



HOGE GEZONDHEIDSRAAD

AFDELING I: Prophylaxie van de beschavingsziekten

Onderafdeling 1.1 Verslavingen

Voorzitter : Prof. I. PELC

**VERSLAG OVER DE FOLLOW-UP VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE
OVER METHADON**

November 2000 - HGR: 6931

Correspondentieadres:

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu
Hoge Gezondheidsraad

Adres: Esplanadegebouw 718 – R.A.C.
Pachecolaan 19 Bus 5
B-1010 BRUSSEL

Fax: 02/210.64.07

E-mail: Guy.devleeschouwer@health.fgov.be

INHOUDSTAFEL

**1. INLEIDING: CONTEXT VAN DE FOLLOW-UP EN HERHALING VAN DE
OBJECTIEVEN**

2. METHODOLOGIE

3. WAAROM EEN "FOLLOW-UP OVER DE CONSENSUSCONFERENTIE"?

3.1. Een nieuw statuut voor Methadon? Nieuwe drugs?

4. VERLOOP VAN DE FOLLOW-UP

**5. DE WERKINSTRUMENTEN DIE GEBRUIKT WERDEN TIJDENS DE
BIJENKOMSTEN OVER DE FOLLOW-UP.
VRAGENLIJST OVER DE TEKST VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE VAN
OKTOBER 1994**

**6. AUDITIES VAN DE INSTITUTIONELE TUSSENPERSONEN EN VAN DE
PRACTICI**

6.1. Auditie van de Hoofdinspectie van de Apotheek (HA), van de Provinciale Medische Commissies (PMC) en van de Raad van de Orde der Geneesheren :Synthese

6.1.1. De huidige normen bij het voorschrijven van Methadon

6.1.2. De registratiesystemen

6.2. Discussie over de audits van de Hoofdinspectie van de Apotheek en de Provinciale Medische Commissies

6.2.1. De normverschillen van de Consensus betreffende het voorschrijven van Methadon in de substitutiebehandeling.

6.2.1.1. Afwijkingen op de norm van het voorschrijven van Methadon

6.2.1.2. Afwijkingen op de normen van de Consensusconferentie bij het voorschrijven van andere psychotrope middelen.

6.2.1.2.1. De paradoxale effecten van bepaalde hypnotica

6.2.1.3. Geen andere substitutiegeneesmiddelen in België: Onbegrijpelijke weerstanden

6.2.1.4. Internationale vooruitzichten over de substitutiebehandelingen met andere verdovende middelen en hun experimentele evaluatie

6.2.2. De registratiesystemen bij het voorschrijven van Methadon. Ontwikkeling

6.2.2.1. De registratiesystemen van de Hoofdinspectie van de Apotheek

7. NADERE ANALYSE OP BASIS VAN REGISTRATIES VAN DE HOOFDINSPECTIE VAN DE APOTHEEK

Tot stand gekomen door de samenwerking van M B. Vandenbosch, Inspecteur Diensthoofd en M. Y. Ledoux, Socioloog aan de Hoge Gezondheidsraad Wetenschappelijk Secretaris van het programma van de " Follow-up van de Consensusconferentie " (Dir. Prof. I. Pelc).

7.1. Analyse van de levering van Methadon per Provincie en de voorstelling van de hoeveelheid per 10.000 inwoners. Jaar 1996

7.2. Analyse per gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

7.2.1. Evolutie van de substitutiebehandeling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

7.2.2. Situatie per gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

8. DE REGISTRATIESYSTEMEN VAN DE PROVINCIALE MEDISCHE COMMISSIES EN VAN DE HOOFDINSPECTIE VAN DE APOTHEEK

9. AUDITIES VAN DE VERTEGENWOORDIGERS VAN HET MINISTERIE VAN JUSTITIE, VAN DE PARKETTEN, VAN DE PENITENTIAIRE ADMINISTRATIE, VAN DE ADVOCATEN.

9.1. Heeft de spectaculaire stijging van de substitutiebehandelingen een objectief effect op de criminaliteit in België?

9.2. Mortaliteit onder Methadon. Nog veel te onvolledige analyses

9.2.1. Methadon in de gevangenis

10. AUDITIES VAN DE PRACTICI OVER DE SUBSTITUTIEBEHANDELING

11. HUIDIGE SITUATIE EN GLOBALE EVOLUTIE VAN DE SUBSTITUTIEBEHANDELING IN BELGIE

11.1. Onderscheid tussen het niveau of drempel van de opvang

11.1.1. Lage drempel tot de behandeling met Methadon, met weinig toelatingsvoorwaarden

11.1.2. Lage drempel behandeling in de programma's voor "risicovermindering"

11.1.3. Lage drempel voor de levering van Methadon in België- Evaluatie van 1994 tot 1998

12. BALANS VAN DE EVOLUTIE VAN DE SUBSTITUTIEBEHANDELING IN BELGIE EN DE HUIDIGE SITUATIE

13. KORT BIBLIOGRAFISCH OVERZICHT

13.1. Kwaliteit van de zorgen : het onderzoek

13.1.1. " Kwantiteit ", " kwaliteit " en aard van de zorgen. Methodologische inleiding

13.1.2. De globale voordelen van de psychosociale aanpak: de gespecialiseerde behandelingen op middellange en lange termijn versus de ontwenning (desintoxicatie) of ontstentenis van behandeling

13.1.3. Specifieke voordelen van de psychosociale aanpak, die complementair zijn aan de substitutiebehandeling

13.1.4. De kwaliteit van de substitutiebehandeling in België

13.1.4.1. Bevestiging van de positieve impact van de relationele aanpak

13.1.5. De ontwikkeling van de substitutieve " somatische " oriëntatie. Vooroordelen, voordelen en klinische problemen

13.2. Het voorschrijven van verdovende middelen door huisartsen. Reglementaire en consensuele beperkingen

13.2.1. Nederland ((1995)

13.2.2. Frankrijk - Recente situatie (Facy F. et al., 1996, pp 73-86 ; Wieworka S., 1996, pp 87-94)

13.2.3. Duitsland. - Recente situatie (Weber U., 1997)

13.2.4. Verenigd Koninkrijk - Recente situatie (Farrell M., 1995 ; pp 137-152)

13.2.5. Opmerkingen over het voorschrijfgedrag van verdovende middelen in onze buurlanden (Frankrijk, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Nederland)

13.3. Analyse van de wetenschappelijke literatuur betreffende de substitutiebehandeling in de algemene praktijk - huisartsen en Methadon

13.3.1. Beknopte presentatie van de publicaties over de substitutiebehandelingen in de huisartsenpraktijk

13.4. Kommentaren over de weergave van de wetenschappelijke literatuur over Methadon en de privé-praktijk van de huisarts

14. HEROÏNE-AFHANKELIJKHEID OF MISBRUIK ? EEN ONOPGELOST PROBLEEM BIJ HET STARTEN VAN DE SUBSTITUTIEBEHANDELING

14.1. De Minimale Klinische Gegevens (MKG) in het ziekenhuis en het verschil tussen afhankelijkheid en misbruik

14.2. Hoe de risico's van een overdosis te voorkomen, voornamelijk bij excessieve gebruikers?

14.3. De latentie voor het eerste Methadon gebruik

15. WAT IS DE COMPLIANTIE TIJDENS DE BEHANDELING?

16. ANALYSE VAN DE ONDERZOEKEN IN BELGIË OVER METHADON SINDS DE CONSENSUSCONFERENTIE

16.1. Voorbeeld van een programma voor risicovermindering in Brussel georganiseerd door " Modus Vivendi "

16.1.1. De relatie tussen de toxicomanen en de apothekers

16.2. Studie Alto Hepatitis C - Toxicomanie.

16.3. Enquêtes bij de huisartsen (" lage drempel ")

16.3.1. Enquête: Parentaliteit en toxicomanie waar er sprake is van de parentaliteit, de uitsluiting en de precariteit van de toxicomanen die door de huisarts behandeld worden

17. BESLUITEN VAN DE AUDITIES VAN DE INSTITUTIONELE TUSSENPERSONEN EN VAN DE PRACTICI DOOR DE GROEP VAN EXPERTEN VAN DE "FOLLOW -UP VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE " GEORGANISEERD DOOR DE ONDERAFDELING 1. " VESLAVINGEN" VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRaad

17.1. Voorstel tot wijziging van de tekst van de Consensusconferentie tijdens de follow-up in de Hoge Raad voor Hygiëne

17.2. Bijkomende commentaren bij de tekst van de "Consensusconferentie" over Methadon van 1994.

17.2.1. De individuele praktijk

17.2.2. De relatie tussen de artsen

18. BIBLIOGRAFIE

19. LIJST VAN DE DEELNEMERS AAN DE "FOLLOW-UP VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE OVER METHADON".

1. INLEIDING: CONTEXT VAN DE FOLLOW-UP EN HERHALING VAN DE OBJECTIEVEN

De Consensusconferentie over methadon, georganiseerd in 1994 op initiatief van het Ministerie van Sociale Zaken en algemeen aanvaard als het keerpunt in de evolutie van de toxico-therapie in België, heeft de toegang tot dit geneesmiddel vergemakkelijkt. Het blijft een referentiepunt voor practici en de verantwoordelijke autoriteiten voor de bewaking en het gebruik van dit geneesmiddel, ook al is er geen wettelijk kader. Gezien de uitbreiding van de substitutiebehandeling en de snelle evolutie van de opvang voor toxicomanen, moest er een "follow-up van de methadonconsensus" georganiseerd worden om de huidige pertinentie van de consensus van 1994 te evalueren en concrete voorstellen te doen om de toegang tot substitutiebehandelingen beter te beheren, in het belang van de patiënt, de practicus en alle burgers. De Hoge Gezondheidsraad heeft, samen met de onderafdeling Verslavingen van de sectie 1 Beschavingsziekten, voorgezeten door Professor I.Pelc, de verwezenlijking van dit programma van 1997 tot 1998 ondersteund.

2. METHODOLOGIE

Om een strenge follow-up van de consensus te realiseren werd er een groep experts uitgenodigd, samen met de deelnemers van de Consensusconferentie, in oktober 1997. Men stelde voor om de institutionele tussenpersonen en de betreffende practici te consulteren.

Door deze procedure zou het mogelijk moeten zijn om verschillende meningen te horen en een consensus te bereiken zodanig dat de verschillende visies gerespecteerd blijven. De deelnemers hadden dus alle plaats om hun goedkeuring of misnoegen te tonen tijdens de gedetailleerde analyse van de tekst over de Consensusconferentie (voorgesteld onder de vorm van een vragenlijst). De lijst van de deelnemers van de "follow-up van de Consensusconferentie over Methadon" bevindt zich in appendix 5.

Een synthese over de wetenschappelijke oriëntatie zou de audits moeten onderstrepen.

3. WAAROM EEN "FOLLOW-UP OVER DE CONSENSUSCONFERENTIE"?

3.1. Een nieuw statuut voor Methadon? Nieuwe drugs?

Zoals Het Dagboek van de Arts het reeds benadrukte op 25 oktober 1994 tijdens de presentatie van de Consensus "Er is daarenboven besloten dat het debat, verre van gesloten, opnieuw zal geopend worden over drie jaar; een nieuwe conferentie zal het dan mogelijk maken om de resultaten te evalueren" (Kiszbaum, 1994). Inderdaad, door deze consensus op te stellen konden de leden van de jury zich niet in beelden dit debat te sluiten. Men stelde bovendien vast dat, meerdere maanden later, er nieuwe vragen werden gesteld, voornamelijk over de registratie van de substitutiebehandelingen. Een circulaire van de Medische Provinciale Commissie (M.P.C.) van Brabant van 2 april 1995 gelaste de artsen en apothekers om de identiteit van hun patiënten evenals hun dossier over de evolutie van hun behandeling over te maken. De Raad van State, die verwittigd was door het MDI - Medisch Deontologisch Initiatief -, reagerend op de nieuwe circulaire van de M.P.C., heeft de practici, die de anonimiteit van hun patiënten respecteerden, gelijk gegeven. Dit verklaart waarom bepaalde personen methadon willen herdefiniëren als een gewoon geneesmiddel, om ze uit de logica te brengen van de controle van de toxicomanie. Dit is zeker de algemene tendens op het gebied van de toxico- en de substitutietherapie die de discussie aangewakkerd heeft,

sinds de Consensusconferentie.

Nu de geneesmiddelenstatus van Methadon bijna verwezenlijkt is, blijven er nog enkele problemen over aangaande het voorschrijven van andere geneesmiddelen.

Hypnotica -flunitrazepam, Vesparax®- leiden tot abususs en afhankelijkheid, in het bijzonder bij toxicomanen, en ze maken deel uit van de controle van het voorschrijfgedrag bij toxicomanen. We zullen zien dat er omtrent dit onderwerp een consensus bereikt is tijdens de sessies van de werkgroep en voor het eerst door een akkoord tussen practici, Medische Commissies en de Inspectie van de Apothekers!

De balans opmaken voor deze stoffen, die een bron van problemen zijn, zou integraal deel moeten uitmaken van de "Follow-up van de Consensusconferentie". Indien we de legitimatie van Methadon nog enigszins temperen door ze als een quasi-geneesmiddel te omschrijven, is dit te wijten aan twee redenen: de leveringsmodaliteiten aan de patiënt en de overlijdensrisico's van de inname bij niet toxicomanen.

Methadon is een substitutiegeneesmiddel voor een toxicomaan, maar een dodelijke drug voor een niet-druggebruiker¹. Aan deze dualiteit kunnen we niet ontsnappen, zelf indien een niet-druggebruiker slechts accidenteel in contact komt met Methadon.

We zullen later terugkomen op de gevaren van Methadon bij niet-druggebruikers en voornamelijk bij kinderen die ze accidenteel zouden ingenomen hebben.

¹ Bij gebruik van 1 mg per kg lichaamsgewicht (verslag expertengroep).

4. VERLOOP VAN DE FOLLOW-UP

De Groep Experts hebben eerst drie maal vergaderd om de huidige situatie van het voorschrijfgedrag van Methadon in België te evalueren. Elkeen heeft een gedocumenteerde bijdrage toegevoegd. De groep heeft gebruik gemaakt van de inbreng van de Logistieke Eenheid van de Medische Evaluatie van de hoge Raad voor Hygiëne op het gebied van het bibliografische onderzoek. Meerdere experts hebben werken, rapporten en recente publicaties voorgesteld in België over de substitutiebehandeling. Alle deelnemers werden geleid door objectiviteit en beoogden een wetenschappelijke benadering.

Het struikelblok van steriele polemieken werd vermeden. Dit wil zeggen dat de deelnemers niet alleen rekening hielden met de positieve aspecten van de evolutie sinds de consensus, maar ook met de nog onopgeloste problemen die verbonden zijn met de snelle toename van de Methadon voorschriften en dat ze zich vragen stelden bij de interpretaties van de consensus.

5. DE WERKINSTRUMENTEN DIE GEBRUIKT WERDEN TIJDENS DE BIJEENKOMSTEN OVER DE FOLLOW-UP.

VRAGENLIJST OVER DE TEKST VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE VAN OKTOBER 1994

Om alle deelnemers aan de werkvergaderingen toe te laten met kennis van zaken hun mening te geven over de "Follow-up van de Consensusconferentie", werd er een vragenrooster opgesteld op basis van de tekst van de Conferentie. Een inventaris van de thema's en van de sub-thema's werd uitgewerkt uitgaande van de voorstellen van de tekst van de Consensusconferentie. Afgaande op hun klassement worden de te bespreken vragen gesteld, indien nodig, en wordt er gerefereerd naar de informatiebron die nodig is om deze te beantwoorden.

Sommigen deelnemers aan de vergaderingen werden uitgenodigd in functie van hun mogelijkheden om de gestelde vragen te verhelderen.

Het rooster laat dus toe aan de lezer om zich de tekst van de Conferentie te herinneren (1ste kolom) en zo de rode draad te volgen die gebruikt werd tijdens de vergaderingen met de verschillende professionele groepen (Tabel 1).

Tabel 1.

"conferentie over de Methadonconsensus " (1994)

inventaris van de thema's, van de voorstellen, van de te behandelen vragen en de informatiebronnen

| N° | Tekst van de conferentie | De te behandelen vragen | Informatiebronnen |
|----|---|--|--|
| 1 | <p>Effect op het gebruik van heroïne</p> <p>Methadon is een doeltreffend geneesmiddel in de behandeling van de heroïneafhankelijkheid</p> | <p>Recente wetenschappelijke werken die de doeltreffendheid op een of andere manier documenteren</p> | <p>Bibliografisch onderzoek</p> |
| 2 | <p>De Methadonbehandeling vermindert het verbruik van heroïne en het intraveneus gebruik ervan</p> | <p>Idem</p> | <p>Idem</p> |
| 3 | <p>De Methadonbehandeling vermindert de mortaliteit geassocieerd aan de verslaving aan heroïne.</p> | <p>Evolutie van de mortaliteit t.w.a. het gebruik van heroïne in België en/of het gebruik van Methadon of andere synthetische opiaten</p> | <p>CCAD*/VAD**</p> <p>INS*** - IHE****</p> |
| 4 | <p>De Methadonbehandeling vermindert het besmettingsrisico van het AIDS virus (HIV) en hepatitis B et C virus</p> | <p>Evolutie van de besmetting door het AIDS virus bij de druggebruikers in België</p> <p>Evolutie van de hepatitis B en C in België ? Evolutie van de prevalentie bij de druggebruikers onder en zonder Methadon ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • N.B. bijvoorbeeld : in de huidige situatie geobserveerd bij de toxicomanen van het ALTO netwerk is er een prevalentie van hepatitis C van meer dan 33 %. Kan een uitbreiding van de substitutiebehandeling deze situatie verbeteren of stabiliseren ? | <p>Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE)</p> <p>Voorbeeld :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr B. Denis (Charleroi) • cfr. Appendix document van de SSMG (lijst van ontvangen documenten) |
| 5 | <p>De Methadonbehandeling vertraagd de evolutie van de ziekte bij HIV seropositieve heroïnegebruikers</p> | <p>Voorbeelden die de evolutie van de HIV seropositiviteit bij druggebruikers onder methadon en zonder methadon</p> | <p>Voorbeeld :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr Denis (Charleroi) • cfr. Appendix document van de SSMG (lijst van ontvangen documenten) |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6 | <p>De Methadonbehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbetert de therapeutische compliance van HIV seropositieve heroïnegebruikers • Vergemakkelijkt de opsporing en strategieën voor de gezondheidsopvoeding. | <p>Enquêtes die het niveau van de compliance vergelijken naargelang de opvang : verbetert Methadon de therapeutische compliance van de toxicomanen in het algemeen (evenals deze van HIV seropositieve druggebruikers) ?</p> | <p>Wetenschappelijke literatuur</p> <p>Klinische ervaring</p> |
|---|---|--|---|

* Comité de Concertation Alcool/Drogues - ** Vereniging Alcohol-Drugs -
 *** Institut National de Statistique - **** Institut d'Hygiène et
 d'Epidémiologie-Institut pour la Santé Publique Pasteur

Tabel 1. - vervolg 1.

"conferentie over de Methadonconsensus " (1994)

inventaris van de thema's, van de voorstellen, van de te behandelen vragen en de informatiebronnen

| N° | Tekst van de conferentie | De te behandelen vragen | Getuigen, Bronnen |
|----|--|--|--|
| 7 | <p>Sociale en professionele effecten :</p> <p>De Methadon verbetert de sociale en professionele bekwaamheden en vermindert de delinkwente activiteiten.</p> | <p>Resultaten van de recente werken over de substitutiebehandeling en de invloed op hiervan op de sociale toestand.</p> <p>Commentaar :</p> <p>Studies met controlegroepen zijn zeldzaam in België.</p> | <p>Evaluatie van de follow-up in de wetenschappelijke literatuur</p> <p>Practici</p> <p>Ministerie Justitie</p> <p>Penitentiaire administratie</p> |
| 8 | <p>Wat zijn de indicaties, de contra-indicaties en de beperkingen van de Methadonbehandeling</p> <p>Indicaties</p> <p>De Methadonbehandeling heeft als indicatie de heroïneafhankelijkheid, steunend op een diagnose die verkregen wordt door een anamnese en een klinisch onderzoek en gestaafd door bijkomende onderzoeken indien nodig (urine dosages bijvoorbeeld)</p> | <p>Is de heroïneafhankelijkheid bevestigd voordat er een substitutietherapie wordt gestart? Indien ja, hoe ? Worden urine dosages effectief uitgevoerd in het begin van de behandeling ?</p> | <p>Practici</p> |
| 9 | <p>Bepaalde uitzonderingen buiten beschouwing gelaten, die een specifieke aanpak noodzakelijk maken of bijzondere</p> | <p>Worden patiënten van minder dan 18 jaar behandeld met substitutie opiaten?</p> | <p>Practici</p> |

bekwaamheden vragen, moet de patiënt minstens 18 jaar zijn en duidelijke antecedenten van afhankelijkheid vertonen sinds meer dan 1 jaar.

De notie van afhankelijkheid houdt in dat verschillende spontane of begeleide ontwenningsoogingen gefaald hebben.

Wordt de duur van de afhankelijkheid nagekeken? (cfr. supra)

Kijkt men na af er werkelijk ontwenningsoogingen geweest zijn? Indien ja, hoe?

Tabel 1. - vervolg 2.

"conferentie over de Methadonconsensus" (1994)

inventaris van de thema's, van de voorstellen, van de te behandelen vragen en de informatiebronnen

| N° | Tekst van de conferentie | De te behandelen vragen | Getuigen, Bronnen |
|----|--|---|---|
| 10 | <p>Contra-indicaties</p> <p>Er zijn geen contra-indicaties maar er zijn wel eventuele geassocieerde psychiatrische morbiditeiten (alcoholisme, polytoxicomanieën, depressie, psychose...)</p> <p>Zwangerschap is geen contra-indicatie</p> | <p>Is het nuttig om een overzicht op te stellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de bijwerkingen 2. de interacties met andere drugs 3. de niveaus van overdosages <p>Evaluatie van zwangerschappen onder Methadonbehandeling</p> | <p>Wetenschappelijke Literatuur Commissie van geneesmiddellentoezicht</p> <p>Wetenschappelijke Literatuur gespecialiseerde programma's (bvb. Midrash)</p> |
| 11 | <p>Beperkingen</p> <p>Er is geen wetenschappelijke reden om het globaal aantal patiënten onder Methadon te beperken, op voorwaarde dat ze aan de inclusiecriteria beantwoorden</p> | <p>Evaluatie van het belang van de voorschriften Incidentie op de andere therapeutische modaliteiten Controle van de voorschriften</p> | <p>Hoofdinspectie van de Apotheek</p> |
| 12 | <p>Wat is de plaats van de andere substitutiebehandelingen?</p> | <p>... plaats van de andere behandelingen t.o.v. de substitutiebehandelingen?</p> | <p>Inspectie van de apotheek</p> <p>Practici</p> |
| 13 | <p>Op buprenorphine (Temgesic) na is er geen enkel ander substitutiegeneesmiddel dat wetenschappelijk voldoende</p> | <p>Situatie van de evaluatie van de nieuwe substitutiestoffen sinds 1994</p> | <p>Wetenschappelijke Literatuur</p> |

| | | | |
|----|--|--------------|--|
| | efficiënt is gebleken ; ze kunnen tot nu toe niet aangeraden worden | | |
| 14 | Wat zijn de behandelingsmodaliteiten? Waarin beïnvloeden ze de therapeutische resultaten? | Actualisatie | Wetenschappelijke Literatuur Practici |

Tabel 1. - vervolg 3.

"conferentie over de Methadonconsensus " (1994)

inventaris van de thema's, van de voorstellen, van de te behandelen vragen en de informatiebronnen

| N° | Tekst van de conferentie | De te behandelen vragen | Getuigen, Bronnen |
|-----------|--|--|--|
| 15 | Methadonbehandelingen zijn meestal behandelingen van middellange duur (2-5 jaar) of van onbepaalde duur | Wat zijn de huidige praktijken? | Gespecialiseerde centra Practici Bvb. Evaluatie van de behandelingen van het Netwerk voor Hulp aan Toxicomanen cfr appendix |
| 16 | De aanbevolen dosages in het begin van de behandeling bedragen 30 à 40 mg/dag. Over het algemeen zal de gemiddelde stabilisatiedosis hoger liggen, rond de 60 à 80 mg/dag. Ze moet echter aangepast worden aan de individuele evolutie | Wat zijn de huidige praktijken? | Gespecialiseerde centra Practici Bvb. Evaluatie van de behandelingen van het Netwerk voor Hulp aan Toxicomanen cfr appendix |
| 17 | Toediening gebeurt onder de meest adequate orale vorm, die geen aanleiding kan geven aan verandering in gebruik | Zijn er veranderingen, in het bijzonder, onder inspuittbare vorm? | Inspectie van de apotheek Apotheken Practici Gespecialiseerde centra |
| 18 | Voorzichtigheidshalve moet de patiënt in het begin van zijn behandeling tot aan de stabilisatieperiode zijn dosis dagelijks innemen in de apotheek of in een gespecialiseerd centrum | Geschied de inname van Methadon steeds onder zulke voorwaarden? Welke zijn de gespecialiseerde centra? Houdt dit bepaalde problemen in voor deze twee types van tussenpersonen? Voordelen en nadelen van deze praktijken | Inspectie van de apotheek Apotheken Practici Gespecialiseerde centra |
| 19 | Een occasionele inname van heroïne kan geen aanleiding zijn om de behandeling te stoppen of de dosis te verminderen | Praktische toepassing van deze aanbevelingen Welke evaluaties zijn er mogelijk om het heroïnegebruik op te | Inspectie van de apotheek Apotheken Practici Gespecialiseerde centra |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | sporen tijdens een substitutiebehandeling ? (cfr. Bijgevoegde voorbeelden) | |
| 20 | Bepaalde associaties van geneesmiddelen kunnen een dosisaanpassing vergen | Het zou nuttig zijn om concrete voorbeelden te hebben | Practici Commissie van de geneesmiddelencontrole |

Tabel 1. - vervolg 4.

"conferentie over de Methadonconsensus " (1994)

inventaris van de thema's, van de voorstellen, van de te behandelen vragen en de informatiebronnen

| N° | Tekst van de conferentie | De te behandelen vragen | Getuigen, Bronnen |
|-----------|--|---|---|
| 21 | Snel degressieve behandelingen (3 weken-3 maanden) hebben eveneens hun indicaties. Ze zijn meestal geassocieerd aan een verandering van milieu met vermindering van de blootstelling aan heroïne | Schatting van het aantal degressieve behandelingen onder de substitutietherapieën? | Practici |
| 22 | In geval van zwangerschap wordt het afgeraden om de Methadonbehandeling te stoppen, maar de opvang van zulke situatie vergt specifieke bekwaamheden | Schatting van het aantal zwangerschappen bij drugverslaafden en het aantal dat Methadon krijgt | Specifieke programma's Bvb. Midrash |
| 23 | Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling ? Moeten substitutiebehandelingen deel uit maken van specifieke registratiemethoden? | Actualisatie van deze vraag | Hoofdinspectie van de Apotheek Practici Gespecialiseerde centra |
| 24 | De Methadonbehandeling moet toegankelijker zijn in functie van de noden en moet de eerstelijnsverzorgers insluiten (huisartsen en psychiaters, apothekers, gezondheidscentra) , dit alles in een medisch verantwoorde praktijk | Evaluatie van de verworven ervaring op dit gebied (voordelen en nadelen) ? | Hoofdinspectie van de Apotheek Practici Gespecialiseerde centra |
| 25 | De aanpak en psychosociale steun zijn essentiële factoren die de therapeutische resultaten verbeteren Methadonbehandelingen. De steun moet aangepast zijn | Zijn er internationale modelstudies over de kwaliteit van de verzorging ? Hoe kunnen we het verschil maken tussen het effect per os en de rol van de | Internationale literatuur |

aan de individuele noden van de patiënten. Dezen kunnen in een multidisciplinair centrum behandeld worden of door een huisarts of een specialist

therapeutische relatie?
Kunnen we de specifieke toedracht van een multidisciplinaire omkadering meten?

Tabel 1. - vervolg 5.

"conferentie over de Methadonconsensus " (1994)

inventaris van de thema's, van de voorstellen, van de te behandelen vragen en de informatiebronnen

| N° | Tekst van de conferentie | De te behandelen vragen | Getuigen, Bronnen |
|-----------|--|--|--|
| 26 | Deze artsen moeten de nodige opleiding hebben en het onderhoud verzorgen, bvb., door klinische intervisie | Welke opleidingen worden vrijgesteld voor deze materie? Inhoud, duur, leraars ? Aantal deelnemers? Hoeveel therapeuten nemen deel aan een klinische intervisie en voor hoeveel patiënten? Geografische verdelingen | Opleidingsorganisatie |
| 27 | Zij moeten ondersteund worden door een functionele relatie met een gespecialiseerde centrum of met een netwerk voor hulp aan toxicomanen, om zo een isolement te voorkomen dat schadelijk is voor de artsenpraktijk | Werking van de therapeutische netwerken? Bilan van de praktijken en van de ervaringen Aantal deelnemende therapeuten | Voorbeelden : Verschillende bestaande netwerker R.A.T. Oorsprong Buitenlandse voorbeelden (Frankrijk...) |
| 28 | Om een vlottere permanente evaluatie toe te laten en dubbele voorschriften te voorkomen, zouden de Methadonbehandelingen door een ad hoc instantie moeten worden geregistreerd, met respect voor het medisch geheim en de wet ter bescherming van het privé-leven. Hiervoor zou een aangepast coderingssysteem moeten uitgewerkt worden. | Hoe is de huidige registratie van de voorschriften/behandelingen voor Methadon georganiseerd? Hoe verkrijgen de verschillende betreffende centra hun gegevens? Welke verbeteringen moeten we aanbrengen? | RIZIV Hoofdinspectie van d Apotheek Practici |
| | | Aanvullende vragen | RIZIV CCAD/VAD |

| | | |
|--|--|--|
| | Welke evolutie van het verzorgingsvoorziening is er geweest sinds het begin van de jaren 90 ? Welke plaats neemt Methadon hierin (of Temgesic en eventueel andere substitutieproducten) ? | |
| | Welke impact heeft het veiligheidscontract/samenlevingscontract op de zorgverlening van toxicomanen? | Ministerie van binnenlandse zaken Gespecialiseerde centra |

6. AUDITIES VAN DE INSTITUTIONELE TUSSENPERSONEN EN VAN DE PRACTICI

Eerste fundamentele vaststelling: de algemene principes van de Consensusconferentie over Methadon van oktober 1994 werd door niemand in vraag gesteld.

Men is het eens over het feit dat de consensus het mogelijk heeft gemaakt om een belangrijk aantal toxicomanen in de therapeutische praktijk in te sluiten die anders geen verzorging zouden gekregen hebben of slechts na een lange wachtperiode. Het impact van de Methadon behandeling op de openbare gezondheid is zelfs spectaculair (cfr. Hoofdstuk 7: Nadere analyse op basis van registraties van de Hoofdinspectie van de Apotheek)

Er wordt echter vastgesteld dat opiaatverslaafden zich niet opgeven voor een verzorging. Enerzijds haken sommigen af, anderzijds wenst een groot deel zonder twijfel niet af te haken maar doet het toch omdat ze niet rijp zijn voor de behandeling of omdat Methadon hen niet helpt of om andere redenen (bvb. een slechte therapeutische ervaring, een afkeer voor het medisch korps,...). Deze vaststelling werd gedaan in andere landen zoals Zwitserland en in minder mate Nederland en Engeland, die gepoogd hebben om druggebruikers die geen verzorging krijgen aan te trekken door hen voor te stellen gecontroleerd heroïne toe te dienen. Het voorschrijven van heroïne kadert in de logica van een medische begeleiding van het palliatieve type die tracht de grenzen van zijn interventieterrein te verleggen.

