

Een onderzoek in opdracht van



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

Mieke Autrique

Isabelle Demarest

Ilse Goethals

Jessica De Maeyer

Marc Anseau

Wouter Vanderplasschen



1. Inleiding en situering

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

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

In België staat de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voor de preventie, behandeling en schadebeperking van alcohol- en drugproblemen nog in zijn kinderschoenen. Het ontbreekt aan algemeen geldende standaarden voor de sector als geheel en kwaliteitsvereisten verschillen sterk naar gelang het type voorziening (bv. ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en RIZIV-geconventioneerde behandelcentra) of zijn zelfs geheel afwezig (bv. stedelijke preventiediensten), wat zowel naar zorggebruikers als professionelen weinig

eenduidigheid en garanties biedt op het vlak van de te verwachten kwaliteit van zorg. Gezien de toenemende nadruk op kwaliteit en effectiviteit van zorg en dienstverlening en gezien de beschikbaarheid van minimale kwaliteitsstandaarden voor de verslavingssector op Europees niveau en het gebrek eraan in België, heeft de voorliggende COMIQS.BE-studie volgende doelstellingen:

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

2. Methodologie

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

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

Ten tweede wilden we tot een consensus komen over minimale kwaliteitscriteria. Hiertoe werden de oorspronkelijke EQUUS standaarden, aangevuld met enkele standaarden uit de EMCDDA preventiestudie (Brotherhood & Sumnall, 2011), vertaald naar het Frans en het Nederlands volgens de forward-backward methode¹. Vervolgens werd een gestructureerde vragenlijst opgesteld die we via een online tool afnamen bij praktijkwerkers, beleidsverantwoordelijken, onderzoekers en zorggebruikers binnen volgende sectoren : alcohol- en drugpreventie, behandeling en schadebeperking (cf. 2.1 Online survey). Naar analogie met de EQUUS-studie werd een onderscheid gemaakt tussen drie domeinen: preventie, behandeling en schadebeperking (Uchtenhagen & Schaub, 2011). We beperkten ons evenwel niet tot illegale drugs, maar betrokken ook diensten en organisaties voor alcoholpreventie en -behandeling in het onderzoek. Maximaal één respondent per voorziening kon de vragenlijst invullen. Elke respondent kon zelf bepalen voor welk(e) domein(en) hij

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

of zij de vragenlijst invulde. We gingen voor elk domein de mate van actuele implementatie (barrières en faciliterende factoren) en prioriteit na van de oorspronkelijke standaarden uit de EQUUS en EMCDDA-studie. Voor elke standaard werd vervolgens gevraagd of de stakeholders deze standaard konden aanvaarden als een minimale of ideale standaard en werd hierbij een toelichting gevraagd. Wanneer 80% of meer van de respondenten de standaard aanvaardden, werd deze als aanvaard beschouwd. Wanneer tussen 50% en 80% van de respondenten de standaard aanvaardden, werd de standaard als controversieel beschouwd. Wanneer minder dan 50% van de deelnemers de standaard aanvaardde, beschouwden we deze als verworpen (cf. Uchtenhagen & Schaub, 2011).

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

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

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

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

Het uiteindelijke doel van de studie was om tot een consensus te komen over een lijst van minimale en ideale kwaliteitsstandaarden en om deze kwaliteitsstandaarden zo nodig toe te lichten en te verduidelijken. Deze lijst van consensusstandaarden is hieronder terug te vinden.

