief de essentiële elementen en procedures van het preventie-aanbod/de preventie-activiteiten en een risicoanalyse waarbij geanticipeerd wordt op onvoorziene omstandigheden).</p> <p>Opmerking: Dit geldt enkel voor projecten en niet voor elke activiteit in een project.</p>	<p><b>Implémentation :</b> Un plan du projet existe par écrit (p. ex. en incluant les principaux éléments et procédures du service/de l'intervention et une évaluation des risques avec une anticipation des imprévus).</p> <p>Remarque : Ceci concerne les projets et non pas chaque action à l'intérieur du projet.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Implementatie: er is een systematisch uitgeschreven projectplan beschikbaar (vb. inclusief de essentiële elementen en procedures van het preventie-aanbod/de preventie-activiteiten, een risicoanalyse en plannen voor onvoorziene omstandigheden).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (74%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, mits het weglaten van “plannen voor onvoorziene omstandigheden”.

FR: Enkel aanvaard als ideale standaard, omdat men deze standaard te veeleisend vonden.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de standaard opnieuw voor te leggen na een aantal aanpassingen die rekening hielden met de bemerkingen in beide groepen: **Implementatie: Er is een uitgeschreven projectplan beschikbaar (vb. inclusief de essentiële elementen en procedures van het preventie-aanbod/de preventie-activiteiten, een risicoanalyse waarbij geanticipeerd wordt op onvoorziene omstandigheden).**

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard

FR: Aanvaard als ideale standaard met de opmerking dat de grootte van het project dit moet rechtvaardigen. Een deelnemer waarschuwt dat men moet “*opletten om activiteit en project niet te verwarren*”.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de standaard als ideale standaard te aanvaarden (de minimale mate van aanvaarding in de Nederlandstalige en Franstalige focusgroep). De hiervoor vermelde opmerking werd lichtjes gewijzigd (cf. supra).

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

P26	
<p><b>Implementatie:</b> De implementatie wordt gemonitord en noodzakelijke aanpassingen worden geïdentificeerd door de voorziening of door de financierders als er een voorafgaande overeenkomst bestaat met de voorziening (vb. het nakijken van voorlopige resultaten, procesgegevens, projectplan en middelen).</p>	<p><b>Implémentation :</b> L'implémentation est surveillée et les ajustements nécessaires sont identifiés par le service ou par son pouvoir subsidiant si une convention préalable existe avec le service (p. ex. en passant en revue le résultat préliminaire ou les données du processus, le plan du projet, les ressources).</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Implementatie: De implementatie wordt gemonitord en noodzakelijke aanpassingen worden geïdentificeerd (vb. het nakijken van voorlopige resultaten, procesgegevens, projectplan en middelen).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (75%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard. Respondenten vreesden wel dat “monitoren” geïnterpreteerd kan worden als een door de overheid opgelegde evaluatie op basis waarvan beslist kan worden om gereserveerde subsidies al dan niet toe te kennen. Indien dit de bedoeling is van deze standaard, dan zou men deze niet als minimale standaard aanvaarden.

FR: Aanvaard als minimale standaard met de vraag om ‘door de dienst’ toe te voegen aan de standaard, omdat men wil vermijden dat deze standaard externe instanties zou toelaten de implementatie te monitoren en noodzakelijke aanpassingen voor te stellen.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de door de Franstalige deelnemers aangepaste standaard voor te leggen aan de deelnemers aan de Nederlandstalige focusgroep.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Respondenten verkozen om ‘door de dienst’ te vervangen door ‘op voorhand’, omdat men er op zich geen probleem mee heeft dat de overheid of subsidiërende instanties de implementatie monitoren en noodzakelijke aanpassingen identificeren.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de standaard aan te passen naar een nieuwe formulering die de bezwaren van beide groepen integreerde. Deze standaard werd aan beide groepen voorgelegd tijdens een e-mail survey.

E-mail survey:

De standaard werd door 80% van de Nederlandstalige deelnemers aanvaard, maar door minder dan 80% van de Franstalige deelnemers.

**CONCLUSIE: STANDAARD VERWORPEN**

P27	
<b>Implementatie: De activiteiten van de preventiedienst worden geïmplementeerd volgens het projectplan en aangepast in overeenstemming met de bevindingen uit de monitoring.</b>	<b>Implémentation : Le service / l'intervention est réalisé selon le plan du projet et ajusté conformément aux résultats du monitoring.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: *Idem***

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd door minder dan 80% van de deelnemers aanvaard tijdens de online survey (73% consensus).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard

FR: Aanvaard als minimale standaard

Tweede ronde focusgroepen:

Deze standaard werd opnieuw voorgelegd tijdens de tweede ronde van focusgroepen om nadere verduidelijkingen of voorbeelden te verkrijgen van de deelnemers. De Nederlandstalige respondenten gaven geen verdere verduidelijkingen, de Franstalige deelnemers verwezen hiervoor naar P26 (die verworpen werd).

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P28	
<p><b>Procevaluatie:</b> Indien nodig zal er een pilotstudie uitgevoerd worden (vb. wanneer nieuwe of sterk aangepaste activiteiten geïmplementeerd worden of wanneer programma's bestemd zijn voor een ruime verspreiding). De bevindingen uit deze pilotstudie worden gebruikt ter ondersteuning en optimalisering van de eigenlijke implementatie.</p>	<p><b>Evaluation du processus :</b> Une intervention pilote est conduite si nécessaire (p. ex. lors de l'implémentation d'interventions nouvelles ou sérieusement adaptées ou si des programmes sont conçus pour une large diffusion). Les résultats de l'évaluation pilote sont utilisés pour informer et améliorer l'implémentation de l'intervention.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Idem*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd duidelijk niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (64%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard.

FR: Aanvaard als ideale standaard.

Tweede ronde focusgroepen:

De standaard werd opnieuw voorgelegd tijdens de tweede ronde focusgroepen met de bedoeling verduidelijkingen of praktijkvoorbeelden van deelnemers te krijgen, maar dat bleek niet noodzakelijk volgens de respondenten. De standaard was voor hen voldoende duidelijk.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de standaard als ideale standaard te aanvaarden (de minimale mate van aanvaarding tussen de Nederlandstalige en Franstalige focusgroep).

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**



P29	
<b>Procesevaluatie: De implementatie wordt gedocumenteerd en toegelicht in overeenstemming met het projectplan.</b>	<b>Evaluation du processus : L'implémentation est documentée et expliquée conformément au plan du projet.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Procesevaluatie: De implementatie wordt gedocumenteerd en toegelicht (tekortkomingen en afwijkingen van het oorspronkelijke plan, betrokkenheid van de doelgroep, activiteiten, uitvoering van de activiteiten, gebruik van menselijke, financiële en materiële middelen).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (75%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard in een aangepaste, minder veeleisende versie van de standaard. De respondenten stelden voor om de opgegeven voorbeelden te vervangen door volgende zin: "in overeenstemming met de beschrijvingen in het projectplan".

FR: Aanvaard als minimale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de versie van de Nederlandstalige focusgroep voor te leggen aan de tweede Franstalige focusgroep.

Tweede ronde focusgroepen:

FR: Aanvaard als minimale standaard.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P30	
<p><b>Verspreiding:</b> Voor en/of tijdens de preventie-activiteiten wordt er een beschrijving van die activiteiten (minstens ten dele) ter beschikking gesteld aan relevante groepen (vb. deelnemers).</p>	<p><b>Diffusion :</b> Avant et/ou pendant le service / l'intervention, une description du service / de l'intervention est rendue disponible (au moins en partie) pour les groupes concernés (p. ex. les participants).</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Verspreiding: Voor en/of tijdens de preventie-activiteiten wordt er een uitgeschreven en heldere beschrijving van die activiteiten (minstens ten dele) ter beschikking gesteld aan relevante groepen (vb. deelnemers).*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd duidelijk niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (65%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Verworpen omwille van een vertaalfout (het woord ‘tijdens’ werd vertaald als ‘nadien’).

FR: Aanvaard als minimale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om een gecorrigeerde versie van de standaard voor te stellen tijdens de tweede bijeenkomst van de Nederlandstalige focusgroep.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard op voorwaarde dat de termen “uitgeschreven en helder” vervangen worden door “in aangepaste vorm”.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de minimale versie van de standaard als minimale standaard te aanvaarden, dus zonder de woorden “geschreven en helder” die verworpen werden door de Nederlandstalige respondenten, maar ook zonder de woorden “in aangepaste vorm” aangezien dit voor voor discussies was in de Franstalige focusgroep.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P31	
<b>Verspreiding:</b> Informatie over de preventie-activiteiten wordt na afloop in een geschikte vorm verspreid (vb. evidence briefings, verslag aan financierders, feedback aan deelnemers).	<b>Diffusion :</b> A la fin du service/de l'intervention, l'information à propos du service/de l'intervention est diffusée dans un format adéquat (p. ex. des sessions d'information sur les données, un rapport pour les organismes subsidants, un retour d'information aux participants).

**Oorspronkelijke EQUIS standaard:** *Idem*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (69% consensus).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard.

FR: Aanvaard als minimale standaard.

Tweede ronde focusgroepen:

De Nederlandstalige focusgroep verduidelijkte de standaard nog verder. De deelnemers stelden dat een centrale registratie van informatie belangrijke winst zou opleveren voor het preventieveld.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

P32	
<p><b>Verspreiding:</b> Een eindverslag beschrijft de belangrijke elementen van de preventie-activiteiten.</p> <p>Opmerking: Dit kan gerealiseerd worden in een jaarverslag.</p>	<p><b>Diffusion :</b> Un rapport final documente les éléments importants des activités de prévention.</p> <p>Remarque : Ceci peut être réalisé dans un rapport d'activité annuel.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Verspreiding: Een eindverslag beschrijft op een heldere, logische en eenvoudig te lezen manier alle belangrijke elementen die behoren tot de planning, de implementatie, en (waar mogelijk) de evaluatie van het preventieprogramma.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd niet aanvaard als minimale kwaliteitsstandaard tijdens de online survey (75%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard.

FR: Aanvaard als ideale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de standaard opnieuw voor te leggen tijdens de tweede ronde focusgroepen, zij het minder veeleisend geformuleerd om tot consensus te komen over een minimaal aanvaardbare standaard: *“Verspreiding: Een eindverslag beschrijft op een heldere, logische en eenvoudig te lezen manier de belangrijke elementen van de preventie activiteiten.” “Opmerking: Dit kan gerealiseerd worden in een jaarverslag”.*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, op voorwaarde dat de opmerking weggelaten wordt.

FR: Aanvaard als ideale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de laatste versie als ideale standaard te behouden, aangezien hierover minimale consensus was tussen beide groepen.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

### 3.2.3. Verduidelijkingen en toelichtingen bij aanvaarde preventiestandaarden

<b>P2</b>	
<b>Beleid en wetgeving: De implementatie van de activiteiten van de preventiedienst gebeurt in overeenstemming met het alcohol- en drugbeleid en de wetgeving.</b>	<b>Politique et législation : Référence à la politique en matière de drogues et à la législation selon ce qui est requis pour la réalisation du service / de l'intervention.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Deze standaard werd als minimale standaard aanvaard tijdens de online survey (91% consensus), maar het onderzoeksteam wilde graag verduidelijkt zien op welke manier deze standaard toegepast zou kunnen worden. Daarom werd deze standaard tijdens de tweede focusgroep besproken, wat tot onderstaande verduidelijkingen leidde.

- NL: Het beleid betreft zowel het federaal of Vlaams beleid als het beleid van de organisatie.
- FR : Bij gezondheids promotie gebruikt men het kader van het decreet om interventies te legitimeren naar het werkveld. Bij interventies gebeurt het dat men deze kadert binnen de bestaande wetgeving, maar dit enkel ter informatie (vb. de cannabiswetgeving).

<b>P7</b>	
<b>Ondersteuning van personeel: Personeelsleden worden op een geschikte wijze ondersteund in hun werk.</b>	<b>Soutien du personnel : Les membres du personnel sont soutenus dans leur travail de façon adéquate.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Deze standaard werd aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (97%), maar het onderzoeksteam wilde nadere informatie over de manier waarop de diensten deze standaard toepassen. Daarom werd deze besproken tijdens de tweede ronde focusgroepen, wat geleid heeft tot volgende verduidelijkingen:

- NL: De deelnemers aan de Nederlandstalige focusgroep stelden voor om volgende voorbeelden toe te voegen: ruimte voor opleiding, supervisies en intervisies, heldere taakomschrijving, ...
- FR : Deze ondersteuning gebeurt via teamvergaderingen, supervisies, vormingen (op voorwaarde dat deze bruikbaar zijn), ... Loon en werkzekerheid zijn ook belangrijke elementen van de ondersteuning van een team. Deze zijn verbonden aan de officiële erkenning van de voorziening. Een veilige omgeving en adequate kwalificaties van de personeelsleden zijn andere belangrijke elementen. Het is aangewezen om aan het team zelf te vragen waar men nood aan heeft.

<b>P13</b>	
<b>Beoordelingsprocedures: Hiaten in het huidige preventie-aanbod moeten in kaart gebracht worden</b>	<b>Procédures d'évaluation : La discontinuité dans l'offre actuelle de service doit être évaluée.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Deze standaard werd aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (81%). Het onderzoeksteam vroeg tijdens de tweede ronde van de focusgroepen om de standaard verder te verduidelijken.

- NL: De Nederlandstalige focusgroep verkoos 'in kaart brengen' te vervangen door 'inschatten'. De standaard behoefde voor hen geen verdere concretisering.
- FR : Een gebrek aan continuïteit het preventie-aanbod, kan aan verschillende factoren te wijten zijn, zoals de effectiviteit van de activiteit, veranderingen in de context, financieringsproblemen, externe betrokkenen of omdat het aanbod niet meer tegemoet komt aan de noden.

<b>P34</b>	
<b>Evaluatie: Een geschikte evaluatie wordt uitgevoerd als onderdeel van de activiteiten van de preventiedienst (vb. evaluatie van de uitkomsten, procesevaluatie).</b>	<b>Evaluation : Une évaluation adéquate est conduite comme une partie du service / de l'intervention (p. ex. évaluation des résultats, évaluation du processus).</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Deze standaard werd aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (87% consensus). Ter verduidelijking werd deze standaard opnieuw voorgelegd tijdens de tweede ronde focusgroepen. Enkel de Franstalige respondenten vonden het nodig enkele zaken te verduidelijken. Ze stelden dat er in voorzieningen continu geëvalueerd wordt. De term 'geschikte evaluatie' stoort hen en doet hen vrezen dat de overheid op een negatieve manier kan tussenkomen op basis van deze vage omschrijving ("jullie werken niet op een adequate manier"). Het is volgens de respondenten belangrijk dat een voorziening zelf kan definiëren wat adequaat is. Het kan zijn dat voor een dergelijke evaluatie competenties nodig zijn die niet voorhanden zijn in de organisatie waardoor men hiervoor een beroep moet kunnen doen op externe middelen.

### 3.2.4. Bijkomend voorgestelde preventiestandaarden

P36	
Kosteneffectiviteit	Coût-efficacité

Tijdens de online survey en de eerste ronde focusgroepen werden de EQUUS-standaarden met betrekking tot kosteneffectiviteit/kosten-baten analyse verworpen door de respondenten. Gezien het toenemend belang van dergelijke standaarden bij beleidsvoering en evaluatie-onderzoek, besliste het onderzoeksteam in samenspraak met het begeleidingscomité om tijdens de tweede ronde focusgroepen de deelnemers te vragen zelf een standaard rond kosteneffectiviteit op te stellen.

#### Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige respondenten stellen dat kosteneffectiviteit op lange termijn moet bekeken worden, gezien onderzoek heeft aangetoond dat het effect van preventie pas na enkele jaren duidelijk wordt. Met geïndiceerde preventie zal men bovendien meer effecten bereiken dan met universele preventie. Dit kan ertoe leiden de bepaalde organisaties alleen nog aan geïndiceerde preventie gaan doen. Verder geeft men aan dat als de overheid voldoende middelen beschikbaar stelt voor kwaliteitsvolle preventie, dan dit ook tot een hogere effectiviteit zal leiden. Het heeft dus ook met visie te maken. Men stelde volgende standaard voor: *“Activiteiten die volgens deze minimale kwaliteitsstandaarden uitgevoerd en gefinancierd worden, moeten geëvalueerd worden op hun lange termijn effecten.”*

FR: De Franstalige respondenten wilden geen standaard formuleren m.b.t. kosteneffectiviteit, omdat zij het evalueren hiervan niet haalbaar achten voor preventie. Verder gaven ze aan hier intuïtief wel rekening mee te houden.

#### Beslissing onderzoeksteam:

Gezien de Franstalige deelnemers geen standaard rond kosteneffectiviteit wilden opstellen, werd beslist om de door de Nederlandstalige focusgroep voorgestelde standaard niet aan hen voor te leggen. Bijgevolg is er geen standaard rond kosteneffectiviteit voor het domein ‘preventie’.

**CONCLUSIE : GEEN CONSENSUS OVER STANDAARD M.B.T. KOSTENEFFECTIVITEIT (VERWORPEN)**

## 4. Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Behandeling

### 4.1. Online survey – Behandeling

Voor het domein ‘behandeling’ werd de mening van de respondenten gevraagd over 24 kwaliteitsstandaarden (cf. tabel 10), gebaseerd op de EQUUS-studie (Uchtenhagen & Schaub, 2011). Voor elke kwaliteitsstandaard vroegen we in welke mate deze standaard reeds toegepast wordt in de voorziening waar ze werken. Indien deze werd toegepast, vroegen we welke prioriteit aan deze standaard wordt gegeven. Indien dit (nog) niet het geval is, gingen we na of men de toepassing van deze standaard haalbaar achtte binnen de organisatie. Ten slotte werd de respondenten gevraagd of ze deze standaard kunnen aanvaarden als minimale kwaliteitsstandaard voor de verslavingszorg in België, dan wel als ideale standaard.

Zoals reeds vermeld, verstaan we onder een ‘minimale kwaliteitsstandaard’ een standaard waaraan elke voorziening moet kunnen voldoen, terwijl een ‘ideale kwaliteitsstandaard’ een na te streven standaard is waaraan men mogelijk op dit moment nog niet kan aan voldoen, bijvoorbeeld omwille van een gebrek aan middelen.

Tabel 10 geeft een overzicht van de resultaten per standaard, uitgedrukt in percentages.

1. De eerste kolom geeft weer in hoeveel % van de voorzieningen de standaard reeds toegepast wordt.
2. De tweede kolom geeft weer welke prioriteit men aan de standaard toekent, indien deze reeds toegepast wordt (percentage respondenten dat stelt dat de prioriteit ervan ‘eerder hoog’ of ‘hoog’ is).
3. De derde kolom geeft weer hoe haalbaar de respondenten de implementatie van de standaard achten (% ‘ja, haalbaar’ of ‘ja, met problemen’ (i.e. toepassing haalbaar, maar er worden hierbij problemen verwacht)).
4. De vierde kolom geeft het percentage respondenten weer dat de standaard aanvaardt als minimale standaard. ‘Aanvaarden’ wil zeggen dat de deelnemers akkoord zijn dat elke voorziening in België aan deze standaard zou moeten voldoen. Enkel de respondenten die ‘ja’ of ‘nee’ antwoordden op deze vraag werden in rekening gebracht (Het antwoord ‘ik weet niet’ werd buiten beschouwing gelaten in de analyses). Indien 80% of meer van de respondenten akkoord waren, werd de standaard aanvaard als minimale standaard (conclusie: +). Indien 50 tot 79% van de respondenten akkoord waren, werd de standaard als ‘controversieel’ beschouwd (conclusie: +/-). Deze standaarden werden verder besproken in de focusgroepen (cf. 2.2), waarin getracht werd om consensus te bereiken over deze standaard. Indien minder dan 50% van de respondenten akkoord gingen, werd de standaard verworpen (conclusie: -). Ook deze standaarden werden verder besproken tijdens de focusgroepen, teneinde de reden voor verwerping van de standaard verder te onderbouwen.
5. De vijfde en laatste kolom geeft aan of de respondenten de kwaliteitsstandaarden die ze niet aanvaardden als minimale standaard, wel kunnen aanvaarden als ideale kwaliteitsstandaard. Indien ze dit aanvaarden, verklaren ze zich ermee akkoord dat elke organisatie/voorziening in België zou moeten streven naar het bereiken van deze standaard, al kan men hier mogelijk momenteel nog niet aan voldoen. Zoals hierboven vermeld, werden enkel respondenten die ‘ja’ of ‘nee’ antwoordden in rekening gebracht. 80% of meer van de respondenten die zich akkoord verklaarden, leidde tot aanvaarding als ideale standaard (conclusie: +). Bij 50 tot 79% akkoord, werd de standaard als controversieel (conclusie: +/-) beschouwd en verder besproken tijdens de focusgroepen. Indien minder dan 50% akkoord bleek, werd de standaard verworpen (conclusie: -) en nader besproken tijdens de focusgroepen. Een vraagteken wil zeggen dat de standaard door 50 tot 79% van de respondenten als minimaal beschouwd werd (controversieel) en op basis van de focusgroepen zal bepaald worden of de standaard als ‘minimaal’ dan wel ‘ideaal’ wordt beschouwd. Nvt (niet van toepassing) wil zeggen dat de standaard reeds als minimale standaard werd aanvaard.



**Tabel 10: Overzicht kwaliteitsstandaarden behandeling, inclusief toepassingsgraad, haalbaarheid en aanvaardbaarheid volgens respondenten survey (n=84)**

Oorspronkelijke standaard		Toepassings- graad	Indien toegepast: prioriteit 'eerder hoog' tot 'hoog'	Indien niet toegepast: haalbaarheid		Minimaal		Ideaal
				Ja	Ja, met problemen			
TR1	Toegankelijkheid: locatie: de voorziening kan gemakkelijk bereikt worden via openbaar vervoer	91,1	86,9	0	0	84	+	nvt
TR2	Fysieke omgeving: er is voldoende ruimte voor de activiteiten in de voorziening (vb. de voorziening heeft aparte kamers voor individuele begeleiding)	90,9	91,1	16,7	16,7	92	+	nvt
TR3	Fysieke omgeving: veiligheid: de voorziening is uitgerust voor noodgevallen zoals vb. omgaan met overdosis, brand of agressie in de gebouwen	76	100	0	18,8	84	+	nvt
TR4	Indicatiecriteria: diagnose: welke behandeling aangewezen is, wordt altijd beslist op basis van een diagnose	79,7	94,9	11,1	22,2	80	+	nvt
TR5	Opleiding van personeel: basisopleiding, vb. ten minste de helft van het personeel heeft een diploma geneeskunde, verpleegkunde, sociaal werk of psychologie	96,1	98,5	0	50	94	+	nvt
TR6	Samenstelling van personeel: de samenstelling van het personeel is multidisciplinair (vb. de voorziening stelt een multidisciplinair team te werk dat is samengesteld uit ten minste drie beroepen)	93,5	98,6	40	20	89	+	nvt
TR7	Beoordelingsprocedures: geschiedenis van druggebruik, diagnose en behandelgeschiedenis moeten in kaart gebracht worden	89,7	92,8	14,3	85,7	85	+	nvt
TR8	Beoordelingsprocedures: lichamelijke toestand en sociale status moeten vastgesteld worden	93,5	97,2	20	60	88	+	nvt
TR9	Beoordelingsprocedures: psychiatrische toestand moet vastgesteld worden	80,8	98,4	14,3	42,9	78	+/-	?
TR10	Geïndividualiseerd behandelplan: behandelplannen worden individueel op maat gemaakt, aangepast aan noden van de patiënt	92	95,6	16,7	50	91	+	nvt
TR11	Informed consent: patiënten moeten geïnformeerd worden over beschikbare behandelopties en voor de aanvang van de behandeling instemmen met een voorgesteld behandelregime of -plan of een verandering van behandelplan	88	92,3	25	50	94	+	nvt
TR12	Geschreven cliëntendossiers: assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke patiënt volledig en up-to-date gedocumenteerd in een patiëntendossier	80,5	88,7	21,4	64,3	89	+	nvt
TR13	Vertrouwelijkheid van cliëntengegevens: patiëntendossiers zijn vertrouwelijk en enkel toegankelijk voor personeel dat betrokken is bij de behandeling of het behandelregime van een patiënt	94,9	98,7	0	66,7	98	+	nvt
TR14	Routine samenwerking met andere voorzieningen: wanneer een voorziening niet in staat is om tegemoet te komen aan alle noden van een bepaalde patiënt, kan doorverwezen worden naar een geschikte voorziening	90,9	94,2	0	71,4	98	+	nvt

Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Behandeling

TR15	Continue training van personeel: personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein	87	95,5	12,5	62,5	96	+	nvt
TR16	Doel: stabilisatie/verbetering van gezondheid: behandeling moet zich richten op verbetering of stabilisatie van de gezondheid van patiënten	98,7	98,6	100	0	99	+	nvt
TR17	Doel: sociale stabilisatie/integratie: behandeling moet zich richten op sociale stabilisatie of integratie van patiënten	97,4	93,1	0	0	91	+	nvt
TR18	Doel: verminderd druggebruik: behandeling moet zich richten op een vermindering van druggebruik van patiënten vb. behandeling moet de cliënt/patiënt helpen om zijn gebruik te minderen of zich te onthouden van illegale of niet-voorgeschreven psychotrope middelen	82,7	91,8	0	40	68	+/-	?
TR19	Monitoring van bezetting: diensten moeten periodiek de bezetting van behandelplaatsen of bedden rapporteren	66,7	80	36,4	18,2	65	+/-	?
TR20	Monitoring van ontslag: vb. ratio van regelmatige/onregelmatige ontslagen en retentiegraad moeten periodiek gemonitord worden	73,5	79,2	41,7	25	71	+/-	?
TR21	Interne evaluatie: voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren	86,7	86,1	11,1	88,9	91	+	nvt
TR22	Externe evaluatie: voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator	44,7	78,1	35,5	41,9	62	+/-	?
TR23	De kosteneffectiviteit moet beoordeeld worden (positieve uitkomsten zoals bijvoorbeeld aantal abstinente patiënten in verhouding tot behandelkosten)	12,7	77,8	9,1	25	30	-	-
TR24	Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten, zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot behandelkosten)	21,1	73,3	7,7	15,4	21	-	-

De bevindingen maken duidelijk dat de meeste Europese minimale kwaliteitsstandaarden in België een toepassingsgraad van 75% of hoger hebben. Dit geldt in mindere mate voor de standaarden met betrekking tot monitoring van de bezetting (TR19; 67%) en opvolging van ontslag (TR20; 74%). De vooropgestelde standaarden met betrekking tot externe evaluatie (TR22) en de evaluatie van kosteneffectiviteit (TR23) en kosten-baten (TR24) worden in minder dan de helft van de voorzieningen die een respondent telden in het onderzoek toegepast. Voorzieningen die deze en andere standaarden reeds toepassen, kennen hier ook een hoge prioriteit aan toe.

In voorzieningen waar bepaalde standaarden (nog) niet toegepast worden, zien de respondenten dit meestal ook niet direct haalbaar. We dienen er evenwel mee rekening te houden dat het hier om zeer kleine aantallen gaat (enkel respondenten werkzaam in organisaties die de standaard (nog) niet toepasten), waardoor hier geen verrekende conclusies aan verbonden kunnen worden. Enkel voor standaarden TR22-24 beantwoordden meer dan 30 respondenten deze vraag. Standaard TR22 m.b.t. achten de meeste respondenten haalbaar, al dan niet met te verwachten problemen. Minder dan één derde van de respondenten denkt dat de implementatie van de standaarden m.b.t. kostenefficiëntie (TR23-24) haalbaar is. Het mag dan ook niet verwonderen dat beide laatste standaarden (TR23 en TR24) meteen verworpen werden, zowel als minimale als als ideale kwaliteitsstandaard. De reden voor verwerping van deze standaard werd verder onderbouwd tijdens de focusgroepen.

Aldus werden 17 van de 24 standaarden (71%) meteen aanvaard als minimale kwaliteitsstandaard. Twee standaarden werden verworpen en over 5 standaarden heerste geen consensus. Laatstgenoemde kwaliteitsstandaarden die niet als minimale standaarden aanvaard werden, maar ook niet verworpen werden, stonden op dat moment nog ter discussie. Tijdens de focusgroepen werd geprobeerd een consensus te vinden over deze zogenaamde 'controversiële' standaarden (zie 4.2). Voor behandeling betreft dit volgende standaarden: TR9, TR18-20 en TR22. De tweede ronde focusgroepen had de bedoeling enkele standaarden verder te verduidelijken teneinde naar de toekomst toe deze standaarden te kunnen omzetten in indicatoren. Meer specifiek werden de controversiële standaarden die na discussie tijdens de eerste focusgroepronde aanvaard werden, verder verduidelijkt, evenals enkele standaarden die in de online survey aanvaard werden maar die door het onderzoeksteam te abstract bevonden werden. Het betrof de standaarden TR4, TR15 en TR21.

## **4.2. Consensusprocedure behandeling**

### *4.2.1. Samenvatting consensusprocedure*

In tabel 11 wordt aangegeven hoe de consensusprocedure met betrekking tot de kwaliteitsstandaarden voor het domein behandeling verliep, waarbij voor elke onderzoeksfase aangegeven wordt hoeveel standaarden aanvaard werden en hoeveel er ter discussie stonden en nadien geherformuleerd werden. Uiteindelijk resulteerde dit in een lijst van 4 verworpen standaarden, 3 ideale standaarden en 21 minimale standaarden (cf. tabel 12). Het is belangrijk de rol van het onderzoeksteam in dit consensusproces te verduidelijken, gezien zij op basis van de voorliggende gegevens beslissingen dienden te nemen en de bevindingen terugkoppelden naar de respondenten, inclusief de opmerkingen die in andere focusgroepen of tijdens eerdere fasen van het onderzoek aan bod kwamen.

**Tabel 11: Verschillende fasen van de consensusprocedure voor de kwaliteitsstandaarden behandeling**

Fase	Periode	Omschrijving
Online survey	Juni-juli 2014	84 praktijkwerkers uit het domein 'behandeling' spraken zich uit over 24 EQU-standaarden m.b.t. behandeling. 17 standaarden werden aanvaard als minimale kwaliteitsstandaarden
Eerste ronde focusgroepen	September 2014	5 standaarden (die door minder dan 80% van de deelnemers aan de online survey aanvaard werden als minimale standaard) werden besproken tijdens de eerste ronde focusgroepen (één Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep). 2 standaarden (die verworpen werden aangezien minder dan 50% van de deelnemers aan de online survey hiermee akkoord ging) werden ook besproken.
Overleg onderzoeksteam + koepelorganisaties	November 2014	Het onderzoeksteam vergeleek de resultaten van de twee focusgroepen m.b.t. de 5 voorgestelde standaarden: - 1 standaard werd door beide groepen als minimale standaard aanvaard - Voor 4 standaarden werd een verschillend resultaat vastgesteld tussen beide focusgroepen. De opmerkingen uit beide focusgroepen werden samengebracht door het onderzoeksteam, teneinde een voorstel te formuleren voor de tweede ronde focusgroepen
Bijeenkomst onderzoeksteam en begeleidingscomité	November 2014	Het onderzoeksteam selecteerde drie bijkomende standaarden die in de online survey aanvaard werden als minimale standaarden, maar waarover men graag verduidelijking wilde en een aantal voorbeelden. Tijdens de bijeenkomst met het begeleidingscomité, werd beslist om aan elke focusgroep te vragen een nieuwe standaard te formuleren m.b.t. kosteneffectiviteit in plaats van de verworpen standaard.
Tweede ronde focusgroepen	November – december 2014	5 standaarden werden opnieuw voorgesteld tijdens de tweede bijeenkomst van de focusgroepen om tot een consensus te komen (inclusief de nieuwe standaard over kosteneffectiviteit). Het onderzoeksteam vroeg ook aan de focusgroepen om de toepassing van de standaarden toe te lichten die tijdens de eerste ronde focusgroepen aanvaard werden, alsook drie standaarden te verduidelijken die reeds tijdens de online survey aanvaard werden.
Bijeenkomst onderzoeksteam + koepelorganisaties	Februari- maart 2015	Het onderzoeksteam besprak de resultaten van de focusgroepen en de daarin voorgestelde standaarden: - 2 standaarden werden als minimale standaard aanvaard - 2 standaarden werden aanvaard als ideale standaard - 1 standaard werd verworpen (deze rond kosteneffectiviteit) - 2 standaarden die tijdens de online survey aanvaard werden en waarover verduidelijking werd gevraagd, werden aangepast door de deelnemers - 3 nieuwe standaarden werden door de focusgroepen zelf ontwikkeld (2 in de Franstalige focusgroep en 1 in de Nederlandstalige focusgroep)
E-mail survey met voorstellen	Maart 2015	2 aangepaste standaarden alsook 3 nieuw ontwikkelde standaarden, werden opnieuw ter stemming voorgelegd aan de deelnemers.