In België gaan de voorstellen die richting uit en projecten worden bestudeerd die een gecontroleerde heroïne toediening beogen. Anderzijds is er heel recent een project, ondersteund door de stad Luik, verboden geweest door het Ministerie van Justitie en Binnenlandse Zaken gezien de voorafgaande noodzaak van een haalbaarheidsstudie .

Tegenwoordig stelt men een verrassende stijging vast van de toediening van Methadon in alle franstalige regio's van het land (de provincie Luxemburg uitgesloten).

In Vlaanderen daarentegen is de toegang tot Methadon zeer laag, ook al wordt er een stijging gezien in Antwerpen en in Limburg.

6.1. *Auditie van de Hoofdinspectie van de Apotheek (HA), van de Provinciale Medische Commissies (PMC) en van de Raad van de Orde der Geneesheren :Synthese*

De huidige situatie van de Provinciale Medische Commissies die de bekwaamheid van de practici inzake het voorschrijven van verdovende middelen aan toxicomanen controleren moet verduidelijkt worden. De verschillende registratiesystemen verzekerd door de Hoofdinspectie van de Apotheek en de Provinciale Medische Commissies zijn complex.

6.1.1. De huidige normen bij het voorschrijven van Methadon

Door de presentaties van de vertegenwoordigers van de Provinciale Medische Commissies en de debatten tijdens de vergaderingen, is er een zeer precies beeld ontstaan van hoe de toediening van Methadon in België kan gecontroleerd worden. Het niet naleven van de vastgestelde normen leidt tot de vraag tot rechtvaardiging en eventueel de eis om de gevolgde praktijken te veranderen.

De huidige normen van de Methadonconsensus die een controle van de voorschriften noodzaken zijn de volgende:

| Wat moet er VERMEEDEN worden bij een substitutiebehandeling met Methadon : | |
|--|--|
| 1. | De "kermis-geneeskunde " (voorschriften uitgedeeld in groep, uitoefenen van de geneeskunde op niet aangepaste plaatsen, evidente risico's van een mercantiele praktijk,...) |
| 2. | Patiënten jonger dan 18 jaar. |
| 3. | Een zeer groot patiëntenbestand door 1 arts behandeld (... bvb tientallen patiënten) |
| 4. | IV gebruik van Methadon |
| 5. | Interventie van meerdere artsen en apothekers bij de behandeling van 1 patiënt. |
| 6. | Voorschrijven van een ander opiaat dan Methadon, in een substitutiebehandeling. Buprenorphine is een uitzondering. |
| 7. | Associatie van Methadon met andere (bvb. Burgodin) of bepaalde hypnotica (Flunitrazepam), Vesparax, (Secab) die paradoxale effecten teweeg brengen bij toxicomanen. |
| 8. | Zeer hoge Methadon dosissen, over een lange periode maar ook te lage dosages in het begin van de behandeling |
| 9. | Gebruik van vervalste voorschriften, het zelf voorschrijven,.... |
| 10. | Eenmalig voorschrijven van een langdurige behandeling (toelaten de patiënt grote hoeveelheden in een keer mee te nemen) |
| 12. | Opvang van patiënten die niet in België verblijven |
| 13. | Het afstaan van grote hoeveelheden die verkoop ervan zouden toelaten en zo de zwarte markt bevoorraden. |
| 14. | Voorschriften van Methadon zonder informatie te geven en te waarschuwen over de gevaren van een accidentele inname door kinderen. |

6.1.2. De registratiesystemen

- **De registratiesystemen van de Hoofdinspectie van de Apotheken. De verkoop van verdovende middelen**

De Hoofdinspectie van de Apotheek registreert de verkoop van verdovende middelen van groothandelaars of leveraars aan de verschillende apotheken van het land. Deze registratie verloopt al zeer vlot. Dit systeem is sinds het begin van de jaren '90 betrouwbaar, maar jammer genoeg onvolledig. Inderdaad, door een gebrek aan coderingsmiddelen berust dit op de informatie van de leveraars. Ongeveer 60% van de verkoop is tegenwoordig geglobaliseerd. De overige 40% bestaan onder de vorm van bonnen die op de Hoofdinspectie van de Apotheek belanden, maar door gebrek aan personeel niet gecodeerd zijn.

De schatting van de werkbelasting bedraagt twee halftijdse gedurende 6 maanden. Bovenop de verdovende geneesmiddelen zou het belangrijk zijn de verkoop van andere psychotrope middelen te registreren die tegenwoordig meer problemen stellen dan Methadon, t.t.z. de hypnotica met paradoxale effecten bij de toxicomanen: Flunitrazepam en Vesparax. In functie van de evolutie van het voorschrijfgedrag is het mogelijk dat de registratie van andere geneesmiddelen nodig zal zijn in de toekomst.

Hierbij gevoegd vindt men in de P.V. van de bijeenkomst van 04/03/98 en in het hoofdstuk besteed aan de verkoop van Methadon, een analyse per provincie en per gemeente van Brussel. Het is op dit niveau van lokalisatie van de verkoop dat het registratiesysteem van de Hoofdinspectie van de Apotheek zijn nut toont. Het betreft dus actueel de ENIGE verzameling van FEDERALE gegevens over de vraag naar psychotrope verdovende middelen. Dit zou moeten toelaten de epidemiologische analyse te vervolledigen en beter te evalueren wat er zich afspeelt op niveau van de gemeenten, steden, provincies, gemeenschappen en regio's van het land.

6.2. Discussie over de audits van de Hoofdinspectie van de Apotheek en de Provinciale Medische Commissies

6.2.1. De normverschillen van de Consensus betreffende het voorschrijven van Methadon in de substitutiebehandeling.

Ontwikkeling:

De Provinciale Medische Commissies respecteren de termen van de Consensusconferentie van 1994 en besteden dus aandacht aan de kloof tussen de medische praktijk en de aanbevelingen die hier zijn ontwikkeld.

De Consensusconferentie heeft het dus mogelijk gemaakt de missies van de Provinciale Medische Commissies op een heldere manier te heroriënteren.

6.2.1.1. Afwijkingen op de norm van het voorschrijven van Methadon

Methadon is een medicament dat nuttig is in de behandeling van de verslaving en het volgende moet vermeden worden:

1. Te hoge of te lage dosissen.
2. Het voorschrijven door verschillende artsen aan dezelfde persoon en dus het opslaan van Methadon.
3. Een "frivole" oefening die gevaarlijk is voor de patiënt en de burger door een 'commerciële' geneeskunde waarin de arts-patiënt relatie niet meer centraal staat, maar waar er enkel nog sprake is over de vraag of men al dan niet voldoet

aan de criteria van Methadon-gebruik.

Twee van deze norm-limieten t.o.v. het leveren van Methadon stellen problemen betreffende de definitie en de verificatie. De volgende opmerkingen komen voort uit de analyses van het geheel van de audits en in het bijzonder deze met de praktici.

1. Te hoge of te lage dosages zijn niet gemakkelijk absoluut te definiëren. Bijvoorbeeld bepaalde patiënten die volledig gedestructureerd zijn, hebben op bepaalde momenten een zeer hoge dosis nodig om gedragingen te vermijden die gevaarlijker zouden zijn dan de effecten van een stof waar ze een tolerantie voor ontwikkeld hebben. Aan de andere kant worden zeer lage dosissen gegeven aan patiënten die gestabiliseerd zijn en geen enkele blokkage hebben ter hoogte van de opioïde receptoren ten opzicht van het gebruik van heroïne of andere psychotrope middelen. In twijfelgevallen (er werd melding gemaakt van 300 mg of meer) dient men na te gaan of er noodzaak is aan de goedkeuring van een arts.

De herkenning van de opvang van een uniek en individueel persoon en van de bijzonderheid van de substitutiebehandeling, getuigd van een belangrijke evolutie op het gebied van de toxico-therapie.

2. De andere norm die de arts-patiënt relatie onderwerpt aan een *oefenkader* wordt zeker aanvaard onder zijn meest spectaculaire vorm (welwillend voorschrijven, bvb. buiten het kabinet). Men kan zich vragen stellen bij de grenzen van het voorschrijfgedrag, wanneer de laagste drempel van deze relatie niet wetenschappelijk vast te stellen is.

3. Daarentegen, wordt het voorschrijven van Methadon door meerdere artsen aan dezelfde persoon als onaanvaardbaar beschouwd.

Dit is en blijft, unaniem, een absolute norm.


We moeten echter wel stellen dat de arts hier niet de schuld draagt aangezien hij er niet van op de hoogte is dat de patiënt beroep doet op verschillende artsen.

Deze mogelijkheid van "medical shopping", die ontstaat door de verbeterde toegang tot de substitutiebehandeling, noodzaakt het ontwikkelen van een registratiesysteem dat de problematische gevallen snel opspoor, om zowel de arts, die zijn verantwoordelijkheid op het spel zet, als de patiënt te beschermen. Dit heeft er toe geleid dat er gedurende verschillende jaren (in illo tempore werd enkel het voorschrift van Methadon herkend) registratiesystemen, door de Provinciale Medische Commissies werden opgericht (cfr. 4.2).

De patiënt die zich Methadon laat voorschrijven in verschillende Provincies is moeilijk op te sporen in de huidige situatie. Men veronderstelt dat deze situatie zich echter zeldzaam voordoet.

4. Andere situaties zijn zeldzaam bij het voorschrijven van Methadon.

- Er is een norm die door iedereen als absoluut



wordt erkend: het voorschrijven moet gebeuren door een arts naar een derde. Deze laatste mag zichzelf geen methadon voorschrijven.

Enkele artsen zijn zelf toxicomaan (geworden) en zijn reeds opgeroepen geweest door de P.M.C.

- Een andere absolute norm betreft het **verbod op intraveneus gebruik**. Deze toedieningswijze van Methadon is in België absoluut verboden. Elke arts die deze praktijk beoefent stelt zich bloot aan problemen met de bevoegde instanties.
- Het voorschrijven van Methadon onder vloeibare vorm die niet ter plaatse verbruikt wordt maar meegenomen wordt door de patiënt, is op zich geen afwijking van de norm maar wordt sterk afgeraden bij het begin van de behandeling. Een versoepeling van de afgiftefrequentie wordt aanvaard na de stabilisatie van de patiënt.
- Een ander reëel gevaar bij het voorschrijven van mee te nemen dosissen (onder welke vorm ook) is het gevaar voor de omgeving, de familie en de kinderen van de toxicomaan. Er zijn reeds ongelukken gebeurd met jonge kinderen (een dertigtal op vier jaar) die een dosis Methadon thuis hadden ingenomen.
- Het voorschrijven van Methadon in gelules, die niet injecteerbaar zijn, worden regelmatig meegegeven aan patiënten die gestabiliseerd zijn. Er wordt dan voorgeschreven voor één tot twee weken. Het wekelijks of tweewekelijks voorschrijven is niet wettelijk goedgekeurd in bepaalde regio's o.a. door de Provinciale Commissie van Luik. Elders wordt dit getolereerd, want aanzien als weinig problematisch, op voorwaarde dat deze patiënten gestabiliseerd zijn (cfr. Stabilisatiecriteria). In het begin van de behandeling en voor een periode van minstens zes weken moet het geneesmiddel ingenomen worden in de apotheek. Er wordt niet toegelaten dat er een partiële inname is in de apotheek en het overige meegenomen wordt naar huis.
- De rol van de apotheker is fundamenteel in deze interactie. Men moet echter wel onderstrepen dat hij zich houdt aan het voorschrift van de arts. De wijze waarop het voorschrift is opgesteld is dus van kapitaal belang. Volgens de Provinciale Medische Commissies en de verschillende apothekers zijn de voorschriften vaak gebrekkig opgesteld of geformuleerd door de artsen. **Een korte opleiding over 'Hoe een voorschrift opstellen' is gewenst.**
- **Apothekers wensen erkend te worden als partners in het therapeutisch proces.** Velen zeggen dat ze niet gelukkig zijn met een positie

waarbij hen enkel gevraagd wordt het medicament af te leveren.

- Bepaalde apothekers zijn ontevreden over het gebrek van discipline in het beheren van het therapeutisch proces, over de interactie tussen de patiënt en de inname van het medicament of over hun relatie met de artsen. Deze situatie dient rechtgezet te worden (bv. door de organisatie van lokale ronde tafels of in ieder geval door een proces van gemeenschappelijk overleg tussen artsen en apothekers).

6.2.1.2. Afwijkingen op de normen van de Consensusconferentie bij het voorschrijven van andere psychotrope middelen.

6.2.1.2.1. De paradoxale effecten van bepaalde hypnotica

De Provinciale Medische Commissies onderscheiden duidelijk - zoals het hoort - de voorschriften gemaakt in het kader van een substitutiebehandeling, van de voorschriften gemaakt buiten dit kader, die van dan af deel uitmaken van het "onderhouden van de toxicomanie". De Conferentie over de Methadonconsensus heeft slechts het voorschrijven van twee psychotrope farmaca goedgekeurd als substitutiebehandeling: Methadon en Buprenorphine.

Deze consensusnorm wordt tegenwoordig door het merendeel van de artsen gerespecteerd. We stellen echter afwijkingen vast, die relatief gelocaliseerd zijn en waar een groot deel van de artsen hevig kritiek op hebben, maar die ook reacties uitlokken bij de Provinciale Medische Commissies. Indien, *met de grootste voorzichtigheid*, bepaalde psychotrope middelen aan verslaafde patiënten moeten voorgeschreven worden, dan kunnen deze middelen niet gezien worden als een integraal deel van de substitutiebehandeling. Anders gezegd, enkel Methadon en Buprenorphine (in België verkrijgbaar onder de naam Temgesic²) zijn *substitutiegenesmiddelen*, herkend in de behandeling van opiaatverslavingen.


² Andere vormen zijn denkbaar. Zo wordt "Subutex®", waarvan de dosis veel hoger is dan Temgesic®, wordt veel gebruikt in Frankrijk.

De Provinciale Medische Commissies (evenals de meerderheid van de artsen) beschouwen het voorschrijven van



Flunitrazepam en Vesparax[®], samen met Methadon als een afwijking op de norm en moet dus vermeden worden. Deze medicamenten hebben geen enkele plaats in de substitutiebehandeling met Methadon, maar ze geven bovendien frekwent aanleiding tot ongewenste paradoxale effecten bij opiaatverslaafden. Een rondzendbrief is reeds opgestuurd geweest naar de artsen om hen hierover in te lichten. De franstalige Provinciale Medische Commissie van Brabant heeft in 1996 meer dan 150 abnormale voorschriften ontdekt voor deze psychotrope middelen. Het voorschrijven van andere psychotrope middelen samen met Methadon is een nog veel te vaak voorkomende praktijk. In bepaalde regio's van België wordt vastgesteld dat een klein aantal artsen psychofarmaca voorschrijven aan toxicomanen die in behandeling zijn bij een andere therapeut. Deze praktijk wordt door de Provinciale Medische Commissies en door de deelnemers aan de "Follow-up van de Consensusconferentie" beschouwd als ongerechtvaardigd en gevaarlijk. Buiten de gevallen van verslaving die geassocieerd zijn aan een andere psychiatrische aandoening, die specifieke psychofarmaca noodzaakt (in het geval van een "dubbele diagnose") en die gedocumenteerd moeten worden door de behandelende arts, wordt het voorschrijven van additionele psychofarmaca bij Methadon afgeraden. Dit houdt niet alleen een gevaar in voor de patiënt, maar ook voor de kwaliteit van de zorgen en uiteindelijk voor de geloofwaardigheid van de substitutiebehandeling bij de publieke opinie.

- Twee psychofarmaca zijn reeds vernoemd geweest. Algemeen is het zo dat de benzodiazepines met korte werking verantwoordelijk zijn voor de paradoxale effecten, zoals stimulatie of desinhibitie bij toxicomanen. Het zijn deze stoffen die erg gewaardeerd worden door de toxicomanen. De Provinciale Medische Commissies hebben herhaald dat Flunitrazepam een stof is die vaak ter sprake komt bij vervalsingen van voorschriften. Naargelang de verminderde beschikbaarheid van deze stoffen moet men voorzichtig zijn bij het aanbod en de vraag naar andere geneesmiddelen die problemen kunnen stellen wanneer ze samen met Methadon worden voorgeschreven.

- 
- De ervaring van de artsen vervangt tegenwoordig het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek over de paradoxale effecten van bepaalde psychofarmaca bij toxicomanen. Experimenteel klinisch onderzoek, dat in het verleden meermaals vereist werd, is niet voldoende gedocumenteerd geweest. Dit moet duidelijk gesteld worden.

6.2.1.3. Geen andere substitutiegeneesmiddelen in België: Onbegrijpelijke weerstanden


De Provinciale Medische Commissies en bijna alle deelnemers aan de "Follow-up van de Consensusconferentie" vinden het gebruik van andere geneesmiddelen in een substitutiebehandeling niet gerechtvaardigd (volgens de aanbevelingen van de Consensus van 1994). Deze uitgesproken mening gaat in tegen de wil van enkele artsen die Burgodin gebruiken als substitutiemiddel. Geen enkel wetenschappelijk onderzoek bevestigt dit standpunt.

Het wordt dus aangeraden om het gebruik van Burgodin te stoppen in het voordeel van Methadon of eventueel van Buprenorphine.

Dit houdt in dat het voorschrijven van Methadon in combinatie met elk ander verdovend medicament verworpen wordt. Wat geldt voor Burgodin geldt dus ook voor Palfium, Valtran of Neocodion (niet exhaustieve lijst).

6.2.1.4. Internationale vooruitzichten over de substitutiebehandelingen met andere verdovende middelen en hun experimentele evaluatie

De Belgische consensus over het gebruik van andere substitutiemiddelen, die onvoldoende bewezen zijn, mag het bestaan van diverse praktijken in andere Europese landen niet doen vergeten. Het wijd verspreide gebruik van codeïne in de praktijk moet onderstreept worden. In Frankrijk is er geen enkele controle over het voorschrijven van dit middel. Het werd reeds vele jaren gebruikt. In het Verenigd Koninkrijk en Duitsland (cfr. Newsletter Euro-Meth Work, 1996-1997) hebben ook vele toxicomanen kunnen genieten van het voorschrijven van Codeïne. Evaluaties zijn zeldzaam, maar er moet gezegd worden dat de artsen tevreden lijken te zijn met deze praktijk.



De herhaling van de therapeutische praktijken die gerechtvaardigd zijn in onze omringende landen, maant aan tot voorzichtigheid t.o.v. het gebruik van de absolute norm bij de beperkingen van de substitutiebehandeling tot Methadon en Buprenorphine

Experimentele evaluaties met morfine en heroïne

Deze laatste indicaties wijzen op veel voorkomende praktijken in de buurlanden die niet gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek voorafgaand aan hun ontwikkeling. Anders is het gesteld met de substitutie door verdovende middelen zoals morfine en heroïne³. In Zwitserland zijn er talrijke programma's uitgewerkt waar morfine en heroïne worden uitgedeeld, onder controle weliswaar (Rihs-Middel M. et al., 1995 ; Uchtenhagen A. et al., 1997). Het gaat hier om programma's die aan een strenge evaluatie worden onderworpen. Het hoofddoel is het nut van deze stoffen na te gaan om zo een marginale groep toxicomanen in contact te brengen met een verzorgingsnetwerk of om de therapeutische mislukkingen met de Methadonsubstitutie in aanmerking te nemen. De evaluaties zijn nog niet voltooid, maar de eerste resultaten zijn positief. Een diepgaande discussie over evaluaties valt ver buiten het kader van dit verslag. Het leek ons nochtans belangrijk om het nut van deze programma's, die de Belgische artsen ertoe brengen om gelijkaardige projecten voor te leggen, te begrijpen.

³ Een vernoemenswaardige uitzondering - erg beperkt weliswaar - is het gebruik van heroïne als substitutiemiddel in het Verenigd Koninkrijk.

Belgische gecontroleerde experimentele projecten met heroïne als substitutiemiddel.

De consensus over de substitutie waarvoor enkel Methadon of Buprenorphine toegelaten wordt, sluit pilootprojecten waarin heroïne gebruikt wordt niet uit; enerzijds in Luik met de methodologische steun van de Universiteit de Liège (Ulg) en anderzijds in Brussel/Antwerpen met de steun van de Universiteit Libre de Bruxelles (ULB). De materiële steun voor deze projecten is echter nog niet verzekerd, maar ze duiden wel op de creativiteit die aanwezig is op het gebied van de toxico-therapie en de afwezigheid van immobilisme bij de

artsen.

6.2.2. De registratiesystemen bij het voorschrijven van Methadon.

Ontwikkeling

Elke Provinciale Medische Commissie en de Hoofdinspectie van de Apotheek hebben hun eigen registratiesystemen. Deze twee instanties werken nauw samen : de Provinciale Medische Commissies functioneren voor een groot deel op basis van de registraties gedaan door de Inspecteurs van Hygiëne en de interacties met de Apothekers. Om afwijkingen op de norm, die net besproken werden, op te sporen en om de evolutie van de Methadonaflevering te volgen, bestaan er sinds vele jaren databanken onder de verantwoordelijkheid van de Hoofdinspectie van de Apotheek en de Provinciale Medische Commissies.

6.2.2.1. De registratiesystemen van de Hoofdinspectie van de Apotheek

Dit systeem baseert zich op de verkoop van de leveranciers of groothandelaars van de apotheken van het land. De hoeveelheid verdovende middelen van elke apotheek worden geregistreerd, wat het mogelijk maakt om de geleverde hoeveelheid per gemeente te bepalen (en dus per regio of Provincie volgens de gewenste territoriale eenheden)⁴. Deze registratie gebeurt al sinds het eind van de jaren 60, maar is niet helemaal bevredigend. Het is inderdaad enkel mogelijk om de geïnformatiseerde leveranciers in aanmerking te nemen, door een gebrek aan personeel voor de codering bij de Hoofdinspectie van de Apotheek.

⁴ Cfr. Analyses gerealiseerd door B. Vandenbosch, Y. Ledoux, I. Pelc. De analyse van de situatie in Brussel heeft genoten van het aanzienlijke werk van Mme Dupont, Inspecteur van de Apotheek voor Brabant. Zij was de eerste die een systematische databank heeft aangelegd over de hoeveelheid voorgeschreven verdovende middelen en psychofarmaca.

De dekking van het systeem bedraagt slechts 68 %, waaruit een schatting over de volledige verkoop geëxtrapoleerd wordt. Het is dus aanbevelingswaardig om meer personeel aan te werven voor de codering, zodanig dat het systeem sluitend is.

De analyse verwezenlijkt, op basis van de huidige gegevens, heeft toegelaten om

met verbazende vooruitgang de verkoop sinds 1992-93 te bepalen. Sinds de Consensusconferentie is de verkoop van Methadon blijven stijgen en bedroeg, in 1996, 111.8 kg⁴. Dit is de totale bruto-hoeveelheid en wordt dus niet volledig besteed aan de substitutiebehandeling. Als de netto-hoeveelheid wordt berekend bekomt men 106.9 kg. Aan de hand van dit volume kan men het aantal patiënten, dat behandeld wordt door Methadonsubstitutie, in België afleiden. Het volstaat om een schatting van de gemiddelde jaarlijkse hoeveelheid, die per patiënt verbruikt wordt, te hebben. Op basis van 40 mg per dag⁵, bekomen we een totaal van 14,6 gr Methadon per patiënt/jaar⁶. Het aantal patiënten onder substitutiebehandeling met Methadon in 1996 bedraagt dus 6511 patiënten. Deze schatting gaat uit van de veronderstelling dat elke patiënt het hele jaar door onder behandeling is gebleven. Uit ervaring blijkt dat dit niet het geval is en dat er dus een onderschatting is van het aantal personen waaraan Methadon is geleverd in 1996.

⁵ De globale hoeveelheid wordt op een betrouwbare manier verkregen a.d.h. van de import/export en de stocks.

De berekening is dus verschillend van deze verwezelijkt a.d.h. van de verkoop van de leveranciers.

⁶ Een studie (Noirfalisse I., 1994) laat op deze gemiddelde hoeveelheid Methadon, voorgeschreven per patiënt, te bepalen, op basis van meer dan 500 patiënten in de regio Luik. Cfr. figuur 1. Volgende pagina

⁷ Een analyse gerealiseerd door Mme Dupont, Inspecteur van de Apotheek, op basis van haar registratie voor de Provincie Brabant, heeft geleid tot de schatting van gemiddeld 50 mg/dag. Dit is de voorgeschreven dosis Methadon door de artsen van die "provincie" (Totalisatie van Waals en Vlaams Brabant en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest).

TABEL n°1 : Evolutie van de aflevering van Methadon in België tussen 1975 en 1996 (in gram)

| JAAR | GRAM METHADON |
|------|---------------|
| 1975 | 6568 |
| 1976 | 7241 |
| 1977 | 6750 |
| 1978 | 7566 |
| 1979 | 9028 |
| 1980 | 8596 |
| 1981 | 7576 |
| 1982 | 9998 |
| | |

| | |
|------|--------|
| 1983 | 7109 |
| 1984 | 6510 |
| 1985 | 6335 |
| 1986 | 6559 |
| 1987 | 6295 |
| 1988 | 6696 |
| 1989 | 5546 |
| 1990 | 6692 |
| 1991 | 9321 |
| 1992 | 18849 |
| 1993 | 45885 |
| 1994 | 58638 |
| 1995 | 80331 |
| 1996 | 111852 |

TABEL n°2 : Evolutie van de aflevering van bezitramide-Burgodin in België tussen 1975 en 1996 (in gram)

| JAAR | GRAM |
|------|------|
| 1975 | 4377 |
| 1976 | 2206 |
| 1977 | 2747 |
| 1978 | 2653 |
| 1979 | 1616 |
| 1980 | 1484 |
| 1981 | 2695 |
| 1982 | 2179 |
| 1983 | 3133 |
| 1984 | 2072 |
| 1985 | 1867 |
| 1986 | 1900 |
| 1987 | 1559 |
| 1988 | 1273 |
| 1989 | 1270 |
| 1990 | 1382 |
| 1991 | 1599 |
| 1992 | 1940 |
| 1993 | 1950 |

| | |
|------|------|
| 1994 | 2794 |
| 1995 | 2475 |
| 1996 | 2711 |

Het registratiesysteem van de Hoofdinspectie van de Apotheek is beperkt tot de verdovende middelen. Er wordt dus rekening gehouden met een stof zoals Bezitramide (Burgodin) waarvan het gebruik problematisch is in een substitutiebehandeling, want ze is niet opgenomen in de consensus . We verkrijgen een totale hoeveelheid van 2,6 kg in 1996.

Sedert enkele jaren is er een gevoelige stijging. Er wordt echter vastgesteld dat burgodin veel gebruikt werd in het verleden, nl. tijdens de eerste historische periode van heroïneverslaving, van 1975 tot 1982, op het moment dat de privé-artsen experimenteerden met substitutiebehandelingen

We betreuren daarentegen de afwezigheid van informatie betreffende de verkoop van psychofarmaca en voornamelijk hypnotica zoals Flunitrazepam of Vesparax. De deelnemers aan de "Follow-up van de Consensusconferentie" hebben unaniem het gebruik van deze produkten veroordeeld in de behandeling van verslaafden.

7. NADERE ANALYSE OP BASIS VAN REGISTRATIES VAN de HOOFDINSPECTIE VAN DE APOTHEEK

Tot stand gekomen door de samenwerking van M B. Vandenbosch, Inspecteur Diensthoofd en M. Y. Ledoux, Socioloog aan de Hoge Gezondheidsraad, Wetenschappelijk Secretaris van het programma van de " Follow-up van de Consensusconferentie " (Dir. Prof. I. Pelc).

In de PV van de vergadering van 04/03/98 vinden we een voorstelling van de statistische gegevens over de levering van Methadon, op basis van de registraties van de Hoofdinspectie van de Apotheek. De databank bestaat dus uit de gegevens van de verkoop van de leveranciers aan de apotheken. De postcode van de apotheek laat toe de plaats van afgifte aan de patiënt te bepalen.

Twee hergroeperingen van gegevens werden gebruikt voor de analyse:

1. Een globalisatie per provincie (met in detail het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Vlaams Brabant en Waals Brabant).
2. Een analyse per gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

7.1. Analyse van de levering van Methadon per Provincie en de voorstelling van de hoeveelheid per 10.000 inwoners. Jaar 1996

Tabel 3. " Aantal patiënten onder substitutiebehandeling (Methadon) per 10.000 inwoners, volgens Provincie, in 1996 " levert voor de eerste keer een federale schatting op van de prevalentie van het aantal patiënten onder substitutiebehandeling met Methadon.

Er zijn 6.51 patiënten per 10.000 inwoners voor heel België. Voor Vlaanderen bedraagt dit aantal slechts 2.06.

Tableau n°3 : Schatting van de prevalentie van de substitutiebehandeling volgens provincie of regio

| Provincie/ Regio | populatie | Patiënten onder Methadon | Correctie Luik | Aantal/ 10000 | Correctie Luik n=950 | Zonder de patiënten van Frankrijk / Henegouwen n=680 |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------|------------------|----------------------------|--|
| - | 1997 | 1996 | - | - | - | - |
| Antwerpen | 1635640 | 617 | - | 3,77 | - | - |
| Vlaams Brabant | 1004692 | 118 | - | 1,17 | - | - |
| Brussels Hoofdstedelijk Gewest | 950597 | 2591 | - | 27,26 | - | - |
| Waals Brabant | 341565 | 180 | - | 5,27 | - | - |
| West- Vlaanderen | 1123786 | 98 | - | 0,87 | - | - |
| Oost- Vlaanderen | 1354735 | 156 | - | 1,15 | - | - |
| Henegouwen | 1284347 | 1903 | - | 14,82 | - | 9,52 |
| Luik | 1014941 | 444 | 950 | 4,37 | 9,36 | - |
| Limburg | 779969 | 261 | - | 3,35 | - | - |
| Luxemburg | 242526 | 32 | - | 1,32 | - | - |
| Namen | 437426 | 217 | - | 4,96 | - | - |
| België | 10170226 | 6617 | 7123 | 6,51 | 7 | 5,84/6,34 |
| Gemiddeld aantal VL | - | - | - | 2,06 | - | - |
| Gemiddeld aantal Wallonië | - | - | - | 6,15 | 7,15 | 5,09/6,09 |
| Gemiddeld aantal Brussel | - | - | - | 27,26 | - | - |

De analyse brengt, daarentegen, de zeer hoge prevalentie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan het licht, die 4 maal hoger is dan nationaal met 27.26 patiënten per 10.000 inwoners.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest behaalt zelfs het dubbele van de tweede provincie in orde van belangrijkheid. Het betreft de provincie henegouwen die zich ook onderscheidt van de andere provincies van het Koninkrijk met 14.82 patiënten per 10.000 inwoners.

Twee opmerkingen:

1. Het grote aantal in Henegouwen is een gevolg van het aantal Franse patiënten (geschat op 680 personen) die Methadon hebben gekregen in 1996.

Indien we deze patiënten uit de analyse halen, dan daalt het aantal patiënten per 10.000 inwoners tot 9.36. In dat geval bedraagt het verbruik in

Henegouwen slechts 40% meer dan het federale gemiddelde en vertegenwoordigt het maar een derde van het verbruik in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

2. In de provincie Luik zorgt het relatief lage aantal voor een probleem, gezien de onzekerheden die blijven bestaan t.o.v. de betrouwbaarheid van de verkregen gegevens door de Luikse leveranciers. Het is waarschijnlijk dat belangrijke groothandelaars niet geïnformatiseerd waren. We hebben voor deze provincie ontbrekende gegevens, die leiden tot een onderschatting van de prevalentie in deze provincie⁸.

