



FOLLOW-UP VAN DE CONFERENTIE OVER DE METHADONE CONSENSUS VAN 1994

Evaluatie van de aanbevelingen geformuleerd in 1994 en aanvullende voorstellen

Uitgave november 2000

Hoge Gezondheidsraad

Onderafdeling I.1 Verslavingen - N° HGR: 6931

1) Samenstelling van de Afdeling I « Beschavingsziekten » van de Hoge Gezondheidsraad

Voorzitter :

I. PELC

Leden :

P. HOOFT
A. NOIRFALISE
R. VANDERSTICHELE
J. WILLEMS
B. FISCHLER

Wetenschappelijk secretariaat :

Ph. CORTEN
Y. LEDOUX
P. STEINBERG

Administratief secretariaat :

I. DEWILDE

2) 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

Volgnummer Wettelijk Depot: D/2001/7795/1

INHOUDSTAFEL

SAMENSTELLING VAN DE AFDELING I " BESCHAVINGSZIEKTEN" VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD

1 OVERZICHT

2 SUMMARY

3 VOORSTEL OM DE TEKST VAN DE "CONFERENTIE OVER DE METHADONE CONSENSUS" VAN 1994 AAN TE PASSEN.

4 AANVULLENDE VOORSTELLEN BIJ DE TEKST VAN DE "CONFERENTIE OVER DE METHADONE CONSENSUS".

4.1 Aanvullende voorstellen betreffende de individuele praktijk.

4.2 Aanvullende voorstellen betreffende de relatiesonder de artsen.

4.3 Aanvullende voorstellen betreffende de registratiesystemen

5 LIJST VAN DE DEELNEMERS VAN DE « FOLLOW-UP VAN DE CONSENSUS CONFERENTIE » (OFFICIELE LEDEN OF GENODIGDEN)

6 BELGISCHE FEDERATIES DIE IN HET DOMEIN VAN DE TOXICOMANIE WERKEN.

1. OVERZICHT

De "Follow-up van de Conferentie over de Methadone Consensus" (1994), georganiseerd door de Onderafdeling I.1 "Verslavingen" van de Hoge Gezondheidsraad (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu), heeft een honderdtal experten bijeen gebracht tussen 1997 en 1999 om de huidige situatie van de substitutiebehandeling in België te evalueren.

De therapeutische doeltreffendheid van Methadone is bevestigd. De vermindering van het intraveneus heroïnegebruik van de patiënt, de daling van het besmettingsrisico door het AIDS virus (HIV) en van de mortaliteit zijn belangrijke aanwinsten, die verkregen worden door de substitutiebehandeling. Deze worden bevestigd door de ervaring van de Belgische artsen. Er zijn slechts enkele kleine wijzigingen aangebracht aan de tekst van de "Consensus Conferentie", en aanbevelingen werden gedaan, in het voordeel van de patiënt, zijn omgeving en de gemeenschap in het algemeen, om de verworvenheden van deze therapeutische oriëntatie te verstevigen. Deze aanbevelingen spitsen zich toe op de therapeutische praktijk, op de relatie tussen de therapeuten en op de evaluatie. Men beveelt aan om de behandeling te starten met een dosis van 30 mg Methadone per dag, om het effect bij de patiënt te evalueren en om tenminste gedurende de eerste 6 behandelingsweken geen thuisbehandeling voor te schrijven.

Substitutiebehandeling betreft enkel het gebruik van Methadone en Buprenorfine. Het is verboden om psychofarmaca met paradoxale effecten voor te schrijven bij toxicomanen, zoals Flunitrazepam (Rohypnol®) of Vesparax®.

De patiënt en zijn omgeving moeten door de therapeut ingelicht worden over de risico's van een accidentele inname van Methadone. Een middellange tot lange substitutiebehandeling is nodig opdat er zich een positieve evolutie zou aftekenen. De arts moet ervoor zorgen dat de therapietrouw versterkt wordt. Voor wat betreft de onderlinge contacten tussen de behandelaars, dient alles wat hun permanente vorming en gegevensuitwisselingen bevordert (intervisie, netwerken, forums) actief ondersteund te worden door de openbare autoriteiten.

