



**Evidence-based werken in de verslavingszorg:  
een stand van zaken**

**SAMENVATTING**

*De studie kadert binnen het "Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs", in opdracht van en gefinancierd door de POD Wetenschapsbeleid.*

Mieke Autrique  
Wouter Vanderplasschen

Thierry H. Pham  
Eric Broekaert

Bernard Sabbe

**Contactinformatie van de coördinator en de promotoren:**

Coördinator:

Prof. Dr. Bernard Sabbe  
Universiteit Antwerpen  
Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)  
Campus Drie Eiken  
Universiteitsplein 1  
2610 Wilrijk  
Tel: 03/820 24 15  
Fax: 03/820 24 14  
[Bernard.Sabbe@ua.ac.be](mailto:Bernard.Sabbe@ua.ac.be)

Promotoren:

Prof. Dr. Eric Broekaert  
Universiteit Gent  
Vakgroep Orthopedagogiek  
H. Dunantlaan 2  
9000 Gent  
Tel. 09/264 64 65  
Fax 09/264 64 91  
[Eric.Broekaert@UGent.be](mailto:Eric.Broekaert@UGent.be)

Prof. Dr. Thierry Pham  
Centre de Recherche en Défense Sociale  
rue Despars 94  
7500 Doornik  
Tel. 069/ 64 65 70  
Fax 069/ 44 31 68  
[Thierry.Pham@crds.be](mailto:Thierry.Pham@crds.be)



# 1. Situering en probleemstelling

De laatste jaren klinkt de roep om de toepassing van evidence-based methoden en interventies dan ook steeds luider door in de internationale literatuur (Amodeo, Ellis & Samet, 2006; McGovern, Fox, Xie & Drake, 2004; Miller, Sorensen, Selzer & Brigham, 2006). Ook in ons land gaan dergelijke stemmen op (Pieters, 1999; Broekaert, Vandevelde, Vanderplasschen, Soyez & Poppe, 2002; Henneman, Geirnaert, & Stevens, 2004). ‘Evidence-based practice’ is een term die is afgeleid van het meer wijd verspreide ‘evidence-based medicine’, een stroming binnen de geneeskunde die op gang is gekomen onder impuls van een brede coalitie van artsen, onderzoekers, professoren en beleidsmakers om de toepassing van resultaten of bewijzen uit experimenteel wetenschappelijk onderzoek in de klinische praktijk te versnellen en te verbeteren (Haynes et al., 1996). EBM wordt door Sackett et al. (1996) gedefinieerd als het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen met betrekking tot de zorg voor individuele patiënten. De praktijk van ‘evidence-based medicine’ impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat momenteel vanuit systematisch wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is (Van Driel et al., 2003).

‘Evidence-based medicine’ is gebaseerd op een belangrijk ethisch principe (Schotsmans, 1998): men wil namelijk de patiënt de best geëvalueerde diagnostische en therapeutische interventies en technieken ter beschikking stellen. Daarnaast wordt deze beweging gedragen door een sociaal engagement om de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk te gebruiken, zodat de gezondheidszorg toegankelijk blijft voor zoveel mogelijk mensen (Lemiengre, 1998; Van Driel et al., 2003).

Aan de toepassing van ‘evidence-based medicine’ zijn volgens Sackett et al. (1996) verscheidene voordelen verbonden (Degryse, 1998). Zo biedt EBM de mogelijkheid om op een efficiëntere manier geneeskunde uit te oefenen, geeft zij een meer rationele basis voor het nemen van beleidsbeslissingen en biedt zij de mogelijkheid om een gemeenschappelijk begrippenkader te ontwikkelen voor de evaluatie van wetenschappelijk onderzoek. Verder vormt EBM een nieuwe basis voor opleiding en navorming, biedt zij de mogelijkheid om continuïteit en meer eenvormigheid in de zorg te realiseren en zorgt zij voor meer duidelijkheid over bestaande lacunes in de bestaande wetenschappelijke kennis (Van Driel et al., 2003).

Er zijn echter ook een aantal nadelen verbonden aan de toepassing van ‘evidence-based medicine’, en bij uitbreiding ook aan de toepassing van ‘evidence-based practice’. Zo vraagt dit een minimum aan tijd en infrastructuur, vergt zij ‘computervaardigheden’, vaardigheden op het vlak van ‘kritisch lezen’ en statistische kennis en wordt ze soms als bedreigend gezien, omdat diep gewortelde gewoonten in vraag worden gesteld en er niet altijd evidentie uit wetenschappelijk onderzoek voorhanden is (Van Driel et al., 2003). Verder wordt er soms gesteld dat met ‘evidence-based medicine/practice’ de taal van de moraliteit opzij wordt geschoven voor de taal van de economie: het praten over zorg, waardigheid en goedheid zou verdrongen worden door het praten over voordelen, effecten en kosten besparen (Vetlesen & Henriksen, 2003). Aangezien de markt blijkbaar de oplossing heeft voor alle problemen in de samenleving, heeft de markt ook de macht om te beslissen wat de moeite waard is om te ontwikkelen en wat moet stopgezet worden.

De groeiende interesse voor ‘evidence-based practice’ kan ook geïnterpreteerd worden als een verlangen en bereidheid om de kloof tussen onderzoek en praktijk in de verslavingszorg te overbruggen (Trinder, 2000; Gambrill, 2003). Steeds meer wordt erkend dat extra inspanningen nodig zijn om de kloof tussen praktijkmensen, onderzoekers en beleidsmakers te overbruggen, teneinde de implementatie van evidence-based interventies te bespoedigen (Lamb et al., 1998), in het bijzonder in de verslavingszorg en andere specialisaties binnen de gezondheidszorg (McLellan, 2002; Simpson, 2002; Moore et al., 2004; Peters et al., 2005). Nooit eerder werden er zo veel inspanningen gedaan om te registreren, te systematiseren en te kijken naar wat eigenlijk aan het gebeuren is in de verslavingszorg. Er is nood aan dergelijke documentatie, die waardevolle aanwijzingen kan opleveren voor het plannen van een kwalitatief betere en effectievere verslavingszorg (Ravndal, 2005). De uitdaging bestaat erin te kiezen voor interventies die gestaafd zijn door evidentie – voor zover hierover evidentie bestaat – en die aangepast zijn aan de specifieke waarden, normen en de situatie binnen onze samenleving (Hannes, 2006).