⁸ Een volledige verzameling van de verkochte hoeveelheden door de leveranciers zal slechts mogelijk zijn indien de Hoofdspectie van de Apotheek hulp krijgt voor de codering zodat alle geleverde verkoopbons van Methadon aan deze dienst geïnformatiseerd kunnen worden.

Onder de Vlaamse provincies stellen we vast dat Antwerpen, met 3.77, en Limburg, met 3.35, zich duidelijk onderscheiden. Zij blijven echter inferieur aan de prevalentie van de Waalse provincies.

Samenvattend kan men stellen dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het meest betrokken is bij het voorschrijven van Methadon, indien we bovenstaande opmerkingen in acht nemen. De provincie Henegouwen komt met zekerheid op de tweede plaats, ook al houden we enkel rekening met de Belgische inwoners

7.2. Analyse per gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

7.2.1. Evolutie van de substitutiebehandeling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest


Tabel 4 "Evolutie van het aantal patiënten onder substitutiebehandeling (Methadon) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 1990-1996" geeft de spectaculaire en regelmatige ontwikkeling van de Methadon afgifte in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest duidelijk weer. Deze evolutie begon rond 1991. Tot 1993 was er elk jaar een verdubbeling van het aantal patiënten. Na 1993 ging de stijging verder, maar ze bedroeg slechts 25 tot 30% ieder jaar.

Tabel n°4: Evolutie van het aantal patiënten die methadon kregen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 1990-1996.

| JAAR | AANTAL PATIËNTEN |
|------|------------------|
| 1990 | 139 |
| 1991 | 257 |
| 1992 | 553 |
| 1993 | 1104 |
| 1994 | 1566 |
| 1995 | 2027 |
| 1996 | 2591 |

7.2.2. Situatie per gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Op de 2.591 geschatte patiënten (gemiddelde dosis 50 mg/dag) stellen we vast dat 4 gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer dan de helft van de patiënten vertegenwoordigen : nl. de gemeente Elsene (15 % van de patiënten van de Regio - n = 397),



Schaarbeek (15 % met n = 388 patiënten), Brussel-Stad (12 % met n = 323 patiënten) en Anderlecht (12 % met n = 305 patiënten). De gemeente van Sint-Gilles komt op de vijfde plaats (8 % met n = 211).

Het is vermeldenswaard dat Molenbeek niet verschijnt in deze kopgroep van gemeenten met de grootste prevalentie voor deze patiënten.

Deze analyse bevestigt de gekende gegevens over de geografische distributie van de problemen verbonden met het druggebruik in het algemeen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Tabel 5. " Evolutie van de proportie patiënten onder substitutiebehandeling (Methadon) in de drie gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Van 1990 tot 1996. We stellen vast dat van in het begin van het decennium de gemeente Elsene op zichzelf ongeveer de helft van de patiënten onder substitutiebehandeling vertegenwoordigde. Deze dominante positie van de gemeente Elsene, waarschijnlijk te wijten aan de vooraanstaande rol van het gespecialiseerde centrum "project LAMA", geïnstalleerd in deze gemeente sinds 1985, is uitgehold sinds 1992. De gemeente Schaarbeek daarentegen, is belangrijker geworden en ze vertegenwoordigde in 1996 dezelfde proportie patiënten onder substitutiebehandeling dan de gemeente Elsene, hetzij 15% van het totaal van de substitutiebehandelingen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De evolutie lijkt erg verschillend te zijn voor de gemeente Anderlecht, die zich onderscheidt door een grote stabiliteit sinds het begin van het decennium.

Deze analyse toont aan hoe belangrijk het is om te kunnen beschikken over een methode om de gegevens te verzamelen zoals deze van de Hoofdinspectie van de Apotheek. We benadrukken nogmaals dat het steeds om schattingen gaat aangezien we verplicht zijn met de gemiddelde waarde van de hoeveelheid methadon per patiënt per dag te werken. Om de analyse per gemeente, hier voorgesteld, ongeldig te verklaren, zou men in bepaalde gemeentes patiënten systematisch verschillende hoeveelheden Methadon dienen voor te schrijven, hetgeen weinig waarschijnlijk is. Inderdaad, het opsporen gebeurt in functie van de lokalisatie van de apotheek, over het algemeen dicht bij de woonplaats van de patiënt en niet in functie van de lokalisatie van de voorschrijver. Indien, men stelt dat voorschrijvers gelokaliseerd in bepaalde gemeenten een gelijkaardig voorschrijfgedrag vertonen (bijvoorbeeld 3 artsen met elk een aanzienlijk cliënteel in een gemeente, hebben een equivalent voorschrijf niveau, dat verschilt van het regionaal gemiddelde), lijkt het weinig waarschijnlijk dat patiënten met dezelfde dosissen zich per toeval in dezelfde gemeente bevinden.

Tabel 5: Evolutie van de proportie patiënten onder substitutiebehandeling (Methadon) in de drie gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, van 1990 tot 1996 (Elsene- Schaarbeek -

Brussel-Stad)

| JAAR | ELSENE | SCHAARBEEK | ANDERLECHT |
|------|--------|------------|------------|
| 1990 | 67 | 7 | 17 |
| 1991 | 170 | 17 | 25 |
| 1992 | 179 | 33 | 38 |
| 1993 | 282 | 97 | 109 |
| 1994 | 283 | 212 | 156 |
| 1995 | 322 | 319 | 239 |
| 1996 | 397 | 388 | 305 |


Het betreft de drie gemeenten in de regio met het grootste aantal in 1996.

Tabel °6: Aantal patiënten die Methadon krijgen in de gemeente van het Brussels Hoofdstedelijk gewest in 1996 (proportioneel t.o.v. het geheel van de regio).

| Gemeenten | aantal | % |
|--------------------------------|--------|-----|
| Elsene | 397 | 15 |
| Schaarbeek | 388 | 15 |
| Brussel-Stad | 323 | 12 |
| Anderlecht | 305 | 12 |
| Sint-Gillis | 211 | 8 |
| Sint-Joost | 101 | 4 |
| Molenbeek | 142 | 5 |
| Vorst | 115 | 4 |
| Laken | 93 | 4 |
| Etterbeek | 62 | 2 |
| Jette | 79 | 3 |
| Oudergem | 56 | 2 |
| Ukkel | 89 | 3 |
| Brussels Hoofdstedelijk gewest | 2591 | 100 |

8. De registratiesystemen van de Provinciale Medische Commissies en van de Hoofdinspectie van de Apotheek

De Provinciale Medische Commissies werken in overleg met de inspecteurs van de apotheek die, op lokaal niveau, de levering van verdovende middelen controleren. Deze samenwerking maakt het mogelijk gegevens te verzamelen over het voorschrijfgedrag van artsen. We herinneren eraan dat elke apotheek verplicht is om de afgeleverde verdovende middelen te noteren, hun hoeveelheid, de naam van de voorschrijver en van de patiënt waar ze voor bestemd zijn evenals de dag




van de afgifte. Deze manuele registratie in de apotheek is verplicht. Dikwijls zal de apotheker ook andere psychofarmaca registreren die aan deze patiënten geleverd worden evenals enkele persoonlijk karakteristieken. Deze manuele registratie vormt een stevige basis waarop, indien ze het wensen, de Provinciale Medische Commissies kunnen steunen om de noodzakelijke verificaties uit te voeren over de afwijkingen op de norm van de consensus die reeds eerder werd vermeld. De registratie is niet geïnformatiseerd in elke apotheek, waardoor men gemakkelijk kan begrijpen dat er problemen zijn om tot een optimale behandeling te komen en een analyse van de gegevens van de afgifte van verdovende middelen. Deze situatie is verschillend in elke Provinciale Medische Commissie en dus in elke Provincie. Tijdens de vergaderingen met de Provinciale Medische Commissies, heeft elkeen de mogelijkheid gehad om zijn systeem voor te stellen zodanig dat deze bewakingsopdracht met succes kan uitgevoerd worden. Zonder in detail te treden (cfr. het proces verbaal van de vergadering van 4 maart 1998 voor meer inlichtingen), moeten we toch vermelden dat de Provinciale Medische Commissies die het meest betrokken zijn bij het probleem van voorschrijven van Methadon ook het meest performante systeem hebben: de Provinciale Medische Commissies van Franstalig Brabant, van Henegouwen en Luik hebben inderdaad allen een procedure aangenomen die informatisering toelaat.

De Provinciale Medische Commissie van Luik onderscheidt zich van alle andere Medische Commissies door het gebruiken van een procedure die de arts rechtstreeks betreft. Er wordt hem gevraagd de naam van de patiënt te geven, met goedkeuring van deze, evenals de datum van het begin van de behandeling, de aangeduide apotheek en de hoeveelheden en soorten medicamenten. Het is dus de arts die een behandelingscontract opstelt met de patiënt en hem een dubbel geeft, die de patiënt op zijn beurt aan de apotheker overhandigt. De apotheker zelf maakt er dan een copie van. De arts laat een copie aan de Provinciale Medische Commissie geworden. Deze procedure houdt in theorie geen gevaar in voor het medisch geheim, aangezien de patiënt zijn toestemming (handtekening) geeft maar ze steunt op de welwillendheid van de arts om deel te nemen aan het verzamelen van informatie. Het blijkt dat het systeem in de provincie van Luik goed ontvangen wordt en dat het op bevredigende manier werkt voor diegenen die eraan deelnemen. Er zijn wel enkele technische problemen over het automatisch accumulatief karakter van de registraties. We weten wanneer een patiënt een behandeling start, maar we weten niet wanneer hij ze onderbroken heeft. Het feit dat veel patiënten hun behandeling onderbreken gedurende verschillende weken weerhoudt de arts ervan om de Provinciale Medische Commissie te verwittigen over de behandelingsstop aangezien hij niet zeker is of de patiënt volledig wil stoppen. Dit systeem heeft dus een spontane inflatoire tendens. Regelmatige verificaties zijn dus noodzakelijk, hetgeen veel werk vraagt.

We moeten echter wel melden dat het systeem, alhoewel het zonder wrijvingen werkte in de provincie Luik, niet goed werd ontvangen door de artsen uit de andere provincies, die deelnamen aan de vergaderingen in het kader van de "Follow-up van de Consensusconferentie". Het is weinig waarschijnlijk dat de Brusselse artsen of de artsen uit Henegouwen een systeem aanvaardden dat hun patiënten aan de Provinciale Medische Commissies bekendmaakt. Het is duidelijk dat een dergelijke procedure de instemming van alle artsen noodzaakt om betrouwbaar te zijn. Een dergelijke oriëntatie is in de huidige stand van zaken niet te veralgemenen over alle provincies van het koninkrijk.

Een indirect systeem dat de tussenkomst van de apotheker bevoordeelt stelt geen probleem voor de artsen en heeft het voordeel volledig betrouwbaar te zijn. De gegevens worden dus tegenwoordig op een papieren document geregistreerd (cfr. standaard fiche die door de Provinciale Medische Commissies van franstalig Brabant zijn opgesteld) en opgestuurd door de apotheken naar de Provinciale Medische Commissies van Henegouwen en Brabant. Vervolgens worden ze geregistreerd en bestudeerd. Een geïnformatiseerde analyse in de strikte zin van het woord is niet te verwezenlijken zonder de nodige inspanningen. Wat ook het type analyse is, men stoot toch steeds op de bewakingsobjectieven van elke provincie – ondanks de moeilijkheden bij het coderen die veel werk bezorgen.



Eén probleem blijft bestaan: de onmogelijkheid om de multiple voorschriften te controleren van patiënten die er voordeel bij hebben artsen in verschillende provincies te raadplegen. Dit probleem is kwantitatief gezien niet erg belangrijk, alhoewel er een omloop bestaat van een aantal patiënten tussen Henegouwen en Brabant.

In de Nederlandstalige provincies blijkt dat de substitutiebehandeling niet geleid heeft tot systematische verificaties in de samenwerking met de apothekers, gezien de zwakke ontwikkeling tot op heden. Grotere inspanningen zouden moeten geleverd worden in de provincies Antwerpen en Limburg waar het aantal substitutiebehandelingen toeneemt. In Gent noteren we met interesse de ontwikkeling van een uitgewerkt systeem dat gegevens verzamelt, in samenwerking met de apotheken en met de coördinatie van het gespecialiseerde centrum *De Sleutel*.

Nu de afgifte van Methadon is toegenomen zijn er aanpassingen nodig bij het verzamelen van de gegevens: gespecialiseerde centra in de toxicomanie hebben zich sinds het begin van de jaren 90 uitgerust met instrumenten om gegevens⁹ te verzamelen. Deze bieden de mogelijkheid om de evolutie te volgen van de vraag naar verzorging en het opvangen van verslavingsproblemen. Door middel van MPG's is dit ook te volgen op de PAAZ-diensten. In de privé-paktijk is dit helemaal verschillend. We zijn inderdaad afhankelijk van de welwillendheid en de initiatieven van, bvb. ALTO en de SSMG die enkele enquêtes hebben uitgevoerd bij de artsen die Methadon voorschrijven. Deze enquêtes leveren belangrijke informatie zonder dat het evenwel mogelijk is om een overzicht te krijgen van de diversiteit, op epidemiologisch vlak, van de substitutiebehandelingen.

⁹ [Vlis \(VAD\) - gemeenschappelijke fiche/Epitox \(CCAD\) - Addibru \(CTB\) - Straathoekwerkers in Charleroi \(Drugcoördinatie\)](#)

We hebben dus gezien dat er echter registraties en zelfs echte gegevensverzamelingen bestaan, die beheerd worden door de Provinciale Medische Commissies, dankzij de samenwerking met de Hoofdinspectie van de Apotheek, in het bijzonder, van de drie provincies die de overgrote meerderheid van de substitutiebehandelingen hebben: Brabant, Henegouwen en Luik. Deze verzamelingen zijn van het grootste belang en worden tegenwoordig gebruikt om de "afwijking op de norm" op te sporen en het ongerechtvaardigd voorschrijven te beïnvloeden. Op epidemiologisch vlak of in het perspectief van een evaluatie van de substitutiebehandeling zijn deze gegevens echter niet voldoende.

Het op elkaar afstellen van de registratiesystemen van deze drie Provinciale Medische Commissies (Brabant, Henegouwen en Luik) zou het mogelijk maken om een behoorlijke databank over het voorschrijven van methadon in België te hebben. De andere Provinciale Medische Commissies zouden inspanningen moeten leveren om de ontwikkeling van registratiemethoden goed te keuren.

Deze interprovinciale afstelling moet steunen op een standaardisatie (gemeenschappelijke stam) van gegevens die minstens sinds enkele jaren werden bijgehouden. Het volume van deze informatie is behoorlijk en het geïnformatiseerd beheer zal de nodige inspanningen vergen.

In de huidige context van de gegevens, die beheerd worden door de Provinciale Medische Commissies, is het objectief de controle van de afwijkingen of het misbruik van voorschriften (bvb. Andere dan Methadon) en zo het voorschrijven aan dezelfde patiënten door verschillende artsen te vermijden. Het op elkaar afstellen van de bestaande systemen zal toelaten om bvb. de overlappings tussen provincies te verhinderen. Anders gezegd, het feit dat er aan de patiënt wordt voorgeschreven door een therapeut, die gesuperviseerd wordt door verschillende Provinciale Medische Commissies. Een patiënt die voorschriften krijgt in verschillende provincies zal tegenwoordig nooit worden gezien als iemand die geniet van meerdere voorschriften. Deze inter-provinciale "medical shopping" is zonder enige twijfel uitzonderlijk, maar is totaal onopspoorbaar in het bestaande organisatorisch kader.

Het werk dat moet worden ondernomen op de registratiesystemen van de Provinciale Medische Commissies bestaat concreet uit:

1. Retrospectief : Het is wenselijk om een uniek bestand op te stellen over de voorgaande jaren, bvb. vanaf 1992 (het jaar waarop de substitutiebehandeling zich ontwikkelde), door alle gegevens van de Provinciale Medische Commissies te verzamelen.

Dit bestand zal ANONIEM zijn wat betreft de patiënt. Opgelet: dit wil niet zeggen dat dezelfde patiënt die meerdere keren verschijnt, niet als zodanig zal worden geïdentificeerd. Er bestaan technische mogelijkheden om een adequatie te bekomen tussen patiënt X en een nummer dat hem toegekend is.

Dit nummer wordt vastgelegd d.m.v. een algoritme en het is onmogelijk om de naam van de patiënt terug te vinden a.d.h. van dit nummer. Geboortedatum, geslacht en initialen vormen zo een uniek nummer voor een gegeven persoon. Op voorwaarde dat er geschikte middelen voorhanden zijn, is deze procedure bruikbaar voor elke persoon die beroepshalve in contact komt met de toxicomanie (arts, gespecialiseerd centrum, apotheker), zonder de privacy van de patiënten te schenden. Met geschikte middelen bedoelen we de beschikbaarheid van aangepaste software of een aangepast rekenmachientje

Deze procedure maakt het mogelijk om hulpvragers op lange termijn te volgen en de privacy te respecteren. Dankzij deze techniek is het denkbaar om een ANONIEM meta-bestand op te stellen van dezelfde individuen vanuit de registraties die gedaan werden door verzorgingsinstellingen op verschillende momenten van de therapie van deze persoon. Dit alles gebeurt dan in overeenstemming met de Commissie van de Bescherming van de Persoonlijke Leefwereld¹⁰.

Het zou verstandig zijn om advies in te winnen in het buitenland, waar ze reeds zo'n systeem hebben ontwikkeld (bvb. het ministerie van Groothertogdom Luxemburg).

¹⁰ Een representatief staal op therapeutisch vlak is samengesteld. Elkeen levert een lijst met patiënten onder de vorm van nummers. We vergelijken de nummers en we maken een bestand met identieke nummers. Dit zou toelaten om soorten informatie van verschillende verzorgingsinstellingen te cumuleren !

2. Prospectief : Het is wenselijk om een bestand op te stellen dat onder andere de begindatum van de behandeling (met het voorschrift van het substitutiemiddel) en de naam van de arts en de apotheek bevat. Het zou enkel toegankelijk zijn voor de bevoegde personen. Dit bestand kan beheerd worden door het Ministerie van Volksgezondheid en kan geraadpleegd worden voor elke hulpvraag. Zo'n interactiviteit zou erg gewaardeerd worden door de pratici (cfr. de expliciete vraag tijdens de werkvergaderingen). Een onmiddellijke verificatie van de therapeutische stand van zaken van de vragende partij zou zo mogelijk zijn met bvb. een inleiding met anamnestiche gegevens. Een dergelijke verzameling "in real time" zou slechts toegankelijk zijn voor de arts. Indien financiële en materiële middelen worden besteed aan een dergelijk programma zal er een klinisch epidemiologische commissie voor de registratie van de gegevens worden opgericht om zo het verzamelen van gegevens, de uitvoering en de follow-up uit te werken.

9. Audities van de vertegenwoordigers van het Ministerie van Justitie, van de Parketten, van de Penitentiaire Administratie, van de advocaten

Dankzij een vergadering werd het mogelijk om de huidige plaats van Methadon te definiëren t.o.v. de justitiabelen, de artsen en de verantwoordelijken van de verschillende sectoren van het gerecht.

Het raadplegen van de vertegenwoordigers van het gerecht was onontbeerlijk om de verschillende visies van de artsen en de verantwoordelijken van de sociale controle met elkaar te confronteren. Bij het behandelen van verslavingen vinden we vele tussenpersonen, zoals de politiediensten, de douanes, de penitentiaire administratie en natuurlijk de magistratuur (Rechters, Procureurs des Koninks, advocaten). Deze laatste heeft een belangrijke rol gespeeld in België in het begin van de jaren 80. De politie-diensten en de douanes zijn natuurlijk dagelijks betrokken bij de repressie van drugshandel of de misdrijven die daaraan verbonden zijn.

De interesse die door de "Follow-up van de Methadonconsensus" opgewekt werd bij deze beroepslied toont aan dat het voorschrijven van substitutiegeneesmiddelen een deontologisch en ethisch probleem blijft en een weerslag heeft op de werking van de sociale controle.

De vragenlijst, die opgesteld werd als hulpmiddel om na te denken en om de gesprekken te ondersteunen tijdens de werksessies, stelt drie elementen voor van de tekst van de "Consensusconferentie" die vereist dat de deelnemers van Justitie hun huidig standpunt duidelijk maken.

Eén vaststelling: de substitutiebehandeling met Methadon is een therapie die algemeen aanvaard wordt in de rechterlijke wereld. De "follow-up van de Consensusconferentie" heeft deze positieve waardering bevorderd, ook al werd er een beperking van het aantal patiënten per arts gewenst.

Er werd gediscussieerd over de moeilijkheid om een absolute norm te handhaven want volgens sommige artsen kan een arts een redelijk groot aantal patiënten behandelen zonder dat dit de kwaliteit van de zorgen aantast. Dit hangt allemaal af van zijn beschikbaarheid, zijn motivatie en vooral van de mate van stabilisatie van de patiënten. Te flagrante afwijkingen evenals de andere afwijkingen, die vermeld werden, moeten in eerste instantie onderworpen worden aan de bewaking van de Provinciale Medische Commissies.

Wat betreft de eventuele "veiligheids" effecten aangaande de substitutiebehandeling, met name de criminaliteit, is er nog geen evaluatie geweest tot op heden.


9.1. Heeft de spectaculaire stijging van de substitutiebehandelingen een objectief effect op de criminaliteit in België?

Deze vraag is gerechtvaardigd, ook al wensten de artsen deze relatie niet naar voor te schuiven als een argument voor de substitutiebehandeling. De openbare vertegenwoordigers daarentegen (bvb. M. Van Cauwenbergh had, toen hij burgemeester was van Charleroi, in 1992, die veiligheidsredenen opgegeven om een majeur initiatief te nemen in het voorstel om de Methadonbehandeling te ontwikkelen) zijn verleid geweest door de resultaten op de vermindering van de criminaliteit. Deze werden naar voor geschoven tijdens de evaluaties van de substitutiebehandeling sinds een dertigtal jaren in het buitenland.

We hebben geen geargumenteerde antwoord gekregen op de vraag of het voorschrijven van Methadon een effect heeft op de criminaliteit. De veranderingen van het aantal arrestaties en opsluitingen t.w.a. drugsdelicten blijft uiteraard moeilijk te interpreteren, aangezien deze activiteiten min of meer verbonden zijn aan de bevoegde autoriteiten. In een van de laatste circulaire van het Ministerie van Justitie (S. De Clercq, die ontslag nam in 1998) werd aan het gebruik van cannabis "de laagste prioriteit" toegekend in de hoop een vermindering van het aantal drugsdelicten te verkrijgen. Wij hopen echter later een antwoord te krijgen op de vraag door naar de relevante statistische bronnen te grijpen. Wat er ook van zij, de deelnemers hebben geen bijzondere moeilijkheden vermeld, wat betreft de criminaliteit, bij het voorschrijven van Methadon.

9.2. Mortaliteit onder Methadon. Nog veel te onvolledige analyses

Een Methadon-overdosis met de dood tot gevolg is vermeld geweest, in het bijzonder in het gerechtelijk Arrondissement van Brussel. In het merendeel van de gevallen gaat het natuurlijk over meerdere stoffen, die in toxicologische analyses werden vastgesteld. In een aantal gevallen werd er enkel Methadon ontdekt op het



ogenblik van de dood (de aanwezigheid van alcohol werd blijkbaar niet opgespoord). We weten daarenboven ook dat een groot aantal overleden drugverslaafden besmet waren met het HIV virus. We menen dat de huidige gegevens ons niet toelaten om de eventuele betrokkenheid van Methadon in de overlijdens van de Belgische toxicomanen te begrijpen. Het loont zeker de moeite om deze problematiek degelijk te onderzoeken, met een diepgaande studie die rekening houdt met de retrospectieve analyse van een aanzienlijk aantal overlijdens met feitelijke en relevante gegevens t.o.v. de context (overlijdensplaats, alleen of in de aanwezigheid van een groep, enz. ...), t.o.v. de therapie van de persoon, enz. ...

9.2.1. Methadon in de gevangenis

Het merkbaarste effect van de Consensusconferentie op de gerechtelijke wereld was zonder twijfel *de extensie van het gebruik van Methadon in de gevangenissen* van het Koninkrijk bij toxicomanen in hechtenis, die *reeds* een substitutiebehandeling hadden. Sinds begin 1995 wordt Methadon in de meeste gevangenissen van het Koninkrijk gebruikt. Wanneer een patiënt wordt opgesloten, is het de gevangenisarts die de enige verantwoordelijke wordt van de behandeling. Wanneer een toxicomaan, die reeds een substitutiebehandeling heeft, wordt opgesloten, dan wordt de voorschrijvende arts verwittigd en krijgt de patiënt de keuze om de behandeling verder te zetten indien hij dit wenst. Deze behandeling is steeds degressief (enkele weken maximum). Er zijn voorstellen gedaan om de duur van de behandeling te verlengen. We hebben de mogelijkheid of de patiënt zijn behandeling wil verder zetten of niet aangehaald. Het blijkt dat ongeveer 10% van de patiënten hun Methadonbehandeling niet verder wensen te zetten. Er zijn een aantal problemen gerezen bij de behandelingen in de gevangenis. Een behandeling kan allereerst moeilijk te volgen zijn - wat op het eerste zicht paradoxaal lijkt - door de regelmatige verandering van gevangenissen. In dat geval blijkt er een communicatieprobleem te zijn tussen de verschillende strafinrichtingen. Anderzijds - voorafgaand eigenlijk - is het bijna onmogelijk voor de behandelende arts om zijn patiënt te behandelen door de moeilijkheden, vnl. door de tijd die nodig is om de gevangenis te betreden en er zijn "ex" patiënt te ontmoeten. Het komt regelmatig voor dat de arts er een halve dag aan moet besteden. De behandelende arts heeft dus steeds de mogelijkheid om zijn patiënt in de gevangenis te bezoeken. We stellen echter vast dat weinig artsen van deze mogelijkheid gebruik maken. Het is duidelijk dat dit voor een arts met een privé-praktijk niet gemakkelijk is. Het concrete resultaat van deze situatie is dat er gemiddeld slechts één bezoek per maand geregistreerd wordt in een strafinstelling waar er een honderdtal patiënten zijn die genieten van een degressieve Methadonbehandeling. De huidige situatie van de Belgische gevangenissen toont ons **dat de helft van de gevangenen een probleem heeft door het gebruik van onwettige drugs**. Ongeveer de helft van de gevangenen hebben reeds heroïne gebruikt. Aangaande dit onderwerp stellen we enkele gegevens voor die recent gepubliceerd werden in een wetenschappelijk studie over de sanitaire situatie van de gevangenen in de gevangenis van Antwerpen (Totds S. et al., 1997). Bovendien moeten we eraan herinneren dat een vergelijkbaar deel van de hulpvragers - tussen 40 % en 50 % - reeds werden opgesloten voor hun hulpvraag. Indien we zouden beschikken over een lange termijn follow-up van Belgische toxicomanen (wat nog niet het geval is) dan zouden we zeker vaststellen dat een meerderheid van hen, in hun "toxicomane" loopbaan, in de gevangenis verbleven hebben. Wanneer we kijken naar het belang van de opsluiting voor een drugverslaafde, dan zijn we verrast door de vaststelling dat het toxico-therapeutisch gebied en het penitentiair gebied zich lange tijd hebben ontlopen. De enige uitzonderingen zijn de bezoeken in de gevangenis van het personeel

van gespecialiseerde centra evenals organisaties die hulp verlenen aan gevangenen toxicomanen. Deze interventies en programma's zijn nog beperkt en zijn verspreid in functie van de individuele initiatieven. Ondanks de afbakening van het gerechtelijke en het therapeutische gebied, dat ethisch gezien nodig is, doorkruist een toxicomaan beide gebieden. Aldus wordt hij meer beïnvloed daardoor dan door de ideologische afbakening van deze gebieden!

De gezondheidstoestand van de gevangenen en van de toxicomanen in het bijzonder is zo belangrijk dat een dertigtal penitentiaire artsen over heel België deze taak en verantwoordelijkheid op zich nemen.

Binnen de politiek van risicovermindering kunnen we niet alleen de sanitaire voorzieningen van de gevangenen ondersteunen, gezien het aanzienlijke aantal toxicomanen die in de gevangenis terecht komen, maar kunnen we ook op individueel niveau alles ondersteunen wat hun gezondheidstoestand zou kunnen verbeteren. Het gaat er dus om het werk dat door de penitentiaire sanitaire ploegen verwezenlijkt is te ondersteunen en aan te vullen.

We kunnen echter hopen dat de substitutiebehandeling, door de toxicomanie uit de criminaliteit te halen, tot een daling van het aantal gevangenen toxicomanen zal leiden. Voorzichtigheidshalve kunnen we stellen dat we nog enkele jaren op deze evolutie zullen moeten wachten..


10. AUDITIES VAN DE PRACTICI OVER DE SUBSTITUTIEBEHANDELING

Laten we herhalen dat de leden van de Groep Experts, die samengesteld was uit oude experts die deelnamen aan de "Consensusconferentie", ook Methadon voorschreven. Althans sommigen onder hen. Andere artsen werden, omwille van het sneeuwbal-effect echter verhoord, rekening houdend met de vertegenwoordiging van de verschillende regio's van het land, maar vooral van de therapeutische oriëntaties die zich tegenwoordig manifesteren in de substitutiebehandeling. We hebben reeds de manifeste tendens benadrukt van een aanpassing van de behandeling aan de individuele noden van de patiënt. Deze evolutie manifesteert zich in de landen zoals Groot-Brittannië of Zwitserland, maar is nog volledig onbekend in het land dat de substitutiebehandeling als eerste heeft ontwikkeld en er een dominante vorm van de therapeutische aanpak van de toxicomanie heeft van gemaakt: de Verenigde Staten. Sinds de "Consensusconferentie" is het opstellen van de normen van de substitutie van Methadon uitermate delicaat geworden en de speelruimte van de arts snel en behoorlijk verruimd. Een onbevooroordeelde observator moet toegeven dat de situatie van de arts enorm verbeterd is tov de autoriteiten, die borg staat voor de bekwaamheid van de artsen. Een versoepeling van de wettelijke vormen van substitutiebehandeling is de majeure tendens. De relatie van de patiënt tov zijn behandeling is versoepeld die, in zekere zin, parallel loopt aan deze tussen de arts en de publieke instanties. We moeten erkennen dat de strijd die aangegaan werd door sommige autoriteiten sinds 1992, aantoont dat een volledig vertrouwen wordt geschonken aan de arts.

Leidt versoepeling tot een verzwakking?

Buiten een relatief klein aantal marginale artsen die om het even wat en om het even hoe voorschrijven blijkt daarentegen dat de meeste artsen hun bevoegdheden en de limieten zelf reguleren. De discussies die de vergaderingen van de "Follow-up van de Consensusconferentie" geanimeerd hebben, zijn verantwoordelijk voor deze terechte stap.

We moeten echter rekening houden met de complexe realiteit van een ernstig spanningveld op het gebied van de substitutiebehandeling, tussen het gebruik van Methadon en een psychotherapeutisch proces. We kunnen de behandeling



beschouwen als een substitutie met een *relationele aanpak* enerzijds en een substitutie met een *somatische aanpak* anderzijds. Dit spanningsveld lijkt meer en meer te evolueren naar een versterking van de "somatische" aanpak ten koste van het "relationele" in de substitutiebehandeling. Deze verschuiving van het accent van de behandeling - om een minder sociologische formulering te kiezen - is te wijten aan de krachten van de medische demografie. De wonderbaarlijke stijging van het aantal artsen die een substitutiebehandeling voorschrijven (enkele tientallen vroeger tot ongeveer 2000 vandaag) heeft genoten van de professionele bijdrage van huisartsen die massaal in de toxicomane populatie een geheel van personen heeft ontdekt die gezien hun gezondheidstoestand nood hadden aan meerdere therapeutische aanpakken.