3. COMIQS-consensusstandaarden

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

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

3.1. Preventie

PREVENTIE : MINIMALE STANDAARDEN	
	Structurele standaarden voor diensten
P1	Ethische principes: men moet zich houden aan ethische principes. Bijvoorbeeld: een preventiedienst moet de rechten van de doelgroep beschermen, activiteiten voorzien die duidelijke voordelen hebben voor de doelgroep, geen activiteiten voorzien waarvan evidentie aantoont dat ze de doelgroep zouden kunnen schaden (vb. vermeerderen van druggebruik, stigmatisering van cliënten).
P2	Beleid en wetgeving: De implementatie van de activiteiten van de preventiedienst gebeurt in overeenstemming met het alcohol- en drugbeleid en de wetgeving.
P3	Samenwerking met andere instanties: de organisatie werkt standaard samen met andere instanties en instellingen, in overeenstemming met de multidisciplinaire aard van drugpreventie (vb. gezondheids- en sociale diensten, gerechtelijke diensten, onderwijsdiensten).
P4	Financiële vereisten: er is een duidelijke en realistische kostenraming; beschikbare financieringsstromen zijn voldoende om kosten van het preventie-aanbod te dekken.
P5	Interne middelen en capaciteit: men beschikt over voldoende middelen (vb. menselijke, technologische, financiële middelen) om de implementatie van de activiteiten van de preventiedienst mogelijk te maken.
P7	Ondersteuning van personeel: personeels-leden worden op een geschikte wijze ondersteund in hun werk.
	Processtandaarden voor diensten/interventies
P8	Ethische standaarden: Men houdt zich aan ethische standaarden (vb. een activiteit wordt alleen uitgevoerd als er nood aan is, er zijn procedures voorhanden om informed consent, vertrouwelijkheid, de veiligheid van de doelgroep en personeelsleden, en de accuraatheid van aangeboden informatie over drugs en aanverwant gedrag te verzekeren).
P10	Beoordelingsprocedures: De cultuur van de doelgroep (1. inzake druggebruik, 2. inzake de activiteiten van de preventiedienst) moet in kaart gebracht worden.
P11	Beoordelingsprocedures: naast druggebruik en cultuur van de doelgroep, moeten ook andere relevante kenmerken van de doelgroep in kaart gebracht worden (vb. cognities, attitudes, risicogedragingen, criminaliteit, sociale status, beschikbaarheid van drugs).
P12	Beoordelingsprocedures: Het draagvlak bij de doelgroep voor het aanbod / de activiteiten van de preventiedienst moet bepaald worden (vb. bronnen van tegenstand of steun).
P13	Beoordelingsprocedures: hiaten in het huidige preventie-aanbod moeten in kaart gebracht worden
P14	Betrokkenheid van stakeholders: alle stakeholders die relevant zijn voor de interventie worden waar nodig betrokken bij de ontwikkeling en implementatie ervan (vb. doelgroep, andere instanties)
P15	Duurzaamheid: er wordt gewerkt met een lange termijn strategie voor drugpreventie of bredere gezondheids promotie (alle activiteiten maken deel uit van de lange termijn strategie).
P16	Doelbepaling: de doelen van de activiteiten van de preventiedienst zijn specifiek, realistisch en zijn gebaseerd op een vooronderzoek (vb. het is duidelijk op welke soorten druggebruik of gedrag men zich richt).