De diversiteit met betrekking tot de toepassing van bestaande methoden en interventies in de verslavingszorg en de onduidelijkheid over het effect ervan, nopen tot eenduidige evidence-based richtlijnen en protocollen in functie van een adequate implementatie en uitvoering. Gebrekkige getrouwheid aan het originele model bij implementatie van een bepaalde interventie maakt het niet alleen moeilijk dergelijke interventie te evalueren, maar leidt tevens meestal tot minder gunstige uitkomsten (Perl & Jacobs, 1992). In het buitenland zijn dergelijke

richtlijnen reeds beschikbaar met betrekking tot verschillende interventies, maar in België beschikken we amper over evidence-based richtlijnen voor de behandeling van personen met middelengerelateerde stoornissen.

## 2. Onderzoeksvragen en methodologie

De opzet van dit onderzoeksproject is om na te gaan welke interventies in de verslavingszorg evidence-based zijn, welke evidence-based richtlijnen en protocollen er bestaan voor de verslavingszorg, in welke mate deze bekend zijn en toegepast worden op de werkvloer en hoe men tegenover dergelijke richtlijnen staat. De uiteindelijke bedoeling van dit onderzoek is om bij te dragen aan de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen die toepasbaar zijn voor de verslavingszorg in België.

Op basis van de hierboven geschetste probleemstelling en doelstellingen, werden verschillende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Welke interventies in de verslavingszorg zijn evidence-based en welke interventies zijn dit (nog) niet? Over welke interventies is reeds veel onderzoek verricht en over welke interventies (nog) niet? Voor welke doelgroep en doelstellingen zijn evidence-based interventies effectief?
- Welke evidence-based richtlijnen zijn voorhanden voor de verslavingszorg en wat is de kwaliteit van deze evidence-based richtlijnen?
- Welke kennis is voorhanden over 'evidence-based practice' en evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg in België?
- Hoe staat het met de toepassing van evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg in ons land?
- Hoe staat men in de verslavingszorg tegenover evidence-based practice en evidence-based richtlijnen?
- Welke bestaande evidence-based richtlijn(en) kunnen aanbevolen worden voor de verslavingszorg in België?
- Welke aanbevelingen kunnen gemaakt worden voor de implementatie van deze richtlijn(en)?

Om voorgaande onderzoeksvragen te beantwoorden en de doelstellingen te realiseren, werd eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. Aan de hand van artikels over de effectiviteit van bepaalde interventies in de verslavingszorg werd een overzicht opgesteld van de mate van wetenschappelijk bewijs dat voorhanden is per middel en per interventie. Dit werd gedaan aan de hand van de CBO-criteria (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (CBO), 2005). Er werd tevens een overzicht gemaakt van bestaande evidence-based behandelingsprotocollen en richtlijnen per middel.

Vervolgens gebeurde er een **eerste navraag in de verslavingszorg** in België. Er werd een representatieve steekproef getrokken van 60 voorzieningen, met name psychiatrische ziekenhuizen; crisisinterventiecentra, Eenheden voor Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI) en Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ); residentiële centra met RIZIV-conventie; ambulante centra met en zonder RIZIV-conventie. Er werd voor geopteerd om de therapeutisch verantwoordelijken van deze voorzieningen te bevragen, omdat zij het beste op de hoogte zijn van wat er in de voorziening gebeurt op het vlak van behandeling en op welke gronden deze behandeling is gebaseerd. Ze werden bevraagd aan de hand van een semi-gestructureerd interview rond hun kennis, toepassing en attitudes met betrekking tot evidence-based practice en evidence-based richtlijnen.

In een derde fase werden de bestaande evidence-based richtlijnen beoordeeld aan de hand van het AGREE-instrument (AGREE-collaboration, 2001). Het AGREE-instrument is een algemeen hulpmiddel voor richtlijnmakers en -gebruikers om de methodologische kwaliteit van klinische richtlijnen te beoordelen. Op deze manier werd een overzicht bekomen van sterk aan te bevelen evidence-based richtlijnen (++), aan te bevelen evidence-based richtlijnen (+) en niet aan te bevelen evidence-based richtlijnen (-), dit met het oog op het voorstellen van evidence-based behandelingsprotocollen die toepasbaar zijn in België.

Aan de hand van deze indeling werd één van de bestaande evidence-based richtlijnen geselecteerd en over deze richtlijn werd een **tweede navraag** gedaan bij de respondenten uit de eerste bevragingronde. Op basis van het literatuuronderzoek en beide bevragingen, werden aanbevelingen en suggesties opgesteld voor de implementatie van bestaande evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg in België.

## 3. Resultaten

### 3.1. Literatuuronderzoek

#### 3.1.1. Effectiviteit van interventies

Aan de hand van (overzichts)artikels over de effectiviteit van bepaalde interventies in de verslavingszorg werd een overzicht opgesteld van de mate van wetenschappelijk bewijs die voorhanden is met betrekking tot de

behandeling van afhankelijkheid van bepaalde middelen. Dit werd gedaan aan de hand van de CBO-criteria (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (CBO), 2005).

In deze algemene conclusie wordt weergegeven welk niveau van bewijskracht er voorhanden is voor de effectiviteit van verschillende interventies. Het gaat hier enkel om niveau 1 (hoogste) en niveau 3 van bewijskracht, niveau 2 werd niet gevonden voor de interventies die aan bod kwamen in het overzicht en niveau 4 (laagste niveau van bewijskracht) is enkel van toepassing wanneer men zelf richtlijnen ontwikkelt.

Voor de effectiviteit of ineffectiviteit van verschillende interventies werd een *niveau 1 van bewijskracht* gevonden, althans wat betreft bepaalde middelen en bepaalde uitkomstmaten. Zo kan voor de behandeling van alcohol- en druggebruikers *in het algemeen* een niveau 1 van bewijskracht gevonden voor de effectiviteit van voucher gebaseerde interventies, motivationeel interviewen, Community Reinforcement Approach, terugvalpreventie en case management. Ook voor het feit dat er in het algemeen geen overtuigend en/of een inconsistent bewijs is voor zelfhulpgroepen, therapeutische gemeenschappen en cue exposure is er niveau 1 van bewijskracht.

Wat betreft de farmacotherapeutische behandeling van *alcoholproblemen* is er **niveau 1 van bewijskracht** voor de effectiviteit van benzodiazepines, carbamazepine, acamprosaat, disulfiram en naltrexone alsook voor de ineffectiviteit van SSRI's. Adrenerge  $\alpha_2$  agonisten, magnesium, antipsychotica en clomethiazole zijn niet aan te raden. Bij alle farmacotherapeutische interventies moeten ook de mogelijke gezondheidsrisico's in rekening worden gebracht.

