



FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID

## **Substitutiebehandelingen in België**

### ***Ontwikkeling van een model ter evaluatie van de verschillende zorgtrajecten en van de patiënten***

**Samenvatting**

Onderzoeksprogramma ter ondersteuning  
van de federale beleidsnota drugs

*Coördinatie* : Pr. Isidore PELC

Pablo NICAISE  
Philippe CORTEN  
Isabelle BERGERET  
Iseult BAERT  
Lucía ÁLVAREZ IRUSTA  
Pr. Joris CASSELMAN  
Karolien MEUWISSEN

Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies  
UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Afdeling Strafrecht, Strafvordering en Criminologie  
KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

# SAMENVATTING IN HET NEDERLANDS

## 1. Inleiding

Deze publicatie kadert in het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid, en gaat over een evaluatie van de organisatie van de praktijk van de substitutiebehandelingen voor opiaatafhankelijken in België.

Dit onderzoek werd toevertrouwd aan twee universitaire teams: enerzijds van het 'Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies' van de 'Université Libre de Bruxelles' (onder leiding van Pr. Isidore Pelc), anderzijds van de *Afstudeerrichting Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg* van de Katholieke Universiteit Leuven (onder leiding van Pr. Joris Casselman). Het onderzoek verliep in twee fasen: de eerste fase van augustus 2002 tot september 2003, en de tweede fase van oktober 2003 tot oktober 2004. De eerste fase werd besteed aan een haalbaarheidsstudie van het gebruik van klassieke instrumenten voor de evaluatie van dergelijke programma's. De tweede fase werd besteed aan het ontwikkelen van een instrument dat aangepast is aan de specifieke context van de substitutiebehandelingen in België. Zodoende heeft het onderzoek ook een aantal belangrijke vragen aan het licht gebracht in verband met de evaluatie van behandelingen gesitueerd in het grensgebied van psychologische, sociale en medische aangelegenheden.

## 2. Context van het onderzoek

Methadon is momenteel het meest gebruikte product in het kader van substitutiebehandelingen van opiaatafhankelijken in België, net zoals in het merendeel van de andere landen waar deze behandelingen worden toegepast. Deze behandelingsmethode heeft nochtans heel wat hindernissen ondervonden vooraleer aanvaard te worden. Bij de eerste medische experimenten in dit verband, in het begin van de jaren '80, was de toepassing ervan verboden door de wet van 1921, aangezien deze behandelingen beschouwd werden als het onderhouden van verslaving. Tijdens de jaren '80 werd, vooral binnen het medisch korps, een juridisch-administratieve strijd geleverd tussen de voorstanders en tegenstanders van de praktijk van de substitutiebehandelingen. Deze conflictueuze periode wordt tenslotte beslecht met een compromisoplossing, ter gelegenheid van een Consensusconferentie, die in 1994 te Gent werd georganiseerd. Justitie past de wet niet meer toe wanneer het gaat over substitutiebehandelingen en verlaat zich op de medische autoriteiten die de aanbevelingen van de Consensusconferentie toepassen. Het is tijdens deze periode van juridische tolerantie dat de praktijk van de substitutiebehandelingen zich op grotere schaal ontwikkelt, met ontegensprekelijk succes op vlak van de volksgezondheid. Dit betekent concreet dat vanaf dat moment elke geneesheer die de aanbevelingen van de Consensusconferentie respecteert bij opiaatafhankelijken een substitutiebehandeling kan instellen. In 1995 wordt door de federale regering een "*Actieplan Toxicomanie-Drugs*" goedgekeurd, waarin de oprichting vooropgesteld wordt van 'Medico-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers' (MSOCs), waarbinnen de praktijk van substitutiebehandelingen duidelijk vermeld wordt als bevoorrechte methode. In 2002 tenslotte wordt de toepassing van substitutiebehandelingen erkent door een wijziging van de wet van 1921.

Deze historische en juridische context biedt een verklaring voor het feit dat België een voorbeschikte bodem is geweest voor de ontwikkeling van een veelheid van verschillende

benaderingen, want binnen de ambulante zorg kunnen de volgende actoren teruggevonden worden die deze behandelingen toepassen:

- 1) geneesheren met een privé-kabinet ;
- 2) geneesheren werkzaam in een netwerk ;
- 3) geneesheren werkzaam in ambulante centra die gespecialiseerd zijn in de hulpverlening ten aanzien van druggebruikers ('centres de session') ;
- 4) geneesheren werkzaam in Medico-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers (MSOCs).

De evaluatie die wij hebben uitgevoerd betreft het strategisch belang van substitutiebehandelingen als organisatorisch proces binnen het zorgaanbod voor druggebruikers. Dit betekent concreet het nagaan van het profiel van de cliënten die zich aanbieden voor deze vorm van behandeling en dit in de verschillende voorzieningen waarbinnen deze worden toegepast, het bevragen van wat zij ervan verwachten en bekomen, van de betekenis die de zorgverstrekkers aan hun praktijk toekennen en van de wijze waarop zij deze praktijk zich, op homogene of heterogene wijze, inschakelt in het geheel van voorzieningen die zich geroepen voelen om de hulpverlening aan druggebruikers op zich te nemen.

Tijdens de eerste fase van het onderzoek, van augustus 2002 tot oktober 2003, hebben de onderzoeksteams een poging ondernomen om een set van instrumenten, gebaseerd op gevalideerde en internationaal aanvaarde instrumenten, toe te passen. Wij vermelden vooral het gebruik van de vragenlijsten *Addiction Severity Index (ASI)* en *Qualité de Vie Subjective (QUAVISUB)*. Het bleek echter dat dit niet paste binnen de organisatorische voorwaarden van de sector die de substitutiebehandelingen in België toepast. Verschillende elementen droegen bij tot het verhinderen van de toepassing ervan, met name kwam de grote diversiteit van doelstellingen en praktijken van substitutiebehandeling niet voldoende tot zijn recht.

Vandaar dat, tijdens de tweede fase van het onderzoek, een nieuwe vragenlijst werd opgesteld onder de naam *Substitution, Expectations, Qualité de Vie (SEQ)*. Deze werd aangewend tijdens twee beurten in Wallonië, Brussel en Vlaanderen bij 424 personen in behandeling bij meer dan 50 geneesheren. Bovendien werd de inschatting van de diversiteit van doelstellingen en praktijken grondiger nagegaan door de opbouw van ontmoetingen met de zorgverstrekkers. Wij hebben zodoende een vijftigtal geneesheren ontmoet in verschillende vormen van interventie. Tenslotte hebben wij, vertrekkende van de resultaten van het onderzoek, een aantal aanbevelingen opgesteld gericht aan de bevoegde autoriteiten.

### **3. Het kwantitatief luik**

#### **3.1. Doelstellingen en middelen**

Het algemeen objectief van het kwantitatief luik van het onderzoek was het benaderen en expliciteren van diversiteit van praktijken in verband met de substitutiebehandelingen. Men kan namelijk veronderstellen dat deze diversiteit kan verklaard worden door: de regionale context (Wallonië, Brussel, Vlaanderen), de soorten geneesheren, eigen praktijkkenmerken van de zorgverstrekkers, of het type cliënten. Vandaar dat de objectieven van het kwantitatief luik van het onderzoek de volgende zijn:

- a. het statistisch objectiveren van de vaststellingen in verband met de diversiteit van de praktijken van begeleiding vastgesteld tijdens de eerste fase ;

- b. het verduidelijken van de specifieke objectieven van de behandelingen, zowel voor elke geneesheer als voor elke cliënt van de steekproef, alsook de convergenties tussen deze twee soorten actoren ;
- c. het pogen te ontdekken van indicatoren van levenskwaliteit, gezondheid en van de 'afstand' ten aanzien van abstinentie ;
- d. het verduidelijken van andere betekenisvolle indicatoren betreffende het verloop van de begeleidingen ;
- e. het nagaan van de aanbevelingen van de Consensusconferentie in het kader van de praktijken teruggevonden in de steekproef ;
- f. het opsporen van de variabelen die een verandering op korte termijn bepalen, vooral bij nieuwe cliënten, door een test-retest met een tussentijd van enkele maanden.