P17	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn gebaseerd op theoretische modellen met betrekking tot druggerelateerd gedrag en gedragsverandering; men begrijpt dit druggerelateerd gedrag en gedrags-veranderingen op basis van wetenschappelijk onderzoek.
P18	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn evidence-based (gebaseerd op de bevindingen van vernieuwende of bestaande overzichten van wetenschappelijke effectiviteitsstudies, of op professionele ervaring wanneer deze literatuuroverzichten niet beschikbaar zijn).
P19	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst worden ontwikkeld op maat van het individu en de populatie (vb. taal, activiteiten, boodschap, timing, aantal cliënten).
P20	Ontwikkeling van het aanbod: de criteria voor het afronden van de activiteiten zijn gedefinieerd (vb. bereikte doelen, verplicht aantal bijgewoonde sessies, aantal bereikte cliënten, duur van de interventie).
P21	Ontwikkeling van het aanbod: de activiteiten van de preventiedienst zijn haalbaar en intern consistent (vb. de activiteiten zijn gerelateerd aan de doelstellingen, de doelgroep is gekozen in overeenstemming met het nodenonderzoek, de doelgroep is bereikbaar, de setting is geschikt voor de activiteiten).
P22	Aanpassing: bestaande programma's (vb. programma's waarvan een handleiding beschikbaar is, modellen die elders geïmplementeerd werden) worden aangepast, rekening houdend met de verschillen tussen de oorspronkelijke en huidige omstandigheden (vb. kenmerken van de doelgroep).
P23	Training en ontwikkeling van personeel: degenen die de preventie-activiteiten uitvoeren (vb. preventiewerkers, leerkrachten, ouders, voormalige druggebruikers) beschikken over de competenties die nodig zijn voor een succesvolle implementatie.
P27	Implementatie: de activiteiten van de preventiedienst worden geïmplementeerd volgens het projectplan en aangepast in overeenstemming met de bevindingen uit monitoring.
P29	Procesevaluatie: de implementatie wordt gedocumenteerd en toegelicht (tekortkomingen en afwijkingen van het oorspronkelijke plan, betrokkenheid van de doelgroep, activiteiten, uitvoering van de activiteiten, gebruik van menselijke, financiële en materiële middelen)
P30	Verspreiding: Voor en/of tijdens de preventie-activiteiten wordt er een beschrijving van die activiteiten (minstens ten dele) ter beschikking gesteld aan relevante groepen (vb. deelnemers).
P31	Verspreiding: informatie over de preventie-activiteiten wordt na afloop in een geschikte vorm verspreid (vb. evidence briefings, verslag aan financierders, feedback aan deelnemers).
	Uitkomststandaarden op systeemniveau
P33	Doel van preventie: verminderd druggebruik (preventie moet gericht zijn op abstinentie, uitgesteld druggebruik, verminderd druggebruik, en/of preventie van afhankelijkheid).
P34	Evaluatie: een geschikte evaluatie wordt uitgevoerd als onderdeel van de activiteiten van de preventiedienst (vb. evaluatie van uitkomsten, procesevaluatie).
P35	Evaluatie: De activiteiten van de preventiedienst worden verdergezet op basis van evidentie die wordt aangeleverd door monitoring of evaluatie.

PREVENTIE : IDEALE STANDAARDEN	
	Structurele standaarden voor diensten
P6	Samenstelling van het personeel: De multidisciplinaire samenstelling van het team en de kwalificaties van het personeel zijn geschikt voor de preventiedienst (vb. op vlak van functies, aantal personeelsleden, opleidingsniveau). Opmerking: dit kan men bekomen door het samenwerken in een netwerk.
	Processtandaarden voor diensten / interventies
P25	Implementatie: Er is een uitgeschreven projectplan beschikbaar (vb. inclusief de essentiële elementen en procedures van het preventie-aanbod / de preventie-activiteiten en een risicoanalyse waarbij geanticipeerd wordt op onvoorziene omstandigheden). Opmerking: dit geldt enkel voor projecten en niet voor elke activiteit in een project.
P28	Procesevaluatie: indien nodig zal er een pilootstudie uitgevoerd worden (vb. wanneer nieuwe of sterk aangepaste activiteiten geïmplementeerd worden of wanneer programma's bestemd zijn voor een ruime verspreiding). De bevindingen uit deze piloot studie worden gebruikt ter ondersteuning en optimalisering van de eigenlijke implementatie.
P32	Verspreiding: een eindverslag beschrijft de belangrijke elementen van de preventie activiteiten. Opmerking: dit kan gerealiseerd worden in een jaarverslag.

PREVENTIE : VERWORPEN STANDAARDEN	
	Processtandaarden voor diensten / interventies
P9	Beoordelingsprocedures: via primair of secundair onderzoek (eigen onderzoek of gebruik makend van reeds bestaande gegevens) moet er gedetailleerde en gevarieerde informatie verzameld worden over druggebruik in de betreffende doelgroep (vb. soorten drugs die gebruikt worden, mate van druggebruik en trends).
P24	Rekrutering: Participanten of deelnemende groepen (vb. scholen, gemeenschappen) worden geselecteerd uit een door de dienst vooraf gedefinieerde doelgroep.
P26	Implementatie: De implementatie wordt gemonitord en noodzakelijke aanpassingen worden geïdentificeerd door de voorziening of door de financierders als er een voorafgaande overeenkomst bestaat met de voorziening (vb. het nakijken van voorlopige resultaten, proces-gegevens, projectplan en middelen).