Kortdurende interventies blijken het meest evidence-based te zijn voor de behandeling van alcoholproblemen, case management, zelfmonitoring/zelfcontroletraining en zelfhulp in het algemeen zijn redelijk evidence-based voor de behandeling van alcoholproblemen, maar AA en het Minnesota-model zijn geen evidence-based interventies. Ook stress management en terugvalpreventie zijn minder evidence-based voor de behandeling van alcoholproblemen. Over de effectiviteit van bezigheidstherapie zijn geen conclusies mogelijk. Verder blijkt in functie van de behandeling van alcoholproblemen (maar ook van andere middelengerelateerde problemen) de inhoud van de interventie belangrijker te zijn dan de setting Er is ook een niveau 1 van bewijskracht voor de effectiviteit van contingency management als aanvulling bij ambulante behandeling, gedragsmatige koppeltherapie, Community Reinforcement Approach (CRA), training van sociale vaardigheden en copingvaardigheden en motivationeel werken. Er is weinig bewijs voor de effectiviteit van psychodynamische therapie voor de behandeling van alcoholproblemen.

Voor de behandeling van *benzodiazepineafhankelijkheid* is er niveau 1 van bewijskracht voor de effectiviteit van minimale interventies en graduele afbouwschema's. Er is vooralsnog geen bewijs voor de effectiviteit van bepaalde medicatie voor de behandeling van benzodiazepineproblemen.

Er is verder niveau 1 van bewijskracht voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en van training van copingvaardigheden in combinatie met motivatieverhoging en tegoedbonnen voor de behandeling van *cannabisproblemen*.

Voor de behandeling van *cocaine*problemen is er niveau 1 van bewijskracht voor de ineffectiviteit van carbamazepine, dopamine-agonisten, antidepressiva en acupunctuur. Counselling en terugvalpreventie blijken wel effectief te zijn.

Er is ook niveau 1 van bewijskracht voor de werkzaamheid van methadon, buprenorfine,  $\alpha_2$  adrenerge agonisten en familiale interventies voor de behandeling van *opiataafhankelijkheid*. Ook voor de effectiviteit van therapeutische gemeenschappen is er bewijs, maar verder onderzoek op dit vlak is nodig.

Verder werd voor de effectiviteit of ineffectiviteit van verschillende interventies **niveau 3 van bewijskracht** gevonden, althans weer wat betreft bepaalde middelen en bepaalde uitkomstmaten. Voor de *behandeling van alcohol- en druggebruikers in het algemeen* werd niveau 3 van bewijskracht gevonden voor het feit dat er geen significant verschil is qua uitkomsten tussen dagbehandeling en residentiële behandeling, noch tussen standaard en uitgebreide ambulante behandeling. Verder werd dit niveau van bewijskracht gevonden voor de effectiviteit van kortdurende motivationele interventies, gedragsmatige partnerrelatietherapie, training van copingvaardigheden, nazorg en NA, alsook voor de ineffectiviteit van biofeedback, acupunctuur en medicatie en van bezigheidstherapie. Er bestaat geen causale relatie tussen het volgen van een 12-stappenprogramma's en uitkomstmaten op het vlak van druggebruik.

Er werd niveau 3 van bewijskracht gevonden voor de effectiviteit van citalopram en fluoxetine bij de specifieke behandeling van *alcoholproblemen* en voor de ineffectiviteit van acupunctuur. Carbamazepine blijkt effectief te zijn in de behandeling van *benzodiazepineafhankelijkheid*.

Wat betreft de behandeling van *cannabisafhankelijkheid* is er niveau 3 van bewijskracht voor de effectiviteit van kortdurende interventies, psychodynamische behandeling, motivationeel interviewen en terugvalpreventie. Er is ook niveau 3 van bewijskracht voor de effectiviteit van disulfiram, dagbehandeling, ambulante behandeling, groepstherapie, de Community Reinforcement Approach en training van copingvaardigheden voor de behandeling van *cocaïneproblemen*. Dexamfetamine blijkt niet effectief te zijn voor de behandeling van cocaïneproblemen en ook gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie zijn (nog) niet overtuigend effectief gebleken. Het 12 stappen-model is over het algemeen ook niet effectief voor de behandeling van cocaïneproblemen, maar wel als men er actief aan deelneemt en men tegelijk individuele counselling volgt. Wat betreft de behandeling van *opiaatafhankelijkheid* bestaat er niveau 3 van bewijskracht voor de effectiviteit van spuitenruilprogramma's, counselling in combinatie met methadon, cue exposure, heroïneverstrekking, Community Reinforcement Approach en ambulante nazorg. Psychoeducatie in combinatie met naltrexone blijkt niet effectief te zijn en over de effectiviteit van gebruikersruimten voor zijn er (nog) geen uitspraken mogelijk.

### 3.1.2. Evidence-based richtlijnen

In het tweede deel van de literatuurstudie wordt er een overzicht gegeven van bestaande evidence-based richtlijnen voor de behandeling van alcohol, benzodiazepines, cannabis, cocaïne en opiaatmisbruik. Deze richtlijnen werden beoordeeld aan de hand van het AGREE-instrument (<http://www.agreecollaboration.org/instrument/>). Dit instrument liet toe een inschatting te maken van de bruikbaarheid van en in welke mate bestaande richtlijnen aan te bevelen: sterk aan te bevelen (++), aan te bevelen (+) of niet aan te bevelen (-).

In het overzicht kunnen richtlijnen worden teruggevonden voor de behandeling van alcohol-, cannabis-, cocaïne-, opiaat- en benzodiazepineafhankelijkheid, en ook enkele algemene richtlijnen voor de behandeling van alcohol- en drugproblemen. Sterk aan te bevelen richtlijnen zijn in het overzicht terug te vinden voor de behandeling van alcohol-, cannabis- en cocaïneproblemen, voor methadon- en buprenorphinebehandeling bij opiaatafhankelijken en voor de behandeling van opiaatverslaving in het algemeen. Er werden ook enkele aan te bevelen algemene richtlijnen teruggevonden. Voor de behandeling van cocaïneproblemen konden er geen sterk aan te bevelen richtlijnen teruggevonden worden, maar er bestaat wel één richtlijn die aan te bevelen is. Voor de behandeling van benzodiazepineproblemen werden geen richtlijnen gevonden die aan te bevelen of sterk aan te bevelen zijn. Ook voor enkele specifieke interventies voor de behandeling van drugverslaafden werden richtlijnen teruggevonden. Het betreft enkele sterk aan te bevelen richtlijnen, met name de richtlijnen over detoxificatie, case management en de farmacologische behandeling van middelenmisbruik. Een aantal van deze richtlijnen zijn aan te bevelen, zoals richtlijnen over detoxificatie, case management, intensieve ambulante behandeling, kortdurende interventies, kortdurende klinische crisisinterventie, familietherapie, groepstherapie en nazorg. Tot slot wordt in het overzicht ook aangegeven welke richtlijnen niet aan te bevelen zijn.