De toxicomaan is vooreerst een persoon die meerdere somatische aandoeningen heeft, ook al is hij voor de relationele pratici een persoon die met psychisch lijdt. Deze verplaatsing van prioriteiten is misschien conjunctureel en heft de spanning in het toxicotherapeutisch gebied niet op. Dit is grotendeels te wijten aan de onvolmaaktheid van een "Toxicomane Kliniek" die zou moeten toelaten om patiënten te identificeren die zouden kunnen genieten van een meer "relationele" aanpak tov deze die zouden geholpen zijn met een somatische aanpak. De eerste ontwikkelingen in deze richting konden recent voorgesteld worden ter gelegenheid van de registraties en de analyses van de gegevens van de " Minimale Psychiatrische Gegevens" van toxicomanen (I. Pelc et al., 1996-97). Deze twee concepten van de levenskwaliteit van de toxicomanen, die verder reikt dan de kwaliteit van de zorgen, zullen zeker meer en meer complementair worden en alsmear minder tegengesteld wanneer meer klinische en wetenschappelijk gefundeerde gegevens verkregen worden. De ingeslagen richting van de striktere medicalisatie en de terugkeer naar het somatische, vormen de uitdaging dat de substitutietherapie, zonder omweg langs de psychologie, een verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt zal toelaten zodat hij niet meer deelneemt aan de levensstijl van een toxicomaan en dat het probleem zichzelf oplost. We moeten dus het nieuwe van deze positie onderstrepen, die de Consensusconferentie snel naar voor heeft gebracht.

De discussies tijdens de vergadering van de Groep Experts en de vergaderingen van de artsen van de substitutiebehandeling hebben soms subtiel en soms zeer expliciet de spanning opnieuw doen oplaaien tussen de oude relationele pool en de nieuwe figuur van de praticus die Methadon niet meer ziet als "*comme une sucette pour attirer le toxicomane sur le divan du psychanalyste*" zoals een genodigde aan de discussie van de Follow-up op een impertinente manier formuleerde.

- Het debat over het verlagen van de therapeutische drempels is relatief rustig geweest in de loop van de vergadering met de artsen, aangezien hij als verworven werd aanvaard door de versoepeling van de aanpak, hetgeen de huisarts geapprecieerd heeft. De openheid van het privé-cabinet van de arts is echter niet voor alle toxicomanen gelijk. Inderdaad, de versoepeling van de aanpak in een privé-praktijk heeft vele toxicomanen aangetrokken die sociaal minder ontwricht zijn dan het cliënteel van gespecialiseerde centra. De nog zeer fragmentaire epidemiologische gegevens (Ch. Jacques. Parentalité et précarité. Enquête Alto 1997, 7 p, niet gepubliceerd) bevestigen dat de vraag van de patiënt significant verschillend is in gespecialiseerde centra dan in de algemene praktijk, wat betreft hun de socio-demografische karakteristieken.

Het verlagen van de drempel voor een substitutie, ook in de privé-praktijk lijkt een groep toxicomanen aan te trekken die sociaal minder ontwricht zijn.

Verdere analyses dienen nog uitgevoerd te worden over dit onderscheid dat waarschijnlijk min of meer pertinent is volgens de regio's.

- 
- De lage drempel voor de prioritaire aanpak van de marginale toxicomanen, die het meest zichtbare aspect zijn van de "sociale" problemen van de toxicomanen, is in België nog niet volledig uitgewerkt. De ontwikkeling van een netwerk van de Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (M.A.S.S.) komt eigenlijk overeen met deze tegemoetkoming naar de gemarginaliseerde toxicomanen, zelfs indien de aanpak residentieel, van korte duur en niet gemedicaliseerd is. Deze ontwikkeling heeft tot hevige negatieve reacties geleid. We benadrukken nochtans het nut van de lage drempel aanpak.
 - Nadat ze het eens waren over de noodzaak van de registratie van de substitutiebehandeling, hebben we gemerkt dat de artsen die deelnamen aan de gesprekken over de Follow-up de nadruk legden op de anonimiteit van de patiënt. Er zou een technische procedure moeten gevonden worden om deze te kunnen waarborgen. Geen enkel systeem dat gegevens verzamelt mag deze waarborg, die een absolute norm is, in het gedrang brengen.
 - Er zou een onderscheid moeten gemaakt worden tussen de registraties die gebruikt worden om het voorschrijfgedrag te controleren en registraties die dienen om epidemiologische analyses over de hulpvraag in de substitutiebehandeling te verkrijgen. Door de gesprekken met de Hoofdinspectie van de Apotheek en de Provinciale Medische Commissies voor te stellen herhaalden we de mogelijkheden van onrechtstreekse opsporingen door de apotheken, die voldoen aan het bewakingsobjectief. De coördinatie tussen de artsen, Provinciale Medische Commissies en de apotheken van de provincie Luik vormt een uitzondering hierop. De Luikse manier, die het verzamelen van gegevens weliswaar vergemakkelijkt, vraagt een nauwe samenwerking met de tussenpersonen die traditioneel argwanender zijn in andere regio's. Ze vraagt tevens dat de arts de naam van de patiënt vrijgeeft aan de Provinciale Medische Commissie, wat door de meeste artsen in de andere regio's op vrijwillige basis weinig denkbaar lijkt.

Wat betreft het epidemiologisch objectief kan men meerdere richtingen uitgaan maar het is belangrijk om te onderlijnen dat een uitvoerige registratie van de substitutiebehandeling niet onontbeerlijk is (in tegenstelling tot het bewakingsstelsel). Er zou een representatieve groep artsen, t.t.z. van de verscheidenheid aan oriëntaties, moeten samengesteld worden. Om een kwalitatieve registratie te verkrijgen is het belangrijk om te kunnen rekenen op de motivatie en interesse van de deelnemers.

- We hebben vastgesteld dat er talrijke vragen onbeantwoord blijven wat betreft de substitutiebehandeling zoals ze in België ontwikkeld is. We hebben aan de hand van de internationale literatuur vastgesteld hoe zeldzaam de evaluaties van de substitutiebehandeling in de algemene medische praktijk zijn (cfr. Analyse van de wetenschappelijke literatuur).

België is samen met het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland een echt laboratorium waarin geëxperimenteerd wordt met nieuwe methodologiën van substitutiebehandeling. Objectieve analyses van deze behandelingen moeten dringend uitgevoerd worden in het belang van de artsen zelf, waarin de traditionele criteria voor

de therapeutische evaluatie gebruikt worden: analyse van de compliance van de behandeling op de verschillende tijdstippen (op 6 maand, 1 jaar, ...); analyse van de vermindering van het heroïnegebruik en andere psychofarmaca (legaal of illegaal); analyse van de psychosociale stabilisatie; analyse van de evolutie van de criminaliteit;

Het huidige onderzoek bij de artsen richt zich vnl. op geassocieerde pathologieën (cfr. studie van de seropositiviteit op hepatitis, Alto Netwerk, werk van Dr. B. Denis). Een evaluatie van de substitutiebehandeling zou dus moeten gestimuleerd worden


- We willen de belangrijke rol bij het verzamelen van epidemiologische gegevens die de apothekers spelen onderlijnen.

Meerdere studies in het kader van universitaire eindwerken hebben inderdaad de rol van de apothekers aangetoond bij het verzamelen van gegevens over patiënten die Methadon krijgen. De apothekers hebben inderdaad regelmatig contact met de patiënten, zelfs dagelijks tijdens de eerste maanden van de substitutiebehandeling. De praktische mogelijkheden om zo'n informatie te verzamelen zijn dus reëel. Wat zelfs nog belangrijker is, is de wens van talrijke apothekers om deel te nemen aan de substitutiebehandeling en niet enkel aanzien te worden als leverancier van Methadon. De rol van de apotheker zou positief bekrachtigd worden door hem deel te laten nemen aan epidemiologisch onderzoek en/of aan de evaluatie van de behandeling.

De huidige aspecten van de interventie en de opleiding werden besproken tijdens de discussies met de artsen. Kritische opmerkingen werden gemaakt tov de universitaire geneeskundige opleiding die, volgens de artsen, de drugsproblematiek verwaarloost. Slechts enkele uren worden aan dit onderwerp besteed. De beginnende artsen die aangetrokken worden door de aanpak van de problemen ivm toxicomanie, moeten dus gestimuleerd worden om opleidingen te volgen en om samen te werken met hun collega's die ervaring hebben op dit gebied. Tegenwoordig is deze samenwerking opgebouwd uit netwerken van bepaalde diensten (bv.: een sociale bijstand aan de patiënten, een sekretariaat) die met elkaar verbonden worden. Voortvloeiend uit de sektor van de Medische Tehuizen op het einde van de jaren '80, is deze coördinatie binnen een netwerk geoptimaliseerd. Deze ontwikkeling is belangrijk omdat, door het isolement van de artsen te doorbreken, de artsen hun mislukkingen en successen samen kunnen bespreken. Op die manier nemen ze deel aan een zelfevaluatieproces dat voor iedereen gunstig is, patiënten en artsen, maar ook voor de controlerende instanties door het waarborgen van een verantwoorde praktijk die deze maatregelen bevorderen.

We stellen dus vast dat vorming, intervisie en het werken in een netwerk sterk met elkaar verbonden zijn. Elke procedure die aanzet tot een bekrachtiging van deze ontwikkeling moet dus ondersteund worden.

- Een laatste aspect dat vermeld werd tijdens de discussies en dat nog steeds gevoelig ligt in de praktijk van de substitutiebehandeling en bij de aanpak van de toxicomanen in het algemeen, is de pluridisciplinaire aanpak en de samenwerking tussen de artsen met in het bijzonder het uitwisselen van gegevens betreffende de behandeling van patiënten tussen de artsen. Zoals er tijdens de vergaderingen werd gezegd: over welke pluridisciplinaire aanpak gaat het ?



Hoe moet ze georganiseerd en beheerd worden? Hier kan niet algemeen op geantwoord worden. Het is geval per geval en *op het terrein*, dat oplossingen uitgewerkt worden. Bovendien is het niet altijd gemakkelijk om een patiënt door te verwijzen. De risico's om hem "te verliezen" zijn reëel. In de ambulante privé-praktijk zijn dit inderdaad zeer acute problemen waarvoor er niet onmiddellijk een oplossing voorhanden is. Het doorverwijzen zou zich moeten ontwikkelen om zo een echte *continuïteit* toe te laten, die voor het ogenblik mank loopt. Alle evaluaties van de substitutiebehandeling met Methadon in *gespecialiseerde centra* hebben aangetoond dat de kwaliteit van de zorgen verbonden is met hun verscheidenheid en, dus in zekere zin, met de kwantiteit. In de situatie waarbij de patiënt behandeld wordt in een Gespecialiseerd Centrum wordt de prognose beter indien men meer mogelijkheden aanbiedt. De realiteit van versnippering van de aanpak van de substitutiebehandeling komt relatief weinig aan bod ten opzichte van de evaluaties in de internationale literatuur. Moeten we concluderen dat België op de dool is? Zijn we in België de verkeerde weg ingeslagen door onorthodox gebruik van de substitutiebehandeling en Methadon?


- Absoluut niet, gezien de discussies tussen de verschillende partijen - artsen, verzorgingscentra, controle organen – een toenemende verbetering aantonen op het gebied van de openbare gezondheid, dat de verschillende partijen een grotere verantwoordelijkheid opnemen, dat er een multidisciplinaire 'geest' is, in elk geval dat er een concretisering is van de diverse professionele interventies, op een gecoördineerde manier.

De continuïteit van de zorgen aan de toxicomaan, die van het ene programma naar het andere en van de ene therapeutische modaliteit naar de andere springt, blijft ernstige problemen stellen, indien dit niet onder een gerechtelijke autoriteit gebeurt. Een deel van deze problemen is te wijten aan de houding van de toxicomaan zelf: hij kan inderdaad hulp vragen, aanvaarden of hulp weigeren. Maar deze problemen ontstaan eveneens deels – of zelfs vooral – door een versnippering van de bevoegdheden en van het overheidstoezicht (gezondheidszorg, sociale hulp, hulp aan personen, ...). Deze laatste behouden vaak hun specifieke voorrechten en houden vaak een correcte follow-up tegen.

- **Conclusie**

We kunnen alleen maar de rijkdom onderlijnen, maar ook de complexiteit van de thema's die aangesneden werden tijdens de vergaderingen van de "Follow-up van de Consensusconferentie" over Methadon. Op het gebied van de toxicotherapie is er in de privé-praktijk een versoepeling van de toegang tot de substitutietherapie, waardoor op een originele manier zijn relevantie verspreid wordt en een groot aantal toxicomanen verzorgd kunnen worden die er anders niet hadden van kunnen genieten of een echte overlevingstocht hadden moeten doorstaan vooraleer ze een behandeling kregen (wachlijsten, moeilijke voorwaarden die volbracht moesten worden, ...).

Deze algemene tendens naar een grotere toegankelijk van de zorgen ging gepaard met een verandering van de filosofie over de aanpak. Er is een relatief verlies aan belang van de relationele



therapie ten koste van de somatische oriëntatie, waar de nadruk wordt gelegd op geassocieerde aandoeningen, een verbetering van het algemeen welzijn van de patiënt. Minder nadruk op de gedragsverandering gaat gepaard met de versoepeling van de toegang tot de substitutietherapie, zonder te vergeten dat het psychologische model dat de toxicotherapie tot nu toe gedomineerd heeft aan belang inboet.

We moeten de noodzaak van evaluaties niet verwaarlozen van behandelingen die komen en gaan. Moeten we er aan herinneren dat de huidige evolutie nog gevalideerd moet worden en dat de oude behandelingen reeds hun doeltreffendheid bewezen hebben voor een deel van de patiënten die hiertoe toegang hadden.

De substitutietherapie met Methadon is duidelijk sterk toegenomen en heeft een dominante positie verkregen op het gebied van de toxicotherapie op slechts enkele jaren. Dit is enkel mogelijk gemaakt door de samenloop van het medische aanbod in de privé-praktijk en de sterke vraag van de gebruikers.

De " Follow-up van de Consensusconferentie" over Methadon heeft de noodzaak aangetoond om een forum te creëren voor de uitwisseling van ideeën tussen de verschillende professionele takken om zo de onderhandelingen over de normen vooruit te helpen die de praktijk moeten leiden.

De mutaties in de toxicomanie zijn fascinerend, door het maatschappelijk probleem dat gesteld wordt. Mutaties in de aanpak, maar ook mutaties in het druggebruik zelf. Inderdaad, we stellen op wereldniveau vast dat er een daling is van het overwicht van het heroïne en opiaatgebruik ten koste van het gebruik van stimulantia (metamphetamines, cocaïne...). Zal België kunnen ontsnappen aan deze evolutie? Zo ja, dan gaan Methadon en de substitutiebehandelingen een hoopvolle toekomst tegemoet. In het andere geval is de expansie van het gebruik van de MDMA of Extasy een voorteken. Een aanpassing van de behandeling zal nodig zijn.


Vandaar het belang om een verscheidenheid aan therapeutische opties te behouden en zo het hoofd te bieden aan de snelle evoluties in de toxicomanie.

Tenslotte, zoals reeds hoger vermeld, zijn de ontwikkelingen van de " Kliniek van de Toxicomanen" geassocieerd aan het regelmatig verzamelen van gegevens, hetgeen onontbeerlijk is om te bepalen welke toxicomaan in aanmerking komt voor een bepaald type behandeling.

11. HUIDIGE SITUATIE EN GLOBALE EVOLUTIE VAN DE SUBSTITUTIEBEHANDELING IN BELGIE

11.1. Onderscheid tussen het niveau of drempel van de opvang

De lage drempels, de middelhoge en hoge drempels om een substitutiebehandeling met Methadon te starten.



De drempel wordt gedefinieerd door het type en het aantal formele en informele restricties bij de opname van de patiënt in een therapeutisch proces.

Eenvoudig gesteld, onder welke voorwaarden start men en onderhoudt men de Methadon behandeling ?

11.1.1. Lage drempel tot de behandeling met Methadon, met weinig toelatingsvoorwaarden

Als de drempel laag is, dan zijn de voorwaarden minimaal om een substitutiebehandeling met Methadon te starten. Maar vervolgens wordt er geen andere voorwaarde gesteld om deze voort te zetten, behalve dan een verbod op specifiek geweld dat het personeel of andere patiënten in gevaar brengt. Anders gezegd we geven niet alleen het medicament zonder het effect ervan te controleren, zonder het te volgen of zelfs zonder de patiënt op te volgen. Het symbolische voorbeeld is een loket waar de patiënt elke dag een dosis krijgt.

We stellen onmiddellijk dat het moeilijk is om absoluut geen drempel te hebben. Inderdaad er bestaat altijd een toelatingsprocedure en een gecontroleerde afgifte aangezien we bijvoorbeeld een beperkte hoeveelheid in een keer leveren (alleszins niet noodzakelijk dagelijks). Het is evident dat het objectief is : contact leggen met de toxicomanen die niet gemotiveerd zijn om hun druggebruik te veranderen en een impact hebben op hun risicogedrag, zonder de toxicomaan die Methadon zal krijgen te verplichten zich te conformeren aan bepaalde gedragsregels. Om zijn objectief te bereiken moet deze organisatie van afgifte het akkoord hebben van de politie om aanvaard te worden door de toxicomanen die er anders eerder een val dan een dienst in zullen zien.

De "behandeling" staat dus zo dicht mogelijk bij de gebruiker. We kunnen hem toelaten om geen inspanningen meer te leveren om zich te begeven naar de plaats waar hij Methadon zal krijgen. Ze komt in zekere zin naar hem.

De evaluaties van deze methode van afgifte met een lage drempel zijn nog zeldzaam en nog weinig sluitend.

In Nederland, hebben Grapendaal et al. (1991) vastgesteld dat het gebruik van heroïne door de toxicomanen die gebruik maken van het programma met het symbolische loket waar morfine geleverd wordt matig achteruit gaat (terwijl dezelfde auteurs een grotere vermindering melden in de substitutiebehandelingen met hoge drempel)

Een meer diepgaande gecontroleerde studie zou natuurlijk dit type programma met lage drempel moeten evalueren.

Een studie die de risicogedragingen onderzoekt (Hartgers C. et al. 1992) heeft aangetoond dat de lage drempel substitutiebehandeling geen beschermend effect heeft tov HIV infectie.

De substitutiebehandelingen met lage drempel moeten hun nut vinden in een ander domein: bijv. om een zeer gemarginaliseerde populatie te ontmoeten met als doel een somatische behandeling.

In België hebben Artsen Zonder Grenzen een programma ontwikkeld in Brussel met een lage drempel dat gratis consultaties aanbiedt in stedelijke zones die voornamelijk bestemd zijn voor uitgesloten van het verzorgingssysteem en het algemeen sociaal systeem.

De M.A.S.S. kan beschouwd worden als een lage drempel aanpak, weliswaar onder een andere vorm en andere organisatie. De steun van het Ministerie van Binnenlandse zaken aan deze centra leidt tot vele problemen o.a. om de rol van het personeel dat daar werkt te definiëren. Vanuit het gebied van de toxicotherapie is er zeer negatief gereageerd tov het ontstaan van zulke centra. Het is in ieder geval nodig aan te dringen op hun reële relevantie tov de objectieven van programma's met lage drempel. Ze laten een tijdelijke opvang toe (ongeveer een week) voor de toxicomaan die sociaal ontwricht is. Het is vaak zo dat deze patiënten geweigerd worden door gespecialiseerde centra. De substitutiebehandeling wordt niet door alle M.A.S.S. gegeven. Wanneer een van deze centra geen medisch personeel heeft, dan werken ze samen met een externe arts om eventueel een substitutiebehandeling verder te zetten.

11.1.2. Lage drempel behandeling in de programma's voor "risicovermindering"

Als voorbeeld voor een lage drempel aanpak kunnen we de diensten die niet onmiddellijk therapeutisch zijn nemen en die algemeen beschouwd worden als programma's voor risicovermindering.

Het voorbeeld van het programma van de vzw Modus Vivendi¹¹, die spuiten en ontsmettingsmateriaal verkopen in de apotheek en op de uitwisselingsplaatsen voor spuiten van de CCLA (Citoyen Comme Les Autres : een organisatie ten behoeve van de druggebruikers), is een voorbeeld van lage drempel ontmoeting met de toxicomaan.

Het betreft een adjuvante dienst die de therapeutische aanpak vervolledigt of zelfs onafhankelijk is van elke bevoorrechte instantie waar een sanitair contact mogelijk is met de toxicomane bevolking. Het belang van zulke programma's schuilt ook in het feit dat er rekening wordt gehouden met het burgerschap van de druggebruiker, tzt dat hij opnieuw het volledig sociaal statuut krijgt.

Deze evolutie die mogelijk is gemaakt door de veranderingen van de publieke opinie tracht verenigingen toe te laten voor toxicomanen zoals er einde jaren '30 voor de alcoholgebruikers waren. Een analyse van deze evolutie ligt buiten het kader van dit rapport. Vervolgens, willen we wijzen op het medisch of therapeutisch belang omdat de artsen de moeilijkheid en zelfs de onmogelijkheid hebben ingezien om op een efficiënte manier te reageren tegen de wil van de belangrijkste geïnteresseerden, de gebruikers zelf. Risicovermindering die verbonden is aan het gebruik kan enkel gebeuren in samenwerking met de gebruikers; aangezien we ons dan situeren in de sfeer van de collectieve sociale gedragingen en niet in deze van het relatief beschermende therapeutische kader.

¹¹ Cfr. Voorbeeld van het programma vn risicovermindering in Brussel georganiseerd door de VZW "Modus Vivendi".

11.1.3. Lage drempel voor de levering van Methadon in België-Evaluatie van 1994 tot 1998

De evolutie van de substitutiebehandeling in België is wel degelijk een vermindering van de drempel van de aanpak dat de "Consensusconferentie" benadrukt heeft sinds de conventie van 1994, in de zin van de definitie die in het begin is gegeven geweest. De andere formulering om deze evolutie weer te geven is de **versoepeling**. Het is zeker dat de behandeling van drugsverslaafden in een privé-praktijk op een eenvoudige manier toelaat dat een groot aantal toxicomanen verzorging kunnen krijgen. De algemene geneeskunde bevoorrecht de zorgen van de

somatische aandoeningen van de toxicomanen. Het voorschrijven van Methadon is van dan af vooreerst een instrument om medisch hulp te bieden en pas daarna een manier om de toxicomanie te veranderen. Het betreft hier het prille begin van de behandeling van de toxicomaan: we behandelen eerst zijn somatische problemen. Zoals een arts zei: "Wat mij interesseert is de gezondheid van mijn patiënt". Dankzij deze medische houding is het aantal toxicomanen die verzorging krijgen exponentieel toegenomen.

Vele huisartsen houden hierbij niet op en trachten bovendien meer bij te dragen aan de evolutie van de patiënt tov van zijn toxicomane gedragingen. Wat we vooreerst moeten opmerken, is dat het vandaag mogelijk is om toxicomanen te verzorgen zonder zijn drugsprobleem en zijn gedrag centraal te plaatsen in zijn behandeling.

12. BALANS VAN DE EVOLUTIE VAN DE SUBSTITUTIEBEHANDELING IN BELGIE EN DE HUIDIGE SITUATIE

De behandelingen met Methadon zijn therapeutisch rendabel en efficiënt. Zij beogen:

- De verbetering van de globale gezondheidstoestand van de patiënt.
- De psychosociale stabilisatie

De consensuele objectieven op internationaal niveau omtrent herstel van de psychische en fysieke gezondheid, de resocialisatie met het behoud van de professionele bevoegdheden maar ook het verminderen van crimineel gedrag of nog de preventie van HIV of Hepatitis besmettingen blijven van kracht. Niettegenstaande zien we de laatste jaren dat we evolueren naar een grote diversificatie en een versoepeling van de huidige middelen.

Evolutie : diversificatie en versoepeling van de middelen

1. Het extensief gebruik van Methadon in een liberale medische praktijk ("de geïsoleerde practicus") en ook in pluridisciplinaire gespecialiseerde centra.
2. De verlaging van de "drempel tot Methadonbehandeling", meer bepaald, de versoepeling van de formele opname criteria zoals de leeftijd, de duur van de heroïne-afhankelijkheid van de patiënt, het bestaan van voorafgaande behandelingen,...
De voorwaarden zijn dus minder strikt en er wordt onderhandeld over de opname tussen patiënt en arts op een individuele manier.
3. Rekening houdend met de moeilijkheid om over goede criteria betreffende de evolutie van de specifieke programma's te beschikken, ontwikkeld er zich een tendens naar proefbehandelingen. Deze aanpakken impliceren geen vooraf vastgelegde duur van de behandeling.
4. De diversificatie van de substitutiebehandelingen heeft ook geleid tot het gebruik van Methadon in de gevangenis. Het is inderdaad wel zo dat het enkel gaat over het voortzetten van een substitutiebehandeling die reeds gestart werd voor de opsluiting en dit op een degressieve manier. Het is echter waarschijnlijk dat er ook hier een versoepeling zal optreden en dat de substitutiebehandeling ook in de gevangenis kan gestart worden en in elk geval snel naar een onbeperkte verlenging van de behandeling zal leiden.
(cfr. P.V. van de vergadering van 29/04/1998).

5. De algemene versoepeling van de criteria van de substitutiebehandelingen ging gepaard met een relatieve destructuratie van het "therapeutisch kader". We zien op zijn minst het ontstaan van voorschrijfpraktijken waarbij de rol van de arts niet alleen de psychosociale opvang van de patiënt beoogt. In dit geval, zouden de Methadon dosissen en de regelmatige ontmoetingen met de arts - waarvan de medische rol strikt genomen niet enkel blijft voortbestaan maar ook opnieuw wordt geëvalueerd- de psychosociale stabilisatie van de toxicomane patiënt moeten bewerkstelligen. We stellen dus een 'de-psychologisatie' vast van de aanpak van toxicomanen die zich op een zeer expliciete wijze manifesteert bij talrijke artsen van de 'nieuw aanpak'. Deze tendens is moeilijk te kwantificeren wat betreft haar plaats binnen het geheel van de substitutiebehandelingen, maar het is duidelijk dat ze in België, de laatste jaren, tot een exponentiële stijging van de aanpak met Methadon heeft geleid.

6. De versoepeling is ook opgetreden in de waaier van de andere gebruikte geneesmiddelen. Het betreft hier de enige tendens waar men met unanimitéit tegen protesteert. Het voorschrijven van Flunitrazepam of Vesparax, bijvoorbeeld, wordt geweigerd bij een drugsverslaafde gezien men uitleg moet verschaffen aan de Provinciale Medische Commissie, hetgeen de woede van talrijke collega's uitlokt (meestal deze met meer ervaring op het gebied van toxicomanen). De paradoxale effecten zoals excitatie en desinhibitie bij verslaafde personen zijn goed gekend bij het gebruik van deze kortwerkende hypnotica, maar zijn nog onvoldoende wetenschappelijk onderzocht. Hier zou men dus belangrijk werk kunnen verrichten.

In elk geval, de beperking om enkel Methadon voor te schrijven bij toxicomane patiënten wordt als verworven beschouwd bij consensus.

(met uitzondering van bepaalde lang werkende benzodiazepines)¹². Er is ook geen plaats voor Burgodin in de farmacopee voor de verslaafde patiënt, evenals elk ander verdovend middel, ook al lijkt het voorschrijven ervan minder problemen te veroorzaken. We moeten tevens onderlijnen dat de versoepeling tov verscheidenheid van de voorgeschreven medicamenten waarschijnlijk aan de basis ligt van de verspreiding ervan op de zwarte markt.

Op deze markt vinden we in overvloed Flunitrazepam ('Roche') en Vesparax. Deze producten leiden tot het vervalsen van voorschriften terwijl dit zeer weinig voorkomt met Methadon. " De Methadonbehandeling wordt gegeven ... op een meer geïndividualiseerde manier, minder geprogrammeerd, tzt. meer aangepast aan de particuliere behoeften van elke patiënt en aan de mogelijkheden en beperkingen van de Methadon behandeling " (Office fédéral de la Santé Publique, Berne, 1997, p. 33).

Deze evolutie is globaal geldig, niet alleen voor Zwitserland maar ook voor België. Het verdwijnen van "programma's" die, bovendien, nooit erg ondersteund zijn geweest door de artsen hebben plaats gemaakt voor individueel overleg met de patiënt waarin de arts de dosissen moet aanpassen en eventueel complementaire interventies doen, door hem uitgevoerd of door anderen naargelang de evolutie van zijn patiënt. Twee hulpmiddelen tegen een 'slechte praktijk blijven geldig in België. De eerste, institutioneel, met de Provinciale Medische Commissies die geïnformeerd worden door de inspecteurs van de apotheek of rechtstreeks, zoals in de provincie Luik, door de medewerking van de arts, waarbij er relatieve gegevens over zijn patiënten worden doorgegeven. De tweede, door een informele controle of "steun" die verschaft wordt twee manieren: een proces van intervisie en een uitwisseling over de therapeutische praktijken. In beide gevallen lijkt het wenselijk dat de openbare autoriteiten meer middelen vrijmaken om deze begeleiding te versterken.

Het is voorgesteld dat deze versterkingen gebaseerd worden op de volgende punten:

(1) De Provinciale Medische Commissies dienen te beschikken over complementaire middelen: sekretariaat, onderzoekers/analyse om de registraties van de Hoofdinspectie van de Apotheek beter te

gebruiken.

De Hoofdinspectie van de Apotheek zou met een toename van relatief weinig maar noodzakelijke middelen in staat moeten zijn om de verwerking van de registratie te verbeteren (bvb, een halftijdse complementaire werkkraft voor de codering en informatisering)

(2) Bij elke Provinciale Medische Commissie een Waakzaamheidscomité toe te voegen die samengesteld is uit ervaren artsen op het gebied van de substitutiebehandeling.

(3) De informatisatie van alle registratiesystemen van elke Provinciale Medische Commissie uitvoeren.

Een minimaal coherent geheel opstellen dat gestandaardiseerd is op federaal niveau.(gemeenschappelijke stam).

Een Provinciaal registratiesysteem ontwikkelen volgens de bekommernissen van elke Provinciale Medische Commissie, door aan de bestaande data nieuwe karakteristieken toe te voegen. Deze extensie zal verwezenlijkt worden in overleg met het waakzaamheidscomité en met de specialisten (epidemiologie, statistieken, data analisten die reeds bestaan in België).

De ontwikkeling zal verwezenlijkt worden met behoud van de scheiding van de niveaus van finale registratie(cfr. appendix van de P.V. van de vergadering van 4 maart 1998) met het waarborgen van de anonimiteit van de database die gebruikt wordt voor onderzoek.

(4) Een groep van controleartsen die Methadon voorschrijven zal samengesteld worden op een representatieve manier per provincie. Deze artsen zullen gesteund worden bij de realisatie van specifieke enquêtes over de effecten van de substitutiebehandeling, dmv aangepaste protocols. Bij de concrete verwezenlijking van zo'n project hoort de bevoegdheid van coördinatie of concertatieorganen die reeds ervaring hebben bij het verzamelen van gegevens (CCAD, CTB, VAD) of de steun van de Réseau Européen d'Epidémiologie de la Toxicomanie (REITOX).

Zo'n pool van controle artsen zal gebruik maken van de enquête-resultaten in de continue vorming (Seminaries, colloquia,...)

(5) Een rapport met informatie bestemd voor alle voorschrijvende artsen zal verspreid worden dmv de bestaande netwerken.