3.2. Behandeling

BEHANDELING : MINIMALE STANDAARDEN	
	Structurele standaarden voor diensten
TR1	Toegankelijkheid: locatie: de voorziening kan gemakkelijk bereikt worden via openbaar vervoer.
TR2	Fysieke omgeving: er is voldoende ruimte voor de activiteiten in de voorziening (vb. de voorziening heeft aparte kamers voor individuele begeleiding)
TR3	Fysieke omgeving: Veiligheid: de voorziening is uitgerust voor noodgevallen zoals vb. omgaan met overdosis, brand of agressie in de gebouwen.
TR4	Indicatiecriteria: diagnose: welke behandeling aangewezen is, wordt altijd beslist op basis van een diagnose.
TR5	Opleiding van personeel: basisopleiding, vb. ten minste de helft van het personeel heeft een diploma geneeskunde, verpleegkunde, sociaal werk of psychologie
TR6	Samenstelling van personeel: de samenstelling van het personeel is multidisciplinair (vb. de voorziening stelt een multidisciplinair team te werk dat is samengesteld uit ten minste drie beroepen)
	Processtandaarden op niveau van de voorziening en interventies
TR7	Beoordelingsprocedures: geschiedenis van druggebruik, diagnose en behandelgeschiedenis moeten in kaart gebracht worden
TR8	Beoordelingsprocedures: lichamelijke toestand en sociale status moeten vastgesteld worden
TR9	Beoordelingsprocedures: psychiatrische toestand moet vastgesteld worden
TR10	Geïndividualiseerd behandelplan: behandelplannen worden individueel op maat gemaakt, aangepast aan noden van de patiënt.
TR11	Informed consent: patiënten moeten geïnformeerd worden over beschikbare behandelopties en voor de aanvang van de behandeling instemmen met een voorgesteld behandelregime of -plan of een verandering van behandelplan.
TR12	Geschreven cliëntendossiers: assessment, behandelplan, behandeling, verwachte veranderingen en onverwachte gebeurtenissen worden voor elke patiënt volledig en up-to-date gedocumenteerd in een patiëntendossier.
TR13	Vertrouwelijkheid van cliëntengegevens: patiëntendossiers zijn vertrouwelijk en enkel toegankelijk voor personeel dat betrokken is bij de behandeling of het behandelregime van een patiënt.
TR14	Routine samenwerking met andere voorzieningen: wanneer een voorziening niet in staat is om tegemoet te komen aan alle noden van een bepaalde patiënt, kan doorverwezen worden naar een geschikte voorziening.
TR15	Continue training van personeel: personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein.
	Uitkomststandaarden op systeemniveau
TR16	Doel: stabilisatie/verbetering van gezondheid: behandeling moet zich richten op verbetering of stabilisatie van de gezondheid van patiënten.

TR17	Doel: Sociale stabilisatie/integratie: behandeling moet zich richten op sociale stabilisatie of integratie van patiënten.
TR18	Doel: verminderd druggebruik: behandeling moet zich richten op een vermindering van druggebruik van patiënten vb. behandeling moet de cliënt/patiënt helpen om zijn gebruik te minderen of zich te onthouden van illegale of niet-voorgeschreven psychotrope middelen
TR19	Monitoring van bezetting: Diensten moeten periodiek de bezetting van hun behandelplaatsen of bedden rapporteren
TR19ter	Monitoring van de begeleiding: de voorziening be vraagt zichzelf over de evolutie van elke patiënt en bepaalt of de behandeling wordt verdergezet of niet. Opmerking: Medewerkers bevragen zichzelf over de evolutie van hun patiënten. Deze evolutie moet besproken worden in teamverband. Het team beslist over wat al dan niet te doen.
TR21	Interne evaluatie: Voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren.

BEHANDELING : IDEALE STANDAARDEN	
	Uitkomststandaarden op systeemniveau
TR19bis	Monitoring van bezetting: voorzieningen engageren zich om het netwerk van voorzieningen te informeren over beschikbare behandelplaatsen of over veranderingen op dit vlak.
TR20	Monitoring van ontslag: vb. ratio van regelmatige / onregelmatige ontslagen en retentiegraad moeten periodiek gemonitord worden.
TR22	Externe evaluatie: voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator.

BEHANDELING : VERWORPEN STANDAARDEN	
	Uitkomststandaarden op systeemniveau
TR23	De kosteneffectiviteit moet beoordeeld worden (positieve uitkomsten, zoals bijvoorbeeld aantal abstinente patiënten in verhouding tot behandelkosten)
TR24	Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten, zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot behandelkosten).

