

# Synthese van de studie "Evaluatie van de methadon verstrekking in België"<sup>1</sup>

Auteur: Yves Ledoux

(Promotor: Apr. Jean-Paul Brohée - Algemene Pharmaceutische Bond - APB-2004)

Wij presenteren hier een synthese in twee delen, het eerste deel gewijd aan de evaluatie die door de officina-apotheker wordt uitgevoerd, het tweede deel gewijd aan een analyse van de zelf-evaluatie van de patiënten.

## A. Evaluatie door de apothekers

De evaluatie door ongeveer 300 apothekers van meer dan 1200 patiënten heeft de aandacht gevestigd op:

1. De **socio-demografische** kenmerken van de apothekers zelf en deze van de patiënten in substitutie-behandeling. De verschillen tussen de Gemeenschappen zijn belangrijkst: jongere patiënten met dus een mindere anciënniteit van de drugverslaving in Vlaanderen (30,2 jaar gemiddeld voor 32,5 jaar in de Regio Wallonië-Brussel). Beide Vlaamse Provincies (West- en Oost-) hebben een sterke verhouding (rond 45%) patiënten van minder dan 25 jaar. Aan het andere uiterste, zijn de patiënten van de Brusselse Regio de oudste van het land (48% is meer dan 35 jaar). Gezien de nauwe betrekking tussen de leeftijd van de patiënten en de anciënniteit van de drugverslaving, levert de verhouding oudere patiënten (meer dan 41 jaar, bijvoorbeeld) een aanwijzing over de provincies waarin het druggebruik het oudst is: Brussel, Antwerpen, Limburg en Luik, terwijl beide Vlaanderen meer recent bij een ontwikkeling van het druggebruik zouden betrokken geweest zijn.

2. De **duur van het contact** van de patiënt met dezelfde officina bedraagt gemiddeld 32 maanden (meer dan één derde van de patiënten heeft minder dan één jaar contact en 21% meer dan 4 jaar contact). In Vlaanderen, heeft 45% van de patiënten minder dan één jaar contact (10% meer dan 4 jaar) en 32% in de Franse Gemeenschap (25% met meer dan 4 jaar contact). Een vergelijking met de duur van de behandeling bij de huidige arts is absoluut noodzakelijk: een gemiddelde duur van 44 maanden wordt geobserveerd. In 44% van de gevallen, is de duur in officina lager dan die met de huidige arts, maar in bijna 30% van de gevallen komt de patiënt sinds langer in dezelfde officina dan bij zijn huidige arts. In deze situatie vormt de officina-apotheker dus een verankering voor de voortzetting van de zorgen.

3. De **dosis** van de voorgeschreven methadon bedraagt gemiddeld 47.2 mg (E-type: 45.1; n=1042). In Vlaanderen is de dosis geringer met 34.7mg (48.9mg in de Franse Gemeenschap). Het gaat dus om een lagere dosis, feit dat zeker de nodige kritiek zal krijgen van buitenlandse deskundigen. De heilzame gevolgen van dosissen van 60mg of hoger, zijn in de meeste studies vastgesteld, zowel uit het oogpunt van de retentie in behandeling, als op de vermindering van het heroïnegebruik. Zou één van de paradoxen van de substitutiebehandeling in België niet zijn, dat "de voorzichtigheid" die gepaard gaat met de liberalisering van deze behandelingsmethode, een pervers effect sorteert, door niet voldoende de voortzetting van het verslavingsgedrag te verhinderen? De dodelijke ongevallen in Limburg aan het begin van het jaar 2003, waarvoor men snel tot de betrokkenheid van de zorgverstrekkers heeft besloten,

---

<sup>1</sup> Vertaling : Apr. Jan Lagrain : [jan.lagrain@dynaphar.be](mailto:jan.lagrain@dynaphar.be)

kunnen die niet net zo goed in het licht van een te lage dosering geïnterpreteerd worden? Deze *paradox van de voorzichtigheid* lijkt ons een fundamentele dimensie van de sociale benadering van de kliniek en van zijn gevolgen. Gezien de aard van de drugverslaving, de overmaat van strengheid en controle in de opvolging van deze patiënten, gemotiveerd door de ogenschijnlijk gewettigde zorg voor hun bescherming, die tot een tegengesteld gevolg leidt: het zoeken naar een vluchtweg (breuk van de therapeutische relatie), oneigenlijk gebruik van methadon, of eenvoudigweg het gebruik van andere substanties. De gevolgen hiervan zijn soms dramatisch. Zonder te vervallen in “laat alles maar toe”, dwingt het aanvaarden van een verslavingsbehandeling tot soepelheid, tot onderhandeling en tot compromissen tussen de zorgverstrekkers onderling. Elke pedagogische inspanning om een al te eenvoudige visie op de bescherming van de gebruiker te vermijden, dient dus voortgezet te worden, ondanks de weerstand, voornamelijk van ideologische aard.

4. De procedure voor **supervisie** van de aflevering van methadon, die zowel het imago als de houding van de apotheker weerspiegelt, maar ook deze van de artsen, zou evenmin aan de “paradox van de voorzichtigheid” ontsnappen. Dit zal echter slechts in het vervolg van de studie bewezen worden. In afwachting van een diepgaande analyse, presenteert het huidig verslag een beschrijvende benadering van de verschillen tussen de Gemeenschappen in de praktijk van de aflevering van methadon, die het niettemin mogelijk maakt een uitzicht te bieden op een latere bevestiging van de “paradox van de voorzichtigheid”. Er blijkt uit de vergelijking, de ontwikkeling van een uiterst sterke supervisie in Vlaanderen waar 60% van de patiënten zijn methadon dagelijks ontvangt (minder dan 9% in de Franse Gemeenschap), en 41.3% neemt het geneesmiddel ter plaatse (3.1% in de Franse Gemeenschap). De galenische vorm van de bereiding is eveneens een communautaire specificiteit, met 80% methadon in siroop in Vlaanderen en 77% in gelules in Brussel en in Wallonië. De studie vestigt eveneens de aandacht op het bestaan van een rol van derden in de aflevering van methadon (wordt door iemand anders afgehaald). Hoewel deze verschillen eveneens hun oorsprong vinden in de epidemiologische verschillen in drugverslaving tussen beide Gemeenschappen, werd een test uitgevoerd van deze “sterke supervisie”, door het effect van de leeftijd en de anciënniteit te plaatsen tegenover het behoren tot één van de Gemeenschappen: de rol van de Gemeenschap is negen keer belangrijker dan die van de anciënniteit van de drugverslaving. Anders gezegd: de politiek inzake substitutiebehandeling wordt meer fundamenteel bepaald door culturele aspecten, dan door de objectieve aspecten van de drugverslaving. Dergelijke grote verschillen in de organisatie van de aflevering van methadon zouden logischerwijze gevolgen moeten hebben voor de situatie van de patiënten. Maar wij moeten vaststellen dat de gevolgen niet deze zijn, die zouden kunnen verwacht worden in een traditioneel patroon dat het accent legt op een striktere controle van de toegang tot methadonverschaffing.