De eerstelijnsrol van de apotheker draagt eveneens bij tot een positieve evolutie in

de substitutiebehandeling, hij is namelijk een onmisbaar bemiddelaar tussen arts, patiënt en de gemeenschap.

Tenslotte, de continue evaluatie van de praktijk kan niet efficiënt verwezenlijkt worden zonder de ontwikkeling of versterking van de registratiesystemen, waaraan de verschillende professionele tussenpersonen (artsen, apothekers, gespecialiseerde centra) dienen deel te nemen. Deze laatste moeten de essentiële gegevens doorgeven op een georganiseerde manier die in overleg wordt afgesproken en het privé leven van de patiënt eerbiedigt.

2. SUMMARY

Follow-up of the " Consensus Conference on Methadone "

The follow-up of the " Consensus Conference on Methadone " (1994) has been organised by the Sub-Committee on Addiction of the Hygiene Health Council (Social Affairs, Public Health and Environment Ministry). About one hundred experts between 1997 and 1999 discussed the state of Art of Methadone substitution treatment in the light of recent developments in Belgium.

Therapeutical efficiency of Methadone was reassessed.

Reduction of heroin use (intravenous), spread of the HIV virus and mortality, are the major results generally attested by all Belgian practitioners through their professional experience.

Some minor changes only have been brought to the original text of the " Consensus Conference " and recommendations have been issued to strengthen the development of this therapeutic orientation in the interest of the patient, his surroundings and the Community in general. These recommendations focus on therapeutical practice, relationships between practitioners and evaluation. It is recommended to start treatment with a Methadone dosage of about 30 mg/day, to check the effect on the patient and not to prescribe take home dosages at least during the first 6 weeks. Substitution refers only to the use of Methadone or Buprenorphine and it is forbidden to resort the psychotropics with unwanted effects on addicts such as Flunitrazepam (Rohypnol®) or Vesparax®. The patient and his environment should always be informed about the risks of accidental use of Methadone. A medium or long period of treatment is necessary for a positive evolution and the practitioner should strengthen therapeutic compliance of his patient.

What concerns relationships between practitioners, all processes promoting their training and their sharing of experience (Networks, workshops, ...) should be actively promoted by public authorities. The front role of the local pharmacist is also an asset in the development of a positive evolution of the patient, for example as a " gate keeper " between the practitioner, the patient and the community. Lastly, the continuous evaluation of therapeutical practices can only be efficient with a parallel development of recording systems through the voluntary participation of all concerned professionals (doctors, pharmacists, specialised treatment settings) by handling out relevant data in a concerted way, in due respect of the patient's privacy.

3. VOORSTEL OM DE TEKST VAN DE "CONFERENTIE OVER DE METHADONE CONSENSUS" VAN 1994 AAN TE PASSEN.

Algemeen beschouwd toont de evaluatie, gedaan tussen 1997 en 1999, van de aanbevelingen van de conferentie over de Methadone Consensus aan dat :

- De aanbevelingen in het geheel correct werden gevolgd.
- Bepaalde aanbevelingen moeilijk toepasbaar blijken te zijn.
- Sinds de Consensus Conferentie, de toegang tot de substitutiebehandeling, en de betrokkenheid van de individuele artsen in de verzorging van de verslaafde patiënt, vergemakkelijkt is.

In het "Verslag van de Jury" van 12 oktober 1994 worden op basis van audities van de aanwezige partijen en van de aanvullende analyses, van verzamelde gegevens en punctuele enquêtes, gepresenteerd door de deelnemers, en tevens steunend op Belgische en internationale bibliografische gegevens, volgende

aanpassingen voorgesteld die conclusies of aanbevelingen vormen van de Consensus Conferentie van 8 oktober 1994 over de Methadone 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. 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 Methadone 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. 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 verandert in " Is Methadone een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne *en aan ander 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 1994		Nieuwe tekst na wijziging (enkel indien aangepast) 1999
1.	<p>Is Methadone een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne ? Op welke parameters grijpt zij in ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Methadone is een doeltreffende behandeling voor de verslaving</i> 	1.	<p>Is Methadone een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne en andere opiaten ? Op welke parameters grijpt zij in ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Methadone is een doeltreffende behandeling voor de verslaving aan heroïne en andere opiaten.</i>
1.1	<p>Effecten op het gebruik van heroïne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De Methadone behandeling vermindert het intraveneus heroïnegebruik</i> 	1.1	<p>Effecten op het gebruik van heroïne en andere opiaten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i>
1.2	<p>Effecten op de gezondheid.</p> <p>De Methadonebehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vermindert de mortaliteit geassocieerd aan heroïneverslaving..</i> <p>De Methadonebehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vermindert het risico op besmetting met AIDS (HIV) en Hepatitis B en C.</i> 	1.2	<p>Effecten op de gezondheid.</p> <p>De Methadonebehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i> <p>De Methadonebehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i>
	De Methadonebehandeling		De Methadonebehandeling