Het kwantitatief luik werd verwezenlijkt dank zij een vragenlijst opgesteld ten behoeve van dit onderzoek: met name de *SEQ*. Deze bestaat uit twee componenten: een "Vragenlijst Patiënt" –bestemd voor de cliënt– en een "Technische Fiche" — bestemd voor de voorschrijvende geneesheer.

De "Vragenlijst Patiënt" omvat drie delen: het eerste deel betreft de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de behandeling, het tweede deel gaat over de vormen van behandeling en druggebruikerskenmerken, het derde deel tenslotte meet de Subjectieve Levenskwaliteit van de cliënten.

De "Technische Fiche" omvat enerzijds een reeks technische gegevens in verband met de behandeling (soorten geneesmiddelen en substitutieproducten en dosis, frequentie van de opvolging, regelmaat, het zich houden aan de regels, plaats van aflevering van het product, behandelingsplan) en anderzijds een lijst van mogelijke objectieven voor de behandeling ten aanzien van dewelke de geneesheer een niveau van belangrijkheid kan toekennen.

### 3.2. Steekproef van cliënten

De cliënten werden gerecruteerd door de geneesheren die de substitutiebehandeling voorschreven. Wij hebben een onderscheid gemaakt tussen geneesheren met een privé-kabinet en geneesheren werkzaam in een instelling. De meewerkende voorzieningen en geneesheren hebben een financiële vergoeding bekomen voor het bijkomende werk dat het participeren aan dit onderzoek met zich meebracht. De partners instellingen waren: de MSOC's van Charleroi, Brussel, Gent en Vlaams Brabant, en het *Projet LAMA* (Brussel). De andere partners waren geneesheren met een privé-kabinet in Brussel, in Vlaanderen en in Wallonië, voor een deel gerekruteerd in 'Maisons Médicales' of via het netwerk ALTO (Brussel en Wallonië) of gemandateerde geneesheren voor substitutiebehandelingen (Limburg).

In de loop van de twee afnamemomenten (I & II) hebben wij de volgende vragenlijsten bekomen :

**TABEL 1 : AANTAL VRAGENLIJSTEN PER AFNAME, REGIO EN CATEGORIE VAN GENEESHEREN**

	Brussel (Fr.)		Charleroi- Wallonië	
	<i>afname I</i>	<i>afname II</i>	<i>afname I</i>	<i>afname II</i>
<b>Privé-kabinet</b>	9 geneesheren		18 geneesheren	
<i>Aantal vragenl.</i>	40	11	103	5
<b>Instelling</b>	2 instellingen. – 15 geneesheren		1 instellingen – 5 geneesheren	
<i>Aantal vragenl.</i>	89	68	36	0
<b>TOTAAL</b>	24 geneesheren		23 geneesheren	

<i>Aantal vragenl.</i>	129	79	139	5
	208		144	
Totaal afname I : 268				
Totaal afname II : 84				
<b>TOTAAL : 352</b>				

	<b>Vlaanderen</b>	
	<i>afname I</i>	<i>afname II</i>
<b>Privé-kabinet</b>	26	0
<b>Instellingen</b>	29	0
<b>TOTAAL</b>	55	0

<b>Totaal afname I : 323</b>
<b>Totaal afname II : 84</b>
<b>TOTAAL : 407</b>

### 3.3. De gebruikte producten

Het overgrote deel van de cliënten van de steekproef kregen methadon, enkel zes kregen buprenorphine. De dosissen zijn sterk uiteenlopend, gaande van 1 tot 400 mg. De cliënten zijn er over het algemeen tevreden over. Er zijn geen significante verschillen gevonden qua regio of categorie van geneesheren. De dosissen zijn significant hoger in de instellingen in Brussel en in de privé-kabinetten in Vlaanderen. Men stelt ook verschillen in dosis naargelang het behandelingsplan: cliënten in behandeling met als doel een degressieve ontwenning krijgen significant minder methadon dan degenen in substitutiebehandeling *stricto sensu* of in onderhoudsbehandeling. Het is waarschijnlijk zo dat de dosis van de cliënten die het blijkbaar minder goed maken.

43% van de cliënten van de steekproef nemen, zij het occasioneel, heroïne en 15% neemt dit dagelijks. Deze laatste zijn hoofdzakelijk cliënten die minder dan 6 maanden in begeleiding zijn. De behandeling met methadon draagt dus bij om vrij snel de dagelijkse gebruikers van heroïne te doen afnemen. De meeste cliënten nemen andere voorgeschreven psychoactieve geneesmiddelen : pijnstillers (66%), slaapmiddelen (44%), angstwerende middelen (28%) en antidepressiva (26%).

Voor al deze vormen van gebruik beweren de Vlaamse cliënten over het algemeen een hogere graad van bevrediging te vertonen.

### 3.4. Het kader van de behandeling

De instellingsgeneesheren proberen hun cliënten wekelijks te zien, terwijl de geneesheren met een privé-kabinet hun cliënten over het algemeen tweewekelijks zien. De cliënten die sinds minder dan zes maanden in begeleiding zijn worden meer regelmatig gezien. De overgrote meerderheid van de cliënten worden beschouwd als regelmatig (93%) en de regels van de behandeling respecterend (95%). Deze hoge graad van regelmaat en respecteren van de regels zijn waarschijnlijk te wijten aan een selectieve scheef trekking. Een kleine helft van de cliënten neemt zijn medicatie in de apotheek, een andere kleine helft beheert zijn behandeling op autonome wijze.

Wat de behandelingsplannen betreft is de degressieve afbouw het meest vast te stellen bij de cliënten die minder dan zes maanden in begeleiding zijn en onderhoudsbehandeling bij cliënten die meer dan 24 maanden in begeleiding zijn. Abstinentie is een belangrijker objectief voor de cliënten in degressieve afbouw, zowel volgens de geneesheer als volgens de

cliënt zelf. In tegenstelling hiermede zijn de cliënten in onderhoudsbehandeling minder regelmatig, respecteren minder de regels, zij worden sinds langere tijd gevolgd, zijn ouder en krijgen een hogere dosis methadon. De geneesheren hechten meer belang aan objectieven van schadebeperking voor deze cliënten. Het objectief "*heroïnegebruik onder controle houden*" is bij de cliënten van deze groep prioritair.

Er bestaat dus een zekere coherentie tussen het type cliënt en het behandelingsplan binnen hetwelk de geneesheer hen situeert. Men kan zich nochtans afvragen of de indeling van de cliënten volgens een behandelingsplan door de geneesheren niet door de karakteristieken van de cliënten zelf bepaald wordt.

### **3.5. De doelstellingen van de behandeling**

Het belangrijkste objectief, volgens de geneesheren, is, "*het contact met de hulpverlening in stand houden*" gevolgd door "*het zelfbeeld verbeteren*". Het objectief abstinentie is weinig belangrijk voor de instellingsgeneesheren in Brussel en in Wallonië en zeer belangrijk voor de geneesheren met een privé-kabinet in Vlaanderen. Wat de cliënten zelf betreft, hechten degenen die gevolgd worden door geneesheren met een privé-kabinet in Vlaanderen en door instellingsgeneesheren in Wallonië minder belang aan het objectief abstinentie dan de cliënten van geneesheren met een privé-kabinet in Brussel. In tegenstelling hiermede hechten de cliënten van geneesheren met een privé-kabinet in Vlaanderen een groter belang aan "*gebruik onder controle houden*" ten aanzien van andere categorieën van geneesheren.

De correlaties tussen de objectieven van de cliënten laten toe om 4 hoofddimensies te onderkennen : een "*psychologische*" dimensie, een dimensie "*veiligheid*", een dimensie "*product*" en een "*sociale*" dimensie. Deze laatste wordt beschouwd als de belangrijkste, terwijl de dimensie "*veiligheid*" als de minst belangrijkste beschouwd wordt.