De hierboven beschreven consensusprocedure had voor elke standaard volgende uitkomst voor gevolg: ofwel aanvaard als minimale standaard (al dan niet na aanpassing), ofwel aanvaard als ideale standaard (al dan niet na aanpassing) ofwel werd de standaard verworpen. Deze conclusies zijn per standaard terug te vinden in Tabel 12, waarbij 'minimal' staat voor minimale standaard, 'ideal' voor een ideale standaard en 'rejected' voor een verworpen standaard.

**Tabel 12: Uitkomst consensusprocedure per standaard voor het domein behandeling**

N	Conclusion	Online Survey	1st focus group (Sept. 2014)		Research team (Nov. 2014)	2nd focus group (Nov.-Dec. 2014)		Research team (Feb. 2015)	E-mail survey (March 2015)
TR1	Minimal	84%	-	-	-	-	-	-	-
TR2	Minimal	92%	-	-	-	-	-	-	-
TR3	Minimal	84%	-	-	-	-	-	-	-
TR4	Minimal (modified)	80%	-	-	Proposal to modify	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Rejected → Minimal (original)
TR5	Minimal	94%	-	-	-	-	-	-	-
TR6	Minimal	89%	-	-	-	-	-	-	-
TR7	Minimal	85%	-	-	-	-	-	-	-
TR8	Minimal	88%	-	-	-	-	-	-	-
TR9	Minimal (modified)	78%	Minimal (modified)	Minimal (+remark)	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (modified)	-
TR10	Minimal	91%	-	-	-	-	-	-	-
TR11	Minimal	94%	-	-	-	-	-	-	-
TR12	Minimal	89%	-	-	-	-	-	-	-
TR13	Minimal	98%	-	-	-	-	-	-	-
TR14	Minimal	98%	-	-	-	-	-	-	-
TR15	Minimal (modified)	96%	-	-	-	Proposal to modify <i>Concretised</i>	<i>Concretised</i>	Modified and proposed again	Rejected → Minimal (original)
TR16	Minimal	99%	-	-	-	-	-	-	-
TR17	Minimal	91%	-	-	-	-	-	-	-
TR18	Minimal (Modified)	68%	Rejected	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (Modified)	-
TR19	Minimal (Modified)	65%	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (Modified)	-
TR19bis	Ideal	-	-	-	-	Added	-	Added and proposed to NL	Ideal
TR19 ter	Minimal	-	-	-	-	Added	-	Added and proposed to NL	Minimal
TR20	Ideal (modified)	71%	Rejected	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Ideal (modified)	Minimal (modified)	Ideal (modified)	-
TR20 bis	Rejected	-	-	-	-	-	Added	Added and proposed to FR	Rejected
TR21	Minimal	91%	-	-	-	<i>Concretised</i>	<i>Concretised</i>	-	-
TR22	Ideal (modified)	62%	Rejected	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Ideal (modified)	Minimal (modified)	Ideal (modified)	-
TR23	Rejected	30%	<i>Discussed</i>	<i>Discussed</i>	-	-	-	-	-
TR24	Rejected	21%	<i>Discussed</i>	<i>Discussed</i>	-	-	-	-	-
TR25	Rejected	-	-	-	Proposal	Rejected	No vote	Rejected	-

Bij de bespreking van de standaarden waarover geen consensus bestond in de Franstalige en Nederlandstalige focusgroepen heeft het onderzoeksteam telkens beslist om te opteren voor de minst ingrijpende formulering en minimale mate van aanvaarding. Als een standaard bijvoorbeeld door de ene focusgroep aanvaard werd als 'minimale standaard' en door de andere als 'ideale standaard', beschouwde het onderzoeksteam deze standaard als ideale kwaliteitsstandaard voor beide groepen. Wanneer één van beide focusgroepen voorstelde om de terminologie aan te passen, teneinde een standaard minder veeleisend te maken, dan werd deze laatste behouden voor beide groepen.

Zoals eerder aangegeven, werkten we met drie koepelorganisaties samen in functie van het rekruteren van respondenten voor het onderzoek en het valoriseren van de onderzoeksbevindingen. In maart 2015 werden deze partners geconsulteerd over de standaarden waarover na twee focusgroepen nog steeds geen consensus was bereikt tussen beide focusgroepen. Er werd beslist om een laatste voorstel te doen aan de deelnemers van deze focusgroepen voor die standaarden waarvoor het moeilijk was om een formulering te vinden die zowel aan de opmerkingen van de Franstalige als de Nederlandstalige focusgroep beantwoordde. Aan beide groepen werden deze standaarden voorgelegd. Enkel de deelnemers die bij minstens één focusgroepbijeenkomst aanwezig waren, werden gecontacteerd en slechts één stem per voorziening kon meegeteld worden. We stelden voorop dat de standaard door minimum 80% van de respondenten per focusgroep aanvaard moest worden, alvorens deze aanvaard kon worden. Geen van beide voorgestelde gewijzigde standaarden werd aldus aanvaard.

Voor een gedetailleerde overzicht van de bevindingen, opmerkingen en discussies in de Nederlandstalige en Franstalige focusgroepen verwijzen we naar bijlage 2 over de behandelingsstandaarden (pp. 57-110).

#### 4.2.2. Bespreking controversiële standaarden behandeling

Deze rubriek kent een analoge opmaak per controversiële standaard. Eerst wordt in een grijze box de finaal aanvaarde/verworpen standaard weergegeven, met daaronder de oorspronkelijke EQUUS-standaard. Daarna volgt een samenvatting van de voorstellen en beslissingen tijdens de consensusprocedure, gevolgd door de conclusie met betrekking tot deze standaard.

TR9	
<p><b>Beoordelingsprocedures: Psychische gezondheidstoestand moet ingeschat worden. (uitz. vroeginterventie).</b></p> <p>Opmerking: De inschatting dient niet noodzakelijk te gebeuren door een psychiater. Het betreft een 'getrapt' systeem (screening, assessment of diagnose is mogelijk).</p>	<p><b>Procédures d'évaluation : L'état de santé mentale doit être estimé (sauf dans le cas des interventions précoces).</b></p> <p>Remarque : L'estimation ne doit pas être nécessairement réalisée par un psychiatre. C'est un système "à étages" (il est possible de faire un screening, une estimation ou un diagnostic).</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Beoordelingsprocedures: psychiatrische toestand moet vastgesteld worden.*

#### **Samenvatting van de consensusprocedure:**

Net geen 80% van de deelnemers heeft deze standaard aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (78% consensus).

#### Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, met uitzondering van vroeginterventie en met toevoeging van de volgende opmerking: *"De inschatting dient niet noodzakelijk te gebeuren door een psychiater. Het betreft een getrapt systeem (screening, assessment, of diagnose is mogelijk)."*

FR: Aanvaard als minimale standaard mits enkele aanpassingen: 'inschatten' gebruiken in plaats van 'evalueren', 'mentale toestand' in plaats van 'psychiatrische toestand': *"de mentale toestand moet worden ingeschat"*. Tijdens deze focusgroep werden geen verdere opmerkingen geformuleerd.

#### Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam nam de aanpassingen door de Franstalige focusgroep en de opmerking van de Nederlandstalige focusgroep over en legde deze aanpassingen opnieuw voor tijdens de tweede ronde focusgroepen, met de bedoeling de standaard verder te concretiseren en te verduidelijken.

#### Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard

FR: Aanvaard als minimale standaard. De respondenten stelden dat dit anders wordt ingevuld per voorziening, bv. een individueel gesprek met een psychiater, bespreking op een multidisciplinair team, doorverwijzing naar externe psychiater indien nodig. Men gaf verder aan dat het interessant zou zijn om een 'liaison' psychiater te hebben, aan wie men vragen kan stellen of die instaat voor supervisie.

#### **CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

TR18	
<p><b>Doel:</b> Behandeling moet zich richten op het stopzetten, een vermindering, een stabilisatie of een betere hantering van het druggebruik, afhankelijk van de vraag van de patiënt (uitz. vroeginterventie).</p> <p>Opmerking: Het verminderen van druggebruik is niet altijd het primaire doel. Het behandeldoel maakt deel uit van het behandelplan dat voor elke patiënt anders is. We moeten de soms chronische aard van verslaving in acht nemen.</p>	<p><b>Objectif:</b> Le traitement doit viser l'arrêt, la réduction, la stabilisation ou une meilleure gestion de l'usage de substance, selon la demande du patient (sauf lors des interventions précoces).</p> <p>Remarque : La réduction de l'usage de drogues n'est pas toujours le premier objectif. L'objectif du traitement est repris dans un plan de traitement qui est différent pour chaque patient. Nous devons tenir compte du fait que l'addiction peut être parfois de nature chronique.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Doel: Verminderd druggebruik: Behandeling moet zich richten op een vermindering van druggebruik van patiënten vb. behandeling moet de cliënt/patiënt helpen om zijn gebruik te minderen of zich te onthouden van illegale of niet-voorgeschreven psychotrope middelen.*

**Samenvatting consensusprocedure:**

Minder dan 80% van de deelnemers heeft deze standaard als minimale standaard aanvaard tijdens de online survey (68%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: voorstel om 'moet' zich richten op een vermindering van gebruik' door 'kan' zich richten op een vermindering van gebruik' te vervangen, aangezien dit slechts één van de mogelijke doelstellingen is.

FR: verworpen als minimale en ideale standaard omwille van kritiek op doelstelling 'beperken van gebruik'.

Beslissing onderzoeksteam:

Op basis van de opmerkingen in beide groepen, heeft het onderzoeksteam beslist om de standaard te herzien en de volgende versie voor te stellen met een opmerking:

*"Doel: verminderd of gecontroleerd druggebruik: behandeling moet zich richten op een vermindering of een controle van druggebruik van patiënten. Opmerking: de vermindering van druggebruik is niet altijd het primaire doel. Het behandeldoel wordt opgenomen in een behandelplan dat voor elke patiënt anders is. We moeten de chronische aard van verslaving in acht nemen"*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: aanvaard als minimale standaard als wordt aangepast naar vermindering of stabilisatie van druggebruik in plaats van 'gecontroleerd' gebruik omwille van machtsconnotatie. Er wordt vermeld dat de standaard ook toepasbaar is voor nazorg.

FR: aanvaard als minimale standaard met zelfde opmerking rond 'gecontroleerd' en de opmerking moet aangepast worden omdat verslaving niet altijd chronisch is. Er wordt gesteld dat er multidisciplinair moet gewerkt worden en dat een voorziening samen met de cliënt een pad / een therapeutisch project. De doelstelling van de behandeling kan evolueren doorheen de tijd: behandeling is een proces. Men met de doelen aanpassen aan veranderingen in de situatie van de cliënt.

Beslissing onderzoeksteam:

Aanpassing van standaard en opmerking op basis van bemerkingen en aanvaarding als minimale standaard.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**



TR19	
<b>Monitoring van bezetting: Diensten moeten periodiek de bezetting van hun behandelplaatsen of bedden intern monitoren.</b>	<b>Monitoring de l'utilisation : Les services doivent relever régulièrement en interne le nombre de prises en charge ou le taux de d'occupation des lits.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Monitoring van bezetting: Diensten moeten periodiek de bezetting van behandelplaatsen of bedden rapporteren.*

**Samenvatting consensusprocedure:**

Minder dan 80% van de deelnemers heeft de standaard aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (65%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, maar zonder het woord ‘rapporteren’ gezien deze term de connotatie van controle inhoudt.

FR: Aanvaard als minimale standaard, mits aangepaste formulering: *“Monitoring van bezetting: Diensten moeten regelmatig de bezetting van hun behandelplaatsen of bedden intern en binnen het netwerk rapporteren”*

Beslissing onderzoeksteam:

Volgens het onderzoeksteam behoorde het rapporteren van de beschikbare behandelplaatsen binnen het netwerk van voorzieningen buiten de oorspronkelijke betekenis van de standaard. Daarom werd de formulering door de Franstalige deelnemers aanvaard, zonder de toevoeging “binnen het netwerk” en werd het woord ‘rapporteren’ vervangen door ‘monitoren’. Volgende aangepaste versie van de standaard werd voorgelegd tijdens de tweede ronde van de focusgroepen: *“Monitoring van bezetting: Diensten moeten periodiek de bezetting van hun behandelplaatsen of bedden monitoren.”*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard met toevoeging van de term ‘intern’. Verder stelden de respondenten voor de standaard als volgt aan te passen: *“Monitoring van bezetting: Diensten moeten de bezetting van hun behandelplaatsen of bedden permanent monitoren en periodiek rapporteren.”* De deelnemers gaven hierbij volgende voorbeelden: registratie van bedden, maar ook van vergaderingen, indicatoren over de verhouding instroom – uitstroom, ...

FR: Aanvaard als minimale standaard. De deelnemers stelden voor om ‘aantal begeleidingen’ te vermelden in plaats van het ‘percentage’, omdat dit laatste verwijst naar een afweging van de bezetting ten opzichte van de beschikbaarheid wat moeilijk te berekenen valt ambulantly. Voor een organisatie die deel uitmaakt van een netwerk met huisartsen, is deze berekening onmogelijk.

Beslissing onderzoeksteam:

De standaard kan aanvaard worden als minimale standaard, na aanpassingen op basis van de bemerkingen van beide groepen.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

TR20	
<p><b>Monitoring van de beëindiging van de behandelperiode: vb. ratio van regelmatige/onregelmatige ontslagen en retentiegraad moeten periodiek gemonitord worden.</b> Opmerking: Monitoren kan ook kwalitatief zijn.</p>	<p><b>Monitoring des arrêts de suivi en interne : Le service s'interroge sur les arrêts/interruptions de suivi d'un point de vue quantitatif et/ou qualitatif</b> Remarque : Un arrêt peut être une interruption de suivi ou un arrêt explicite. La notion d'arrêt de suivi est définie par l'équipe.</p>

**Oorspronkelijke EQUS standaard:** *Monitoring van ontslag: vb. ratio van regelmatige/onregelmatige ontslagen en retentiegraad moeten periodiek gemonitord worden.*

**Samenvatting consensusprocedure:**

Minder dan 80% van deelnemers aan de online survey hebben deze standaard aanvaard als minimale standaard (71%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, indien het woord 'ontslag' vervangen wordt door 'beëindiging van de zorgperiode'.

FR: Verworpen als ideale en minimale standaard

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste na de eerste ronde focusgroepen om de standaard opnieuw voor te leggen, met toevoeging van volgende een opmerking: *"Het monitoren kan ook op een kwalitatieve manier verlopen"*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard. Als mogelijke concretisering wordt verwezen naar de GAF-score in de DSM (Global Assessment of Functioning), die in een aantal voorzieningen bij aanmelding en afsluiting van de begeleiding wordt ingevuld op basis van de inschatting door de hulpverlener (al dan niet in overleg met het team). Het is volgens de respondenten verder belangrijk om aandacht te hebben voor verschillende soorten van ontslag: eenzijdig afgebroken, in onderling overleg, .... Men zou kunnen kijken of dit gekoppeld kan worden aan cliëntkenmerken, maar dit is geen makkelijke oefening.

FR: Aanvaard als ideale standaard, mits volgende formulering: *"Monitoring van de beëindiging van de behandelperiode: vb. ratio van regelmatige/onregelmatige ontslagen en retentiegraad moeten periodiek gemonitord worden. Opmerking: monitoren kan ook kwalitatief zijn."*

Beslissing onderzoeksteam:

Na grondige analyse, kwam het onderzoeksteam tot de conclusie dat de standaard zoals aangepast door de Franstalige focusgroep de oorspronkelijke standaard niet tegenspreekt, noch de argumenten van de Nederlandstalige respondenten (die deze standaard aanvaardden als minimale standaard). Het onderzoeksteam besliste daarom deze standaard als ideale standaard te aanvaarden.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

TR22	
<p><b>Externe evaluatie: Voorzieningen moeten open staan voor een proces- en outcome-evaluatie van hun activiteiten door een onafhankelijke externe evaluator.</b></p> <p>Opmerking: Deze externe evaluatie moet gerealiseerd worden in samenwerking met de dienst. Het moet <u>transparant</u> zijn: wie doet de evaluatie, welke indicatoren worden er gebruikt, hoe, wat gebeurt er met de resultaten, en wat is het doel van de evaluatie. Onafhankelijk betekent ook onafhankelijk van financierende instanties. Het aanvaarden van deze standaard houdt niet in dat de dienst verplicht wordt om de evaluatie te financieren. Evaluaties moeten zich richten op het niveau van de organisatie en de cliënt.</p>	<p><b>Evaluation externe : Les services doivent être ouverts si besoin à une évaluation de leurs activités et de leurs résultats par un évaluateur externe indépendant.</b></p> <p>Remarque : Cette évaluation externe doit être réalisée en collaboration avec le service et doit être <u>transparente</u>: qui fait l'évaluation, quels indicateurs/résultats sont évalués, comment, que va-t-on faire des résultats de l'évaluation et quel est l'objectif de cette évaluation ? 'Indépendant' signifie aussi indépendant des sources de financement. En acceptant ce standard, un service ne peut être forcé à financer cette évaluation. Cette évaluation devrait tenir compte aussi de l'adéquation entre l'offre institutionnelle et la demande/les besoins du patient.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** Externe evaluatie: Voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator.

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Minder dan 80% van de deelnemers hebben deze standaard aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (62% consensus)

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, maar met dezelfde bedenkingen als in de Franstalige focusgroep (zie hierna). De respondenten voegden een opmerking toe, die aan de standaard gekoppeld moet worden zodat deze aanvaardbaar wordt.

FR: De deelnemers verworpen de standaard uit angst voor de gevolgen van deze evaluatie (controle met consequenties voor de financiering). Tegelijk gaf men aan het spijtig te vinden dat men deze standaard moest verwerpen, aangezien een externe evaluatie kwaliteitsgarantie kan bieden.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de door de Nederlandstalige deelnemers aangepaste standaard, inclusief bijhorende opmerkingen (zie box hierboven), voor te leggen aan de tweede Franstalige focusgroep.

Tweede ronde focusgroepen:

FR: Aanvaard als ideale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de standaard te aanvaarden als ideale standaard, mits enkele kleine wijzigingen.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

#### 4.2.3. Verduidelijkingen en toelichtingen bij aanvaarde behandelingsstandaarden

TR4	
<b>Indicatiecriteria: Diagnose: Welke behandeling aangewezen is, wordt altijd beslist op basis van een diagnose.</b>	<b>Critères d'indication : Diagnostic : La proposition de la prise en charge est toujours faite sur base d'un diagnostic.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Deze standaard werd aanvaard als minimale standaard door 80% van de deelnemers aan de online survey. Echter, verscheidene respondenten maakten een opmerking over de term ‘diagnose’, die een specifieke connotatie heeft. Tijdens de tweede ronde focusgroepen stelde het onderzoeksteam voor om deze term te vervangen door een andere, minder beladen term zoals ‘nodenevaluatie’ (‘needs assessment’).

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige deelnemers opteerden voor volgende formulering: *“Indicatiecriteria: assessment: welke behandeling aangewezen is, wordt altijd beslist op basis van een assessment op verschillende levensdomeinen.”* Men stelde dat ‘diagnose’ zeer sterk vanuit een medisch model vertrekt. Bovendien vertrekt men bij ambulante hulpverlening en vroeginterventie niet echt van een diagnose, hoewel de meeste ambulante en residentiële voorzieningen verplicht zijn om een diagnose te rapporteren. Vaak gebeurt dit pas na indicatiestelling. Voor residentiële, maar ook voor ambulante hulpverlening is vaak een diagnose nodig voordat een behandeling gestart kan worden.

FR: De Franstalige deelnemers vonden niet dat de alternatieve termen beter aansloten bij hun praktijk dan de term ‘diagnose’. De deelnemers gingen akkoord met onderstaande formulering: *“Indicatiecriteria: Evaluatie van de vraag: Het voorstel tot behandeling wordt steeds gedaan op basis van een evaluatie van de vraag.”* De deelnemers gaven hiervan verschillende praktijkvoorbeelden. Bijvoorbeeld, in een methadoncentrum zien twee artsen de patiënt alvorens een methadonvoorschrift te schrijven. Voor de behandeling van alcoholproblemen, wordt de vraag tot behandeling per cliënt in het team besproken na een individueel gesprek. Een andere voorziening bespreekt alle nieuwe behandelvragen in team, in het geval van benzodiazepine-afhankelijkheid, een justitiële verwijzing of vraag tot methadonbehandeling. In laagdrempelige voorzieningen is het de bedoeling om snel een band op te bouwen met de patiënt. Methadon kan daarom snel worden voorgeschreven. Pas daarna volgt de teamvergadering en multidisciplinaire opvolging. Tevens werd het bestaan van het netwerk WAB (in Wallonië en Brussel) vermeld, waar een team van professionals uit verschillende voorzieningen één keer per maand specifieke casussen bespreekt die sinds lange tijd gekend zijn in het netwerk van voorzieningen en stagneren. Per maand worden aldus ongeveer 20 nieuwe behandelvoorstellen gedaan.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om via de e-mail survey een aangepaste versie van de standaard voor te leggen, rekening houdend met de suggesties van beide focusgroepen:

*“Indicatiecriteria: welke behandeling aangewezen is, wordt beslist op basis van de hulpvraag en van een assessment op verschillende levensdomeinen.”*

E-mail survey:

NL: Minder dan 80% van de respondenten verklaarde zich akkoord met deze aangepaste standaard.

FR: Minder dan 80% van de respondenten verklaarde zich akkoord met deze aangepaste standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste de oorspronkelijke versie van de standaard te behouden, die door 80% van de deelnemers aan de online survey als minimale standaard aanvaard werd. De Franse vertaling van de standaard werd aangepast om tegemoet te komen aan de opmerkingen van de respondenten, maar met behoud van oorspronkelijke betekenis van de standaard.

TR15	
<p><b>Continue training van personeel: Personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein.</b></p>	<p><b>Formation continue du personnel : L'équipe est régulièrement mise au courant des nouvelles connaissances pertinentes dans son champ d'action.</b></p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

De standaard werd quasi unaniem aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (96%), maar we legden deze tijdens de tweede ronde focusgroepen ter verduidelijking voor aan de deelnemers gezien de eerder vage omschrijving van de standaard.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De deelnemers stelden een gewijzigde versie van de standaard voor, aangezien de rol van het personeel in de oorspronkelijke standaard nogal passief geformuleerd werd: *“Continue training van personeel: personeel wordt regelmatig gestimuleerd in het verwerven van relevante kennis, attitudes, inzichten en vaardigheden in hun werkdomein”*. Verder stelden de Nederlandstalige respondenten de termen ‘op de hoogte gebracht’ en ‘kennis’ in vraag. Ze stelden voor om ‘nieuwe’ weg te laten en enkel te spreken van ‘relevante kennis’. ‘Op de hoogte brengen’ is volgens sommigen nogal zwak/passief verwoord, terwijl training meer dan dat inhoudt. Het gaat ook over attitudes, inzichten en vaardigheden; training is meer dan louter kennisoverdracht.

FR: de Franstalige deelnemers stelden geen wijzigingen aan de standaard voor, maar verduidelijkten deze aan de hand van volgende voorbeelden:

- Vormingen worden aan het team voorgesteld op basis van het aanbod vanuit de Federatie Wallonië-Brussel. De nieuwsbrieven van Fedito en Eurotox zijn nuttig in dit verband.
- De dienst voorziet een aantal dagen vorming per persoon (vb. 2 dagen/jaar) in functie van het beschikbare budget.
- Een dienst voorziet op individueel niveau vormingen in functie van de vraag van het personeel in de jaarlijkse evaluaties. Op het niveau van de voorziening worden interne of externe vormingen georganiseerd over belangrijke thema’s met hulp van professionals van andere voorzieningen.
- Een dienst zonder budget voor vormingen vond hiervoor een oplossing door hulp te bieden aan de organisatoren van een colloquium, waardoor men in ruil gratis mocht deelnemen aan deze conferentie.
- Om te besparen, waken voorzieningen erover dat deelnemers aan studiedagen en colloquia hun kennis delen (mondeling of schriftelijk) met de rest van het team. Er wordt prioriteit gegeven aan de noden van de voorziening.
- Het team zelf is de eerste bron van kennis. In een voorziening zorgt elke professional ervoor dat hij het kennisniveau van de andere disciplines kan verhogen.
- Supervisie is ook een belangrijke manier om kennis te vergroten.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de door de Nederlandstalige focusgroep aangepaste versie van de standaard voor te leggen aan de Franstalige deelnemers tijdens de e-mail survey.

E-mail survey:

FR: De helft van de deelnemers verwierp de aangepaste standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

De oorspronkelijke standaard bleef aldus behouden.

TR21	
<b>Interne evaluatie: Voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren.</b>	<b>Evaluation interne : Les services doivent régulièrement réaliser une évaluation interne de leurs activités et de leurs résultats.</b>

***Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem***

Deze standaard werd ruim aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (91%), maar werd ter verduidelijking besproken tijdens de tweede ronde focusgroepen.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Respondenten vonden het belangrijk om hierbij te vertrekken van een ruime set van indicatoren: proces-, outcome- en middelenindicatoren. De evaluatie dient systematisch te gebeuren. Interne evaluatie gebeurt momenteel reeds in verschillende diensten onder de vorm van terugkoppeling op een teamdag, bevraging van cliënten- en medewerkerstevredenheid, SWOT-analyses, ... Het concept 'KPI' (key performance indicators) wordt soms ook gebruikt in functie van interne evaluaties.

FR: Teambijeenkomsten en supervisies kunnen volgens de Franstalige deelnemers ook evaluatietools zijn. Eén van de voorzieningen heeft een intern evaluatie-instrument ontwikkeld dat wordt ingevuld door arts en patiënt, maar dit gebeurt niet systematisch bij gebrek aan tijd en middelen. Men vindt het niet evident om evaluatiecriteria te bepalen m.b.t. uitkomsten op patiëntniveau. De evaluatie moet zowel kwalitatief als kwantitatief gebeuren.

Beslissing onderzoeksteam:

De oorspronkelijke standaard bleef behouden, zonder verdere duiding of opmerking.

#### 4.2.4. Motivering voor het verwerpen van behandelingsstandaarden

TR23	
<p><b>De kosteneffectiviteit moet beoordeeld worden (positieve uitkomsten, zoals bijvoorbeeld aantal abstinente patiënten in verhouding tot behandelkosten)</b></p>	<p><b>Rapport coût-efficacité : Des résultats positifs, comme p. ex. le nombre de patients abstinents en relation avec les coûts du traitement.</b></p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Aangezien minder dan de helft van de deelnemers (30%) deze standaard als minimale standaard aanvaardde, werd deze van in het begin beschouwd als verworpen. Het onderzoeksteam vroeg aan de focusgroepen om het verwerpen van deze standaard nader toe te lichten tijdens de eerste ronde focusgroepen.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Men gaf aan dat het verwerpen van deze standaard waarschijnlijk te wijten was aan het opgegeven voorbeeld, nl. abstinente. De vraag is vooral hoe je dit gaat meten en welke uitkomstmaten je hiervoor naar voor schuift. Vanuit politiek en beleidsmatig oogpunt acht men het belangrijk dat men kan aantonen dat investeringen in de verslavingszorg ook effectief iets opbrengen overwegend negatief op deze standaard. Men vroeg zich hierbij af of het succes criterium wel hetzelfde was voor zorgverleners en zorggebruikers. Verder stelde een respondent dat wanneer men deze standaard zou toepassen, er uiteindelijk enkel ambulante voorzieningen zouden overblijven gezien deze veel minder kosten dan residentiële voorzieningen. Men moet echter kijken naar de voordelen voor de gebruiker op langere termijn en vanuit die optiek kan een ambulante begeleiding ook duurder uitvallen. Bij het evalueren van kosteneffectiviteit mag men zich niet beperken tot gezondheidskosten/uitkomsten, maar moet men ook rekening houden met uitkomsten op macroniveau (minder gevangenskosten, reïntegratie van ex-verslaafden, meer maatschappelijke cohesie).

TR24	
Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten, zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot behandelkosten).	Rapport coût-bénéfice : Des bénéfices tangibles, comme p. ex. les années supplémentaires d'espérance de vie en relation avec les coûts du traitement.

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Aangezien minder dan 50% van de deelnemers deze standaard aanvaardde tijdens de online survey (21%), werd deze als verworpen beschouwd. Het onderzoeksteam vroeg verdere verduidelijking aan de deelnemers van de focusgroepen waarom deze standaard werd verworpen.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: De respondenten gaven aan dat de causaliteit tussen kosten en baten minder flou is dan bij kosteneffectiviteit. Bij kosteneffectiviteit ligt de nadruk op wat er is geïnvesteerd. Naar causaliteit toe wordt nagegaan wat daar het effect van is, vb. minder politie-interventies, minder justitiële doorverwijzingen. In kosteneffectiviteitsstudies moeten ook algemeen maatschappelijke factoren meegenomen worden en mag men zich niet beperken tot louter gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Het systemisch karakter van het behandelproces, inclusief de verschillende beïnvloedende factoren, is volgens de deelnemers moeilijk in een kosten-batenanalyse te gieten. Er werd tijdens deze focusgroep echter wel gewezen op het belang van een kosten-batenanalyse, zeker op beleidsniveau. Men stelde daarom voor om van deze standaard eventueel een ideale standaard te maken.

FR: Bepaalde deelnemers vonden het logisch om de behandelkosten te evalueren in vergelijking met de baten, om na te gaan of overheidsgeld goed geïnvesteerd wordt. Als dit niet geëvalueerd wordt, bestaat het risico dat men zal weigeren te investeren in een behandeling waarvan men niet weet of deze voordelen oplevert of niet. Een andere deelnemer gaf aan dat deze standaard niet relevant is op voorzieningenniveau, maar dat deze wel nodig is op beleidsniveau. Nog volgens anderen is dit soort evaluatie niet in cijfers te vatten.

Andere opmerkingen hadden vooral betrekking op de toepassing van dit soort standaarden. Zo vond men het belangrijk dat voorzieningen zelf hun evaluatiecriteria kunnen bepalen, zodat deze evaluatie niet extern kunnen opgelegd worden met onaanvaardbare criteria. Bepaalde deelnemers stelden voor om het criterium 'levensverwachting' te vervangen door een relevanter en pertinenter voordeel: 'welbevinden'. Niet enkel een goede gezondheid, maar ook tevredenheid m.b.t. verblijfplaats, werk, sociale integratie, relaties, enz. acht men belangrijk.



#### 4.2.5. Nieuw geformuleerde behandelingsstandaarden

TR19bis	
<p><b>Monitoring van bezetting: Voorzieningen engageren zich om het netwerk van voorzieningen te informeren over beschikbare behandelplaatsen of over veranderingen op dit vlak.</b></p>	<p><b>Monitoring de l'utilisation : Les services s'engagent à informer le réseau des services de la disponibilité de la prise en charge ou des changements dans celle-ci.</b></p>

##### Tweede ronde focusgroepen

FR: Aanvullend bij de minimale standaard over het monitoren van de bezetting (TR19) vonden de deelnemers van de Franstalige focusgroep het belangrijk dat de beschikbare behandelplaatsen van verschillende diensten gekend zijn binnen het netwerk van voorzieningen. Daarom stelden ze tijdens de tweede ronde focusgroepen voor om hierover een nieuwe standaard op te stellen, die ze aanvaardden als ideale standaard.

##### Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om deze standaard tijdens de e-mail survey als ideale kwaliteitsstandaard voor te leggen aan de Nederlandstalige focusgroep.

##### E-mail survey:

NL: De standaard werd aanvaard als ideale standaard.

#### **CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

TR19ter	
<p><b>Monitoring van de begeleiding: De voorziening be vraagt zichzelf over de evolutie van elke patiënt en bepaalt of de behandeling wordt verdergezet of niet.</b></p> <p>Opmerking: Medewerkers bevragen zichzelf over de evolutie van hun patiënten. Deze evolutie moet besproken worden in teamverband. Het team beslist over wat al dan niet te doen.</p>	<p><b>Monitoring du suivi : le service s'interroge sur l'évolution de chaque patient et détermine la suite à donner ou non.</b></p> <p>Remarque : Les intervenants s'interrogent sur l'évolution de leurs patients. Cette évolution est ou doit être discutée en équipe. Celle-ci décide de ce qu'il faut faire ou non.</p>

##### Tweede ronde focusgroepen:

FR: Aansluitende bij de vorige standaard TR19bis, werd nog een nieuwe standaard voorgesteld tijdens de tweede Franstalige focusgroep en aanvaard. Deze werd aanvaard als minimale standaard.

##### Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste deze standaard via e-mail survey voor te leggen aan de Nederlandstalige focusgroep.

##### E-mail survey:

NL: De standaard werd aanvaard als minimale standaard.

#### **CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

TR20bis	
<b>Ontslag: De organisatie heeft een beleid over de beëindiging van de behandelperiode en de cliënt kent dit bij aanvang van de behandeling.</b>	<b>Arrêts de suivi: L'institution a une politique sur l'arrêt de suivi et le patient apprend celle-ci au début de son suivi.</b>

Tijdens de eerste Nederlandstalige focusgroep, stelden de deelnemers voor om een standaard toe te voegen m.b.t. het beëindigen van de behandelperiode. Deze werd bediscussieerd tijdens de tweede focusgroep.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige focusgroep stelde volgende standaard voor, die zij als minimale standaard aanvaardden: *“Ontslag: De organisatie heeft een beleid over de beëindiging van de behandelperiode en de cliënt kent dit bij aanvang van de behandeling”*.

FR: De Franstalige focusgroep kwam tot de volgende standaard: *“Arrêt de suivi: Le service s'interroge sur chaque arrêt/interruption et détermine la suite à donner ou non”*. Echter, niet alle deelnemers konden zich hierin vinden, waarop de standaard werd verworpen.

Beslissing onderzoeksteam:

Omdat de standaard die ontwikkeld werd tijdens de Nederlandstalige focusgroep door alle deelnemers aanvaard werd, beslisten we deze standaard via e-mail survey voor te leggen aan de Franstalige deelnemers van de focusgroepen.

E-mail survey:

FR: Minder dan 80% accepteerde de nieuw voorgestelde standaard, waardoor deze werd verworpen.

**CONCLUSIE: STANDAARD VERWORPEN**

TR25	
Kosteneffectiviteit	Rapport coût-efficacité

Aangezien de twee standaarden over kosten-baten en kosteneffectiviteit verworpen werden door de deelnemers aan de online survey, vroeg het onderzoeksteam de deelnemers om tijdens de tweede focusgroep te brainstormen over een mogelijke standaard betreffende kosteneffectiviteit.

#### Tweede ronde focusgroepen:

NL: Tijdens de Nederlandstalige focusgroep brainstormde men over een mogelijke invulling van een standaard over kosteneffectiviteit en hoe hiermee om te gaan.

Vooreerst stelde men dat de randvoorwaarden die vooropgesteld werden m.b.t. externe evaluatie, ook in dit verband gerespecteerd moeten worden. Men vond ook dat het belangrijk is dit niet te verplichten, maar eerder aan te moedigen door dit als volgt te formuleren: “open staan voor”. Het is tevens belangrijk om de haalbaarheid van het meten van kosteneffectiviteit na te gaan: Kunnen we dit überhaupt doen in Vlaanderen/België? Wat wordt er verstaan onder ‘effectiviteit’?

De Nederlandstalige deelnemers zagen niet zoveel verschil tussen deze standaard en deze over externe evaluatie, zij het wel op het vlak van kijken naar kosten en het vergelijken van verschillende interventies. Ze geven aan dat men eerder interventies op zich moet evalueren dan een volledig programma (vb. detoxificatie: hoeveel mensen komen fysiek ontwennen?). Duidelijk afgebakende interventies zijn volgens de respondenten gemakkelijker te evalueren dan meer omvattende behandelingen of programma’s.

Volgens de respondenten moet de centrale vraagstelling bij het meten van kosteneffectiviteit zijn: is er een meerwaarde van de investeringen naar het proces en de output toe. De doelstelling hiervan moet zijn dat middelen efficiënter ingezet worden, niet besparen. Men voegde eraan toe dat het voor chronische aandoeningen moeilijk is om de effectiviteit te meten, maar tegelijk begrijpt men dat kosteneffectiviteit steeds belangrijker wordt in de gezondheidszorg. Hierbij dient men zinvolle uitkomstmaten te hanteren, waarbij kwaliteit van leven centraal staat. Andere mogelijke uitkomstmaten zijn reductie van overlast, werk, ... Tevens mag men zich bij behandeling niet beperken tot zogenaamde ‘evidence-based interventies’, maar dient men dit ruimer te bekijken. Bepaalde interventies kunnen namelijk zeer duur zijn, maar toch effectief. Tenslotte stelde men dat het moment waarop je kosteneffectiviteit meet zeer belangrijk is, waarbij men dient uit te gaan van een lange termijnperspectief, gezien de chroniciteit van de problematiek.

FR: De Franstalige deelnemers verwierpen resoluut het idee van een standaard over kosteneffectiviteit. Ze gaven wel aan op welke manier ze nu kosteneffectiviteit beoordelen in hun praktijk:

- Het is belangrijk voor de evolutie van bepaalde patiënten om veel tijd aan hen te wijden, bijvoorbeeld door hen dagdagelijks te begeleiden bij alles wat ze doen. Dit is effectiever maar duurder, waardoor de voorziening besliste om dit niet te doen, zelfs roept dit ethische vragen op.
- Wanneer een patiënt vraagt naar hulp/ondersteuning die niet of onvoldoende beschikbaar is in een bepaalde voorziening, dan wordt deze doorverwezen naar een meer gespecialiseerde voorziening in het hulpverleningsnetwerk.

In beide gevallen bestaat de analyse uit het evalueren van het verband tussen het resultaat van een bepaalde interventie en het aantal werkuren die gewijd moeten worden aan een patiënt.

Eén van de deelnemers gaf aan dat ‘welbevinden’ een criterium is voor de effectiviteit van een interventie en dus opgenomen moet worden in een standaard over ‘kosteneffectiviteit’. Men waarschuwde ook voor de gevolgen van een focus op kosteneffectiviteit, gezien dit ertoe zou kunnen leiden dat men ‘goed behandelbare’ patiënten gaat selecteren. Bijvoorbeeld, iemand van 20 jaar met een heroïneverslaving die nog goed geïntegreerd is, zal veel effectiever behandeld kunnen worden dan een oudere persoon met een zelfde verslaving die gemarginaliseerd leeft. Men stelde daarom voor om te spreken over impact, omdat het mogelijk is dat de globale impact van een behandeling groter is bij de oudere patiënt. In elk geval mag kosteneffectiviteit geen criterium worden voor de opname/behandeling van patiënten, omdat dit ertoe zou leiden dat enkel nog de gemakkelijkst te behandelen patiënten opgenomen worden. Een kosteneffectiviteitscriterium moet in elk geval de gelijke behandeling van alle patiënten garanderen.

#### **CONCLUSIE: GEEN STANDAARD OPGESTELD**

## 5. Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Harm reduction

### 5.1. Online survey – Harm reduction

Voor het domein 'harm reduction' werd tijdens de online survey de mening van de respondenten (n=36) gevraagd over 23 kwaliteitsstandaarden (cf. tabel 13) waarover consensus bereikt werd tijdens de EQUStudie (Uchtenhagen & Schaub, 2011). Voor elke kwaliteitsstandaard gingen we na in welke mate deze standaard reeds toegepast wordt in de organisatie. Indien deze wordt toegepast, vroegen we welke prioriteit aan deze standaard wordt toegekend. Indien deze niet wordt toegepast, vroegen we of men de toepassing van deze standaard haalbaar achtte binnen de organisatie. Tot slot gingen we na of de respondenten deze standaard kunnen aanvaarden als minimale kwaliteitsstandaard voor harm reduction in België, dan wel of ze de standaard eerder als ideale standaard beschouwen. Onder een minimale kwaliteitsstandaard verstaan we dat elke voorziening aan deze standaard moet kunnen voldoen, terwijl een ideale kwaliteitsstandaard een na te streven standaard betreft waar men mogelijk nu nog niet aan kan voldoen, bijvoorbeeld omwille van een gebrek aan middelen.

Onderstaande tabel 13 geeft een overzicht van de resultaten per standaard, uitgedrukt in percentages.

1. De eerste kolom geeft weer in hoeveel organisaties de standaard reeds toegepast wordt.
2. De tweede kolom maakt duidelijk welke prioriteit men aan de standaard toekent, indien deze reeds toegepast wordt (percentage respondenten dat stelt dat de prioriteit 'eerder hoog' of 'hoog' is).
3. De derde kolom toont hoe haalbaar de respondenten de implementatie van de standaard achten (% 'ja, haalbaar' of 'ja, met problemen' (i.e. toepassing haalbaar, maar er worden hierbij problemen verwacht)).
4. De vierde kolom geeft het percentage respondenten weer dat de standaard aanvaardt als minimale standaard. 'Aanvaarden' wil zeggen dat de deelnemers akkoord zijn dat elke organisatie in België aan deze standaard zou moeten voldoen. Enkel de respondenten die 'ja' of 'nee' antwoordden op deze vraag werden in rekening gebracht (Het antwoord 'ik weet niet' werd buiten beschouwing gelaten in de analyses). Indien 80% of meer van de respondenten akkoord waren, werd de standaard aanvaard als minimale standaard (conclusie: +). Indien 50 tot 79% van de respondenten akkoord waren, werd de standaard als 'controversieel' beschouwd (conclusie: +/-). Deze standaarden werden verder besproken in de focusgroepen (cf. 2.2), waarin getracht werd om consensus te bereiken over deze standaard. Indien minder dan 50% van de respondenten akkoord gingen, werd de standaard verworpen (conclusie: -). Ook de verworpen standaarden werden verder besproken tijdens de focusgroepen, teneinde de reden voor verwerping van de standaard verder te onderbouwen.
5. De vijfde en laatste kolom geeft aan of de respondenten de kwaliteitsstandaarden die ze niet aanvaardden als minimale standaard, wel kunnen aanvaarden als ideale kwaliteitsstandaard. Indien ze dit aanvaarden, verklaren ze zich ermee akkoord dat elke organisatie in België zou moeten streven naar het bereiken van deze standaard, al kan men hier mogelijk momenteel nog niet aan voldoen. Zoals hierboven vermeld, werden enkel respondenten die 'ja' of 'nee' antwoordden in rekening gebracht. Indien 80% of meer van de respondenten die zich akkoord verklaarden, leidde dit tot de aanvaarding als ideale standaard (conclusie: +). Bij 50 tot 79% akkoord, werd de standaard als controversieel (conclusie: +/-) beschouwd en verder besproken tijdens de focusgroepen. Indien minder dan 50% akkoord bleek, werd de standaard verworpen (conclusie: -) en nader besproken tijdens de focusgroepen. Een vraagteken wil zeggen dat de standaard door 50 tot 79% van de respondenten als minimaal beschouwd werd (controversieel) en op basis van de focusgroepen werd daarna bepaald of de standaard als 'minimaal' dan wel 'ideaal' beschouwd kon worden. 'Nvt' (niet van toepassing) wil zeggen dat de standaard reeds als minimale standaard werd aanvaard.

**Tabel 13: Overzicht kwaliteitsstandaarden harm reduction, inclusief toepassingsgraad, haalbaarheid en aanvaardbaarheid volgens respondenten survey (n=36)**

Oorspronkelijke standaarden		Toepassingsgraad	Indien toegepast: prioriteit 'eerder hoog' tot 'hoog'	Indien niet toegepast: haalbaarheid		Minimaal		Ideaal
				Ja	Ja, met problemen			
HR1	Toegankelijkheid: Locatie en openingsuren: Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de noden van hun cliënten; kosten mogen nooit een barrière tot een voorziening vormen	81,8	88,9	0	80	83	+	nvt
HR2	Kwalificatie van personeel: Minimale kwalificatie: personeel moet gekwalificeerd zijn en er moet transparant gemaakt worden welke kwalificaties ze hebben, vb. van de vier getrainde peers betrokken bij de dienst, hebben twee een diploma sociaal werk en twee een diploma verpleegkunde	75,8	95,9	33,3	33,3	85	+	nvt
HR3	Samenstelling van personeel: Multidisciplinariteit (vb. er is een multidisciplinair team dat is samengesteld uit minstens 3 beroepsgroepen)	84,4	100	40	20	79	+/-	?
HR4	Indicatiecriteria: Leeftijdbeperkingen: 1. Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en personeel moet getraind worden om tegemoet te komen aan leeftijdsgebonden noden van cliënten, 2. Er mag geen leeftijdsbeperking zijn in voorzieningen die aan harm reduction doen	66,7	80,9	11,1	22,2	72	+/-	?
HR5	Indicatiecriteria: Diagnose: Een behandelindicatie wordt steeds gesteld op basis van een diagnose of, indien niet mogelijk, een gedetailleerde evaluatie van het huidige druggebruik	83,3	96	0	0	74	+/-	?
HR6	Beoordelingsprocedures: Vaststelling van risicogedrag: Risicogedrag van de cliënt wordt in kaart gebracht	81,8	96,2	60	40	90	+	nvt
HR7	Beoordelingsprocedures: Volledige nodenbeoordeling en prioritering vb. 1. Harm reduction van intraveneus druggebruik en, 2. Beperking van gebruikte naalden in publieke ruimtes enz.	64,5	100	12,5	50	73	+/-	?
HR8	Beoordelingsprocedures: Toestand van cliënt: De gezondheidstoestand van de cliënt wordt in kaart gebracht	84,4	92,6	0	0	78	+/-	?
HR9	Informed consent: Cliënten moeten geïnformeerd worden over het aanbod en moeten voor aanvang van een interventie instemmen met een voorgesteld behandelregime of -plan. Interventies hoeven niet voorafgegaan worden door een geschreven informed consent, maar eerder door transparante informatie over het aanbod van een dienst.	93,9	83,8	0	50	86	+	nvt
HR10	Vertrouwelijkheid van cliëntgegevens: Dossiers van cliënten zijn vertrouwelijk en enkel toegankelijk voor personeel dat betrokken is bij de interventie of de behandeling	93,8	96,6	0	50	94	+	nvt
HR11	Geschreven cliëntendossiers (assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke cliënt/patiënt volledig en up to date gedocumenteerd in een cliëntendossier)	67,7	95,2	10	30	70	+/-	?
HR12	Geïndividualiseerde behandelplannen: Interventies worden, indien toepasbaar, individueel afgestemd op de behoeften van de cliënt	86,2	96	0	25	88	+	nvt
HR13	Routine samenwerking met andere voorzieningen: Wanneer een voorziening niet in staat is om tegemoet te komen aan alle noden van een bepaalde cliënt, kan doorverwezen worden naar een geschikte voorziening.	97,0	96,9	0	0	97	+	nvt

Consensusvorming kwaliteitsstandaarden Harm reduction

HR14	Continue training van personeel: Personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein	90,9	90	33,3	33,3	97	+	nvt
HR15	Consultatie van de buurt/gemeenschap: Overlast en conflicten met mensen die in de omgeving van de voorziening wonen of werken, wordt zo veel mogelijk vermeden	67,7	85,7	0	50	69	+/-	?
HR16	Doel: Verminderd risicogedrag: Het doel van de interventies is het verminderen van onveilig injecteren, onveilig druggebruik en onbeschermd seks	96,9	96,8	0	0	97	+	nvt
HR17	Doel: Doorverwijzingen: Behandeldiensten moeten bereid zijn om cliënten naar andere gezondheids-, sociale, behandel- of juridische diensten door te verwijzen, indien nodig en overeengekomen	100	96,6	0	0	100	+	nvt
HR18	Doel: Verminderd druggebruik: Behandeling moet zich richten op een vermindering van druggebruik van patiënten, vb. behandeling moet de cliënt helpen om zijn gebruik te minderen of zich te onthouden van illegale of niet-voorgeschreven psychotrope middelen	48,4	92,8	0	14,3	47	-	-
HR19	Monitoring van bezetting: Voorzieningen moeten periodiek de bezetting van behandelplaatsen rapporteren	70,4	66,6	28,6	28,6	59	+/-	?
HR20	Interne evaluatie: Voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren	93,9	87,1	0	0	100	+	nvt
HR21	Externe evaluatie: Voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator	43,8	69,3	20	46,7	62	+/-	?
HR22	De kosteneffectiviteit moet beoordeeld worden (positieve uitkomsten, zoals bijvoorbeeld aantal abstinente patiënten in verhouding tot kosten van de dienstverlening)	17,2	60	17,6	5,9	35	-	-
HR23	Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten, zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot kosten van de dienstverlening)	27,6	50	20	10	57	+/-	?

Tabel 13 maakt duidelijk dat 14 van 23 standaarden (61%) een toepassingsgraad hebben van 75% of meer. Negen standaarden kennen een lagere toepassingsgraad, waarbij 4 standaarden in minder dan de helft van de deelnemende organisaties toegepast worden (HR 18, HR 21-23). In de organisaties die de standaarden toegepassen, zien we dat deze standaarden ook meestal een ‘eerder hoge’ tot ‘hoge’ prioriteit hebben. Dit is niet of veel minder het geval voor de standaarden m.b.t. kosteneffectiviteit (HR 22) en kosten-baten (HR 23).

In organisaties waar bepaalde standaarden niet toegepast worden, achten de respondenten dit voor de meeste standaarden ook niet haalbaar of verwacht men hierbij op zijn minst problemen. Enkel de toepassing van HR6 (vaststellen van risicogedrag tijdens assessment) zien men als realistisch. We dienen hierbij evenwel op te merken dat deze bevindingen zeer voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, gezien de kleine aantallen bij deze subanalyses.

Elf van 23 standaarden werden door de respondenten meteen aanvaard als minimale kwaliteitsstandaard. Over 10 standaarden was er niet meteen consensus. Twee standaarden werden verworpen als minimale kwaliteitsstandaard (<50% consensus). De betreffende standaarden over resp. vermindering van druggebruik als doel van harm reduction en kosteneffectiviteit (HR18 en HR22) werden ook verworpen als ideale kwaliteitsstandaard. De redenen hiervoor werden onderbouwd tijdens de focusgroepen. Kwaliteitsstandaarden die niet als minimale standaarden aanvaard werden, stonden verder ter discussie. In de focusgroepen werd geprobeerd een consensus te vinden over deze controversiële standaarden (HR3-5, HR7-8, HR11, HR15, HR19, HR21 en HR23). Tijdens de tweede ronde focusgroepen werden ook enkele consensusstandaarden uit de online survey verder geconcretiseerd (HR6, HR14, HR19-20).

## 5.2. Consensusprocedure harm reduction

### 5.2.1. Samenvatting consensusprocedure

In tabel 14 wordt samengevat hoe de consensusprocedure met betrekking tot de harm reduction-standaarden verlopen is, waarbij we voor elke onderzoeksfase aangegeven hoeveel standaarden aanvaard werden en hoeveel er ter discussie stonden (die achteraf geherformuleerd werden). Uiteindelijk resulteerde dit in een lijst van 21 minimale standaarden, 3 ideale standaarden en 4 verworpen standaarden (cf. tabel 15). De rol van het onderzoeksteam in het consensusproces wordt hierna toegelicht, gezien zij op basis van de voorliggende gegevens dienden te beslissen en de bevindingen moesten terugkoppelen naar de respondenten (inclusief de opmerkingen die in andere focusgroepen of tijdens eerdere fasen van het onderzoek aan bod kwamen).

**Tabel 14: Verschillende fasen van de consensusprocedure voor de kwaliteitsstandaarden harm reduction**

Fase	Periode	Omschrijving
Online survey	Juni-juli 2014	<b>36</b> praktijkwerkers uit het domein harm reduction spraken zich uit over <b>de 23</b> EQUUS standaarden op het vlak van harm reduction. <b>11</b> standaarden werden aanvaard als minimale kwaliteitsstandaarden, <b>2</b> standaarden werden verworpen.
Eerste ronde focusgroepen	September 2014	<b>10</b> standaarden (die <80% van de deelnemers aan de online survey aanvaardden als minimale standaard) werden besproken tijdens de eerste ronde focusgroepen (één Franstalige en één Nederlandstalige groep).

Fase	Periode	Omschrijving
Overleg onderzoeksteam + koepelorganisaties	November 2014	<p>Het onderzoeksteam vergeleek de resultaten van beide focusgroepen voor de 10 voorgestelde standaarden:</p> <p>Twee standaarden werden verworpen door de Franstalige en Nederlandstalige focusgroep</p> <p>Voor de overige 8 standaarden kwamen beide focusgroepen tot verschillende resultaten. De geformuleerde opmerkingen werden geanalyseerd door het onderzoeksteam, met de bedoeling de standaarden opnieuw voor te leggen tijdens de tweede bijeenkomst van de focusgroepen.</p>
Bijeenkomst onderzoeksteam en begeleidingscomité	November 2014	<p>Het onderzoeksteam selecteerde 3 reeds aanvaarde standaarden om te laten concretiseren door de focusgroepen, in functie van het toevoegen van enige verduidelijkingen en praktijkvoorbeelden.</p> <p>Tijdens het begeleidingscomité werd er tevens beslist om aan elke focusgroep te vragen een nieuwe standaard te formuleren inzake kosteneffectiviteit.</p>
Tweede ronde focusgroepen	November - december 2014	<p>Negen standaarden werden aldus tijdens de tweede bijeenkomst van de focusgroepen voorgelegd teneinde hierover tot een consensus te komen (inclusief de nieuwe standaard over kosteneffectiviteit).</p> <p>Het onderzoeksteam vroeg de focusgroepen ook om de standaarden die tijdens de eerste focusgroep besproken werden te verduidelijken, alsook drie reeds aanvaarde standaarden uit de online survey.</p>
Overleg onderzoeksteam + koepelorganisaties	Februari - maart 2015	<p>Het onderzoeksteam besprak de resultaten van de tweede focusgroepronde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 standaarden werden aanvaard als minimale standaard</li> <li>3 standaarden werden aanvaard als ideale standaard</li> <li>2 standaarden waarover geen consensus gevonden werd, werden door het onderzoeksteam aangepast om opnieuw voor te leggen aan de deelnemers van de focusgroepen</li> </ul> <p>De twee nieuw voorgestelde standaarden door de Franstalige focusgroep werden aan de deelnemers van de Nederlandstalige focusgroep voorgelegd.</p>
E-mail survey	Maart 2015	De aangepaste standaarden werden ter goedkeuring voorgelegd aan de deelnemers.

De hiervoor beschreven consensusprocedure had voor elke standaard volgende uitkomst voor gevolg: ofwel aanvaard als minimale standaard (al dan niet na aanpassing), ofwel aanvaard als ideale standaard (al dan niet na aanpassing) ofwel werd de standaard verworpen. Deze conclusies zijn terug te vinden in Tabel 15, waarbij 'minimal' staat voor minimale standaard, 'ideal' voor een ideale standaard en 'rejected' voor een verworpen standaard.



**Tabel 15 : Uitkomst consensusprocedure per standaard voor het domein harm reduction**

N	Conclusion	Online survey	1e focus group (Sept. 2014)		Research team (Nov. 2014)	2e focus group (Nov.-Dec. 2014)		Research team (Feb. 2015)	E-mail survey (March 2015)
		%	FR	NL	Decision	FR	NL	Decision	
HR1	Minimal	83%	-	-	-	-	-	-	-
HR2	Minimal	85%	-	-	-	-	-	-	-
HR3	Minimal (modified)	79%	Ideal (modified)	Minimal	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (modified)	-
HR4	Minimal (modified)	72%	Minimal	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (modified)	-
HR5	Rejected	74%	Rejected	Rejected	Rejected	-	-	-	-
HR6	Minimal	90%	-	-	-	Concretised	Concretised	-	-
HR7	Minimal (modified)	73%	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Concretised	Still modified	NL version proposed to FR	Minimal (modified)
HR8	Ideal (modified)	78%	Rejected	Ideal	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Ideal	FR version proposed to NL	Ideal (modified)
HR9	Minimal	86%	-	-	-	-	-	-	-
HR10	Minimal	94%	-	-	-	-	-	-	-
HR11	Ideal (modified)	70%	Rejected	Minimal	Modified and proposed again	Ideal (modified)	Minimal (modified)	Ideal (modified)	-
HR12	Minimal	88%	-	-	-	-	-	-	-
HR13	Minimal	97%	-	-	-	-	-	-	-
HR14	Minimal	97%	-	-	-	Concretised	Concretised	-	-
HR15	Ideal (modified + remark)	69%	Minimal (modified)	Ideal (modified)	Proposal FR to NL group	Concretised	Ideal (modified + remark)	Ideal (modified + remark)	-
HR16	Minimal	97%	-	-	-	-	-	-	-
HR17	Minimal	100%	-	-	-	-	-	-	-
HR18	Rejected	47%	Discussed	Discussed	-	-	-	-	-
HR19	Minimal (modified)	59%	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal	Minimal (modified)	-
HR20	Minimal	100%	-	-	-	Concretised	Concretised	-	-
HR21	Minimal (modified)	62%	Minimal (modified)	Minimal (modified)	Modified and proposed again	Minimal (modified)	Minimal	Minimal (modified)	-
HR22	Rejected	35%	Discussed	Discussed	-	-	-	-	-
HR23	Rejected	57%	Rejected	Ideal (modified)	Rejected	-	-	-	-
HR24	Rejected	-	-	-	-	Added	-	FR version proposed to NL	Rejected
HR25	Minimal (added)	-	-	-	-	Added	-	FR version proposed to NL	Minimal (added)

Bij de bespreking van de standaarden waarover geen consensus bestond in de Franstalige en Nederlandstalige focusgroepen heeft het onderzoeksteam telkens beslist om te opteren voor de minst ingrijpende formulering en minimale mate van aanvaarding. Als een standaard bijvoorbeeld door de ene focusgroep aanvaard werd als 'minimale standaard' en door de andere als 'ideale standaard', beschouwde het onderzoeksteam deze standaard als ideale kwaliteitsstandaard voor beide groepen. Wanneer één van beide focusgroepen voorstelde om de terminologie aan te passen teneinde een standaard minder veeleisend te maken, dan werd deze laatste versie behouden voor beide groepen.

Zoals eerder aangegeven, werkten we met drie koepelorganisaties samen in functie van het rekruteren van respondenten en het valoriseren van de onderzoeksbevindingen. In maart 2015 werden deze partners via een email survey geconsulteerd over de standaarden waarover na twee focusgroepen nog geen consensus was bereikt tussen beide focusgroepen en over de nieuw voorgestelde standaarden. We stelden voorop dat minimum 80% van de respondenten per focusgroep de standaard moesten goedkeuren, alvorens deze aanvaard kon worden. Aldus werden nog drie gewijzigde/nieuwe standaarden aanvaard.

Voor een gedetailleerde overzicht van de bevindingen, opmerkingen en discussies verwijzen we naar bijlage 3 over de harm reductionstandaarden (pp. 111-171).

### *5.2.2. Bespreking controversiële standaarden harm reduction*

Deze rubriek kent een analoge opmaak per controversiële standaard. Eerst wordt in een grijze box de finaal aanvaarde/verworpen standaard weergegeven, met daaronder de oorspronkelijke EQUUS-standaard. Daarna volgt een samenvatting van de voorstellen en beslissingen tijdens de consensusprocedure, gevolgd door de conclusie met betrekking tot deze standaard.

HR3	
<p><b>Samenstelling van het personeel: De dienst handelt vanuit een multidisciplinair perspectief.</b> Opmerking: Dit kan bereikt worden via de samenwerking met het netwerk van voorzieningen, rekening houdend met deontologische principes en professionele identiteiten. Het betrekken van peers is aan te bevelen en maakt deel uit van het idee/kader multidisciplinariteit.</p>	<p><b>Composition du personnel : Le service agit dans une perspective multidisciplinaire.</b> Remarque : Cet objectif peut être atteint en travaillant en réseau, tout en veillant aux champs déontologiques et aux identités professionnelles. L'implication des pairs est recommandée et fait partie de l'idée/du cadre multidisciplinaire.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** Samenstelling van personeel: multidisciplinariteit (vb. er is een multidisciplinair team dat is samengesteld uit minstens 3 beroepsgroepen).

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Net geen 80% van de deelnemers aan de online survey aanvaardde deze standaard als minimale standaard (79%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, op voorwaarde dat 'transdisciplinair' vervangen wordt door 'multidisciplinair' en dat dit gedifferentieerd wordt naargelang het type voorziening. De kleinschaligheid van bepaalde diensten laat bv. niet toe om 3 verschillende disciplines te integreren in het team.

FR: Aanvaard als ideale standaard, met weglating van het opgegeven voorbeeld.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam paste de standaard aan op basis van de opmerkingen in beide groepen en legde deze in volgende vorm voor tijdens de tweede ronde focusgroepen:

*"Samenstelling van het personeel: de HR dienst handelt vanuit een transdisciplinair perspectief. Opmerking: Dt kan men bekomen door in een netwerk samen te werken".*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard in aangepaste vorm: 'transdisciplinariteit' vervangen door 'multidisciplinariteit' en als opmerking vermelden dat het betrekken van peers noodzakelijk is.

FR: De standaard werd aangepast en aanvaard als minimale standaard in volgende vorm: *"Samenstelling van het personeel: de dienst handelt vanuit een transdisciplinair perspectief. Dit kan bereikt worden via samenwerking met het netwerk, rekening houdend met deontologische principes en professionele identiteiten."*

Beslissing onderzoeksteam:

Op basis van bovenstaande aanpassingen en suggesties, besliste het onderzoeksteam om bovenstaande standaard (cf. grijze box) te aanvaarden als minimale standaard, waarin de opmerkingen van beide focusgroepen zijn geïntegreerd.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR4	
<p><b>Indicatiecriteria: Leeftijdsbeperkingen:</b>  <b>Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en het profiel van de gebruiker.</b>  <b>Medewerkers moeten getraind worden om tegemoet te komen aan hun noden. Mensen van alle leeftijden moeten een beroep kunnen doen op voorzieningen die aan harm reduction doen.</b>                      Opmerking: Onafhankelijk van hun leeftijd, blijft het belangrijk om bijzondere aandacht te hebben voor nieuwe gebruikers.</p>	<p><b>Critères d'indication : Limites d'âge : Les services doivent être adaptés à l'âge et le profil des consommateurs.</b></p> <p><b>L'équipe doit être entraînée pour rencontrer de façon adéquate les besoins des clients. Des personnes de tout âge doivent pouvoir faire appel aux services de réduction des risques.</b>                      Remarque : Indépendamment de leur âge, il est important d'avoir une attention particulière aux nouveaux consommateurs.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Indicatiecriteria: Leeftijdsbeperkingen: 1. Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en personeel moet getraind worden om tegemoet te komen aan leeftijdsgebonden noden van cliënten, 2. Er mag geen leeftijdsbeperking zijn in voorzieningen die aan harm reduction doen.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd tijdens de online survey door minder dan 80% van de deelnemers aanvaard als een minimale standaard (72%).