(6) Een internationaal project tussen verschillende Europese landen over de evaluatie van de substitutiebehandeling in de privé-praktijk zal voorgesteld worden aan de Europese Commissie.

(7) De continue vorming, namelijk door de ervaren artsen, zal ondersteund worden door de overheid. Deze zal bestaan uit conferentie, seminaries en workshops. De deelname van alle voorschrijvende artsen en vooral diegenen die net beginnen aan deze opleiding georganiseerd per provincie moet nog uitgewerkt worden. Een positieve impuls is wenselijk.

(8) Integratie van het geheel van verworven en (nog te verwerven) kennis in de substitutiebehandeling, die momenteel beschikbaar, met als doel een globaal overzicht te bekomen betreffende de problemen van de toxicomanie.

¹² Zie hoofdstuk 6.1.1.

13. KORT BIBLIOGRAFISCH OVERZICHT

13.1. Kwaliteit van de zorgen : het onderzoek

13.1.1." Kwantiteit ", " kwaliteit " en aard van de zorgen. Methodologische inleiding

De wetenschappelijke literatuur en de evaluaties van de substitutiebehandeling stellen, op een zeer duidelijke en herhaaldelijke manier, een soort gelijkheid tussen kwaliteit en kwantiteit van de zorgen voor: hoe meer we doen voor de toxicomane patiënt hoe beter het met hem zal gaan! Anders gesteld, alles dat extra gepresteerd wordt buiten het voorschrijven van Methadon en dus alles wat de substitutieve farmacologische actie strikt genomen overschrijdt, zal leiden tot een verbetering van de situatie van de patiënt. Er zijn verschillende procedures om de compliantie van de patiënt te stimuleren en het stoppen van illegale drugs te consolideren. Het kan gaan om een aansporing of om een gedragstherapeutische versterking (" Token economy) of, aan de andere kant van de interventiepool, om psychotherapeutische verdieping met inzet van een psychotherapeut in een langdurige relatie. Al deze beschikkingen (Angelsaksen spreken van "services") verbeteren op een significante wijze de verschillende parameters van de situatie van de patiënt, zowel wat betreft de reductie van het gebruik van substanties als het psychosociaal functioneren.


Alle studies over de kwaliteit van de zorgen refereren naar de substitutiebehandelingen ontwikkeld in centra of zoals de Angelsaksen zeggen Methadon "klinieken". Het is in de context van de organisatie van de zorgen voor druggebruikers dat er evaluaties gerealiseerd werden bij variabele intensiteit van de zorgen. We volgen de evolutie van groepen patiënten op een gecontroleerde manier die al dan niet welbepaalde interventies hebben gekregen bovenop de Methadone toediening. We vergelijken dus de outcome van de verschillende groepen door de impact van de interventies die ze gekregen hebben te analyseren.

Het is hier dat het kwantitatieve aspect opduikt, aangezien sommige groepen 'iets' meer krijgen. De resultaten van al deze longitudinale studies zullen de min of meer belangrijke toedracht van deze complementaire interventies duidelijk maken. Bijgevolg, wordt het mogelijk indien verschillende groepen gevolgd worden (meer dan 2) om de impact of de interventie te verduidelijken en dus de verschillende complementaire interventies van elkaar te onderscheiden. Het is op dat ogenblik dat over het algemeen de belangrijkste impact van de meest intensieve interventie te voorschijn komt, de psychotherapie, die zich onderscheidt van de 'lichtere' vergezellende interventies, vaak van het type 'counseling' ,die min of meer overeenstemt met de francofone opvatting van psychosociale hulp.

13.1.2. De globale voordelen van de psychosociale aanpak: de gespecialiseerde behandelingen op middellange en lange termijn versus de ontwenning (desintoxicatie) of ontstentenis van behandeling

Meerdere studies, in de jaren '80 hebben aangetoond dat de ambulante behandeling met een ondersteuning of psychosociale begeleiding een verbetering brengt voor de patiënt, die vergelijkbaar is aan deze verkregen met een behandeling in een therapeutische gemeenschap of met het onderhouden van de Methadon, maar steeds superieur is aan de behandeling die zich beperkt tot een ontwenning of ontstentenis van behandeling.

De belangrijkste studie in dit opzicht is deze verricht door de Drug Abuse Reporting Program, DARP (Simpson DD et al. 1983 ; pp 7-29). Het DARP heeft namelijk aangetoond dat er een noodzakelijke latentieperiode bestaat voordat de efficiëntie van de behandeling



zich manifesteert, na de ontwenningstherapie: een psychosociale behandeling wordt slechts efficiënt na 90 dagen (Simpson DD., 1981; pp 1449-1453). Anders gesteld, een gespecialiseerde behandeling (psychologische ambulante ondersteuning, verblijf in een therapeutische gemeenschap of substitutiebehandeling met Methadon) biedt de patiënt geen bijkomend voordeel indien de duur minder is dan 3 maand, dan een ontwenning in hospitaalmilieu (meestal minder dan 2 weken). Hubbard et al. hebben bovendien aangetoond met de nationale Treatment Outcome Prospective Study -TOPS- dat de opvang een jaar moest duren zowel voor een substitutiebehandeling als voor een verblijf in een therapeutische gemeenschap, om een sterke vermindering van het heroïne gebruik te bekomen. In het geval van een ambulante behandeling zonder substitutie verminderde de noodzakelijke duur met de helft: 6 maand. (Hubbard RL, Marsden ME, Rochal JV, Harwood HJ, Cavonaugh ER, Ginzling. Drug abuse treatment. A national study of effectiveness. Chapel Hill. NC University of North Carolina Press, 1989).

Deze resultaten dienen met een zekere terughoudendheid bekeken te worden ook al laten ze globaal genomen toe om de efficiëntie van de therapeutische aanpakken te situeren op een schematische manier, want ze houden geen rekening met de verschillen tussen de populaties. De ambulante behandelde patiënten zonder substitutie hebben zeker niet dezelfde socio-persoonlijke of psychologische karakteristieken dan diegenen die behandeld worden door een substitutietherapie. We komen later terug op dit methodologisch probleem dat opgelost wordt door enkele gecontroleerde gerandomiseerde studies.

Om de presentaties van de therapeutische evaluaties te besluiten moeten we de vergelijkingen opsommen van de patiënten die de behandeling vervolledigd hebben (of ze hebben volgehouden tot op het moment van de evaluatie) en diegenen die vroegtijdig gestopt hebben ("drop outs"). Stark, heeft in een overzicht van de literatuur (Stark MF. Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. Clin. Psychol. Rev. 12. 1992, pp 93-116) een coherentie van de resultaten aangetoond: tov drop outs hebben de patiënten die hun behandeling voltooiën een hogere probabilliteit om abstinente te worden, het te blijven en dus minder te hervallen en frequenter een professionele bezigheid te hebben en minder door de politie aangehouden te worden. Laten we ook herhalen dat vanaf het begin van de jaren '80, Mc Lellan et al. aangetoond hadden op basis van de analyse van zes evaluatieve studies dat een lange termijn behandeling steeds significant efficiënter is dan een korte termijn behandeling. (Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE, Druley KA. Is treatment for substance abuse effective? JAMA, 247, 1982, pp 1423-1428). Het betreft steeds om evaluaties die rekening houden met resultaten zonder de economische criteria zoals de kosten van de verschillende behandelingen te laten meetellen. Bij ons weten is de cost/benefit relatie nooit echt geïntegreerd geweest in therapeutische evaluaties.

Samenvattend: de globale analyses van de belangrijkste vormen van de gespecialiseerde behandelingen van toxicomanen bevestigen de doeltreffendheid van de behandelingen tov de afwezigheid van verzorging of de eenvoudige ontwenning.

We onderlijnen ook de afwezigheid van de differentiatie tussen de substitutiebehandeling en de opname in een psychotherapeutische gemeenschap, zelfs wat betreft de noodzakelijke duur van de behandeling om tot een significante verbetering te komen.

We moeten nu de analyse uitvoeren van de specifieke toedracht van de psychosociale aanpak die geïntegreerd is in de substitutiebehandeling.

13.1.3. Specifieke voordelen van de psychosociale aanpak, die complementair zijn aan de substitutiebehandeling

Binnen de context van de substitutiebehandeling in de Verenigde Staten hebben we reeds de pluridisciplinaire organisatie in gespecialiseerde centra of eenheden gepreciseerd. Dit geeft eventueel de methodologische mogelijkheid om de pluridisciplinaire specificiteit te doen variëren en differentiële effecten te evalueren. Aangezien er voor het uitvoeren van een dergelijke evaluatie een adequaat niveau van kwaliteit vereist wordt, zijn er andere onderzoeksvoorwaarden vereist: randomisatie van de patiënten voor elk modaliteit die geëvalueerd wordt. Dit is mogelijk door de organisatie van het centrum met meerdere diensten met een procedure van dispatching. We onderstrepen het belang van de eenheid van de plaatsen en de interventies om dergelijk doel te bereiken.

Tweede voorwaarde voor een methodologische kwaliteitsgarantie: de standaardisatie van de therapeutische modaliteiten, o.a. aan de hand van een handleiding die de klinische aspecten van de behandeling vastlegt en die toelaat de verschillen tussen de therapeuten of artsen, die elkaar opvolgen in de verschillende stadia van de behandeling, te reduceren.

Het gebruik van dergelijke handleiding laat toe te streven naar een interne coherentie van de therapeutische modaliteiten die door verschillende personen worden uitgeoefend zodat deze als een geheel kunnen worden bestuderen.

Onder de enkele publicaties die voldoen aan deze kwaliteitscriteria is de belangrijkste zonder twijfel het onderzoek van Woody et al. dat tot meerdere publicaties heeft geleid. Hierin wordt de standaard ondersteuning voor patiënten die een substitutiebehandeling met Methadon krijgen samen met een complementaire therapie van het psychodynamische type ("ondersteunend-expressief") vergeleken met een complementaire therapie van het cognitieve type. Alle patiënten hebben dus een standaard ondersteuning genoten en twee groepen hebben een bijkomende therapie, de ene een psychodynamische therapie, de andere een cognitieve therapie.

Gemiddeld kregen de patiënten een twaalfstal standaard ondersteunende sessies en een 15-tal sessies van de andere modaliteit gedurende 6 maanden maximum. Een evaluatie van de resultaten werd verwezenlijkt:

- Zeven maanden na de start van de substitutiebehandeling.
(Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. Psychotherapy for opiate addicts : does it help ?
Arch. Gen. Psychiatry. 40. 1983, pp 639-645.
Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadon maintenance programs.
Archives of Gen. Psychiatry. 47. 1990. Pp 788-).
- Een jaar later.
(Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Twelve months follow-up of psychotherapy for opiate dependence.
Am. J. Psychiatry.
144. 1987. Pp 591-596.)

Deze longitudinale evaluaties hebben allemaal aangetoond dat beide complementaire psychotherapeutische modaliteiten belangrijkere verbeteringen hebben aangebracht ten opzichte van de standaard ondersteuning, en dit zowel op het niveau van de tewerkstelling, de problemen met justitie, psychiatrische symptomen en reductie van het gebruik van heroïne gemeten met urine-analyses. Deze studie heeft nogmaals de mogelijkheid geboden om de impact van de problemen van geestelijke gezondheid bij patiënten onder substitutiebehandeling te evalueren.

Eerzijds is de ernst van de psychiatrische symptomatologie in relatie gesteld met de efficiëntie van de therapeutische modaliteiten. De patiënten die psychotherapeutische sessies gevolgd hadden en die een ernstig psychiatrisch beeld vertoonden hadden zoals verwacht een beter resultaat, namelijk op het niveau van de vermindering van de psychiatrische symptomen en van het heroïnegebruik, dan wanneer ze enkel een standaard ondersteuning kregen bij de substitutiebehandeling.

(Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, Herman I, Beck AT. Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy : The Penn - VA Study. American Journal of Psychiatry, 141, 1984, pp 1172-1179.)

Op deze manier werd het nut aangetoond om aan substitutieprogramma's psychotherapeutische modaliteiten toe te voegen, binnen de Amerikaanse context alleszins, en niet alleen voor alle toxicomane patiënten maar ook voor deze die een psychiatrische symptomatologie vertonen. Een publicatie die door de zelfde groep onderzoekers werd verricht richt echter de aandacht op de zwakke resultaten verkregen door psychotherapie in het geval van persoonlijkheidsstoornissen van het sociopathische type. Dit is een welbekend en welbeschreven gegeven (Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. Arch. Gen. Psychiatry 42, 1985, pp 1081-86).

13.1.4 De kwaliteit van de substitutiebehandeling in België

Is het aantonen van de rol van de psychotherapie, als bijkomende factor in de verbetering van de toxicomanie, van toepassing op de substitutiebehandeling zoals ze in België is ontwikkeld ?

13.1.4.1. Bevestiging van de positieve impact van de relationele aanpak

De evaluatie van de behandeling gerealiseerd door de artsen van de Réseau d'Aide aux Toxicomanes van Brussel (R.A.T.), tussen 1989 en 1995 (Ledoux Y., 1997), bevestigt het positief effect, reeds op korte termijn (de eerste 6 maanden van de behandeling) van de therapeutische aanpak die verwezenlijkt door deze vereniging van artsen. Dit netwerk, dat historisch gezien het eerste is in België, staat echter model voor een substitutiebehandeling waarin de relationele aanpak wordt aanbevolen en bestaat uit het ophelderden van de psychodynamische aspecten van de toxicomanie bij zijn patiënt.

Anders gezegd, het is op zijn minst aangetoond, in vergelijking met de aanpak in een netwerk met hoge drempel (talrijke inclusiecriteria voor de aanpak en follow-up), dat de compliantie tijdens de

substitutiebehandeling ("Evolutie van de Compliantie in de Substitutiebehandeling"), dat de reductie van het gebruik van heroïne en deze van andere substanties (meestal cocaïne of alcohol) en dat de verbetering op psychosociaal niveau beantwoord aan de kwaliteitscriteria van de behandeling van de toxicomanie wanneer dit in het kader van een arts-patiënt relatie in een privé-praktijk gebeurt.

Het bijzondere aan deze aanpak is dat er verschillende sociale assistenten deelnemen aan het proces en vaak een belangrijke rol spelen bij de eerste contacten met de toxicomaan en een schakel vormen naar de arts van het netwerk of nog het voortzetten van een regelmatig contact naargelang de vraag van de patiënt.

Dit voorbeeld impliceert dus een psychotherapeutische aanpak met een opname procedure die in vele gevallen een professional doet tussenkomen die geen arts is en hem achteraf een specifiek statuut geeft.

We vermelden de enige zeldzame evaluatie van de substitutiebehandeling in de privé-praktijk door Wilson P., Watson R. et Ralston in 1994 die verschenen is in het British Medical Journal "Methadon maintenance on General practice: patients, workload and outcomes" en handelt over de aanpak die gelijkaardig is aan deze van de R.A.T.- zeker wat betreft de triangulatie met een niet medisch tussenpersoon ("drug counsellor"). Deze studie levert op verrassende wijze een compliantie op 6 maand vergelijkbaar met deze van de R.A.T., nl 83% (in de RAT is deze 89%, zie figuur "Evolutie van de compliantie en de behandeling. In aantal en proportioneel per periode"). De mate van de vermindering van heroïnegebruik tijdens de behandeling is niet identiek aan deze die we gezien hebben in de evaluatie van de R.A.T. Ze lijkt in ieder geval gunstig te zijn.

Deze positieve resultaten van de analyses van de aanpak in de privé-praktijk gaan over een algemene geneeskunde die ingewikkelder wordt in zijn organisatie of die een relationele bezorgdheid aanneemt die beïnvloedt wordt door de psychodynamische psychotherapie. We beschikken in België niet over evaluaties van andere substitutiebehandelingen in de privé-praktijk. Dit betekent dat de substitutiebehandeling door een huisarts die meer geïsoleerd werkt dan de eerder vermelde voorbeelden nog niet geleid heeft tot evaluaties. In de volgende tabel tonen we de positieve effecten van de aanpak van de R.A.T. op de vermindering van het:

Een sterke vermindering van het Heroïnegebruik is dus haalbaar onder de voorwaarden van een *relationele* aanpak in de R.A.T..

Tabel n°7: Evolutie van de compliantie en de behandeling. In aantal en proportioneel per periode

Evaluatie van eind 1995 op het geheel van patiënten opgenomen sinds 1989 (Uitgezonderd patiënten opgenomen in 1995)

| Periode | Aantal | Proportie |
|-------------------|--------|-----------|
| 0 maand | 298 | 100 |
| 6 maand | 266 | 89,3 |
| 12 maand (1 jaar) | 225 | 75,5 |
| 18 maand | 175 | 58,5 |
| 24 maand (2 jaar) | 142 | 47,6 |

| | | |
|-------------------|-----|------|
| 30 maand | 114 | 38,0 |
| 36 maand (3 jaar) | 91 | 31,3 |
| 42 maand | 63 | 20,9 |
| 48 maand (4 jaar) | 43 | 14,2 |
| 54 maand | 32 | 10,5 |
| 60 maand (5 jaar) | 16 | 5,1 |
| 66 maand | 8 | 2,4 |

13.1.5. De ontwikkeling van de substitutieve " somatische " oriëntatie. Vooroordelen, voordelen en klinische problemen

- Hoe moeten we de voorzichtigheid van de artsen tov de rol van psychotherapie interpreteren?

In België, slechts enkele jaren (1983-1992), kon het therapeutisch gebruik van Methadon niet los gezien worden van een psychosociale ondersteuning of een psychotherapie, ofwel in een gespecialiseerd centrum , of zoals hoger vermeld in een netwerk van practici (vanaf 1989).

Actueel wordt deze houding bekritiseerd onder zijn meest psychoanalytische vorm (Methadon wordt gezien als een lokmiddel om de toxicomaan op de zetel van de psychoanalist te krijgen) of men neemt een houding aan die iets gematigder is.

De evolutie sinds 1994, door de extensie van het voorschrijven tot in de algemene geneeskunde, heeft de positie van de practici, die van deze strekking waren, significant versterkt en zo de dominante positie van het "psy" discours gereduceerd. We merken ook op dat de "biologische" tendens in de geestelijke gezondheidszorg zeker terrein heeft gewonnen. Door de invloed van het "psy" discours te verminderen in de toxicomanie, laat men een versterking van de positie van de huisarts toe op het gebied van de toxicotherapie.

Deze kan arts bijvoorbeeld de somatische pathologieën te wijten aan de toxicomanie aanpakken. De kliniek van de toxicomaan wordt zo geïnterpreteerd in een niet psychologische vorm.

- **Implicaties van de somatische substitutieve aanpak:**

De praktijk van de risicovermindering, het

scheppen van een plaats waar de toxicomaan kan " opknappen ", kortom, alles wat toedraagt tot een verbetering van de gezondheidstoestand en het welzijn van de toxicomaan, zonder zich te concentreren op de vermindering van het druggebruik zelf, is een sleutelaanpak geworden. De geneesheren die regelmatig de toxicomaan ontmoeten in hun kabinet en hen Methadon voorschrijven doen ook aan **risicovermindering op individueel niveau**. De algemene gezondheidstoestand van hun patiënt verbetert en/of de evolutie van bepaalde verworven aandoeningen door de levenswijze van de toxicomaan wordt bewaakt.

Een andere dimensie die aangebracht wordt door de aanpak in een privé-praktijk, is de mogelijkheid om aan **toxicomanen die sociaal weinig ontwricht zijn** medische verzorging te geven. Inderdaad, heroïnegebruikers die stevige banden behouden met de "conventionele" maatschappij, wensen niet deel te nemen aan een behandeling die hen definieert als toxicomanen, die hen marginaliseert in een "getto" van zorgen en strikte reglementering. In dit geval bevindt het kabinet van de huisarts zich op de eerste lijn door een populatie op te vangen die precies overeenstemt met zijn positie op het therapeutisch gebied.

13.2. Het voorschrijven van verdovende middelen door huisartsen. Reglementaire en consensuele beperkingen

13.2.1. Nederland ((1995)

Situatie in Amsterdam (1995)

(Buning E., Van Brussel G., 1995)

Tweehonderd van de 400 huisartsen van de stad schrijven Methadon voor. Alle arts en van de Gemeentelijke Dienst voor Gezondheid van Amsterdam steunen hen en raden hen aan om het voorschrijven van Methadon te beperken voor de druggebruikers die relatief stabiel zijn en om de moeilijke patiënten te verwijzen naar een gemeentelijk Methadon programma.

Het is aangeraden aan de huisartsen om het voorschrijven van Methadon te beperken tot 10 patiënten per praktijk en te beperken tot 500 mg (± gebruik voor 1 week). Alle patiënten die Methadon krijgen (afgeleverd in de apotheek) zijn geregistreerd in het centraal registratiesysteem voor Methadon. Jaarlijks, krijgen 1.250 tot 1.500 patiënten zo Methadon in Amsterdam, op voorschrift van een huisarts.

In 1990, op n = 4.567 patiënten met Methadon, kreeg 22.5 % het via de huisarts; 2.8 % kreeg het via het programma Methadon Jellinek (hoge drempel).

De programma's van de Gemeentelijke Dienst voor Gezondheid van Amsterdam levert Methadon aan 2700 patiënten hetgeen

36.4 % van het totaal is. Het gaat hier over lage drempel programma's met als strategie het verminderen van de risico's (uitwisselen van spuiten mogelijk in alle centra...). 12.8 % van de patiënten met Methadon zijn verbonden aan gemeentelijke programma's opgericht voor prostituées en vreemdelingen. Tenslotte superviseert de Gemeentelijke Dienst voor Gezondheid van Amsterdam ook de toediening van Methadon in de politiecommissariaten door een arts die verbonden is met de dienst. Dit vertegenwoordigt 25.4 % van de patiënten met Methadon.

13.2.2. Frankrijk - Recente situatie (Facy F. et al., 1996, pp 73-86 ; Wieworka S., 1996, pp 87-94)

Frankrijk onderscheidt zich reeds sinds meer dan 20 jaar door een grote toegankelijkheid voor codeïne.

Tienduizenden toxicomanen hebben sinds de jaren 70 codeïne gebruikt in Frankrijk.

Subutex®, die andere dosages van Buprenorphine heeft dan Temgesic®, dat gebruikt wordt in België, is in de jaren '80 in Frankrijk verschenen. Subutex®, heeft als dosages 0,4 mg/2 mg/8 mg (7 comprimés) terwijl Temgesic®, slechts verkrijgbaar is in comprimés van 0,2 mg de Buprenorphine.

Subutex®, wordt voorgeschreven aan 25.000 patiënten in de algemene geneeskunde (of door een psychiater in en privé-praktijk). Het voorschrijven gebeurt met een bonboekje voor een maximale duur van 28 dagen. We stellen vast dat het gemakkelijk is voor een toxicomaan om verschillende voorschrijvers te hebben. Het I.V. gebruik is ook frequent.

De evolutie van Methadon is belangrijk geweest sinds 1993 (rol van de Ministers van gezondheid, Messieurs Kouchner et Douste Blazy...). Ongeveer 5000 patiënten krijgen Methadon in dit land

Het opstarten van een substitutiebehandeling met Methadon gebeurt steeds in een gespecialiseerd centrum. 3.200 patiënten voor 80 centra. Het is mogelijk om de patiënt door te verwijzen naar een huisarts. Het voorschrijven gebeurt via een bonboekje voor een duur van 7 dagen.

1800 patiënten krijgen Methadon door hun huisarts

13.2.3. Duitsland. - Recente situatie (Weber U., 1997)

Ondanks de wil van de federale overheid om deze praktijk te beperken, wordt codeïne (co. van 100 mg) veel voorgeschreven door de artsen. In 1997 kregen

30000 patiënten een voorschrift voor codeïne voor meerdere dagen of zelfs weken. Ze wordt niet terugbetaald en de dagelijkse dosissen zouden de patiënt ongeveer 300 DM/maand kosten. (ongeveer 6000 BEF/maand)

Talrijke artsen zijn echter tevreden over de resultaten van deze substitutie.

Wat betreft Methadon is het gebruik sterk gereguleerd.

De registratie van de patiënten is verplicht.

Methadon kan enkel voorgeschreven worden door een geconventioneerde arts en een autorisatie is verplicht

Er kan enkel worden voorgeschreven onder de volgende condities

- Status van ontwenning met levensgevaar.
- Ziekte in een terminaal stadium
- Pijn die het gebruik van opiaten noodzaakt
- Ernstige ziekte of AIDS
- Zwangerschap en bevalling... tot 6 weken na de bevalling.

Indien een van deze condities na het starten van de behandeling wegvalt, dient de behandeling gestopt te worden.

Men mag enkel voorschrijven voor 3 dagen tegelijkertijd.

13.2.4. Verenigd Koninkrijk - Recente situatie (Farrell M., 1995 ; pp 137-152)¹³

Het is het eerste land dat, historisch gezien, geen restricties heeft op het voorschrijven van verdovende middelen door de huisartsen in een privé-praktijk. De registratie van patiënten die verdovende middelen krijgen is verplicht.

Alle types verdovende middelen mogen voorgeschreven worden.

Het voorschrijven van heroïne werd vaak ter sprake gebracht in het Verenigd Koninkrijk. Desondanks is dit zeldzaam.

Anderzijds, Methadon, dat de meest voorgeschreven substitutie is, wordt soms I.V. voorgeschreven: bijna 10% van de voorschriften voor Methadon (Strang J. et al., 1996 ; pp 270-272)¹⁴.

De stimulerende amfetamines worden eveneens frequent voorgeschreven.

Er bestaan enkele evaluaties over het voorschrijven van Methadon in de privé-praktijk die het belang van de opmars aantonen. We hebben geen studies teruggevonden over het voorschrijven voor intraveneus gebruik.

De Britse artsen hebben de notie van "shared care" ontwikkeld die de integratie bevordert van de eerstelijns-therapie bij de toxicomanen.

¹³ Farell M. A review of the legislation, regulation and delivery of Methadone in 12 Member States of the European Union - European Commission - 1995, 165 p., pp 137 - 152.

¹⁴ Strang J., Sheridan J. & Barber N. Prescribing injectable and oral Methadone to opiate addicts. results from the 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. British Medical Journal, 313, 1996, pp 270 - 272

13.2.5. Opmerkingen over het voorschrijfgedrag van verdovende middelen in onze buurlanden (Frankrijk, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Nederland)

We stellen vooreerst het enige gemeenschappelijk punt vast, op een uitzondering na (Frankrijk): de substitutiebehandelingen zijn onderworpen aan een registratie. Complementaire informatie zou moeten verkregen worden over de specificiteiten van de registratiesystemen in elk land. We weten niet in welke mate de anonimiteit van de patiënt eerbiedigd wordt. We hebben in de wetenschappelijk literatuur (of semi-wetenschappelijk: bvb. Newsletters of diverse rapporten) geen problemen gevonden veroorzaakt door deze registratiesystemen.


Een andere weinig gekende situatie: in Nederland en Frankrijk wordt de substitutiebehandeling met Methadon nooit gestart in de algemene praktijk maar enkel in een gespecialiseerd centrum dat na stabilisatie de patiënt doorverwijst naar een huisarts. In Duitsland is het voorschrijven van Methadon onderworpen aan controle en autorisatie geval per geval met draconische maatregelen.

Frankrijk en Duitsland hebben uiteindelijk ondanks de beperkingen over het voorschrijven van Methadon een traditie van andere substitutiebehandelingen. Subutex, voor de eerste (dus hogere dosages van Buprenorphine dan Temgesic) en Codeïne voor Duitsland.

Het geval van Subutex, heeft de interesse van de Belgische artsen die deelnamen aan "Follow-up van de Consensusconferentie" van Methadon aangewakkerd voor dit produkt. Het voorschrijven van Subutex, zou kunnen gebeuren wanneer het gebruik van Methadon riskant is (onduidelijke opiaattolerantie bij de patiënt) of wanneer deze slecht getolereerd wordt.

Een klinische studie zou zeker ondernomen moeten worden

13.3. Analyse van de wetenschappelijke literatuur betreffende de substitutiebehandeling in de algemene praktijk - huisartsen en Methadon



Een 'search' op Medline heeft ons toegelaten om, van 1964 tot november 1997, in totaal 5.884 publicaties terug te vinden over Methadon.

In deze aanzienlijke verzameling zijn er slechts 19 artikels teruggevonden over de aanpak van de huisartsen bij het voorschrijven van opiaten.

We constateren dat bij de lectuur van de bibliografische tabel, dat het begin van de jaren '90 de start betekende van de wetenschappelijke interesse over het gebruik van Methadon in de algemene praktijk en dat meer dan de helft van de artikels gepubliceerd werden door de Engelsen. We stellen een afwezigheid van Amerikaanse publicaties vast. Deze situatie weerspiegelt natuurlijk het type van aanpak "op het terrein", het hulpaanbod dat ontwikkeld werd binnen elke nationale context.

De zeldzame artikels voor 1990 waren bijna allemaal negatief tov het voorschrijven van Methadon in de algemene praktijk. Het artikel van Bewley T. en Ghodse A.H. uit 1983 is bijzonder representatief voor de algemene tendens gericht tegen deze aanpak.

Na verschillende jaren van stilte, een periode waarin de huisartsen experimenteerden in hun privé-praktijk - ondanks een officieel negatief advies, werden er artikels gepubliceerd die de positie van de huisarts in de aanpak van de toxicomanen verdedigden in 1990. Op twee uitzonderingen na, tonen alle artikels sindsdien positieve evaluaties.

De wetenschappelijke studies over de toekomst van deze patiënt in dit type behandeling zijn zeldzaam zoals we verder zullen zien. De meest significante evaluatie is deze van Wilson P. et al. (1994). Deze toont een sterke compliantie aan tijdens de behandeling (83 % / 6 maand) en een merkbare verbetering van het gebruik van illegale opiaten.

We moeten toegeven dat in België, zoals elders, een positieve houding werd aangenomen tov het voorschrijven van Methadon door de huisartsen, op het moment dat deze konden genieten in de Kliniek van de Toxicomanie, hierin ondersteund door de overheid en een continue vorming konden organiseren door intervisies. (Cfr. ALTO programma, bv.).

De verdeling per land en jaar van publicatie wordt voorgesteld in de samenvattende tabel. We vermelden eveneens naargelang het artikel of het gaat om een verdediging van de wijze van aanpak door de huisartsen, dan wel om een negatieve kritiek.