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vertraagt de ontwikkeling van de ziekte bij HIV-seropositieve heroïne verslaafde patiënten.</i> <p>De Methadonebehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Verbeterd de therapietrouw bij HIV-seropositieve heroïne verslaafde patiënten.</i> • <i>Vergemakkelijkt het opsporen van gezondheidsproblemen en de toegang tot gezondheidseducatie.</i> 		<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> <p>De Methadonebehandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Verbeterd de algemene toestand van de heroïne verslaafde patiënten.</i> • <i>IDEM</i>
1.3	<p>Effecten op sociaal en professioneel vlak.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De Methadonebehandeling is gecorreleerd aan een verbetering van de socio-professionele bekwaamheden en een vermindering van delinquente activiteiten.</i> 	1.3	<p>Effecten op sociaal en professioneel vlak.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De Methadonebehandeling is gecorreleerd aan een verbetering van de socio-professionele bekwaamheden en een vermindering van delinquente activiteiten, veroorzaakt door de toxicomanie.</i>
2.	<p>Wat zijn de indicaties, contra-indicaties en de grenzen van de Methadonebehandeling?</p>	2.	<p>Wat zijn de indicaties, contra-indicaties en de grenzen van de Methadonebehandeling ?</p>
2.1	<p>Indicaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De indicatie voor een Methadone behandeling is een heroïne verslaving, gediagnosticeerd op basis van een anamnese, een klinisch onderzoek en gestaafd door bijkomende onderzoeken indien nodig (urinedosages).</i> • <i>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.</i> • <i>In de notie van verslaving worden ingesloten: het falen van spontane of omkaderde ontwenningen.</i> 	2.1	<p>Indicaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De indicatie voor een Methadone behandeling is de verslaving aan heroïne en andere krachtige opiaat-agonisten, staat van afhankelijkheid gediagnosticeerd op basis van een anamnese, een klinisch onderzoek en gestaafd door bijkomende onderzoeken indien nodig (urinedosages).</i> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i>
2.2	<p>Contra-indicaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er zijn geen contra-indicaties. De eventuele geassocieerde psychiatrische morbiditeiten (alcoholisme, polytoxicomanie, depressie, psychose, ...) moeten deel uitmaken van een specifieke behandeling..</i> 	2.2	<p>Contra-indicaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangerschap is geen contra-indicatie. 		
2.3	Grenzen <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er zijn geen wetenschappelijke redenen om het aantal patiënten voor een Methadone behandeling te beperken, op voorwaarde dat ze aan de inclusiecriteria beantwoorden</i> 	2.3	Grenzen <ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i>
3.	Wat is de plaats van de andere substitutie- behandelingen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Buprenorfine (Temgesic) uitgezonderd, is er geen enkel ander substitutie geneesmiddel waarvan de werking afdoende wetenschappelijk bewezen is. Het is niet voor de courante praktijk aangewezen.</i> 	3.	Wat is de plaats van de andere substitutie- behandelingen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i>
4.	Wat zijn de behandelingsmodaliteiten ? Hoe beïnvloeden zij de therapeutische resultaten ? <ul style="list-style-type: none"> • <i>Methadone behandelingen zijn over het algemeen behandelingen van middellange duur (2-5 jaar) of van onbepaalde duur.</i> • <i>De aanbevolen startdosissen liggen meestal tussen 30 en 40 mg per dag. De gemiddelde stabilisatiedosis zal over het algemeen hoger zijn, ter waarde van 60 tot 80 mg per dag. Deze zal evenwel aangepast worden aan de individuele evolutie.</i> • <i>Het toedienen dient te gebeuren onder de meest adequate orale vorm, die niet mag leiden tot een afwijkend gebruik.</i> • <i>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 de stabilisatie van zijn toestand.</i> 	4.	Wat zijn de behandelingsmodaliteiten ? Hoe beïnvloeden zij de therapeutische resultaten ? <ul style="list-style-type: none"> • <i>Methadone behandelingen kunnen behandelingen zijn van middellange duur (2-5 jaar) of van onbepaalde duur.</i> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De occasionele inname van heroïne kan geen reden zijn om te stoppen met de behandeling of het verminderen van de dosis</i> • <i>Bepaalde associaties van geneesmiddelen kunnen een aanpassing vragen van de dossissen.</i> • <i>Snel degressieve behandelingen (3 weken- 3 maand) hebben eveneens hun indicaties. Zij worden meestal geassocieerd aan een verandering van omgeving met een vermindering</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i> • <i>IDEM</i>