De objectieven van de "psychologische" en "sociale" dimensies van de cliënten worden slecht gepercipieerd door de geneesheren. Wanneer echter de geneesheer het minst belang hecht aan de dimensie "veiligheid", maar de cliënt zelf deze dimensie op de voorgrond stelt, dan is de geneesheer volledig akkoord met de cliënt. In tegenstelling daarmede is het zo dat de bezorgdheid van de geneesheren in verband met de gezondheid, door de cliënten niet worden beaamd.

### **3.6. Het traject van de patiënten**

38% van de cliënten hebben een eerste contact gehad met hun huidige geneesheer sinds minder dan één jaar en 68% wordt gevolgd door hun huidige geneesheer sinds minder dan 4 jaar. De geneesheren met een privé-kabinet kennen hun cliënten sinds langere tijd dan de instellingsgeneesheren. De Vlaamse instellingen volgen blijkbaar uitsluitend cliënten sinds minder dan zes maanden. 34,5% van alle cliënten zijn sinds minder dan één jaar in substitutiebehandeling. Toch heeft 46% van de cliënten reeds vroeger een eerste behandeling gevolgd.

Gemiddeld zijn de cliënten voor het eerst in contact gekomen met een opiaat op de leeftijd van 19 jaar. Zij beweren afhankelijk geworden te zijn op 22jarige leeftijd en hebben een eerste substitutiebehandeling bekomen op de leeftijd van 25. Zes jaar gemiddeld verloopt er tussen het eerste contact met een opiaat en de eerste substitutiebehandeling. Deze leeftijden van contact, afhankelijkheid of eerste substitutiebehandeling blijken niet veel invloed te hebben op het type van begeleiding. In tegenstelling hiermede is de duur van de behandeling blijkbaar meer bepalend: hoe langer deze is, des te meer verwijderd men zich van het objectief

abstinentie op korte termijn om te kiezen voor objectieven van onderhoudsbehandeling op lange termijn.

### 3.7. Levenskwaliteit

De levenskwaliteit van de cliënten is in algemene zin minder goed dan deze van de Belgische bevolking in goede gezondheid, van dezelfde leeftijd en van hetzelfde geslacht, met hetzelfde instrument geëvalueerd (SLDS). De Vlamingen zijn meer tevreden dan de andere respondenten. Dit wil niet zeggen dat alle drugafhankelijken een slechte levenskwaliteit vertonen: want 130 van de 295 cliënten bereiken een bevredigend niveau van levenskwaliteit.

### 3.8. Tweede afname

Uit de test-retest analyse komen gelijklopende veranderingen naar voor, onder meer het verder uiteenliggen in de tijd van afspraken en een meer autonoom beheer van de afleveringen, dit voor alle partners en zonder onderscheid op vlak van de duur van de lopende behandeling en het soort categorie van voorziening. De dosissen methadon van de cliënten in behandeling "sinds 24 maanden of minder" worden op significante wijze aangepast gedurende de tijd verlopen tussen de twee afnamen. Blijkbaar kan men dus drie fasen onderscheiden in de evolutie van de substitutiebehandelingen. De **eerste fase** betreft de **eerste zes maanden van de behandeling** voor de cliënt. Enerzijds is het kader van de behandeling strikter (dagelijkse aflevering, belang van het volgen van de regels...) en de objectieven zijn meer gericht op een abstinentie op relatief korte termijn. Tijdens de **tweede fase, meer dan zes maanden maar binnen de 24 maanden**, is het autonoom beheer van de behandeling belangrijker, en zelfs wanneer blijkt dat de behandeling nog steeds gericht is op abstinentie, wordt dit over langere tijd nagestreefd. Tenslotte, tijdens de **derde fase**, die een aanvang neemt **na 24 maanden**, neemt het belang van het kader af en objectieven zoals "schadebeperking" nemen in belang toe, de objectieven richten zich meer op een logica van de onderhoudsbehandeling. Het is echter van belang vast te stellen dat een dergelijke evolutie te wijten kan zijn aan aspecten van evolutie eigen aan de cliënt zelf, maar ook aan de wijze waarop de voorschrijvende geneesheer de cliënt percipieert.

### 3.9. Besluiten

**1. Medewerkende cliënten** : de overgrote meerderheid van de respondenten (93%) kan gezegd worden dat zij zich goed aan **de regels van de behandeling houden**. Wij weten echter niet of dit een trouwe weergave is van de totale cliëntengroep of het gevolg van een selectieve scheeftrekking eigen aan de steekproef.

**2. Zeer grote diversiteit van praktijken** : de kwantitatieve gegevens bevestigen de zeer grote diversiteit van praktijken en de onafhankelijkheid van de variabelen ten aanzien van de cliënten of de begeleiding. Er bestaat bijgevolg geen verband tussen het soort cliënt, of bepaalde kenmerken van zijn probleem en soort begeleiding die de cliënt bekommt. De belangrijkste aspecten van de behandeling voor de cliënten zijn, *het contact met de zorgverstrekkers* en *methadon als medicament*, en dit afgezien van de regio van herkomst, het soort geneesheren en de plaats van de behandeling. Voor de geneesheren is het *vermindere van strafbare feiten* een weinig belangrijk objectief van de behandeling.

*Op het niveau van de regio's* komen er twee tegengestelde *ideaaltypes* naar voor: Vlaanderen enerzijds en Brussel anderzijds, Wallonië neemt een tussenpositie in. De Vlaamse cliënten zijn jonger, sinds minder lange tijd in behandeling, en gebruiken meer frequent

heroïne en alcohol. Zij zijn ook meer tevreden over hun levenskwaliteit. De aflevering van methadon verloopt meer gecontroleerd (privé-kabinet / instelling, apotheek). De geneesheren hechten minder belang aan de verschillende objectieven van de behandeling - vooral in vergelijking met Wallonië. Het tegenovergestelde beeld geldt voor de regio Brussel-Hoofdstedelijk Gewest.

*Op het niveau van de categorieën van geneesheren* : de cliënten worden sinds langere tijd gevolgd door de geneesheren met een privé-kabinet, met afspraken die verder uiteenliggen in de tijd, zij zijn zeer regelmatig en zijn meestal aan hun eerste behandeling toe. Abstinentie is een belangrijk objectief, de dosissen methadon zijn lager. Het omgekeerde beeld geldt voor de instellingen, waar de cliënten meer belang toekennen aan urinecontroles en sociale bijstand.

**3. De dimensies van de behandeling en de doelstellingen** : op het niveau van de *objectieven van de cliënt* kunnen vier dimensies onderkend worden: een "*psychologische*" dimensie, een "*sociale*" dimensie, een dimensie "*veiligheid*" en een dimensie "*product*". Wanneer de patiënten ofwel het product ofwel de veiligheid op de voorgrond plaatsen zijn de correlaties tussen de objectieven van de cliënten en de geneesheren zeer goed. Heel anders ligt het voor de "*sociale*" dimensie : de correlaties zijn wel hoog wanneer de cliënt zeer concrete objectieven naar voor schuift, zoals "*bevredigend werk vinden*", zij zijn veel zwakker ten aanzien van minder grijpbare objectieven zoals "*bekwaam zijn om mijn projecten te realiseren*" of "*meer beschikbaar zijn*". Tenslotte is de correlatie opmerkelijk laag in verband met meer strikt psychologische overwegingen. Autonome dimensies komen over het algemeen minder naar voor bij de objectieven van de geneesheren, met uitzondering van de dimensies "product", "veiligheid", en "andere objectieven".

**4. Levenskwaliteit – Abstinentie – Gezondheid** : Deze drie indicatoren onderscheiden verschillende cliëntenprofielen en vormen van begeleiding. Het bereiken van deze objectieven, tijdens de behandeling, is niet uitzonderlijk, aangezien 46% van de cliënten abtinent is van 'hard drugs', 44% beweert over een goede levenskwaliteit te beschikken en 42% meent in goede gezondheid te verkeren. Deze drie objectieven hebben trouwens verband met elkaar; levenskwaliteit, gezondheid en abstinentie gaan over het algemeen samen, wat niet inhoudt dat men de betekenis van de causale verbanden kan bepalen.

