

FEDERAAL ONDERZOEKSPROGRAMMA DRUGS

SAMENVATTING

OMER-BE

**Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice
in alcohol and other drug services in Belgium (BE)**

AUTEURS:

Charlotte MIGCHELS (VUB)
Amine ZERROUK (UGent)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)

PROMOTOREN:

Wouter VANDERPLASSCHEN – Department of Special Needs Education, UGent
Cleo Lina CRUNELLE – Department of Psychiatry, VUB/UZ Brussels
Frieda MATTHYS – Department of Psychiatry, VUB/UZ Brussels
Luk VAN BAELEN – Sciensano
Lies GREMAUX – Sciensano
Wim VAN DEN BRINK – Department of Psychiatry, Amsterdam University
Medical Center (the Netherlands)

OMER-BE

Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice in alcohol and other drug services in Belgium (BE)

Contract - DR/90/OMER-BE

SAMENVATTING

PROMOTOREN:

Wouter VANDERPLASSCHEN (UGent)
Cleo Lina CRUNELLE (VUB/UZ Brussels)
Frieda MATTHYS (VUB/UZ Brussels)
Luk VAN BAELEN (Sciensano)
Lies GREMAUX (Sciensano)
Wim VAN DEN BRINK (Amsterdam University Medical Center)

AUTEURS:

Charlotte MIGCHELS (VUB)
Amine ZERROUK (UGent)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)





Uitgegeven in 2025 door het Federaal Wetenschapsbeleid (BELSPO)
WTC III
Simon Bolivarlaan 30
B-1000 Brussel
België
Tel: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12
<http://www.belspo.be>
<http://www.belspo.be/drugs>

Contactpersoon: Aziz Naji
Tel: +32 (0)2 238 36 46

Het Federaal Wetenschapsbeleid of iemand die handelt in naam van het Federaal Wetenschapsbeleid is niet verantwoordelijk voor het gebruik dat gemaakt kan worden van deze informatie. De auteurs zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, elektronisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder vermelding van de bron:

Migchels, C., Zerrouk, A., Antoine, J., Fernandez K., De Ruyscher C., Matthys, F., Gremaux L., van den Brink, W., Crunelle, C.L., & Vanderplasschen W. Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice in alcohol and other drug services in Belgium. Samenvatting. Brussel: Federaal Wetenschapsbeleid 2025 – 20 p. (Federaal Onderzoeksprogramma Drugs)

I. INLEIDING

Alcohol- en andere middelengebondenstoornissen (Substance Use Disorders, SUDs) worden in verband gebracht met een reeks negatieve psychologische, lichamelijke en sociale gevolgen [1]. De chronische, terugkerende aard van SUDs en de daarmee samenhangende economische, juridische, huisvestings- en relationele problemen hebben niet alleen een impact op het individu, maar ook op families, buurten en volledige gemeenschappen [2–5]. SUDs hebben een aanzienlijke en toenemende impact op de morbiditeit en mortaliteit over de hele wereld [6–8]. Wereldwijd veroorzaakt schadelijk alcoholgebruik jaarlijks 3 miljoen doden, wat overeenkomt met 5,3% van alle sterfgevallen, en is het verantwoordelijk voor 5,1% van de mondiale ziektelast [9]. Recente bevindingen uit de jaarlijkse National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) tonen aan dat 10,5% van de Amerikaanse bevolking van 12 jaar en ouder voldeed aan de DSM-5-criteria voor een alcoholstoornis in het afgelopen jaar, en 8,5% voldeed aan de criteria voor een andere middelstoornis (illegale drugs) [10].

De American Society of Addiction Medicine [11] beschouwt verslaving, de meest ernstige vorm van SUD [12], als “een behandelbare, chronische medische aandoening die het resultaat is van complexe interacties tussen hersencircuits, genetica, de omgeving en de levenservaringen van een individu. Personen met een verslaving gebruiken middelen of vertonen gedrag dat dwangmatig wordt en vaak doorgaat ondanks schadelijke gevolgen.” Naast preventie en repressie worden behandeling en schadebeperking beschouwd als waardevolle volksgezondheidsmaatregelen om de impact van middelengebruik en aanverwante problemen te verminderen [1, 13, 14]. De effectiviteit en efficiëntie van behandelingen bij middelengebruik en verslaving worden vaak ter discussie gesteld vanwege de hoge terugval- en uitvalpercentages en kleine tot matige effectgroottes van de meeste interventies en behandelmodaliteiten [15–17]. Toch hebben talrijke studies een duidelijke associatie aangetoond tussen de duur dat iemand een behandeling volhoudt (retentie) en succesvolle uitkomsten, evenals het belang van continue zorg en ondersteuning voor het behouden en consolideren van veranderingen [18, 19]. Cijfers over dit onderwerp ontbreken grotendeels in België.

II. ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK

De OMER-BE-studie vertrok vanuit bovenstaande vaststellingen, (positieve) bevindingen uit cohortstudies in de VS en Europa die uitkomsten vergeleken tussen verschillende behandelmodaliteiten en het ontbreken van gelijkaardig onderzoek in België. Hoewel er in Vlaanderen/België enkele initiatieven zijn genomen om systematische monitoring van behandeluitkomsten en ervaringen te implementeren (zoals patiëntenbevragingen, het Vlaams Indicatorenproject, BELRAI-registratie), hebben deze inspanningen vooral betrekking op afzonderlijke indicatoren en/of zijn ze beperkt tot bepaalde zorgdiensten of worden ze als onvoldoende specifiek beschouwd voor de verslavingszorg. De aanbeveling van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) [20] om het gebruik van patiëntgerapporteerde uitkomst- en ervaringsmetingen in de zorgpraktijk en het beleid te versterken, vormde een bijkomende stimulans om deze studie op te starten. Patiëntgerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs – Patient-Reported Outcome Measures) verwijzen naar informatie over behandelresultaten zoals ervaren door cliënten, waaronder symptomen, levenskwaliteit, lichamelijk functioneren en psychisch welzijn. Patiëntgerapporteerde ervaringsmetingen (PREMs – Patient-Reported Experience Measures) focussen op de ervaringen van cliënten met zorgdiensten en betreffen praktische aspecten zoals toegankelijkheid, informatievoorziening en besluitvorming, en continuïteit van zorg.

Het gebruik van PROMs en PREMs als onderdeel van routine outcome monitoring (ROM) is relatief nieuw en brengt het perspectief van de cliënt binnen, dat aanzienlijk kan verschillen van dat van zorgverleners of andere betrokkenen. In België ontbreekt monitoring van behandelvoortgang op macroniveau grotendeels en, op enkele initiatieven op dienst- of instellingsniveau na, is monitoring van behandeluitkomsten niet verplicht of gebruikelijk. In Vlaanderen werden tijdens het VIP²-project vrijwillig een aantal kwaliteits- en uitkomstindicatoren verzameld, terwijl het BELRAI-instrument werd geïntroduceerd als gestandaardiseerd evaluatie-instrument binnen diverse welzijns- en gezondheidsdiensten, inclusief een specifiek luik voor de verslavingszorg. Een uitkomst-/monitoringsversie van dit instrument is echter niet beschikbaar.