- van de blootstelling aan heroïne.
- In geval van zwangerschap wordt het afgeraden om de Methadone behandeling te onderbreken, maar de aanpak van deze situatie vraagt specifieke bekwaamheden.

5. Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling ?

Moeten substitutiebehandelingen deel uit- maken van een specifieke registratie?

- De toegankelijkheid van de Methadone behandeling moet vergroot worden in functie van de noden en dient de eerstelijnsbehandelaars in te schakelen (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra), zonder de noodzaak van een medisch verantwoorde praktijk uit het oog te verliezen.
- De omkadering van de patiënt en de psychosociale ondersteuning zijn de essentiële factoren voor de verbetering van de therapeutische resultaten van de Methadone 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.
- Deze artsen moeten de nodige vorming hebben genoten en ervoor zorgen dat hun kennis bijgeschaafd wordt door bijvoorbeeld klinische intervisie.

5. Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling ?

Moeten substitutie behandelingen deel uit- maken van een specifieke registratie?

- IDEM
- IDEM
- IDEM

5. Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling ?

Moeten substitutie behandelingen deel uit- maken van een specifieke registratie? (vervolg)

- Zij moeten ondersteund worden door een functionele relatie met een gespecialiseerd centrum of met een zorgcircuit voor toxicomanen om onder andere een nadelig isolement van de praktijk van de arts te voorkomen.
- Om een vlottere permanente evaluatie toe te laten en dubbele voorschriften te voorkomen, zouden de Methadone behandelingen geregistreerd moeten worden door

5. Hoe beïnvloedt het therapeutisch kader de resultaten van de behandeling ?

Moeten substitutie behandelingen deel uit maken van een specifieke registratie? (vervolg)

- IDEM
- IDEM

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.

Het lage aantal wijzigingen aangebracht aan de tekst van de Consensus Conferentie wijst op een wijd verspreide aanvaarding ervan door het geheel van hulpverleners op toxiotherapeutisch vlak.

4. AANVULLENDE VOORSTELLEN BIJ DE TEKST VAN DE "CONFERENTIE OVER DE METHADONE CONSENSUS".

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 Consensus Conferentie, als fundamenteel beschouwd 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 hebben betrekking op de individuele praktijk, de relaties tussen artsen onderling en de registratiesystemen.