Tabel n°8 : Samenvatting van de bibliografie

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">Samenvattende tabel van de publicaties betreffende de praktijk, Door de huisartsen, van het voorschrijven van Methadon en globale beoordeling van deze praktijk</p> |
|---|

| Jaar | Nr | Auteur - Land | Beoordeling* |
|------|----|--|-----------------------|
| 1976 | 1 | 1. Bishop, B.P. et al. <ul style="list-style-type: none"> • Verenigd Koninkrijk | - |
| 1978 | 1 | 1. Manzie, P.P. <ul style="list-style-type: none"> • Australie | +/- |
| 1983 | 1 | 1. Bewley T., Ghodse A.H. <ul style="list-style-type: none"> • Verenigd Koninkrijk | - |
| 1989 | 1 | 1. Ege, P.P. <ul style="list-style-type: none"> • Denemarken | - |
| 1990 | 2 | 1. Greenwood, J. 2. Cohen J., Schamroth, A. <ul style="list-style-type: none"> • Verenigd Koninkrijk | + + |
| 1992 | 5 | 1. Roland P.J. et al. 2. Leaver E.J. et al. 3. Greenwood J. 4. Cohen J. et al <ul style="list-style-type: none"> • Verenigd Koninkrijk (4) 5. Drumer O.H. et al. <ul style="list-style-type: none"> • Australië (1) | + + + + - |
| 1993 | 1 | 1. Bury G. et al. <ul style="list-style-type: none"> • Ierland | +/- |
| 1994 | 1 | 1. Wilson P. et al. <ul style="list-style-type: none"> • Verenigd Koninkrijk | + |
| 1996 | 2 | 1. Strang J. et al. <ul style="list-style-type: none"> • Verenigd Koninkrijk (1) 2. Plomp H.L. et al. <ul style="list-style-type: none"> • Nederland (1) | - + |
| 1997 | 4 | 1. Olgiati M. et Meili M. <ul style="list-style-type: none"> • Zwitserland (1) | + + |

| | | |
|--|-------------------------|-----|
| | 2. De Vries H.J. et al. | +/- |
| | • Nederland (1) | + |
| | 3. Clausen T.G. | |
| | • Denemarken (1) | |
| | 4. Anonymous | |
| | • Verenigd Koninkrijk | |
| * positieve beoordeling (+) – negatieve kritiek (-) – gemengd (+/-) | | |

13.3.1. Beknopte presentatie van de publicaties over de substitutiebehandelingen in de huisartsenpraktijk

- **Bishop, B.P., Cave G.C., Gay M.J. et Morgan H.G., 1976**

Studie bij 148 druggebruikers in de stad Bristol. 64% waren niet opgenomen in het registratiesysteem van het Home Office. De studie onderlijnt het verband tussen de inbraken in de apotheek en het voorschrijven door artsen als bron voor de bevoorrading van medicatie aan de toxicomanen.

Dit is de eerste publicatie die verschenen is over het gebruik van Methadon door huisartsen en is er enkel op gericht de artsen te beschuldigen voor de toename van de problemen verbonden aan de toxicomanie.

- **Manzie, P.P., 1978**

Presentatie "in de eerste persoon". Beschrijft zijn ervaring als huisarts van zijn consultatie in een gespecialiseerd centrum voor de behandeling van toxicomanen in Australië. Ondanks zijn humanistische aanpak die zeer sympatiek is, heeft deze tekst enkel een anekdotische waarde.

- **Bewley T. et Ghodse A.H., 1983**

Kritiek op het gemak waarmee Britse huisartsen verdovende geneesmiddelen voorschrijven: Methadon, dipipanone-cyclizine (Diconal) en methylphenidate (Rilatine). Door de vrees voor een epidemische uitbreiding van de toxicomanie vragen de auteurs om een versterking van de controle en om een uitbreiding van het "het licentie-systeem (controlled drugs)".

- **Ege, P.P., 1989**

Presentatie van de implicaties van de huisartsen in Denemarken binnen een bewakingsprogramma van de H.I.V. serologie bij patiënten met een substitutiebehandeling. Deze studie is echter zwak (22% van de patiënten met Methadon). De opvolging van dit probleem door de huisartsen is niet efficiënt.

- **Greenwood J., 1990**

Voorstelling van de ervaring van de "**gedeelde zorgen**" ("shared care") in Edinburgh, tussen een psychiatrische dienst en een algemene dienst.

De huisartsen mogen onder contractuele voorwaarden methadon voorschrijven in samenwerking met psychiatrische diensten. Door de progressie van AIDS wordt de nood benadrukt om de zorgen meer op mekaar af te stemmen.

- **Cohen J. et Schamroth A., 1990**

(Eerste) Presentatie en studie door twee huisartsen van hun toxicomane patiënten. Verdediging van de eerstelijns aanpak van de toxicomanen.

85 toxicomanen behandeld op een jaar door twee huisartsen. Op 12 maanden hebben 19 toxicomanen heroïne en andere illegale drugs afgezworen.

9 patiënten (16%) die bij de aanvang geen werk hadden, hebben werk gevonden. De auteurs verdedigen deze aanpak eveneens op basis van de lage kost.

- **Roland P.J., Witcomb J.C., Robertson J.R., Roberts J.J., Shishodia P.C., Whittaker A., 1992**

Analyse van de HIV serologie van patiënten in de algemene praktijk (n = 432) tussen 1981 en 1990. 37 % was seropositief. Op de 191 toxicomane patiënten die nog onder behandeling waren in 1990, kregen er 130 dihydrocodeïne als substitutiebehandeling en slechts 9 Methadon. 47 % bleven zich occasioneel injecteren met drugs. Urineanalyse heeft de overgang van de heroïne injectie naar een polytoxicomanie met benzodiazepines bevestigd. 61 patiënten werden doorverwezen naar psychiatrische verpleegsters. De seropositieve toxicomanen consulteren meer dan de seronegatieve (24.9 consultaties/15.8 consultaties per jaar).

- **Leaver E.J. et al., 1992**

Analyse van een patiëntenbestand in de algemene geneeskunde in een centrum in Londen. Vergelijking van de consultatie van 28 heroïnegebruikers onder Methadonbehandeling en 58 controles (niet-druggebruikers). De toxicomanen onder Methadon consulteerden meer (geen verschil voor de consultaties zonder voorschriften) en kregen meer medicatie.

- **Greenwood J., 1992**

Presentatie van een communautair programma van " Shared care " in Edinburg en de gebruikte middelen om de huisartsen uit te nodigen om toxicomanen te behandelen

- **Drumer O.H. et al., 1992**

Studie van 10 sterfgevallen die sinds gemiddeld drie dagen Methadon kregen door een huisarts. De initiële dosis bedroeg 53 mg en de finale 57.

De patiënten hadden allen een Hepatitis en 5 een bronchopneumonie. 6 op de 10 hadden een andere substantie ingenomen: alcohol (2), benzodiazepines + morfine (2), benzodiazepines (1).

Deze studie wijst op de gevaren van Methadon bij het begin van de behandeling wanneer de tolerantie niet vastgesteld is.



- **Cohen J. et al., 1992**

Analyse van een patiëntenbestand in de algemene geneeskunde in een centrum in Londen.

150 toxicomanen op 2 jaar. 111 mannen en 39 vrouwen. 106 zonder werk. 121 heroïne verslaafden waarvan 112 I.V. gebruikers. 81 hebben een degressieve Methadon behandeling volbracht en 25 zijn gestabiliseerd met een gereduceerde dosis in afwachting dat hun plaats vrijkomt in een hospitaal. Degressieve behandelingen zijn haalbaar in de algemene praktijk.

- **Bury G. et al., 1993**

Analyse door een dienst ter preventie van AIDS te Dublin over de frequentie van consulteren van 161 toxicomanen bij de huisarts.

68% had een huisarts geconsulteerd het jaar voordien. 48% was geregistreerd bij een huisarts. 60 van de 161 patiënten kregen Methadon van de dienst preventie. Deze patiënten hadden een grotere probabilliteit om een huisarts te consulteren voor een somatische aandoening en een lagere probabilliteit om Methadon te verkrijgen.

- **Wilson P. et al., 1994**

Analyse van een patiëntenbestand van twee algemene praktijken in Glasgow (beide huisartsen en "drug counsellor"). 46 IV heroïne gebruikers kregen Methadon en werden gedurende 18 maanden geëvalueerd. 29 mannen en 17 vrouwen. De meesten misbruikten ook

benzodiazepines. De gemiddelde leeftijd was 29.6 jaar. De gemiddelde duur van het IV gebruik was 9.9 jaar. De gemiddelde duur van de

behandeling was 50.7 weken (± 21.1). **De gemiddelde compliantie tijdens de behandeling van 6 maand was 83 %.**

Tijdens de week die volgde op een Methadonvoorschrift karakteriseerden 78% van de consultaties zich door de afwezigheid van het gebruik van illegale opiaten (86% voor de afwezigheid van IV gebruik van opiaten). Legitimatie van de onderhoudsbehandeling van Methadon in de algemene praktijk. De huisarts wordt bijgestaan door een drug counselor (sociaal assistent, psycholoog, andere tussenpersoon van een pluridisciplinaire groep).

- **Strang J. et al., 1996**

Nationale studie bij 25% van 10.616 Britse apotheken.

Gegevens verzameld over alle voorschriften van verdovende geneesmiddelen. 96% van de 3.846 voorschriften van opiaten waren voorschriften voor Methadon:

79.6 % onder vloeibare vorm, 11 % in tabletten en 9.3 % onder de vorm van injecteerbare ampullen. 1/3 van de voorschriften waren voor een week of 2 weken.

Vergeleken met artsen in verzorgingscentra, zijn de voorschriften van de geïsoleerde huisartsen meer in tabletten en ampullen, in hogere dosissen en mee te nemen voor een week of 2 weken.

De tabletten werden vaak geplet, waardoor de proportie van injecteerbare Methadon ongeveer 20% van het geheel voorstelt waarvan de helft als zodanig wordt voorgeschreven.

De auteurs wensen een meer strikte begeleiding en aanbevelingen over de indicaties van het voorschrijven of het gebruiken van Methadon in injecteerbare vorm.

- **Plomp H.L. et al., 1996**

Presentatie van een model van Methadontoediening in Amsterdam met een zorgverlening met 'lage drempel' bestemd om alle druggebruikers op te vangen die hun toxicomanie onmogelijk onder controle krijgen en ze te stimuleren dit te doen. De positieve effecten van dit systeem zijn een vermindering van de mortaliteit en een verbetering van de veiligheid.

Deze aanpak wordt goed aanvaard door de autoriteiten en de huisartsen. De auteurs wensen echter een verbetering van de diagnostische methodes.

- **Olgati M. et Meili M., 1997**

De auteurs verdedigen de aanpak van de ambulante farmacologische ontwenning, bijgestaan door de huisarts. Die is buitengewoon aangepast aan de patiënten die enkel heroïne gebruiken en een relatief stabiele sociale context hebben. De substitutiebehandeling op lange termijn met een psychosociale steun in het kader van een relatie met een huisarts is volledig valabel.

- **De Vries H.J., Van Brussel G.H. et Kanhai K., 1997**

Analyse van de mogelijkheden om in Amsterdam toxicomanen van de Nederlandse Antillen door te verwijzen, van een programma met lage drempel van de gemeente, naar de huisarts voor een onderhoudsbehandeling met Methadon. Veel minder toxicomanen in deze minderheid worden naar de huisartsenpraktijk gerefereerd. 21% van deze 141 patiënten werden als gestabiliseerd beschouwd. Ze hadden onmiddellijk verwezen kunnen worden naar een huisarts. 18% waren ook gestabiliseerd maar kregen ook nog dagelijks Methadon. Eenmaal ze een wekelijkse toediening kregen konden ze naar de algemene praktijk doorverwezen worden. De andere waren te marginaal geacht om door een huisarts behandeld te worden. Als besluit kunnen we stellen dat onder de toxicomanen van de Nederlandse Antillen of Suriname 20% onmiddellijk naar de huisarts konden verwezen worden, 20% na een kort oponthoud en 60% niet, door een te grote marginalisatie.

13.4. *Kommentaren over de weergave van de wetenschappelijke literatuur over Methadon en de privé-praktijk van de huisarts*

De wetenschappelijke gegevens over de meest ontwikkelde substitutieve therapie in België zijn nog betrouwbaar. Er bestaat reeds een bevestiging van de haalbaarheid en het belang van het impact van huisartsen in de behandeling van toxicomanen. Wat voorgesteld is als een belangrijke trend in de praktijk is niet door de meerderheid gehanteerd in België of het manifesteert zich niet in een gelijkaardige context wat betreft de relaties op het gebied van de toxicotherapie.

Een belangrijke vaststelling betreft de positieve evaluatie van de aanpak in de algemene praktijk wanneer er een externe deelname is aan het proces, zoals de sessies of 'intervisies' door consultants (de Britse "drug counsellors"). Tijdens deze zeldzame evaluatie van de substitutie in de privé-praktijk blijkt de bijdrage van de "drug counselors" tot **de triangulaire aanpak** (patiënt+ arts+ ander) een belangrijke rol te spelen. De substitutiebehandeling in een netwerk met externe hulp van een psychosociale tussenpersoon voldoet aan deze condities.

Kunnen we ons andere 'lichtere' oplossingen inbeelden dat de artsen, met een meer geïsoleerde praktijk dan diegenen die in een netwerk werken, externe steun kunnen krijgen? We kunnen in elk geval de artsen aanraden om lokaal professionele complementaire

steun te zoeken. Ook hier zou een positieve bekrachtiging welkom zijn.

Als we de kritieken op het voorschrijven door huisartsen even opzij laten, en de bezorgdheid twa het overlijden van toxicomanen die Methadon namen (onder andere) in aanmerking nemen, is er reden om in sommige landen te signaleren dat met de rol van de huisarts rekening moet worden gehouden, **na** de stabilisatie van de toxicomaan door een substitutiebehandeling in een gespecialiseerd centrum. Dit is dus de situatie die zich voordoet in Nederland. België staat in dit opzicht veel verder in het vertrouwen van de huisartsen om de substitutiebehandeling te beginnen.

14. HEROÏNE-AFHANKELIJKHEID OF MISBRUIK ? Een onopgelost probleem bij het starten van de substitutiebehandeling

De heroïne **afhankelijkheid** wordt gekenmerkt door het ontwenningssyndroom in het geval deze stof niet meer ingenomen wordt. **Misbruik** daarentegen wijst op het overmatig gebruik, maar lijdt niet tot ontwenning wanneer het gebruik stopt. Is de kwantificatie van het verband tussen de afhankelijkheid en het misbruik mogelijk in een groep hulpvragende toxicomanen?

14.1. De Minimale Klinische Gegevens (MKG) in het ziekenhuis en het verschil tussen afhankelijkheid en misbruik ¹⁵

Dit onderscheid wordt gemaakt sinds verschillende jaren in de Minimale Klinische Gegevens (MKG) die momenteel nog gebruikt wordt in alle klinische diensten van de algemene ziekenhuizen. Sinds april '96 zijn de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) toegepast in alle psychiatrische ziekenhuizen evenals in de PAAZ diensten.

De volgende tabel geeft het aantal hospitalisaties weer voor het jaar 1995 met een diagnose van afhankelijkheid (hoofdzakelijk of bijkomend) of van misbruik (hoofdzakelijk of bijkomend) in het geval van de opiaten (er wordt niet vermeld welke), terwijl een onderscheid wordt gemaakt tussen een verblijf op psychiatrie of een hospitalisatie op een dienst van interne geneeskunde of heekunde.

¹⁵ Rapport MKG, Ministerie van Volksgezondheid, 1995.

Zie ook : Hospitalisaties veroorzaakt door drugs in de Belgische ziekenhuizen. MKG - MPG flash. Nov. 1998. 8p.

Tabel n°8 : Hospitalisaties van opiaatgebruikers met een diagnose van misbruik of afhankelijkheid in de Belgische ziekenhuizen in 1995, geclassificeerd volgens type hospitalisatie en type van afhankelijkheid

| Hospitalisaties ¹⁶ van opiaatgebruikers ¹⁷ , met een diagnose van misbruik of afhankelijkheid in de Belgische ziekenhuizen in 1995, geclassificeerd volgens type ¹⁸ hospitalisatie en type van afhankelijkheid | | | | |
|---|-----------------|------|------------------------|------|
| Type van afhankelijkheid | Alg. ziekenhuis | | Psychiatrisch verblijf | |
| | n | % | n | % |
| Afhankelijkheid hoofdzakelijk | 485 | 24.4 | 2.927 | 67.1 |
| Afhankelijkheid bijkomend | 1.300 | 65.5 | 835 | 19.2 |

| | | | | |
|------------------------|-------|------|-------|------|
| Totale Afhankelijkheid | 1.785 | 89.9 | 3.762 | 86.2 |
| - | - | - | - | - |
| Misbruik hoofdzakelijk | 55 | 2.8 | 292 | 6.3 |
| Misbruik bijkomend | 145 | 7.3 | 305 | 7 |
| Totaal misbruik | 200 | 10.1 | 597 | 13.7 |
| - | - | - | - | - |
| Algemeen Totaal | 1.984 | 100 | 4.359 | 100 |

¹⁶ Het gaat dus niet om verschillende patiënten. Dezelfde patiënt kan evengoed meerdere keren ingeschreven zijn gedurende het jaar.

¹⁷ We presenteren enkel de hospitalisaties waarbij men zeker is van het opiaatgebruik. 2.210 opnames in de **Psychiatrie** betroffen niet "gespecificeerde drugs", 2.176 opnames voor een polytoxicomanie, 1.467 voor het gebruik van cannabis en 471 opnames voor het gebruik van cocaïne. Dit wil zeggen dat een totaal van 10.881 opnames in een psychiatrische dienst of een psychiatrisch ziekenhuis betrekking hadden op opiaten. Op de diensten van interne geneeskunde is het aantal hospitalisaties waarvan het type drug niet gespecificeerd werd nog belangrijker : n= 3927. De andere drugs vertegenwoordigen in hun geheel 4610 opnames. Het aantal opnames op interne geneeskunde voor opiaten bedraagt dus 6594. Er zijn dus, alle drugs meegerekend, 17475 opnames in de Belgische ziekenhuizen.

¹⁸ Het onderscheid hoofdzakelijk/bijkomend weerspiegelt de hospitalisatiereden.

De tabel laat toe de proportie te bepalen van de gehospitaliseerde patiënten met een opiaatgebruik in de Belgische ziekenhuizen die gediagnostiseerd worden als afhankelijkheid of misbruik. Een totaal van 13.7 % misbruik is gediagnostiseerd geweest in een psychiatrische dienst en 10.1 % in de andere diensten van een algemeen ziekenhuis. Voor het geheel van de hospitalisaties van de gebruikers van opiaten in België, is het niveau 12.6 %. We zien dus dat 1 op 7 patiënten en 1 op 10 van de gebruikers van opiaten misbruik vertonen en geen afhankelijkheid. Het is in de psychiatrische diensten dat het misbruik bij de opiaatgebruikers het hoogst ligt, ook al hadden we verwacht dat de afhankelijkheid prevalenter zou zijn dan in de geneeskundige diensten. Misschien is dit een teken dat de diagnose van misbruik moeilijker gesteld wordt op interne geneeskunde en dat er een tendens is om de afhankelijkheid te overschatten.

De resultaten van de MKG laten ons dus toe om de artsen te verwittigen om niet alle heroïnegebruikers als afhankelijk te beschouwen door te stellen dat 1 op 7 of zelfs 1 op 10 een heroïne misbruiker¹⁹ is. **Het risico om een afhankelijkheid aan Methadon te veroorzaken bij een excessief heroïnegebruiker mag dus niet onderschat worden.**

¹⁹ De term misbruiker is niet ideaal. In de Angelsaksische landen is er een tendens om de term "abuse" te verlaten te voordele van "misuse". Spreken over excessief gebruik of problematisch gebruik is waarschijnlijk verkiesbaar.

14.2. Hoe de risico's van een overdosis te voorkomen, voornamelijk bij excessieve gebruikers?

Niets is eenvoudig wanneer we de toxicomanie beter willen begrijpen, daarom is het noodzakelijk om een op het eerste zicht paradoxale situatie toe te lichten. Wanneer we de effecten van excessief gebruik en afhankelijkheid met elkaar vergelijken, stellen we vast dat misbruik, meer dan verwacht, eerder leidt tot overdosering en een hospitalisatie of een reanimatie noodzaakt. Op

basis van de MKG voor het jaar 1995 hebben we de volgende gegevens verkregen van de opiaatgebruikers en andere gebruikers die opgenomen werden op de intensieve zorgen.

Tabel n°9 Overdoseringen op Intensieve zorgen (absolute aantallen) in België in 1995

| Overdoseringen Intensieve zorgen (absolute aantallen) in België in 1995 | | | | | |
|---|-------------------------------|--------|------------------------|--------|------------|
| | Afhankelijkheid hoofdzakelijk | | Misbruik hoofdzakelijk | | TOTAAL |
| Opiaten | 51 | 79.7 % | 13 | 20.3 % | 64 39.6 % |
| Andere substanties | 5 | 38.5 % | 8 | 61.5 % | 13 4.7 % |
| Niet gespecificeerde substanties | 23 | 19.3 % | 86 | 80.7 % | 119 60.7 % |
| TOTAAL | 79 | 40.3 % | 117 | 59.7 % | 196 100 % |


Het aandeel van opiaatmisbruikers die door overdoseringen op intensieve zorgen terecht komen is dubbel zo groot als deze van de gehospitaliseerde excessieve gebruikers. Het is waarschijnlijk dat de werkelijke proportie nog veel groter is gezien deze geobserveerd in de categorie niet-gespecificeerde substantie zeker verschillende opiaatgebruikers omvat.

Deze constatacie van het risico op overdosering bij excessieve opiaatgebruikers moet vergeleken worden met de resultaten van de studies over de mortaliteit bij de toxicomanen. Meerdere auteurs hebben inderdaad het risico op overdosage bij beginnende gebruikers aangetoond (Reuband K.H., 1980).

Een weinig ervaren opiaat gebruiker, excessief niet-afhankelijke gebruiker (nog niet), is ook gevoelig voor overdosage. Zouden we niet moeten overwegen om in dit geval, het voorschrijven van Methadon als een strategie van risicovermindering te beschouwen, dat elke andere overweging zoals het scheppen van een afhankelijkheid overtreft? Het dilemma zou onvermijdelijk zijn indien de mogelijkheid niet zou gegeven worden aan de arts om het ander substitutie medicament te gebruiken dat voorgesteld werd door de Consensusconferentie, nl. Buprenorphine. Dit medicament wordt weinig voorgeschreven in België en verdient een bijzondere aandacht door de artsen. De situatie waarin er opiaatmisbruik is zonder afhankelijkheid is een perfecte indicatie, aangezien het risico om een afhankelijkheid te vormen sterk verminderd is tov het voorschrijven van Methadon.

- **Het klinisch probleem van de afhankelijkheid van de toxicomaan**

Deze situatie van de eerstelijns aanpak van toxicomanen stelt 2 belangrijke problemen wat betreft het starten van de substitutiebehandeling. De staat van heroïneafhankelijkheid is een noodzakelijke voorwaarde en een niet-verslaafde heroïnegebruiker mag geen Methadon krijgen omdat er in dat geval een afhankelijkheid kan optreden aan een opiaat - Methadon – en is het dus geen substitutiebehandeling aangezien er voorafgaand geen staat van heroïneafhankelijkheid was. Een iatrogene toxicomanie



moet vermeden worden. We vermelden dat patiënten die leiden aan zeer pijnlijke ziektes waarvoor een synthetisch opiaat wordt voorgeschreven om de pijn te verzachten, in het algemeen niet afhankelijk worden van deze stof. Indien er zich een afhankelijkheid ontwikkelt, dan is die gebonden aan de hoge frequentie van het gebruik maar ook te wijten aan een voorbestemde persoonlijkheid om toxicomaan te worden. In het geval van de heroïnegebruiker, of gebruiker van een ander krachtig opiaat, die een zekere autonomie heeft behouden tov deze stof, zal er onmiddellijk een afhankelijkheid optreden wanneer er dagelijks Methadon wordt voorgeschreven. Dit moet vermeden worden omdat ontwennen van Methadon langer en moeizamer is volgens sommige artsen dan ontwenning van heroïne.²⁰

²⁰ Deze moeilijkheid van ontwenning van Methadon wordt vermeld door talrijke artsen. We hebben geen wetenschappelijke referentie gevonden van een studie die het discomfort vergelijkt van de ontwenning van Methadon of heroïne.

Een probleem dat zich stelt in de klinische praktijk is **met zekerheid bepalen of de patiënt afhankelijk is aan heroïne of** niet (of een ander opiaat). Geen enkel betrouwbaar diagnostisch instrument wordt tot op heden door de Belgische artsen gebruikt. De urine-analyse die gebruikt wordt voor alle Methadon behandelingen levert het bewijs van een recent heroïnegebruik. Ze bevestigt op geen enkele manier een afhankelijkheid. Hun nut is eerder methodologisch: om de beweringen van de patiënt na te gaan tijdens de evaluaties van de follow-up van de behandeling.

Ze worden ook gebruikt om de abstinentie te stimuleren in het kader van specifieke behandelingen. Bovendien, blijken de urineanalyses zelden gebruikt te worden door de Belgische artsen. Wat zijn onder deze voorwaarden de mogelijkheden van de arts om de heroïneafhankelijkheid van zijn patiënt na te gaan vooraleer hem Methadon voor te schrijven? Een anamnese wordt natuurlijk afgenomen bij het eerste gesprek, waarbij er veel informatie door de patiënt kan worden geleverd. Het voorschrijven van Methadon vanaf de eerste consultatie is in de huidige context van de versoepeling van de aanpak de belangrijkste situatie geworden. De evaluatie van de afhankelijkheid dient dus snel te gebeuren. Het is inderdaad moeilijk om -nogmaals in de huidige context- aan de arts te vragen om de patiënt meerdere malen te zien vooraleer hij Methadon voorschrijft. **Het nieuwe paradigma van de aanpak, de gelijkstelling van de individuele situatie van de toxicomane hulpvrager**, is nog steeds geldig. De arts moet het risico evalueren door niet onmiddellijk voor te schrijven tov het voorschrijven in urgentie aan een niet-afhankelijke druggebruiker. De oplossing van dit dilemma die voorgesteld wordt door de werkgroep bestaat erin om de eerste dag een lage dosis voor te schrijven van 30mg en het effect na te gaan bij de patiënt. Indien de patiënt verklaart meerdere uren te hebben geslapen of buitengewoon moe was, dan kan men gerust stellen dat er geen ernstige afhankelijkheid is. Het staat de arts dan vrij om zijn farmacologische aanpak te veranderen. Er is vervolgens in deze specifieke situatie een indicatie om Buprenorphine voor te schrijven. Dit psychofarmakon combineert de agonistische en antagonistische effecten van de opiaten.

Bovendien zegt de consensus van 1994 dat Methadon voorgeschreven wordt bij patiënten die minstens 1 jaar afhankelijk zijn. We begrijpen hierdoor dat een nauwgezette verificatie van deze duur van de afhankelijkheid niet mogelijk is. We moeten dus voortgaan op de verklaringen van de patiënt.

De mate van de duur van de afhankelijkheid blijkt delicaat. Het is zeker veel gemakkelijker om zich te baseren op de duur van het gebruik. Het volstaat dat de toxicomaan zegt op welke leeftijd of in welk jaar hij de eerste keer heroïne heeft gebruikt. Maar wat is de

tijdspanne tussen de start van het gebruik en de afhankelijkheid? De epidemiologische studies (die zich ook baseren op het interview met de toxicomaan) tonen aan dat deze tijdspanne uitermate variabel is van de ene patiënt tot de andere. De gemiddelde tijdspanne situeert zich rond de 12 maand. Indien de aanbeveling van de Consensus aangehouden wordt op 1 jaar afhankelijkheid voordat men een substitutiebehandeling initieert, dan kan men aanraden om slechts voor te schrijven aan toxicomanen met minstens 2 jaar heroïnegebruik.

Een andere kwantitatieve aanpak van het probleem van het voorschrijven van Methadon bij een patiënt waarbij de afhankelijkheid niet vaststaat is de tijdspanne te analyseren tussen het eerste gebruik van heroïne en het eerste gebruik van Methadon. Het registratiesysteem van Charleroi onder de verantwoordelijkheid van de drugscoördinatie heeft ons toegelaten zo'n analyse te verwezenlijken (met de hulp van mevr. Isabelle Goelens).

14.3. De latentie voor het eerste Methadon gebruik

Hoeveel jaren liggen er tussen van het eerste heroïne gebruik en het eerste Methadon gebruik? Het voorbeeld van de 'registratiepioniers'.

De analyse van de gebruikte substanties door de hulpvragers te Charleroi in de gespecialiseerde centra en een groep van de huisartsen laten toe om de leeftijd te bepalen waarop voor het eerst heroïne en Methadon werd gebruikt. Onder het geheel van de geregistreerde aanvragen, hadden 345 hulpvragers in 1996 reeds Methadon gebruikt. We hebben gepoogd om voor deze patiënten aan te tonen hoeveel jaren er liggen tussen het gebruik van deze twee stoffen. Het gaat hier om het gebruik en niet om de afhankelijkheid of de verslaving

Tabel n°10 " Aantal jaren tussen het eerste gebruik van Heroïne en de inname van Methadon" stelt de latentietijd voor per jaar. Bijna 19 % heeft voor het eerst Methadon genomen 2 jaar na Heroïne. Het gaat hier over de modale categorie. 63 % van de patiënten hebben een substitutie gestart minstens 3 jaar na de heroïne. Daarentegen zijn 11% van de Methadon gebruikers gestart met Methadon 1 jaar na de eerste inname van heroïne, 6 % binnen het eerste jaar en 1% nam Methadon voor heroïne.

We constateren dat 18% van de Methadongebruikers begonnen zijn met het nemen van het medicament 1 jaar of minder na de heroïne.

Eén gebruiker op 5 kreeg blijkbaar te vroeg een substitutietherapie, tzt voor er zich een afhankelijkheid instelde volgens de criteria opgesteld in de Consensus. We stellen hier vast dat een niet verwaarloosbaar aantal patiënten een jaar gebruikt heeft voordat ze de substitutietherapie met Methadon krijgen. Voor we over een afwijking praten moeten er twee opmerking maken over de interpretatie van de resultaten.

Vooreerst, de bestudeerde populatie is niet enkel onder substitutiebehandeling, aangezien het gaat om hulpvragers in 1996 in 9 gespecialiseerde centra waaronder residentiële afdelingen. Dit heeft als implicatie dat bepaalde hulpvragers zonder twijfel de substitutiebehandeling doen mislukken.

Tabel n°10 : Aantal jaren tussen het eerste gebruik van Heroïne en de inname van Methadon

Hulpvragers in Charleroi in
1996
% per jaar of latentieperiode
De studie " Sentinelles " in
Charleroi

| Periode | % (n = 345) |
|--------------|-------------|
| Voor heroïne | 1 |
| geheel | 6 |
| 1 jaar later | 11 |
| 2 jaar | 19 |
| 3 jaar | 13 |
| 4 jaar | 13 |
| 5 jaar | 9 |
| 6 jaar | 8 |
| 7 jaar | 5 |
| 8 jaar | 4 |
| 9 jaar | 4 |
| 10 jaar + | 7 |

Inderdaad, het gebruik van Methadon in het verleden is niet voor de meeste verzorgde patiënten therapeutisch verbonden met de huidige behandeling.

We evalueren geenszins het voorschrijven of de huidige substitutiebehandeling in centra, maar wel een vroegere situatie die door de meeste patiënten ervaren werd. Deze situatie is voor velen niet bijzonder gunstig aangezien ze nog steeds hulpbehoevend zijn. Kortom, de representatieve groep van het geheel van de aanvragen tijdens het jaar 1996 te Charleroi in gespecialiseerde centra veroorzaakt een overrepresentatie van de 'ontgoochelden' voor Methadon. Meerdere honderden patiënten met een substitutiebehandeling in deze regio worden inderdaad niet ingesloten in deze groep. Het is dus aannemelijk dat de hulpvragers van de bestudeerde populatie, die niet genoten van een optimale substitutiebehandeling, oververtegenwoordigd werden.

Een 2de opmerking betreft het begin van Methadon gebruik: gebeurde dit steeds op medisch voorschrift? Indien een vraag in het registratiesysteem gaat over het feit dat Methadon reeds gebruikt werd zonder medisch voorschrift, dan is het niet mogelijk om na te gaan of het starten van de Methadon met of zonder voorschrift gebeurde. **Het is mogelijk dat een bepaald aantal van deze toxicomanen in de beginfase van hun gebruik van Methadon, niet gevolgd werden door een arts.**

15. WAT IS DE COMPLIANTIE TIJDENS DE BEHANDELING ?

De ontwikkeling van de substitutiebehandeling in de algemene geneeskunde heeft dus de psychotherapie of de "relationele" pool van de behandeling, die nochtans positief geëvalueerd was, naar de achtergrond verbannen ten voordele van de meer algemene bezorgdheid over de gezondheid van de patiënt.