Het tweede deel van de studie, gewijd aan de analyse van de zelf-evaluatie door de patiënten, maakt het mogelijk om de aandacht te vestigen op de tendens van de patiënten in Vlaanderen om minstens evenveel als die van Wallonië-Brussel hun risico-gedrag te behouden, zoals het verderzetten van heroïnegebruik. Vlaamse patiënten spuiten ook meer heroïne. Het gebruik van cocaïne heeft eveneens de overhand bij de patiënten van Vlaanderen. Kortom, het lijkt er niet op dat de beperkingen op de toegang tot methadon in Vlaanderen, gunstige gevolgen heeft voor de situatie van de patiënten. Deze vaststelling heeft zeker niet tot doel enige polemiek aan te wakkeren, enkel om de fundamentele paradox te onderstrepen die eigen is aan het verslavingsprobleem.

**5. De moeilijkheden die gepaard gaan met het onthaal in de officina** van patiënten in substitutiebehandeling, kunnen niet ontweken worden. Bepaalde apothekers zijn zeer terughoudend om deze patiënten op te vangen. Op 800 apothekers die op de beschrijvende vragenlijst hebben beantwoord, heeft een dertigtal deze patiënten niet (of niet meer) willen ontvangen. De vermelde redenen zijn vooral de onveiligheid, en het verstoren van het cliënteel. Dit is niet enkel het geval bij apothekers, aangezien het aantal artsen die een vervangingsbehandeling voorschrijven, eveneens betrekkelijk gering is in België (volgens onze schattingen, tussen 1500 en 2000), ondanks het feit dat het voor talrijke artsen bij slechts één patiënt blijft. De APB en andere beroepsorganisaties stimuleren echter het onthaal in de officina van de patiënten in substitutiebehandeling.

Voor een analyse van de door de apothekers beleefde situatie, stellen we een index op van de problemen die de patiënt stelt (betaalt normaal, hindert de andere klanten niet...). Deze toont duidelijk aan dat het hier **één derde** van de steekproef betreft. Een optimaal aantal patiënten per officina wordt geobserveerd, waarbij de waarschijnlijkheid op meerdere gedragsproblemen samen, vermindert. Met 4 tot 5 patiënten in substitutiebehandeling, zijn de ondervonden problemen betekenisvol minder frequent. Het tegelijk voorschrijven van benzodiazepines (Relatief Risico: 1.66) **en vooral van flunitrazepam (Rohypnol®), vormt een risicofactor** (Relatief Risico: 2.39) voor dergelijke gedragsproblemen.

Het meten van gedragsproblemen is een indicator die de situatie van de patiënt slechts gedeeltelijk evalueert, maar is een interessante indicator, want hij bevindt zich buiten het gebruikelijk kader van een evaluatie.

**6. De relaties die ontstaan tussen de apotheker en de patiënt, werden hier voor de eerste keer bestudeerd.** Er is immers geen enkel voorbeeld in de literatuur dat rekening houdt met deze relaties. Uit deze analyse vanuit het standpunt van de apotheker, komt naar voor dat zijn houding in eerste instantie bepaald wordt door een **dimensie van empathie (meevoelen)** jegens de patiënt in substitutiebehandeling. Aan deze houding van de apotheker antwoordt "in echo" (met een correlatie van  $r = .24$ ), de eerste dimensie van de houding van de patiënt, die uit de zelf-evaluatie naar voor komt: wij hebben ze gekwalificeerd als "de erkenning door de patiënt van de rol van de apotheker in de kuur" (zie ook pagina 14). Dit onderstreept het bestaan van een relatie tussen apotheker en patiënt, die men, bij gebrek aan een specifieke woordenschat, moet kwalificeren als helpende relatie of therapeutische relatie. Omgekeerd, komt met "de teleurstelling" van de apothekers ten aanzien van bepaalde patiënten, "het zich niet goed voelen" van deze laatsten alsmede hun "afwezigheid van trouw", of "compliance" -in het engels- (met een correlatie van  $r = .18$ ) in de regelmaat van hun bezoek aan de officina. Kortom er bestaat een positief of negatief parallelisme in de verhouding van enen ten opzichte van de anderen.

De houding van de apothekers van Vlaanderen onderscheidt zich door een tendens om meer te willen tussenkomen in de behandeling, en de "therapeutische relatie" tot de patiënt is hier ook meer uitgesproken. Men zal opmerken dat het onderscheid in de relatie doorwerkt tot op het niveau van de localisatie per Provincie. De apothekers van de Regio van Brussel-Hoofdstad hebben de sterkste empathie (meevoelen) met hun patiënten, gevolgd door die van Vlaams-Brabant. De "meest teleurgestelde" apothekers bevinden zich dan weer in Luxemburg, in Antwerpen en in West-vlaanderen.

Wat de houding volgens de graad van supervisie betreft, garandeert het dagelijks innemen in de officina, **niet méér empathie** van de apotheker, maar **wel méér teleurstelling**. Natuurlijk zijn de apothekers dan méér proactief, en hebben ze een relatie die zij zelf als méér therapeutisch bestempelen, en een identiek aanvoelen wordt waargenomen bij de patiënten die het geneesmiddel in de officina innemen. Een sterke supervisie gaat dus gepaard met een congruente “set” van houdingen bij de apotheker, die ernaar streeft deze praktijk te ondersteunen en te versterken. De situatie in de Franse Gemeenschap is erg ver verwijderd van dit model van strikte supervisie, ondanks de aanbevelingen van de medische of farmaceutische autoriteiten. In de praktijk streven de arts en de apotheker ernaar de vertrouwensrelatie te valoriseren, en in ieder geval elke argwaan te vermijden als uitgangsbasis voor de relatie tot de patiënt. Dit verhindert echter geen teleurstellingen, en de studie bevestigt een groei van de teleurstelling naarmate de duur van de behandeling langer is. De empathie of de “affectieve toenadering” van de apotheker neemt echter óók toe met de duur van de behandeling. De evolutie van de houdingen van de apotheker volgens de duur van het contact eerbiedigt aldus de realiteit van de verbeteringen of verslechtingen van de individuele situaties van de patiënten, zonder dat er daarom bijvoorbeeld veralgemeende vermoeidheid kan geobserveerd worden bij de apothekers.

7. Wij reserveren voor het vervolg van de studie, de analyse van de schatting van de verhouding patiënten waarvoor de apothekers een ongunstige of gunstige beoordeling hebben, met metingen van de evolutie van de patiënten, in de eerste (die al uitgevoerd is) en de tweede opvolging, die nog zal uitgevoerd worden.