3.3. Harm reduction

HARM REDUCTION : MINIMALE STANDAARDEN	
	Structurele standaarden voor interventies
HR1	Toegankelijkheid: Locatie en openingsuren: voorzieningen moeten aangepast zijn aan de noden van hun cliënten; kosten mogen nooit een barrière tot een voorziening vormen.
HR2	Kwalificatie van personeel: minimale kwalificatie: personeel moet gekwalificeerd zijn en er moet transparant gemaakt worden welke kwalificaties ze hebben, vb. van de vier getrainde peers betrokken bij de dienst, hebben twee een diploma sociaal werk en twee een diploma verpleegkunde.
HR3	Samenstelling van personeel: Multidisciplinariteit (vb. er is een multidisciplinair team dat is samengesteld uit minstens 3 beroepsgroepen).
	Processtandaarden voor interventies
HR4	Indicatiecriteria: leeftijdsbeperkingen: 1. voorzieningen moeten aangepast zijn aan de leeftijd en personeel moet getraind worden om tegemoet te komen aan leeftijdsgebonden noden van cliënten, 2. Er mag geen leeftijdsbeperking zijn in voorzieningen die aan harm reduction doen.
HR6	Beoordelingsprocedures: vaststelling van risicogedrag: risicogedrag van de cliënt wordt in kaart gebracht
HR7	Beoordelingsprocedures: volledige nodenbeoordeling en prioritering vb. 1. Harm reduction van intraveneus druggebruik en, 2. Beperking van gebruikte naalden in publieke ruimtes enz.
HR9	Informed consent: cliënten moeten geïnformeerd worden over het aanbod en moeten voor aanvang van een interventie instemmen met een voorgesteld behandelregime of -plan. Interventies hoeven niet voorafgegaan worden door een geschreven informed consent, maar eerder door transparante informatie over het aanbod van een dienst.
HR10	Vertrouwelijkheid van cliëntgegevens: dossiers van cliënten zijn vertrouwelijk en enkel toegankelijk voor personeel dat betrokken is bij de interventie of de behandeling.
HR12	Geïndividualiseerde behandelplannen: interventies worden, indien toepasbaar, individueel afgestemd op de behoeften van de cliënt.
	Uitkomststandaarden op systeemniveau
HR13	Routine samenwerking met andere voorzieningen: wanneer een voorziening niet in staat is om tegemoet te komen aan alle noden van een bepaalde cliënt, kan doorverwezen worden naar een geschikte voorziening.
HR14	Continue training van personeel: personeel wordt regelmatig op de hoogte gebracht van relevante nieuwe kennis in hun werkdomein.
HR16	Doel: verminderd risicogedrag: het doel van de interventies is het verminderen van onveilig injecteren, onveilig druggebruik en onbeschermd seks.
HR17	Doel: Doorverwijzingen: behandel-diensten moeten bereid zijn om cliënten naar andere gezondheids-/sociale/behandel-/juridische diensten door te verwijzen indien nodig en overeengekomen.
HR19	Monitoring van bereik: voorzieningen moeten periodiek de bezetting van behandelplaatsen rapporteren

HR20	Interne evaluatie: voorzieningen moeten hun activiteiten en uitkomsten regelmatig intern evalueren
HR21	Externe evaluatie: voorzieningen moeten regelmatig een evaluatie toestaan van hun activiteiten en uitkomsten door een onafhankelijke externe evaluator
HR25	Participatie van gebruikers: harm reduction interventies moeten de participatie van gebruikers bevorderen

HARM REDUCTION : VERWORPEN STANDAARDEN	
	Uitkomststandaarden op systeemniveau
HR5	Indicatiecriteria: Diagnose: Een behandelindicatie wordt steeds gesteld op basis van een diagnose of, indien niet mogelijk, een gedetailleerde evaluatie van het huidig druggebruik.
HR22	Kosteneffectiviteit: Positieve uitkomsten zoals bijvoorbeeld het aantal abstinente patiënten in verhouding tot de kosten van de dienstverlening.
HR23	Er moet een kosten-baten analyse gemaakt worden (concrete baten zoals bijvoorbeeld een verhoogde levensverwachting in verhouding tot kosten van de dienstverlening).