Onze scoping review van de literatuur [21] toonde aan dat hoewel de implementatie van PROMs en PREMs in centra voor verslavingszorg toeneemt, het gebruik ervan zich nog in een beginstadium bevindt en sterk gefragmenteerd is [22–27]. Deze patiëntgerapporteerde metingen hebben het potentieel om de kwaliteit en effectiviteit van verslavingsbehandelingen te verbeteren, maar het is onduidelijk welke metingen het meest geschikt zijn voor de klinische praktijk en welke specifieke uitdagingen (zoals belemmerende en bevorderende factoren) gepaard gaan met de implementatie ervan. Op basis van een overzicht van 23 internationale studies bleek dat het gebruik van PROMs relatief nieuw en onregelmatig verspreid is. De toepassing ervan beperkt zich vooral tot onderzoeksprojecten en komt weinig voor in de dagelijkse praktijk. Het gebruik van PREMs is nog zeldzamer, mede door het gebrek aan geschikte instrumenten. Er zijn aanzienlijke verschillen in de manier waarop PROMs en PREMs worden onderzocht, ontwikkeld en verzameld in de klinische praktijk. Extra richtlijnen zijn nodig om klinici en onderzoekers te ondersteunen bij het selecteren van valide, betekenisvolle en vergelijkbare patiëntgerapporteerde instrumenten, zoals we ook in de OMER-BE studie hebben gedaan, en om waardevolle inzichten te bieden over hoe barrières bij het gebruik van deze metingen in de klinische praktijk kunnen worden overwonnen [21]. Daarom gebruikten we gestandaardiseerde en vergelijkbare instrumenten en implementatiemethoden, gebaseerd op het ICHOM SSA-instrument, om het effect van PROM- en PREM-data op behandelkwaliteit en -uitkomsten beter te begrijpen en te benutten. Nieuwe en nog niet gevalideerde instrumenten werden vertaald en aangepast aan de Belgische context en gevalideerd in het Nederlands (SURE-NL en PREMAT-NL) [28, 29].

In tegenstelling tot eerdere studies rond behandeluitkomsten, vertrok de OMER-BE-studie vanuit een herstelperspectief in plaats van een acute zorgbenadering. We volgden de deelnemers gedurende zes maanden op regelmatige tijdstippen op (met intervallen van 45 en 90 dagen) na de start van een nieuwe behandelperiode [30]. Traditioneel werd verslavingszorg geëvalueerd vanuit een acute zorgbenadering, waarbij men de situatie van de cliënt na behandeling beoordeelt en veronderstelt dat de uitkomsten bestendig worden na een behandeling. De opkomende literatuur rond herstel toont echter aan dat herstel vaak tijd vergt en dat mensen meerdere behandeltrajecten nodig hebben voordat zij als in “stabiel herstel” (>5 jaar) kunnen worden beschouwd [31–33]. Hoewel we in deze studie voornamelijk een residentiële behandelperiode gebruikten als startpunt voor het meten van patiëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen, breidden we de traditionele reikwijdte van uitkomststudies uit door verschillende levensdomeinen te evalueren die verband houden met gezondheid, welzijn en burgerschap (dus ruimer dan enkel middelengebruik) en door een dimensionale benadering van herstel te hanteren in plaats van een dichotome benadering (onthouding/terugval). Herstel werd op meerdere momenten gemeten (45, 90 en 180 dagen na de initiële evaluatie) om te observeren hoe individuen evolueren na het begin van behandeling en welke co-variabelen de uitkomsten en ervaringen van cliënten beïnvloeden [30].

In 2015 werd in Vlaanderen een shift gemaakt naar herstelgerichte zorg en ondersteuning in de verslavingszorg [34], in het verlengde van gelijkaardige evoluties in de geestelijke gezondheidszorg die in 2012 werden ingezet via de zogenaamde “artikel 107”-hervorming [35]. Het herstelmodel omvat een belangrijke verschuiving weg van een louter medisch behandelmodel naar een benadering van persoonlijk herstel, waarbij verslaving wordt beschouwd als een individueel en niet-lineair proces dat gepersonaliseerde ondersteuning vereist die in de tijd kan variëren, met een focus op continue zorg en aandacht voor het welzijn, levenskwaliteit en sociale verbondenheid van het individu [32].

III. KENMERKEN VAN DE STEEKPROEF

In totaal namen 189 personen deel aan de OMER-BE studie, waarvan 81 behandeld werden op een verslavingsafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis, 80 in een drugsvrije therapeutische gemeenschap (TG) en 28 deelnemers (14,8%) werden gerekruteerd in de ambulante verslavingszorg. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 35,5 jaar bij de start van het onderzoek. De meerderheid van de deelnemers waren mannen (82,5%), hadden een middelbareschooldiploma (60,3%) en woonden alleen (47,6%). De meeste deelnemers (81%) hadden eerder een behandeling voor SUD ondergaan. De meest gerapporteerde probleemmiddelen waren alcohol (53,8%), cocaïne (43,5%) en cannabis (34,4%), wat tevens duidt op een frequente aanwezigheid van polydruggebruik [30].

Initiële vergelijkingen werden gemaakt tussen de drie behandelingsmodaliteiten. Bij het vergelijken van sociodemografische en klinische kenmerken werden geen significante verschillen gevonden in termen van leeftijd, geslacht, woonsituatie of geboorteland. Wel werden significante verschillen waargenomen met betrekking tot opleidingsniveau, behandelingsgeschiedenis, deelname aan substitutietherapie (OST) en de gerapporteerde primaire probleemmiddelen. Post-hoc analyses toonden aan dat deelnemers in de psychiatrische centra (PC) het hoogste opleidingsniveau hadden, gevolgd door mensen in de ambulante groep en ten slotte de individuen in de TG-groep. Gemiddeld had 82,7% van de deelnemers uit de PC-groep en 85% van de deelnemers uit de TG-groep een voorgeschiedenis van SUD-behandeling, zonder statistisch significant verschil tussen beide groepen. Een significant hoger percentage van de deelnemers in de ambulante groep (46,4%) volgde een vorm van OST. Wat betreft middelengebruik werd alcohol vaker gerapporteerd als het primaire middel in de PC-groep. Daarentegen werden opioïden het vaakst als primaire substantie gerapporteerd in de ambulante groep. Amfetaminen, cocaïne en GHB werden significant vaker gemeld in de TG-groep. Een aanzienlijk hoger percentage deelnemers in de TG-groep rapporteerde meer dan één primair probleemmiddel.

Hoewel achtergrondvariabelen (case-mix) verschilden tussen de drie behandelingsmodaliteiten op het gebied van opleidingsniveau, behandelingsgeschiedenis en primair middel, werden er geen verschillen gevonden met betrekking tot comorbide psychische problemen, met uitzondering van ADHD, dat vaker voorkwam bij personen in TGs [30]. De PROM-scores bij aanvang waren vergelijkbaar tussen de verschillende behandelmodaliteiten, behalve de SURE-NL-scores, die significant hoger waren bij deelnemers in residentiële verslavingscentra vergeleken met participanten in ambulante diensten, met name voor de domeinen ‘middelengebruik’, ‘zelfzorg’ en ‘levensperspectief’. Uitvalanalyses toonden aanzienlijke uitvalpercentages bij de eerste en volgende follow-upmetingen (36,5%), met name in de ambulante diensten. Vergelijkingen tussen deelnemers die de 45-dagen follow-up voltooiden en degenen die dat niet deden, toonden enkele significante verschillen. Deelnemers die in het onderzoek bleven, waren significant ouder, hadden een hoger opleidingsniveau, woonden vaker alleen en hadden vaker een moeder die in België geboren was. Daarnaast rapporteerden zij vaker

alcohol als primair probleemmiddel. Verder scoorden zij hoger op 'materiële middelen' (SURE-NL), waaronder vragen vallen over stabiele huisvesting, een vast inkomen en effectief financieel beheer. Onze bevindingen komen overeen met studies die suggereren dat factoren zoals een lager opleidingsniveau, jongere leeftijd, werkloosheid en financiële instabiliteit geassocieerd zijn met een hogere uitval bij follow-upmetingen [36,37]. Bovendien kan de keuze voor digitale follow-upmetingen (via mobiele telefoons, computers of tablets) hebben bijgedragen aan een lagere deelname van personen met een lage sociaaleconomische status, mogelijk vanwege beperkte digitale vaardigheden en het onvermogen om elektronische apparaten te gebruiken [21, 38, 39].