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard indien 'leeftijdgebonden' wordt weggelaten. Het woord 'medewerkers' kan beter gebruikt worden in plaats van 'personeel'. Het tweede deel van de standaard, nl. 'geen leeftijdsbeperking', werd als heel belangrijk beschouwd door de deelnemers.

FR: Aanvaard als minimale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam paste de standaard aan op basis van de opmerkingen van beide focusgroepen en legde deze tijdens de tweede ronde focusgroepen onder volgende vorm voor: *"Indicatiecriteria: Leeftijdsbeperkingen: 1. Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en de staf (i.p.v. het personeel) moet getraind worden om tegemoet te komen aan de noden gerelateerd aan de fase van het druggebruik (i.p.v. leeftijdsgebonden noden van cliënten), 2. Er mag geen leeftijdsbeperking zijn in voorzieningen die aan harm reduction doen".*

*Opmerking: Mensen van alle leeftijden moeten een beroep kunnen doen op harm reduction-diensten. Het is wel belangrijk om nieuwe gebruikers gescheiden te houden van ervaren gebruikers."*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard met enkele wijzigingen: *"Indicatiecriteria: Leeftijdsbeperkingen: Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en het profiel van de gebruiker. Medewerkers moeten getraind worden om tegemoet te komen aan noden gerelateerd aan de fase van het druggebruik. Mensen van alle leeftijden moeten een beroep kunnen doen op harm reduction diensten."*

FR: De standaard werd aangepast en aanvaard als minimale standaard onder volgende vorm: *"Indicatiecriteria: Leeftijdsbeperkingen: Voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en het profiel van de gebruiker. Medewerkers moeten getraind worden om tegemoet te komen aan noden. Mensen van alle leeftijden moeten een beroep kunnen doen op harm reduction diensten."*

*Opmerking: Onafhankelijk van hun leeftijd blijft het belangrijk om bijzondere aandacht te hebben voor nieuwe gebruikers.”*

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de aanpassingen van beide focusgroepen samen te brengen in één nieuwe standaard die alle aanpassingen en opmerkingen integreert en deze als minimale standaard te aanvaarden.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR5	
<b>Indicatiecriteria: Diagnose: Een behandelindicatie wordt steeds gesteld op basis van een diagnose of, indien niet mogelijk, een gedetailleerde evaluatie van het huidig druggebruik.</b>	<b>Critères d'indication : Diagnostic : L'indication du traitement est toujours faite sur la base d'un diagnostic ou, si ce n'est pas possible, d'une évaluation détaillée de l'usage actuel de substances.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Slechts 74% van de deelnemers aanvaardde tijdens de online survey deze standaard als minimale standaard voor harm reduction-diensten. Daarom werd deze 'controversiële' standaard verder besproken.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Standaard wordt unaniem verworpen, gezien de context van een harm reduction-dienst vaak geen diagnosestelling toelaat.

FR: Standaard wordt unaniem verworpen om dezelfde reden.

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien beide focusgroepen zich niet konden vinden in deze standaard, werd deze als verworpen beschouwd en werd hij niet meer besproken tijdens de tweede ronde focusgroepen.

**CONCLUSIE: VERWORPEN STANDAARD**

HR7	
<p><b>Beoordelingsprocedures: Volledige assessment van noden en hulpvraag en prioritering, in dialoog met de cliënt.</b></p>	<p><b>Procédures d'évaluation : Evaluation complète des besoins et de la demande ainsi qu'une hiérarchisation, sur base d'un dialogue avec l'usager.</b></p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Beoordelingsprocedures: Volledige nodenbeoordeling en prioritering, vb. 1. Harm reduction van intraveneus druggebruik en, 2. Beperking van gebruikte naalden in publieke ruimte,s enz.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

De standaard werd door 73% van de deelnemers aan de online survey als minimale standaard aanvaard en daarom als controversieel beschouwd.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, mits het weglaten van de voorbeelden en met toevoeging van 'samen met de cliënt'.

FR: Aanvaard als minimale standaard, mits de voorbeelden worden weggelaten en met volgende aanpassing: *"Evaluatieprocedures: volledige evaluatie van noden en hiërarchisering"*.

Beslissing onderzoeksteam:

Aanvaard als minimale standaard zonder de voorbeelden en ter definitieve goedkeuring nogmaals voorgelegd tijdens de tweede focusgroepenronde.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De deelnemers vroegen nog om een aanpassing van de standaard en om rekening te houden met de vraag van de patiënt en deze evaluatie/prioritering uit te voeren op basis van een dialoog met de patiënt. 'Beoordeling' werd daarom vervangen door 'assessment van de hulpvraag en noden'.

FR: De respondenten verduidelijkten de standaard verder: Om de noden van gebruikers in kaart te brengen, kan men - naast individuele gesprekken - verschillende methoden gebruiken: bevraging van gebruikers, focusgroepen, secundaire analyse van routinematig verzamelde data over nieuwe drugs. Een volledige en systematische evaluatie van noden van druggebruikers is echter moeilijk te realiseren. Sommigen baseren zich hiervoor op de literatuur, advies van collega's of peers. De drugcoördinatoren in Brussel en Wallonië doen dit werk op grotere schaal.

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien de aanvullingen door de Nederlandstalige focusgroep overeenkwamen met de opmerkingen van enkele Franstalige deelnemers, besliste het onderzoeksteam om de standaard – zoals deze door de Nederlandstalige deelnemers werd geformuleerd – voor te leggen aan de Franstalige respondenten tijdens een korte e-mail survey.

E-mail survey:

FR: Aanvaard als minimale standaard.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR8	
<p><b>Beoordelingsprocedures: Er wordt rekening gehouden met de gezondheidstoestand (in de betekenis van de WHO) van de cliënt, in functie van de hulpvraag.</b></p> <p>Opmerking: Iedereen krijgt toegang tot de dienst.</p>	<p><b>Procédures d'évaluation : L'état de santé (au sens de l'OMS) du client/patient est pris en compte, en fonction de la demande.</b></p> <p>Remarque : Cette estimation n'est pas une condition pour avoir accès au service.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Beoordelingsprocedures: Toestand van cliënt: De gezondheidstoestand van de cliënt wordt in kaart gebracht.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

De standaard werd door minder dan 80% van de deelnemers (78%) aan de online survey aanvaard als minimale standaard voor harm reduction diensten.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als ideale standaard, omdat deze standaard niet altijd toegepast kan worden en daarom ook niet verplicht kan worden.

FR: Verworpen omdat de standaard niet in elke context haalbaar is.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om – op basis van de discussies tijdens de eerste ronde – een minder veeleisende versie van de standaard voor te stellen: *“Beoordelingsprocedures: Toestand van cliënt: De gezondheidstoestand van de cliënt wordt ingeschat. Opmerking : Deze inschatting staat los van de toegang tot de dienst. Een cliënt die in goede gezondheid verkeert, kan toegang krijgen tot de dienst zonder een diepgaande analyse van zijn gezondheidstoestand. Een cliënt in minder goede gezondheid kan doorverwezen worden naar andere diensten.”*

Tweede ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als ideale standaard, omdat het bv. tijdens een kortdurend contact niet altijd mogelijk is iemands gezondheidstoestand in te schatten.

FR: Aanvaard als minimale standaard in aangepaste vorm, waarbij het belang benadrukt werd van een brede invulling van gezondheid zoals in de WHO-definitie: *“Beoordelingsprocedures: Er wordt rekening gehouden met de gezondheidstoestand (in de betekenis van WHO) van de cliënt/patiënt, in functie van de hulpvraag. Opmerking: Iedereen krijgt toegang tot de dienst.”*

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien de Nederlandstalige focusgroep een versie van de standaard aanvaardde die dicht bij de originele standaard lag, besliste het onderzoeksteam om de versie van de Franstalige deelnemers tijdens de e-mail survey voor te leggen aan de Nederlandstalige deelnemers.

E-mail survey:

NL: De standaard werd door 86% van de deelnemers aanvaard als ideale standaard.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**



HR11	
<p><b>Geschreven cliëntendossiers: Bijvoorbeeld assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke cliënt/patiënt volledig en up to date gedocumenteerd in een cliëntendossier.</b></p> <p>Opmerking: Deze standaard geldt niet voor werkingen waarbij anonieme dienstverlening wordt gegarandeerd. Dit kan enkel gerealiseerd worden als er individueel gewerkt wordt en op voorwaarde dat het geen obstakel is voor de begeleiding.</p>	<p><b>Dossier patient écrit : Par exemple, l'évaluation des résultats, le plan d'intervention, les changements attendus et événements inattendus sont documentés complètement et mis à jour pour chaque client/patient dans un dossier client/patient.</b></p> <p>Remarque: Ce standard ne peut pas être appliqué pour les actions où l'anonymat est garanti. Cela ne peut être réalisé que lorsqu'une prise en charge individuelle est réalisée et à condition de ne pas être un obstacle pour le suivi.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Geschreven cliëntendossiers: assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke cliënt/patiënt volledig en up to date gedocumenteerd in een cliëntendossier.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd slechts door 70% van alle deelnemers aan de online survey aanvaard als minimale standaard.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, op voorwaarde dat een uitzondering werd gemaakt voor voorzieningen die anonimiteit garanderen aan zorggebruikers. Men vroeg ook om het woord 'geschreven' te schrappen, gezien niet altijd een schriftelijk dossier wordt bijgehouden.

FR: Verworpen als minimale en ideale standaard, omdat het in veel gevallen ondenkbaar is om de naam van mensen te vragen die appèl doen op harm reduction-diensten of om vanaf het eerste contact een geschreven dossier te openen.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste een minder veeleisende versie van de standaard voor te leggen tijdens de tweede ronde focusgroepen, met de vraag om te preciseren wanneer het al dan niet mogelijk is om met een geschreven dossier te werken: *"Geschreven cliëntendossiers: assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke cliënt/patiënt volledig en up to date gedocumenteerd in een cliëntendossier"*.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De standaard werd aanvaard als minimale standaard op voorwaarde dat 'geschreven' geschrapt wordt: *"Cliëntendossiers: bv. assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke cliënt/patiënt volledig en up-to-date gedocumenteerd in een cliëntendossier."*

FR: Aanvaard als ideale standaard met volgende aanpassingen en specificaties: *"Geschreven cliëntendossier: Bijvoorbeeld assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke cliënt/patiënt volledig en up to date gedocumenteerd in een cliëntendossier. Opmerking: Deze standaard geldt niet voor werkingen waarbij anonieme dienstverlening wordt gegarandeerd. Dit kan enkel gerealiseerd worden als er individueel gewerkt wordt en op voorwaarde dat het geen obstakel is voor de begeleiding."*

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien de Nederlandstalige deelnemers deze standaard slechts als minimale standaard konden aanvaardden mits het weggelaten van het woord 'geschreven', besliste het onderzoeksteam om de standaard te aanvaarden als ideale standaard.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR15	
<p><b>Dialoog met de buurt/gemeenschap: Conflicten met mensen in de omgeving waar de interventie wordt aangeboden worden zoveel mogelijk vermeden.</b></p> <p>Opmerking: De dienst probeert een dialoog aan te gaan met de buurt/gemeenschap.</p>	<p><b>Dialogue avec le voisinage/la communauté : Tenter d'éviter les conflits avec d'autres personnes autour du service.</b></p> <p>Remarque : Le service tente de dialoguer avec le voisinage/la communauté.</p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Consultatie van de buurt/gemeenschap: overlast en conflicten met mensen die in de omgeving van de voorziening wonen of werken wordt zo veel mogelijk vermeden.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

De standaard werd door 69% van de deelnemers tijdens de online survey aanvaard als minimale standaard en moest daarom als controversiële standaard verder besproken worden tijdens de focusgroepen.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als ideale standaard. Dialoog aangaan achtte met minimaal en het tegengaan van overlast werd gezien als een na te streven. Het belang van een consistente terminologie werd benadrukt. Daarom opteert men hier voor de term 'gemeenschap' in plaats van de allicht meer geschikte term 'omgeving'.

FR: De Franstalige respondenten herformuleerden de standaard als volgt: *“Dialoog met de buurt/gemeenschap: Conflicten met mensen in de omgeving waar de interventie wordt aangeboden, worden zoveel mogelijk vermeden.”* De Franstalige deelnemers aanvaardden deze standaard als minimale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste om de door de Franstalige focusgroep voorgestelde versie als minimale standaard voor te leggen aan de Nederlandstalige deelnemers, gezien zij de oorspronkelijke standaard slechts als ideale standaard aanvaardden.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige deelnemers aanvaardden de versie van de Franstalige focusgroep als ideale standaard, mits toevoeging van volgende opmerking: *“De dienst probeert een dialoog aan te gaan met de buurt/gemeenschap.”*

FR: De Franstalige deelnemers verduidelikten de door hen voorgesteld standaard nader. Ze stelden dat het nuttig zou zijn hiervoor een straathoekwerker aan te werven. Een andere mogelijkheid vormt het creëren van een consultatieruimte waar buurtbewoners en zorgverstrekkers samen kunnen discussiëren onder leiding van een moderator. Men gaf het voorbeeld van een organisatie die bij een probleem met jongeren in de wijk, is gaan samenzitten met de wijkbewoners en afgevaardigden van de stad om het probleem op te lossen. In een ander geval werde de buurtbewoners uitgenodigd op een informatiebijeenkomst. Dit heeft de mening van het grote publiek met betrekking tot deze organisatie veranderd. Het contact met de buurtbewoners wordt onderhouden, onder andere via de wijkcomités. Dit is een werk van lange adem. Om conflicten te vermijden, heeft één van de voorzieningen de lokale autoriteiten gecontacteerd die klachten van bewoners verzamelen. Men moet samenwerken met de overheid en hen includeren in de dialoog. Volgens één van de deelnemers is het vragen van het advies van buurtbewoners niet noodzakelijk een goed idee, aangezien dit een omgekeerd effect kan hebben en hen kan aanmoedigen om zich te verzetten. Eén van de betrokken organisaties werkt nauw samen met de gebruikers van de dienst en waakt (met camera's) over het binnen- en buitengaan. Soms kan het louter zichtbaar maken van een actie op vlak van schadebeperking de buurt reeds geruststellen. Men wordt vaak gerustgesteld door de interventie zelf en is soms ongerust dat er misschien niet genoeg gebeurt. Zo zouden bepaalde

inwoners een gebruikersruimte willen. Bij een interventie op straat acht men het tenslotte noodzakelijk dat er altijd minstens twee personen van de voorziening aanwezig zijn, om conflicten te vermijden (met gebruikers of tussen gebruikers en buurtbewoners).

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste de versie van de Franstalige deelnemers te aanvaarden als ideale standaard, met toevoeging van de opmerking van de Nederlandstalige deelnemers. Deze opmerking sloot nauw aan bij de bemerkingen van de Franstalige deelnemers en aanvaarding van de standaard als ideale standaard werd aldus gezien als de minst veeleisende mate van aanvaarding door beide groepen.

**CONCLUSIE: IDEALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR19	
<b>Monitoring van bereik: Voorzieningen moeten periodiek het bereik van hun aanbod intern monitoren.</b>	<b>Monitoring de l'utilisation : Les services doivent relever en interne périodiquement l'activité du service.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Monitoring van bezetting: Voorzieningen moeten periodiek de bezetting van behandelplaatsen rapporteren.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd slechts door 59% van de deelnemers aan de online survey aanvaard als minimale kwaliteitsstandaard voor harm reduction-diensten.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard op voorwaarde dat 'bezetting van behandelplaatsen' vervangen werd door 'monitoring van bereik'.

FR: Aanvaard als minimale standaard op voorwaarde dat 'behandelplaatsen' door 'het aanbod van de dienst' vervangen werd en dat 'rapporteren' vervangen werd door 'monitoren': *"Monitoring van bereik: voorzieningen moeten periodiek het bereik van hun aanbod intern monitoren."*

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien deze standaard aanvaard werd door de Nederlandstalige deelnemers, werd hij door het onderzoeksteam als minimale standaard aanvaard. Om meer informatie te verkrijgen over de concrete toepassing, besliste het onderzoeksteam om de standaard ter verduidelijking voor te leggen tijdens de tweede ronde focusgroepen.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige deelnemers achtten verdere concretisering van de standaard niet nodig.

FR: Bepaalde voorzieningen registreren en coderen hun activiteiten, zoals bv. spuitruil, waardoor het mogelijk is om onmiddellijk een stand van zaken te krijgen m.b.t. de frequentie van deze activiteiten. Deze gegevens worden dan besproken tijdens een teamvergadering, wat zeer nuttig is in functie van opvolging van deze activiteiten. Een andere dienst, waarbij deze registratie niet geautomatiseerd verloopt, bespreekt maandelijks het aantal gerealiseerde activiteiten en de evolutie hierin. Nog een andere voorziening beschikt over een geautomatiseerde fiche per hulpverleningscontact (incl. een individuele code voor gekende gebruikers van de voorziening). Elk trimester worden deze rapporten opgevraagd. Deze procedure vraagt tijd, maar wordt interessant gevonden.

**CONCLUSIE : MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR21	
<p><b>Externe evaluatie: Voorzieningen moeten open staan voor een evaluatie van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator. Evaluatieresultaten moeten overgedragen en uitgelegd worden aan de voorziening.</b></p> <p>Opmerking: Deze externe evaluatie moet transparant zijn en gerealiseerd worden in samenwerking met de dienst: wie doet de evaluatie, welke indicatoren worden er gebruikt, welke resultaten worden geëvalueerd, wat gebeurt er met de resultaten, en wat is het doel van de evaluatie? Onafhankelijk betekent ook onafhankelijk van degenen die financieren. Belangenconflicten moeten vermeld worden. De dienst moet inspraak hebben in het selecteren van de evaluator. Het aanvaarden van deze standaard betekent niet dat de dienst verplicht wordt om de evaluatie te financieren.</p>	<p><b>Evaluation externe : Les services doivent être ouverts à une évaluation de leurs activités et de leurs résultats par un évaluateur externe indépendant. Le résultat de l'évaluation doit être transmis et expliqué au service.</b></p> <p>Remarque : Cette évaluation externe doit être transparente et construite avec le service : qui fait l'évaluation, quels indicateurs sont utilisés, quels résultats sont évalués, comment, que va-t-on faire des résultats de l'évaluation et quel est l'objectif de cette évaluation ? 'Indépendant' signifie aussi 'indépendant des sources de financement'. Les conflits d'intérêt doivent être mentionnés. Le service doit participer au choix de l'évaluateur. En acceptant ce standard, un service ne peut être forcé à financer cette évaluation.</p>

**Oorspronkelijke EQUIS standaard:** *Externe evaluatie: Voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator.*

**Samenvatting van de consensusprocedure:**

Deze standaard werd tijdens de online survey door slechts 62% van de deelnemers aanvaard als minimale standaard.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als minimale standaard, met toevoeging van volgende opmerking: "niet door de overheid". Het moet gaan om een onafhankelijke evaluator en de financiering moet niet gedragen worden door de voorziening zelf.

FR: Aanvaard als minimale standaard, mits volgende aanpassingen: "*Externe evaluatie: voorzieningen moeten over middelen beschikken om regelmatig een evaluatie van hun activiteiten en resultaten te realiseren door een externe, onafhankelijke evaluator van hun keuze*".

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam paste de standaard aan, rekening houdend met de opmerkingen van beide focusgroepen, en besliste om deze afgezwakte standaard voor te leggen tijdens de tweede ronde focusgroepen: "*Externe evaluatie: Voorzieningen moeten open staan voor een evaluatie (i.p.v. regelmatig een evaluatie toestaan) van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator.*" Hieraan werden tevens enkele opmerkingen toegevoegd: "*De externe evaluatie moet gerealiseerd worden in samenwerking met de dienst. Het moet transparant zijn: wie doet de evaluatie, welke indicatoren worden er gebruikt, hoe, wat gebeurt er met de resultaten, en wat is het doel van de evaluatie? Onafhankelijk betekent ook onafhankelijk van de financierders. Aanvaarden van deze standaard betekent niet dat de dienst verplicht is om de evaluatie te financieren. Evaluaties moeten zich richten op het niveau van de organisatie en de cliënt.*"

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De aangepaste standaard werd aanvaard als minimale standaard.

FR: Aanvaard als minimale standaard, mits toevoeging van volgende aanpassingen (in het vet): "*Externe evaluatie: Voorzieningen moeten open staan voor een evaluatie van hun activiteiten en*

*uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator. **Evaluatieresultaten moeten overgedragen en uitgelegd worden aan de voorziening.***

*Opmerking: Deze externe evaluatie moet transparant zijn en gerealiseerd worden in samenwerking met de dienst: wie doet de evaluatie, welke indicatoren worden er gebruikt, welke resultaten worden geëvalueerd, wat gebeurt er met de resultaten, en wat is het doel van de evaluatie? Onafhankelijk betekent ook onafhankelijk van degenen die financieren. **Belangenconflicten moeten vermeld worden. De dienst moet inspraak hebben in het selecteren van de evaluator.** Aanvaarden van deze standaard betekent niet dat de dienst verplicht wordt om de evaluatie te financieren.”*

Beslissing onderzoeksteam:

Aangezien de aangepaste versie voorgesteld door de Franstalige focusgroep gelijkloopt met de inhoud van de discussies in de Nederlandstalige focusgroep, die de standaard als minimale standaard aanvaardde, besliste het onderzoeksteam de Franstalige versie van de standaard als minimale standaard te aanvaarden.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

HR23	
<p><b>Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot kosten van de dienstverlening).</b></p>	<p><b>Rapport coût bénéfice : Bénéfices tangibles comme p.ex. les années d'espérance de vie accrue en relation avec le coût du service.</b></p>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard:** *Idem*

**Samenvatting consensusprocedure:**

Bovenstaande standaard werd door slechts 57% van de deelnemers aan de online survey aanvaard als minimale standaard, waardoor deze als controversieel wordt beschouwd.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Aanvaard als ideale standaard, mits volgende aanpassingen: deze evaluatie moet gerealiseerd worden door een onafhankelijke instantie en het woord 'moeten' moet vervangen worden door 'toestaan'.

FR: De standaard werd verworpen als minimale en ideale standaard. Harm reduction is volgens de respondenten niet compatibel met het evidence-based gedachtengoed. Baten zijn vaak pas zichtbaar na een interventies en men vreest dat met bovenstaande standaard de vrijheid om te experimenteren met nieuwe interventies/projecten zal worden weggenomen.

Beslissing onderzoeksteam:

Gezien de expliciete weigering door de Franstalige focusgroep, besliste het onderzoeksteam deze standaard als verworpen te beschouwen. Niettemin vroegen we de respondenten tijdens de tweede focusgroep om zelf een standaard over kosteneffectiviteit voor te stellen. De discussie hierover is terug te vinden onder standaard HR24.

**CONCLUSIE: STANDAARD VERWORPEN**

### 5.2.3. Motivering voor het verwerpen van harm reductionstandaarden

<b>HR18</b>	
<b>Doel: Verminderd druggebruik: Behandeling moet zich richten op een vermindering van het druggebruik van patiënten, vb. behandeling moet de cliënt helpen om zijn gebruik te minderen of zich te onthouden van illegale of niet-voorgeschreven psychotrope middelen.</b>	<b>Objectif : Réduire l'usage de substances. Le traitement doit avoir pour objectif la réduction de l'usage de substances, p.ex. en aidant le client/patient à réduire sa consommation ou à s'abstenir de substances psychotropes.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

Deze standaard werd door minder dan de helft van de deelnemers aan de online survey (47%) aanvaard als minimale standaard. Om het verwerpen van deze standaard te kunnen onderbouwen, vroeg het onderzoeksteam hierover meer uitleg tijdens de eerste ronde focusgroepen.

Eerste ronde focusgroepen:

NL en FR: In beide focusgroepen gaf men aan dat het verminderen en stoppen van het gebruik geen doelstellingen zijn van harm reduction-organisaties.

<b>HR22</b>	
<b>Kosteneffectiviteit: Positieve uitkomsten zoals bijvoorbeeld het aantal abstinente patiënten in verhouding tot de kosten van de dienstverlening.</b>	<b>Rapport coût-efficacité : Résultats positifs comme p.ex. le nombre de patients abstinents en relation avec les coûts du service.</b>

**Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

De standaard werd door amper een derde van de deelnemers aan de online survey (35%) aanvaard als minimale standaard. Om de verwerping van de standaard te onderbouwen, besliste het onderzoeksteam om hierover meer uitleg te vragen tijdens de eerste ronde focusgroepen.

Eerste ronde focusgroepen:

NL: Voor de Nederlandstalige respondenten hoefde deze standaard niet noodzakelijk verworpen te worden. Het kan ook een ideale standaard zijn.

FR: De Franstalige respondenten verworpen de standaard omwille van de angst dat het menselijke aspect in de begeleiding verloren zou gaan, dat activiteiten tot technische activiteiten zouden gereduceerd worden of dat men niets nieuws meer zou kunnen uitproberen. Zij herhaalden ook dat harm reduction volgens hen incompatibel is met het evidence-based gedachtengoed.

Beslissing onderzoeksteam:

Gezien de deelnemers aan de Franstalige focusgroep bij hun verwerping van deze standaard bleven, beschouwden we deze standaard als verworpen.



#### 5.2.4. Verduidelijkingen en verdere toelichtingen bij aanvaarde harm reduction-standaarden

Een aantal standaarden die tijdens de online survey door meer dan 80% van de respondenten aanvaard werden, legden we tijdens de focusgroepen voor ter verdere verduidelijking.

HR6	
<b>Beoordelingsprocedures: Vaststelling van risicogedrag: Risicogedrag van de cliënt wordt in kaart gebracht.</b>	<b>Procédures d'évaluation: Evaluation du comportement à risque: Le comportement à risque du client est évalué.</b>

#### **Oorspronkelijke EQUUS standaard: Idem**

De standaard werd ruim aanvaard als minimale standaard tijdens de online survey (90%). Het onderzoeksteam besliste om de standaard ter verduidelijking voor te leggen tijdens de tweede ronde focusgroepen. Dit leverde onderstaande aanvullingen op.

#### Tweede ronde focusgroepen:

- NL: De Nederlandstalige deelnemers vonden het belangrijk dat bij de analyse van risicogedrag vertrokken wordt vanuit zelfrapportage. Dit draagt bij tot een optimale relatie met de cliënt, die open, respectvol en niet-veroordelend is. Verder wordt vermeld dat risicogedrag dynamisch is en dus blijvend opgevolgd moet worden. Men moet dit niet enkel vaststellen bij de intake. Tevens dient men onderscheid te maken tussen ‘need to know’ en ‘nice to know’-informatie.
- FR : De Franstalige respondenten stelden dat alvorens men iemands risicogedrag kan evalueren, men eerst aan de eerste vraag van een nieuwe cliënt moet tegemoet komen. Vervolgens kan men een band beginnen opbouwen met de cliënt en pas daarna is het mogelijk om cliënten te bevragen over risicogedrag. Als men dit te vroeg bevraagt, bestaat het risico dat iemand weggaat en de doelstelling van harm reduction verloren gaat. Bij spuitenruil is het bovendien niet altijd mogelijk om een verdiepend gesprek te hebben over risicogedrag. Er is vaak tijd nodig vooraleer iemand hierover wil praten. Voorzieningen maken hierbij vaak gebruik van vragenlijsten. Deze worden in principe niet gebruikt bij het eerste contact, behalve voor medisch onderzoek (vb. over hepatitis C). Andere voorzieningen verkrijgen informatie over de wijze van gebruik via patiëntenfiches en dossiers. Men geeft aan dat het soms moeilijker is om informatie te krijgen over seksueel risicogedrag dan over druggebruik. Omwille van de beperkte middelen kunnen sommige diensten bij het evalueren van risicogedrag geen preventiemateriaal aanbieden om dit risicogedrag in de toekomst te voorkomen. Het blijkt vooral moeilijk om injecterende gebruikers te bereiken. Zelfs als iemand toestemt om gedetailleerd over zijn manier van gebruik te praten, dan nog is het soms moeilijk om een precies beeld te krijgen van wat hij juist doet (bv. bij injecteren).

<b>HR14</b>	
<b>Continue training van het personeel: Medewerkers zijn op de hoogte van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein.</b>	<b>Formation continue du personnel : Le personnel est régulièrement mis au courant des nouvelles connaissances pertinentes dans leur champ d'action.</b>

**Oorspronkelijke EQUIS standaard: Idem**

Nagenoeg alle deelnemers (97%) aan de online survey aanvaardden deze standaard als een minimale standaard. Gezien de vrij vage formulering van de standaard, besliste het onderzoeksteam om verduidelijking te vragen over deze standaard tijdens de tweede ronde focusgroepen.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige deelnemers verduidelijkten dat kennis ook vaardigheden en attitudes inhoudt en niet beperkt is tot louter wetenschappelijke kennis. Expertisebevordering kan op verschillende manieren.

FR: In een aantal voorzieningen wordt door de subsidiërende instantie een budget toegekend met de verplichting om per jaar een bepaald aantal uren vorming te voorzien voor elke medewerker. Voorzieningen nemen deel aan colloquia en informele contacten zijn ook een belangrijke bron van informatie. Intern is er een interdisciplinaire samenwerking. Respondenten gaven ook aan dat een paar dagen meedraaien in een andere voorziening ook een nuttige manier kan zijn om iets bij te leren. Men zou hiertoe een beurtrol kunnen creëren tussen voorzieningen. Zelfs binnen bepaalde voorzieningen kan dit zeer nuttig zijn. Het bezoeken van voorzieningen in andere Europese landen is ook een goede manier om bij te leren. Men stelde verder dat het personeel ondersteund moet worden in zijn zoektocht naar informatie. Nieuwsbrieven en het luisteren naar gebruikers zijn andere manieren om informatie te verzamelen.

<b>HR20</b>	
<b>Interne evaluatie: Voorzieningen evalueren hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern.</b>	<b>Evaluation interne : Les services doivent régulièrement réaliser une évaluation interne de leurs activités et résultats.</b>

**Oorspronkelijke EQUIS standaard: Idem**

De standaard werd tijdens de online survey unaniem (100%) aanvaard als minimale standaard. Omdat het onderzoeksteam nadere informatie wilde over de toepassing ervan, werd deze standaard besproken tijdens de tweede ronde focusgroepen.

Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige deelnemers gaven enkele voorbeelden van interne evaluaties: een tevredenheidsbevraging binnen het team, brainstormsessies, ...

FR: Ook de Franstalige deelnemers haalden gelijkaardige voorbeelden aan: teambijeenkomsten, intervisies en supervisies. Eén voorziening maakt gebruik van een vragenlijst met open vragen voor debriefing. Hierbij worden bepaalde indicatoren vooropgesteld om het effect van de interventie te evalueren. In een andere voorziening stelt elk personeelslid een activiteitenrapport op over de eigen activiteiten, met zowel kwantitatieve als kwalitatieve indicatoren. De personeelsleden bespreken dit rapport tijdens teambijeenkomsten. Tenslotte gaf men aan dat een interne evaluatie formeel georganiseerd moet worden en gericht moet zijn op het beter functioneren van de voorziening.