## 3.2. Navraag in de zorgsector

Uit de navraag bij een representatieve steekproef van 60 voorzieningen in de Belgische verslavingszorg met betrekking tot de kennis, toepassing en attitudes over evidence-based practice en evidence-based richtlijnen, kwamen verschillende zaken naar voor.

Nagenoeg alle respondenten stellen dat ze proberen bij te blijven met nieuwe ontwikkelingen in het werkveld. Dit wordt het vaakst gedaan via opleidingen en studiedagen, via collega's en via het internet. Het merendeel van de respondenten zoekt wetenschappelijke literatuur op (49/60). Dit gebeurt vooral in tijdschriften, via het internet en via koepelorganisaties of overlegorganen, en voornamelijk naar aanleiding van specifieke problemen of vragen die zich in de klinische praktijk voordoen of naar aanleiding van een congres of studiedag.

De meest toegepaste interventies zijn individuele counselling, familiegeoriënteerde interventies, farmacotherapeutische interventies, psycho-educatie en kortdurende interventies. Vlaamse voorzieningen gebruiken vaker graduele afbouwschema's, gedragsmatige en cognitieve interventies, training in copingvaardigheden, psycho-educatie en nazorg dan Waalse voorzieningen. Waalse voorzieningen maken meer gebruik van psychodynamische interventies dan Vlaamse. De respondenten zijn het meest overtuigd van het wetenschappelijk bewijs voor farmacotherapeutische interventies, gedragsmatige en cognitieve interventies, graduele afbouwschema's, nazorg, terugvalpreventie, harm reduction en training van copingvaardigheden.

In 40 van de 60 voorzieningen zijn richtlijnen en/of protocollen aanwezig voor de gehanteerde werkvormen en methodieken. In Vlaanderen worden meer richtlijnen en protocollen gebruikt dan in Wallonië. In Vlaanderen betreft het meestal zelf ontwikkelde richtlijnen en protocollen. *Het gaat hier strikt gezien dus niet om evidence-based richtlijnen*. In al deze 40 voorzieningen hebben de respondenten vertrouwen in de gehanteerde richtlijnen,

dit voornamelijk omdat ze hebben deelgenomen aan de ontwikkeling ervan, omdat de toepassing van de richtlijnen succesvol lijkt te zijn, omdat ze gebaseerd zijn op wetenschappelijke bevindingen en omdat ze aangepast worden op basis van de dagelijkse praktijk. Volgens de respondenten zijn de richtlijnen voornamelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur (38/39), klinische ervaring (35/39) en onderling overleg (36/39). Meestal is er sprake van een hoog niveau van implementatie (25/36). In 31 van de 39 voorzieningen waar richtlijnen of protocollen gebruikt worden, wordt de implementatie ervan bewaakt en gecoacht en in 33 van de 40 voorzieningen waar ze toegepast worden, zijn ze voor iedereen beschikbaar. In 25 voorzieningen worden ze door iedereen toegepast. Meestal is het de coördinator of de verantwoordelijke die garant staat voor de toepassing ervan.

De meeste respondenten staan positief tegenover de huidige tendens naar meer evidence-based practice (40/60), dit onder andere omdat de kwaliteit van de behandeling zo gewaarborgd wordt, omdat er op deze manier objectieve informatie beschikbaar is over de behandeling en omdat er op deze manier een referentiekader wordt aangeboden. Zes respondenten hebben een uitgesproken negatieve attitude tegenover richtlijnen, maar ook de andere respondenten formuleren bedenkingen bij evidence-based richtlijnen. Ze stellen onder andere dat er door het gebruik van richtlijnen en protocollen geen rekening gehouden wordt met de individuele patiënt. Anderen hebben hun twijfels over de waarde van verslavingsonderzoek of vinden het belangrijk dat de therapeutische vrijheid blijft bestaan.

De attitude van het beleidsniveau tegenover de huidige tendens naar meer evidence-based practice is overwegend positief (39/59). In Vlaanderen staat het beleidsniveau er positiever tegenover dan in Wallonië. De vaakst genoemde redenen voor een positieve attitude van het beleidsniveau is de kwaliteitswaarborg die de richtlijnen met zich meebrengen en het referentiekader dat ze bieden. Zevenendertig voorzieningen geven aan dat er geen verschil is in houding tussen de verschillende disciplines, 21 stellen van wel. Sommige respondenten menen dat de verschillen eerder persoonlijk zijn, andere respondenten gaan ervan uit dat de verschillen te maken hebben met de functie van de betrokkenen.

De meeste respondenten gaan er (volledig) mee akkoord dat richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek zorgen voor een verbetering van de zorgkwaliteit, een leermiddel zijn om iets bij te leren over behandelvormen, een nuttige bron van advies vormen, geïmplementeerd kunnen worden in bestaande programma's en gebruikt kunnen worden om de kwaliteitszorg te verbeteren. De meerderheid van de respondenten (53/59) vindt wetenschappelijke onderzoeksbevindingen tot op zekere hoogte bruikbaar in de dagelijkse praktijk. Ze vinden ze bruikbaar omdat ze nieuwe perspectieven openen en een referentiekader bieden. De beperkingen die worden aangehaald bij wetenschappelijke literatuur zijn het verschil tussen de onderzoekscontext en de praktijkcontext en het belang van individuele verschillen en het primaat van de patiënt. De meerderheid van de respondenten vindt richtlijnen die gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek tot op zekere hoogte (40/60) tot zeer bruikbaar (16/60). Er zijn meer Waalse dan Vlaamse respondenten die aangeven dat richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek niet bruikbaar zijn. De redenen die voornamelijk aangegeven worden voor de bruikbaarheid van richtlijnen is dat ze een referentiekader en een kwaliteitswaarborg bieden. Richtlijnen zijn volgens andere respondenten niet bruikbaar, omdat individuele verschillen vergeten worden, omdat de praktijkcontext verschilt van de onderzoekscontext en omdat de therapeutische vrijheid verloren gaat. De meeste respondenten vinden klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek even belangrijk bij het vormgeven van de dagelijkse praktijk (34/60). Tweëntwintig respondenten vinden klinische ervaring zelf belangrijker dan wetenschappelijk onderzoek. De reden die het vaakst hiervoor wordt aangehaald is het belang van de patiënt en de noodzaak oog te hebben voor individuele verschillen. Enkele respondenten sturen aan op de 'vertaling' van richtlijnen teneinde ze te kunnen toepassen. Vier respondenten vinden wetenschappelijk onderzoek belangrijker dan klinische ervaring.