IV. BEVINDINGEN UIT DE FOLLOW-UP METINGEN

Longitudinale analyses van PROMs in residentiële centra voor verslavingszorg toonden hoge initiële herstelscores aan, gemeten met de SURE-NL, een recent ontwikkelde herstelmaat [28, 40], wat vervolgens weinig ruimte liet voor verdere verbeteringen. Bovendien was de mate van herstel gerelateerd aan het tijdstip waarop de vragenlijst werd afgenomen. Aangezien deelnemers in een veilige en gesloten omgeving verbleven, scoorden zij hoog op de 'middelengebruik'-schaal van de SURE-NL en deze scores waren hoger naarmate individuen langer in behandeling waren. Met behulp van lineaire mixed modeling-technieken werd de evolutie van de PROM-scores op de verschillende opvolgmomenten geanalyseerd, evenals de rol van tijd, behandelingsmodaliteit, leeftijd en geslacht. Over het algemeen bleven de herstelscores hoog gedurende de 6 maanden durende opvolgperiode, wat erop wijst dat de meeste deelnemers de aanvankelijk hoge scores op verschillende herstelindicatoren behielden. Er werden weinig tot geen verschillen waargenomen tussen deelnemers uit PC en TG's, behalve dat TG-deelnemers met hogere initiële scores op 'zelfzorg' op deze maat lager scoorden over de tijd en ook lagere totale SURE-NL-scores hadden op de opvolgmomenten in vergelijking met de PC-groep. Deze significante verschillen kunnen worden toegeschreven aan een grotere ernst van de problematiek en een lager opleidingsniveau bij personen in TG's, evenals aan het gebrek aan specificiteit en sensitiviteit van de SURE-NL-schaal. Deze maat hanteert een tijdsvenster van één week, terwijl deelnemers – om pragmatische redenen – bij de baseline-meting konden worden beoordeeld gedurende de eerste 21 dagen van de behandeling, wat ruimte laat om inter- en intrapersoonlijke verschillen over het hoofd te zien. Belangrijk is dat de PC- en TG-groepen niet op baseline waren gematcht, noch werd een gecontroleerd onderzoeksdesign gebruikt, waardoor geen conclusies kunnen worden getrokken over verschillen tussen behandelingsmodaliteiten (PC vs. TG), noch over causale verbanden met betrekking tot de behandelingsmodaliteit waarin individuen hun behandeling startten.

Significante tijdseffecten werden gevonden met betrekking tot de kwaliteit van leven, gemeten met de WHOQoL-BREF, waarbij substantiële verbeteringen in 'ervaren QoL', 'ervaren gezondheid' en 'omgeving' werden waargenomen bij beide groepen op de 6 maanden opvolgmomenten. Niet verrassend was dat deze tijdseffecten voor fysieke gezondheid verminderden op het 90-dagen opvolgmoment, wat wijst op een plateau-effect na enige tijd in herstel. Een vergelijkbare trend werd waargenomen voor psychologische gezondheidsscores, die significant verbeterden gedurende de eerste 90 dagen en vervolgens stabiliseerden. 'Psychologische gezondheid' was significant lager bij vrouwelijke deelnemers en personen in TG's, wat wijst op ernstigere en langdurigere psychologische problemen in deze groep. Evenzo toonde de PROMIS-GH-10 significante verbeteringen in de onderzoekspopulatie over tijd aan op zowel fysieke als mentale gezondheid bij beide groepen, met een plateau-effect voor mentale gezondheid. Uit de analyses bleek dat 'leeftijd' een negatieve invloed had op de perceptie van fysieke gezondheid.

Over het algemeen waren de PREMAT-scores [29, 41] bij de 45-dagen opvolging hoog, met gemiddelde scores die 4 (op 5) benaderden. De hoogste scores werden waargenomen voor de items 'voelde me welkom', 'werd verantwoordelijk gehouden voor mijn gedrag', en 'weet dat herstel aan mijzelf ligt', wat het belang van een gastvrije sfeer maar ook van persoonlijke verantwoordelijkheid en duidelijkheid in de eerste weken van de behandeling benadrukte. De items die het laagst werden gescoord door deelnemers waren 'voldoende privacy hebben', 'voldoende één-op-één sessies' en 'in contact gebracht met andere diensten', wat suggereert dat cliënten meer privacy, individuele sessies en ondersteuning/doorverwijzing buiten de behandelsetting verwachten. Niet verrassend scoorden personen die vroegtijdig uit de residentiële behandeling uitvielen significant lager op de PREMAT-NL en hadden zij significant lagere scores op de items 'weet wat de regels zijn', 'regels hebben zin', 'voldoende ruimte krijgen van anderen' en 'informatie krijgen over waar ze nog meer terecht kunnen voor hulp'. De verschillen op dit laatste item suggereren dat het verstrekken van informatie over de regels en de reden waarom deze zijn ingesteld, evenals psycho-educatiesessies en het bieden van informatie over andere behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden, mogelijk een verschil kunnen maken tussen in behandeling blijven en voortijdig uitvallen. Ook werd het verkrijgen van voldoende (mentale) ruimte van anderen als belangrijker beschouwd door degenen die vroegtijdig de behandeling verlieten.

Op basis van de ervaringsverhalen van een subsample van 21 deelnemers uit de drie behandelsettings (ambulante behandeling, residentiële psychiatrische centra en therapeutische gemeenschappen) werden de behandel- en herstelervaringen van individuen gedurende de 6-maanden durende studieperiode verder onderzocht tijdens diepte-interviews. Uit thematische analyse van deze interviews bleek dat alle deelnemers het belang benadrukten van een uitgebreide, cliëntgerichte benadering in SUD-behandeling, waarin rekening wordt gehouden met de klinische, persoonlijke en sociale dimensies van herstel. Vier thema's kwamen sterk naar voren in de antwoorden van respondenten, ongeacht de behandelsetting: (1) zich verbonden, gewaardeerd en gerespecteerd voelen; (2) middelengebruik begrijpen en beheersen; (3) balans vinden in het leven; en (4) de eigen zorgroute bepalen. Een gevoel van erkenning en acceptatie door zowel lotgenoten als hulpverleners vergrootte het zelfvertrouwen en zelfbeeld van individuen, maar ook het vermogen om opnieuw contact te maken met anderen in behandeling en in de gemeenschap (bijv. familie, collega's). Het verblijven in een veilige omgeving, zonder toegang tot middelen en met professionele ondersteuning, stelde deelnemers in staat om abtinent te worden en zich te richten op toekomstplannen en perspectieven. De meeste deelnemers gaven ook aan de behoefte te hebben aan een "stabiel, normaal leven", met fatsoenlijke huisvesting, werk, een goede gezondheid en activiteiten die voldoening gaven. Tot slot werd blijvende toegang tot zorg en ondersteuning benadrukt en als noodzakelijk beschouwd voor het behoud van herstel.