### 5.2.5. Nieuw geformuleerde standaarden m.b.t. harm reduction

HR24	
<p><b>Kosteneffectiviteit: Voorzieningen moeten aandacht besteden aan kosteneffectiviteit bij de keuze van hun interventies.</b></p> <p>Opmerking: Deze berekening wordt vaak gemaakt door de voorzieningen zelf, omdat hun middelen beperkt zijn in verhouding tot de vraag. Het is moeilijk om gedragsverandering te meten die resulteert vanuit een sensibiliseringsactie of vanuit harm reduction. Men moet er rekening mee houden dat men in voorzieningen, om tot gedragsverandering te komen, eerst een vertrouwensband moet opbouwen met cliënten. Om deze standaard te kunnen realiseren is het noodzakelijk om methodologische ondersteuning te bieden. De voorzieningen hebben nood aan concrete ondersteuning. De kosteneffectiviteit moet op grotere schaal geëvalueerd worden dan op het niveau van de voorziening. Op lokaal niveau moet men voorzichtig zijn met de toepassing van deze bevindingen op grotere schaal: dit moet overeenstemmen met de missie van harm reduction. De voorwaarden die aan de externe evaluatie gesteld worden, gelden ook voor de kosteneffectiviteit.</p>	<p><b>Rapport coût-efficacité: Les services doivent être attentifs à ce rapport dans le choix de leurs actions.</b></p> <p>Remarque : Ce calcul est réalisé régulièrement par les services dont les moyens sont limités par rapport à la demande. Il est difficile d'évaluer le changement de comportement résultant d'une activité de sensibilisation ou de réduction des risques. Il faut tenir compte du lien relationnel créé par le service. Les supports méthodologiques pour réaliser ce standard sont nécessaires. Les services ont besoin d'un soutien concret. Le coût-efficacité doit s'évaluer à une échelle plus large qu'un service. Au niveau local, on doit être prudent en appliquant ces données plus larges. Ça doit être en lien avec les missions de la RdR. Les précautions mises pour l'évaluation externe valent pour le coût-efficacité.</p>

In navolging van het advies van het begeleidingscomité stelde het onderzoeksteam tijdens de tweede ronde focusgroepen voor om een nieuwe standaard te formuleren over kosteneffectiviteit die voor hen aanvaardbaar was. Het onderzoeksteam vroeg nadrukkelijk om kosteneffectiviteit enkel op niveau van de voorziening te bekijken, en niet te reflecteren over de formulering ervan op maatschappelijk niveau.

#### Tweede ronde focusgroepen:

NL: De Nederlandstalige focusgroep stelde volgende standaard rond kosteneffectiviteit voor en aanvaardde deze als ideale standaard: *“Voorzieningen staan open voor een evaluatie van hun kosteneffectiviteit (bv. positieve uitkomsten zoals % teruggebrachte spuiten, % cliënten die niet bereikt worden door andere vormen van hulpverlening, incidentie infectieziekten). Opmerking: Hierbij dient rekening gehouden te worden met de context. De externe evaluatie moet gerealiseerd worden in samenwerking met de dienst. Het moet transparant zijn; wie doet de evaluatie, welke indicatoren worden er gebruikt, hoe, wat gebeurt er met de resultaten, en wat is het doel van de evaluatie? Onafhankelijk betekent ook onafhankelijk van de financierders. Aanvaarden van deze standaard betekent niet dat de dienst verplicht is om de evaluatie te financieren. Evaluaties moeten zich richten op het niveau van de organisatie en de cliënt.”*

FR: Ook de Franstalige focusgroep kwam tot een standaard over kosteneffectiviteit die voor hen aanvaardbaar was: *“Kosteneffectiviteit: Voorzieningen moeten aandacht besteden aan kosteneffectiviteit bij de keuze van hun interventies. Opmerking: Deze berekening wordt vaak gemaakt door de voorzieningen zelf omdat hun middelen beperkt zijn in verhouding tot de vraag. Het is moeilijk om gedragsverandering te meten die resultaat oplevert vanuit een sensibiliseringsactie of harm reduction. Men moet ermee rekening houden dat men in voorzieningen, om tot gedragsverandering*

*te komen, eerst een vertrouwensband moet opbouwen met cliënten. Om deze standaard te kunnen realiseren is het noodzakelijk om wetenschappelijke en methodologische ondersteuning te bieden. De voorzieningen hebben nood aan concrete ondersteuning. Kosteneffectiviteit moet op grotere schaal geëvalueerd worden dan op het niveau van de voorziening. Op lokaal niveau moet men voorzichtig zijn met de toepassing van deze bevindingen op grotere schaal: dit moet overeenstemmen met de missie van harm reduction. De voorwaarden die aan de externe evaluatie gesteld worden, gelden ook voor de kosteneffectiviteit.”*

Deze standaard werd als minimale standaard aanvaard door de focusgroep.

Beslissing onderzoeksteam:

Gezien de meer omvattende formulering en aanvaarding ervan als minimale standaard door de Franstalige focusgroep besliste het onderzoeksteam om deze laatste standaard voor te leggen aan de Nederlandstalige deelnemers tijdens de e-mail survey.

E-mail survey

Minder dan 80% van de deelnemers (NL) aanvaardde deze nieuw geformuleerde standaard.

**CONCLUSIE: STANDAARD VERWORPEN**

HR25	
<b>Participatie van gebruikers : Harm reduction-interventies moeten de participatie van gebruikers bevorderen.</b>	<b>Participation des usagers : Les actions de réduction des risques doivent favoriser la participation des usagers.</b>

Tweede ronde focusgroepen:

Aan het einde van de discussies tijdens de tweede Franstalige focusgroep, drukte één respondent zijn spijt uit dat de minimale kwaliteitsstandaarden geen enkele standaard bevatten over de participatie en inspraak van gebruikers, hoewel dit een centraal element vormt van harm reduction. Bovenstaande standaard werd voorgesteld en aanvaard als minimale standaard.

Beslissing onderzoeksteam:

Het onderzoeksteam besliste bovenstaande standaard tijdens de e-mail survey voor te leggen aan de Nederlandstalige respondenten.

E-mail survey:

De standaard werd door de deelnemers van de Nederlandstalige focusgroep aanvaard als minimale standaard.

**CONCLUSIE: MINIMALE KWALITEITSSTANDAARD**

## 6. COMIQS-consensusstandaarden

Op basis van de hiervoor beschreven consensusprocedure kwamen we per domein tot een 20-tal kwaliteitsstandaarden die door de overgrote meerderheid van de respondenten (>80%) aanvaard werden. Voor het domein 'Preventie' werden in totaal 32 standaarden goedgekeurd, waarvan 28 minimale en 4 ideale standaarden. Met betrekking tot het domein 'behandeling' bereikten we consensus over 24 standaarden, waarvan 21 minimale en 3 ideale standaarden. Wat betreft het domein 'harm reduction' aanvaardden de respondenten in totaal 20 standaarden, waarvan 17 minimale en 3 ideale standaarden.

In wat volgt, geven we per domein de minimale en ideale COMIQS-kwaliteitsstandaarden weer zoals aanvaard door de respondenten. Deze worden ingedeeld in 'structurele' standaarden, die vooral verwijzen naar een aantal organisatorische en inhoudelijke randvoorwaarden, 'processtandaarden' die betrekking hebben op de interventie zelf en het verloop ervan en 'uitkomststandaarden' die verwijzen naar te bereiken resultaten. Per standaard wordt een code vermeld, die verwijst naar de originele EQUUS-standaarden (Uchtenhagen & Schaub, 2011). Indien deze code niet overeenstemt met één van de EQUUS-standaarden, betreft het een nieuw geformuleerde of aanvullende standaard. Voor de volledigheid vermelden we per domein ook de verworpen standaarden die illustreren welke standaarden (om de hierboven vermelde redenen) niet aanvaard werden door de respondenten.

## 6.1. Preventie

<b>PREVENTIE : MINIMALE STANDAARDEN</b>		
	<b>Structurele standaarden voor diensten</b>	<b>Standards structurels des services</b>
P1	Ethische principes: men moet zich houden aan ethische principes. Bijvoorbeeld: een preventiedienst moet de rechten van de doelgroep beschermen, activiteiten voorzien die duidelijke voordelen hebben voor de doelgroep, geen activiteiten voorzien waarvan evidentie aantoont dat ze de doelgroep zouden kunnen schaden (vb. vermeerderen van druggebruik, stigmatisering van cliënten).	Principes éthiques: Adhésion aux principes éthiques: p. ex. le service doit protéger les droits des participants, fournir des services / des interventions qui ont un bénéfice clair pour les participants, ne doit pas fournir de service / d'intervention dont des preuves montrent que cela pourrait nuire aux participants (p. ex. augmentation de l'usage de drogues, stigmatisation des participants).
P2	Beleid en wetgeving: De implementatie van de activiteiten van de preventiedienst gebeurt in overeenstemming met het alcohol- en drugbeleid en de wetgeving.	Politique et législation: Référence à la politique en matière de drogues et à la législation selon ce qui est requis pour la réalisation du service / de l'intervention.
P3	Samenwerking met andere instanties: de organisatie werkt standaard samen met andere instanties en instellingen, in overeenstemming met de multidisciplinaire aard van drugpreventie (vb. gezondheids- en sociale diensten, gerechtelijke diensten, onderwijsdiensten).	Collaboration de routine avec d'autres organismes: L'organisation collabore avec d'autres organismes et institutions en accord avec la nature multiservice de la prévention en matière de drogues (p. ex. services de santé et sociaux, services de justice criminelle, services éducatifs).
P4	Financiële vereisten: er is een duidelijke en realistische kostenraming; beschikbare financieringsstromen zijn voldoende om kosten van het preventie-aanbod te dekken.	Conditions financières: Une estimation claire et réaliste du coût est fournie; les sources de financement disponibles sont suffisantes pour couvrir les coûts.
P5	Interne middelen en capaciteit: men beschikt over voldoende middelen (vb. menselijke, technologische, financiële middelen) om de implementatie van de activiteiten van de preventiedienst mogelijk te maken.	Ressources internes et capacités: Suffisamment disponibles pour l'implémentation (p. ex. ressources humaines, technologiques et financières).
P7	Ondersteuning van personeel: personeelsleden worden op een geschikte wijze ondersteund in hun werk.	Soutien du personnel: Les membres du personnel sont soutenus dans leur travail de façon adéquate.
	<b>Processtandaarden voor diensten/interventies</b>	<b>Standards de processus pour des services/interventions</b>
P8	Ethische standaarden: Men houdt zich aan ethische standaarden (vb. een activiteit wordt alleen uitgevoerd als er nood aan is, er zijn procedures voorhanden om informed consent, vertrouwelijkheid, de veiligheid van de doelgroep en personeelsleden, en de	Standards éthiques: Adhésion aux standards éthiques (p. ex. une intervention n'est menée que si elle répond à un besoin, des procédures sont en place pour assurer le consentement éclairé, la confidentialité, la protection de la sécurité des participants et des membres de

	accuraatheid van aangeboden informatie over drugs en aanverwant gedrag te verzekeren).	l'équipe, l'information sur les drogues et les comportements liés est exacte quand elle est fournie).
P10	Beoordelingsprocedures: De cultuur van de doelgroep (1. inzake druggebruik, 2. inzake de activiteiten van de preventiedienst) moet in kaart gebracht worden.	Procédures d'évaluation : La culture de la population cible doit être évaluée (1. relation avec l'usage de drogues, 2. relation avec les activités du service / de l'intervention).
P11	Beoordelingsprocedures: naast druggebruik en cultuur van de doelgroep, moeten ook andere relevante kenmerken van de doelgroep in kaart gebracht worden (vb. cognities, attitudes, risicogedragingen, criminaliteit, sociale status, beschikbaarheid van drugs).	Procédures d'évaluation : Les autres caractéristiques pertinentes de la communauté / la population cible / l'environnement doivent être évaluées (p. ex. connaissances, attitudes, comportements à risque, criminalité, situation sociale, disponibilité des drogues).
P12	Beoordelingsprocedures: Het draagvlak bij de doelgroep voor het aanbod / de activiteiten van de preventiedienst moet bepaald worden (vb. bronnen van tegenstand of steun).	Procédures d'évaluation : Le degré de disposition de la population cible et de la communauté pour le service / l'intervention doit être évaluée (p. ex. sources d'opposition ou de soutien).
P13	Beoordelingsprocedures: hiaten in het huidige preventie-aanbod moeten in kaart gebracht worden	Procédures d'évaluation : La discontinuité dans l'offre actuelle de service doit être évaluée.
P14	Betrokkenheid van stakeholders: alle stakeholders die relevant zijn voor de interventie worden waar nodig betrokken bij de ontwikkeling en implementatie ervan (vb. doelgroep, andere instanties)	Implications des parties prenantes : Toutes les parties prenantes concernées par le service / l'intervention sont impliquées dans son développement et son implémentation selon les besoins (p. ex. population cible, autres organismes).
P15	Duurzaamheid: er wordt gewerkt met een lange termijn strategie voor drugpreventie of bredere gezondheids promotie (alle activiteiten maken deel uit van de lange termijn strategie).	Durabilité : Stratégie à long terme pour la prévention des drogues ou pour une promotion plus large de la santé (toutes les activités font partie de la stratégie à long terme).
P16	Doelbepaling: de doelen van de activiteiten van de preventiedienst zijn specifiek, realistisch en zijn gebaseerd op een vooronderzoek (vb. het is duidelijk op welke soorten druggebruik of gedrag men zich richt).	Définition de l'objectif : Les objectifs du service / de l'intervention sont spécifiques, réalistes et éclairés par des procédures d'évaluation (p. ex. quels types d'usage de drogues ou quels comportements sont visés).
P17	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn gebaseerd op theoretische modellen met betrekking tot druggereleerd gedrag en gedragsverandering; men begrijpt dit druggereleerd gedrag en gedragsveranderingen op basis van wetenschappelijk onderzoek.	Conception du service / de l'intervention : Le service / l'intervention est basé sur une compréhension - scientifiquement soutenue (modèles théoriques) - des comportements liés aux drogues et des changements comportementaux.

P18	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn evidence-based (gebaseerd op de bevindingen van vernieuwende of bestaande overzichten van wetenschappelijke effectiviteitsstudies, of op professionele ervaring wanneer deze literatuuroverzichten niet beschikbaar zijn).	Conception du service / de l'intervention : Le service / l'intervention est basé sur des données existantes (il est basé sur les résultats des revues de littérature, sur les données scientifiques de l'efficacité ou sur l'expérience professionnelle quand les revues de littérature ne sont pas disponibles).
P19	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst worden ontwikkeld op maat van het individu en de populatie (vb. taal, activiteiten, boodschap, timing, aantal cliënten).	Conception du service / de l'intervention : Les services / les interventions sont adaptés aux caractéristiques de l'individu ou de la population (p. ex. langue, activités, messages, timing, nombre de clients).
P20	Ontwikkeling van het aanbod: de criteria voor het afronden van de activiteiten zijn gedefinieerd (vb. bereikte doelen, verplicht aantal bijgewoonde sessies, aantal bereikte cliënten, duur van de interventie).	Conception du service / de l'intervention : Les critères pour la fin de l'intervention sont définis (p. ex. objectifs atteints, nombre requis de sessions atteint, nombre de clients atteint, durée de l'intervention).
P21	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn haalbaar en intern consistent (vb. de activiteiten zijn gerelateerd aan de doelstellingen, de doelgroep is gekozen in overeenstemming met het nodenonderzoek, de doelgroep is bereikbaar, de setting is geschikt voor de activiteiten).	Conception du service / de l'intervention : Les activités du service / de l'intervention sont réalisables et cohérentes au niveau interne (p. ex. les activités sont liées aux objectifs, la population cible est choisie conformément à l'évaluation des besoins, la population cible peut être atteinte, l'installation convient à un bon fonctionnement).
P22	Aanpassing: bestaande programma's (vb. programma's waarvan een handleiding beschikbaar is, modellen die elders geïmplementeerd werden) worden aangepast, rekening houdend met de verschillen tussen de oorspronkelijke en huidige omstandigheden (vb. kenmerken van de doelgroep).	Adaptation : Les interventions existantes (p. ex. programmes dont un manuel existe, modèles de service réalisés ailleurs) sont adaptées en tenant compte des différences entre les circonstances originales et actuelles (p. ex. les caractéristiques de la population cible).
P23	Training en ontwikkeling van personeel: degenen die de preventie-activiteiten uitvoeren (vb. preventiewerkers, leerkrachten, ouders, voormalige druggebruikers) beschikken over de competenties die nodig zijn voor een succesvolle implementatie.	La formation et le développement du personnel : Ceux qui délivrent le service / l'intervention (p. ex. membres du personnel, des enseignants, des parents, d'anciens utilisateurs de drogues) ont les compétences requises pour une implémentation réussie.
P27	Implementatie: de activiteiten van de preventiedienst worden geïmplementeerd volgens het projectplan en aangepast in overeenstemming met de bevindingen uit monitoring.	Implémentation : Le service / l'intervention est réalisé selon le plan du projet et ajusté conformément aux résultats du monitoring.



P29	Procesevaluatie: de implementatie wordt gedocumenteerd en toegelicht (tekortkomingen en afwijkingen van het oorspronkelijke plan, betrokkenheid van de doelgroep, activiteiten, uitvoering van de activiteiten, gebruik van menselijke, financiële en materiële middelen)	Evaluation du processus : L'implémentation est documentée et expliquée (des lacunes et déviations du plan original, participation de la population cible, des activités, l'accomplissement des activités, l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles)
	<b>Uitkomststandaarden op systeemniveau</b>	<b>Standards de résultat au niveau du système</b>
P30	Verspreiding: Voor en/of tijdens de preventie-activiteiten wordt er een beschrijving van die activiteiten (minstens ten dele) ter beschikking gesteld aan relevante groepen (vb. deelnemers).	Diffusion : Avant et/ou pendant le service / l'intervention, une description du service / de l'intervention est rendue disponible (au moins en partie) pour les groupes concernés (p. ex. les participants).
P31	Verspreiding: informatie over de preventie-activiteiten wordt na afloop in een geschikte vorm verspreid (vb. evidence briefings, verslag aan financierders, feedback aan deelnemers).	Diffusion : A la fin du service / de l'intervention, l'information à propos du service / de l'intervention est diffusée dans un format adéquat (p. ex. des sessions d'information sur les données, un rapport pour les organismes subsidiaires, un retour d'information aux participants).
P33	Doel van preventie: verminderd druggebruik (preventie moet gericht zijn op abstinentie, uitgesteld druggebruik, verminderd druggebruik, en/of preventie van afhankelijkheid).	Objectif de la prévention : Une diminution de l'usage de drogues (la prévention doit viser l'abstinence, le report à plus tard de la consommation de drogue, la réduction de l'usage de drogues et/ou la prévention de la dépendance).
P34	Evaluatie: een geschikte evaluatie wordt uitgevoerd als onderdeel van de activiteiten van de preventiedienst (vb. evaluatie van uitkomsten, procesevaluatie).	Evaluation : Une évaluation adéquate est conduite comme une partie du service / de l'intervention (p. ex. évaluation des résultats, évaluation du processus).
P35	Evaluatie: De activiteiten van de preventiedienst worden verdergezet op basis van evidentie die wordt aangeleverd door monitoring of evaluatie.	Evaluation : Le service / l'intervention est poursuivi sur base des constats fournis par le monitoring ou l'évaluation.

<b>PREVENTIE : IDEALE STANDAARDEN</b>		
	<b>Structurele standaarden voor diensten</b>	<b>Standards structurels des services</b>
P6	<p>Samenstelling van het personeel: De multidisciplinaire samenstelling van het team en de kwalificaties van het personeel zijn geschikt voor de preventiedienst (vb. op vlak van functies, aantal personeelsleden, opleidingsniveau). Opmerking: dit kan men bekomen door het samenwerken in een netwerk.</p>	<p>Composition du personnel : La transdisciplinarité et les qualifications du personnel sont adéquates pour le service (p. ex. type de rôles, nombre de personnes, niveau de formation). Remarque : cet objectif peut être atteint en travaillant en réseau.</p>
	<b>Processtandaarden voor diensten / interventies</b>	<b>Standards de processus pour des services / interventions</b>
P25	<p>Implementatie: Er is een uitgeschreven projectplan beschikbaar (vb. inclusief de essentiële elementen en procedures van het preventie-aanbod / de preventie-activiteiten en een risicoanalyse waarbij geanticipeerd wordt op onvoorziene omstandigheden). Opmerking: dit geldt enkel voor projecten en niet voor elke activiteit in een project.</p>	<p>Implémentation: Un plan du projet existe par écrit (p. ex. en incluant les principaux éléments et procédures du service / de l'intervention et une évaluation des risques avec une anticipation des imprévus). Remarque : Ceci concerne les projets et non pas chaque action à l'intérieur du projet.</p>
P28	<p>Procesevaluatie: indien nodig zal er een pilootstudie uitgevoerd worden (vb. wanneer nieuwe of sterk aangepaste activiteiten geïmplementeerd worden of wanneer programma's bestemd zijn voor een ruime verspreiding). De bevindingen uit deze piloot studie worden gebruikt ter ondersteuning en optimalisering van de eigenlijke implementatie.</p>	<p>Evaluation du processus : Une intervention pilote est conduite si nécessaire (p. ex. lors de l'implémentation d'interventions nouvelles ou sérieusement adaptées ou si des programmes sont conçus pour une large diffusion). Les résultats de l'évaluation pilote sont utilisés pour informer et améliorer l'implémentation de l'intervention.</p>
P32	<p>Verspreiding: een eindverslag beschrijft de belangrijke elementen van de preventie activiteiten. Opmerking: dit kan gerealiseerd worden in een jaarverslag.</p>	<p>Diffusion : Un rapport final documente les éléments importants des activités de prévention. Remarque : Ceci peut être réalisé dans un rapport d'activité annuel.</p>

<b>PREVENTIE : VERWORPEN STANDAARDEN</b>		
	<b>Processtandaarden voor diensten / interventies</b>	<b>Standards de processus pour des services / interventions</b>
P9	Beoordelingsprocedures: via primair of secundair onderzoek (eigen onderzoek of gebruik makend van reeds bestaande gegevens) moet er gedetailleerde en gevarieerde informatie verzameld worden over druggebruik in de betreffende doelgroep (vb. soorten drugs die gebruikt worden, mate van druggebruik en trends).	Procédures d'évaluation : Des informations détaillées et diversifiées sur l'usage de drogues dans la communauté / la population cible / l'environnement concerné(e) doivent être récoltées via une étude primaire ou secondaire (p. ex. types d'usage de drogues, taux d'usage de drogues et tendances).
P24	Rekrutering: Participanten of deelnemende groepen (vb. scholen, gemeenschappen) worden geselecteerd uit een door de dienst vooraf gedefinieerde doelgroep.	Recrutement : Les participants ou les unités participantes (p. ex. écoles, communautés) proviennent de la population cible définie par le service.
P26	Implementatie: De implementatie wordt gemonitord en noodzakelijke aanpassingen worden geïdentificeerd door de voorziening of door de financierders als er een voorafgaande overeenkomst bestaat met de voorziening (vb. het nakijken van voorlopige resultaten, proces-gegevens, projectplan en middelen).	Implémentation : L'implémentation est surveillée et les ajustements nécessaires sont identifiés par le service ou par son pouvoir subsidiant si une convention préalable existe avec le service (p. ex. en passant en revue le résultat préliminaire ou les données du processus, le plan du projet, les ressources).

## 6.2. Behandeling

<b>BEHANDELING : MINIMALE STANDAARDEN</b>		
	<b>Structurele standaarden voor diensten</b>	<b>Standards structurels des services</b>
TR1	Toegankelijkheid: locatie: de voorziening kan gemakkelijk bereikt worden via openbaar vervoer.	Accessibilité : Localisation : le service peut être aisément atteint par les transports publics.
TR2	Fysieke omgeving: er is voldoende ruimte voor de activiteiten in de voorziening (vb. de voorziening heeft aparte kamers voor individuele begeleiding)	Environnement physique : Un espace adéquat pour les activités dans le service (p. ex. le service a des pièces séparées pour les consultations individuelles).
TR3	Fysieke omgeving: Veiligheid: de voorziening is uitgerust voor noodgevallen zoals vb. omgaan met overdosis, brand of agressie in de gebouwen.	Environnement physique : Sécurité: le service est équipé pour les urgences comme p. ex. la gestion sur place des overdoses, des incendies ou des agressions.
TR4	Indicatiecriteria: diagnose: welke behandeling aangewezen is, wordt altijd beslist op basis van een diagnose.	Critères d'indication : Diagnostic : la proposition de la prise en charge est toujours faite sur base d'un diagnostic.
TR5	Opleiding van personeel: basisopleiding, vb. ten minste de helft van het personeel heeft een diploma geneeskunde, verpleegkunde, sociaal werk of psychologie	Formation du personnel : Formation de base p. ex. au moins la moitié de l'équipe a un diplôme en médecine, en travail infirmier, en travail social ou en psychologie.
TR6	Samenstelling van personeel: de samenstelling van het personeel is multidisciplinair (vb. de voorziening stelt een multidisciplinair team te werk dat is samengesteld uit ten minste drie beroepen)	Composition du personnel : Transdisciplinarité (p. ex. le service emploie une équipe multidisciplinaire composée d'au moins 3 professions).
	<b>Processtandaarden op niveau van de voorziening en interventies</b>	<b>Standards de procesuss au niveau du service et des interventions</b>
TR7	Beoordelingsprocedures: geschiedenis van druggebruik, diagnose en behandelgeschiedenis moeten in kaart gebracht worden	Procédures d'évaluation : L'historique de la consommation de substances, l'historique du diagnostic et du traitement doivent être évalués.
TR8	Beoordelingsprocedures: lichamelijke toestand en sociale status moeten vastgesteld worden	Procédures d'évaluation : L'état physique et la situation sociale doivent être évalués.
TR9	Beoordelingsprocedures: psychiatrische toestand moet vastgesteld worden	Procédures d'évaluation : L'état psychiatrique doit être évalué.
TR10	Geïndividualiseerd behandelplan: behandelplannen worden individueel op maat gemaakt, aangepast aan noden van de patiënt.	Planning individualisé de traitement: Les plans de traitement sont ajustés individuellement aux besoins du patient.

TR11	Informed consent: patiënten moeten geïnformeerd worden over beschikbare behandelopties en voor de aanvang van de behandeling instemmen met een voorgesteld behandelregime of -plan of een verandering van behandelplan.	Consentement éclairé : Les patients doivent recevoir une information sur les options disponibles du traitement et être d'accord avec le régime ou le plan ou le changement de plan proposé avant de commencer le traitement.
TR12	Geschreven cliëntendossiers: assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke patiënt volledig en up-to-date gedocumenteerd in een patiëntendossier.	Dossiers écrits du client : Les résultats des évaluations, le plan d'intervention, les interventions, les changements attendus et inattendus sont documentés complètement et mis à jour pour chaque patient dans un dossier patient.
TR13	Vertrouwelijkheid van cliëntengegevens: patiëntendossiers zijn vertrouwelijk en enkel toegankelijk voor personeel dat betrokken is bij de behandeling of het behandelregime van een patiënt.	Confidentialité des données des clients : Les dossiers des patients sont confidentiels et exclusivement accessibles au personnel impliqué dans le traitement ou le régime du patient.
TR14	Routine samenwerking met andere voorzieningen: wanneer een voorziening niet in staat is om tegemoet te komen aan alle noden van een bepaalde patiënt, kan doorverwezen worden naar een geschikte voorziening.	Collaboration de routine avec d'autres organismes : Si un service n'est pas équipé pour gérer tous les besoins d'un certain patient, un autre service adéquat est disponible pour une réorientation.
TR15	Continue training van personeel: personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein.	Formation continue du personnel : L'équipe est régulièrement mise au courant des nouvelles connaissances pertinentes dans son champ d'action.
	<b>Uitkomststandaarden op systeemniveau</b>	<b>Standards de résultat au niveau du système</b>
TR16	Doel: stabilisatie/verbetering van gezondheid: behandeling moet zich richten op verbetering of stabilisatie van de gezondheid van patiënten.	Objectif : Stabilisation/amélioration de la santé : le traitement doit viser l'amélioration ou la stabilisation de la santé.
TR17	Doel: Sociale stabilisatie/integratie: behandeling moet zich richten op sociale stabilisatie of integratie van patiënten.	Objectif : Stabilisation/intégration sociale : le traitement doit viser l'amélioration de la stabilisation ou de l'intégration sociale.
TR18	Doel: verminderd druggebruik: behandeling moet zich richten op een vermindering van druggebruik van patiënten vb. behandeling moet de cliënt/patiënt helpen om zijn gebruik te minderen of zich te onthouden van illegale of niet-voorgeschreven psychotrope middelen	Objectif : réduction de la consommation de substances : Le traitement doit viser la réduction de l'usage de substance des patients p. ex. le traitement doit aider le client/patient à réduire l'usage de substance ou à s'abstenir des substances illégales ou des substances psychotropes non prescrits.
TR19	Monitoring van bezetting: Diensten moeten periodiek de bezetting van hun behandelplaatsen of bedden rapporteren	Monitoring de l'utilisation : Les services doivent rapporter régulièrement le nombre de prises en charge ou le taux de d'occupation des lits.

TR19ter	Monitoring van de begeleiding: de voorziening be vraagt zichzelf over de evolutie van elke patiënt en bepaalt of de behandeling wordt verdergezet of niet. Opmerking: Medewerkers bevragen zichzelf over de evolutie van hun patiënten. Deze evolutie moet besproken worden in teamverband. Het team beslist over wat al dan niet te doen.	Monitoring du suivi : le service s'interroge sur l'évolution de chaque patient et détermine la suite à donner ou non. Remarque : Les intervenants s'interrogent sur l'évolution de leurs patients. Cette évolution est ou doit être discutée en équipe. Celle-ci décide de ce qu'il faut faire ou non.
TR21	Interne evaluatie: Voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren.	Evaluation interne : Les services doivent régulièrement réaliser une évaluation interne de leurs activités et de leurs résultats.

<b>BEHANDELING : IDEALE STANDAARDEN</b>		
	<b>Uitkomststandaarden op systeemniveau</b>	<b>Standards de résultat au niveau du système</b>
TR19bis	Monitoring van bezetting: voorzieningen engageren zich om het netwerk van voorzieningen te informeren over beschikbare behandelplaatsen of over veranderingen op dit vlak.	Monitoring de l'utilisation : Les services s'engagent à informer le réseau des services de la disponibilité de la prise en charge ou des changements dans celle-ci.
TR20	Monitoring van ontslag: vb. ratio van regelmatige / onregelmatige ontslagen en retentiegraad moeten periodiek gemonitord worden.	Monitoring des arrêts: Le service s'interroge sur les arrêts / interruptions de suivi
TR22	Externe evaluatie: voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator	Evaluation externe : Les services doivent régulièrement permettre une évaluation de leurs activités et de leurs résultats par un évaluateur externe indépendant.

<b>BEHANDELING : VERWORPEN STANDAARDEN</b>		
	<b>Uitkomststandaarden op systeemniveau</b>	<b>Standards de résultat au niveau du système</b>
TR23	De kosteneffectiviteit moet beoordeeld worden (positieve uitkomsten, zoals bijvoorbeeld aantal abstinente patiënten in verhouding tot behandelkosten)	Rapport coût-efficacité : Des résultats positifs, comme p. ex. le nombre de patients abstinents en relation avec les coûts du traitement.
TR24	Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten, zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot behandelkosten).	Rapport coût-bénéfice : Des bénéfices tangibles, comme p. ex. les années supplémentaires d'espérance de vie en relation avec les coûts du traitement.