4. Conclusies en aanbevelingen

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

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

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

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

Een gelijkaardig consensusproces werd doorlopen met betrekking tot de *behandelingsstandaarden*. Op basis van de online bevraging van 84 organisaties werden 17 van de 24 kwaliteitsstandaarden onmiddellijk aanvaard als minimale kwaliteitsstandaarden. Controversiële standaarden hadden betrekking op de noodzaak van het beoordelen van de psychiatrische toestand, doelstellingen van de behandeling (i.c. verminderd gebruik), monitoring van bezetting en ontslag en interne evaluatie van activiteiten en uitkomsten. De EQUUS-standaarden over het beoordelen van de kosteneffectiviteit en de noodzaak van een kostenbatenanalyse werden tijdens de online survey verworpen door de respondenten. Tijdens de daaropvolgende focusgroepen kon een consensus bereikt worden over de meeste controversiële standaarden, mits een aantal aanpassingen en toevoegingen (cf. hoofdstuk 4.2.). Uiteindelijk werden 24 standaarden aanvaard, waarvan 21 als minimale en 3 als ideale standaard. De verworpen standaarden over kosteneffectiviteit en kosten-baten analyse werden nader bediscussieerd, waarbij men enerzijds aangaf deze opdracht niet zelf te kunnen realiseren en er anderzijds geen eensgezindheid bestond over goede indicatoren voor het meten van de effectiviteit van een verslavingsbehandeling. Indicatoren hiervan die in de EQUUS-standaarden naar voor werden geschoven (bv. abstinentie), werden als “te eenzijdig” en “niet haalbaar in bepaalde settings” beoordeeld. Bovendien waarschuwden sommige respondenten tijdens de focusgroepen voor de mogelijk perverse gevolgen van het invoeren van standaarden inzake kosteneffectiviteit, waardoor moeilijk behandelbare en ‘zorgmijdende’ cliënten door de mazen van het hulpverleningsnet dreigen te vallen (Bryssinck, Vandevelde & Vanderplasschen, 2015). Deze tegenkantingen ten spijt, is het evenwel aangewezen dat de verslavingszorg als sector participeert aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, gezien deze op termijn onvermijdelijk verplicht zullen worden door de overheid. Participatie in het [Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals](#) (VIP²) geeft Vlaamse voorzieningen voor verslavingszorg en preventie een stem in dit debat en draagt bij tot de formulering van haalbare indicatoren die ook gelden voor deze specialistische sector binnen de ruimere geestelijke gezondheidszorg.

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

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

De gehanteerde consensusprocedure, meer specifiek de focusgroepdiscussies, bood ons inzicht in de redenen voor deze *relatief beperkte consensus*. Vooreerst zijn de EQUUS-standaarden zeer generiek geformuleerd, waardoor ze niet voor alle respondenten even herkenbaar of toepasbaar waren. Bovendien riep de toevoeging van bepaalde voorbeelden (bv. verminderd gebruik/abstinentie als doelstelling van een interventie) of het gebruik van bepaalde termen (bv. diagnose, evaluatie, multidisciplinariteit) weerstand op, gezien dit niet paste binnen de filosofie of werking van bepaalde organisaties. Ten tweede zorgde de heterogene samenstelling van de focusgroepen, die illustratief is voor het diverse preventie- en hulpverleningslandschap in België, ervoor dat men sommige standaarden niet haalbaar achtte voor de eigen dienst of organisatie, gezien de specifieke focus of kleinschaligheid ervan. In vergelijking met de EQUUS-studie breidden we de doelgroep uit tot alcohol en illegale drugs, wat enerzijds voor een meer gevarieerde steekproef – en bijgevolg ruimere consensus – zorgde, maar anderzijds de herkenbaarheid en toepasbaarheid van bepaalde standaarden en bijhorende voorbeelden negatief beïnvloed kan hebben, gezien deze primair handelen over (illegaal) druggebruik. Ten slotte speelde een zekere protectionistische reflex een niet te onderschatten rol bij de consensusprocedure, waarvan de afkeuring en afzwakking van de standaarden die betrekking hebben op uitkomsten en evaluatie van (kosten)effectiviteit getuigen. Vergelijkbare reacties leidden ertoe dat uitkomststandaarden nog steeds geen deel uitmaken van de [QuaThéDA-standaarden](#) in Zwitserland en pas in een latere fase zullen worden toegevoegd (Stamm, 2015). Ook in België zal in de nabije toekomst – bij voorkeur in nauw overleg met de sector – bepaald moeten worden hoe en welke haalbare en meetbare uitkomststandaarden voor verslavingszorg en – preventie naar voor geschoven kunnen worden, gezien dit proces reeds volop aan de gang is in belendende sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg (VIP²) en de bijzondere jeugdbijstand (PROSE) (Vyt, 2006). De ervaringen met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem in het buitenland en in andere sectoren, maken duidelijk dat de doorlopen consensusprocedure beschouwd moet worden als 'work in progress', waarbij de COMIQS.BE-studie geen eindpunt is, maar eerder een startpunt voor het uitbouwen van een kwaliteitsbeleid.