V. HAALBAARHEID VAN ROUTINE-IMPLEMENTATIE VAN PROMS EN PREMS

De haalbaarheidsstudie over de routinematige verzameling van PROMs en PREMs in een geselecteerd aantal diensten toonde aan dat deze instrumenten flexibele tools zijn die voor verschillende doeleinden kunnen worden ingezet op diverse organisatieniveaus en dat het essentieel is dat de doelstellingen van de gegevensverzameling duidelijk worden gedefinieerd. Een bottom-up benadering die rekening houdt met gemeenschappelijke zorgen en dagelijkse realiteiten en het bewustzijn vergroten van het nut en de mogelijke toepassingen van PROMs en PREMs, zijn cruciaal om implementatie te bevorderen. Beschikbare 'best practices' en implementatierichtlijnen kunnen

andere organisaties stimuleren om de implementatie van PROMs en PREMs te overwegen. Praktische, methodologische en financiële obstakels moeten worden aangepakt, zoals een veilige infrastructuur voor gegevensverzameling, implementatieprotocollen, geschikte methoden voor gegevensverzameling afgestemd op de behoeften en routines van diensten en zorggebruikers, en monitoring van zorggebruikers die het risico lopen de voorziening voortijdig te verlaten. Om de bereidheid tot implementatie te vergroten, werd voorgesteld om tijdsgebonden gegevensverzamelingsperiodes en gerichte PROM- of PREM-metingen in te voeren, in plaats van een routinematige of dagelijkse beoordeling van een uitgebreide set PROMs. Het PREMAT-instrument [41] sloot het beste aan bij de klinische verwachtingen en realiteit en werd goed ontvangen door professionals vanwege de compactheid, begrijpelijkheid en volledigheid ervan. Een belangrijke zorg met betrekking tot de generaliseerbaarheid van de gegevens is hoe (meer) zorggebruikers te includeren die de behandeling vroegtijdig verlaten, aangezien zij doorgaans niet worden opgenomen bij het toepassen van convenience sampling. Verder werd benadrukt dat het gebruik van PROMs en PREMs slechts een onderdeel is van kwaliteitsverbetering en zorgvuldig gemonitord en ondersteund dient te worden op alle organisatieniveaus. Aangezien het gebruik van PROMs en PREMs relatief nieuw is en de verwachtingen en ervaringen tussen diensten verschillen, wordt aanbevolen om samenwerking en kennisuitwisseling tussen diensten en organisaties te bevorderen, zodat een bottom-up aanpak ontstaat waarbij organisaties en zorgverleners elkaar ondersteunen bij de implementatie van PROMs en PREMs.

VI. SLOTBESCHOUWINGEN

De OMER-BE-studie vulde een belangrijke leemte in de alcohol- en drughulpverlening in België, aangezien er tot voor kort geen omvattende, sectoroverschrijdende uitkomstenstudie was uitgevoerd. De studie speelde in op de aanbeveling van het KCE om het gebruik van PROMs en PREMs in deze diensten te introduceren en sloot aan bij recente aanbevelingen en praktijken op het gebied van routine outcome monitoring om behandelresultaten en therapietrouw te verbeteren, zoals toegepast in verslavingszorgcentra in Nederland. Onze bevindingen illustreren dat de implementatie van PROMs en PREMs haalbaar is, maar ze vereist substantiële logistieke ondersteuning en monitoring (in dit geval 2,5 fulltime onderzoekers en een daartoe opgezet gegevensverzamelingsstelsel), evenals duidelijke doelstellingen. Tegelijkertijd kan implementatie worden belemmerd door praktische en organisatorische uitdagingen, zoals de beperkte deelname van diensten in het Franstalige deel van België, trage rekrutering en een onevenredig aantal studiedeelnemers in ambulante settings en hoge uitvalpercentages. Longitudinale bevindingen tonen de effectiviteit van residentiële behandeling aan bij het initiëren en behouden van herstel en het verbeteren van de kwaliteit van leven en fysieke en mentale gezondheid van studiedeelnemers. Patiëntervaringen zijn over het algemeen positief bij degenen die in behandeling en in de studie blijven, maar er blijven vragen bestaan over degenen die niet zijn opgenomen of behouden in de studie. Kwalitatieve interviewgegevens illustreren de rol die behandeling kan spelen in individuele hersteltrajecten, met name bij het terugvinden van verbinding, stabiliteit, het beheersen van middelengebruik en het creëren van realistische toekomstperspectieven. Tot slot identificeerde de haalbaarheidsstudie verschillende belemmeringen voor de implementatie van PROMs en PREMs in de dagelijkse klinische praktijk, evenals verschillende vereisten en faciliterende factoren voor regelmatig gebruik van deze patiëntgerapporteerde metingen ter verbetering van de zorgkwaliteit.

VII. AANBEVELINGEN OP BASIS VAN DE OMER-BE STUDIE

7.1 Algemene aanbevelingen

De implementatie van PROMs en PREMs sluit nauw aan bij de ontwikkeling van herstelgerichte zorgsystemen (recovery-oriented systems of care, ROSC) [46]. Zoals benadrukt door Day en collega's [47], is herstel een langdurig, multidimensionaal proces dat verder reikt dan afzonderlijke behandeltrajecten en voortdurende ondersteuningsstructuren vereist die persoonlijke groei, sociale re-integratie en het opbouwen en benutten van herstelkapitaal bevorderen. Een kernprincipe van herstelgerichte ondersteuning is de noodzaak van continuïteit van zorg. In dat opzicht tonen internationale 'best practices' aan dat ROSC verder zou moeten reiken dan institutionele grenzen en actief gebruik zou moeten maken van op peers-gebaseerde herstelondersteunende hulpverlening, zoals Anonieme Alcoholisten (AA), werkgelegenheids- en huisvestingsprogramma's en langdurige monitoring van herstel [47]. Vanuit dat perspectief zou uitkomstmonitoring zich niet alleen moeten richten op klinische parameters (bijv. PROMs), maar ook bredere domeinen moeten omvatten, zoals huisvesting, financiële situatie, tewerkstelling en sociale participatie, aangezien dit cruciale determinanten zijn van duurzaam herstel [35]. Bovendien is een proactieve aanpak noodzakelijk om individuen die risico lopen op uitval — met name in ambulante settings — tijdig op te sporen, vroegtijdige uitval of afhaken te verminderen en interventies tijdig bij te sturen. Niettemin blijft de samenwerking tussen gespecialiseerde verslavingszorg en meer generieke hulpverlening in België beperkt [48, 49]. Zonder een omvattende en persoonsgerichte benadering van herstel (cf. ROSC) loopt de implementatie van PROMs en PREMs het risico een geïsoleerde administratieve oefening te worden in plaats van een zinvol instrument ter verbetering van de zorgkwaliteit en ter versterking van individuen in hun herstelproces.

Daarnaast maakt het gebruik van subjectieve indicatoren zoals PROMs en PREMs deel uit van een bredere verschuiving binnen het academische en zorglandschap, waarin wetenschappelijke kennis, professionele expertise en ervaringsdeskundigheid steeds vaker als gelijkwaardige pijlers van evidentie worden erkend. Terwijl traditionele zorgmodellen voornamelijk gebaseerd zijn op klinisch en academisch onderzoek, groeit internationaal het besef dat de inzichten en ervaringen van zorggebruikers essentieel zijn voor meer effectieve en persoonsgerichte ondersteuning. De toepassing van PROMs en PREMs sluit naadloos aan bij deze evolutie, aangezien zij de stem van de zorggebruikers centraal stellen in de evaluatie en verbetering van de zorg. Dit gaat verder dan louter het verzamelen van uitkomsten en ervaringen—het draagt actief bij aan de vormgeving van ondersteuningspraktijken en beleidsontwikkeling. In deze zin is de implementatie van PROMs en PREMs niet slechts een methodologische innovatie, maar kan deze bijdragen aan een fundamentele heroriëntatie van de zorg, waarbij de expertise van mensen met ervaringskennis niet langer als aanvullend wordt beschouwd, maar erkend wordt als een essentieel onderdeel van hoogwaardige, herstelgerichte ondersteuning [35, 50].