## 6.3. Harm reduction

<b>HARM REDUCTION : MINIMALE STANDAARDEN</b>		
	<b>Structurele standaarden voor interventies</b>	<b>Standards structurels d' interventions</b>
HR1	Toegankelijkheid: Locatie en openingsuren: voorzieningen moeten aangepast zijn aan de noden van hun cliënten; kosten mogen nooit een barrière tot een voorziening vormen.	Accessibilité : Localisation et heures d'ouverture : les services doivent rencontrer les besoins de leurs clients; les coûts ne devraient jamais être un obstacle à un service.
HR2	Kwalificatie van personeel: minimale kwalificatie: personeel moet gekwalificeerd zijn en er moet transparant gemaakt worden welke kwalificaties ze hebben, vb. van de vier getrainde peers betrokken bij de dienst, hebben twee een diploma sociaal werk en twee een diploma verpleegkunde.	Qualification de l'équipe : Qualification minimale : l'équipe doit être qualifiée et la qualification de l'équipe doit être rendue transparente, p. ex. parmi les quatre pairs formés impliqués dans le service, deux ont un diplôme de travailleur social et deux autres en nursing.
HR3	Samenstelling van personeel: Multidisciplinariteit (vb. er is een multidisciplinair team dat is samengesteld uit minstens 3 beroepsgroepen)	Composition du personnel : Multidisciplinarité (p. ex. il y a une équipe multidisciplinaire qui est composée d' au moins trois associations professionnelles)
	<b>Processtandaarden voor interventies</b>	<b>Standards de procesus d'interventions</b>
HR4	Indicatiecriteria: leeftijdsbeperkingen: 1. voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en personeel moet getraind worden om tegemoet te komen aan leeftijdsgebonden noden van cliënten, 2. Er mag geen leeftijdsbeperking zijn in voorzieningen die aan harm reduction doen.	Critères d'indication : Limites d'âge : 1. Les services doivent être adaptés à l'âge et l'équipe doit être entraînée pour rencontrer de façon adéquate les besoins liés à l'âge des clients, 2. Des personnes de tout âge doivent pouvoir faire appel aux services de réduction des risques.
HR6	Beoordelingsprocedures: vaststelling van risicogedrag: risicogedrag van de cliënt wordt in kaart gebracht	Procédures d'évaluation : Evaluation du comportement à risque : le comportement à risque du client/patient est évalué.
HR7	Beoordelingsprocedures: Volledige nodenbeoordeling en prioritering vb. 1. Harm reduction van intraveneus druggebruik en, 2. Beperking van gebruikte naalden in publieke ruimtes enz.	Procédures d'évaluation : Evaluation complète des besoins et de la hiérarchisation, p.ex. 1. Réduction des risques de l'usage des substances intraveineux et, 2. Limitation des aiguilles utilisées aux espaces publics ...
HR9	Informed consent: Cliënten moeten geïnformeerd worden over het aanbod en moeten voor aanvang van een interventie	Consentement éclairé : Les clients/patients doivent recevoir des informations sur les options disponibles du service et accepter le

	instemmen met een voorgesteld behandelregime of -plan. Interventies hoeven niet voorafgegaan worden door een geschreven informed consent, maar eerder door transparante informatie over het aanbod van een dienst.	régime ou plan proposé avant de commencer une intervention. Les interventions ne doivent pas être basées sur un consentement éclairé écrit, mais plutôt sur une information transparente à propos de toutes les offres d'un service.
HR10	Vertrouwelijkheid van cliëntgegevens: dossiers van cliënten zijn vertrouwelijk en enkel toegankelijk voor personeel dat betrokken is bij de interventie of de behandeling.	Confidentialité des données des clients : les dossiers du client/patient sont confidentiels et accessibles exclusivement au personnel impliqué dans l'intervention ou le régime du client/patient.
HR12	Geïndividualiseerde behandelplannen: interventies worden, indien toepasbaar, individueel afgestemd op de behoeften van de cliënt.	Planning individualisé de traitement : Le régime de l'intervention et les plans de l'intervention, si d'application, sont ajustés individuellement aux besoins du client/patient.
	<b>Uitkomststandaarden op systeemniveau</b>	<b>Standards de résultat au niveau du système</b>
HR13	Routine samenwerking met andere voorzieningen: wanneer een voorziening niet in staat is om tegemoet te komen aan alle noden van een bepaalde cliënt, kan doorverwezen worden naar een geschikte voorziening.	Collaboration de routine avec d'autres organismes : Quand un service n'est pas équipé pour traiter tous les besoins d'un certain client/patient, un autre service adéquat est disponible pour une réorientation.
HR14	Continue training van personeel: personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein.	Formation continue du personnel : Le personnel est régulièrement mis au courant des nouvelles connaissances pertinentes dans leur champ d'action.
HR16	Doel: verminderd risicogedrag: het doel van de interventies is het verminderen van onveilig injecteren, onveilig druggebruik en onbeschermd seks.	Objectif : Réduction des comportements à risque : Réduction des injections à risque, de l'usage de drogues risqué et des rapports sexuels non protégés.
HR17	Doel: Doorverwijzingen: behandel-diensten moeten bereid zijn om cliënten naar andere gezondheids-/sociale/behandel-/juridische diensten door te verwijzen indien nodig en overeengekomen.	Objectif : Réorientations : les services de traitement doivent être préparés à réorienter un client/patient vers d'autres services de santé/social/de traitement/légal si nécessaire et accepté.
HR19	Monitoring van bereik: voorzieningen moeten periodiek de bezetting van behandelplaatsen rapporteren	Monitoring de l'utilisation : Les services doivent rapporter périodiquement le nombre de prises en charge
HR20	Interne evaluatie: voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren	Evaluation interne : Les services doivent régulièrement réaliser une évaluation interne de leurs activités et résultats
HR21	Externe evaluatie: voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een	Evaluation externe : Les services doivent régulièrement permettre une évaluation de leurs activités et de leurs résultats par un



	onafhankelijke externe evaluator	évaluateur externe indépendant
HR25	Participatie van gebruikers : harm reduction interventies moeten de participatie van gebruikers bevorderen	Participation des usagers : Les actions de réduction des risques doivent favoriser la participation des usagers.

<b>HARM REDUCTION : VERWORPEN STANDAARDEN</b>		
	<b>Uitkomststandaarden op systeemniveau</b>	<b>Standards de résultat au niveau du système</b>
HR5	Indicatiecriteria: Diagnose: Een behandelindicatie wordt steeds gesteld op basis van een diagnose of, indien niet mogelijk, een gedetailleerde evaluatie van het huidig druggebruik.	Critères d'indication : Diagnostic : L'indication du traitement est toujours faite sur la base d'un diagnostic ou, si ce n'est pas possible, d'une évaluation détaillée de l'usage actuel de substances.
HR22	Kosteneffectiviteit: Positieve uitkomsten zoals bijvoorbeeld het aantal abstinente patiënten in verhouding tot de kosten van de dienstverlening.	Rapport coût-efficacité : Résultats positifs comme p.ex. le nombre de patients abstinents en relation avec les coûts du service.
HR23	Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot kosten van de dienstverlening).	Rapport coût bénéfice : Bénéfices tangibles comme p.ex. les années d'espérance de vie accrue en relation avec le coût du service.

## 7. Inspirerende praktijken

De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor verslavingszorg en –preventie in ons land is geen alleenstaand gegeven, wel integendeel. In functie van het COMIQS.BE-project gingen we op zoek naar gelijkaardige projecten en goede praktijkvoorbeelden elders in Europa en in andere sectoren in België. Onderstaande betreft geen exhaustief overzicht, maar eerder een selectie van inspirerende praktijken die richtinggevend waren tijdens het COMIQS.BE-onderzoek. We hadden hierbij niet enkel oog voor bestaande standaarden en kwaliteitsindicatoren, maar ook voor ervaringen en “do’s and don’ts” bij de ontwikkeling en/of implementatie van kwaliteitsstandaarden. Op basis van deze inzichten en bevindingen en het proces van consensusvorming m.b.t. kwaliteitsstandaarden voor preventie, behandeling en harm reduction van verslavingsproblemen formuleren we in het volgende hoofdstuk enkele conclusies en aanbevelingen in functie van de verdere ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in deze sector.

### 7.1 Het Vlaams Indicatoren Project (VIP-VIP<sup>2</sup>) in de geestelijke gezondheidszorg

Het Vlaams Indicatoren Projecten (VIP), recent omgedoopt tot het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>), werd in 2012 opgestart in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en vormt een uitbreiding van het VIP<sup>2</sup>-project in de algemene ziekenhuizen, waarvoor in 2011 het startschot werd gegeven. De bedoeling van dit project is om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de GGZ, zodat de kwaliteit ervan gemeten kan worden. Een kwaliteitsindicator is een meting van een welbepaald, duidelijk omschreven onderdeel van kwaliteit, die uitgedrukt wordt in een cijfer, zonder dat hierbij een uitspraak wordt gedaan over de kwaliteit van zorg in zijn geheel (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016a). Dergelijke metingen leveren niet alleen nuttige informatie op voor zorgverleners en zorgvoorzieningen, maar ook voor de overheid en voor zorggebruikers. Zo kunnen voorzieningen onderdelen van hun kwaliteit nauwgezet opvolgen en met elkaar vergelijken (benchmarking): op welke vlakken scoren ze goed, op welke minder? Dit kan een stimulans zijn om zichzelf te verbeteren en van elkaar te leren. Het maakt duidelijk waar er marge is tot verbetering en het helpt om keuzes te maken bij het inzetten van beschikbare middelen. Anderzijds vormen kwaliteitsindicatoren voor de overheid en voor zorggebruikers en hun omgeving een bruikbare bron van informatie over hoe het met de kwaliteit van zorg in de GGZ-sector in zijn geheel of in een bepaalde voorziening gesteld is (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016b). Kwaliteitsindicatoren hebben dus een belangrijke signaalfunctie en houden een streefwaarde voor waaraan de kwaliteit van de zorg dient te beantwoorden. Uiteindelijk is het de bedoeling om aldus de zorgkwaliteit te garanderen en om de betaalbaarheid en uitkomsten van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren (Dom, 2015).

De coördinatie en aansturing van het kwaliteitsindicatorenproject (VIP<sup>2</sup>-GGZ) gebeurt door een kerngroep van initiatiefnemende actoren, het zogenaamde 'Bureau'. Naast de Vlaamse overheid (de Agentschappen Zorg & Gezondheid en Zorginspectie) participeren hierin volgende organisaties: de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP), Zorgnet-ICURO, de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG), de Belgische Federatie van Psychologen (BFP), de Federatie Beschut Wonen (FBW), het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en de Vlaamse Verpleegunie. Boven het 'Bureau' staat er een overkoepelend bestuur, het QID-bestuur. Dit orgaan waakt over de validiteit van de indicatoren en beslist onder andere over de opslag en bewaring van de data. Het QID-Bestuur stuurt de data-analisten aan, die werken binnen het format van een Trusted Third Party, om de vertrouwelijkheid van de data te respecteren en de neutraliteit ten aanzien van alle partners te bewaren. Ziekenhuizen en andere betrokken voorzieningen hebben toegang tot hun eigen en geaggregeerde gegevens. De zorginspectie krijgt meer gedetailleerde toegang tot de data, mits motivatie en goedkeuring door het QID-bestuur. In functie van tussentijdse evaluatie en feedback

naar de brede GGZ-sector en andere belanghebbende organisaties, zijn alle betrokken partijen ook vertegenwoordigd in een 'Forum'. Dit heeft als taak om inhoudelijke en methodologische expertise aan te leveren, kritisch te reflecteren op het verloop van het project, een draagvlak te creëren bij voorzieningen en zorgverleners en ondersteuning te bieden bij de implementatie van kwaliteitsindicatoren.

Tijdens de eerste fase van het project (2013-2014) werd een eerste set aan proces- en outcome-indicatoren gedefinieerd door verschillende ontwikkelingsgroepen. Deze ontwikkelingsgroepen bogen zich over de ontwikkeling van indicatoren op een aantal specifieke domeinen: continuïteit en coördinatie van de zorg, patiëntveiligheid, patiëntenparticipatie, gedragsstoornissen (bij kinderen en jongeren), depressie (volwassenen en ouderen) (van den Broeck, 2015). Sinds 2014 is men gestart met het valideren van de indicatoren uit de set en gaat men na hoe deze gegevens geregistreerd of geabstraheerd kunnen worden. Tevens werkt men verder aan de uitbreiding en/of aanpassing van de indicatoren op basis van de terugkoppeling naar de voorzieningen, die ook gestimuleerd zullen worden om – zoals bij de algemene ziekenhuizen – hun resultaten aan de buitenwereld kenbaar te maken (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016b). Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven voor beschermt wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, mobiele teams, revalidatiecentra voor drugverslaafden en psychosociale revalidatiecentra kunnen aan de hand van deze kwaliteitsindicatoren hun kwaliteit meten. Het uiteindelijke doel is om een beperkte set van wetenschappelijk onderbouwde, aanvaardbare en valide indicatoren te ontwikkelen.

**Tabel 16 : VIP<sup>2</sup>-GGZ indicatoren per domein (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016)**

Kwaliteitsindicator	Domein
Tijdige ambulante opvolging na ontslag uit PZ of PAAZ*	Continuïteit en coördinatie van zorg
Volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift*	Patiëntveiligheid
De implementatie van een suïcidepreventiebeleid*	Patiëntenparticipatie
De inschakeling van ervaringsdeskundigen*	Depressie bij volwassenen en ouderen
Gedeelde besluitvorming	Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren
Betrekken van de context	
Het gebruik van behandelrichtlijnen bij de behandeling van kinderen en jongeren met ADHD, ODD en CD	

Momenteel zijn door de ontwikkelingsgroepen 7 indicatoren vooropgesteld, verspreid over 5 domeinen (cf. tabel 16). Voor 4 van deze indicatoren (aangeduid met een \* in de tabel) is reeds een indicatorfiche ontwikkeld, die gedetailleerd aangeeft waarom en hoe deze indicator gemeten kan worden. Het is de bedoeling om vanaf het voorjaar van 2016 deze vier indicatoren te meten in de geestelijke gezondheidszorg. Vanaf begin 2017 zouden dan de drie andere indicatoren volgen. In principe moet elke voorziening minstens één of twee van deze 7 indicatoren kunnen implementeren. Voorzieningen zijn vrij om hier al dan niet in mee te stappen. 105 voorzieningen gaven zich alvast 'vrijwillig' op om één of meer van de beschikbare indicatoren te meten. Gezien de veronderstelde transparantie over de resultaten van deze metingen (cf. VIP<sup>2</sup>-AZ [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be)), kan men zich echter afvragen of een voorziening het zich kan permitteren om niet mee te stappen in dit project of slechts één of enkele indicatoren te meten/vrij te geven. In die zin is de voorziene proefperiode en tijd voor verbeteracties een goede zaak, die de betrokken organisaties moet toelaten zich optimaal voor te bereiden op het meten van diverse kwaliteitsindicatoren en het publiek verantwoorden van deze uitkomsten (van den Broeck, pers. comm, 2016).

Naast deze kwaliteitsindicatoren zal in deze eerste fase ook de Vlaamse Patiëntenpeiling geïmplementeerd en gevalideerd worden. De Patiëntenpeiling werd parallel met de kwaliteitsindicatoren ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform en meet de tevredenheid en beleving van de zorg zoals ervaren door zorggebruikers (Vlaams Patiëntenplatform, 2016). Deze

vragenlijst werd opgesteld op basis van bestaande vragenlijsten en de ervaringen van gebruikers en laat toe de service in ziekenhuizen en andere voorzieningen te beoordelen en te vergelijken.

Het voorspoedige verloop van het hiervoor beschreven proces is in belangrijke mate te wijten aan de bottom-up aanpak en de nauwe samenwerking met de sector (van den Broeck, 2015). Een belangrijk knelpunt bij de ontwikkeling van indicatoren was dat men van bij het begin de hele GGZ-sector wilde meenemen (zowel mobiele en ambulante initiatieven als residentiële centra, ongeacht de doelgroep). Dit viel tevens samen met een aantal grote hervormingen in de sector (oa. de afbouw van residentiële bedden in het kader van art. 107, het betrekken van ervaringsdeskundigen in het zorgproces), die het enthousiasme voor het VIP<sup>2</sup>-proces aanvankelijk temperden. Daarom bleek het niet haalbaar om voor elk type voorziening dezelfde verwachtingen te hebben. Bovendien moest bij het operationaliseren van de te meten indicatoren niet alleen rekening gehouden worden met verschillende snelheden, maar ook met aanzienlijke verschillen tussen registratiesystemen en (elektronische) patiëntendossiers. Tenslotte werd snel duidelijk dat vrij gevestigde psychologen en psychotherapeuten niet betrokken konden worden bij het meten van indicatoren, bij gebrek aan een (gestandaardiseerde) registratie van hun werkzaamheden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om de activiteiten van individuele zorgverleners te gaan vergelijken, gezien de 'no blame'-policy hoog in het vaandel wordt gedragen in het VIP<sup>2</sup>-GGZ project (van den Broeck, pers. comm, 2016).

Voor meer informatie over dit project kunt u terecht op volgende websites:

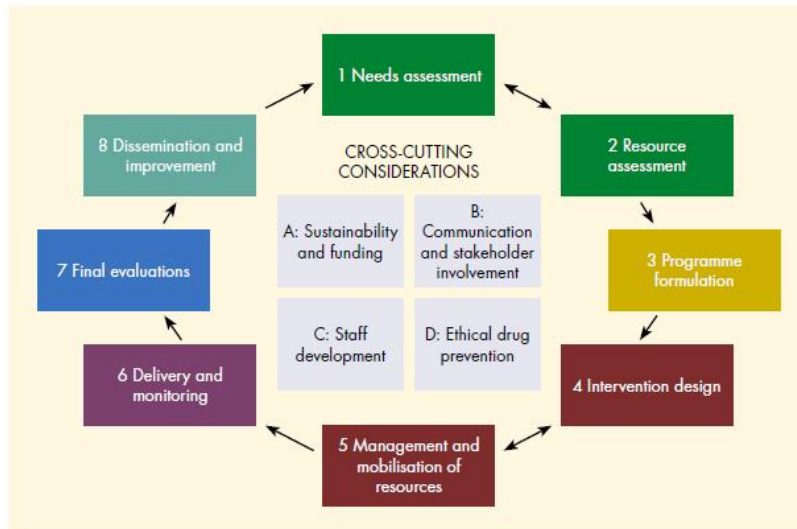
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit/Kwaliteitsindicatoren-voor-de-geestelijke-gezondheidszorg/> (voor een beschrijving van het project, de indicatoren, organisatiestructuur en af te leveren producten)

<http://www.zorgkwaliteit.be> (voor een beschrijving en vergelijking van kwaliteitsindicatoren in algemene ziekenhuizen)

## 7.2 European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)

De European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) vormen een kader voor het opzetten van kwaliteitsvolle drugpreventie, die door het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) en the Prevention Standards Partnership werden ontwikkeld tijdens het EDPQS-project. Deze kwaliteitsstandaarden lichten de noodzakelijke stappen toe die een organisatie moet ondernemen bij het plannen, implementeren en evalueren van drugpreventie. Dit gebeurt aan de hand van een projectcyclus bestaande uit 8 stappen (Brotherhood & Sumnall, 2011). Op deze manier biedt men programma-ontwikkelaars, overheden en andere belanghebbenden ijkpunten om tot kwaliteit te komen en deze ook te herkennen. Men staat onder meer stil bij het in kaart brengen van noden en middelen, het ontwikkelen van interventies, monitoring, evaluatie en disseminatie, financiering, betrokkenheid van stakeholders, personeel en ethische kwesties (cf. Figuur 1). Men onderscheidt hierbij standaarden op basisniveau en expertniveau om tegemoet te komen aan de verschillen in competenties van preventiewerkers (Brotherhood & Sumnall, 2011).

**Figuur 1: De drugpreventiecyclus (Brotherhood & Sumnall, 2011)**



De doelstelling van het ontwikkelen van deze Europese preventiestandaarden is om preventiewerkers in heel Europa richting te geven en te ondersteunen bij het uitbouwen van preventie-initiatieven, en om ervoor te zorgen dat deze standaarden ook worden toegepast (Brotherhood & Sumnall, 2013). De standaarden werden ontwikkeld door het '[Prevention Standards Partnership](#)', een internationaal en multidisciplinair consortium van organisaties die actief zijn op het vlak van wetenschappelijk onderzoek en preventie (praktijk en beleid), onder leiding van Harry Sumnall en Angelina Brotherhood van het Centre for Public Health van de John Moores University in Liverpool (Verenigd Koninkrijk).

De eerste fase van het project vond plaats tussen 2008 en 2010, met als doelstelling de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden die relevant, bruikbaar en haalbaar zijn voor drugpreventie in verschillende Europese landen (Brotherhood & Sumnall, 2011). Deze [European Drug Prevention Quality Standards \(EDPQS\)](#) werden ontwikkeld aan de hand van een review en samenvatting van bestaande (nationale) kwaliteitsstandaarden met betrekking tot drugpreventie, alsook online surveys en focusgroepen met potentiële gebruikers van deze standaarden (meer dan 400 mensen betrokken bij onderzoek, beleid en praktijk inzake preventie).

De tweede projectfase vond plaats tussen 2013 en 2015. Tijdens deze fase van het project werden de standaarden uitgetest in de praktijk aan de hand van zes case studies, die verschillende soorten van preventiewerk omvatten. De belangrijkste focus van deze tweede fase lag echter op de ontwikkeling van praktische toolkits om het gebruik en de implementatie van de EDPQS in de praktijk te bevorderen. Volgende vier toolkits werden hierbij ontwikkeld :

- 1) Een [toolkit](#) voor beleidsmedewerkers om hen te ondersteunen bij het evalueren van kwaliteit in functie van planning en financiering van preventie-initiatieven;
- 2) Een [toolkit](#) voor praktijkwerkers om hen te ondersteunen bij zelfevaluatie en het herzien en verbeteren van de eigen preventiepraktijk;
- 3) Een [toolkit](#) voor trainers en opvoeders om de implementatie en toepassing van kwaliteitsstandaarden te bevorderen via training;
- 4) Een [toolkit](#) voor nationale of regionale preventiecoördinatoren om de vertaling, aanpassing en verspreiding van EDPQS-kwaliteitsstandaarden te ondersteunen.

Omdat eenduidig taalgebruik essentieel is in functie van de verspreiding en toepassing van kwaliteitsstandaarden, maakte de Prevention Standards Partnership (2015) werk van een '[position paper](#)' waarin de concepten 'preventie' en 'kwaliteit' nauwkeurig worden omschreven. Tevens stelde

men een '[theory of change](#)' op, die laat zien hoe de ontwikkeling en promotie van kwaliteitsstandaarden kan leiden tot een betere kwaliteit van drugpreventie en betere uitkomsten.

Het ED PQS project kwam tot stand in nauwe samenwerking met het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in Lissabon, waardoor deze preventiestandaarden een breed draagvlak hebben en ingang vinden in alle EU-lidstaten. De handleiding voor de implementatie van de standaarden werd gepubliceerd in 2011 (Brotherhood & Sumnall 2011). Gezien de omvang van deze manual verscheen in 2013 een 'quick guide' in functie van een bredere toepassing van deze standaarden (Brotherhood & Sumnall, 2013). Bovendien ondersteunde het EMCDDA de vertaling van dit materiaal, waardoor het momenteel beschikbaar is in meer dan 10 talen.

Voor meer informatie over het ED PQS-project verwijzen we naar onderstaande bronnen en naar de ED PQS-website:

Brotherhood, A. & Sumnall, H.R. & the Prevention Standards Partnership (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals*. EMCDDA Manuals No 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Brotherhood, A. & Sumnall, H.R. (2013). *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Ad hoc publication by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

[www.prevention-standards.eu](http://www.prevention-standards.eu) (voor een beschrijving van de standaarden, onderzoeksfases en valorisatie-initiatieven)

### **7.3 Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en een kwaliteitsbeleid voor drugpreventie en –hulpverlening in Tsjechië**

De uitbouw van een kwaliteitsbeleid in de Tsjechische drughulpverlening gaat terug tot midden de jaren '90, wanneer onder leiding van het Ministerie voor Volksgezondheid een commissie werd aangesteld met als opdracht kwaliteitsstandaarden te definiëren voor behandeling en harm reduction. Op dat ogenblik, kort na de Fluwelen Revolutie en het omverwerpen van het communistisch regime, bestond er helemaal geen reglementering voor drughulpverleningscentra, laat staan kwaliteitsstandaarden (Miovsky, pers. comm, 7-6-2015). Van bij het begin verliep de discussie in een open en ongedwongen sfeer, waardoor een origineel en gedragen kwaliteitsbeleid ontwikkeld kon worden. Hierbij werd maximale aandacht besteed aan de input en het perspectief van de voorzieningen en betrokken organisaties, bij gebrek aan een wettelijk kader of reglementering. Men besliste snel om de discussie over kwaliteitsstandaarden voor drugpreventie (in scholen) 'on hold' te zetten, gezien de voorname rol van drughulpverleningscentra en het gebrek aan voortrekkers vanuit preventie in dit proces.

Reeds in 1997 werden de eerste kwaliteitsstandaarden voor behandeling en harm reduction naar voor geschoven, maar bij gebrek aan politiek draagvlak werden deze toen niet geïmplementeerd en was het ook onduidelijk of er hiervoor überhaupt een toekomst was. Pas na het toewijzen van de bevoegdheid over kwaliteitszorg aan de Nationale Drug Commissie werd werk gemaakt van de invoering van een multidisciplinair gedragen kwaliteitssysteem (2002). In die periode werden ook de eerste kwaliteitsstandaarden voor drugpreventie in scholen geformuleerd. De kwaliteitsstandaarden voor behandeling en harm reduction en deze voor preventie kennen een gelijkaardige opbouw en vertrekken van dezelfde principes (Pavlas Martanova, 2012). Procesevaluatie stond hierbij centraal, waarbij men vooral focuste op het hulpverlenings- en preventieaanbod en hoe dit te organiseren en veel minder op specifieke behandel- of preventiemethoden of personele omkadering. Beide laatste aspecten werden pas later aan de kwaliteitsstandaarden toegevoegd, die in het Engels vertaald zijn en aldus beschikbaar zijn voor een internationaal publiek.

De laatste versie van de Tsjechische kwaliteitsstandaarden voor behandeling en harm reduction werd in 2014 gefinaliseerd door een werkgroep, onder leiding van het Departement Addictologie van de Karelsuniversiteit in Praag. Deze standaarden bestaan uit twee delen: algemene en specifieke kwaliteitsstandaarden en dit voor verschillende hulpverleningsvormen. De algemene standaarden omvatten een aantal elementaire richtlijnen en principes die noodzakelijk zijn in het kader van verslavingszorg. Deze standaarden gelden specifiek voor personen met een verslavingsproblematiek (tabak, alcohol en andere drugs) en niet voor mensen met andere psychische problemen. Specifieke standaarden geven aan hoe bepaalde vormen van hulpverlening ingevuld en georganiseerd dienen te worden (Miovsky, 2015). Hiertoe worden 8 vormen van hulpverlening onderscheiden (oa. ambulante hulpverlening, ontwenning, residentiële zorg, laagdrempelige hulp, nazorg en hulpverlening in de gevangenis), die bepalen wat er kenmerkend en noodzakelijk is voor dit type behandeling. De standaarden maken gebruik van een scoringsstelsel in functie van de evaluatie ervan.

De beoordeling van de kwaliteitsstandaarden verloopt gefaseerd. In eerste instantie worden de standaarden geëvalueerd door een intern team, bestaande uit praktijkwerkers en directieleden. Het voorlopig protocol dat zij opmaken, wordt voorgelegd aan drie onafhankelijke beoordelaars, die zijn aangesteld door een onafhankelijke certificeringscommissie (Charvat, Jurystova & Miovsky, 2012). De betrokken organisaties en diensten dienen de kosten van deze evaluatieprocedure zelf te bekostigen, maar dit wordt terugbetaald door de Nationale Drugs Commissie. De drie evaluatoren komen persoonlijk langs in de organisatie en gaan na of het voorlopig protocol in de praktijk wordt gebracht (op basis van een checklist met commentaren en beschrijvingen). Bij een positieve evaluatie wordt een definitief protocol opgesteld, dat in functie van een formele goedkeuring naar de certificeringscommissie wordt gestuurd en een aantal aanbevelingen omvat op basis van de evaluatie. Indien de certificeringscommissie dit protocol goedkeurt, volgt een formele bekrachtiging ervan onder de vorm van een kwaliteitscertificaat (accreditering) voor de betrokken organisatie of dienst.

De evaluatie van de preventiestandaarden gebeurt op een gelijkaardige manier als bij de behandelings- en harm reductionstandaarden, aan de hand van een beoordeling van de auto-evaluatie, observaties en interviews met preventiewerkers. Hoewel de kwaliteitsstandaarden voor preventie pas later ontwikkeld werden, richtte de eerste poging tot kwaliteitsbeoordeling zich op deze standaarden (Charvat et al., 2012). Men maakte hiervan in eerste instantie vrijwillig gebruik, maar vanaf 2005 werd deze evaluatie geïntegreerd in het financieringssysteem van het Tsjechische Ministerie van Onderwijs, waardoor de kwaliteitsstandaarden als verplichting golden bij projectaanvragen. Echter, enkel private aanbieders (ngo's) van preventie-activiteiten waren hieraan gehouden en bovendien had dit enkel betrekking op drugpreventie, niet op de preventie van andere vormen van risicogedrag. In 2012 vond een herziening van de kwaliteitsstandaarden plaats en werden duidelijke richtlijnen en een handleiding voor de certificering opgesteld (Miovsky, 2015). Voortaan dienen alle aanbieders van preventie-activiteiten (ook openbare diensten) zich aan dit kwaliteitsbeoordelingssysteem te onderwerpen, dat alle vormen van risicogedrag omvat die erkend worden door het Ministerie van Onderwijs. De verantwoordelijkheid voor de beoordeling van de kwaliteitsstandaarden en de opvolging ervan ligt bij een onafhankelijk Agentschap voor Certificering.

Één van de recente uitdagingen vormt de evaluatie van de kwalificaties van preventiewerkers, gezien het grote aantal vrijwilligers in deze sector en de betrokkenheid van vele (soms dubieuze) actoren zoals bv. Scientology. Wie heeft voldoende kwalificaties voor een bepaalde vorm van preventie, op welk niveau (algemene, selectieve en geïndiceerde preventie), voor welke doelgroep (inclusief bepaalde risicogroepen), wie zijn de potentiële beoordelaars (artsen, psychologen, onderwijzers, ...)? Tevens stelt zich de vraag hoe de kwalificaties van verschillende beroepsgroepen op het vlak van schoolpreventie van risicogedrag vergeleken kunnen worden? Tussen 2010 en 2012 werd een kwalificatiemodel ontwikkeld voor schoolpreventie (Charvat et al., 2012), dat enerzijds beantwoordt aan de nood aan meer getrainde preventiewerkers en anderzijds mogelijkheden biedt op het vlak van persoonlijke ontwikkeling. Het model is gebaseerd op een analyse van de inhoud van documen-

ten die gebruikt worden voor schoolpreventie (bv. wettelijke regelingen, decreten, handboeken van trainingsprogramma's, ...) en de bijdrage van vier werkgroepen bestaande uit de belangrijkste experts op het vlak van primaire preventie in Tsjechië. Het voorstel omvat vier hiërarchisch geordende kwalificatieniveaus:

- 1) Basisniveau;
- 2) Intermediair niveau;
- 3)Gevorderd niveau;
- 4) Expertniveau

Elk hoger niveau omvat automatisch de vereisten van de voorgaande (lagere) niveaus. Voor elk niveau gelden bepaalde vereisten op het vlak van kennis, vaardigheden en competenties. De belangrijkste doelstelling van het kwalificatiemodel is om de professionele competenties van preventiewerkers te verhogen. Het is immers niet alleen de bedoeling dat de toegepaste methoden en interventies effectief zijn, maar ook dat deze geen schadelijke of nadelige impact hebben op kinderen en jongeren. Professionaliteit omvat kennis van effectieve preventiemethoden en -procedures, bewustzijn van de grenzen en mogelijkheden van deze methoden en de mogelijkheid om ze correct toe te passen bij de juiste doelgroep op het juiste moment (Pavlas Martanova, 2012).

Meer algemeen bracht het proces van kwaliteitsontwikkeling op vlak van drugpreventie en – hulpverlening in Tsjechië aan het licht dat het meestal ontbreekt aan communicatie tussen verschillende financierende instanties, waardoor (informatie over) de gehanteerde standaarden, certificeringsprocedures en resultaten ervan niet gedeeld worden. Verder is een vlotte informatie-uitwisseling nodig tussen professionele organisaties en diensten, preventiewerkers, patiënten/cliënten en de overheid. Een top-down aanpak is hierbij af te raden, gezien kwaliteitszorg een gedeeld belang is van bovenstaande groepen. Zonder continu overleg bestaat een groot risico op weerstand en het verliezen van contact met de realiteit en een beperkte toepassing van adequate strategieën en methoden. Tenslotte is het niet denkbeeldig dat het certificeringsproces leidt tot belangenconflicten, lobbyen en frustraties. Het is daarom belangrijk dat bestaande standaarden, richtlijnen en procedures duidelijk geëxpliciteerd en gepubliceerd worden, zodat eenduidige informatie beschikbaar is voor alle betrokkenen.