Het merendeel van de respondenten gaat akkoord met de stelling dat het hun professionele verantwoordelijkheid is om behandelingsmethoden te gebruiken die bewezen zijn op basis van wetenschappelijk onderzoek (39/58). Vierentwintig respondenten gaan niet akkoord met de stelling dat hun programmafilosofie belangrijker is dan evidence-based richtlijnen. Bij de implementatie van nieuwe richtlijnen zijn de respondenten meer geneigd deze over te nemen, indien ze hen intuïtief aanspreken, indien ze hen zinnig lijken, indien ze reeds gebruikt werden door collega's die er positief over zijn en indien ze het gevoel hebben dat ze genoeg training hebben gehad om ze correct te kunnen toepassen. Ze zijn niet geneigd deze toe te passen, als ze van bovenaf verplicht worden. Wat betreft barrières bij de toepassing van evidence-based richtlijnen en protocollen, wordt gebrek aan tijd als een belangrijke barrière gezien. Ook het gebrek aan administratieve ondersteuning, het ontbreken van een adequaat managementsysteem en het gebrek aan coaching/begeleiding worden door de meeste respondenten aangeduid. Strategieën die bruikbaar zijn voor implementatie zijn volgens de respondenten vooral training van praktijkmedewerkers, gemakkelijke toegang tot de richtlijnen en officiële handleidingen.

### **3.3. Voorstellen van evidence-based behandelingsprotocollen die toepasbaar zijn in België**

De 60 respondenten uit de eerste bevestigingsronde werden uitgenodigd om ook te participeren aan de tweede bevestiging met betrekking tot de geselecteerde APA-richtlijn (2006). Vierendertig respondenten namen opnieuw deel. Er werden hen enkele vragen gesteld over de inhoud en toepassing van de richtlijnen. In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten uit de kwantitatieve en kwalitatieve analyse.

Uit de kwalitatieve analyse blijkt dat betreffende de inhoud van de richtlijnen er een aantal respondenten zijn die vinden dat er bepaalde informatie ontbreekt of dat de informatie in de richtlijnen onvoldoende is uitgewerkt. Ook stellen enkele respondenten zich meer algemeen vragen bij de bruikbaarheid van het onderzoek in de verslavingszorg.

Op één respondent na stelden alle respondenten bereid te zijn de richtlijn toe te passen. Hun redenen daarvoor zijn onder andere het feit dat de APA-richtlijnen (2006) aansluiten bij de praktijk en dat ze algemeen genoeg zijn en zodoende ruimte laten voor creativiteit. Ook het evidence-based karakter van de richtlijnen wordt als reden gegeven om de richtlijnen toe te passen in de praktijk.

Heel wat respondenten die bereid zijn de richtlijn toe te passen, formuleren echter een aantal mogelijke barrières bij de implementatie ervan. Zo vormt het tekort aan financiële middelen volgens hen een barrière om de richtlijnen naar behoren toe te passen. Andere barrières zijn beperkingen eigen aan de setting en het ontbreken van kennis over behandelingen of voorzieningen in de regio. Sommige respondenten merken ook op dat de richtlijnen niet steeds in hun volledigheid kunnen toegepast worden in de realiteit. Om de richtlijnen te kunnen toepassen in de praktijk is er volgens enkele respondenten nood aan scholing en uitbreiding van het personeel. Andere respondenten zijn van mening dat de verspreiding van de richtlijnen geleidelijk en breed dient te gebeuren.

Uit de kwalitatieve analyse blijkt verder dat sommige respondenten de taal- en woordkeuze in de richtlijnen belangrijk achten voor de implementatie ervan. Ook stellen enkele respondenten een concretere uitwerking voor van de voorgestelde effectieve therapieën, alsook het staven van de therapeutische modellen met gevalstudies.

De kwantitatieve analyse geeft ook een antwoord op twee stellingen omtrent de richtlijnen. Het merendeel van de respondenten (28/34) zegt het eens te zijn met de uitspraak dat de aanbevelingen ondubbelzinnig en specifiek zijn. Ook op de vraag of de kernaanbevelingen gemakkelijk te herkennen zijn, antwoorden de meeste respondenten (28/34) bevestigend. Tot slot vinden de meeste respondenten (26/34) dat de volledige richtlijn naar de eigen taal vertaald moet worden.

## **4. Aanbevelingen voor implementatie**

Voor de aanbevelingen voor implementatie van evidence-based richtlijnen (EBR) in de verslavingszorg werd gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Vooreerst werd hiervoor geput uit de navraag in de zorgsector. Verder speelde de AGREE-beoordeling van bestaande richtlijnen een rol en werd literatuur over implementatie van richtlijnen bekeken (Edmundson & McCarty, 2005; Greenhalgh et al., 2004; Grimshaw et al., 2004; Van Driel et al., 2003).

In wat volgt, kunnen aanbevelingen worden teruggevonden voor het motiveren en betrekken van praktijkmensen bij de implementatie van richtlijnen. Tevens formuleren we aanbevelingen met betrekking tot de aanpassing en verspreiding van richtlijnen, advisering en ondersteuning bij de implementatie van richtlijnen en de rol van het beleid hierbij. Tot slot worden nog enkele specifieke aanbevelingen gegeven op het niveau van de richtlijnen zelf.