Op klinisch niveau toont de OMER-BE-studie aan dat PROMs en PREMs aanzienlijk potentieel hebben om behandelpraktijken te verbeteren, elementen aan te passen op basis van ervaringen van zorggebruikers en gedeelde besluitvorming te stimuleren. In routinematige herstelondersteunende praktijken zouden PROMs en/of PREMs niet louter als instrumenten voor gegevensverzameling moeten dienen, maar als dynamische hulpmiddelen die persoonsgerichte zorgplanning ondersteunen. Hun waarde ligt in de mogelijkheid voor zorgverleners om de voortgang van behandeling en herstel

te monitoren, gestructureerde gesprekken over persoonlijke hersteldoelen te faciliteren en vervolgstappen in de behandeling te bepalen. PROMs en PREMs kunnen een waardevolle rol spelen op cruciale momenten in het behandel- en herstelproces, zoals bij intakegesprekken en overgangsmomenten tussen behandeltrajecten of ondersteuningsvormen.

De ICHOM-tool heeft bewezen een sterke basis te bieden voor gestandaardiseerde uitkomstmetingen, terwijl de PREMAT-NL unieke inzichten verschaft in behandelervaringen. Niettemin zijn enkele aanpassingen nodig om de praktische toepasbaarheid van deze instrumenten verder te verbeteren. Aangezien de PREMAT [41] oorspronkelijk ontworpen is voor residentiële settings, zijn aanpassingen noodzakelijk om de relevantie ervan te garanderen binnen andere behandelmodaliteiten. In lijn met bevindingen uit herstelonderzoek zouden PROMs daarnaast metingen moeten omvatten die gericht zijn op het hebben van betekenisvolle activiteiten en de sociale integratie/eenzaamheid van individuen. Een specifieke uitdaging die in de OMER-BE-studie werd geïdentificeerd, betreft de toepassing van PROMs en PREMs in ambulante settings, waar meer flexibele en minder arbeidsintensieve onderzoeksmethoden vereist zijn. Een verkorte versie van de PREMAT-NL [29], met minder dan 30 items, zou de routinematige implementatie in de ambulante zorg haalbaarder maken. Daarnaast moeten enkele praktische overwegingen worden aangepakt om de toegankelijkheid en betrouwbaarheid van gegevensverzameling te waarborgen. De digitale kloof vormt voor sommige zorggebruikers een belemmering, wat alternatieve formats vereist om gelijke toegang te garanderen. Tegelijkertijd moeten digitale oplossingen, zoals smartphonevriendelijke enquêtes en gegevensverzameling op afstand, worden benut om zorggebruikers te bereiken die minder frequent in contact komen met behandelvoorzieningen. Wat betreft het tijdstip van vragenlijstafname, wijst onze studie op het belang van het meten van uitkomsten op momenten die aansluiten bij de hersteltrajecten van zorggebruikers. Inconsistenties in de gebruikte tijdsvensters tussen verschillende vragenlijsten moeten worden geharmoniseerd om de betrouwbaarheid en validiteit van longitudinale uitkomstmonitoring te verbeteren. Het uitbreiden van het tijdsvenster voor de basismetings tot voorbij de huidige periode van drie weken en het beperken van de focus van PROM-metingen in ambulante settings kunnen bijdragen tot het verhogen van de deelnamegraad in deze centra. Dit komt tegemoet aan de voorkeur van zorgverleners om de eerste contacten met zorggebruikers te benutten voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie, wat vaak als onverenigbaar wordt beschouwd met het gebruik van een uitgebreide set gestandaardiseerde meetinstrumenten.

Vanuit een internationaal perspectief kunnen alcohol- en drughulpverleningscentra in België—ondanks een historische achterstand en het ontbreken van een monitoringscultuur—profiteren van goede afstemming van deze uitkomstmetingen met internationale initiatieven, zoals de ICHOM Standard Set for Addictions [24]. De adoptie van internationaal gevalideerde instrumenten kan niet alleen de robuustheid van gegevensverzameling vergroten, maar ook grens- en sectoroverschrijdende vergelijkingen vergemakkelijken, wat kan bijdragen aan een betere zorgkwaliteit en hogere participatie- en retentiepercentages in de alcohol- en drughulpverlening. Samenwerkingsstudies met landen die verder gevorderd zijn in de implementatie van PROM/PREM-metingen—zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Australië—kunnen waardevolle inzichten bieden in de optimalisatie van implementatiestrategieën en -praktijken. De OMER-BE-studie suggereert bovendien dat zelfs in tijd beperkte routinematige uitkomst- en ervaringsmetingen, mits correct geïmplementeerd, een veelbelovende aanpak vormen om de kwaliteit van alcohol- en andere drughulpverleningsdiensten te verbeteren en meer persoonsgerichte herstelondersteuning te ontwikkelen.

Ten slotte moet de implementatie van PROMs en PREMs worden ingebed in een bredere cultuur van continu leren en kwaliteitsverbetering, willen deze instrumenten hun beoogde rol kunnen vervullen [24]. In plaats van te worden beschouwd als louter administratieve of door de overheid opgelegde verplichtingen, zouden PROMs en PREMs moeten worden benaderd als nuttige instrumenten voor zinvolle interactie tussen zorgverleners en zorggebruikers. Het opzetten van een gecoördineerd nationaal kader voor routinematige monitoring, de integratie van PROMs en PREMs in bestaande gegevenssystemen en de afstemming van gegevensverzameling op de realiteit van de klinische praktijk zijn essentiële stappen om deze metingen structureel te verankeren in de dagelijkse praktijk van de verslavingszorg. Uiteindelijk levert de OMER-BE-studie overtuigend bewijs dat systematische uitkomstmetingen herstel kunnen ondersteunen, zorggebruikers kunnen versterken, verbeteringen in de zorg kunnen stimuleren en evidence-based beleidsvorming kunnen onderbouwen. Om herstelgerichte zorgsystemen in België te realiseren, is een betere afstemming en integratie van herstelondersteunende diensten nodig, zoals peer-based en informele ondersteuning, maar ook herstelondersteunende huisvesting en werk- en beroepsondersteuning. Een gecoördineerde, sectoroverschrijdende strategie die persoonsgerichte, kennisgedreven en internationaal afgestemde benaderingen voor de monitoring van individueel herstel integreert, is hierbij cruciaal.

Ter bevordering van de implementatie van PROM- en PREM-metingen in verslavings- (en andere) behandelvoorzieningen in België hebben wij op basis van de OMER-BE-studie verschillende beleids- en praktijkaanbevelingen geformuleerd op macro-, meso- en micro-niveau.