Voor meer informatie over kwaliteitsstandaarden in Tsjechië verwijzen we naar de Engelstalige documenten op de EMCDDA-website en naar een special issue over kwaliteitsstandaarden in het vaktijdschrift *Adiktologie*:

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention> (voor een overzicht van de kwaliteitsstandaarden op het vlak van universele/selectieve preventie en secundaire en tertiaire preventie)

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/standards/treatment> (voor een overzicht van de algemene en specifieke kwaliteitsstandaarden op het vlak van behandeling en harm reduction)

Pavlas Martanova, V. (2012) Development of the standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study. *Adiktologie*, 12(3), 174-189.

Charvat, M., Jurystova, L. & Miovsky, M. (2012) Four-level Model of Qualifications for the Practitioners of the Primary Prevention of Risk Behaviour in the School System. *Adiktologie*, 12(3), 190-211.

## 7.4 Qualität Therapie Drogen Alkohol (QuaThéDA) in Zwitserland

QuaThéDA staat voor Qualität Therapie Drogen Alkohol en betreft de kwaliteitsstandaarden voor de preventie, behandeling en gezondheids promotie van verslavingsproblemen van de Zwitserse Federale Dienst voor Volksgezondheid. Het modulaire referentiesysteem (OFSP, 2012) bevat per type behandeling (bv. substitutiebehandeling, maatschappelijke reïntegratie, ontwenning) een gedetailleerde omschrijving van de standaarden voor zowel ambulante als residentiële diensten. De realisatie van de QuaThéDA-standaarden sluit aan bij de strategische doelstelling om een algemeen geldend kwaliteitskader te creëren en bij te dragen aan de professionalisering van de verslavingszorg



en –preventie (InfoDrog, 2015). Hiermee ondersteunt de federale overheid de lange zoektocht in de sector naar een kwaliteitsbeleid en de continue verbetering van de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening. Het QuaThéDA-referentiekader vormt ook de basis voor de certificering van diensten en voorzieningen door een onafhankelijke kwaliteitsinstantie (Service d'Accréditation Suisse, SAS).

### *Historiek van het project*

In 1999 verplichtte het Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) residentiële voorzieningen in de verslavingszorg om voor eind 2002 een kwaliteitssysteem in te voeren, conform aan de normen van het OFAS/AI 2000-certificaat. Om de betreffende voorzieningen te ondersteunen en het te ontwikkelen kwaliteitsbeleid te integreren in een nationaal programma voor kwaliteitsontwikkeling, is het Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) toen gestart met het [QuaThéDA-project](#) (Qualité Thérapie Drogue Alcool). In samenwerking met professionals werkzaam in de verslavingszorg is door het OFSP het QuaThéDA referentiesysteem uitgewerkt, dat bestaat uit een lijst van kwaliteitscriteria waaraan voorzieningen uit de residentiële sector moeten voldoen om gecertificeerd te worden. De eerste versie van het referentiesysteem werd gepubliceerd in 2000 en is een norm die ISO-compatibel is, geregistreerd bij de Service d'Accréditation Suisse (SAS). In functie van de implementatie van dit kwaliteitssysteem in residentiële voorzieningen werden in 2000 en 2001 continu vormingen georganiseerd. Dit leidde ertoe dat tegen 2002 76 voorzieningen uit de verslavingszorg in het bezit waren van een QuaThéDA-certificaat.

Dankzij de ervaringen die werden opgedaan in de residentiële verslavingszorg, kon het OFSP het kwaliteitsproject uitbreiden naar andere sectoren (i.c. ambulante voorzieningen). Omdat ambulante diensten onder de bevoegdheid vallen van kantons en gemeenten was/is het OFSP juridisch niet bevoegd om een kwaliteitssysteem op te leggen aan deze voorzieningen. Daarom werden de kantons en steden en gemeenten als partners betrokken bij de uitbreiding van het QuaThéDA referentiesysteem. De invoering van dit kwaliteitssysteem moet gezien worden als een participatief proces, dat opgevolgd wordt door een strategische stuurgroep bestaande uit afgevaardigden van federale administraties, kantonale overheden, professionele organisaties en het nationale coördinatiecentrum voor verslaving (Infodrog) en door een groep verslavingsexperts. Omwille van de heterogeniteit binnen de verslavingszorg, opteerde men ervoor om het nieuwe referentiekader modulair vorm te geven.

Tussen 2003 en 2006 werd het QuaThéDA-referentiesysteem herzien, waarbij beslist werd om één basismodule te voorzien voor alle diensten en voorzieningen die betrekking heeft op procedures inzake management en kwaliteitsgarantie en daarnaast te differentiëren naar 8 prestatie-modules, afhankelijk van de sector. Volgende sectoren worden hierbij onderscheiden:

1. Residentiële behandeling en re-integratie
2. Ambulant advies, begeleiding en therapie
3. Substitutiebehandeling
4. Professionele re-integratie
5. Beschut wonen en begeleid wonen
6. Crisisopvangcentra
7. Laagdrempelige opvang
8. Outreaching

Een eenvoudige gids die het QuaThéDA referentiesysteem beschrijft werd in 2006 gepubliceerd en bevat uitleg over de kwaliteitsvereisten op het vlak van verslavingszorg per sector. De gids bestaat uit concrete toelichtingen en voorbeelden die voorzieningen moeten toelaten om zelf standaarden en indicatoren te bepalen gerelateerd aan elke kwaliteitsvereiste. De eerste voorzieningen werden in

2007 gecertificeerd volgens het vernieuwde QuaThéDA-referentiekader en in 2008 beschikten reeds 88 voorzieningen over dergelijke certificaat.

#### *Herziene versie van het QuaThéDA-referentiesysteem (2012)*

In de hoedanigheid van houder van het kwaliteitslabel QuaThéDA werd het Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) onderworpen aan een herziening van het modulaire referentiesysteem door de Service d'Accréditation Suisse (SAS). Deze herziening startte in 2010 en het herziene modulair referentiekader werd in juli 2012 gepubliceerd (OFSP, 2012). Met deze derde herziene versie streeft het OSFP ernaar om de professionalisering van het werk in de verslavingszorg en -preventie blijvend te bevorderen. De meest recentie versie van het modulaire referentiesysteem QuaThéDA (2012) bestaat uit één gemeenschappelijke basismodule en 10 prestatiemodules (cf. tabel 17). In vergelijking met de vorige versie werden twee prestatiemodules toegevoegd zodat deze nu ook preventie, vroeginterventie en gezondheidspromotie bestrijken:

1. Residentiële therapie en reïntegratie
2. Ambulant advies, begeleiding en therapie
3. Substitutiebehandeling
4. Professionele re-integratie
5. Beschut en begeleid wonen
6. Crisisopvangcentra
7. Laagdrempelige centra
8. Outreaching
9. Ontwenning
10. Gezondheidspromotie, preventie en vroeginterventie

In december 2013 waren 97 voorzieningen gecertificeerd volgens QuaThéDA-referentiesysteem. Naar de toekomst toe is beslist om de gids niet meer op papier maar enkel elektronisch beschikbaar te stellen, zodat deze op elk moment aangepast kan worden.

**Tabel 17 : QuaThéDA-thema's die de kwaliteitsvereisten omvatten uit de basismodule en de module substitutiebehandeling (OFSP, 2012)**

#### **Thema's basismodule**

##### *Processus de gestion*

1. Principes directeurs, stratégie, projets et planification annuelle
2. Développement de concepts
3. Direction et organisation
4. Communication et coopération avec l'extérieur
5. Gestion de la qualité

##### *Processus de support*

6. Personnel
7. Financement et comptabilité
8. Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel
9. Sécurité d'exploitation, hygiène, propreté, traitement et élimination des déchets
10. Sécurité des client-e-s et patient-e-s
11. Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes

#### **Thema's module substitutiebehandeling**

1. Evaluation et admission
2. Traitement
3. Administration de substances et médication
4. Fin du traitement
5. Travail en réseau
6. Documentation

### *Verloop van het implementatieproces*

Met de invoering van het QuaThéDA-kwaliteitssysteem is de Zwitserse federale overheidsdienst Volksgezondheid (OFSP) erin geslaagd om het kwaliteitsbeleid op vlak van verslavingszorg en preventie te uniformiseren rond een gemeenschappelijke norm (Stamm, pers. comm., 20-5-2015). Een belangrijk voordeel hiervan is dat de communicatie over kwaliteitsvragen, alsook de uitwisseling van ervaringen tussen betrokken actoren wordt gefaciliteerd. Het netwerk van diensten en voorzieningen en de publieke overheden aan wie de financiering toebehoort, kunnen zich hierdoor baseren op een gemeenschappelijke definitie van kwaliteit. Door deel te nemen aan een programma voor kwaliteitsontwikkeling wordt het voor voorzieningen ook motiverender om gemeenschappelijke meetinstrumenten te gebruiken (bv. vragenlijsten over cliënttevredenheid), die vervolgens onderling vergeleken kunnen worden ('benchmarking') wat kan bijdragen tot bijsturing en verbetering van het zorg- en preventieaanbod. Tenslotte moet kwaliteitsontwikkeling ook gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking tussen netwerkpartners, waarbij kwaliteitscriteria nodig zijn voor het evalueren van deze samenwerking.

Het QuaThéDA referentiesysteem is voorsnog prioritair gericht op de structurele en procesaspecten van kwaliteitszorg, maar op lange termijn heeft het OFSP de bedoeling ook kwaliteitsvereisten te formuleren op het vlak van resultaten en uitkomsten (Stamm, 2015). Dit laatste aspect is moeilijker en minder eenduidig af te bakenen en te meten dan de kwaliteit van zorgstructuren en therapeutische processen. Gezien de multifactoriële aard van verslaving (biomedische, psychologische en sociale oorzaken) en het herstelproces is het bovendien niet makkelijk om een direct causaal verband vast te stellen tussen therapeutische interventies en de effecten ervan. Toch verwacht men dat voorzieningen die werken met de QuaThéDA-kwaliteitsnormen op middellange termijn in staat zijn om onderstaande vragen te beantwoorden:

1. Welke interventies (op vlak van verslaving) zijn het meest geschikt?
2. Voor welke personen?
3. Met welke resultaten?
4. Met welke middelen?

De QuaThéDa-kwaliteitsvereisten voorzien een globaal referentiekader, maar het is de bedoeling dat elke individuele voorziening deze vertaalt naar standaarden en indicatoren (Stamm, 2015). Kwaliteitsvereisten zijn daarom aldus geformuleerd dat ze enerzijds concreet genoeg zijn, maar ook niet te concreet. Op basis van de specifieke invulling van deze kwaliteitsvereisten kunnen voorzieningen daarna gecertificeerd worden. Hiertoe volgen medewerkers gedurende 18 maanden elke 6 weken één dag training/opleiding, waaraan een huiswerkopdracht gekoppeld is. Meestal duurt het ongeveer twee jaar vanaf de training voordat certificering mogelijk is.

Hoe de implementatie van deze nationale kwaliteitsvereisten vorm krijgt, hangt af van het beleid van het betreffende kanton. In sommige kantons geldt de implementatie van de QuaThéDa-standaarden als een voorwaarde voor financiering. Andere kantons financieren de audit of bieden voorzieningen extra personeel of middelen om dit zelf te organiseren. Nog andere kantons voorzien hiervoor geen financiering, maar de ervaring leert dat het belangrijk is dat voorzieningen bepaalde incentives krijgen voor de implementatie ervan. De externe audit in functie van de certificering gebeurt door een drietal private organisaties die zelf gecertificeerd worden door de overheid. Een dergelijk kwaliteitscertificaat is drie jaar geldig.

Voor meer informatie over QuaThéDa verwijzen we naar volgende bronnen:

[http://www.infodrog.ch/quatheda\\_fr.html](http://www.infodrog.ch/quatheda_fr.html) (voor een overzicht van de QuaThéDa-kwaliteitsvereisten per sector, de bijhorende instrumenten en het certificeringsproces)

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2012). *La Référentiel modulaire QuaThéDA: La norme qualité pour le domaine des dépendances, de la prévention et de la promotion de la santé* (révision juillet 2012). Berne:

Confédération suisse, Département Fédéral de l'Intérieur (DFI), Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).

## 7.5 Three Cities Project (Trestad2): Stockholm, Malmö en Göteborg (Zweden)

Het Drie Steden-project (Trestad2/Three cities) is een samenwerking tussen de drie grootste steden in Zweden (Stockholm, Malmö en Göteborg) op het vlak van cannabispreventie voor jongeren onder de 25 jaar. Dit grote project dat 14 subprojecten omvat, heeft de bedoeling om ouders en jongeren te sensibiliseren met betrekking tot cannabisgebruik. Men focust hierbij op drie niveaus: universele preventie, vroeginterventie en behandeling. Afgevaardigden van de steden Stockholm en Malmö leidden hierin een subproject dat focuste op de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden inzake preventie, gebaseerd op EDPQS-standaarden (Brotherhood & Sumnall, 2011). Deze werkgroep vertaalde de Europese kwaliteitsstandaarden inzake drugpreventie (EDPQS) naar het Zweeds en paste deze aan aan de Zweedse context met de bedoeling deze 'best practice' standaarden te verspreiden onder locale en regionale preventiedeskundigen in Zweden (EDPQS, 2015).

Het Trestad2-project kadert in het ANDT-beleid van de Zweedse overheid, die een coherente strategie wil uitstippelen op het vlak van de preventie van alcohol, drugs (narcotica), doping en tabak (ANDT) en waarin een belangrijke rol is weggelegd voor de grote steden (Eriksson, pers. comm., 1-6-2015). Het gebruik van met name cannabis ligt immers beduidend hoger in deze steden in vergelijking met de rest van het land. Anderzijds heeft het project de bedoeling om resultaten te genereren die niet enkel waardevol zijn voor de betrokken steden, maar ook voor de rest van het land.

De globale doelstelling van het Trestad2-project is om de kwaliteit van het preventiewerk in Zweden te bevorderen. De EDPQS-standaarden spelen hierin op twee manieren een belangrijke rol. Vooreerst maakte het overkoepelend projectteam gebruik van deze standaarden om de afzonderlijke subprojecten te omschrijven, die samen het Trestad2-project vormen (EDPQS, 2016). Aangezien de drie steden elk vanuit hun eigen traditie verschillende protocollen hanteerden voor project management, was een uniforme omschrijving van de subprojecten aan de hand van het EDPQS-kader noodzakelijk om deze toegankelijk en eenduidig te maken voor alle betrokkenen en externen. Ten tweede focuste één van deze subprojecten op de vertaling en aanpassing van de standaarden naar de Zweedse terminologie en context, teneinde deze ter beschikking te stellen van een breder publiek dan louter gespecialiseerde preventiewerkers.

De werkgroep die instond voor de vertaling en aanpassing van de standaarden bestond uit ervaren preventiewerkers. Van bij het begin bleek het hierbij belangrijk om te starten met het opmaken van een glossarium (Eriksson, 2015). Leken en professionals hanteren immers verschillende definities van bepaalde concepten. Bovendien was het niet vanzelfsprekend om de EDPQS standaarden te laten vertalen door professionele vertalers, gezien zij niet vertrouwd zijn met het specifieke jargon van het werkveld. Waar nodig, werden bijkomende voorbeelden en verklaringen toegevoegd aan de vertaalde EDPQS-standaarden.

Na vertaling en culturele aanpassing van de standaarden kunnen deze op verschillende manieren gebruikt worden. Vooreerst kunnen deze verspreid worden naar preventiewerkers in de betrokken steden en andere Zweedse steden, naar nationale, regionale en lokale overheden en naar andere geïnteresseerden. Bovendien vormen ze de basis voor het ontwikkelen van kortere en meer doelgerichte tools en checklists voor verschillende deskundigen. Tenslotte – en niet in het minst – kunnen ze ook gebruikt worden als leermateriaal inzake preventie in het hoger onderwijs en tijdens vormingen en intervisies.

Het Trestad2-project liep van 2012 tot 2015, waarbij het subproject met betrekking tot de EDPQS-standaarden leidde tot het opmaken van een zogenaamde 'quick guide' in het Zweeds, met daarin een beknopte weergave van de standaarden (Folkhälsomyndigheten, 2015). De bedoeling van deze 'quick guide' was om de standaarden bekend te maken bij een breed publiek en om hierover feedback te krijgen in functie van de verdere aanpassing ervan. Tijdens de lente van 2015 werden 24 regionale ANDT-coördinatoren getraind aan de hand van deze 'quick guide' en hun reacties waren

overwegend positief (Eriksson, 2015). Het is de bedoeling dat ze deze 'quick guide' gaan gebruiken in de eigen praktijk om een lopend preventieproject te beschrijven/beoordelen. De eerste evaluaties maken duidelijk dat hiervoor extra training nodig is en dat het ook belangrijk is om professionals en individuele organisaties te coachen bij de implementatie van deze standaarden (Eriksson, 2015). Het proces van implementatie van kwaliteitsstandaarden is heel tijdsintensief gebleken, maar werd volgens de coördinatoren erg gewaardeerd en gedragen in de praktijk.

Voor meer informatie over het Three Cities project verwijzen we naar volgende bronnen:

<http://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Fackforvaltningssajter/Socialtjanstforvaltningen/Utvecklingsenheten/Prevention/Trestad2/> (voor een beschrijving van het Three Cities-project en bijhorende documenten, in het Zweeds)

<http://prevention-standards.eu/toolkit-4/> (waarbij het Trestad2-project wordt beschreven als een voorbeeldproject van de implementatie van de EDPQS-standaarden)

Folkhälsomyndigheten (2015). *Snabbguide för drog­förebyggande arbete* (Quick guide for drug prevention work). Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

## 8. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de COMIQS.BE-bevraging van de toepassingsgraad, haalbaarheid en aanvaardbaarheid van Europese kwaliteitsstandaarden inzake preventie, behandeling en harm reduction van verslavingsproblemen (Uchtenhagen & Schaub, 2011; Brotherhood & Sumnall, 2013) is gebleken dat preventiestandaarden – en in mindere mate harm reductionstandaarden – over het algemeen een lage toepassingsgraad kennen, in tegenstelling tot behandelingsstandaarden: slechts 13 van de 34 preventiestandaarden worden in 75% van de bevroegde organisaties toegepast, terwijl 19 van de 24 behandelingsstandaarden toegepast worden in driekwart van de betrokken hulpverleningscentra. De toepassingsgraad van harm reduction-standaarden ligt tussen beide in, met 14 van de 23 standaarden die in 75% van de deelnemende voorzieningen met een harm reductionaanbod toegepast worden. Respondenten kennen meestal een hoge prioriteit toe aan de toegepaste standaarden, maar staan eerder sceptisch ten opzichte van de haalbaarheid van (nog) niet toegepaste standaarden omwille van uiteenlopende praktische en inhoudelijke redenen. Ook uit eerder onderzoek kwam naar voor dat – zonder verplichting of drang – kwaliteitsstandaarden een eerder lage toepassingsgraad kennen (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013), wat ook benadrukt werd tijdens onze werkbezoeken in Bern en Praag (Miovsky, 2015; Stamm, 2015).

Na een eerste, uitgebreide bevraging van de *preventiesector* (n=74) werden in totaal 20 van de 35 preventiestandaarden (57%) aanvaard als minimale kwaliteitsstandaard. Controversiële standaarden (die door <80% van de deelnemers aan de online survey aanvaard werden) hadden enerzijds betrekking op structurele en procesaspecten, zoals teamsamenstelling en inschatting van preventienoden (oa. middelengebruik, risicogedrag, specifieke subculturen) die omwille van de kleinschaligheid en beperkte middelen van bepaalde organisaties niet haalbaar geacht werden. Anderzijds hielden controversiële standaarden verband met aspecten van implementatie en evaluatie, zoals het volgen van een projectplan en het documenteren, meten en rapporteren van de bereikte resultaten (cf. bijlage 1).

Tijdens de focusgroepen werden de zogenaamde controversiële preventiestandaarden verder besproken en verfijnd door een selecte groep van Nederlandstalige en Franstalige of eventueel aangepaste/genueanceerde standaarden. Omwille van de taalbarrière verliepen de focusgroepen met Nederlandstalige en Franstalige experts afzonderlijk, waardoor beide focusgroepen soms tot een andere beslissing kwamen. Het onderzoeksteam zorgde echter voor een terugkoppeling van de bevindingen tussen beide focusgroepen en, indien nodig, werden geherformuleerde standaarden achteraf aan de respondenten voorgelegd via een bijkomende email bevraging.

Dit consensusproces heeft ervoor gezorgd dat er in totaal 32 standaarden werden aanvaard, waarvan 28 minimale en 4 ideale standaarden. De meeste van deze kwaliteitsstandaarden houden verband met procesaspecten zoals de beoordeling van preventienoden, ontwikkeling van een preventieaanbod en implementatie ervan. Drie standaarden die op Europees niveau als minimale standaarden gelden (Uchtenhagen & Schaub, 2011) en essentiële onderdelen zijn van de drugpreventiecyclus (Needs assessment – Delivery and monitoring; cf. Brotherhood & Sumnall, 2011), werden door de Vlaamse en Franstalige experts in de focusgroepen verworpen. Het betreft de nood aan voorafgaand onderzoek naar het middelengebruik van het doelpubliek, de rekrutering uit een vooraf te bepalen doelgroep en het monitoren van de uitkomsten van de interventie. Afkeuring van deze standaarden heeft aldus praktische redenen (gebrek aan middelen om middelengebruik in kaart te brengen en uitkomsten te monitoren), maar tevens wil men de doelpopulatie niet a priori afbakenen of inperken. Buitenlandse ervaringen (oa. in het 'Three Cities'-project in Zweden) wijzen echter op het belang van de stapsgewijze implementatie en evaluatie van preventie-activiteiten (Eriksson, 2015).

Een gelijkaardig consensusproces werd doorlopen met betrekking tot de *behandelingsstandaarden*. Op basis van de online bevraging van 84 organisaties werden 17 van de 24 kwaliteitsstandaarden onmiddellijk aanvaard als minimale kwaliteitsstandaarden. Controversiële standaarden hadden betrekking op de noodzaak van het beoordelen van de psychiatrische toestand, doelstellingen van de behandeling (i.c. verminderd gebruik), monitoring van bezetting en ontslag en interne evaluatie van activiteiten en uitkomsten. De EQUUS-standaarden over het beoordelen van de kosteneffectiviteit en de noodzaak van een kostenbatenanalyse werden tijdens de online survey verworpen door de respondenten. Tijdens de daaropvolgende focusgroepen kon een consensus bereikt worden over de meeste controversiële standaarden, mits een aantal aanpassingen en toevoegingen (cf. hoofdstuk 4.2.). Uiteindelijk werden 24 standaarden aanvaard, waarvan 21 als minimale en 3 als ideale standaard. De verworpen standaarden over kosteneffectiviteit en kosten-baten analyse werden nader bediscussieerd, waarbij men enerzijds aangaf deze opdracht niet zelf te kunnen realiseren en er anderzijds geen eensgezindheid bestond over goede indicatoren voor het meten van de effectiviteit van een verslavingsbehandeling. Indicatoren hiervan die in de EQUUS-standaarden naar voor werden geschoven (bv. abstinentie), werden als “te eenzijdig” en “niet haalbaar in bepaalde settings” beoordeeld. Bovendien waarschuwden sommige respondenten tijdens de focusgroepen voor de mogelijk perverse gevolgen van het invoeren van standaarden inzake kosteneffectiviteit, waardoor moeilijk behandelbare en ‘zorgmijdende’ cliënten door de mazen van het hulpverleningsnet dreigen te vallen (Bryssinck, Vandevelde & Vanderplasschen, 2015). Deze tegenkantingen ten spijt, is het evenwel aangewezen dat de verslavingszorg als sector participeert aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, gezien deze op termijn onvermijdelijk verplicht zullen worden door de overheid. Participatie in het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>) geeft Vlaamse voorzieningen voor verslavingszorg en preventie een stem in dit debat en draagt bij tot de formulering van haalbare indicatoren die ook gelden voor deze specialistische sector binnen de ruimere geestelijke gezondheidszorg.

Het consensusproces met betrekking tot de EQUUS-standaarden op het vlak van *harm reduction* leidde tot de minste eensgezindheid. Na de online survey, waaraan 36 verschillende organisaties participeerden, werden slechts 11 van de 23 standaarden (47.8%) als minimale kwaliteitsstandaard aanvaard. Het gebrek aan consensus over deze standaarden kan – net als bij de preventie-standaarden – in belangrijke mate toegeschreven worden aan de grote heterogeniteit binnen de respondentengroep, bestaande uit vertegenwoordigers van uiteenlopende harm reduction-initiatieven (bv. spuitenruil, harm reductionprogramma’s gericht op het uitgaansleven) (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013). Het is opvallend dat de controversiële standaarden binnen dit domein gelijklopend zijn met deze binnen de domeinen ‘preventie’ en ‘behandeling’, waarbij voor harm reduction met name de personeelssamenstelling, assessmentprocedure, dossiervorming en monitoring van uitkomsten en kosten-baten analyse ter discussie stonden. De standaarden over kosteneffectiviteit en doelstellingen van de interventie (i.c. verminderd gebruik) werden reeds tijdens de online survey verworpen door de respondenten. Tijdens de focusgroepen werden de controversiële standaarden verder genuanceerd en aangepast, waardoor consensus bereikt kon worden over de meeste standaarden. Uiteindelijk bereikten we consensus over 20 standaarden, waarvan 17 minimale en 3 ideale standaarden, maar werden er drie uitkomststandaarden verworpen. Net als in de focusgroepen over ‘behandeling’ werden de uitkomststandaarden over ‘kosteneffectiviteit’ en ‘kosten-baten analyse’ verworpen door de deelnemers omwille van het feit dat men aangeeft niet over de nodige mensen en middelen te beschikken om dit zelf te doen en de argumentatie dat de te bereiken effecten/baten op het vlak van schadebeperking niet eenduidig te definiëren zijn. De standaard dat een interventie steeds gebaseerd moet zijn op een diagnose (HR8) werd tenslotte verworpen omwille van het laagdrempelig karakter van harm reduction-initiatieven, waarbij een gedetailleerde en uitgebreide diagnose vaak niet mogelijk noch wenselijk is. De term ‘diagnose’ past bovendien in een specifiek medisch-psychiatrisch discours (Bryssinck et al., 2015; Saleebey, 2006), waarbij deze expertise niet altijd beschikbaar is in de meeste harm reduction-initiatieven.

De resultaten van de COMIQS.BE-studie wijzen enerzijds op een ruime consensus met betrekking tot de Europese minimale kwaliteitsstandaarden voor drugpreventie, -behandeling en harm reduction (Uchtenhagen & Schaub, 2011). Anderzijds roept de aanvaarding van 'slechts' 70 tot 83% van de minimale standaarden die door honderden Europese experts bekrachtigd werden in de EQUUS-studie heel wat vragen op. Voor het domein 'preventie' werden 80% van de EQUUS-standaarden (28/35) door de Belgische respondenten aanvaard als minimale standaarden, voor het domein 'behandeling' was dit 83% (20/24) en voor harm reduction bedroeg dit percentage 70% (16/23). De meeste overige standaarden werden aanvaard als 'ideale' of na te streven standaard, terwijl er per domein ook twee à drie standaarden resoluut verworpen werden.

De gehanteerde consensusprocedure, meer specifiek de focusgroepdiscussies, bood ons inzicht in de redenen voor deze *relatief beperkte consensus*. Vooreerst zijn de EQUUS-standaarden zeer generiek geformuleerd, waardoor ze niet voor alle respondenten even herkenbaar of toepasbaar waren. Bovendien riep de toevoeging van bepaalde voorbeelden (bv. verminderd gebruik/abstinentie als doelstelling van een interventie) of het gebruik van bepaalde termen (bv. diagnose, evaluatie, multidisciplinariteit) weerstand op, gezien dit niet paste binnen de filosofie of werking van bepaalde organisaties. Ten tweede zorgde de heterogene samenstelling van de focusgroepen, die illustratief is voor het diverse preventie- en hulpverleningslandschap in België, ervoor dat men sommige standaarden niet haalbaar achtte voor de eigen dienst of organisatie, gezien de specifieke focus of kleinschaligheid ervan. In vergelijking met de EQUUS-studie breidden we de doelgroep uit tot alcohol en illegale drugs, wat enerzijds voor een meer gevarieerde steekproef – en bijgevolg ruimere consensus – zorgde, maar anderzijds de herkenbaarheid en toepasbaarheid van bepaalde standaarden en bijhorende voorbeelden negatief beïnvloed kan hebben, gezien deze primair handelen over (illegaal) druggebruik. Ten slotte speelde een zekere protectionistische reflex een niet te onderschatten rol bij de consensusprocedure, waarvan de afkeuring en afzwakking van de standaarden die betrekking hebben op uitkomsten en evaluatie van (kosten)effectiviteit getuigen. Vergelijkbare reacties leidden ertoe dat uitkomststandaarden nog steeds geen deel uitmaken van de QuaThéDA-standaarden in Zwitserland en pas in een latere fase zullen worden toegevoegd (Stamm, 2015). Ook in België zal in de nabije toekomst – bij voorkeur in nauw overleg met de sector – bepaald moeten worden hoe en welke haalbare en meetbare uitkomststandaarden voor verslavingszorg en – preventie naar voor geschoven kunnen worden, gezien dit proces reeds volop aan de gang is in belendende sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg (VIP<sup>2</sup>) en de bijzondere jeugdbijstand (PROSE) (Vyt, 2006). De ervaringen met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem in het buitenland en in andere sectoren, maken duidelijk dat de doorlopen consensusprocedure beschouwd moet worden als 'work in progress', waarbij de COMIQS.BE-studie geen eindpunt is, maar eerder een startpunt voor het uitbouwen van een kwaliteitsbeleid.

Parallel met de COMIQS-studie vond op Europees niveau onder impuls van het Italiaans voorzitterschap van de EU (juli – december 2014) een poging plaats om de EQUUS-standaarden nader te operationaliseren in het kader van het "EU Action Plan on Drugs 2013-2016", dat een specifieke actie bevat met betrekking tot "minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union". Hiertoe werden beleidsverantwoordelijken en experts uit de verschillende lidstaten geconsulteerd. Uiteindelijk resulteerde dit op 14 september 2015 in de aanneming door de Europese Raad van een lijst van 16 standaarden: 4 op het vlak van preventie, 4 op het vlak van harm reduction en 8 met betrekking tot behandeling en rehabilitatie (Council, 2015). Deze beperkte lijst van "EU minimum quality standards in drug demand reduction" is een compromis en betreft een samenvoeging en ernstige reductie van de initiële lijst van EQUUS-standaarden (Doms, 2014). Ter illustratie vermelden we hier twee van deze standaarden:

- *"Those developing prevention interventions have competencies and expertise on prevention principles, theories and practice, and are trained and/or specialised professionals who have the support of public institutions (education, health and social services) or work for accredited or recognised institutions or NGOs."* (Standard 2 Prevention);



- “*Appropriate evidence-based treatment is tailored to the characteristics and needs of service users and is respectful of the individual’s dignity, responsibility and preparedness to change*” (Standard 11 Treatment and Rehabilitation).

Hoewel deze standaarden niet bindend zijn voor de lidstaten, onderstrepen ze het belang dat de EU hecht aan een op evidentie gebaseerde verslavingszorg en –preventie en het verder professionaliseren van deze praktijken. Deze – na lange discussies en forse inperkingen – aanvaarde minimale standaarden illustreren dat de ontwikkeling van standaarden een delicaat proces is dat tijd vergt en waarbij alle stakeholders betrokken dienen te worden (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013; Stamm, 2015). De verdere concretisering en operationalisering van deze standaarden is een taak van de lidstaten en betrokken preventie- en hulpverleningsinstanties.