Is dit tijdelijk? Misschien zullen we getuige zijn van een terugkeer naar het verleden, indien er majeure problemen verschijnen bij de

aanpak van toxicomanen , bijvoorbeeld indien er een grote instabiliteit van de patiënten optreedt, met de moeilijkheid voor de arts om een relatie van voldoende lange duur te behouden. Momenteel is er geen enkel objectief element dat wijst in die richting. Het gebrek aan evaluaties betreffende dit punt doet ons een afwachtende houding aannemen. We maken de voorzichtige hypothese dat de compliantie inferieur is aan deze van de andere pluridisciplinaire vormen of psychotherapeutisch georiënteerde vormen, zonder terecht te komen in een situatie waarbij het onmogelijk wordt om de patiënt te houden. Deze hypothese formuleren we uitgaande van een pilootstudie gerealiseerd op basis van een niet-representatieve groep van een enkele apotheek en 50 patiënten. Deze pilootstudies hebben hun nut bij het formuleren van hypothesen.

Bij wijze van onderzoek, hebben we in samenwerking met een zeer gemotiveerde apotheker²¹ van Farciennes een analyse uitgevoerd op een groep van 50 patiënten die sinds 4 jaar naar deze apotheek gingen en Methadon kregen. Het blijkt dat 19/50 patiënten niet langer dan 6 maanden onder substitutiebehandeling blijven (36%). De compliantie op 6 maand zou dus 62% zijn. De moeilijke periode tussen 0 en 3 maand heeft het grootste aantal drop-outs: 17/50. Indien de compliantie zich zou bevestigen op basis van een significante groep, dan zouden we ons onder het niveau, dat als uitstekend aanzien wordt, bevinden.

²¹ Apotheker J.P. Brohé. Voorzitter van de Koninklijke Vereniging van Apothekers van Charleroi.

De compliantie op 6 maand is dus globaal genomen matig met een hoog aantal drop-outs gedurende de eerste maanden. Daartegenover staat dat er een hoog aantal patiënten is die meer dan een jaar blijven, nl 25/50 of 50%. Een bijzonderheid is dat daar waar de patiënt in behandeling is gebleven voor een respectabele duur, de onderbrekingsperiodes belangrijk zijn: 12/28 patiënten die meer dan een jaar in behandeling bleven hadden een onderbreking in de behandeling van gemiddeld een jaar (van 149 dagen tot 654 dagen).

Bovendien zijn 5/50 van arts veranderd tijdens deze periode. Een totaal van 14 artsen hebben deze 50 patiënten behandeld.

We stellen vast dat dit middelmatige resultaat niet representatief is tov de evaluaties in de wetenschappelijke literatuur (> 80 % compliantie op 6 maand). Deze evaluatie werd uitgevoerd in een apotheek gesitueerd in een niet verstedelijkt gebied, terwijl we kunnen stellen dat de compliantie beter zou moeten zijn in vergelijking met de meer verstedelijkte gebieden.

De hier voorgestelde omstandigheden zouden dus een meer optimale situatie voorstellen dan het gemiddelde.

16. ANALYSE VAN DE ONDERZOEKEN IN BELGIE OVER METHADON SINDS DE CONSENSUSCONFERENTIE

16.1. Voorbeeld van een programma voor risicovermindering in Brussel georganiseerd door " Modus Vivendi "

F. HARIGA, OPERATION STERIFIX, 1996-1997 : Februari 1998. 18 pagina's
Niet gepubliceerd verslag.

Studie over de afgifte van een verpakking met spuiten en ontsmettingsmateriaal bij 511 apothekers waarvan 157 apothekers in Brussel (Gemeente Anderlecht, Molenbeek, Vorst, Sint-Gillis, Sint-Joost en Schaarbeek) en de beperkende factoren van de verdeling evenals de voorstellen om ze te verbeteren.

Sinds 1996 zijn er een totaal van 42.051 spuiten uitgedeeld geweest in verpakkingen, waarvan 31.530 in de apotheek en 10.421 via het uitwisselingsprogramma van de CCLA²².

Het aantal spuiten dat per maand in deze apotheken wordt verkocht is gemiddeld 26 per maand. Het aantal deelnemende apothekers in de betreffende gemeentes is gemiddeld 26% en varieert tussen 17% (Sint-Gillis) en 59% (Vorst). De verpakking kost meestal 20 BEF. Het wachttarief is 150 BEF.

De gebruikers vermelden dat de nachtelijke toegang een groot probleem is. 76% van de apothekers menen dat een automaat buiten de apotheek een goed idee is, 92% wil geen spuitverdeler voor hun apotheek.

86 % van de apothekers die gestart zijn binnen het programma doen nog steeds mee. "Ze nemen aan dat het een middel is om hun rol van openbare zorgverlener te vervullen"²³. We vermelden dat 56 % van de apothekers spontaan de verpakking aanbieden aan hun klanten. 57 % zijn bereid om informatie en preventie materiaal uit te delen en 21 % zijn bereid om een container voor de verzameling van spuiten te plaatsen in hun apotheek.

De verpakking Sterifix is door de gebruikers goed gekend. Volgens twee studies "Boule de Neige" bij injecterende toxicomanen buiten het verzorgingsnetwerk (n = 191 in 1996 en n = 76 en 1997) zijn meer dan ??% er mee vertrouwd, met zelfs 58% van de druggebruikers die nooit in contact zijn geweest met "Boule de Neige".

De bekendheid van deze verpakking reflecteert zich ook in het koopgedrag van de gebruikers aangezien 30% van IV druggebruikers, die nooit in contact zijn geweest met de vereniging "Boule de Neige", deze al gekocht hebben. Het is nuttig te vermelden dat de verpakking duurder is dan wanneer de spuiten per tien worden gekocht. De voornaamste reden om dit te kopen, volgens de druggebruikers, is voornamelijk om het risico op AIDS en Hepatitis te verminderen.

²² Het aantal stérifix verpakkingen verkocht per maand over het geheel van apotheken is 1.300, of 2.600 spuiten en 452 pakjes, of 904 spuiten per maand in de uitwisselingsbank.

²³ F. Hariga. Op. Cit. p.9

16.1.1. De relatie tussen de toxicomanen en de apothekers

Volgens de studies over de toxicomanen uitgevoerd door de V.Z.W. "Modus Vivendi", zou hun contact met de apothekers aanzienlijk verbeterd zijn en zou Sterifix het aankopen van spuiten in de apotheek vergemakkelijken omdat ze zich minder schamen om spuiten te vragen hetgeen de dialoog met de apothekers verbeterd ²⁴.

²⁴ Pagina 13. Deze houding is de minderheid. Meer dan een derde van de apothekers staat positief t.o.v de druggebruikers in hun apotheek.

De studie uitgevoerd in 1997 in 511 apotheken gaf een tegenstrijdig beeld van de apothekers.

Op de algemene vraag "Zijn er veel druggebruikers die uw apotheek bezoeken?" waren er enkel 29% die neen antwoordden en 4% die het niet wisten.

Twee derden van de Brusselse apothekers komen dus 'veel' in contact met druggebruikers.

Zelfs indien deze vraag kwalitatief geïnterpreteerd wordt, bewijst het antwoord van de Brusselse apothekers het belang van de apotheek als doorgang voor toxicomanen en dus een potentiële rol om contacten te onderhouden met deze groep.

Het feit dat de apothekers merken dat veel toxicomanen hun apotheek bezoeken kan ook op een minder positieve manier geïnterpreteerd worden, want de apotheker is niet noodzakelijk blij met deze situatie. Het was dus belangrijk om deze vraag scherp te stellen: "Ik wens geen druggebruikers te hebben in de apotheek."

27 % antwoordden JA (16 % eerder waar en 11 % absoluut waar) en additioneel waren er 12 % die niet antwoordden. Daarentegen zijn er 34 % die 'absoluut onwaar' antwoordden en 26% 'eerder onwaar'. De houding van de apothekers is dus complex met een breed spectrum van absolute openheid tot volledige weigering.

Dit resultaat toont de sleutelrol aan van de apotheker bij de aanpak van de toxicomanen. Wanneer een preventieve maatregel of informatie het milieu van de toxicomanen moet bereiken, dan zal de beste persoon de apotheker zijn, die, globaal genomen, open staat tov deze groep.

Tabel n°11 : opinie van de apothekers

| Ik wens geen druggebruikers te hebben in de apotheek | | | | |
|--|-------------|---------------|-----------------|---------------|
| Absoluut waar | Eerder waar | Eerder onwaar | Absoluut onwaar | Geen antwoord |
| 11 | 16 | 26 | 34 | 13 |
| 27 | | 60 | | 13 |

De studie betreft enkel de Brusselse apotheken. Er bestaat geen nationale studie, maar er kunnen elementen gehaald worden uit het werk dat verricht werd in de provincie Luik. Het is niet onmogelijk dat de situatie per regio verschillend zal zijn. Anderzijds, conjunctureel gezien (bvb. naargelang de lokale gebeurtenissen) kan de houding van de apothekers evolueren. We zijn niet in het bezit van een studie van enkele jaren geleden, maar het is echter mogelijk dat door de uitbreiding van de substitutiebehandeling met de ontwikkeling van de aflevering van Methadon, de houding van de apotheker veranderd is. Bovendien, wanneer we de resultaten van de studie in Brussel bekijken, dan verwachten we een evolutie naar een nog grotere openheid van de apothekers.

Inderdaad, op de stelling "De risicovermindering is de rol van de apotheker" antwoordden 84% van de apothekers 'Ja' (41% absoluut waar en 43% eerder waar); enkel 8 % antwoordden negatief en 8 % wisten het niet.

Een zekere bewegingsruimte bestaat dus nog opdat de apothekers, die hun rol in de gezondheidssector geïntegreerd hebben wat betreft de problemen van de toxicomanie, meer openheid naar voor brengen in hun contact met de toxicomanen op hun officina.

De enquête Sterifix levert een zeer positieve evaluatie van dit belangrijk programma voor risicovermindering. Er worden veel spuiten verkocht, de druggebruikers hebben een goede kennis van het programma en, bovenop deze directe impact, laat een dergelijk programma toe om het contact tussen de toxicomanen en de apothekers te verbeteren. Dit programma verbetert hierdoor de bewustwording en de motivatie van de apothekers om een actieve rol te spelen in de sociale aanpak van de toxicomanie en, op een zeer concrete manier, in de risicovermindering die verbonden is aan het intraveneus druggebruik.

16.2. Studie Alto Hepatitis C - Toxicomanie.

- News : Studie Alto Hepatitis C - Toxicomanie. December 1997. 9 p.
- News : Studie Alto Hepatitis C - Toxicomanie. (zonder datum). 6 p.

Een studie die uitgevoerd werd door de samenwerking tussen twee huisartsen en twee gastro-enterologen die gesteund werden door twee liaison-artsen die de verbinding vormen met de huisartsen en de logistieke steun van de firma Scherring-Plough en haar vertegenwoordigers.

De studie gaat over de follow-up van de verslaafde patiënten die positief zijn voor hepatitis C. De patiënten (\pm 2.800 toxicomanen) die seropositief zijn (\pm 1.140 positief voor hepatitis C) werden geselecteerd uit het patiëntenbestand van ongeveer 629 huisartsen.

Voordat de patiënt in de studie wordt opgenomen moet hij een psychosociale vragenlijst invullen. Een informed consent van de patiënt en het akkoord van de huisarts wordt gevraagd evenals biologische criteria.

In december 1997 werden 241 psychosociale formulieren binnengebracht en 23 patiënten werden behandeld in het kader van deze lopende studie.

De lage respons op de psychosociale formulieren is blijkbaar t.w.a. de kritieken die geuit werden door de huisartsen die de inhoud als intrusief beschouwden in het privé-leven van de patiënt.

16.3. Enquêtes bij de huisartsen ("lage drempel")

De aanpak van de toxicomanen door de huisartsen in een privé-praktijk heeft zich sinds enkele jaren in Europa ontwikkeld. De versoepeling van de modaliteiten van deze aanpak in België²⁵ is uitzonderlijk. Indien de richting die ons land gekozen heeft efficiënt blijkt te zijn zowel in de verbetering van de gezondheidstoestand als in de vermindering van het heroïnegebruik en/of andere psychofarmaca dan zal zijn nut zeker op internationaal vlak besproken worden omdat men dan zonder bescheidenheid het "Belgische model" een plaats zal moeten geven in de substitutiebehandeling. Hiervoor moeten we echter perfecte evaluaties hebben die methodologisch gezien merkbare verbeteringen bij de patiënten aantonen wanneer ze behandeld

worden door huisartsen. Een kort overzicht van de enkele beschikbare enquêtes geven een nog onvolledig beeld van de situatie.

25 Geen enkel land, behalve het Verenigd Koninkrijk, geeft een dergelijke verantwoordelijkheid aan de practicus bij het voorschrijven van Methadon.

In het geval van de evaluatie van het 'Réseau d'Aide aux Toxicomanes' (R.A.T.) menen we een enquête te hebben die methodologisch correct is en een sterke therapietrouw vertoont, evenals een belangrijke en snelle vermindering van het heroïnegebruik en een parallelle verbetering van de situatie van de patiënt. We moeten er echter op wijzen dat de aanpak in de R.A.T een hoge drempelbehandeling is en verwezenlijkt wordt in de algemene praktijk. De aandring om de relatie te verdiepen op een meer analytische manier (bij sommige therapeuten van het netwerk) laat ons niet toe om deze zeer positieve resultaten te extrapoleren naar het geheel van de substitutiebehandelingen in de algemene praktijk in België. Aan de andere kant is dit een aanpak in een netwerk, wat niet alleen inhoudt dat er klinische actieve intervies gehouden worden, maar dat er ook meerdere sociale werkers deelnemen aan een behandlingsproces, wat toelaat op sommige sleutelmomenten van de follow-up te kunnen trianguleren en sociale en administratieve te krijgen. Sommige pragmatische geesten zullen hierin eerder het echte verschil zien met de praktijk die zich sinds enkele jaren heeft ontwikkeld. Deze personeelsleden spelen onder andere de rol van 'drug counselors' die in de Angelsaksische klinische evaluaties hun waarde hebben bewezen.

Wat nog ontbreekt is een studie (bv. onder de artsen van het netwerk "Alternative à la Toxicomanie" "ALTO") van de substitutiebehandeling bij een representatieve groep artsen van de nieuwe lage drempel-aanpak die relatief geïsoleerd werken en die op het gebied van de Belgische substitutiebehandeling slechts enkele jaren werkzaam zijn. Jammer genoeg –maar dit is toe te schrijven aan de huidige medicaliserende trend- kijken deze praktici meer naar de geassocieerde pathologiën van hun toxicomane patiënten en niet naar een klinische evaluatie van hun outcome (druggebruik, psychosociale integratie, afwijkend gedrag, levenskwaliteit of vermindering van de psychologische deprivatie, bvb). We hopen op een gunstige evolutie van deze aanpak.

16.3.1. Enquête: Parentaliteit en toxicomanie waar er sprake is van de parentaliteit, de uitsluiting en de precariteit van de toxicomanen die door de huisarts behandeld worden

Jacques C. Toxicomanes et Parentalité : enquête réalisée auprès des médecins généralistes francophones accompagnant des usages de drogues.
1997, 7 p.

De studie liep van oktober 1995 tot juni 1996

Groep van 515 patiënten in de algemene geneeskunde.

84 algemeen geneesheren met 6.1 vragenlijsten per geneesheer.

16 artsen hebben in een centrum 77 patiënten ontvangen.

Het objectief is om de parentaliteit en de uitsluiting of marginaliteit die door deze patiënten ervaren wordt te analyseren.

Beschrijving van de patiënten :

- 78 % mannen en 22 % vrouwen
- Gemiddelde leeftijd 27 jaar
- Het opleidingsniveau is zwak. Slechts 31 % hebben een secundaire opleiding of hoger genoten. 25 % heeft enkel het lager onderwijs vervolledigd. (7% heeft het lager onderwijs niet gehaald).

De patiënten zijn toxicomaan geworden op 19 jarige leeftijd en hebben dus een gemiddelde duur van afhankelijkheid van 5 jaar

Duur van de behandeling op het moment van de studie

Deze is 11 maanden.

De behandelingsduur heeft zich gemiddeld verlengd tov van de studie van 1994 onder de huisartsen van ALTO (\pm 1 jaar. Voorheen was de gemiddelde behandelingsduur 5 maand). Het cliënteel dat door de huisartsen wordt behandeld lijkt dus trouwer te worden. Dit is een indicatie voor de compliantie (die niet als dusdanig is gemeten).

Karakteristieken van de parentaliteit

Familie van oorsprong :

- Slechts 58 % van de patiënten zijn door beide ouders opgevoed tot de leeftijd van 18 jaar.
- 24 % van de patiënten werden opgevoed door een van beide ouders
- 18 % door geen van de twee (op zijn minst voor een bepaalde duur voor de leeftijd van 18 jaar).

Zoals is vastgesteld door Christian Jacques (p.6): "De generatiesprongen (kind opgevoed door de grootouders) blijken zeer frekwent te zijn in families van toxicomanen. In elk geval, zijn de familiale geschiedenis en de sociale druk samen verantwoordelijk voor de destabilisatie van de druggebruikers in hun rol als ouder."

Parentaliteit van de patiënten :

- 40 % van de patiënten leven als koppel.
- 31 % van de patiënten hebben minstens 1 kind (27 % van de mannen en 46 % van de vrouwen). 182 patiënten die ouder zijn hebben samen 275 kinderen.

Extrapolerend, meent de auteur dat: "het netwerk ALTO begeleidt 20 tot 25 % van de druggebruikers die kinderen hebben in Franssprekend België (105 kinderen van 0-5 jaar, hetzij \pm 450 kinderen in het netwerk ALTO, hetzij 9 % van de 5.000 kinderen van druggebruikers geboren in België in de laatste 5 jaren ...".

- 78 % van de kinderen leven met 1 van de twee of de twee ouders.
41 % van de kinderen leven bij de twee ouders (waaronder de patiënt)

8 % met enkel de patiënt en 28 % met de andere ouder.

- Onder de 24 % kinderen die maar met 1 ouder leven, zijn er 16% die in de familie van de patiënt en 6% in een instelling. In deze situatie waar het kind niet meer bij de ouders is, werd de beslissing genomen in 42% van de gevallen door een ouder (of beide) en in 4% door de familie. Justitie is in 36 % van de gevallen tussenbeide gekomen. De rest (18%) is onbekend. We kunnen dus stellen dat op het geheel van de kinderen 4% niet met hun ouders leven, tegen de wil van de patiënt.

Precariteit en uitsluiting van de patiënten:

De precariteit van de patiënten is in de studie gedefinieerd t.o.v. twee criteria:

1. De afwezigheid van hulpmiddelen of van "zwarte" of illegale hulpmiddelen maar ook van de afhankelijkheid van het OCMW. 24% van de patiënten bevinden zich in deze situatie. Ongeveer 1 patiënt op 4.
2. Zonder woning zijn, m.a.w. niet onafhankelijk zijn of niet genieten van een familiale hulp. 7% van de patiënten zijn van een derde afhankelijk of hebben geen woning.

Wanneer we deze 2 criteria globaliseren dan verkrijgen we **30 % van de patiënten die in een broze sociale situatie leven.**


De "overgeërfde" uitsluiting. Met deze term wordt er door de auteur van het artikel verwezen naar een precariteit die zijn oorsprong vindt in de jeugd, wegens een gebrek in het socialisatieproces door een "familiale ontwrichting" (niet door zijn ouders opgevoed geweest zijn ; in instellingen geleefd hebben) of door een gewelddadige afwijzing (geweld ondergaan hebben in de jeugd). Deze term verwijst eveneens naar het vroegtijdig onderbreken van de school, voor het einde van het lager onderwijs.

Wanneer we deze verschillende criteria optellen dan merken we dat **37 % van de patiënten een uitsluiting hebben "overgeërfd"** m.a.w. dat ze een van de volgende situaties hebben meegemaakt :

- Niet door de vader en/of de moeder opgevoed zijn (ten minste gedeeltelijk): 18 %
- In een instelling geleefd hebben voor de leeftijd van 18 jaar: 6 %
- Geweld hebben ondergaan (fysiek en/of sexueel) : 23 %
- Gestopt zijn met de studies voor het einde van de lagere school: 7 %

Wordt de uitsluiting herhaald?

De studie heeft proberen aan te tonen, door de hypothese van de overerving van de uitsluiting, dat de ouders die niet door hun eigen ouders werden opgevoed een grotere kans zullen hebben om op hun beurt hun kinderen niet op te voeden. Geen enkele significante relatie werd geobserveerd betreffende deze hypothese. De auteur stelt: "We moeten vaak vraagtekens zetten bij het geloof in de stijl van 'de personen die mishandeld of verlaten werden zullen waarschijnlijk op hun beurt hun kinderen mishandelen of verlaten'. We kunnen ons gemakkelijk inbeelden welke schade zo'n



'overtuiging' (zelfs en vooral verborgen) van de hulpverlener (pagina 5) kan aanrichten". Deze analyse laat ons eigenlijk de volgende en meer fundamentele context vergeten: het gaat over een groep die toxicomaan is geworden. De overerving van een uitsluiting is een factor in de toxicomanie. Anders gezegd, het is eerder door een toxicomane groep te vergelijken met een groep van dezelfde leeftijd (andere criteria mogen blijkbaar gebruikt worden) die nooit opiaten gebruikt heeft, dat er een significant verschil zou moeten tevoorschijn komen tov de overgeërfde uitsluiting.

Bovendien heeft er zich in de resultaten van de studie reeds een zekere reproductie van de situatie van familiale uitsluiting van de toxicomanen gemanifesteerd. Inderdaad, we hebben gezien dat 18% van de toxicomane ouders opgevoed werden door een familielid dat hun vader noch hun moeder was of dat ze in een instelling geplaatst werden, tenminste voor een deel van hun jeugd. Daarentegen constateren we dat 24% van de kinderen van de bestudeerde patiëntengroep zich in dezelfde situatie bevinden! In tegenstelling tot wat de auteur besloot uit de studie duiden de gegevens wel op de bevestiging van de hypothese van de herhaling van de uitsluiting! Indien we een verhoogde proportie vinden (24% tov 18%) van kinderen tov hun toxicomane ouders die niet opgevoed zijn door een van beide ouders, moeten we rekening houden met het aantal kinderen. We kunnen veronderstellen dat wanneer de patiënt meer dan een kind heeft, dat het risico op een vrijwillige of onvrijwillige plaatsing verhoogd is. Op dezelfde manier zal rekening moeten gehouden worden met de situatie van de partner, de andere ouder. Indien deze ook toxicomaan is dan is het risico op een plaatsing sterk verhoogd. Indien de opmerkingen van de auteur van de studie over de voorzichtigheid tov een stigmatisatie van de hulpverlener belangrijk zijn, dan gaat het erom om de realiteit in te zien van een context waarin een groot aantal krachten tussenbeide komen om het uitoefenen van een verantwoorde parentaliteit moeilijk te maken. Dat 1 kind op 4 van toxicomanen niet bij zijn ouders leeft moet duidelijk gemaakt worden, niet om het slachtoffer de schuld te geven, maar om te trachten interventies uit te voeren zowel voor als na de ruptuur.

Evaluatie van de behandeling? Perspectieven.

De studie "Uitsluiting en parentaliteit" baseert zich op een groep die samengesteld is op een gegeven moment bestaande uit patiënten die behandeld worden volgens een variabele duur. Het is denkbaar om een analyse te presenteren in functie van de verschillende duur van behandeling volgens een retrospectieve aanpak. Zo'n procedure is niet zo perfect als een prospectieve analyse die de situatie OP HET MOMENT VAN HET BEGIN VAN DE BEHANDELING vergelijkt met deze verder in de behandeling. Nochtans, gezien de afwezigheid van zo'n evaluatie van de substitutiebehandeling zou zo'n retrospectieve analyse welkom zijn.

De resultaten van deze studie tonen de belangrijke marginalisatie aan van de patiënten onder substitutiebehandeling bij huisartsen, met 30% precare situaties.

We vergelijken de precariteit van de toxicomane patiënten in gespecialiseerde centra met deze geobserveerd in deze studie in de algemene geneeskunde. Eerste opmerking: de precariteit van de patiënten bij de behandeling in de algemene geneeskunde is variabel volgens het netwerk (en zonder twijfel volgens de regio). De auteur van de studie Dr Christian Jacques heeft zelf een verschil vastgesteld tussen de karakteristieken van de patiënten in het 'Réseau d'Aide aux Toxicomanes of R. A.T.' (te Brussel) en deze van de andere patiënten in de groep.

De patiënten van de R.A.T. zijn minder precair. De auteur geeft echter geen vergelijkend cijfermateriaal. Daarentegen vergelijkt de auteur in de bestudeerde groep de patiënten die privé consulteren (82% van de groep, dit wordt niet gepreciseerd in de tekst) met diegenen die consulteren in een centrum (15 %). De overige 3 % consulteren op een ongekende plaats.

Met een centrum wordt waarschijnlijk een Medisch Huis bedoeld.

De auteur stelt " In ieder geval is de ernst van het druggebruik en van de sociale ontwrichting van de patiënten die privé consulteren significant minder ²⁶ dan bij deze die consulteren in een centrum" (pagina 4.).

Tabel n°12: Karakteristieken van de patiënten onder substitutiebehandeling naargelang de plaats van consultatie

| Karakteristieken van de patiënten onder substitutiebehandeling naargelang de plaats van consultatie | | | |
|--|--|----------------|----------------------|
| | Plaats van consultatie²⁷ | | |
| | Privé | Centrum | Stat. Signif. |
| • Heeft geweld ondergaan voor 18 j. | 19 % | 44 % | < .001 |
| • Heeft het lager secundair behaald | 33 % | 17 % | = .02 |
| • Is opgenomen geweest in een instelling voor 18j | 4 % | 16 % | < .001 |
| • Overgeërfde exclusie | 33 % | 58 % | < .001 |
| • Precariteit | 27 % | 47 % | = .001 |
| • Duur van de toxicomanie | 48 maand | 84 maand | < .001 |

²⁶ Door ons benadrukt.

²⁷ Herwerkte tabel voor deze presentatie

Het is zeer interessant te constateren dat de centra een populatie aantrekken die niet alleen meer gemarginaliseerd is op het moment van hun vraag en die meer frequent rupturen hebben gekend tov hun familie, maar ze onderscheidt zich ook door een verleden van toxicomanie dat veel langer is: 7 jaar toxicomanie in vergelijking met 4 jaar in een privé praktijk. Jammer genoeg is de definitie van toxicomanie niet bepaald: gaat het over misbruik of afhankelijkheid? Bovendien, includeren deze gegevens de patiënten van de R.A.T of werden ze weggelaten, zoals dat gedaan is geweest voor bepaalde karakteristieken?

Wat er ook van zij, over sommige methodologische onvolmaaktheden en in afwachting dat deze studie aanleiding geeft tot nieuwe meer uitgewerkte analyses, is het belang van dit resultaat evident. Het is mogelijk te bevestigen – onder voorbehoud – dat er

een mindere marginalisatie bestaat bij de patiënten die gezien worden door een arts in de privé-praktijk, tenzij dat de populatie dat een centrum raadpleegt in deze groep buitengewoon gemarginaliseerd is. Is er een vergelijking mogelijk van de situatie in deze gespecialiseerde centra - niet georiënteerd naar de substitutiebehandeling – vertrekkende uit deze studie? Dit is volledig denkbaar door de database te gebruiken die gebruikt wordt voor de gespecialiseerde centra met de C.C.A.D.

van de franstalige gemeenschap. We kunnen reeds de hypothese maken dat het verschil dat geobserveerd wordt in deze groep in de algemene geneeskunde tussen privé praktijken en gespecialiseerde centra, zich zal reproduceren en zelfs accentueren door een vergelijking met de gespecialiseerde centra die niet georiënteerd zijn naar Methadon.

Contacten met het Gerecht en verblijf in de gevangenis

De studie "Toxicomanie en Parentaliteit" laat ook toe om de contacten tussen het gerecht en de substitutieve zorgen in de algemene geneeskunde te preciseren. We constateren dat 1/3 van de patiënten van de globale groep nog niet in aanraking is geweest met het gerecht. Onder de 2/3 die wel in contact zijn geweest met het gerecht is dit voor 37% nog steeds actueel en voor 30% een vroeger contact.

We stellen ook vast dat een belangrijke proportie(46 %) van de patiënten onder substitutiebehandeling in de algemene geneeskunde reeds 1 maal in de gevangenis hebben gezeten. In dit laatste geval levert de auteur van deze studie ook een vergelijking tussen het privé-kabinet en het centrum.

De proportie patiënten die gevangen zijn geweest is 43 % en deze van de centra is 61 % ! Het verschil is significant $p = 0.02$. De auteur levert geen verdere details over de onthoudingen en het is waarschijnlijk dat deze belangrijk zijn.

In elk geval bevestigt deze studie bij een voldoende aantal patiënten een vroegtijdige opsluiting in de gevangenis bij ongeveer de helft van de hulpvragers:
over een periode van vier jaar druggebruik, hebben ongeveer de helft van de druggebruikers een verblijf in de gevangenis achter de rug!

17. BESLUITEN VAN DE AUDITIES VAN DE INSTITUTIONELE TUSENPERSONEN EN VAN DE PRACTICI DOOR DE GROEP VAN EXPERTEN VAN DE "FOLLOW-UP VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE" GEORGANISEERD DOOR DE ONDERAFDELING 1. " VERSLAVINGEN" VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD

Algemeen beschouwd toont de evaluatie, gedaan in 1998, van de aanbevelingen van de Consensusconferentie over Methadon aan dat:

1. De aanbevelingen in het geheel correct werden gevolgd.
2. Bepaalde aanbevelingen moeilijk toepasbaar blijken te zijn.
3. Sinds de Consensusconferentie de toegang tot de substitutiebehandeling evenals de betrokkenheid van de individuele artsen in de verzorging van de verslaafde patiënt vergemakkelijkt is..

17.1. Voorstel tot wijziging van de tekst van de Consensusconferentie tijdens de follow-up in de Hoge Raad voor Hygiëne

In het "Verslag van de Jury" van 12 oktober 1994 worden op basis van audities van de aanwezige partijen en van de aanvullende analyses uitgevoerd op de verworven gegevens, op basis van nauwgezette enquêtes gepresenteerd door de deelnemers en van Belgische en internationale bibliografische gegevens volgende aanpassingen voorgesteld. Deze aanpassingen vormen de konklusies of aanbevelingen van de Consensusconferentie van 8 oktober 1994 over de Methadon Substitutiebehandeling.