### **4.1. Motiveren en betrekken van het werkveld**

De meeste respondenten staan positief tegenover de huidige tendens naar meer evidence-based practice en vinden wetenschappelijke onderzoeksbevindingen en EBR tot op zekere hoogte bruikbaar. Dit is een belangrijke vaststelling, aangezien praktijkmensen niet alleen moeten kennismaken met de resultaten, maar ze ook moeten aanvaarden en vooral integreren in de dagelijkse omgang met patiënten (Van Driel et al., 2003). Het is ook van belang omdat een deel van de respondenten het gebrek aan overtuiging van het nut van EBR als een mogelijke barrière ziet voor de implementatie ervan. Er moet bijgevolg voldoende aandacht geschonken worden aan het motiveren van praktijkmensen voor EBP en EBR. Hierbij is het goed om weten dat innovaties die een duidelijk,



ondubbelzinnig voordeel hebben wat betreft effectiviteit of kosteneffectiviteit gemakkelijker aangenomen en geïmplementeerd zullen worden. Dit voordeel moet aanvaard worden door alle sleutelfiguren. Zelfs bij zogenaamde 'evidence-based' innovaties zal hier een lange periode van onderhandeling aan voorafgaan, waarbij gediscussieerd moet worden over de betekenis van dergelijke innovaties (Greenhalgh et al., 2004).

Betrokkenheid van het werkveld is sterk aangewezen bij de implementatie van EBR. Praktijkmensen moeten geraadpleegd worden en er moet voldoende overleg zijn. De therapeutisch verantwoordelijken kunnen hier een belangrijke rol in vervullen, aangezien het bij de toepassing van richtlijnen meestal de coördinator of de verantwoordelijke is die deze moet bewaken. Innovaties die uitgeteerd kunnen worden door toekomstige gebruikers zullen gemakkelijker aangenomen en geïmplementeerd worden (Greenhalgh et al., 2004).

Taakgroepen en consensusvergaderingen kunnen ook mogelijke strategieën zijn bij de implementatie van EBR. Van Driel et al. (2003) stellen echter dat consensusvergaderingen een tweesnijdend zwaard kunnen zijn: enerzijds kunnen zij mensen samenbrengen om effectief aan uniformer gedrag te werken, anderzijds kunnen zij ook mensen met een typische weerstand tegen verandering samenbrengen en zo die weerstand versterken. Met deze mogelijke weerstanden moet rekening worden gehouden.

#### **4.2. Afstemming van de richtlijnen**

We kunnen enkele weerstanden afleiden uit de bemerkingen van de respondenten bij de tendens naar meer EBP, alsook bij de bruikbaarheid van wetenschappelijke onderzoeksbevindingen en EBR in de dagelijkse praktijk.

De bevroegde respondenten in de verslavingszorg vreesden dat door het gebruik van evidence-based richtlijnen en protocollen geen of onvoldoende rekening gehouden wordt met de individuele patiënt en geven dit ook aan als reden voor de beperkte bruikbaarheid van dergelijke richtlijnen en van wetenschappelijk onderzoek in het algemeen. Het belang van het individu wordt als reden opgegeven om klinische ervaring hoger in te schatten dan wetenschappelijk onderzoek. Rekening houden met de individuele patiënt en EBR hoeven elkaar echter niet uit te sluiten. O'Connor (2005) stelt dat er bij de implementatie van EBR systematisch rekening moet worden gehouden met individuele kenmerken van de patiënt. Hij stelt dat het hierbij ook belangrijk is dat men de voorkeuren en prioriteiten van de patiënt kent.

Ook op het niveau van de voorziening moet er ruimte blijven voor aanpassingen van EBR. Enkele respondenten geven immers aan dat het moeilijk is EBR te implementeren wegens de eigenheid van hun behandelingsmethode, -setting of -filosofie. Dit wil niet zeggen dat respondenten de programmafiosofie altijd belangrijker vinden dan EBR. Eerder lijkt er een vrees te zijn voor de uniformisering van de behandeling van verslaafden. Uit de bevraging over de APA-richtlijn (2006) blijkt dat de voornaamste reden voor de respondenten om de richtlijn toe te passen het feit is dat deze al aansluit bij de praktijk en werking van de voorziening. Indien een mogelijke gebruiker de innovatie die men wil invoeren kan aanpassen en/of verfijnen afhankelijk van de noden binnen de voorziening, zal ze gemakkelijker aangenomen en geïmplementeerd worden (Greenhalgh et al., 2004).

#### **4.3. Verspreiding van de richtlijnen**

Wat betreft de verspreiding van de richtlijnen op individueel niveau en op het niveau van voorzieningen, is gemakkelijke toegang tot de richtlijnen nodig en meer specifiek kan toegang tot de richtlijnen via het internet een goede strategie zijn, zo blijkt uit de bevraging. Voor de implementatie kan dus best gebruik gemaakt worden van een papieren en een elektronische versie van de richtlijnen. De verspreiding zou kunnen gebeuren via een officiële handleiding, via korte samenvattingen en/of een overzichtsartikel in een peer-reviewed tijdschrift, wat de meeste respondenten tot op zekere hoogte tot zeer bruikbaar achten.

Verder kan ook een beslissingsboom gebruikt worden bij de verspreiding van de richtlijnen. Dit wordt ook door de meeste respondenten als bruikbaar beschouwd. Als bijlage bij de richtlijnen van de APA (2006) is er een "Quick reference guide" toegevoegd. Hierin wordt op een overzichtelijke manier een samenvatting gegeven van de belangrijkste aanbevelingen uit de oorspronkelijke richtlijn<sup>1</sup>. Op basis van ons onderzoek lijkt dit instrument erg bruikbaar in de praktijk. Indien het vertaald wordt, zou het gebruikt kunnen worden ter verspreiding van deze richtlijnen. De verspreiding kan gebeuren via de post, via e-mail en/of via bestaande netwerken. De richtlijnen zouden ook verspreid kunnen worden via een centrale dienst. Een goede communicatie over de richtlijnen is belangrijk.

---

<sup>1</sup> We raden alle geïnteresseerde lezers aan deze "Quick Reference Guide" (APA 2006) door te nemen, die terug te vinden is op volgende website: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/quick\\_ref\\_guide/SUD\\_ORG.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/SUD_ORG.pdf).