**5. Nieuwe cliënten – Oude cliënten – Lange tijd in behandeling** : Het blijkt dat men drie fasen kan onderkennen in de evolutie van de substitutiebehandelingen in functie van de duur van de behandeling. Voor de "*nieuwe cliënten*" – in behandeling sinds minder dan 6 maanden – is het behandelingskader strikter (dagelijkse aflevering, belang van het respecteren van de regels...) en de objectieven zijn meer gericht op een abstinentie op relatief korte tijd (degressieve afbouw). Voor de "*oudere cliënten*" – tussen 6 en 24 maanden behandeling – is het autonoom beheer van de behandeling belangrijker, en zelfs wanneer blijkt dat de behandeling nog steeds gericht is op abstinentie, wordt dit over langere tijd nagestreefd. Tenslotte, voor de cliënten "*lang in behandeling*" – sinds meer dan 24 maanden - neemt het belang van het kader af en objectieven zoals "schadebeperking" nemen in belang toe, de objectieven richten zich meer op een logica van de onderhoudsbehandeling. Het is echter belangrijk vast te stellen dat een dergelijke evolutie te wijten kan zijn aan aspecten van evolutie eigen aan de cliënt zelf, maar ook aan de wijze waarop de voorschrijvende geneesheer de cliënt percipieert. In de steekproef is het mogelijk om een substitutiebehandeling te starten op verschillende leeftijden, maar hoe later een eerste behandeling start, des te langer is de duur van de behandeling. Dit trekt de aandacht op het chronisch aspect van deze problematiek.



**6. Controles :** De urinecontroles wordt als belangrijker beschouwd door de instellingscliënten en dit ofwel in het kader van een ontwenningplan, ofwel daar waar abstinentie een belangrijk objectief lijkt te zijn. Er is een negatieve correlatie aanwezig tussen de dosis van methadon en het belang van deze controles. Omgekeerd wordt dit objectief als minder belangrijk geacht bij cliënten in onderhoudsbehandeling en bij cliënten van geneesheren met een privé-kabinet. Het belang van de regels wordt vooral getipt door hen die abstinentie als objectief voorop stellen. Tenslotte is het zo dat methadon meer afgeleverd wordt in een privé-kabinet, in een instelling of bij de apotheker bij "*nieuwe cliënten*".

**7. Variabelen die kunnen worden afgevoerd :** Enkele variabelen hebben geen verband met parameters van de behandeling en van de cliënten. Het betreft enerzijds de gegevens in verband met het verloop van het cliëntentrajec (leeftijd van het eerste contact met drugs, leeftijd van afhankelijkheid, leeftijd van eerste hulpvraag, leeftijd van eerste substitutiebehandeling) en anderzijds gegevens in verband met het gebruik van heroïne.

## 4. Kwalitatief luik

Doelstellingen van de kwalitatieve benadering zijn: 1) het bekomen van informatie over de diversiteit van de praktijken van substitutiebehandelingen, 2) het bekomen van informatie over de diversiteit van objectieven van deze behandelingen, 3) het uitwerken van een interpretatiecontext voor het kwantitatief luik en eventueel 4) het opsporen van praktische indicatoren om de evolutie van de behandelingen en de cliënten te meten (gericht op de doeltreffendheid van de behandelingen).

### 4.1. Methodologie

**TABEL 2 : AANTAL ONTMOETE GENEESHEREN VOOR HET KWALITATIEF GEDEELTE**

	<b>Instellingen</b>	<b>Privé-kabinetten</b>	<b>Totaal</b>
<b>Brussel</b>	15	9	24
<b>Wallonië</b>	5	18	23
<b>Totaal</b>	20	27	47

De geneesheren met een privé-kabinet werden individueel ontmoet tijdens interviews van ongeveer één uur. De instellingsgeneesheren werden in groep ontmoet tijdens *Focusgroepen*, die ongeveer twee uur per sessie duurden.

De doelstelling van een interview is om de mening te bekomen van een persoon, ofwel omdat hij een bijzondere kennis bezit (bijvoorbeeld een deskundige), ofwel als voorbereidende opstap naar een meer uitvoerige medewerking die er in bestaat om voorafgaandelijk geïndividualiseerde informatie te verzamelen, ofwel in voorbereiding van een confrontatie of bemiddeling als het van belang is dat verschillende partijen elkaar confidentieel informatie doorgeven. Het interview is een zuivere verzameling van informatie en doet in dit verband slechts dienst als onderwerp van analyse in een bredere context. Het interview beoogt enkel een discours na te gaan, met zijn accenten en subtiliteiten.

De interviews hadden plaats in het privé-kabinet van de geïnterviewde. Zij werden uitgevoerd met "vlottend luisteren" (*écoute flottante*). Contextnota's en significante uitspraken werden in aanmerking genomen. De interviews werden verrijkt met een analyse van de context en van het "niet gezegde" (niet verbale communicatie, mimiek). In het kader van een poging tot validering kregen de groepsleden nadien de analysetekst van hun bijdragen

en hebben zij de gelegenheid gehad om zich in dit verband uit te spreken. Bij de eindanalyse werd met hun opmerkingen rekening gehouden.

*Focusgroepen* richten zich op groepen van individuele participanten (zij verwoorden slechts hun eigen mening). De doelstelling van *Focusgroepen* bestaat er in om de waaier van standpunten aan bod te laten komen in verband met een centraal onderwerp. *Focusgroepen* zijn bijeenkomsten van deelnemers in aanwezigheid van een animator, met een ideale duur van twee uur. In het kader van een poging tot validering kregen de groepsleden nadien de analysetekst van hun bijdragen en hebben zij de gelegenheid gehad om zich in dit verband uit te spreken. Bij de eindanalyse werd met hun opmerkingen rekening gehouden.

De kwalitatieve gegevens werden samengebracht en geanalyseerd door samenvoeging rond een aantal sleutelthematieken.

## **4.2. Algemene beschrijving van categorieën van geneesheren**

### *4.2.1. Geneesheren met een privé-kabinet*

De geneesheren met een privé-kabinet volgen slechts een zeer klein aantal druggebruikers in substitutiebehandeling. De raadplegingen voor deze cliënten zijn zeer duidelijk de minderheid. De meeste geneesheren beweren in dit verband niet het etiket te willen krijgen van "specialisten voor druggebruikers". Sommige geneesheren verantwoorden deze keuze door de werkdruk, anderen integreren deze keuze binnen hun opvatting over huisartsgeneeskunde, waarvan de roeping zou zijn het begeleiden van de lijdende mens met pathologie van chronische aard. De grote meerderheid van de geneesheren met privé praktijk heeft in elk geval een nogal negatief beeld van de raadplegingen in de instellingen: *"dit moet erg onbeheersbaar zijn"*<sup>1</sup>. De omgekeerde perceptie bestaat bij de instellingsgeneesheren. Zoals dit het geval is voor alle klinische zorgverstrekkers in de relatie met hun cliënten, bestaat er een wederzijdse aanpassing van de zorgverstrekkers en de cliënten, wat maakt dat de cliënten zich slechts wenden tot die zorgverstrekkers waarvan zij geloven dat zij zouden kunnen beantwoorden aan hun vragen., net zoals de zorgverstrekkers slechts die personen zien afkomen die min of meer aan hun verwachtingen beantwoorden. Deze wederzijdse aanpassing komt vooral tot uiting ter gelegenheid van de allereerste contacten. Alhoewel het beeld van de ongedisciplineerde en rustversturende druggebruikers breed verspreid zijn bij geneesheren, trachten sommigen dit te relativiseren: *"Uiteindelijk zijn zij (druggebruikers) zeer gedisciplineerd in vergelijking met andere pathologieën (hoge bloeddruk, diabetes...)", "de cliënten (druggebruikers) komen op afspraak, geen bijzonder probleem. Er zijn er meer met alcoholisten en psychotici"*.