8. De studie levert voor de eerste keer **bijzonderheden** over een bevolking die tot hiertoe aan elke telling is ontsnapt: de patiënten die in **Frankrijk** gedomiciliëerd zijn, die de grens oversteken en, met een voorschrift van een Belgische arts, methadon verkrijgen in een apotheek in Henegouwen (voornamelijk). Het aantal patiënten schommelde naargelang de reactie van de autoriteiten op de concentratie van deze patiënten bij slechts enkele zorgverstrekkers. Rond het jaar 2000, ging het zeker over bijna 2000 patiënten, en momenteel is dit aantal waarschijnlijk met de helft verminderd. Indien de politiek inzake substitutiebehandelingen in Frankrijk zou evolueren naar een grotere beschikbaarheid van methadon, zou dit uiteraard deze migratie verminderen. De wederzijdse steun van grensoverschrijdende netwerken, met een samenwerking van Belgische en Franse zorgverstrekkers blijft op de agenda.

## **B. Zelf-evaluatie van de patiënten in substitutiebehandeling**

Een **zelf-evaluatie door 400 patiënten** in substitutiebehandeling, werd uitgevoerd dank zij een zeer uitvoerig protocol (dat gezien zijn volume niet bij dit verslag is gevoegd, maar kan verkregen worden bij [yves.ledoux@coditel.net](mailto:yves.ledoux@coditel.net)).

Dit belangrijk deel van de studie vroeg een werkelijk bijzondere inspanning van de deelnemers, om een zo uitgebreide anamnese in te vullen, die hen door hun apotheker werd overhandigd. Het gebruikte protocol werd door twee "focus-groups" van apothekers en patiënten getest. Het werd zeer goed door de patiënten ontvangen en men kan zelfs spreken over "een therapeutische rol" van het instrument, omdat het de patiënten heeft toegelaten om een stand van zaken op te maken, afstand te nemen van hun situatie, en hen het woord heeft gegeven, dat hen al te vaak ontnomen wordt.

Uit de commentaar die de respondent kon schrijven in de “open” delen van de vragenlijst, komt de menselijke dimensie naar voor van de “ziekte-ervaring”, en komt

plots ook een andere paradox van de substitutie- of onderhouds-behandeling naar voor: **het dilemma van de chronische ziekte**. Evenzeer als het voor de deskundigen van de drugverslaving duidelijk is dat deze tot de chronische ziekten moet gerekend worden, omdat de biochemische verstoringen door het nemen van heroïne, snel een onomkeerbare invloed blijken te hebben, evenzeer is het voor de patiënt die aan een behandeling begonnen is, ondenkbaar dat hij verwacht wordt “levenslang” een opiaat- vervanger te gebruiken.

Hier verschilt de visie van de patiënt op de substitutiebehandeling grondig van deze van andere patiënten op andere chronische ziekten (suikerziekte, bijvoorbeeld).

Het onderbreken van een behandeling is dikwijls illustratie, minder van "een hervallen" in de gewone betekenis, dan wel, in het begin althans, van een plotse wil om “er zelf uit te geraken” door de als gesloten waargenomen cirkel van de substitutie te doorbreken. Ongeveer 30% van de patiënten heeft de neiging zich te beklagen over de duur van de behandeling, of over de moeilijkheid om de behandeling stop te zetten. Sommigen richten een ware smeekbede om “iets anders”, in feite om een ander minder verslavend geneesmiddel.

Dit maakt het mogelijk om, voor een niet onbelangrijk aantal patiënten, de vervanging van methadon door een hybried geneesmiddel (agonist en antagonist) zoals Subutex® te rechtvaardigen. De overgang van methadon naar Subutex® zou verdienen opgevolgd te worden. Wetenschappelijke studies zijn in dit verband nog niet gevoerd om de nauwkeurigheid te bepalen van de specifieke factoren die gunstig zouden zijn voor een dergelijke klinische oriëntatie.

## **1. Kwaliteit van de relaties patiënt-arts en patiënt-apotheker.**

Door het woord te geven aan de patiënten, past de bij de studie gebruikte methode zich aan een grondbegrip dat in de therapeutische praktijk voorkomt: het succes van een behandeling hangt grotendeels af van de betrokkenheid van de patiënt, zijn naleving (“compliance”), en van de kwaliteit van zijn relatie tot de arts. **Het effect van de relatie tot de apotheker is nog door geen enkele studie behandeld.** De ontwikkeling in België van de toegang tot methadon via de privé-geneeskunde (buiten centra), vereist de implicatie in eerste lijn van de officina-apotheker. Specifieke methodologische middelen waren dus noodzakelijk om de relatie van de patiënt in substitutiebehandeling tot de arts maar ook tot de apotheker te bestuderen. Om te meten “wat er tussen de patiënt en de arts gebeurt”, laat een instrument, voorgesteld door het “Institute for the Study of Therapeutic Change” van Chicago (beschikbaar in het frans, en in het nederlands vertaald door Jan Lagrain) toe de **Therapeutische Alliantie** van de patiënt te quantificeren. Dit sleutelbegrip werd reeds ruim op de proef gesteld in de evaluatie van psychotherapieën en levert op synthetische wijze de mate van het succes van een behandeling, waarin de betrokkenheid van de patiënt fundamenteel is. De studie bevestigt op verbazend sterke wijze de rol, die door de Therapeutische Alliantie wordt gespeeld in hetgeen de behandeling aan de patiënt bijbrengt (zie verder "Twaalfde vaststelling"). Zelfs zo sterk dat het meten van deze Alliantie bijna alle andere metingen kan vervangen om aan te geven of een behandeling min of meer succesvol is! De relatie tot de apotheker bevindt zich onmiddellijk na de Alliantie met de arts, als “uitleg” voor hetgeen de behandeling aan de patiënt bijbrengt. Dit onderzoek over de relatie tot de apotheker is het orgelpunt van de studie, maar is nog exploratief. De ontwikkeling van een eigen waardeschaal, gelijkaardig aan die van de Therapeutische Alliantie wordt overwogen. Hoe het ook zij, de studie wijst uit dat het vandaag onmogelijk is om het effect van een

substitutiebehandeling te beoordelen zonder rekening te houden met “wat tussen de patiënt en de apotheker gebeurt”. Dit zou moeten bijdragen tot de rechtvaardiging van de sociale erkenning van de apotheker voor zijn rol in de vervangingsbehandeling, **erkenning die zich concreet zou moeten vertalen in een specifiek honorarium.**

## **2. Nieuwe gegevens betreffende de karakteristieken van patiënten in substitutiebehandeling.**

De individuele biografische gegevens vóór en na de ontwikkeling van de drugverslaving werden met grote nauwkeurigheid nage trokken. Het is fundamenteel noodzakelijk gebleken de sociale oorsprong van de patiënten te reconstrueren, hun dagelijkse omgeving en levensstijl te begrijpen, maar ook om het vaak ingewikkeld traject van de patiënten te beschrijven doorheen "de gesloten instellingen" (dat wil zeggen degene die volledig het dagelijks leven voor hun rekening nemen, van het opvangtehuis tot de gevangenis of psychiatrische instelling), waarin talrijke patiënten geleefd hebben, om hun therapeutisch parcours te volgen, met een chronologie van de ontvangen zorgtypes.