### **8.1. Aanbevelingen m.b.t. de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden**

De hiervoor beschreven consensusprocedure en studie van inspirerende praktijken in binnen- en buitenland bracht een aantal belangrijke belemmerende en faciliterende factoren aan het licht en leidde tot een aantal duidelijke richtlijnen voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden.

Vooreerst is het belangrijk om op nationaal niveau over (een beperkt aantal) *gemeenschappelijke en gedeelde standaarden* te beschikken, zodat binnen hetzelfde grondgebied identieke kwaliteitsstandaarden gelden. De QuaThéDa-ervaringen in Zwitserland leerden dat op die manier in een gefederaliseerde staat eenduidige verwachtingen en een gemeenschappelijke taal gecreëerd worden op het vlak van verslavingszorg, met daarbinnen de nodige ruimte voor nuances en accenten die kunnen verschillen tussen regio’s en deelstaten (Stamm, 2015). Het is noodzakelijk om hierbij te vertrekken van een gedeelde visie en gemeenschappelijke doelen, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wat de bedoeling is van het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden. Bepaalde doelstellingen (bv. kwaliteitsverbetering, transparantie, verantwoording van gemeenschapsgelden) kunnen immers botsen met de principes (bv. therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker) of doelstellingen (bv. efficiëntie, inspraak en participatie van gebruikers) van andere betrokkenen. Hoewel de doelstellingen van de COMIQS.BE-studie duidelijk waren, was dit minder het geval met de bedoelingen van de betrokken beleidsactoren op federaal en gemeenschapsniveau, wat mede de argwanende en eerder protectionistische houding van bepaalde respondenten kan verklaren. Nochtans werd bij aanvang van het onderzoek verduidelijkt dat deze studie deel uitmaakte van een bottom up-proces, waarbij de sector gehoord zou worden en geanticipeerd kon worden op door het beleid te ontwikkelen kwaliteitsstandaarden.

Een gerelateerde aanbeveling betreft het gebruik van *één gemeenschappelijke taal* (Brotherhood & Sumnall, 2013; OFSP, 2012; Eriksson, 2015), wat in België bemoeilijkt wordt door verscheidene landstalen en de beperkte tweetaligheid van heel wat respondenten. Om taalproblemen zoveel mogelijk te vermijden en in functie van een optimaal begrip van de betekenis van de standaarden, opteerden we ervoor om alle deelnemers in hun moedertaal te laten antwoorden en discussiëren. Tijdens het onderzoek maakten we parallel gebruik van het Nederlands en het Frans, wat ook inhield dat documenten moesten vertaald en terugvertaald worden naar respectievelijk het Nederlands en het Frans. Dit was niet alleen tijdrovend, maar creëerde ook ietwat verschillende snelheden waardoor we tot de conclusie komen dat er duidelijke verschillen zijn in het consensusproces tussen het Nederlandstalig en Franstalig landsgedeelte. Deze zijn gedeeltelijk toe te schrijven aan culturele verschillen, maar gezien de gevolgde werkwijze waren we niet in de mogelijkheid om Nederlandstalige en Franstalige respondenten fysiek samen te brengen. Wel legden we de bevindingen en suggesties uit beide groepen aan elkaar voor, zodat deze mekaar konden bevruchten. Het is duidelijk dat de consensusprocedure tot een ander resultaat geleid zou hebben, indien geopteerd was voor gemengde (tweetalige) focusgroepen. De terugkoppeling naar de anderstalige

groep zorgde er evenwel voor dat een zo breed mogelijke consensus bereikt werd met betrekking tot gemeenschappelijke kwaliteitsstandaarden voor de verslavingszorg en -preventie in België, rekening houdend met taal- en culturele verschillen die dit proces ongetwijfeld beïnvloed hebben. Door dit proces afzonderlijk te laten lopen voor beide taalgroepen, is het voor beleidsmakers op het niveau van de gemeenschappen en gewesten duidelijk geworden wat de specifieke gevoeligheden zijn op dit vlak (cf. bijlage 1 – 3).

Hoewel heel wat generieke kwaliteitsstandaarden te bedenken zijn voor de (geestelijke) gezondheidszorg, zijn *specifieke kwaliteitsstandaarden nodig* voor meer specialistische vormen van preventie en hulpverlening. In die zin zijn deze consensusstandaarden allicht slechts een opstap naar meer specifieke standaarden voor bv. ambulante en residentiële hulpverlening, nazorg, etc. (Miovisky, 2015; Stamm, 2015). Het is aangewezen een onderscheid te maken tussen verschillende activiteiten op het zorgcontinuüm (i.c. preventie, behandeling, harm reduction), gezien de grote onderlinge verschillen op vlak van organisatie, doelstellingen en interventies. Om de betrokkenheid bij en herkenbaarheid van de standaarden te verhogen, worden deze best gedifferentieerd per type voorziening (OFSP, 2012). Hierbij mag echter niet voorbijgegaan worden aan de noodzakelijke dialoog tussen de verschillende domeinen en types voorzieningen, zodat men vergelijkbare standaarden blijft hanteren en men van elkaar kan leren (Stamm, 2015).

Hoewel preventie andere expertise vergt en een specifieke ontwikkelings- en implementatiecyclus kent (Brotherhood & Sumnall, 2011), is het raadzaam dat preventiestandaarden op een gelijkaardige manier zijn opgebouwd en ingedeeld als behandelingsstandaarden en standaarden op het vlak van harm reduction (Miovisky, 2015). Naast structurele, proces- en uitkomststandaarden, dienen zowel standaarden op het niveau van het individu en de dienst of voorziening als op systeemniveau verduidelijkt te worden (Dom, 2015). De COMIQS.BE-consensusstandaarden voldoen hieraan en over de meeste standaarden op structuur- en procesniveau bestond een duidelijke consensus, wat er op wijst dat er veel bereidheid is in het werkveld om deze standaarden toe te passen dan wel dat deze momenteel reeds toegepast worden. Standaarden met betrekking tot evaluatie en uitkomsten bleken veel moeilijker te liggen, omdat respondenten vrezen dat dergelijke standaarden gebruikt of misbruikt zullen worden om kosten te besparen en diensten op te doeken of af te slanken. Een aantal standaarden werd daarom als ideale standaarden naar voor geschoven, maar dit riep heel wat vragen op bij de respondenten. Wat is het nut van een na te streven standaard waaraan men op dit moment niet kan voldoen? Ook hier stelt men zich de vraag of de financierende overheid niet enkel de hoogst mogelijke kwaliteit wil en of voorzieningen dat uiteindelijk zelf ook niet willen? Men acht de kans bovendien groot dat ideale standaarden op termijn verplicht zullen worden. Binnen de benadering van kwaliteitsverbetering als een proces waarbij de snelheden verschillen tussen voorzieningen onderling (Vyt, 2006) zijn ideale standaarden ongetwijfeld nuttig omdat ze de agenda voor de toekomst zetten en toelaten te differentiëren.

Het nader specificeren van standaarden volgens interventievorm (bv. universele en geïndiceerde preventieprogramma's; ontwenings- of substitutiebehandeling) en niveau van interventie (cliënt, organisatie/dienst, zorgsysteem) is een belangrijke volgende stap die bij wijze van proefproject genomen kan worden, waarbij realisaties en ontwikkelingen in het buitenland evenals bestaande evidence-based richtlijnen niet uit het oog verloren mogen worden. Ook de koppeling of vertaling van de COMIQS-standaarden naar meetbare indicatoren lijkt een belangrijke volgende stap, zoals uit de inspirerende praktijken in binnen- en buitenland is gebleken. Met name dient aansluiting gezocht te worden bij het VIP<sup>2</sup>-project dat generieke (en meer specifieke) kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg wil ontwikkelen (Van den Broeck, 2016).

Uit de bezochte praktijkprojecten in oa. Bern en Stockholm is gebleken dat onduidelijkheid over *terminologie, definities en formuleringen* een belangrijk struikelblok kan vormen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Dezelfde concepten krijgen in een andere context soms een andere invulling, en soms wordt met verschillende termen naar eenzelfde concept verwezen. Het is dan ook

cruciaal om van bij het begin duidelijk te maken wat met bepaalde termen wordt bedoeld en een *glossarium* (verklarende woordenlijst) aan te leggen. Deze aanbeveling geldt bij uitstek voor de ontwikkeling van breed geldende standaarden op nationaal of internationaal niveau, waarbij bijvoorbeeld het concept ‘evidence-based’ uiteenlopende invullingen krijgt. Indien kwaliteitsstandaarden vertaald worden uit een andere taal, is het noodzakelijk om een professionele vertaler aan te stellen die vertrouwd is met het specifieke jargon van de sector. In tweede instantie is een referentiegroep nodig om de taal, toon en moeilijkheidsgraad van de geformuleerde standaarden te evalueren en op punt te stellen. Zoals reeds aangegeven, botsten we in het COMIQS.BE-project op een aantal taalbarrières. De EQUUS-kwaliteitstandaarden werden uit het Engels naar het Nederlands en Frans vertaald (en terugvertaald), maar het kostte veel moeite om alle taalkundige nuances uit de originele standaarden in de vertaalde standaarden aan te brengen, zowel in het Nederlands als het Frans. Alleen al de term ‘treatment’ dekt in het Engels een veel bredere lading dan in het Nederlands (‘behandeling’) doorgaans het geval is. Ook tijdens de focusgroepen ontstonden soms discussies over bepaalde termen of formuleringen, die we ‘oplosten’ door nadere duiding te geven onder de vorm van een opmerking bij de standaard. Met name in de focusgroepen ‘behandeling’ en ‘harm reduction’ werd af en toe van deze optie gebruik gemaakt. In functie van de verdere verspreiding van de COMIQS.BE-consensusstandaarden en een eenduidige interpretatie ervan is het ten zeerste aan te raden een verklarende woordenlijst op te maken met daarin een duiding van de voornaamste en mogelijk verwarrende begrippen.

Een *bottom-up ontwikkelingsproces* is het meest aangewezen om tot breed gedragen kwaliteitsstandaarden te komen. Hierbij kan vertrokken worden van reeds bestaande standaarden (buitenlandse of uit andere sectoren) die aangepast worden (zoals in de COMIQS.BE-studie), of kunnen op basis van praktijkervaringen nieuwe standaarden geformuleerd worden (cf. ontwikkelingsproces in Tsjechië en Zwitserland). Gebruik maken van een participatiemodel maakt dat de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden een tijdsintensief proces is, maar het zorgt ervoor dat aldus een breed draagvlak gecreëerd wordt voor deze standaarden en dat ook beter aangesloten wordt bij de bestaande praktijk (Stamm, 2015; Miovsy, 2015). De bottom-up aanpak in de COMIQS.BE-studie werd zowel door onderzoekers als praktijkwerkers positief bevonden en heeft ertoe geleid dat op een periode van 12 tot 18 maanden consensus bereikt werd over in totaal 32 standaarden voor preventie, 24 standaarden voor behandeling en 20 standaarden voor harm reduction. Indien men deze consensus wenst uit te breiden naar uitkomststandaarden en meetbare indicatoren om de kwaliteit van het hulpverlenings- en preventieaanbod te kunnen inschatten, is vervolgonderzoek of een vervolgproject aangewezen. De bottom-up ontwikkeling wordt daarom best gecombineerd met een ‘top-down’ aanpak, teneinde dit proces aan te sturen en duidelijke richtlijnen en deadlines voorop te stellen. Tevens kan de overheid de nodige ‘incentives’ voorzien om de participatie en betrokkenheid van voorzieningen te stimuleren (Stamm, 2015).

Naast het *betrekken van alle relevante stakeholders* (zoals zorggebruikers, praktijkwerkers, beleidsverantwoordelijken en academici) is het cruciaal rekening te houden met de uiteenlopende verwachtingen en agenda’s van verschillende betrokkenen en met culturele verschillen tussen sectoren en voorzieningen (bv. psychiatrische voorzieningen en RIZIV-geconventioneerde centra) en tussen Nederlandstalige en Franstalige actoren. Bovendien noopt de multidisciplinaire teamsamenstelling in de verslavingszorg ertoe om verschillende beroepsgroepen te betrekken bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, zodat deze voldoende generiek geformuleerd zijn en aangeven wat de norm is of dient te zijn voor het verstrekken van een bepaalde interventie (Schaub & Uchtenhagen, 2013). Kwaliteitsstandaarden moeten naar analogie met bestaande beroepscode ontwikkeld worden, al zijn in de verslavingszorg en -preventie ook meer en meer private aanbieders en ervaringsdeskundigen actief, die niet onder een bepaalde deontologische code vallen. De vermaatschappelijking van de zorg stelt ons in die zin voor nieuwe uitdagingen, zodat ook voor deze nieuwe spelers op de ‘markt’ duidelijk is waaraan kwalitatieve verslavingszorg en -preventie moet voldoen. Ervaringskennis of zich baseren op een ‘model’ zijn hierbij op zich niet voldoende.

Kwaliteitsstandaarden moeten bijdragen tot de professionalisering van de sector en ervoor zorgen dat er geen ruimte is voor charlatans die ongecontroleerd hun gang kunnen gaan als ‘therapeuten’ (De Block, 2016) of zelfs schade kunnen berokkenen door het verstrekken van niet-wetenschappelijk onderbouwde interventies (bv. drugpreventie door Scientology in Tsjechië (Miovsky, 2015)).

Tijdens de COMIQS-consensusprocedure probeerden we zoveel mogelijk vertegenwoordigers vanuit verschillende organisaties, disciplines en sectoren aan het woord te laten, verspreid over Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Uiteindelijk was slechts een beperkt aantal onder hen vertegenwoordigd in de focusgroepen, maar we hielden hierbij wel rekening met de stem van alle respondenten waardoor het resultaat van dit onderzoek beschouwd kan worden als een set van kwaliteitsstandaarden waarvoor een groot draagvlak bestaat in België.

## 8.2. Aanbevelingen m.b.t. de implementatie van kwaliteitsstandaarden

Voorgaande aanbevelingen hadden betrekking op het ontwikkelen van standaarden, maar ook voor de implementatie van kwaliteitsstandaarden kunnen op basis van ons onderzoek en de binnen- en buitenlandse praktijkvoorbeelden specifieke aanbevelingen geformuleerd worden.

Een *degelijke en coherente basisstructuur* voor preventie, behandeling en schadebeperking vormt een belangrijke voorwaarde voor de implementatie van kwaliteitsstandaarden. Bij gebrek aan een eenduidig beleid en gemeenschappelijk financierings- en registratiesysteem kunnen verschillende normen en verwachtingen leven bij diverse betrokkenen, afhankelijk van het type voorziening/activiteit of de regio. Een goede afstemming van deze kwaliteitsstandaarden op de beleidsprioriteiten en dialoog met de direct betrokkenen faciliteert het implementatieproces (OFPC, 2012), wat een belangrijk aandachtspunt vormt in de Belgische context gezien de fragmentatie van bevoegdheden inzake verslavingszorg.

Teneinde de toepassing van kwaliteitsstandaarden ingang te doen vinden in de praktijk, zijn communicatie en training onmisbare schakels in dit proces. Omdat tijdens het implementatieproces vaak grote hoeveelheden informatie en materiaal geproduceerd worden (Brotherhood & Sumnall, 2011), ontbreekt bij praktijkwerkers dikwijls de tijd om alles grondig door te nemen. Het gebruik van een *‘quick guide’* (een soort referentiegids) waarin alle noodzakelijke informatie met betrekking tot de standaarden beknopt en helder weergegeven staat, vormt hierbij een belangrijke meerwaarde en is ook aan te raden in functie van de implementatie van kwaliteitsstandaarden in ons land. Tevens is het belangrijk om *koepel- en belangenorganisaties* bij het implementatieproces te *betrekken*, gezien zij niet alleen een belangrijke rol kunnen spelen in de verspreiding en promotie van de standaarden, maar ook in de daadwerkelijke implementatie en opvolging ervan. Niet enkel koepelorganisaties op vlak van alcohol- en drugspreventie en -hulpverlening zoals Eurotox, FEDITO en VAD, maar ook andere organisaties die voorzieningen en belangengroepen in de sector vertegenwoordigen, dienen hierbij betrokken te worden (bv. Zorgnet-Icuro, patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen).

Het is noodzakelijk om *training en supervisie* te voorzien, zodat het voor voorzieningen en medewerkers duidelijk is hoe kwaliteitsstandaarden geconcretiseerd en geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk. Daarnaast zal het nodig zijn om individuele voorzieningen te coachen en te ondersteunen in functie van de implementatie van deze standaarden. Het spreekt voor zich dat hierbij rekening moet gehouden worden met de mate van kwaliteitszorg in voorzieningen en dat hierbij verschillende snelheden zullen gelden (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013). Voorzieningen kunnen hierbij model staan voor elkaar. Training en supervisie dienen dan vooral gericht te zijn op aanvaarde standaarden die nu slechts in beperkte mate worden toegepast en op het ontwikkelen van aanvaardbare uitkomststandaarden voor de sector als geheel. De online survey liet alvast zien welke standaarden reeds op ruime schaal toegepast worden en op welke vlakken nog extra ondersteuning en duiding nodig is.

Waar kwaliteitsstandaarden gelden als eerder generieke richtlijnen waaraan preventie, behandeling en harm reduction moeten voldoen, vormen *indicatoren* een nadere, concrete en meetbare invulling van zorgkwaliteit (Vyt, 2006). Binnen de ruimere geestelijke gezondheidszorg is men in het kader van het VIP<sup>2</sup>-project gestart met het formuleren van een 7-tal indicatoren, verspreid over 4 kwadranten, om de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg te meten (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016a). Deze werkwijze, waarbij op Vlaams niveau indicatoren bepaald worden voor de gehele sector, wijkt af van de QuaThéDA-methodologie waarbij individuele voorzieningen zelf kwaliteitsstandaarden omzetten in meetbare indicatoren (Stamm, 2015). Het voordeel van deze laatste werkwijze is dat men de bottom-up benadering trouw blijft en voorzieningen kunnen werken aan kwaliteitsbevordering en indicatoren kunnen formuleren op basis van hun specifieke situatie en werking. Anderzijds kan het opstellen van specifieke indicatoren op voorzieningsniveau ten koste gaan van de vergelijkbaarheid tussen en benchmarking met andere voorzieningen. Breed gedragen indicatoren verhogen de motivatie om ermee aan de slag te gaan en gebruik te maken van gemeenschappelijke meetinstrumenten. In die optiek bieden de ontwikkelingen op het vlak van Routine Outcome Monitoring in Nederland allicht inspiratie, waarbij men volgende uitkomstgebieden onderscheidt: 1) middelengebruik, 2) klachten en symptomen, 3) dagelijks functioneren en 4) kwaliteit van leven (Derks, Buwalda & De Weerd, 2016). Zoals reeds aangegeven moet de bedoeling van het in kaart brengen van bepaalde indicatoren van meet af aan duidelijk zijn: betreft het een interne tool om de zorgkwaliteit te verbeteren en/of een evaluatie-instrument voor de overheid?

Uiteraard is *kwaliteitsbewaking* van de vooropgestelde indicatoren belangrijk, wat gerealiseerd kan worden via een systeem van interne en externe audits zoals bleek uit de inspirerende praktijken in Tsjechië en Zwitserland (Miovisky, 2015; Stamm, 2015). In functie van externe kwaliteitscontrole is het belangrijk dat de criteria en procedures zeer duidelijk en transparant geformuleerd zijn, waarbij men elke vorm van belangenvermenging moet vermijden (Stamm, 2015). Een onafhankelijk controleorgaan, zoals bijvoorbeeld de zorginspectie, biedt hiertoe in ons land de beste garanties, maar moet op zijn beurt voldoen aan bepaalde kwaliteitsvereisten. Aldus kan het hiervoor beschreven certificeringsproces (cf. 7.4 en 7.3) aanleiding geven tot een kwaliteitslabel dat voorzieningen naar de buitenwereld toe kunnen gebruiken als een bewijs van zorgkwaliteit. Accreditering van zorgprogramma's vindt ook in ons land geleidelijk ingang, gezien Vlaamse voorzieningen in aanmerking komen voor accreditering door het internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum van het [Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg](#) (NIAZ). Het behandelprogramma 'verslavingszorg' van de Broeders Alexianen in Tienen behaalde onlangs als eerste Belgische voorziening dit gerenommeerde label en in de toekomst zullen andere voorzieningen voor verslavingszorg dit voorbeeld ongetwijfeld volgen.

Uit buitenlandse ervaringen komt naar voor dat de implementatie van kwaliteitsstandaarden bijdraagt aan het professionaliseren en structureren van het preventie- en zorgaanbod, tot meer communicatie en informatie-uitwisseling leidt binnen en tussen voorzieningen, de evaluatie van proces- en uitkomstaspecten bevordert en een duidelijk kader biedt voor het personeel en nieuwe personeelsleden in het bijzonder (Stamm, 2015). Transparantie van het zorgaanbod, verantwoording van de middelenbesteding en bovenal het borgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg zijn andere onmiskenbare voordelen die verbonden zijn aan het invoeren van een systeem van kwaliteitsstandaarden. Het belang van een geleidelijke en stapsgewijze implementatie kan hierbij niet voldoende benadrukt worden, waarbij de overheid de nodige incentives en ondersteuning dient te voorzien zodat voorzieningen hun koudwatervrees overwinnen en tegelijk de mogelijkheid gecreëerd wordt om een aantal 'proeftuinen' op te zetten waar deze kwaliteitsstandaarden verder geoperationaliseerd en geëvalueerd kunnen worden voordat deze op grotere schaal verder toegepast kunnen worden. Kwaliteitsontwikkeling vergt tijd en het is belangrijk hierin geen stappen over te slaan!

### 8.3. Beperkingen van het onderzoek

De COMIQS-studie had de bedoeling om op een relatief korte tijd consensus te bereiken over een aantal minimale kwaliteitsstandaarden voor de preventie, behandeling en schadebeperking van verslavingsproblemen, voortbouwend op twee eerdere Europese studies op dit vlak (Uchtenhagen & Schaub, 2011; Brotherhood & Sumnall, 2013). Hoewel we een groot aantal respondenten bereikten met dit onderzoek en we verschillende onderzoeksmethoden combineerden (triangulatie), kende het gehanteerde onderzoeksopzet ook een aantal onmiskenbare beperkingen. Vooreerst is de steekproef van het onderzoek tot op zekere hoogte vertekend, gezien het aantal respondenten in Wallonië en Brussel relatief lager lag dan in Vlaanderen. Zo bestond de steekproef van de online survey uit ongeveer tweederde Vlaamse respondenten, wat voor een (lichte) oververtegenwoordiging van Vlaamse voorzieningen zorgde. Gezien de beperkte steekproef gingen we geen verschillen na in antwoordpatronen tussen respondenten uit de verschillende landsgedeelten. Tijdens de focusgroepen werd gestreefd naar een even groot aantal Nederlandstalige en Franstalige respondenten in de focusgroepen per domein (preventie, behandeling, harm reduction). Aldus werd een relatief groter gewicht toegekend aan de stem van de Franstalige respondenten. De focusgroepen hadden – in tegenstelling tot de online survey – niet de bedoeling een representatieve steekproef te rekruteren, maar wel om de verscheidenheid aan reacties te vatten van een heterogene groep betrokkenen bij de preventie, behandeling en schadebeperking van verslavingsproblemen. Het feit dat we per domein slechts één focusgroep samenstelden in Vlaanderen en het Franstalige landsgedeelte (Wallonië en Brussel) is een beperking, maar om praktische redenen was het niet mogelijk meer dan één focusgroep per taalgebied samen te stellen. Een tweede beperking van het onderzoek is dat veel gewicht toegekend werd aan de mening en het oordeel van de respondenten van de focusgroepen, gezien zij – op basis van de initiële evaluatie van de standaarden door de deelnemers aan de online survey – beslisten over het aanvaarden of verwerpen van de standaarden. Hoewel in overleg met de betrokken koepelorganisaties zeer selectief te werk is gegaan bij de samenstelling van de steekproef en hierbij vooraanstaande experts werden geselecteerd op het vlak van preventie, behandeling en harm reduction, beslisten uiteindelijk een 20-tal personen over de uiteindelijke aanvaarding/verwerping van de standaarden. Teneinde deze beslissing goed af te wegen, kwamen beide focusgroepen tweemaal samen en werd ook per standaard de conclusie aan de andere focusgroep voorgelegd.

Ten derde hanteerden we in navolging van de EQUUS-studie (Uchtenhagen & Schaub, 2011) de arbitraire grens van 80% consensus als cut off-waarde in dit onderzoek. Concreet had dit voor gevolg dat een standaard die door 75-79% van de respondenten aanvaard werd, alsnog verworpen kon worden door de focusgroepen. De grens 80% consensus is een vrij hoge drempel, die anderzijds wel aangeeft dat de aanvaarde standaarden (>80% aanvaarding) door de gehele sector gedragen worden. Hoewel een cut off-waarde gehanteerd moet worden om een onderscheid te maken tussen 'aanvaarde', 'controversiële' en 'verworpen' standaarden, was het achteraf gezien aangewezen om de controversiële standaarden meer vanuit een dimensionaal perspectief te benaderen. Nu werden standaarden waarover 78% consensus bestond als even controversieel beschouwd als standaarden die slechts door 55% van de respondenten aanvaard werden.

Ten vierde streefden we in de verschillende fasen van het onderzoek naar een goede vertegenwoordiging van alle betrokken stakeholders, maar met name zorggebruikers en hun omgeving bleven relatief ondervertegenwoordigd in dit proces. In één focusgroep participeerden vertegenwoordigers van cliënten en ook aan de online survey namen enkele zorggebruikers deel, maar dit bleef zeer beperkt zodat het aangewezen is om in de toekomst zorggebruikers en hun omgeving op een meer structurele manier te betrekken bij de verdere ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. We denken hierbij aan belangengroepen van druggebruikers, het Vlaams Patiëntenplatform en ouderverenigingen. Ook de vertegenwoordiging van academici en beleids mensen in het onderzoek was eerder beperkt, waardoor de consensusstandaarden vooral

gezien moeten worden als een beoordeling van kwaliteitsstandaarden door praktijkwerkers en verantwoordelijken op het niveau van de voorzieningen.

Tenslotte vinden we dat de formulering van bepaalde kwaliteitsstandaarden voor verbetering vatbaar is. We hielden ons aan de vooropgestelde methodologie en vertaalden de standaarden letterlijk, maar het lijkt aangewezen om deze in de toekomst te herzien. Zo wordt qua terminologie niet consistent gebruik gemaakt van de termen 'cliënt' en 'patiënt', waarbij beide termen nu – zoals in de originele EQUUS-standaarden – door elkaar gebruikt worden. Een meer inhoudelijke beperking betreft het feit dat de standaarden nu eerder dwingend geformuleerd zijn in termen van 'moeten', terwijl een meer positieve formulering allicht wenselijk is zodat de standaarden niet als iets negatief of verplichtend gezien worden, maar eerder als een voorbeeld en indicator van goede zorg. De COMIQS-consensusstandaarden moeten dan ook gezien worden als een eerste opstap naar kwaliteitsstandaarden voor verslavingszorg en –preventie die in de toekomst verder verfijnd en geconcretiseerd moeten worden op het niveau van (types) voorzieningen.

## Referenties

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016b). *Kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg*. Teruggevonden op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-de-geestelijke-gezondheidszorg> (17-3-2016)
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016a). *Kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen*. Teruggevonden op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen> (17-3-2016)
- Autrique, M., Vanderplasschen, W. & Sabbe, B. (2008). Evidence-based werken in de verslavingszorg: geen evidentie!? *Tijdschrift Verslaving*, 4(2), 3-18.
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken / Les pratiques 'evidence-based' dans l'aide aux toxicomanes: un état des lieux*. Gent: Academia Press.
- Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-based Review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Brotherhood, A. & Sumnall, H.R. (2013). *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. & the Prevention Standards Partnership (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals* (EMCDDA Manuals No 7). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Bryssinck, D., Vandeveld, S. & Vanderplasschen, W. (2015). De ondersteuning van personen met een dubbele diagnose (psychose en drugproblemen) in Villa Voortman, een ontmoetingsplaats in de stad. In: C. Wittouck, K. Audenaert & F. Vander Laenen (Red.), *Handboek Forensische Gedragwetenschappen*. Antwerpen: Maklu, pp.303-329.
- Charvat, M., Jurystova, L. & Miovisky, M. (2012) Four-level Model of Qualifications for the Practitioners of the Primary Prevention of Risk Behaviour in the School System. *Adiktologie*, 12(3), 190-211.
- Council of the European Union (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union* (Document 11985/15). Brussels: Council of the European Union.
- De Block, M. (2016). *Wet op geestelijke gezondheidszorgberoepen* (persbericht 6-2-2016). Brussel: Kabinet Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
- Derks, E., de Weert-van Oene, G.H. & Buwalda, V. (2016). Responsiviteit van de MATE-ICN in de verslavingszorg: een eerste verkenning. *Tijdschrift Verslaving* (ingestuurd ter publicatie).
- Dom, G. (2015). *Introductie: Vlaams Indicatoren Project GGZ* (Presentatie op de studiedag 'Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg', 2 oktober 2015). Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Doms, K. (2014). *Commentaires Minimum quality standards*. Persoonlijke communicatie, 17-12-2014.
- EMCDDA (2013). *Standards and guidelines*. Teruggevonden op: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines> (25-11-2013)
- Eriksson, A. (2015). Three Cities Project : Implementatie van preventiestandaarden in Zweden. Persoonlijke communicatie, 1-6-2015.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Snabbguide för drogöföbyggande arbete* (Quick guide for drug prevention work). Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- InfoDrog (2015). *QuaTheDA – die Qualitätsnorm des BAG*. Teruggevonden op: <http://www.infodrog.ch/quatheda.html> (27-11-2015)
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. & Brigham, J.M. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 5-39.



- Miosvsky, M. (2015). Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren in Tsjechië. Persoonlijke communicatie, 7-6-2015.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2012). *La Référentiel modulaire QuaThéDA: La norme qualité pour le domaine des dépendances, de la prévention et de la promotion de la santé* (révision juillet 2012). Berne: Confédération suisse, Département Fédéral de l'Intérieur (DFI), Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).
- Pavlas Martanova, V. (2012) Development of the standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study. *Adiktologie*, 12(3), 174-189.
- Saleebey, D. (2006). *The Strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education.
- Schaub, M.P., Uchtenhagen, A. & the EQUUS Expert Group (2013). Building a European Consensus on Minimum Quality Standards for Drug Treatment, Rehabilitation and Harm Reduction. *European Addiction Research*, 19, 314-324.
- Stamm, R. (2015). Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren in Zwitserland. Persoonlijke communicatie, 22-5-2015.
- Uchtenhagen, A. & Schaub, M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS : Final Report*. Zurich : Zurich University, Research Institute for Public Health and Addiction.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012). *TREATNET: Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. New York: United Nations.
- The European Prevention Standards Partnership (2015). *EDPQS Prevention Position Paper: Defining "drug prevention" and "quality"*. Liverpool: Centre for Public Health.
- Van den Broeck, K. (2015). *Kwaliteitsindicatoren in de GGZ: concrete werkwijze* (Presentatie op de studiedag 'Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg', 2 oktober 2015). Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.
- van den Broeck, K. (2016). *Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg*. Persoonlijke communicatie, 3-3-2016.
- Vander Laenen, F. & Vanderplasschen, W. (2016). Samenwerking justitie en hulpverlening. In: J. Dangreau et al., *Wet & Duiding: Drugwetgeving*. Gent: Larcier.
- Vlaams Patiëntenplatform (2015). *Kwaliteit van zorg*. Teruggevonden op : [http://www.vlaamspatiëntenplatform.be/themas/kwaliteit-van-zorg#Kwaliteitsindicatoren AZ](http://www.vlaamspatiëntenplatform.be/themas/kwaliteit-van-zorg#Kwaliteitsindicatoren_AZ) (8-3-2016)
- Vyt, A. (2006). *Werken aan kwaliteit in de bijzondere jeugdbijstand*. Antwerpen : Garant.