7.2. Aanbevelingen op macro-niveau (gericht op nationaal en regionaal beleid)

1. Gericht toewijzen van middelen voor de implementatie van PROMs en PREMs

De OMER-BE-studie heeft aangetoond dat de implementatie van PROMs en PREMs binnen de verslavingszorg een arbeidsintensief proces is dat mensen en middelen vergt. Om een succesvolle en duurzame integratie van deze instrumenten te garanderen, moeten specifieke financieringsmiddelen worden vrijgemaakt ter ondersteuning van essentiële componenten, zoals digitale infrastructuur en de ontwikkeling van gestandaardiseerde monitoringprotocollen. Bijvoorbeeld, investeringen in infrastructuur om PROMs en PREMs te integreren in bestaande systemen, zoals de Treatment Demand Indicator (TDI), kunnen ervoor zorgen dat uitkomstmetingen een routineonderdeel worden van de zorg in plaats van een bijkomende administratieve last. Daarnaast moeten continue professionele ontwikkelings- en trainingsprogramma's worden opgezet om zorgverleners te voorzien van de nodige vaardigheden voor het effectief afnemen, interpreteren en toepassen van PROMs en PREMs in de klinische praktijk. Zonder voldoende middelen dreigt de implementatie van PROMs en PREMs inconsistent te zijn, wat de betrouwbaarheid van de uitkomstgegevens kan ondermijnen en het potentieel van deze instrumenten om zorgverbeteringen te stimuleren beperkt.

2. Ontwikkelen van een op maat gemaakte infrastructuur voor naadloze gegevensverzameling

Een gebruiksvriendelijk en flexibel systeem voor het afnemen en opslaan van PROM- en PREM-gegevens moet worden ontwikkeld om de belasting voor zowel medewerkers als zorggebruikers te verminderen. De OMER-BE-studie heeft de dubbelrol van technologie benadrukt: terwijl digitale tools de implementatie kunnen vereenvoudigen en de nauwkeurigheid van gegevens kunnen verbeteren, kunnen ze ook uitdagingen opleveren, zoals gebruiksproblemen, waardoor sommige zorgverleners en gebruikers de voorkeur geven aan papieren methoden. Het aanpakken van deze kwesties vereist

verdere verfijning van de digitale infrastructuur om een balans te vinden tussen gebruiksvriendelijkheid en functionaliteit. Digitale oplossingen moeten naadloos geïntegreerd kunnen worden in bestaande (organisatie-specifieke) systemen om werkprocessen te stroomlijnen, dubbele registraties te minimaliseren en de efficiëntie van gegevensbeheer te verbeteren. Daarnaast moet het systeem veilige opslag, geautomatiseerde analyses en real-time feedbackmechanismen bieden ter ondersteuning van de klinische besluitvorming. Er moeten bovendien strategieën ontwikkeld worden om de digitale kloof te overbruggen, zodat technologische oplossingen inclusief en aanpasbaar zijn aan de specifieke cultuur en operationele realiteit van verschillende behandelvoorzieningen. Dit omvat het aanbieden van alternatieve formats, zoals papieren versies voor individuen met beperkte digitale vaardigheden of voor wie een niet-digitale optie de voorkeur geniet. Door gebruiksvriendelijkheid en praktische toepasbaarheid centraal te stellen, kan een dergelijke infrastructuur routinematige uitkomstmetingen faciliteren zonder onnodige complexiteit toe te voegen aan de zorgverlening.

3. Opzetten van een nationaal kader voor de (routine) implementatie van PROMs en PREMs

Het is aangewezen een uitgebreid nationaal beleidskader te ontwikkelen om het routinematig gebruik van PROMs en PREMs in de verslavingszorg te integreren. Dit kader moet expliciet het primaire doel definiëren: het verbeteren van de zorgkwaliteit door een dieper inzicht te krijgen in de behoeften van zorggebruikers en het evalueren van de werkelijke impact van behandelingen. Door PROMs en PREMs in de dagelijkse praktijk te verankeren, moet dit kader niet enkel functioneren als een technisch instrument, maar als een katalysator voor patiëntgerichte, effectieve en billijke zorg. Een kernaspect van dit kader is het bevorderen van transparantie en vergelijkbaarheid van uitkomstgegevens, terwijl de focus op zorgkwaliteit behouden blijft. Om dit te realiseren, moet het beleidskader een evenwicht vinden tussen standaardisatie en flexibiliteit, zodat PROMs en PREMs zowel methodologisch robuust als praktisch toepasbaar blijven binnen diverse behandelingscontexten. Daarnaast moet het kader zodanig worden ontworpen dat het naadloos aansluit bij bestaande routinematige praktijken om de administratieve last voor zorgverleners tot een minimum te beperken. Op basis van de bevindingen uit de OMER-BE-studie moet een implementatiehandleiding worden ontwikkeld voor het gebruik van patiënt-gerapporteerde meetinstrumenten in de Belgische verslavingszorg. Daarnaast moeten er trainingsmogelijkheden worden geboden en zelfvoorzienende leer- en netwerkstructuren voor professionals worden opgezet. Door PROMs en PREMs te verankeren in dagelijkse klinische werkprocessen kan een nationaal beleidskader een cultuur van continue kwaliteitsverbetering bevorderen en tegelijkertijd beleidsmakers voorzien van robuuste gegevens om de effectiviteit en toegankelijkheid van de alcohol- en drughulpverlening te verbeteren [49].

7.3. Aanbevelingen op meso-niveau (gericht op organisaties en diensten)

1. Capaciteit opbouwen bij medewerkers voor routinematige toepassing van PROMs en PREMs

De effectieve implementatie van PROMs en PREMs binnen de alcohol- en drughulpverlening hangt af van de vaardigheden, betrokkenheid en ondersteuning van zowel zorgverleners als management. De OMER-BE-studie identificeerde uiteenlopende niveaus van motivatie, vertrouwdheid en bekendheid met deze instrumenten, wat de noodzaak onderstreept van gerichte vaardigheidstraining. Om deze kloof te dichten en betrokkenheid en samenwerking onder zorgverleners te bevorderen, moeten trainingsprogramma's zich richten op de praktische toepassing van PROMs en PREMs, hun rol in het

verbeteren van de zorgkwaliteit en strategieën om deze instrumenten te integreren in dagelijkse werkprocessen. Doorlopende praktische ondersteuning zal essentieel zijn om ervoor te zorgen dat medewerkers zich bekwaam en zelfverzekerd voelen in het gebruik van deze tools. Buiten training en praktische begeleiding is het cruciaal om zowel zorgverleners als zorggebruikers actief te betrekken bij de ontwikkeling, aanpassing en implementatie van PROMs en PREMs. Door deze instrumenten beter af te stemmen op de realiteit van verschillende behandelsettings kan hun praktische relevantie worden vergroot en de betrokkenheid van medewerkers worden versterkt. Daarnaast kan het opzetten van een leer- en kennisnetwerk tussen diensten en zorgverleners die deze instrumenten gebruiken, kennisuitwisseling en probleemoplossing faciliteren en zo voortdurende verbetering en verdere innovatie stimuleren.

2. Gebruik van PROM- en PREM-gegevens voor continue kwaliteitsverbetering en persoonsgerichte zorg

De gegevens verkregen uit PROM- en PREM-metingen moeten actief worden ingezet om de zorgkwaliteit te verbeteren, gepersonaliseerde behandeltrajecten te ondersteunen en de verantwoordingsplicht binnen alcohol- en drughulpverleningscentra te versterken. Door PROM- en PREM-gegevens systematisch te analyseren, kunnen behandelvoorzieningen de zorgkwaliteit monitoren, interventies aanpassen aan patiënt-gerapporteerde behoeften en garanderen dat zorgverleners werken op een verantwoorde en evidence-based manier. De OMER-BE-studie onderstreepte het potentieel van deze tools om opkomende trends te identificeren, de effectiviteit van behandelingen te beoordelen en een gepersonaliseerde en persoonsgerichte zorgplanning te ondersteunen. Om deze voordelen volledig te benutten, moeten organisaties regelmatige evaluatieprocessen implementeren waarin uitkomstgegevens worden geïntegreerd in klinische besluitvorming en kwaliteitsverbeteringsinitiatieven. Door PROMs en PREMs te verankeren in routinematige processen kunnen alcohol- en drughulpverleningscentra niet alleen de effectiviteit van de zorg versterken, maar ook een cultuur van voortdurend leren en evolueren bevorderen.