4.1 Aanvullende voorstellen betreffende de individuele praktijk.

1. Niet meer dan 30 mg voorschrijven als initiële dosis. Iedere arts moet erop toekijken geen Methadone 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 de dag zelf waarop de Methadone werd voorgeschreven op consultatie laten komen indien dit mogelijk is of ten laatste 48 u nadien, dit om zijn reactie te evalueren en de dosis aan te passen.
3. Vermijden in het begin van de behandeling dosissen voor te schrijven die de patiënt kan meenemen.
Het voorschrift op een duidelijke manier opstellen. De begrippen "begin van de behandeling" en "stabilisatieperiode" zijn moeilijk 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 in het geval van vrijwaren 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 moeten gaan.
Deze patiënt zou kunnen genieten van een regeling waarin hij zijn dosis (bijvoorbeeld voor de ganse week) zou kunnen meenemen naar huis.
4. Het voorschrijven van psychofarmaca andere dan Methadone of Buprenorfine 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. Men heeft bevestigd dat Flunitrazepam (Rohypnolâ) of Vesparaxâ ongewone paradoxale effecten kunnen veroorzaken. Deze effecten zijn bij toxicomanen stimulerend en bijgevolg te verwijderen. Bovendien zijn deze farmaca geenszins 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 binnen het bereik van kinderen (bijvoorbeeld niet in de koelkast leggen,...). Aanbevelenswaardig is het de medicatie te leveren in een verpakking die door kinderen niet is open te krijgen.
6. Het aantal patiënten die een arts tergelijktijd verzorgt kan niet opgelegd worden. Er is geen enkele evaluatie die een relatie aantoonst tussen de kwaliteit van de zorgen en het aantal patiënten. Desalniettemin leidt een abnormaal hoog aantal (enkele tientallen) meestal tot uitputting van de arts die nadelig kan zijn voor de patiënt en dus af te raden is.
7. Elke behandeling van verslaafde patiënten geeft maar resultaten op middellange of lange termijn. Het vroegtijdig afbreken is een teken van tekortkoming in het therapeutisch proces.
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 toelaat de evolutie van de behandeling te evalueren. Een klassieke anamnese kan aangevuld worden door klinisch meer gestandaardiseerde 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 organisatorische problemen zich bij de organisatie van het "verzorgingssysteem", namelijk wat de permanente vorming betreft. Overleg op het niveau van de bevoegde 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).

4.2 Aanvullende voorstellen betreffende de relaties onder de artsen.

10. Intervisie is aanbevelenswaardig, maar is enkel verwezenlijkbaar in de praktijk voor artsen die een voldoende aantal patiënten hebben onder substitutie behandeling. Voor diegene die slechts enkele gevallen volgen is de "work-load" van intervisie niet realistisch.
11. Artsen die niet werken in een pluridisciplinair zorgcircuit en Methadone voorschrijven kunnen toch nog voordeel halen voor zichzelf en hun patiënt door met ervaren collega's te overleggen. Het voorstellen van een geval, van de specifieke problemen en het overleg met andere artsen, maken deel uit van het goede verloop van het therapeutisch proces waarin de arts zich engageert wanneer hij toxicomanen behandelt.
12. De ontwikkeling van bestaande zorgcircuits van artsen en het promoten van nieuwe netwerken over alle regio's van het land moeten toelaten om de kwaliteit van de zorgen te verbeteren. Door opgaves van kwaliteitskuren te verminderen en een individuele therapeutische aanpak aan te moedigen, verdient het pluridisciplinaire werken de aandacht en de materiële steun van openbare instanties.
13. Een lokaal overleg 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 bepleiter van de Openbare Volksgezondheid, van de behandeling van toxicomanen moet ondersteund worden door alle betreffende instanties. Hij is inderdaad een essentiële schakel in het huidige therapeutische proces door zijn regelmatig en geprivilegieerd contact die hij heeft met de toxicomane patiënt.

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.

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

16. De ontwikkeling van pluridisciplinaire centra moet ondersteund worden en mag niet in het gedrang komen door de uitbreiding van de werking van privé-praktijken. Het behoud van de gediversifieerde 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 als daarbuiten, zullen een verbetering van de behandeling van de toxicomanie in het algemeen, en van de substitutiebehandeling, in het bijzonder, waarborgen.

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

19. De permanente vorming van de artsen moet ondersteund worden door ad hoc programma's (bv. interuniversitaire of wetenschappelijke huisartsenverenigingen), zonder de verbeterde informatie op het vlak van de volksgezondheid te vergeten. Er bestaat een inventaris over de huidige mogelijkheden die door coördinatieorganen worden verspreid (bv. Alto). Wijzigingen van procedures bij afgifte in de apotheek, terugbetaling, verpakkingstypes en alle toepassingsmodaliteiten van Methadone of Buprenofine bij de apotheker moeten, door de bevoegde instanties, regelmatig worden gemeld.