Men kan dus stellen dat de wijze waarop het of de eerste contact(en) verlopen bepalend zijn voor het instellen van een kader voor een therapeutische relatie. Sommige geneesheren zeggen expliciet dat zij een dergelijk kader instellen en zij zijn bewust van het mogelijks bijzonder therapeutisch karakter van hun werkwijze. Voor het merendeel van de geneesheren echter beantwoordt het instellen van een kader niet aan een strikt therapeutische logica maar eerder aan een bezorgdheid om relatief comfortabele voorwaarden van opvolging in te stellen. De beheersing van de voorwaarden van de relatie die dan het kader uitmaakt. Voor sommige geneesheren ten slotte, is het instellen van een kader blijkbaar niet een bewuste en belangrijke werkwijze. Deze laatste hebben een minimalistische opvatting van

---

<sup>1</sup> De geciteerde uitspraken tussen haakjes en in cursief, zonder referentie naar een publicatie, komen uiteraard voort uit de antwoorden in het kader van de interviews met de ontmoete geneesheren.

hun rol : zij zijn beschikbaar voor de begeleiding van de persoon zonder de bedoeling te hebben om in te werken op de oorzaak van dit lijden.

#### 4.2.2. Instellingsgeneesheren

De instellingsgeneesheren die ontmoet werden waren afkomstig van de MSOCs van Brussel en van Charleroi (*Diapason*), en van het *Projet LAMA* (Brussel). Verschillend ten aanzien van wat zich voordoet in het privé-kabinet, wordt het instellen van een therapeutisch kader door de instelling globaal verzorgd en niet door de geneesheer zelf. Zelfs wanneer de toegang tot de substitutiebehandeling zeer vlot is, toch komt de cliënt in contact met andere zorgverstrekkers vooraleer de geneesheer te ontmoeten. De instellingsgeneesheren drukken een zekere tevredenheid uit over het feit dat zij kunnen terugvallen op een therapeutisch team om het kader te beheren. Als spiegelbeeld van wat de geneesheren met een privé-kabinet verwoorden, hebben zij zich een nogal negatief beeld gevormd van de plaatsen waar een dergelijk kader niet aanwezig is, onder meer in een privé-kabinet.

### 4.3. Verband met de producten (drugs, geneesmiddelen) – De doelstellingen van de behandeling

#### 4.3.1. De drugs, de opiaten

Op het niveau van de principes is het zo dat alle geneesheren beamen dat het begrijpen van de druggebruikers zich niet mag beperken tot een probleem van afhankelijkheid van een product of tot een "simpele" kwestie van het beheersen van het druggebruik, maar ook psychologische en sociale aspecten omvat. Deze aspecten worden als zeer determinerend beschouwd door de meerderheid van de geneesheren. Logischerwijze zijn de geneesheren ook akkoord om te beweren dat wanneer het gebruik van drugs problematisch wordt, het steeds het gevolg is van andere reeds aanwezige problemen. De praktijken en de onderliggende percepties van deze praktijken liggen nochtans niet in het verlengde van deze principes.

Er komen drie duidelijke wijzen van begrijpen van de te behandelende problematiek naar voor: ten eerste waarbij druggebruik hoofdzakelijk wordt gedefinieerd door het gebruik van een drug, met andere woorden van *illegale* psychoactieve substanties; ten tweede waarbij het determinerend element is de afhankelijkheidsrelatie van deze gebruiker ten aanzien van het product; ten derde ten slotte waarbij het druggebruik wordt gepercipieerd als een problematiek waarbij de psychische aspecten prominent zijn en waarvan het compulsief gebruik van psychoactieve producten de symptomatische uitdrukking bij uitstek is.

#### 4.3.2. De doelstellingen van de substitutiebehandeling

Het merendeel van de geneesheren beweert abstinentie niet als prioritair objectief op het oog te hebben. Nochtans, zoals reeds gemeld, de praktijken en de onderliggende percepties van deze praktijken komen niet overeen met dit principe. Voor anderen, zij het minder talrijk, is de psychosociale dimensie van de problematiek prioritair, en is abstinentie eventueel de ultieme uitkomst van een proces van herstel op psychosociaal vlak. Bij deze laatste vinden sommigen dat de cliënt *"zijn weg moet banen"* en dat het objectief van de behandeling is om de cliënt te begeleiden door te pogen het lijden te beperken; anderen zijn van mening eens de relatie tot het product geneutraliseerd door de behandeling, de begeleiding dan bestaat in het bewerken van de psychosociale dimensies van de problematiek.

Alhoewel abstinentie niet vaak beschouwd wordt als een objectief op zich, blijft het toch het ideaal voor de zeer grote meerderheid van de geneesheren, die hun discours opsmukken met opmerkingen zoals : *"er zijn vele hervallen, maar er zijn er toch die er toe komen (om geen methadon meer te nemen zonder hervall, dus niet meer te gebruiken)", "men probeert zoveel als mogelijk te verminderen, maar soms is dit niet gemakkelijk en er zijn er die er nooit toe komen"...* De grote meerderheid van de geneesheren beweert dat abstinentie een objectief was in het begin van hun loopbaan, *"maar men moet vlug deze illusies laten varen, meestal is dit niet mogelijk"*. Vandaar dat men vanuit een zeker pragmatisch pessimisme geneigd is dit onrealistisch objectief te vervangen door een objectief van onderhoudsbehandeling.

De *onderhoudsbehandeling* betekent een behandelingsmodaliteit waarbij, technisch gesproken, de cliënt regelmatig zijn substitutiegeneesmiddel bekomt zonder dat er een vaste eindterm voor de behandeling wordt bepaald. Dit objectief wordt door de meerderheid van de geneesheren beaamd, met abstinentie als niet bereikt ideaal. Bovendien maken de geneesheren weinig gebruik van de term van "onderhoudsbehandeling". Zij vermelden meer spontaan noties zoals *"begeleiding"*, *"chronische begeleiding"*, *"stabilisatie"*. De meeste geneesheren beschouwen drugafhankelijkheid als een chronische ziekte. Deze geneesheren bevinden zich dan in een zekere "minimalistische" positie: aangezien zij de pathologie als chronisch benoemen vraagt dit uiteraard een behandeling die zelf opgevat wordt als een chronische begeleiding, tenzij uitzonderlijke omstandigheden ook een hypothese van spontaan herstel oproepen. Het debat dat dan opduikt is dit van de plaats van de huisarts ten aanzien van problemen van psychologische en sociale aard, die beschouwd worden als zijnde van doorslaggevende aard voor het goed verloop van de substitutiebehandeling. Indien de geneesheer van oordeel is dat het aangewezen is om in dit domein een interventie te doen, kan hij in het psychosociaal veld ingrijpen – *"bij elke ziekte is er een 'psy' dimensie, dit behoort tot de algemene benadering in de geneeskunde... Maar er zijn veel geneesheren die schrik hebben en die zich opsluiten in goed afgelijnde categorieën"*—of is dit bestemd voor andere zorgverstrekkers, zoals psychologen... *"maar zij staan niet zeer positief ten aanzien van een 'psy', zij zijn geen vragende partij"* ? De onderhoudsbehandeling heeft hier een andere betekenis: in plaats van een benadering te zijn *"bij gebrek aan beter"*, houdt zij een techniek in die toegang biedt tot een meer psychotherapeutische begeleiding, het is een benadering die de neutralisatie van de plaats van het product op het oog heeft.

#### **4.4. Het verloop van de behandeling**

##### *4.4.1. Controles en dosis*

Schematisch gezien verlopen de raadplegingen bij alle geneesheren op dezelfde wijze, zowel in het privé-kabinet als in een instelling. Toch kunnen er een aantal bijzonderheden onderlijnd worden. Weinig geneesheren hechten belang aan controles. Zij die hun opvatting over drugafhankelijkheid vooral opvatten als de aanwezigheid van drugs zijn meer geïnteresseerd door deze aspecten. In tegenstelling met zij die drugafhankelijkheid opvatten als een probleem waarbij psychosociale aspecten van doorslaggevende aard zijn hebben meer aandacht voor wat hun cliënten te zeggen hebben dan voor een objectieve meting van hun gebruik van drugs.