De eerste vaststelling: de sociale oorsprong van de patiënten, in tegenstelling met wat men vaak over de drugverslaving hoort, die alle sociale milieu's zou treffen, wordt zeer sterk gekenmerkt door het behoren tot het arbeidersmilieu (bijna 2/3 van de patiënten hebben een vader die arbeider is). Deze arbeidersoorsprong vormt, door zijn massieve prevalentie, een belangrijke ontdekking van de studie. Zij maakt het mogelijk om nieuwe sociologische hypothesen uit te werken over de oorsprong van de drugverslaving aan heroïne, met name fragilisering van de arbeidersfamilies na de periode van "de dertig roemrijke jaren", met een ontbinding van de sociale solidariteit van de arbeidersklasse en een terugvallen op de familie. De relatie tussen de sociale oorsprong en het bereikte schoolniveau geven voor de Franstaligen een sterke "reproductie" (zo vader, zo zoon) aan terwijl de patiënten uit Vlaanderen een beter sociaal niveau schijnen te bereiken. Het zal nodig zijn om in verdere studies na te gaan of deze verschillende sociologische dimensies overeenstemmen met wat in de algemene bevolking wordt geobserveerd.

De tweede vaststelling: Bijna de helft van de patiënten leeft samen, en zo ja, is **in 38% van de gevallen de partner ook "verslaafde"**, maar bijna altijd ook in substitutiebehandeling. Er is dus bij bijna 18% van alle patiënten een dimensie "koppel" in de behandeling, die niet aan de klinici zou mogen ontsnappen. Van de patiënten krijgt 43.5% gelukkig de steun van een abstinente partner. De studie controleert eveneens hoe de goede of slechte verstandhouding met de partner een dimensie vormt van de levenskwaliteit, en van de verbetering die dank zij de behandeling beleefd wordt. Het is hier ook moeilijk te beslissen over oorzaak en oorsprong. Is het de verbetering die de goede verstandhouding met de partner bevordert, of de goede verstandhouding die de verbetering ondersteunt? De vergelijking tussen Gemeenschappen vestigt de aandacht op een groter isolement (40%) van de patiënten uit Wallonië-Brussel, gedeeltelijk ook in verband met hun leeftijd en een evolutie van de drugverslaving die de affectieve breuk bevordert.

De derde vaststelling: De sociale situatie van de patiënten wordt voor 64% gekenmerkt door de afwezigheid van professionele integratie, met een sterk verschil volgens de Gemeenschap. Van de patiënten uit Wallonië-Brussel is 74%, en van de patiënten uit Vlaanderen 55.6% werkloos. De situatie van sociale uitsluiting is dus vrij dramatisch voor de Franstalige patiënten. De patiënten uit Frankrijk (die wij verder zullen vermelden) onderscheiden zich op spectaculaire wijze: slechts 25% werkt niet!

De sterke tewerkstellingsgraad van deze patiënten, kenmerkt dus patiënten die vanuit Frankrijk zoeken naar een onderhoudsbehandeling met methadon. Het Franse zorgnetwerk zou rekening moeten houden met de situatie van deze personen, die sociaal geïntegreerd zijn en een mogelijkheid zoeken om hun statuut te beschermen, door hiervoor een meer soepele afleveringsprocedure van methadon uit te werken.

Een eerste negatief resultaat van de substitutiebehandeling: de afwezigheid van gunstige evolutie van de professionele integratie van de patiënten, volgens de duur van de behandeling. Als de substitutiebehandeling niet bijdraagt tot het vinden van werk, blijft het niettemin mogelijk, dat zij vermijdt werk te verliezen, voor de patiënt die er reeds heeft. Belangrijke inspanningen moeten nog gevoerd worden om de werkgelegenheid van deze patiënten te bevorderen, aangezien de kuur zelf er niet direct toe bijdraagt. De situatie wordt helaas nog ingewikkelder, door het bestaan van een belangrijke verhouding patiënten, 31.5% aan Franstalige kant en 25% van de Vlaamse patiënten, die zich niet in staat voelen om te werken, en 12% van de Franstaligen en 13.6% van de Vlaamse patiënten die verklaren niet te willen werken. Deze vervreemding van werk stijgt zelfs met de duur van de behandeling. Het gevoel van sociale uitsluiting neemt dus ook toe met de duur van de substitutiebehandeling. Dit vernauwt des te meer de vrijheid van handelen om de werkgelegenheid van de patiënten te bevorderen.

De vierde vaststelling: De patiënten hebben een zwaar verleden van totale opname in gesloten instelling. 21% kende de gevangenis en 9% heeft het opvangtehuis gekend, en 19% heeft beide gekend. **In totaal heeft dus de helft van de patiënten ervaring met gesloten instellingen.** De meest efficiënte preventie moet zich dus richten op de beschermingsinstellingen voor de jeugd, om een ontsporing van het gedrag te vermijden die tot drugverslaving leidt. Als men de gevangenis als "een school van de misdaad" beschouwt, ontplooit de "school van de drugverslaving" zich zeker ook in deze instellingen. Veel meer nog (zie het verschijnsel van "voortzetting", vermeld hierboven), dan in de secundaire scholen (en vooral in afdeling middelbaar onderwijs), waar door te veel preventiecampagnes de neiging ontstaat tot vervlaking. Elk gestructureerd voorstel tot preventie van druggebruik in de beschermingsinstellingen voor de jeugd zou dus een maximale steun moeten krijgen van de bevoegde instanties.

### 3. Huidige situatie van de behandeling in België

De eerste vaststelling: De huisartsgeneeskunde in privé-praktijk is de meest courante voorschrijfplaats voor methadon geworden. Wij preciseren dat wij hier spreken over een "uitgebreide" huisartsgeneeskunde, aangezien het in 10% van de gevallen gaat over een specialist in privé-praktijk. Om een beeld te gebruiken: methadon is "oplosbaar" in de huisartsgeneeskunde. Meer in de Franse Gemeenschap (56.4% - zonder met de patiënten van Frankrijk rekening te houden die bijna allemaal behandeld worden in huisartsgeneeskunde ) dan in Vlaanderen (34.4%). In de Vlaamse Gemeenschap zouden de Medico-Sociale Opvangcentra (MSOC) de meeste patiënten opvangen met 37%. De groepspraktijken, met bijna 16%, spelen een niet onbelangrijke rol in Franse Gemeenschap. Wij zijn niet in staat geweest om een onderscheid te maken tussen huisartsen in een netwerk en huisartsen die individueel werken. Een netwerk van huisartsen in privé-praktijk is nochtans van fundamenteel belang om verdere vorming en uitwisseling tussen practici te bevorderen. De conclusies van de Opvolging van de Consensusconferentie in 1997 (Ministerie van Volksgezondheid) , zijn in dit verband nog niet voorbijgestreefd.