Training van praktijkmedewerkers is sterk aan te bevelen voor de implementatie van EBR. De meeste respondenten geven aan dat ze eerder geneigd zouden zijn richtlijnen toe te passen, wanneer ze het gevoel hebben dat hiervoor voldoende training te hebben gekregen. Een gebrek aan kennis wordt ook als barrière vermeld bij de implementatie van de APA-richtlijn (2006). Voor training, opleiding en advies zouden experts en externen ingeschakeld kunnen worden. Ook studiedagen worden als mogelijke strategie vermeld. Vermits men op deze manier verschillende voorzieningen tegelijkertijd bereikt, zijn studiedagen sterk aan te bevelen. Nieuwe bevindingen garanderen echter geen veranderingen in behandelingsmethoden (Anderberg & Dahlberg, 2005). Een passieve educatieve benadering is een niet-effectieve implementatiestrategie en veroorzaakt hoogstens een bewustwordingsproces. Tot deze categorie behoren het louter verspreiden van gedrukte richtlijnen en het publiceren van onderzoeksresultaten. Ook lezingen en congressen, de meest klassieke manier van bijscholing, blijken niet erg krachtig om het gedrag van mensen te veranderen. Interactieve vormen van bijscholing hebben duidelijk gedragsverandering aangetoond, in tegenstelling tot een lezing die vaak beperkt blijft tot een unilaterale informatieoverdracht (Van Driel et al., 2003). Daarom moeten tijdens studiedagen ook workshops worden georganiseerd. Bovendien worden innovaties waarvan de voordelen duidelijk zichtbaar zijn voor de beoogde gebruikers, sneller aangenomen en geïmplementeerd (Greenhalgh et al., 2004).

#### **4.4. Advies en ondersteuning bij implementatie**

Het is niet aanbevolen om de toepassing van de richtlijnen te verplichten. Ze worden best als advies geformuleerd en niet als verplichting. Uit de kwantitatieve analyse blijkt immers dat 30 van 57 respondenten aangeven dat ze niet meteen geneigd zouden zijn richtlijnen toe te passen wanneer dit verplicht zou zijn. Het verplichten van de toepassing van richtlijnen wordt door hen tevens als een mogelijke barrière gezien. Daartegenover staat de bevinding van Greenhalgh et al. (2004) dat autoritatieve beslissingen (het individu wordt gezegd of hij de innovatie al dan niet moet aannemen) de kans verhogen dat innovaties worden aangenomen in vergelijking met contingente beslissingen (afhankelijk van de beslissing van een andere persoon binnen de organisatie) en collectieve beslissingen (iedereen kan zijn mening geven, maar moet uiteindelijk de beslissing van de groep volgen).

Het is ook van belang wie de richtlijn naar voor schuift of oplegt. Het is nodig dat richtlijnen ondersteund worden door gangmakers/opinieleiders. Dit wordt ook door 45 respondenten tot op zekere hoogte tot zeer bruikbaar geacht. Daarenboven blijkt uit eerder onderzoek dat het inzetten van opinieleiders vaak efficiënt is. Verder onderzoek dient te expliciteren hoe opinieleiders best geïdentificeerd en gerekruteerd worden (Van Driel et al., 2003). Volgens Greenhalgh et al. (2004) zijn er verschillende soorten opinieleiders: experts en peer-opinieleiders. Experts hebben invloed door hun autoriteit en status, peeropinieleiders hebben invloed op grond van wat ze vertegenwoordigen en hun geloofwaardigheid. Ze kunnen zowel een positieve als negatieve invloed hebben.

#### **4.5. Beleid**

De richtlijnen moeten niet alleen ondersteund worden door opinieleiders in de verslavingszorg, maar ook door het beleid van de voorziening. Beleidsondersteuning en regionale afstemming zijn belangrijk, zo blijkt ook uit de bevraging. Als de betekenis die wordt toegeschreven aan de innovatie door individuele gebruikers congruent is met de betekenis die er door het beleid aan wordt gehecht, is er meer kans dat de implementatie succesvol is (Greenhalgh et al., 2004).

Hierbij aansluitend is ook een adequaat managementsysteem van belang. In Greenhalgh et al. (2004) kan worden teruggevonden dat veel onderzoekers erkennen dat de implementatie van de meeste klinische richtlijnen een verandering van het systeem (zowel organisatorisch als individueel) vereist. Het succes van de implementatie hangt volgens hen ten eerste af van de organisatorische structuur: een organisatie met een adaptieve, flexibele structuur, die beschikt over structuren en processen die beslissingen bevorderen, zal bijdragen tot het succes van de implementatie. Verder hangt het af van leiderschap en management: leiders dienen actief betrokken te zijn en frequent geconsulteerd te worden. Vervolgens zal 'human resources management' van belang zijn voor de motivatie, capaciteit en competentie van individuele gebruikers. De betrokkenheid moet overgedragen worden op alle niveaus. Evaluatie en feedback zijn ook nodig: accurate en regelmatige informatie over de gevolgen van de innovatie en de impact van het implementatieproces verhoogt de kans op succesvolle implementatie (Greenhalgh et al., 2004). De effectiviteit van feedback voor de implementatie van EBM is reeds onderzocht, en hoewel deze klein is, zou het artsen toch beïnvloeden om volgens richtlijnen te werken. Feedback met vergelijking met 'peers' zou voor een significante doch kleine verbetering zorgen in de toepassing van EBM (Van Driel et al., 2003). Volgens Grimshaw et al. (2004) is er niet echt krachtig bewijs voorhanden voor de effectiviteit van feedback. Tot slot vermelden Greenhalgh et al. (2004) het aannemen van innovaties: als een

innovatie aangepast is aan de lokale context, zal die meer succesvol zijn. Ook de respondenten zelf vermelden dat richtlijnen moeten aansluiten bij de setting waarin ze werken en moeten aangepast worden aan de Belgische context. Bij het implementeren van richtlijnen moet de geleidelijkheid van het proces in rekening worden gebracht. Men moet er de tijd voor nemen. Het gaat niet om een rechtlijnig proces. Als een innovatie kan opgesplitst worden in meer hanteerbare delen en geleidelijk ingevoerd kan worden, zal ze gemakkelijker aangenomen en geïmplementeerd worden (Greenhalgh et al., 2004).

Weer op het niveau van de voorziening, zijn volgens de respondenten extra middelen nodig om de implementatie van richtlijnen mogelijk te maken. De respondenten geven aan dat er tijdsgebrek is en hierbij aansluitend wordt ook een gebrek aan financiële middelen en personeel genoemd. Middelen zouden kunnen geïnvesteerd worden in meer administratieve ondersteuning alsook in coaching/begeleiding bij de implementatie van EBR. Wat betreft het tijdsgebrek is het ook nodig informatie en ondersteuning te voorzien in een formaat dat flexibel is en geïntegreerd kan worden in het werkschema van het personeel (Willenbring et al., 2004). Of er effectief meer middelen nodig zijn om EBR te kunnen implementeren, kan niet worden afgeleid uit wetenschappelijk onderzoek. Er zijn weinig onderzoeken die het economische aspect bestuderen. De onderzoeken die er zijn, staan methodologisch niet sterk (Grimshaw et al., 2004).