De praktijken zijn ook verschillend op vlak van het bepalen van de dosis. Dit gedeelte van hun werk beheersen zij allemaal goed: zij zijn op de hoogte van de dosissen die gewoonlijk worden gehanteerd, van de grenzen, zij kennen de mogelijke symptomen die kunnen optreden bij een te lage of een te hoge dosering... Het verder verloop van de behandeling is meer gevarieerd. De instellingen hebben hun eigen regels. In het privé-kabinet,

behouden sommige geneesheren de absolute controle over de dosering van het substitutieproduct. Over het algemeen richten zij zich op het verminderen van de dosis. Indien de cliënt tekenen van verzwakking vertoont, beslist de geneesheer tot een (nieuwe) verhoging van de dosis in afwachting van nieuwe positieve tekens. Bij deze geneesheren bestaat de boodschap van de behandeling er bijgevolg in om fasen van verminderen en van (opnieuw) verhogen van de dosis in te stellen rekening houdend met de wisselende toestand van de cliënt. Bij andere geneesheren is de dosering het resultaat van overleg met de cliënt. Tenslotte zijn er een aantal geneesheren die wachten tot de cliënt zelf dit onderwerp ten berde brengt. De cliënten vragen nogal vaak om de dosis te verlagen en de geneesheer heeft dikwijls de taak om deze verzoeken te matigen.

Afgezien van deze basiselementen die een symptomatisch karakter hebben, vormen alle geneesheren hun klinisch oordeel door rekening te houden met wat de cliënten over hun levensomstandigheden mededelen : *"Wanneer zij werk vinden is dit meestal een goed teken", "Wanneer het beter gaat in hun familie of met hun vriendje of vriendinnetje", "zij zeggen het wanneer zij zich niet goed voelen, er moet niet veel gebeuren, een klein tegenvaller en hop ! het is weer zover", "Het belangrijke is dat zij de stabiliteit terugvinden in hun bestaan, het werk en dergelijke; dat zij dan nog methadon nemen, zelfs gans hun leven, dit is niet erg" ; "In het begin praten zij vooral over heroïne en over materiële moeilijkheden... Daarna gaat het meestal over de familie. Nog een zekere tijd later spreken ze mij over de toekomst, dan zeg ik tot mijzelf dat het goed gaat, omdat zij niet meer over het product spreken"...* Een bijzonderheid bij de substitutiebehandeling is klaarblijkelijk dat de elementen die de geneesheer toelaten om de behandeling op te volgen van psychologische en /of van sociale-relatieve aard zijn en niet van biomedische aard. Vandaar dat de meeste geneesheren van mening zijn dat het goed gaat met de cliënt wanneer deze zegt dat het goed gaat. Anderen baseren zich eerder op "objectiveerbare" psychosociale elementen, zoals het recupereren van een job, een verbetering van de sociale / familiale relaties... Sommigen ten slotte houden meer rekening met de psychologische evolutie van de cliënt, zoals zijn interessegebieden.

#### *4.4.2. Klinisch gezond verstand en het speculatieve van relaties*

Indien de geneesheer zich moet baseren op psychologische en sociale elementen om het goede verloop van de behandeling te verzekeren, rijst de vraag of hij wel bekwaam is op dit domein. De grote meerderheid van de geneesheren is van mening dat zij onvoldoende gevormd werden in dit verband. De vaststelling dringt zich op dat de geneesheren een relatieve perplexiteit vertonen ten aanzien van bepaalde situaties waarmede zij worden geconfronteerd : niet nagekomen afspraken, brutale onderbrekingen van de behandeling, weigering om te spreken, te laat komen op afspraken, verhalen van verloren, gestolen of doorgegeven producten... *"Uiteindelijk ben ik mij er van bewust geworden dat wanneer ik dacht dat het goed ging dat het in feit niet goed ging".* Sommige geneesheren hebben een gevoeligheid ontwikkeld ten aanzien van deze bijzonderheden van de relationele dynamiek. Het betreft echter geneesheren die zich in deze richting geëngageerd hebben essentieel ten gevolge van persoonlijke en niet wegens professionele redenen. Voor de anderen stellen we ons vragen over de grenzen van het medisch klinisch gezond verstand in deze psychologische en sociale / relationele domeinen. Er is een zwak punt te onderkennen in het therapeutisch proces van de cliënten in substitutiebehandeling : deze zet de poort open voor een interventie van meer psychotherapeutische aard. Indien dit niet tot het werkveld van de geneesheer behoort, en wanneer de cliënt niet elders in begeleiding is bij een andere zorgverstrekker, dan rest enkel het toeval of de lotsbestemming om voordeel te halen uit deze opportuniteit.

#### 4.4.3. De geneesheren en de psychosociale hulpverleners

De sociale assistenten worden vooral erkend voor hun rol bij het in orde brengen van administratieve zaken en hun hulp bij het bekomen van sociale hulp (werkloosheid, ziekte, invaliditeit, onderdak, ziekteverzekering)...

De rol van de psychiater wordt aanvaard voor die cliënten die evidente vormen van psychiatrische comorbiditeit vertonen. Geneesheren beweren dat een groot aantal van hun drugafhankelijke cliënten andere psychiatrische pathologie vertonen. Zodoende verschijnt een vierde figuur van drugafhankelijkheid: voor sommige cliënten met psychiatrische comorbiditeit is de substitutiebehandeling een legale toegangspoort tot opiaten en neemt de vorm aan van een chronische begeleiding van psychiatrische pathologie en niet een behandeling van het syndroom drugafhankelijkheid.

De relatie van de geneesheren met de psychologen en psychotherapeuten is complexer. Bij de geneesheren bestaat er een *continuüm* van opvattingen gaande van een relatieve onderschatting van de psycho-relatieve dimensies tot een persoonlijke investering in het psychotherapeutisch veld. De situatie die het meest voorkomt is deze van de geneesheer die bewust is van de impact van deze dimensie bij de te behandelen problematiek, maar die niet duidelijk de specifieke aspecten van de psychotherapeutische benaderingen percipieert of zich beschouwt als niet bekwaam om de vraag voor een dergelijke begeleiding tot een goed einde te brengen.

De situatie is uiteraard zeer verschillend in de instellingen waar deze verschillende rollen samen aanwezig zijn. Maar toch is het nog noodzakelijk dat de interne organisatorische processen toelaten dat elke rol zijn positie inneemt ten aanzien van de andere en dat de communicatie onder zorgenverstrekkers rond één cliënt toereikend is op kwantitatief en kwalitatief vlak. Want in de instellingen is het een telkens weer opduikend probleem dat de nodige tijd voor deze communicatie vaak ontbreekt.

#### 4.4.4. Orde en wanorde, stabilisatie en verhouding tot sociale normen

Welnu, voor de meerderheid van de geneesheren is het belangrijkste evaluatiecriterium van de substitutiebehandelingen de stabilisatie, begrepen als het in de hand houden – door de geneesheer – van de hoeveelheid opiaten gebruikt door de cliënt, die tot stand komt en zich in stand houdt parallel aan een sociaal-relatieve stabilisatie die tot uiting komt door een betere aanpassing van de cliënt aan de sociale normen, met name in verband met tewerkstelling, familiale relaties en kortom van "normaal" sociaal gedrag. Is het zo legitiem om welzijn en gezondheid van de cliënt te assimileren met stabiliteit en het respecteren van sociale normen? Dit is de centrale vraag van de problematiek van de drugafhankelijken en van de substitutiebehandelingen en het is aan de geneesheren om zich te positioneren ten aanzien van deze vraag.