3. Verbeter strategieën voor werving en behoud van participanten

Om de validiteit en representativiteit van de bevindingen te waarborgen, moeten toekomstige inspanningen voor routinematige uitkomstmetingen gebruik maken van strategieën die de werving en het behoud van deelnemers optimaliseren, met name in ambulante settings. De OMER-BE-studie identificeerde aanzienlijke uitdagingen, waaronder lange wachtlijsten, beperkte doorstroom en niet-frequente contacten tussen zorggebruikers en zorgverleners in ambulante voorzieningen, wat de deelname aan de studie en de dataverzameling beperkte. Om deze belemmeringen aan te pakken, moeten flexibele wervingstermijnen worden gehanteerd, zoals het verlengen van het initiële dataverzamelingsvenster tot meer dan drie weken, om beter aan te sluiten bij de realiteit van ambulante zorg. Daarnaast moeten alternatieve vormen van betrokkenheid, zoals via beveiligde digitale platforms, worden verkend om minder afhankelijk te zijn van fysieke ontmoetingen met deelnemers en een vlottere gegevensverzameling mogelijk te maken. Door online tools in te zetten voor het op afstand invullen van vragenlijsten en sturen van herinneringen voor afspraken en follow-ups, kan de betrokkenheid van zorggebruikers worden behouden zonder dat dit veel impact heeft op hun behandeltraject.

4. *Standaardiseer uitkomstmetingen over diensten heen*

Organisaties moeten gevalideerde meetinstrumenten implementeren om de kwaliteit en consistentie van de gegevens over zorguitkomsten en ervaringen van zorggebruikers binnen de alcohol- en drughulpverlening te waarborgen. De OMER-BE-studie toonde aan dat een aangepast instrument gebaseerd op de ICHOM Standard Set [24] en de PREMAT [41] zowel haalbaar als nuttig is voor routinematige uitkomstmetingen. Hoewel standaardisatie cruciaal is voor het mogelijk maken van vergelijkingen tussen verschillende behandelsettings, onderstreepte de studie ook de noodzaak van flexibiliteit en specifieke aanpassingen. Uitkomstmetingen moeten ruimte bieden voor de inclusie van aanvullende meetinstrumenten of specifieke elementen eigen aan de dienst, zodat ze relevant blijven in uiteenlopende contexten. Door een gestructureerde, maar aanpasbare set van instrumenten te hanteren, kunnen organisaties de implementatie van PROMs en PREMs optimaliseren zodat deze gegevensverzameling zowel betrouwbaar als nuttig is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Deze toolkit moet ook worden geïntegreerd in een breder kwaliteitsverbeteringsproces op instellingsniveau, waarin alle medewerkers worden betrokken en dat verder gaat dan enkel dataverzameling.

7.4. Aanbevelingen op micro-niveau (gericht op de klinische praktijk en interacties tussen zorgverleners en zorggebruikers)

1. Integreer PROM- en PREM-metingen om de klinische praktijk en continuïteit van zorg te verbeteren

Het verankeren van PROMs en PREMs in de routinematige zorg op cruciale momenten in het behandeltraject, zoals bij de intake en tijdens overgangsfases, biedt klinici real-time inzicht in de voortgang van zorggebruikers. Hierdoor kunnen behandelingen beter worden afgestemd op individuele behoeften en kunnen opkomende zorgvragen tijdig worden aangepakt. Dit systematische gebruik van uitkomstmetingen sluit aan bij de principes van patiëntgerichte zorg en kan het herstelproces van individuen ondersteunen. Bovendien kunnen PROM- en PREM-gegevens een essentiële rol spelen bij het waarborgen van continuïteit van zorg door het tijdig identificeren van zorggebruikers die een verhoogd risico lopen op uitval of terugval. Door uitkomstgegevens te koppelen aan overgangsmomenten in de behandeling—zoals de stap van residentiële zorg naar ambulante begeleiding of begeleid wonen—kunnen klinici potentiële uitdagingen voorspellen en gerichte, tijdige interventies aanbieden. Deze geïntegreerde benadering draagt bij aan een consistente en effectieve ondersteuning gedurende het gehele herstelproces, wat langdurige betrokkenheid en verbeterde behandelresultaten bevordert.

2. Stimuleer eigen regie van zorggebruikers en gedeelde besluitvorming

Het gebruik van PROMs en PREMs biedt een krachtige mogelijkheid om zorggebruikers te empoweren door hen actief te betrekken bij het (mede) vormgeven van hun behandeltraject. Deze meetinstrumenten bieden een gestructureerde manier om feedback van zorggebruikers te integreren in de zorgplanning en voortgangsevaluatie, waardoor een gevoel van eigenaarschap wordt gestimuleerd. Dit vergroot niet alleen de motivatie van zorggebruikers om actief betrokken te blijven bij hun herstelproces, maar draagt ook bij aan de effectiviteit van de behandeling. Deze aanpak sluit nauw aan bij de principes van herstelgerichte zorg, waarin eigen regie, persoonsgerichte ondersteuning en gedeelde besluitvorming centraal staan. Door zorggebruikers meer zeggenschap te

geven over hun behandeling, wordt niet alleen de algehele behandelervaring verbeterd, maar worden ook de fundamenten gelegd voor duurzaam herstel en langdurig welzijn [47].

3. Pas meetinstrumenten aan om toegankelijkheid voor alle zorggebruikers te waarborgen

De OMER-BE-studie onderstreept de noodzaak om PROMs en PREMs breed toegankelijk te maken, ongeacht taal, geletterdheid en culturele achtergrond. Dit vereist de vertaling van meetinstrumenten in het Nederlands en Frans, evenals vereenvoudiging van hun ontwerp om rekening te houden met diverse niveaus van taal- en digitale vaardigheden. Een meer inclusieve aanpak zal zorgverleners helpen om meer nauwkeurige en representatieve patiëntgegevens te verzamelen.

VIII. REFERENTIES

1. Vanderplasschen W, Sinclair DL, De Maeyer J. General Introduction: Addiction, Recovery and Quality of Life: Introducing and Disentangling the Core Constructs in This Handbook. In Handbook of Addiction, Recovery and Quality of Life: Cross-cutting Perspectives from Around the Globe 2025 Jan 26 (pp. 1-11). Cham: Springer Nature Switzerland.
2. Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychol Med.* 2021;51(13):2189-2200.
3. Dennis M, Scott CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract.* 2007;4(1):45-55.
4. Kelly JF, Greene MC, Bergman BG, White WL, Hoepfner BB. How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering U.S. adults. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(7):1533-1544.
5. McKay JR, Hiller-Sturmhofel S. Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol Res Health.* 2011;33(4):356-370.
6. Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: findings from the global burden of disease study 2019. *Lancet Reg Health Eur.* 2022;16:100341.
7. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(12):987-1012.
8. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1575-1586.
9. World Health Organization. Alcohol. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [accessed 2022-05-09]
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP23-07-01-006, NSDUH Series H-58). Rockville: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2023
11. American Society of Addiction Medicine (ASAM). What is the Definition of Addiction? 2019; Retrieved on <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
12. Ruiz FJ, Warner NS, Acampora G, Coleman JR, Kohan L. Substance use disorders: basic overview for the anesthesiologist. *Anesthesia & Analgesia.* 2023 Sep 1;137(3):508-20.
13. UNODC; World Drug Report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. 2023
14. WHO (2018). Global Status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2019 Feb 14
15. Beaulieu M, Tremblay J, Baudry C, Pearson J, Bertrand K. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine.* 2021 Sep 1;285:114289.
16. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment.* 2003 Oct 1;25(3):125-34.
17. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction.* 2002 Mar;97(3):265-77.
18. Johannessen DA, Nordfjærn T, Geirdal AØ. Change in psychosocial factors connected to coping after inpatient treatment for substance use disorder: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2019 Dec;14:1-5.