4.3 Aanvullende voorstellen betreffende de registratiesystemen

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

- De anonimiteit van de patiënt moet geëerbiedigd worden door gebruik te maken van een technische oplossing (b.v. het mathematisch omzetten van de naam en de geboortedatum in een unieke code voor elke patiënt waardoor het onmogelijk is de naam uit deze code te kunnen afleiden).
- De huidige systemen die voor de Algemene Farmaceutische Inspectie en Provinciale Geneeskundige Commissie in gebruik zijn genomen moeten verbeterd worden, namelijk op het niveau van de inzameling van gegevens en hun codering.
- De coördinatie van de systemen tussen de provincies onderling moet gebeuren door middel van een gestandaardiseerd federaal systeem.
- Het is onontbeerlijk dat de apotheker betrokken wordt in een informaticasysteem dat de permanente codering van gegevens mogelijk maakt.

Het is bekend dat de evolutie van de therapeutische praktijken op het gebied van de toxicomanieën en de substitutiebehandeling gebrekkig zijn in België. De autoriteiten zouden evaluatieve onderzoeken moeten ondersteunen.

5. LIJST VAN DE DEELNEMERS VAN DE « FOLLOW-UP VAN DE CONSENSUS CONFERENTIE » (OFFICIELE LEDEN OF GENODIGDEN)

ANSOMS S.
BABELIOWSKY Mme
BAETENS Ch.
BAILLEUX B..
BECKERS R.
BERTRAND J.A.
BERTRAND H.
BILS I.
BLEIS J.
BOGAERT M.
BROHEE J.P.
BROECKHOVEN K.
BROECKX, D.
CLAEYS, Fr.
CORNELY M.H.
DAL E.
DECOURRIERE M.
DELAMINE C.
DELMEIRE F.
DELOS M.
DEMEYERE M.
DENIS B.
DERUYVER B.
DESMECHT R.
DE THIBAUT DE
BOESINGHE I.
DEVER L.
DEVLEESCHOUWER G.
DEWILDE L.
DEWINTER, Ch.
DIRICK P.

DORMAL Ch.
DUPONT, N.
FAGNART J.R.
FIGIEL Ch.
FINNE Cl.
GILLARD C.
GILLES D.
GOOVAERTS J.
GOYVAERTS G.
HACHE R.
HERS D.
HOFFMAN A.
JACQUES J.P.
JAMOULLE M.
JACOBS I.
KENIS P.
LAFONTAINE J.B.
LE BON O.
LEDOUX Y.
LEDURE G.
LEONARD M.
LEQUEUX Ph.
LUYCKX M.
MACHIEL K.
MARCHAL N.
MARCHANDISE Th.
MARINELLO M.
MERCKX F.
MEUNIER J.
NICAISE P.
NIMMEGEERS H.

NOIRFALISE A.
PAPAGIORGIU C.
PELC I.
PHILLIPPART F.
PICARD E.
PONSAER P.
RAEDEMAEKER A.Fr.
REISINGER M.
RENARD I.
RENARD J.
ROUSSAUX J.P.
SCHEIRE p.
SEGRS J.M.
SURIN L.
TODTS S.
TORBEY H.
VAN ACKER J.
VAN REUSEGHEM 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.
VRIJDERS A.M.
WILLEMS J.L.

6. BELGISCHE FEDERATIES DIE IN HET DOMEIN VAN DE TOXICOMANIE WERKEN.

Voor verdere informatie over de gespecialiseerde instellingen voor de aanpak van druggebruikers, worden hier de gegevens van de vier lokale verenigingen gegeven.

Voor de Franstalige gemeenschap, de C.C.A.D.

Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues
Rue de la Concorde, 56
1050 Bruxelles
Tél. 02/512.07.92
Fax 02/512.97.37
Email Luc.Bils@skynet.be

Voor de Vlaamse gemeenschap, de V.A.D.

Vereniging voor Alcohol- en andere Drug-problemen
E. Tollenaerstraat 15
1020 Brussel
Tél 02/423.03.33
Fax 02/423.03.34
Email onderzoek@vad.be

Voor de Duitstalige gemeenschap, de A.S.L.

Arbeits Gemeinschaft für Suchtvorbeugung und

Lebensbewaltigung
Hostert, 21
4700 Eupen
Tél 087/74.04.72
Fax 087/74.04.72
Email ASL@skynet.be

Voor de Brusselse regio, de C.T.B./O.D.B.

Concertation Toxicomanie Bruxelles
Rue du Champ de Mars 25/6
1050 Bruxelles
Tél 02/289.09.60
Fax 02/512.38.18
Email Mark.vandeverken@arcadis.be