De tweede vaststelling: De patiënten behandeld in een gespecialiseerd Centrum (maar niet in MSOC) hebben het zwaarste institutioneel verleden, met bijna twee derden (62%) die reeds een verblijf in gesloten instelling achter de rug hebben. Op dit punt is er quasi géén verschil tussen huisartsengeneeskunde en MSOC, (voor beiden hebben ongeveer 45% van hun patiënten een zwaar institutioneel verleden), hetgeen kan verrassen.

De derde vaststelling: Bekijken we het therapeutisch verleden tegenover de huidige therapievorm: de studie exploreert verschillende methodologische benaderingen om de dynamiek van de vraag naar zorgen te bestuderen. Zo'n analyse werd nog nooit in België uitgetoetst, het gaat dus om resultaten die met voorzichtigheid moeten gehanteerd worden, en die om een bevestiging vragen met andere steekproeven.

Als uitgangspunt kan men rekening houden met het geheel van vroegere behandelingswijzen. Als we de huidige behandelingswijzen vergelijken volgens de aan- of afwezigheid van andere behandelingswijzen in het verleden, stellen we vast dat de verschillen weinig belangrijk zijn. Wat betekent dat door deze benadering, die alle in het verleden gevolgde behandelingen samenvoegt, de zorgtypes zich dus de enen van de anderen niet onderscheiden. Door per gemeenschap te vergelijken, zal echter globaal genomen in Vlaanderen een vroegere opname in Therapeutische Gemeenschap meer voorkomen (42% voor slechts 22% bij de Franstaligen), en ook behandeling in een Gespecialiseerd Centrum (33% tegen 20% in de Franse Gemeenschap).

Men kan zeggen dat het parcours in Vlaanderen samengesteld is uit "zwaardere" zorginstanties. Vergeten we niet dat de patiënten in Vlaanderen jonger zijn, en minder anciënniteit hebben in de drugverslaving dan de Franstaligen. We zouden daarom verwachten dat het totaalpakket van verstrekte zorgen in het verleden minder omvangrijk zou zijn in Vlaanderen, maar het tegenovergestelde doet zich voor, zowel in de soorten bezochte zorginstanties als in aantal. Dus: meer verschillende en "zwaardere" behandelingen in Vlaanderen dan bij de Franstaligen, terwijl de patiënten jonger zijn. Behalve door aan te nemen dat ondanks alles de patiënten van Vlaanderen verschillend zouden zijn door de "ernst" van hun drugverslaving, hetgeen niet bevestigd wordt door de metingen van de sociale factoren, is men wel verplicht toe te geven dat het hier gaat om het effect van het zorgaanbod. Men kan de hypothese naar voor schuiven als zou het hier gaan om een gevolg van de achterstand in de verspreiding van het methadongebruik in Vlaanderen, en de mindere wil of durf van de Vlaamse huisartsen om zich bezig te houden met substitutiebehandelingen van verslaafden.

Om terug te komen op de analyse van het therapeutisch verleden naargelang het huidige zorgtype, sporen de resultaten in ieder geval aan **tot voorzichtigheid, alvorens te kunnen verzekeren dat de patiënten van dit of gene zorgtype "zwaardere" patiënten zouden zijn**. De situatie is zeer verward en wij zijn getuige van verkeer tussen de verschillende zorgtypes, dat niet schijnt te beantwoorden aan een bijzondere rationaliteit. Een beetje alsof veel patiënten "alles proberen wat bestaat", meer uit opportuniteit dan in het kader van een georganiseerd schema. Het lijkt ons dus een illusie om "zorgcircuits" te willen bouwen, en men stelt in ieder geval vast, dat de werkelijkheid niet met dergelijke rationaliteit overeenstemt (zie de vijfde vaststelling).

De vierde vaststelling: Als de huisartsengeneeskunde de meerderheid vormt, kijkend naar het geheel van de behandelingen op een gegeven moment, is zij bijna even belangrijk met 48% op niveau van de toegang tot het "zorgcircuit", aan het begin van de therapeutische loopbaan van de patiënten. Anders gezegd, de huisartsen-



geneeskunde is in één geval op twee de eerste toegang, maar ook in méér dan één geval op twee, de derde linie ! Bovendien is de toegang tot het “zorgencircuit” meteen een substitutiebehandeling voor 2/3 van de patiënten. Dat alleen zou volstaan om het belang te bewijzen dat methadon in België in de behandeling van de drugverslaving heeft verkregen.

De vijfde vaststelling: Door de analyse van het **zorgtraject** voort te zetten, merken wij dat meer dan een kwart (27%) van de patiënten op het moment van de studie aan hun eerste behandeling bezig is, 31% aan hun tweede, 22% aan hun derde en 20% heeft er al vier of meer opzitten. Maar belangrijk om te onderstrepen, is vooral het verband tussen de toegang tot "het zorgencircuit", en het latere aantal of type van zorgverstrekkingen . Allereerst wat de complexiteit van het zorgtraject betreft, bevordert een toegang via een groepspraktijk of via een huisarts in privé-praktijk een minder aantal verschillende latere zorgen. Vervolgens, wat de verderzetting van de zorgen naargelang hun type betreft, zijn 73.5% van de patiënten die in privé-praktijk begonnen zijn, op het moment van de evaluatie nog altijd in privé-praktijk.

Voor diegenen die op het ogenblik van de evaluatie in privé-praktijk in behandeling zijn, is het 4 keer waarschijnlijker dat ze hun behandeling ook in privé-praktijk begonnen zijn! Een derde van alle patiënten volgt dit traject. Voorts is de aantrekkingskracht van de privé-praktijk ook duidelijk door 19% die er terechtkomen, na een ander type behandeling gevolgd te hebben. Op dezelfde manier hebben de groepspraktijken eveneens een zeer sterke aantrekkingskracht: het is bijna zeven keer waarschijnlijker om momenteel in een groepspraktijk gevolgd te worden , als men er ook het zorgtraject begonnen is. Daarentegen trekken de privé-praktijk en de groepspraktijk mekaar niet aan, het is integendeel twee keer minder waarschijnlijk om zich in de ene te bevinden als men begonnen is in de andere. Wat de gespecialiseerde centra of MSOC betreft, observeren wij een sterke wederzijdse aantrekkingskracht (4 keer waarschijnlijker om van de ene naar de andere over te stappen), terwijl het omgekeerde waar is ten aanzien van de privé-praktijk .

Men zou op het eerste zicht kunnen denken dat dit een verschillende “ernst” van de drugverslaving weergeeft, die het therapeutisch veld verdeelt in "zware" instellingen enerzijds (MSOC, gespecialiseerd centrum), en in groeps- en privé-praktijk anderzijds.