19. Vanderplasschen W, Rapp RC, De Maeyer J, Van Den Noortgate W. A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Apr 16;10:186..
20. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra Mattanja T, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy.
21. Migchels C, Zerrouk A, Crunelle CL, Matthys F, Gremeaux L, Fernandez K, Antoine J, van den Brink W, Vanderplasschen W. Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in substance use disorder treatment services: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023 Dec 1;253:111017.
22. Clarke DE, Ibrahim A, Doty B, Patel S, Gibson D, Pagano A, Thompson L, Goldstein AB, Vocci F, Schwartz RP. Addiction Medicine practice-based research Network (AMNet): Assessment tools and quality measures. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 2021 Jun 25:27-39.
23. Davis EL, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Buckingham M, Degan T, Adams S. The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Substance abuse*. 2020 Apr;41(2):216-31.
24. ICHOM Addiction, June 2020, available at: <https://www.ichom.org/portfolio/addiction/>. Accessed on 7 Sep 2023.
25. Kelly JF, Mee-Lee D. Quality, accountability, and effectiveness in addiction treatment: The Measurement-Based Practice Model. In *The Assessment and Treatment of Addiction 2019* Jan 1 (pp. 207-217). Elsevier..
26. Myers B, Govender R, Koch JR, Manderscheid R, Johnson K, Parry CD. Development and psychometric validation of a novel patient survey to assess perceived quality of substance abuse treatment in South Africa. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2015 Dec;10:1-5.
27. Trujols J, Portella MJ, Iraurgi I, Campins MJ, Siñol N, Cobos JP. Patient-reported outcome measures: are they patient-generated, patient-centred or patient-valued?. *Journal of mental health*. 2013 Dec 1;22(6):555-62.
28. Migchels C, Brink WV, Zerrouk A, Matthys FI, De Ruyscher C, Debeer D, Vanderplasschen W, Crunelle CL. Psychometric Evaluation of the Dutch version of the Substance Use Recovery Evaluator (SURE-NL). *European Addiction Research*. 2024 Nov 8:1-9.
29. Migchels C, van den Brink W, Zerrouk A, Matthys F, De Ruyscher C, Vanderplasschen W, Crunelle CL. Psychometric evaluation of the Dutch version of the patient-reported experience measure for addiction treatment (PREMAT-NL). *Drug and Alcohol Review*. 2024 Nov;43(7):2021-34.
30. Zerrouk, A, Migchels, C, De Ruyscher, C, Fernandez, K, Antoine, J, De Meyer, F, Matthys, F, van den Brink, W, Crunelle, CL, Vanderplasschen, W. Measuring Patient-Reported Outcome Measures and Patient-Reported Experience Measures in Addiction Treatment Services in Belgium: Evaluation and Feasibility Study. *JMIR Formative Research*: 2025. 9, e65686, 6.
31. White WL. Recovery orientation in addiction counseling: A brief history. *Counselor*. 2013;14(6):12-6.
32. Dekkers A, Bellaert L, Meulewaeter F, De Ruyscher C, Vanderplasschen W. Exploring essential components of addiction recovery: a qualitative study across assisted and unassisted recovery pathways. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021 Sep 3;28(5):486-95.
33. Martinelli TF, Nagelhout GE, Bellaert L, Best D, Vanderplasschen W, van de Mheen D. Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: education, prevention and policy*. 2020 Sep 2;27(5):387-96.
34. Vanderplasschen W, Vander Laenen F. Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: praktijk en beleid. *Acco*; 2017.
35. Chantry M, Magerman J, Fernandez K, De Ruyscher C, Sinclair DL, Goethals I, Antoine J, De Maeyer J, Gremeaux L, Vander Laenen F†, Vanderplasschen W, Delespaul P, Nicaise P. Substance use and mental health care integration (SUMHIT): a study of service networks in mental health and

- substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs. Final Report. Brussels: Belgian Science Policy Office. 2023.
36. de Graaf R, van Dorsselaer S, Tuithof M, ten Have M. Sociodemographic and psychiatric predictors of attrition in a prospective psychiatric epidemiological study among the general population. Result of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Comprehensive psychiatry*. 2013 Nov 1;54(8):1131-9.
 37. Katsuno N, Li PZ, Bourbeau J, Aaron S, Maltais F, Hernandez P, Chapman KR, Walker B, Marciniuk DD, O'Donnell DD, Sin DD. Factors associated with attrition in a longitudinal cohort of older adults in the community. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*. 2023 Apr 27;10(2):178.
 38. Myers B, van der Westhuizen C, Pool M, Hornsby N, Sorsdahl KR. Responding to COVID-19 threats to trial conduct: lessons learned from a feasibility trial of a psychological intervention for South African adolescents. *Trials*. 2021 Dec;22:1-9.
 39. Zhai Y. A call for addressing barriers to telemedicine: health disparities during the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2020 Dec 15;90(1):64-6.
 40. Neale J, Vitoratou S, Finch E, Lennon P, Mitcheson L, Panebianco D, Rose D, Strang J, Wykes T, Marsden J. Development and validation of 'SURE': A patient reported outcome measure (PROM) for recovery from drug and alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*. 2016 Aug 1;165:159-67.
 41. Kelly PJ, Hatton EL, Hinsley K, Davis E, Larance B. Preliminary psychometric evaluation of the patient reported experience measure for addiction treatment (PREMAT). *Addictive Behaviors*. 2021 Dec 1;123:107048.
 42. Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *Bmj*. 2014 Mar 27;348.
 43. Myers B, Williams PP, Govender R, Manderscheid R, Koch JR. A mixed-methods evaluation of the implementation of a performance measurement system for South Africa's substance use treatment services. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*. 2019 Jan(s18):131-8.
 44. Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, Bhattacharya A, Gimson A, Bruett AL, de Jong K, Moore M. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(7).
 45. Oudejans SC, Schippers GM, Spits ME, Stollenga M, van den Brink W. Vijf jaar 'routine outcome management' in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2012 Feb 2(2018/2018):185-90.
 46. Ashford RD, Brown A, Brown T, Callis J, Cleveland HH, Eisenhart E, Groover H, Hayes N, Johnston T, Kimball T, Manteuffel B. Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*. 2019 May 4;27(3):179-88.
 47. Day E, Pechey LC, Roscoe S, Kelly JF. Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. *Addiction*. 2025 Jan 28.
 48. Vanderplasschen W, De Meyer F, De Ruysscher C. Commentary on Day et al.: From concept to practice-Challenges in building a continuum of recovery support services in Belgium. *Addiction*. 2025.
 49. De Ruysscher C, Magerman J, Goethals I, Chantry M, Sinclair DL, Delespaul P, De Maeyer J, Nicaise P, Vanderplasschen W. Islands in the stream: a qualitative study on the accessibility of mental health care for persons with substance use disorders in Belgium. *Frontiers in Psychiatry*. 2024 Jul 12;15:1344020.

50.Sinclair DL, Chantry M, De Ruyscher C, Magerman J, Nicaise P, Vanderplasschen W. Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. *Frontiers in psychiatry*. 2024 Mar 21;15:1352818.