### 4.5. De drugafhankelijken / de drugafhankelijkheid

Over het algemeen bevestigen alle geneesheren dat zij niet voldoende opgeleid werden voor de problematiek van de drugafhankelijkheden. Vandaar dat de grote meerderheid van de geneesheren het idee opperen dat zij begonnen zijn met zich in te laten met drugafhankelijken met een *"groot aantal clichés in hun hoofd"*. De meeste geneesheren beweren dat zij sterk geëvolueerd zijn in de wijze waarop zij het probleem waarnemen. Het meest gebruikelijk idee is dit van het mildereren van hun eisen : *"Aanvankelijk is men vrij strikt en nogal idealistisch, men denkt dat men met een beetje discipline en vertrouwen alles kan regelen. Maar nadien leert men om niet het goede voor de cliënt te willen in zijn plaats"*. Op het vlak van de

praktische organisatie van de behandelingen, zoals recent geïntroduceerd door het Koninklijk Besluit van 19 maart 2004, zijn de begeleiding en de opleiding van de geneesheren belangrijke thematieken. Maar de geneesheren zijn vrij weerspanning ten aanzien van het idee van regels in verband met opleiding. Het is aan de medische professie en niet aan de wetgever om dergelijke voorzieningen te organiseren. De meerderheid van de geneesheren benadrukt inderdaad het belang van de specificiteit van de zorgorganisatie voor druggebruikers in België, die zou toelaten om hen allemaal op te volgen binnen de huisartsgeneeskunde.

## 5. Besluiten en aanbevelingen

Tien jaar na de Consensusconferentie in Gent is het van belang om eerst en vooral de actuele situatie te situeren binnen de context van de doorlopen evolutie. **Vanuit dit standpunt bekeken is het eindresultaat van de praktijk van de substitutiebehandelingen in België positief.**

Inderdaad, het aanbod van zorg in dit verband is momenteel relatief belangrijk wegens de mogelijkheid van een volledige opvang van deze problematiek door de huisartsgeneeskunde, naast een eveneens belangrijk zorgaanbod op het niveau van instellingen. Dit zorgaanbod is niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief goed voorzien en gedifferentieerd – in die mate zelfs dat de gestandaardiseerde evaluatie-instrumenten in dit verband niet behoorlijk konden aangepast worden aan de Belgische situatie. En hoewel de variëteit aan zorgvoorzieningen groot is beantwoordt dit zorgaanbod, met zijn verschillende modaliteiten, blijkbaar aan de variëteit van bestaande vragen. Het blijkt inderdaad dat zowel de praktijk bij de huisartsen als de praktijk in de instellingen beantwoorden aan verschillende types van cliënten of aan verschillende momenten van het traject van de cliënten, die niet het een bevredigend antwoord zouden bekomen via de andere opvangwijze. **Het blijkt dus van essentieel belang te zijn dat deze twee grote modaliteiten van opvang zouden kunnen blijven bestaan en zich verder kunnen ontwikkelen.**

Het is ook belangrijk te onderlijnen dat de geneesheren die aan ons onderzoek hebben geparticipeerd allen een hoge graad van verantwoordelijkheid tonen ten aanzien van het beheer van de behandelingen die zij verschaffen : al de door ons ontmoette zorgverstrekkers hebben, vooral door contact met de gespecialiseerde sector en door lectuur, de nodige kennis verworven teneinde substitutiebehandelingen tot een goed einde te brengen; zij hebben allemaal aandacht voor het voorkomen van eventuele misbruiken vanwege hun cliënten; zij hebben zich allen zodanig georganiseerd dat zij dubbelzinnige situaties in hun relaties met cliënten kunnen vermijden. De geneesheren met een privé-kabinet volgen slechts een beperkt aantal cliënten op en wensen er niet meer te begeleiden. Het is bijgevolg nogal duidelijk dat een aantal bezorgdheden die geuit werden voor de Consensusconferentie in verband met de depenalisatie van de substitutiebehandelingen die miskleunen en misbruiken zouden tot gevolg hebben, niet bewaarheid zijn geworden.

Bovendien is het de gewoonte in ons land om de regionale verschillen te benadrukken, terwijl ons onderzoek blijkbaar aangeeft dat wanneer er, op vlak van substitutiebehandelingen, een grote diversiteit van praktijken bestaat, deze geen verband houden met de verschillende regio's en ook niet met de verschillende medische zorgtrajecten (privé-kabinetten *versus* instellingen).

Uiteraard zijn deze vaststellingen eigen aan onze steekproef van zorgverstrekkers, en men kan zich voorstellen dat, indien er kwaadwillige geneesheren of slechte voorschrijvers bestaan, zij zich niet hebben bereid verklaard om mee te werken aan ons onderzoek. Nochtans hebben wij op geen enkel ogenblik horen spreken van dergelijke situaties, wat bewijst dat, indien zij bestaan, zij niettemin tot de uitzonderingen behoren. Vandaar dat,

algemeen gesteld en ondanks de relatieve lacune op juridisch gebied, die overheerste tot in 2002, de substitutiebehandelingen in België, zowel op vlak van hun organisatie en hun praktijken, zich op een bevredigende wijze hebben ingesteld en dat zij professioneel in de hand worden gehouden.

Het discours van de geneesheren die wij hebben ontmoet weerspiegelt eveneens de duidelijke evolutie in vergelijking met wat er in dit verband tien jaar geleden te horen viel binnen het medisch korps: een groot aantal clichés betreffende drugafhankelijkheid en drugafhankelijkheid zijn weggevallen – vooral wat betreft "*een natuurlijke neiging tot oneerlijkheid*", zoals een geneesheer het verwoordde. Het objectief van abstinentie als automatische voorbode voor eender welke toegang tot een diepgaande therapeutische demarche, is op dit ogenblik ook niet meer de dominante positie.

Maar, indien we deze algemene context die positief uitvalt overschrijden, zijn er een aantal relatief belangrijke moeilijkheden te onderkennen. Bijvoorbeeld, in verband met de objectieven van de substitutiebehandelingen in het kader van de diversiteit van praktijken, hebben wij gezien dat, alhoewel het merendeel van de geneesheren abstinentie niet meer beschouwt als een onvermijdelijke voorafgaande fase voor een begeleiding, dit niet werd vervangen door een ander positief behandelingsobjectief. Dit heeft tot gevolg dat een nogal veralgemeende praktijk van de onderhoudsbehandeling – eerder omschreven door de geneesheren in termen van *stabilisatie* en de *normalisatie*–, gepercipieerd wordt als een objectief bij gebrek aan beter. In het statistisch gedeelte van de studie onderkennen wij inderdaad verschillende attitudes bij de geneesheren ten aanzien van nieuwe in vergelijking met oudere cliënten. Voor de "*nieuwe cliënten*" –in behandeling sinds minder dan 6 maanden–, blijft het objectief abstinentie zeer levendig en wordt vooropgesteld op relatief korte termijn, de geneesheren en de cliënten situeren zich gemakkelijk binnen een logica van regressieve afbouw en het therapeutisch kader is vrij strikt. We kunnen stellen dat voor deze cliënten, de therapeutische verwachting, begrepen als de mogelijkheid om alsnog een genezing te bekomen – begrepen als het stoppen met het gebruik van drugs – nog zeer hoog gespannen blijft.

Naarmate de duur van de behandeling toeneemt, verwijderd men zich des te meer van dit ideaal schema om een behandelingsplan te volgen dat zich richt op een vorm van onderhoudsbehandeling bij gebrek aan beter. Vandaar dat bij de "*cliënten die lang in behandeling zijn*" –sinds meer dan 24 maanden– het therapeutisch kader minder belangrijk is, abstinentie is geen objectief meer voor de behandeling en de te behandelen problematiek wordt eerder beschreven in termen van chronische pathologie die een begeleiding vergt in afwachting van een hypothetisch spontaan herstel – een verandering in het leven van de cliënt die hoogst onwaarschijnlijk is. In zekere zin is zodoende de therapeutische verwachting, steeds begrepen als het stoppen met het gebruik van drugs, duidelijk veel minder uitgesproken.