Wij kunnen op basis van de studie deze “gezond verstand”-opvatting niet bevestigen. Bijvoorbeeld, stellen wijgeen "specifieke ernst" van de patiënten van MSOC vast.

MSOC's onderscheiden zich van de andere behandelingstypes door:

1. Een lagere verhouding patiënten met een verleden van opsluiting (22.4%, terwijl dit cijfer 53.2% bedraagt in de andere gespecialiseerde centra ).
2. Een lagere verhouding gebruik van methadon in het zwart (24.4%, tegenover 51.2% in groepspraktijken).
3. Voor de andere karakteristieken die de verschillende behandelingstypes onderscheiden: de latentie van het eerste voorschrift van methadon, het huidige gebruik van amfetamines of XTC of de index van de gedragsproblemen in de officina, bevinden de patiënten van MSOC's zich rond het gemiddelde (terwijl de patiënten van groepspraktijken het meest ongunstig profiel hebben). Als er al een tendens tot bepaling van de “ernst” van de situatie zou bestaan, zou het eerder voor deze patiënten van de groepspraktijken zijn.

Men moet afstappen van een visie “volgens het gezond verstand”, die de soorten zorgen a-priori volgens criteria van "zwaarte" of ernst zou indelen. Er zou een relatief uniform cliënteel zijn, en het verkeer van de patiënten zou afhangen van externe factoren, of van een aantrekkingskracht voor een bepaald soort onthaalstructuur , los

van "de ernst" van hun geval. Dit resultaat vereenvoudigt de politiek inzake het zorgaanbod op dit gebied niet! Deze studie wil evenwel het debat niet sluiten. Het zou wenselijk zijn om een evaluatieve studie te maken van de verschillen tussen de patiënten bij hun toelating tot de verschillende zorg-types, met een goed instrument dat een schaal van "ernst" (Evolutox<sup>2</sup>, bijvoorbeeld) bevat en op een meer uitgebreide steekproef.

De zesde vaststelling: Het aantal artsen die methadon voorschreven sinds het eerste contact met het geneesmiddel is laag: 73% van de patiënten heeft niet meer dan twee artsen gehad (35% heeft er slechts één gehad). Slechts 4.5% heeft meer dan 6 artsen gekend. "Verlopen" tussen talrijke artsen om methadon te bekomen is dus een zeldzaam verschijnsel en "de trouw" is zeer duidelijk de regel. In de loop van één jaar (het afgelopen jaar), heeft 86% van de patiënten slechts één voorschrijvende arts gehad. Anders gezegd is 14% van de patiënten van arts veranderd, en slechts 2,6% heeft er 3 of méér gehad.

Wij bevestigen dus zeker niet de vaak uitgesproken bezorgheid over "medische shopping" en van de anarchie in het beroep doen op de artsen om voorschriften te krijgen. Als dit al bestaat, is het marginaal. Alleen een nationale registratie van de patiënten kan erin slagen dit misbruik te beperken en te vermijden door de betrokken zorgverstrekkers te verwittigen.

Wat de stabiliteit betreft van het regelmatig bezoek aan de apotheek, schijnt de situatie niet zich speciaal te onderscheiden van wat bij de arts wordt geobserveerd. In de loop van het afgelopen jaar heeft 85% van de patiënten slechts één apotheek en 1.3% van de patiënten 3 apotheken of meer bezocht.

De zevende vaststelling: Het verloop van het gebruik van methadon ziet er als volgt uit: Het gebruik van methadon begint twee jaar vroeger in Vlaanderen (24 jaar gemiddeld) dan in de Franse Gemeenschap (26 jaar). Een uitvoerige analyse van de statistische verdeling laat 10% van de Vlaamse patiënten zien met methadongebruik vóór 18 jaar (slechts 2% bij de Franstaligen). 11% van de patiënten in Vlaanderen is pas begonnen na 30 jaar, maar 28% van de patiënten bij de Franstaligen .

Dit is des te opmerkelijker omdat het begin van het heroïnegebruik identiek is in de twee Gemeenschappen, dat wil zeggen aan 20,4 jaar gemiddeld. De eerste zorgen (welke het ook zijn) komen ook vroeger in Vlaanderen (21.4 jaar tegen 23 jaar in de Franse Gemeenschap). De latentie van de eerste zorgen in Vlaanderen is dus helft korter dan die van de Franstalige patiënten. Dit vult dus "het portret" van de zorgen in Vlaanderen ten opzichte van de Franse Gemeenschap aan: niet alleen hebben de patiënten er een hoger aantal therapeutische fasen, meer behandeling in instellingen, maar beginnen ze ook vroeger aan hun therapeutisch parcours.

Op het moment van de evaluatie, bedraagt de duur van het heroïnegebruik 9 jaar in Vlaanderen tegen méér dan 12 jaar in de Franse Gemeenschap. De ervaring met methadon (zonder de eventuele onderbrekingen) bedraagt 5.4 jaar in Vlaanderen en 6.7 jaar bij de Franstaligen.

De achtste vaststelling: Wij hebben de bevolking in twee groepen verdeeld, volgens dat het begin van hun drugverslaving zich situeert vóór of na de Consensusconferentie over methadon (1994), om op grove wijze twee historische perioden van drugverslaving te onderscheiden, en de aandacht te vestigen op de rol van de uitbreiding van de beschikbaarheid van methadon. Een eerste belangrijk

---

<sup>2</sup> (Rémy, C., Ledoux, Y., 2001)

epidemiologisch verschil verschijnt plots volgens de Gemeenschap: bij de Franstaligen is het begin van het heroïnegebruik gestegen van 19.4 jaar vóór 1994 naar 22.3 jaar daarna. Deze evolutie is natuurlijk zeer gunstig. In Vlaanderen, is geen enkele belangrijke evolutie van de beginleeftijd (20.5 jaar vóór en nà 1994) vastgesteld. De recentste gebruikers van heroïne zijn dus jonger begonnen in Vlaanderen dan in de Franse Gemeenschap. Vóór de Consensus over methadon, moest een Franstalige patiënt 7 jaar wachten na het begin van de drugverslaving om toegang te krijgen tot methadon (5.5 jaar voor een Vlaamse patiënt), sindsdien minder dan 2.5 jaar (2 jaar voor een Vlaamse patiënt).

De negende vaststelling: De **verderzetting van het heroïnegebruik** vormt een niet te omzeilen onderdeel van elke evaluatie van substitutiebehandelingen. Het gebruik van andere substanties wordt eveneens vaak behandeld.