In bijvoegde tabellen vindt men:

- In de linkerkolom de uiteenzetting van vragen en onderverdelingen van de tekst van de Consensus van 1994 en daaronder, de antwoorden.
- In de rechterkolom de uiteenzetting van vragen en onderverdelingen, zoals deze geanalyseerd werden door de groep experts in 1998 (deze vragen zijn dezelfde als deze van 1994 op één uitzondering na: vraag 1. Deze vraag is veranderd in "Is Methadon een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne en aan andere opiaten? Op welke parameters grijpt zij in?") evenals de wijzigingen van de antwoorden. Als er geen verandering is aangebracht wordt er 'IDEM' genoteerd.

| | Consensus tekst | | Nieuwe tekst na wijziging (zo aangepast) |
|----------|---|----------|---|
| | 1994 | | 1999 |
| 1 | Is Methadon een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne? Op welke parameters grijpt zij in? <ul style="list-style-type: none"> • Methadon is een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne. | 1 | Is Methadon een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne? Op welke parameters grijpt zij in? <ul style="list-style-type: none"> • Methadon is een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne en andere opiaten. |
| 1.1 | Effekten op het gebruik van heroïne. <ul style="list-style-type: none"> • De Methadon behandeling vermindert het intraveneus heroïnegebruik. | 1.1 | Effekten op het gebruik van heroïne. <ul style="list-style-type: none"> • idem |
| 1.2 | Effekten op de gezondheid De Methadonbehandeling <ul style="list-style-type: none"> • Vermindert de mortaliteit geassocieerd aan heroïneverslaving. | 1.2 | Effekten op de gezondheid De Methadonbehandeling <ul style="list-style-type: none"> • idem |
| - | De Methadonbehandeling | - | De Methadonbehandeling |



| | | | |
|-----|---|-----|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Vermindert het risico op besmetting met het AIDS virus (HIV) en Hepatitis B en C.. | | <ul style="list-style-type: none">• Vermindert het risico op besmetting met het AIDS virus (HIV) en Hepatitis B. |
| - | De Methadonbehandeling <ul style="list-style-type: none">• Vertraagt de ontwikkeling van de ziekte bij HIV-seropositieve heroïne verslaafde patiënten<; | - | De Methadonbehandeling <ul style="list-style-type: none">• <i>We stellen voor dit punt af te schaffen in afwachting van wetenschappelijke bevestiging, aangezien de geraadpleegde experts hun twijfels uitdrukten</i> |
| - | De Methadonbehandeling <ul style="list-style-type: none">• Verbeterd de therapietrouw bij HIV-seropositieve heroïne verslaafde patiënten.• Vergemakelijkt het opsporen van gezondheidsproblemen en de toegang de gezondheidseducatie. | - | De Methadonbehandeling <ul style="list-style-type: none">• Verbeterd de algemene toestand van de heroïne verslaafde patiënten.• idem |
| 1.3 | Effekten op sociaal en professioneel vlak: <ul style="list-style-type: none">• De Methadonbehandeling is gecorreleerd aan een verbetering van de socio-professionele bekwaamheden en een vermindering van de activiteiten. | 1.3 | Effekten op sociaal en professioneel vlak: <ul style="list-style-type: none">• De Methadonbehandeling is gecorreleerd aan een verbetering van de socio-professionele bekwaamheden en een vermindering van delinkwente activiteiten, veroorzaakt door de toxicomanie |
| 2. | Wat zijn de indicaties, contra-indicaties en de grenzen van de Methadonbehandeling? | 2. | Wat zijn de indicaties, contra-indicaties en de grenzen van de Methadonbehandeling? |
| 2.1 | Indicaties <ul style="list-style-type: none">• De indicatie voor een Methadon behandeling is een heroïne verslaving gediagnosticeerd op basis van een anamnese, en klinisch onderzoek en gestaafd door bijkomende onderzoeken indien nodig (urinedosages). | 2.1 | Indicaties <ul style="list-style-type: none">• De indicatie voor een Methadon behandeling is de verslaving aan heroïne en andere krachtige opiaat-agonisten, staat van afhankelijkheid; gediagnosticeerd op basis van een anamnese, en klinisch onderzoek en gestaafd door bijkomende onderzoeken indien |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| | | | nodig (urinedosages) |
| - | <ul style="list-style-type: none"> Buiten gedocumenteerde uitzonderingen die voorbehouden zijn voor een specifieke aanpak of bijzondere bevoegdheden noodzaken, moet de patiënt minstens 18 jaar oud zijn en een bewezen verslaving hebben van meer dan 1 jaar. | - | <ul style="list-style-type: none"> idem |
| - | <ul style="list-style-type: none"> In de notie van verslaving worden ingesloten: het falen van spontane of ingekaderde ontwenningen. | - | <ul style="list-style-type: none"> idem |
| 2.2 | Contra-indicaties <ul style="list-style-type: none"> Er zijn geen contra-indicaties. De eventuele geassocieerde psychiatrische morbiditeiten (alcohol, polytoxicomanie, depressie, psychose, ...) moeten deel uitmaken van een specifieke behandeling Zwangerschap is geen contra-indicatie | 2.2 | Contra-indicaties <ul style="list-style-type: none"> idem idem |
| 2.3 | Limieten <ul style="list-style-type: none"> Er zijn geen wetenschappelijke redenen om het aantal patiënten voor een Methadon behandeling te beperken, op voorwaarde dat ze aan de inclusiecriteria beantwoorden | 2.3 | Limieten <ul style="list-style-type: none"> idem |
| 3. | Wat is de plaats voor de andere substitutie behandelingen? | 3. | Wat is de plaats voor de andere substitutie behandelingen? |
| - | <ul style="list-style-type: none"> Buprenorfine (Temgesic) uitgezonderd, is er geen enkel ander substitutie geneesmiddel dat afdoende wetenschappelijk bewezen is. Zij worden | - | <ul style="list-style-type: none"> Buprenorfine (Temgesic) uitgezonderd, is er geen enkel ander substitutie geneesmiddel dat afdoende wetenschappelijk bewezen is. Zij worden |



| | niet voor de courante praktijk aangewezen. | | niet voor de courante praktijk aangewezen. |
|----|--|----|--|
| 4. | Wat zijn de behandelingsmodaliteiten? Hoe beïnvloeden zij de therapeutische resultaten? | 4. | Wat zijn de behandelingsmodaliteiten? Hoe beïnvloeden zij de therapeutische resultaten? |
| - | <ul style="list-style-type: none">• Methadon behandelingen zijn over het algemeen behandelingen van middellang duur (2-5 jaar) of van onbepaalde duur. | - | <ul style="list-style-type: none">• Methadon behandelingen kunnen behandelingen zijn van middellang duur (2-5 jaar) of van onbepaalde duur |
| - | <ul style="list-style-type: none">• De aanbevolen dosissen zijn meestal van 30 to 40 mg per dag. De gemiddelde stabilisatiedosis zal over het algemeen hoger zijn, ter waarde van 60 tot 80 mg per dag. Deze zal tevens aangepast worden volgens de individuele evolutie | - | <ul style="list-style-type: none">• De aanbevolen dosissen zijn meestal van 30 to 40 mg per dag. De gemiddelde stabilisatiedosis zal over het algemeen hoger zijn, ter waarde van 60 tot 80 mg per dag. Deze zal tevens aangepast worden volgens de individuele evolutie |
| - | <ul style="list-style-type: none">• Het toedienen dient te gebeuren onder de meest adequate orale vorm, die niet mag leiden tot een afwijking van het gebruik ervan. | - | <ul style="list-style-type: none">• idem |
| - | <ul style="list-style-type: none">• Voorzichtigheidshalve dient de patiënt in het begin van zijn behandeling zijn dagelijkse dosis in te nemen in de apotheek of in een gespecialiseerd centrum, en dit tot zijn stabilisatie. | - | <ul style="list-style-type: none">• idem |
| - | <ul style="list-style-type: none">• De occasionele inname van heroïne kan geen reden zijn om te stoppen met de behandeling of het verminderen van de dosis. | - | <ul style="list-style-type: none">• idem |
| - | <ul style="list-style-type: none">• Bepaalde associaties van geneesmiddelen kunnen een aanpassing vragen van de dosissen. | - | <ul style="list-style-type: none">• idem |
| - | <ul style="list-style-type: none">• Snel degressieve behandelingen (3 weken- 3 maand) | - | <ul style="list-style-type: none">• idem |



| | | | |
|----|---|----|--|
| | hebben eveneens hun indicaties. Zij worden meestal geassocieerd aan een verandering van omgeving met een vermindering van de blootstelling aan heroïne. | | |
| - | <ul style="list-style-type: none">In geval van zwangerschap wordt niet aangeraden om de Methadon behandeling te onderbreken, maar de aanpak van deze situatie vraagt specifieke bekwaamheid. | - | <ul style="list-style-type: none">idem |
| 5. | Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling? Moeten substitutiebehandelingen deel uit maken van een specifieke registratie? | 5. | Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling? Moeten substitutiebehandelingen deel uit maken van een specifieke registratie? |
| - | <ul style="list-style-type: none">De toegankelijkheid van de Methadon behandeling moet vergroot worden in functie van de noden en moet de eerstelijns interventie includeren (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra) met respect voor de noodzaak van een medisch verantwoorde praktijk. | - | <ul style="list-style-type: none">idem |
| - | <ul style="list-style-type: none">De inkadering van de patiënt en de psychosociale steun zijn de essentiële factoren voor de verbetering van de therapeutische resultaten van de Methadon behandelingen. De steun moet aangepast worden aan de individuele noden van de patiënt. deze kunnen behandeld worden hetzij in een multidisciplinair centrum hetzij door een huisarts of een specialist. | - | <ul style="list-style-type: none">idem |
| - | <ul style="list-style-type: none">Deze artsen moeten de | - | <ul style="list-style-type: none">idem |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | nodige vorming bezitten en ervoor zorgen dat hun kennis bijgeschaafd wordt door bijvoorbeeld klinische intervisie. | | |
| - | <ul style="list-style-type: none"> Zij moeten ondersteund worden door een functionele relatie met een gespecialiseerd centrum of met een netwerk voor zorg aan toxicomanen om onder andere een schadelijk isolement voor de praktijk van de arts te voorkomen. | - | <ul style="list-style-type: none"> idem |
| - | <ul style="list-style-type: none"> Om een vlottere permanente evaluatie toe te laten en dubbele voorschriften te voorkomen, zouden de Methadon behandelingen geregistreerd moeten worden door een ad hoc instantie, met eerbied voor het medisch geheim en de wet op de bescherming van het persoonlijk leven. Hiervoor zou er een aangepast coderingssysteem moeten uitgewerkt worden. | - | <ul style="list-style-type: none"> idem |

Het kleine aantal aanpassingen die aangebracht werden aan de tekst van de Consensusconferentie onderlijnt haar sterke algemene aanvaarding door de deelnemers uit het veld van de toxicotherapie. De deelnemers aan de Follow-up hebben tevens een aantal additionele commentaren geuit die bepaalde aspecten van de Consensus toelichten.


17.2. Bijkomende commentaren bij de tekst van de "Consensusconferentie" over Methadon van 1994.

De volgende tekst is een geheel van algemene aanbevelingen die door de werkgroep werden geuit en essentieel werden geacht. Bepaalde aanbevelingen hernemen elementen die reeds vermeld werden in de tekst van de Consensusconferentie, want ze werden fundamenteel geacht gezien de reeds gerealiseerde follow-up.

Andere aanbevelingen zijn nieuw en bestemd voor de arts en de openbare autoriteiten.

Deze tekst bevat dus samenvattende en aanvullende commentaren en betreft de individuele praktijk, de relaties onder artsen en de registratiesystemen.

17.2.1. De individuele praktijk



1. Niet meer dan 30 mg voorschrijven als initiële dosis. Iedere arts moet erop toekijken geen Methadon voor te schrijven aan een niet verslaafde druggebruiker, meer bepaald urgentieartsen. De oplossing van dit dilemma, voorgesteld door een groep experts, bestaat erin om de eerste dag een kleine dosis voor te schrijven van 30 mg en het effect na te gaan bij de patiënt. Als de patiënt beweert meerdere uren te hebben geslapen of somnolent was kan men er zeker van zijn dat er geen ernstige verslaving aanwezig is. De arts zal dan moeten beslissen of de farmacologische behandeling gewijzigd moet worden. In deze specifieke situatie bestaat er ook een alternatief: een indicatie om Buprenorfine voor te schrijven.

Dit psychotroop geneesmiddel combineert de agonistische en antagonistische effecten van de opiaten.

2. De patiënt moet de dag zelf waarop de Methadon werd voorgeschreven op consultatie komen indien dit mogelijk is of ten laatste 48 u nadien, om de reactie van de patiënt te evalueren en de dosis aan te passen.


3. Vermijden in het begin van de behandeling dossissen voor te schrijven die door de patiënt worden meegenomen. Het voorschrift op een duidelijke manier opstellen. De begrippen van "begin van de behandeling" en "stabilisatieperiode" zijn delicaat om te bepalen. Een periode van minimaal 6 weken lijkt aanvaardbaar om het "begin van de behandeling" te definiëren. Uitzonderingen in de aanpak zijn denkbaar, zoals bijvoorbeeld het behouden van de sociale integratie. Zo kan, een toxicomaan die sterk verslaafd is maar toch een professionele activiteit heeft die hem verplicht op het werk te zijn op regelmatige tijdstippen, gestraft worden door dagelijks naar de apotheek te gaan. Deze patiënt zou kunnen genieten van een regeling waarin hij zijn dosis, bijvoorbeeld voor een week, zou kunnen meenemen naar huis.

4. Het voorschrijven van andere psychofarmaca dan Methadon of Buprenorphine in een substitutie behandeling is te vermijden (uitgezonderd in het geval van een dubbele diagnose die een behandeling met specifieke psychofarmaca noodzaakt). Bepaalde psychofarmaca zijn voor het ogenblik gevaarlijk en kunnen verslaving in de hand werken. Het is bevestigd dat Flunitrazepam (Rohypnol) of Vesparax ongewone paradoxale effecten hebben. Deze effecten zijn bij toxicomanen voornamelijk stimulerend en bijgevolg mogen deze farmaca niet voorgeschreven worden. Bovendien maken deze farmaca op geen enkele manier deel uit van een substitutiebehandeling.

5. De patiënt steeds inlichten over de risico's voor zijn omgeving. Hij moet eraan herinnerd worden dat hij geen medicatie mag laten rondslingeren opdat het buiten bereik van kinderen zou zijn (bijvoorbeeld niet in de koelkast leggen,...). Het wordt aanbevolen om de medicatie te leveren in een verpakking die door kinderen niet is open te krijgen.

6. Het aantal patiënten die tegelijkertijd verzorgd worden door 1 arts kan niet opgelegd worden. Er is geen enkele evaluatie die een relatie aantoonde tussen de kwaliteit van de zorgen en het aantal patiënten. Niettegenstaande leidt een abnormaal hoog aantal (10-tal) meestal tot uitputting van de arts waardoor zijn patiënten ook de gevolgen zullen dragen. Dit is dus af te raden.

7. Alle behandelingen voor verslaafde patiënten geven maar resultaten op middellange of lange termijn. Het vroegtijdig afbreken is een teken van therapeutische tekortkoming. De arts moet zodoende het voortzetten van de behandeling aanmoedigen.



8. Het is wenselijk dat de arts deelneemt aan registratiesystemen. Op die manier zorgt hij ervoor dat er informatie over de patiënt wordt verworven die hem toelaten de evolutie van de behandeling te evalueren. Een klassieke anamnese kan aangevuld worden door klinische meer gespecialiseerde registratiemiddelen.

9. De wijde verspreiding van de patiënten betekent dat een groot aantal artsen zeer weinig toxicomane patiënten in hun patiëntenbestand zullen hebben. Ook al bevordert deze evolutie de keuzevrijheid van de arts en van de toxicomaan, toch stelt dit problemen bij de organisatie van het "verzorgingssysteem", namelijk in de continue vorming. Een bedenking bij de betreffende instanties zou een aantal wegen kunnen vrijmaken om de uitwisseling van informatie te verbeteren van en naar nieuwe artsen die een klein aantal toxicomanen verzorgen: bijvoorbeeld het opstellen van een 'vereenvoudigde' opleiding volgens een nog uit te werken methodologie (informatiebulletins, audio-video cassettes,...)

17.2.2. De relatie tussen de artsen

10. Intervisie is te stimuleren, maar is enkel te verwezenlijken in de praktijk voor artsen die een voldoende aantal patiënten hebben onder substitutie behandeling. Voor diegenen die slechts enkele gevallen hebben is intervisie niet realistisch.

11. Artsen die niet werken in een pluridisciplinair 'netwerk' en Methadon voorschrijven kunnen er toch nog voordeel uithalen voor zichzelf en hun patiënt door een ervaren collega te raadplegen. Het voorstellen van een geval, van de specifieke problemen en de daaraan verbonden discussies met andere artsen, maken deel uit van het goede verloop van het therapeutisch proces waarin de arts zich engageert wanneer hij toxicomanen verzorgt.

12. De ontwikkeling van bestaande 'netwerken' van artsen en het bevorderen van nieuwe netwerken over alle regio's van het land moeten toelaten om de kwaliteit van de zorgen te verbeteren. Door het opgeven van de behandeling te verminderen en het bevorderen van een individuele aanpak van de behandeling, verdient het pluridisciplinaire werken de aandacht en de materiële steun van openbare instanties.

13. Een lokale beraadslaging van de plaatselijke apothekers en de artsen moet gestimuleerd worden door de instanties en de betreffende professionele groeperingen..

14. De rol van de apotheker, als volwaardig lid van de openbare gezondheid, in het behandelen van toxicomanen moet ondersteund worden door de betreffende instanties. Hij is een essentiële schakel in het huidige therapeutische proces door het regelmatige contact met de toxicomanen.

Zijn betrokkenheid in programma's die de risico's van het druggebruik verminderen, moet voortgezet en aangemoedigd worden. Hij is eveneens een hoofdschakel in de registratiesystemen van epidemiologische gegevens van de toxicomanie in België(zie punt 20).

15. De relaties tussen therapeuten en penitentiaire artsen moeten aangemoedigd worden. Het gaat erom de contacten tussen de huisarts en de opgesloten patiënt te vergemakkelijken. Het is mogelijk om een aangepaste sociale opvang te voorzien voordat de patiënt de gevangenis verlaat.

16. De ontwikkeling van pluridisciplinaire centra moet ondersteund

worden en mag niet afgeschaft worden door de uitbreiding van de aanpak van privé-praktijken. Het behoud van de verschillende behandelingsmodaliteiten betekent een waarborg voor de kwaliteit van de zorgen.

17. Een autoregulatieproces van het medisch korps met, in het bijzonder, een ontwikkeling van forums, seminaries of congressen, evenals het bevorderen van onderzoek en evaluaties op dit gebied, zowel op lokaal vlak of daarbuiten, zullen een verbetering van de behandeling van de toxicomanie in het algemeen, en van de substitutiebehandeling, in het bijzonder, waarborgen.

18. Artsen vinden dat de bevoegde instanties ad hoc middelen moeten hebben om tussenbeide te komen wanneer er afgeweken wordt van de Consensus normen.

19. De continue opleiding van de artsen moet ondersteund worden door ad hoc programma's (bv. interuniversitair of wetenschappelijke groepen van algemene geneeskunde), zonder de verbeteringen van de informatie over volksgezondheid te vergeten. Er bestaat een inventaris over de huidige mogelijkheden en deze worden door coördinatie organen verspreid (bv. Alto). De veranderingen die tussenbeide komen bij afgifte in de apotheek, de terugbetalingsvoorwaarden, de verschillende voorwaarden en alle praktijken die Methadon of Brupenorphine geven, moeten door de bevoegde instanties regelmatig informatie krijgen.

17.2.3.Registratiesystemen

20. De registratiesystemen van de toxicomanie in België moeten ontwikkeld en gecoördineerd worden.

1. De anonimiteit van de patiënt moet geëerbiedigd worden door het invoeren van een technische oplossing (bvb. mathematische vertaling van de naam en de geboortedatum in een unieke code voor elke patiënt met de onmogelijkheid om de naam te herkennen op basis van de code)

2. De huidige systemen die door de Hoofdinspectie van de Farmacie en de andere Medische Provinciale Commissies gebruikt worden moeten versterkt worden op het gebied van hun technische middelen, nl op het niveau van de gegevensverzameling en hun codering, hetgeen momenteel in gebreke is.

3. De coördinatie van de systemen tussen de provincies moet gebeuren aan de hand van de uitwerking van een een gestandaardiseerd federaal systeem.

4. Een geïnformatiseerde procedure die de apothekers betreft bij de continue codering van de gegevens is onontbeerlijk.

21. Het evaluatief onderzoek van de therapeutische praktijken op het gebied van de toxicomanie, met inbegrip van de substitutiebehandeling, is onmiskenbaar onvoldoende in België. De bevoegde autoriteiten zouden programma's van evaluatief onderzoek moeten ondersteunen.

18. BIBLIOGRAFIE


- Anonymous. (1997). Helping patients who misuse drugs. *Drug Ther Bull*, 35, 18-22.

- Bewley, T., & Ghodse, A.H. (1983). Unacceptable face of private practice: prescription of controlled drugs to addicts. *Br Med J Clin Res Ed*, 286, 1876-1877.
- Bishop, B.P., Cave, G.C., Gay, M.J., & Morgan, H.G. (1976). A city looks at its problem of drug abuse by injection. *Br J Psychiatry*, 129, 465-471.
- Buning E., Van Brussel G. The effects of Heroin Reduction in Amsterdam. *Eur. Addic. Re* 1995, pp 92-98.
- Bury, G., O'Kelly, F., & Pomeroy, L. (1993). The use of primary care services by drug use attending a HIV prevention unit. *Ir Med J*, 86, 53-55.
- Chetwynd, J., Brunton, C., Blank, M., Plumridge, E., & Baldwin, D. (1995). Hepatitis C seroprevalence amongst injecting drug users attending a methadon programme. *N Z Med J*, 108, 364-366.
- Clausen, T.G. (1997). International opioid consumption. *Acta Anaesthesiol Scand*, 41, 16: 165.
- Cohen, J., & Schamroth, A. (1990). The challenge of illicit drug addiction for general pract *Drug Alcohol Depend*, 25, 315-318.
- Cohen, J., Schamroth, A., Nazareth, I., Johnson, M., Graham, S., & Thomson, D. (1992). Problem drug use in a central London general practice [see comments]. *BMJ*, 304, 1158-1160.
- de Vries, H.J., van Brussel, G.H., & Kanhai, K. (1997). [More of the Surinam and Antilles addicts involved in the GG&GD (Community Medical and Health Service) methadon program in Amsterdam should be referred to the family physician for their methadon maintenance] Van de Surinaamse en Antilliaanse drugsverslaafden betrokken bij het GG&GD-methadonprogramma in Amsterdam zouden er meer voor hun methadonverstrekking bij c huisarts terecht kunnen. *Ned Tijdschr Geneesk*, 141, 288-291.
- Donoghoe, M.C., Dolan, K.A., & Stimson, G.V. (1992). Life-style factors and social circumstances of syringe sharing in injecting drug users [published erratum appears in *Br J Addict* 1992 Sep;87(9):1358]. *Br J Addict*, 87, 993-100
- Drummer, O.H., Opeskin, K., Syrjanen, M., & Cordner, S.M. (1992). Methadon toxicity causing death in ten subjects starting on a methadon maintenance program. *Am J Forensic Med Pathol*, 13, 346-350.
- Ege, P.P. (1989). [Examination of drug addicts on methadon treatment for HIV antibodies the county of Frederiksborg] Undersogelse af stofmisbrugere i metadonbehandling i Frederiksborg Amt for HIV-antistof. *Ugeskr Laeger*, 151, 3484-3486.
- Euro-MethWork, Forum Européen des Praticiens en charge de traitement à la Methadon. Newsletter, 1996 - 1997.
- Facy F. et al. Etude épidémiologique des toxicomanes bénéficiant de prescription de Methadon en France, *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, décembre 1996, pp 73-86.
- Farrell M. A review of the legislation, regulation and delivery of Methadon in 12 Member States of the European Union - European Commission - 1995, 165 p ; pp 137-152.
- Goelens I. (coordin.), Brassart D., Burkell D., Busby J., Denis B., Fama R., Guillaume R., Rochet J.-P., Segers J.-M., Vandroogenbroeck Y. (gr. De travail), Declerck B. (edit. respons.). Analyse descriptive de la consommation générale d'opiacés et de l'usage de Methadon. Années 1995-1996-1997. Recueil de données épidémiologiques concernant les usagers produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi. Juin 1998. 56 p. + 4 p. (ann.).

- Grapendaal M., Leuwe E., Nelen J.M.. De economie van het drugbestaan. Criminaliteit al expressie van levensstijl en loopbaan. Arnhem, Gouda Quint 1991.
- Greenwood, J. (1990). Creating a new drug service in Edinburgh. *BMJ*, 300, 587-589.
- Greenwood, J. (1992). Persuading general practitioners to prescribe--good husbandry or recipe for chaos? *Br J Addict*, 87, 567-575.
- Hartgers C., Van Den Hoeck A., Krijnen P., Coutinho R.A. HIV prevalence and risk behavior among injecting drug users who participate in " low threshold " methadon programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82 1992, pp 547-551.
- Hubbard RL, Marsden ME, Rochal JV, Harwood HJ, Cavonaugh ER, Ginzling. Drug abuse treatment. A national study of effectiveness. Chapel Hill. NC University of North Carolina Press, 1989
- Jacques Ch. Parentalité et précarité. Enquête Alto 1997, 7 p, non publié
- Johnson, B.D. (1975). Understanding British addiction statistics. *Bull Narc*, 27, 49-66.
- Leaver, E.J., Elford, J., Morris, J.K., & Cohen, J. (1992). Use of general practice by intravenous heroin users on a methadon programme [see comments]. *Br J Gen Pract*, 42, 465-468.
- Ledoux Y. Evaluation du traitement de la toxicomanie au R.A.T. - Bruxelles. 1989-1995. Rapport du programme F.N.R.S., 1997
- Manzie, P.P. (1978). Heroin addiction: what can the GP do? *Aust Fam Physician*, 7, 1233-1240.
- Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE, Druley KA. Is treatment for substance abuse effective ? *JAMA*, 247, 1982, pp 1423-1428
- Obafunwa, J.O., & Busuttill, A. (1994). Deaths from substance overdose in the Lothian and Borders region of Scotland (1983-1991). *Hum Exp Toxicol*, 13, 401-406.
- Olgiate, M., & Meili, M. (1997). [Treatment of drug dependent patients in general practice] Behandlung Drogenabhängiger in der Praxis. *Ther Umsch*, 54, 397-399.
- Pelc I. et al. Première évaluation des données RPM, 1996-97, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement
- Plomp, H.N., Van Der Hek, H., & Ader, H.J. (1996). The Amsterdam methadon dispensing circuit: genesis and effectiveness of a public health model for local drug policy. *Addiction*, 91, 711-721.
- Rapport sur la Methadone. Office fédéral de la Santé Publique. Berne, décembre 1997
- Reijneveld SA ; Ambulante methadonverstrekking in Amsterdam, een gedifferentieerd systeem ? Tijdschr. Soc. Gezondheidszorg 70. 1992. Pp 592-598
- Reuband K.H. Drogenstatistik in : B. Ness et H. Ziegler (ed). Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg. Neuland. pp 41-103, 1980.
- Rihs-Middel M ; J. Clerc, R. Stamm. La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences. Editions médecine et hygiène, Genève, 289 p., 1995
- Ronald, P.J., Witcomb, J.C., Robertson, J.R., Roberts, J.J., Shishodia, P.C., & Whittaker, (1992). Problems of drug abuse,

HIV and AIDS: the burden of care in one general practice [see comments]. *Br J Gen Pract* 42, 232-235.

- Schmidt, N., Brune, K., & Geisslinger, G. (1992). Stereoselective determination of the enantiomers of methadon in plasma using high-performance liquid chromatography. *J Chromatogr*, 583, 195-200.
- Simpson DD, Sells SB. Effectiveness of treatment for drug abuse : an overview of the D. Research Program. *Adv. Alcohol. Subst. Abuse*, 2, 1983, pp 7-29
- Simpson DD. The relation spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. *American J. of Psychiatry*. 136, 1981, pp 1449-1453
- Stark MF. Dropping out of substance abuse treatment : a clinically oriented review. *Clin. Psychol. Rev.* 12. 1992, pp 93-116
- Strang J., Sheridan J. & Barber N. Prescribing injectable and oral Methadon to opiate addicts . results from the 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. *British Med Journal*, 313, 1996 ; pp 270-272.
- Todts S., Fonck K., Colebunders R., Vercauteren G., Driesen K., Uyderbrouck M., Vranck R., Van Mol F. Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian Prison, *Archives belges de Santé Publiqu* vol. 55, number 3-4, 1997, pp 87-98.
- Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zurich ; Inst für Social und Präventionmedizin der Universität Zurich. Juillet 1997. 12 p.
- V. Kirszbaum " Rien ne remplace une loi ". *Le Journal du Médecin*, 25 octobre 1994, page
- Weber U. Maintenance à la codéine en Allemagne : pratique à dépendance, *Euro-Networ Forum Européen des praticiens en charge de traitements à la Methadon*, 1997, pp 5-6, n° 12.
- Wiewiorka S. Réflexions à propos de la formation et de la supervision des équipes impliqués en France dans le traitement des toxicomanes par la Methadon, *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, décembre 1996, pp. 87-94.
- Wilson, P., Watson, R., & Ralston, G.E. (1994). Methadon maintenance in general practice patients, workload, and outcomes [see comments]. *BMJ*, 309, 641-644.
- Woody GE, Luborsky L, Mc Lellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. Psychotherapy for opiate addicts : does it help ? *Arch. Gen. Psychiatry*. 40. 1983, pp 639-645.
- Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadon maintenance programs. *Archives of Gen. Psychiatry*. 47. 1990. Pp 788-
- Woody GE, Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Twelve months follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Am. J. Psychiatry*. 144. 1987. Pp 591-596.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, Herman I, Beck AT. Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy : The Penn - VA Study. *American Journal of Psychiatry*, 141 1984, pp 1172-1179.

- 
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. Arch. Gen. Psychiatry 42, 1985, pp 1081-86

19. LIJST VAN DE DEELNEMERS AAN DE "FOLLOW-UP VAN DE CONSENSUSCONFERENTIE OVER METHADON".

ANSOMS S.
BABELIOWSKY, Mme
BAETENS C.
BAILLEUX B.
BILS L.
BECKERS R.
BERTRAND J.-A.
BERTRAND H.
BLEIS J.
BOGAERT M.
BROHEE J.P.
BROECKHOVEN K.
BROECKX, D.
CLAEYS, F.
CORNELY M.-H.
DAL E.
DECOURRIERE M.
DELAMINE C.
DELMEIRE F.
DELOS M.
DEMEYERE M.
DENIS B.
DERUYVER B.
DESMECHT R.
de THIBAUT de BOISINGHE L.
DEVER L.
DEVLEESCHOUWER D.
DEWILDE L.
DEWINTER, Ch.
DIRICK P.
DORMAL Ch.
DUPONT, N.,
FAGNART J.-R.
FIGIEL C.
FINNE C.
GILLARD C.
GILLES D.
GOOVAERTS J.
GOYVAERTS G.
HACHE R.
HERS D.
HOFFMAN A.
JACQUES J.-P.
JAMOULLE M.
JACOBS L.
KENIS P.
LAFONTAINE J.-B.
LE BON O.
LEDOUX Y.
LEDURE G.
LEONARD M.
LEQUEUX P.
LUYCKX M.
MACHIELS K.
MARCHAL N.,
MARCHANDISE T.
MARINELLO M.

MERCKX F.
MEUNIER J.
NIMMEGEERS H.
NICAISE P.
NOIRFALISE A.
PAPAGIORGIU C.
PELC I.
PHILLIPPART F.
PICARD E.
PONSAER P.,
RAEDEMAEKER A.-F.
REISINGER M.
RENARD I.
RENARD J.,
ROUSSAUX J-P.
SCHEIRE P.
SEGERS J.-M.
SURIN L.
TODTS S.
TORBEY H.
VAN ACKER J.
VAN BREUSEGHEM P.
VANDENBOSCH B.
VAN DEN BROUCKE M.
VAN DER BRUGGEN B.
VAN GHELUWE T.
VAN HOLDER B.
VAN HOUTTE L.
VANDENBOSCH B.
VANDER STICHELE R.
VANMOL F.
VERHOEVEN J.-P.
VRIJDEERS A-M.
WILLEMS J.