In het ene en het andere geval blijft het idealiter te bereiken objectief de abstinentie, zelfs al is dit in het laatste geval blijkbaar onmogelijk te bereiken – vandaar dat de onderhoudsbehandeling beschouwd wordt als een objectief bij gebrek aan beter. Het feit dat de grote meerderheid van de geneesheren aanneemt dat de problematiek van drugafhankelijkheden zijn oorsprong vindt in eerder psychologische en / of sociale aspecten van de levensloop van de cliënten en dat het tot uiting komend afhankelijkheidssyndroom waarschijnlijk een symptoom is van een meer dieperliggende kwaal, heeft daarom blijkbaar niet tot gevolg gehad dat de te behandelen problematiek op een andere manier begrepen werd, en wat aanleiding zou geven tot gewijzigde behandelingsobjectieven en praktijken.



Een doorslaggevende verklaring voor deze situatie vloeit waarschijnlijk voort uit **de organisatie van de opleiding van de geneesheren** in verband met afhankelijkheidsproblemen en meer algemeen gesteld ten aanzien van de psychologische en / of sociale dimensies van bepaalde pathologieën, waarvan de drugafhankelijkheden een duidelijk voorbeeld zijn. Het is nochtans belangrijk te onderlijnen dat, hoe ontoereikend ook de opleiding van de geneesheren soms mag lijken op het vlak van de psychosociale implicaties van de problemen van drugafhankelijkheid dat er ook een gebrek aan duidelijkheid te noteren is in het discours van de vertegenwoordigers van de gespecialiseerde drughulpverleningsector ten aanzien van dezelfde implicaties.

## **1. Verbeteren van de universitaire opleiding van geneesheren in verband met afhankelijkheden**

De wet van 22 augustus 2002 aangevuld met het Koninklijk Besluit van 19 maart 2004 dringt in het bijzonder aan op de vorming van de geneesheren. Inderdaad, elke geneesheer die substitutiebehandelingen voorschrijft moet een erkende huisarts zijn of een geneesheer-specialist *"die, tijdens of na zijn opleiding, specifiek werd opgeleid voor de behandeling van patiënten drugsgebruikers en de instelling van een behandeling met vervangingsmiddelen of die, op het moment van de inwerkingtreding van dit besluit, expertise heeft op dit vlak; onder specifieke opleiding [...], verstaat men een opleiding met dat doel georganiseerd gezamenlijk door wetenschappelijke organisaties van huisartsen, van geneesheren-specialisten, door een centrum voor opvang van toxicomanen, door een netwerk voor de opvang van drugsgebruikers of door een gespecialiseerd centrum. Onder expertise verstaat men specifieke en continue opleiding, kennis van de farmacologie, wetenschappelijke publicaties en ervaring in behandelingen met vervangingsmiddelen. [...] Elke arts die behandelingen met vervangingsmiddelen verstrekt, moet het bewijs kunnen leveren dat hij een continue opleiding volgt, artikels leest in verband met deze materie en deelneemt aan activiteiten van een centrum van een netwerk voor opvang van drugsgebruikers of van een gespecialiseerd centrum"*<sup>2</sup>.

Uit ons onderzoek blijkt dat de geneesheren die momenteel substitutiebehandelingen verstrekken, zonder twijfel voldoen aan de wettelijke vereisten. Wat de praktijk betreft van deze behandelingen door huisartsen blijkt tegelijk ook dat deze geneesheren niet het etiket wensen te krijgen "gespecialiseerd" te zijn in drugafhankelijkheden en het aantal dergelijke cliënten wensen beperkt te houden – wat eveneens coherent is ten aanzien van de kwaliteit van de zorgen. Het is bijgevolg hoogst waarschijnlijk dat de geneesheren die zich richten op een huisartsgeneeskunde met een privé-kabinet, zullen weigeren om hun tijd te investeren in complexe vormen van opleiding ten aanzien van drugafhankelijkheden met het vooruitzicht om één, twee of maximaal drie cliënten te volgen. **Er bestaat dus een risico, in deze gegeven situatie, dat het zorgaanbod in de huisartsgeneeskunde in de toekomst zal afnemen.**

Het blijkt tegelijk dat de basisopleiding van de geneesheren, die kadert in de universitaire opleiding, duidelijk ontoereikend tot onbestaande is, wanneer het gaat over afhankelijkheid van drugs. **Het is blijkbaar noodzakelijk dat deze pathologie, die binnen de huidige samenleving vaak voorkomt, meer aandacht zou krijgen binnen het universitair opleidingscurriculum voor geneesheren, zodat elke huisarts die de universiteit verlaat, in staat zou zijn om substitutiebehandelingen te verstrekken zonder bijkomende of gespecialiseerde vorming.**

---

<sup>2</sup> FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, *Op. Cit.*, Art. 2§1, pp. 35 927-35 928

## **2. Beter sensibiliseren van de geneesheren ten aanzien van de psychologische en sociale dimensies van de problematiek van de drugafhankelijkheden**

De opleidingsvereisten voor geneesheren betreffen niet alleen de kennis van de problematiek van afhankelijkheid, van de medische behandelingsmethoden en van de symptomatologie en / of de farmacologie van de substitutiebehandelingen. We hebben in dit onderzoek het belang van de psychologische en sociale dimensies van de problematiek van de afhankelijkheden onderkend, alsook de moeilijkheden welke deze aspecten betekenen voor de geneesheren. Enerzijds blijken de geneesheren vrij weinig gesensibiliseerd voor detecteren van vragen van psychosociale aard bij hun cliënten. Anderzijds blijken zij de specificiteiten van de toe te passen interventies op dit terrein onvoldoende te kennen, alhoewel zij wel het belang ervan inzien bij afhankelijkheidsproblemen. Dit aspect raakt aan het veel ruimer probleem van de terughoudendheid ten aanzien van de psychosociale dimensies van de symptomen, syndromen of pathologieën die vaak voorkomen in de huisartsgeneeskunde (slaapproblemen, depressie, zenuwpijnen en andere pijnen van psychosomatische aard, etc.).

Vandaar dat het duidelijk blijkt dat het van fundamenteel belang is om **eveneens een groter belang te hechten aan deze psychosociale dimensies in het kader van de universitaire basisopleiding van de geneesheren**. Het gaat uiteraard niet over het feit dat alle geneesheren tot psychotherapeuten zouden moeten worden omgevormd, maar hen eerder **een basisopleiding in medische psychologie** te bieden, dan wel in psychiatrische pathologieën (relatie arts-patiënt, relatie geneesheer-familie, motivatiebevordering, leren luisteren en het psychologisch gesprek bij lijden, trauma en stress, ...)

Bovendien is het noodzakelijk dat het huidig aanbod voor permanente vorming, in de schoot van het medisch corps (Postacademische vorming, Balintgroepen...) aandacht heeft voor aspecten van de relatie tussen geneeskunde en psychosociale dimensies van bepaalde pathologieën, en uiteraard in verband met afhankelijkheid van drugs waarbij deze dimensies overheersen. Het gaat er om de rol van de geneesheer en van de geneeskunde ten aanzien van deze problemen te verduidelijken, en beter vat te krijgen op de mogelijke verbanden tussen de geneesheer en andere zorgverstrekkers in het kader van de substitutiebehandelingen.

Het lijkt ons belangrijk om te benadrukken dat de meerderheid van de geneesheren terughoudend zijn ten aanzien van het idee van een specifieke wetgeving op het vlak van de opvang van drugverslaafden : indien men aanneemt dat druggebruikers zouden kunnen in begeleiding genomen worden in de huisartsgeneeskunde zoals elke andere pathologie, dan is het niet coherent om voor hen een bijzondere wetgeving te voorzien, eerder dan zich te beroepen op de traditionele medische instanties (universiteiten, wetenschappelijke verenigingen voor huisartsen, Platformen voor Geestelijke gezondheidszorg, de Orde der Geneesheren op provinciaal en nationaal vlak...), **dat het er bijgevolg op neer komt om uit te nodigen tot reflectie, zodat zij werken aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg op dit gebied**.

Teneinde de huisartsen meer aandacht te laten hebben voor de psychologische en sociale dimensies van bepaalde pathologieën, **is het wenselijk dat het RIZIV gesprekken, voor een oppuntstelling, die veel tijd in beslag nemen, uitgevoerd door huisartsen, als prestatie zouden erkend worden** (zoals dit het geval is bij psychiaters).