Uit het beschikbaar onderzoek blijkt dat de tijd die nodig is voor veel implementatieactiviteiten vaak niet wordt geëxpliciteerd. Zulke activiteiten worden vaak buiten de werkuren ondernomen. Verdere schattingen van de kostprijs van verschillende methoden voor verspreiding en implementatie zijn nodig, voordat de veralgemeenbaarheid van de in eerder onderzoek gerapporteerde kosten bepaald kan worden (Grimshaw et al., 2004).

## 5. Discussie en conclusie

Het onderzoeksproject ‘Kennis en toepassing van evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg’ moet gezien worden als een exploratief onderzoek waarbij een eerste aanzet gegeven wordt tot de ontwikkeling van richtlijnen die toepasbaar zijn in de Belgische verslavingszorg.

Bij de evolutie naar meer ‘evidence-based’ werken in de verslavingszorg, kunnen verschillende bedenkingen geformuleerd worden. Zo kunnen vraagtekens geplaatst worden bij de bruikbaarheid van wetenschappelijk onderzoek in de verslavingszorg. Enkele van de meest bekende onderzoekers in de verslavingszorg hebben radicaal verschillende standpunten over de consistentie van bestaande review-studies in de verslavingszorg. Terwijl Miller & Willborne (2002) overtuigd worden door wat ze als aanzienlijke convergentie identificeren tussen verschillende reviews, neemt Finney (2000) juist de tegenovergestelde positie in (in Bergmark, 2005). Ook enkele respondenten uit de bevraging hebben hun twijfels over de meerwaarde van onderzoek in de verslavingszorg. Van Driel et al. (2003) vermelden dat men vaak tot de conclusie komt dat er voor een deel van de vragen of onduidelijkheden waarmee men worstelt, geen of conflicterend bewijs aanwezig is. Vanuit de praktijk stelt men ook vaak de vraag naar de representativiteit van de populaties die in RCTs onderzocht worden.

Andere auteurs, hierin ondersteund door internationale ontwikkelingen zoals de oprichting van de Cochrane en Campbell Collaboration, stellen echter dat systematische reviews een meer efficiënt gebruik garanderen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten door beleidsmakers, praktijkwerkers (en mogelijk op termijn ook patiënten en cliënten). Ze stimuleren het evidence-based denken en handelen. Systematische reviews kunnen de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en de dagelijkse praktijk verkleinen (Hannes, 2006). Daarenboven blijkt de RCT-literatuur representatiever te zijn voor de patiëntenpopulatie die behandeling zoekt dan vaak verondersteld wordt (Stirman et al., 2005). Voor zover evidence-based onderzoek, systematische reviews en meta-analyses nieuwe en gegronde kennis kunnen voortbrengen, moeten deze inspanningen verwelkomd worden. Aan de andere kant mogen we echter niet toegeven aan de illusie dat dit soort kennis sowieso de slaagkans van behandeling zal verhogen. Er is ook nog veel basiswerk nodig wat betreft de assessment van cliënten bij intake, het aanbieden van een adequate behandeling, het trainen van stafleden, het documenteren van wat er eigenlijk gebeurt in de behandeling (de zogenaamde ‘black box’), en tot slot het rapporteren van de inspanningen die gedaan worden om de kwaliteit van leven te garanderen buiten de onmiddellijke behandelingscontext (Ravndal, 2005).

Men mag zich ook niet al te zeer vastpinnen op het woord ‘evidence’ in evidence-based practice. Immers, het is niet omdat iets (nog) niet bewezen is, dat iets niet werkt: over sommige interventies is nog maar zeer weinig onderzoek verricht, en het is ook niet altijd even eenvoudig om onderzoek te doen naar de effectiviteit van bepaalde interventies. Er moet gewaarschuwd worden voor wat Gossop (2003) ‘wetenschappelijk

fundamentalisme' noemt, meer bepaald wanneer van behandelings- en onderzoeksmethodes beweerd wordt dat ze universeel geldig zijn. Men moet de complexiteit van drugvrije behandeling in rekening brengen. Binnen deze complexiteit, zijn evidence-based behandelingsmethodes slechts één van de vele elementen (Pedersen, 2005). Meer nog: 'evidence' is slechts een onderdeel van EBP. Ook de voorkeuren van de patiënt, de samenleving en omgeving waarin we leven en de ervaring van de behandelaar moeten in rekening worden gebracht. Wat onze samenleving als een probleem aanziet, beïnvloedt ook wat onze samenleving zal verkiezen eraan te doen (qua middelen en mankracht), welke interventies ze inzet en welke uitkomsten ze belangrijk vindt. Afhankelijk van de manier van denken en de klinische ervaring kunnen onderzoeksgegevens anders geïnterpreteerd worden. De vertaling van wetenschappelijke aanbevelingen naar de praktijk toe heeft dus geen rechtlijnig verloop (Burgers & Van Everdinge, 2004; Hannes, 2006).

Samenvattend, kan er geconcludeerd worden dat er reeds enige kennis voorhanden is over evidence-based practice en evidence-based richtlijnen, maar dat er nog verder onderzoek nodig is naar de (in)effectiviteit van bepaalde interventies en dat de bestaande kennis beter en op een toegankelijke en bruikbare manier verspreid moet worden in het werkveld, bijvoorbeeld via evidence-based richtlijnen. Er wordt reeds gebruik gemaakt van richtlijnen, maar dit zijn zelf ontwikkelde richtlijnen. Nochtans bestaan er reeds veel evidence-based richtlijnen voor de verslavingszorg en het is van belang dat deze doordringen tot op de werkvloer. Over het algemeen staan de bevroegde hulpverleners trouwens positief tegenover evidence-based practice en evidence-based richtlijnen en ziet men er de bruikbaarheid van in, ook al plaatst men vaak kritische kanttekeningen. Er kan besloten worden tot een zekere bereidheid om mee te gaan in de tendens naar EBP en EBR, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Er lijkt dus een draagvlak aanwezig te zijn voor de implementatie van evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg in België.