In deze studie gaat het natuurlijk om de antwoorden die spontaan door de patiënten worden gegeven en niet over resultaten van biologische analyses. De vraag had betrekking op het gebruik in de loop van de 3 laatste maanden, en 46% van de patiënten uit België heeft geantwoord dat zij heroïne hadden gebruikt. De resultaten zijn minder gunstig voor de patiënten uit Vlaanderen met 56.2% van heroïne(voort)gebruikers en 42.5% voor de Franstaligen. Het relatieve risico bedraagt 1.74 voor een verder gebruik van heroïne tijdens de behandeling door een Vlaamse patiënt die met een Franstalige wordt vergeleken. Men zal opmerken dat de frequentie van het gebruik dat door de patiënten wordt vermeld, wekelijks of dagelijks is voor 21% van het geheel (403 patiënten) en 55% van de heroïnegebruikers. Dit lijkt een eerbaar globaal resultaat van de behandeling, maar wij reserveren een vergelijkende analyse voor de verlenging van voorliggende studie. Voorts hebben slechts 5.6% van de heroïnegebruikers verklaard dat hun verbruik niet was verminderd, of gestegen (1.9%), alle anderen brengen naar voren dat hun heroïnegebruik is verminderd. Gezien de gerechtvaardigde bezorgdheid over risicoreductie, werd de manier van gebruik (langs intraveneuze weg of niet) gecontroleerd: 16.3% van de Belgische patiënten die voort heroïne gebruiken, doen dit via injectie, dit vertegenwoordigt 7.5% van alle Belgische patiënten.

Dit cijfer houdt weliswaar geen rekening met de patiënten die de **intraveneuze weg** blijven gebruiken voor cocaïne, terwijl ze hun heroïne roken. Rekening houdend met deze patiënten, injecteren 11.5% van alle Belgische patiënten (met de patiënten uit Frankrijk erbij, is de globale verhouding 9.8%). Vergeleken met de gegevens die worden verstrekt door de opvangcentra over de prevalentie van het spuitgedrag van de patiënten op het moment van consultatie (tussen 40% en 50%, Sleiman, 2003), wijst het hier voorgestelde resultaat dus op een sterke vermindering van deze manier van gebruik. Wij hebben gezien dat de patiënten uit Vlaanderen meer dan de Franstaligen het heroïnegebruik verderzetten, en we moeten onderstrepen dat deze patiënten ook meer injecteren! 14.6% van de Vlaamse patiënten injecteert heroïne tegen 5% van de Franstaligen. Het relatief risico bedraagt 3.24 voor deze manier van gebruik bij de Vlaamse patiënten vergeleken met die van de Franse Gemeenschap. **Het gebruik van cocaïne betreft 29% van alle patiënten.** In Vlaanderen eveneens een tendens tot een sterkere prevalentie ( $p = .07$ ) met 37.1% tegen 27% in de Franse Gemeenschap. Geen enkele Vlaamse patiënt gebruikt de intraveneuze weg uitsluitend voor cocaïne.

De andere substanties worden gebruikt met de volgende prevalentie (in de loop van de 3 laatste maanden): Tabak, 92.4%; Cannabis, 60.8%; Alcohol, 55.8%; Benzodiazepines, 36.6%; Antidepressiva, 24.1%; Ecstasy, 7.2%; Flunitrazepam (Rohypnol®), 5.9% (belangrijk verschil tussen Gemeenschappen: 7.8% voor de

Franstalige patiënten en maar 1.1% in Vlaanderen) en Amfetamines, 4.3%. Wat het alcoholverbruik betreft, dit zal meer nauwkeurig (hoeveelheid/frekwentie) gemeten worden in de verlenging van deze studie. Als bijna één patiënt op twee 3 drugs of meer gebruikt (tabak uitgesloten), is er niettemin ook 10% die geen enkele drug gebruikt.

De tiende vaststelling: heroïnegebruik volgens methadondosering: wij stellen een **afwezigheid** vast van een verband tussen de methadondosis en het gebruik (47.7mg) en de afwezigheid van gebruik (48.2mg) van heroïne. Dit resultaat is zeer verrassend in vergelijking met dat van internationale studies, en met de vaak bevestigde veronderstelling van een blokkering van heroïnegebruik bij hoger gedoseerd methadon. Bovendien doen wij een net zo verwarrende vaststelling ten aanzien van het injecterend heroïnegebruik (66.7mg bij injecteerders en 44mg bij niet-injecteerders) of ten aanzien van cocaïnegebruik (54.3mg bij de gebruikers en 45.2mg bij de niet-gebruikers -  $p=0.07$ ). Het verband is slechts significantief in Vlaanderen (45.7mg voor de gebruikers van cocaïne en 32mg voor de anderen), terwijl bij de Franstaligen alleen het injecterend cocaïnegebruik verband houdt met een hogere dosis methadon. Bij het zien van deze resultaten, coherent in een onverwachte richting, zullen sommigen een verklaring vinden als zouden "de zwaardere gevallen" een hogere dosis methadon krijgen. Maar waarin ligt dan het heilzaam gevolg van een hogere dosis? Gezien de transversale aard van de gegevensverzameling, worden alle patiënten op verschillende evolutieniveaus op hetzelfde moment bestudeerd. Wij vermengen dus tegengestelde situaties, want volgens hetgeen wij kennen uit de klinische praktijk, krijgen bepaalde patiënten die bijna gestabiliseerd zijn een lagere dosis, terwijl anderen bij nieuwe moeilijkheden een verhoogde dosis krijgen. Bovendien hebben verhogingen of verminderingen vanaf verschillende basisniveau's waarschijnlijk geen identieke betekenis. Misschien geeft "het gemiddelde" van al deze situaties een globaal beeld dat geen richting meer heeft? Wij hebben geprobeerd om ons onbehagen te overwinnen, door de gegevens dynamischer te maken, rekening houdend met de dosis bij het begin van het contact met de officina, en met de huidige dosis. Daarvoor hebben we de populatie (alleen geldig voor de **247 patiënten** die door de apotheker werden geëvalueerd, en die eveneens de "zelf-evaluatie" vragenlijst invulden) verdeeld in twee groepen, één met verlaging van de methadondosis sinds het begin van de huidige behandeling, en de andere met een stijging (en stabilisatie) van de methadondosis.

In tegenstelling tot hetgeen algemeen aangenomen wordt, dat een verlaging van de dosis vergezeld gaat door een verbetering, merken wij integendeel op dat zij vergezeld gaat door hogere prevalentie van heroïnegebruik (47.8% vergeleken met 32.5% heroïnegebruik bij degenen met een verhoging of een handhaving van de methadondosis). Dit waarschuwt voor de risico's verbonden aan een verlaging van de dosis en geeft een resultaat dat meer overeenkomt met de bestaande studies.