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

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

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

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

4.1. Aanbevelingen m.b.t. de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden

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

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

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

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

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

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

Het nader specificeren van standaarden volgens interventievorm (bv. universele en geïndiceerde preventieprogramma's; ontwenings- of substitutiebehandeling) en niveau van interventie (cliënt, organisatie/dienst, zorgsysteem) is een belangrijke volgende stap die bij wijze van proefproject genomen kan worden, waarbij realisaties en ontwikkelingen in het buitenland evenals bestaande evidence-based richtlijnen niet uit het oog verloren mogen worden. Ook de koppeling of vertaling van de COMIQS-standaarden naar meetbare indicatoren lijkt een belangrijke volgende stap, zoals uit de inspirerende praktijken in binnen- en buitenland is gebleken. Met name dient aansluiting gezocht te worden bij het VIP²-project dat generieke (en meer specifieke) kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg wil ontwikkelen (Van den Broeck, 2016).

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

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

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

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

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

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

4.2. Aanbevelingen m.b.t. de implementatie van kwaliteitsstandaarden

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

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

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

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

Waar kwaliteitsstandaarden gelden als eerder generieke richtlijnen waaraan preventie, behandeling en harm reduction moeten voldoen, vormen *indicatoren* een nadere, concrete en meetbare invulling van zorgkwaliteit (Vyt, 2006). Binnen de ruimere geestelijke gezondheidszorg is men in het kader van het VIP²-project gestart met het formuleren van een 7-tal indicatoren, verspreid over 4 kwadranten, om de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg te meten (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016a). Deze werkwijze, waarbij op Vlaams niveau indicatoren bepaald worden voor de gehele sector, wijkt af van de QuaThéDA-methodologie waarbij individuele voorzieningen zelf kwaliteitsstandaarden omzetten in meetbare indicatoren (Stamm, 2015). Het voordeel van deze laatste werkwijze is dat men de bottom-up benadering trouw blijft en voorzieningen kunnen werken aan kwaliteitsbevordering en indicatoren kunnen formuleren op basis van hun specifieke situatie en werking. Anderzijds kan het opstellen van specifieke indicatoren op voorzieningsniveau ten koste gaan van de vergelijkbaarheid tussen en benchmarking met andere voorzieningen. Breed gedragen indicatoren verhogen de motivatie om ermee aan de slag te gaan en gebruik te maken van gemeenschappelijke meetinstrumenten. In die optiek bieden de ontwikkelingen op het vlak van Routine Outcome Monitoring in Nederland allicht inspiratie, waarbij men volgende uitkomstgebieden onderscheidt: 1) middelengebruik, 2) klachten en symptomen, 3) dagelijks functioneren en 4) kwaliteit van leven (Derks, Buwalda & De Weerd, 2016). Zoals reeds aangegeven moet de bedoeling van het in kaart brengen van bepaalde indicatoren van meet af aan duidelijk zijn: betreft het een interne tool om de zorgkwaliteit te verbeteren en/of een evaluatie-instrument voor de overheid?

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

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

4.3. Beperkingen van het onderzoek

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

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

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

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

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

Referenties

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

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