Wij hebben nog geen verdere analyse gedaan door de beginniveau's van de dosis in detail te beschrijven. Het probleem van de dosis heeft dus nog verre van een bevredigende verklaring gevonden. Men kan zich in ieder geval afvragen, of over het algemeen genomen de methadondosis in België goed bijgestuurd wordt. Ofwel is dan de manier van zorgverstrekking zo belangrijk dat de verklaring voor een verbetering van de patiënt zich doodeenvoudig elders bevindt, dan in een gevolg van de methadondosis. Dit "elders" is volgens ons de therapeutische relatie die tussen de patiënt en zijn arts wordt onderhouden (ondersteund door die met de apotheker). Het zou dan op het niveau van de Therapeutische Alliantie zijn die ontstaat tussen de therapeut en de patiënt, dat alles zich afspeelt. De aandacht voor de dosis zou

« te mechanisch » zijn om de kliniek te benaderen, want een hoge dosis methadon, niet vergezeld van een goede Therapeutische Alliantie, zou in elk geval toch geen goede resultaten opleveren

De elfde vaststelling: De metingen van het **“welzijn” van de patiënten** tonen verschillen aan tussen de Gemeenschappen, met een meting van de globale tevredenheid en een meting van de neiging tot depressie, waarbij de patiënten uit Vlaanderen significantief gunstiger scores. Wij geloven niet dat het welzijn van de patiënt zich hier beperkt tot een gevolg van de behandeling, maar evenveel een meer algemene culturele dimensie weergeeft. Een vergelijking met de situatie in de algemene bevolking, voorzien in de verderzetting van de studie, zou het mogelijk moeten maken om onze positie te bevestigen.

De twaalfde vaststelling: De **Therapeutische Alliantie** werd reeds vermeld, maar wij staan erop het belang ervan te onderstrepen om beter inzicht te krijgen in de behandeling en haar moeilijkheden. De meting van de Alliantie maakt het mogelijk talrijke situaties te onderscheiden, die wel of niet gunstig zijn voor de behandeling. Zowel het gebruik van het methadon in het zwart in het verleden, en vooral wanneer de uitleg die aan dit gebruik wordt gegeven zelfmedicatie is, de oude riskante praktijk van uitwisseling van injectiemateriaal, als de verderzetting van het gebruik van heroïne, houden allemaal verband met een tekortschieten van de huidige therapeutische Alliantie. Daarentegen stemt het overlijden van de vader overeen met een betere Alliantie met de arts, hetgeen discussieperspectieven opent over de vaderrol van de arts.

Een regressie-analyse van de Alliantie heeft ook een geheel van factoren samengevat waarvan waarvan de meest gunstige de inbreng van de substitutiebehandeling is op het vlak van de psychische gezondheid . Zij houdt dus zeer duidelijk verband met het welzijn dat door de patiënt ervaren wordt dank zij de behandeling. Vandaar onze wens om het gebruik van dit instrument in de evaluatie van de kliniek te zien uitbreiden.

De dertiende vaststelling: Om te meten hoe de substitutiebehandeling door de patiënt beleefd wordt, werd een origineel instrument gecreëerd: een schaal van positieve inbreng van de behandeling (een instrument dat uitgewerkt werd voor een evaluatie door artsen, werd omgewerkt tot een zelf-evaluatie door de patiënt). Dit instrument maakt het mogelijk om de patiënten te situeren in 3 dimensies van de behandeling: 1. De inbreng op de psychische gezondheid 2. Het afstand nemen van drugs 3. Het in orde geraken met het Gerecht.

Dank zij het gebruik van dit instrument, hebben we aangetoond dat:

1. De patiënten uit Vlaanderen zich onderscheiden door minder afstand te nemen ten opzichte van de drugs, terwijl de patiënten van Wallonië-Brussel zich onderscheiden door een mindere inbreng in de psychische gezondheid. 2. De jongste patiënten (minder dan dan 25 jaar) voelden een meer belangrijke globale inbreng, maar er is geen toename volgens de leeftijd 3. het feit van met een abstinente persoon te leven, of van met zijn kinderen te leven, verbetert het nemen van afstand ten aanzien van drugs. 4. De globale inbreng van de behandeling houdt verband met een verbetering van de betrekkingen met de ouders.

5. De globale inbreng van de behandeling en van al zijn dimensies zijn positief gelinkt aan de therapeutische Alliantie. 6. Noch de inbreng van de behandeling, noch enige van zijn dimensies houdt verband met de dosis methadon, noch is er enig significant verband met de evolutie van deze dosis. Dit bevestigt de vorige observaties en de

afwezigheid van een verband tussen de dosis en de verbetering (hier de verbetering die door de patiënt zelf wordt ervaren).

De veertiende vaststelling : De **relatie van de patiënt tot de apotheker** werd in verschillende dimensies opgesplitst: de erkenning van de rol van de apotheker in de behandeling, het onbehagen bij het bezoek aan de officina, de kritiek op de organisatie van de aflevering, de naleving (compliance), de relationele problemen, de druk die wordt gevoeld op de methadondosis, het ontbreken van "trouw". Deze dimensies vormen een eerste etappe voor de opbouw van een globale index, naar het model van de therapeutische Alliantie. In afwachting, hebben wij geprobeerd om de relatie tot de apotheker te situeren ten opzichte van de therapeutische Alliantie . Een regressie-analyse van de inbreng van de kuur heeft duidelijk aangetoond dat de erkenning van de rol van de apotheker zich in tweede positie bevindt, na de therapeutische Alliantie met de arts. De erkenning van de rol van de apotheker heeft een hoger effect dan de welzijnsindex, dan de index van globale tevredenheid, dan de verstandhouding met de ouders of nog, dan de afwezigheid van het nemen van methadon in het zwart als drug...

Het relatie die met de officina-apotheker wordt onderhouden, vormt dus een miskende dimensie van de substitutiebehandeling. Deze studie heeft dus bijgedragen tot het naar voor brengen van het belang van deze relatie in de beleving van de patiënt. Dit moet het voor het apothekersberoep mogelijk maken om eindelijk zijn rol te laten erkennen als aanvulling op die van de therapeut, in de verbetering van de situatie zoals die door de patiënten wordt beleefd. Het gaat zeker om een specificiteit van het in België ontwikkeld hulpmodel, dat die apothekers zal aanmoedigen die nog aarzelen om deel te nemen aan het onthaal van verslaafden, en aan de collega's in andere landen een nieuw zicht zullen geven op het beroep en zijn dimensie van volksgezondheid of doodeenvoudig op zijn humane dimensie.

## **Verwijzingen**

- Ledoux, Y. (2001). Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes. Les dimensions de l'efficacité substitutive.
- Remy, C. (2001). Openingstoespraak : L'outil d'évaluation qualitative, une "colonne vertébrale" pour construire un réseau d'accueil et de soins aux toxicomanes, In de Akten van het Seminarie : « Evaluation et Promotion de la Qualité des Soins aux toxicomanes. Substitutions en Europe, Projet de Recherche-Action. », onder bescherming van de Europese Gemeenschap. Luxemburg. 10 maart 2001, 48 p., pp 1-11 en 22-45.
- Sleiman, S. (2003). Belgian National Report on drugs. 34-35.

Algemene Pharmaceutische Bond. 11 Archimedestraat. 1000 Brussel